

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

---



**Láng András**

**A páciens-terapeuta kötődés mérése és hatása a páciens  
terápiás attitűdjére**

**Doktori (PhD) értekezés tézisei**

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

**Pécs  
2011**

## Bevezetés

Disszertációmban a pszichoterápiás kapcsolat kötődéseméleti értelmezésével, mérési lehetőségével, és a terápiás attitűdre gyakorolt hatásával foglalkozom. A dolgozat első fejezete a kötődésemélet alapfogalmait és a gyermekkorban alkalmazható mérőeszközöket mutatja be. A második fejezetben a felnőtt kötődési paradigma, annak két hagyománya, és a hagyományokhoz tartozó egyéni különbségeket leíró modellek és a feltárásukra alkalmas mérőeszközök ismertetése történik. A harmadik fejezet a pszichoterápiás kapcsolatról általában, és különösen a páciens terapeuta irányában kialakuló kötődéséről szól. Tézisfüzetem bevezetőjeként ez utóbbi rövid áttekintését adom.

### *A pszichoterápiás kapcsolat mint kötődés*

John Bowlby, a kötődésemélet atyja, szándékai szerint egy klinikai elméletet alkotott (Ainsworth & Bowlby, 1991), amelynek népszerűsítésére az 1980-as évektől egyre nagyobb hangsúlyt fektetett. Ismeretterjesztő munkásságának fontos állomása volt a Maudsley Kórházban tartott előadása, amely a kötődés-elmélet terápiás vonatkozásairól szólt (Bowlby, 2009). Ebben a terapeuta öt feladatát határozza meg, amelyek hozzásegíthetik a páciens, hogy kötődési munkamódjait felismerje, átértékelje és újrastrukturálja. Az öt feladat közül az első kettő – életesemények páciens általi explorálásához biztonságos bázist nyújtani, kíséretársként segíteni a páciens az ezekkel való szembenézésben – egyértelműen kötődési személyként jelöli ki a terapeutát. A pszichoterápiás kapcsolat kötődési természetét azóta Parish és Eagle (2003) empirikus úton is igazolta. A szakirodalomból levezetett kilenc kötődési komponenset tartalmazó kérdőívünkkel (Kötődési Komponensek Kérdőív – CAQ) végzett vizsgálatukban kimutatták, hogy a vizsgálati személyek mind a kilenc komponensen középértéken felül értékelték a terapeutát. Ezen kívül a bölcsőbb/erősebb és az elérhetőség komponenset szignifikánsan jellemzőbbnek tartották a terapeutára, mint szerelmi partnerükre (a biztonságos bázis komponensen is magasabb átlagot kaptak a terapeuták, de a statisztikai hibahatáron belül). Ebből azt a következtetést vonták le a szerzők, hogy a terapeuta valóban betölt kötődési funkciókat a páciens életében. Farber, Lippert és Nevas (1995) hasonlóan a kötődés különböző funkcióit sorra véve a terapeutát elsőként mint erősebb és bölcsőbb személyt írják le. Itt kiemelik, hogy a hagyományos orvosszereppel ellentétben a terapeuta szakértelme inkább facilitátori és munkatársi viszonyulásban jelenik meg, ami különösen az alacsony státuszú betegek esetében jelenthet megoldandó problémát. Emellett a szerzők

szerint bizonyos páciensek szemében a terapeuta a (pszichológiai) túlélés biztosítékát is jelenti. A terapeutához való kötődés egyediségét jól mutatja az a tapasztalat, hogy a páciensek vonakodnak a „helyettesítő” terapeutához fordulni még azokban az esetekben is, amikor saját terapeutájuk hosszabb ideig van távol. Mivel a kötődés hosszú távra szól, ezért annak bizonyítása is fontos, hogy a terapeuta hosszútávra válik kötődési személlyé. Ez abban nyilvánul meg, hogy különösen a terápiát sikeresnek tekintő páciensek jóval a terápia lezárulta után is előhívják terapeutájuk vagy a terápiás helyzet emlékét, amelyek a terapeuta fizikai távollétében töltenek be kötődési funkciókat. Ezen kívül a terápia kezdetén gyakran megjelenő erőteljes pozitív érzelmek – akár pozitív áttétel formájában is – vagy a kényszerű elválások során megjelenő, illetve az idői és érzelmi határok páciens általi megtapasztalásából származó intenzív szomorúság és/vagy harag, jól párhuzamba állítható a kötődés kialakulását kísérő pozitív érzelmekkel, és az elválasztást kísérő heves tiltakozással vagy az ezt követő kétségbeeséssel. A fentiekben összefoglaltakat vizsgálatok is igazolják (áttekintésért lásd Mikulincer & Shaver, 2007).

#### *A terápiás kötődés mérése*

A terápiás kötődés mérésére mind a felnőtt kötődés mindkét hagyományából találunk próbálkozásokat. A fejlődési hagyományba illeszkedő felnőtt kötődési interjú egy átalakított változatát dolgozta ki Diamond, Stovall-McClough, Clarkin és Levy (2003), amelyben a felnőtt kötődési státuszt a terápiás kapcsolatra vonatkozóan állapítják meg. Az eljárás tulajdonképpen a felnőtt kötődési interjú első 16 kérdésének a terápiás helyzetnek megfelelő átfogalmazásából, illetve 12 újonnan hozzáadott kérdésből áll, amelyek a terápiás kapcsolat mint kötődés sajátosságaira vonatkoznak (visszautasításra, szeparációra adott reakciók, illetve betegség, harag esetén mutatott viselkedés). A kötődés szűk definícióját használva (Rutter, 1989) problematikusnak tűnik, hogy a szerzők a páciens-terapeuta felnőtt kötődési interjút mindkét féllel felvehetőnek tartják, mivel ez a páciens-terapeuta kapcsolat szimmetrikusságát implicálja. A módszer szimmetrikussága nem jelent problémát azon kérdések esetében, amikor a másik fél viselkedésének eredetére kérdeznék rá azzal a szándékkal, hogy lássák, mennyire mentalizáló terminusokban írja le azt a vizsgálati személy. Azonban problematikusnak tűnik, amikor például a terapeutát kérdezik arról, hogy a betegről való szeparáció milyen érzéseket hívott elő benne. Ez nem a terapeutában megjelenő érzések miatt problematikus, hanem azért, mert nem a szűk értelemben vett kötődésről szól, hiszen a páciens nem tölt be kötődési személy funkciót a terapeuta életében. Az interjú alapján

felállítható klasszifikációs rendszer is megegyezik a felnőtt kötődési interjú esetében bemutatottal, azzal a különbséggel, hogy a terápiás kapcsolatra a feldolgozatlan gyász vagy trauma kategóriát nem alkalmazzák. Ez szintén problematikus lehet, amennyiben egy olyan ideál állapotot tükröz, ahol a terapeuta traumatizáló viselkedése kizárt. Mivel a módszer használata külön képzést igényel, Diamond és munkatársai (2003) elgondolása – a felnőtt kötődési interjúhoz hasonlóan – nem teszi lehetővé a széleskörű alkalmazást.

A szociál- és személyiségpszichológiai hagyományban Mallinckrodt, Gantt és Coble (1995) egy olyan mérőskálát dolgoztak ki (Client's Attachment to Therapist Scale – Kliens Kötődése a Terapeutához Skála), amely a pszichoterápiás viszonyulás tekintetében három faktort mér: (1) biztonságos, (2) elkerülő/félelemteli, és (3) elárasztott/összeolvadó kötődés. A szerzők a három skála és a munkaszövetség értékeit változóként használva klaszterelemzéssel négy klasztert különítettek el. Ezek sajátos, ám a kötődéelmélet szempontjából nehezen értelmezhető mintázatot mutattak. Az értelmezhetőség vagy legalábbis az elnevezések körültekintőbb megválasztása szempontjából elgondolkodtató, hogy a „biztonságos” faktoron az elkerülő és az elárasztott páciensek között nagy különbség van, míg a biztonságosan kötődők és az elárasztottak között nincs jelentős különbség. Ebben a felosztásban az elárasztott személyek ugyanolyan biztonsággal kötődnek, mint a biztonságosan kötődők, szemben az elkerülővel. Ez nem felel meg annak a kötődéelméleti szempontból kulcsfontosságú elképzelésnek, miszerint mind az elkerülés, mind pedig az aggodalmaskodás vagy elárasztottság a biztonságos kötődés hiányából fakadó szorongás enyhítésére létrejött másodlagos stratégia (Dozier & Tyrrell, 1998). Ezen felül a Mallinckrodt vezette munkacsoportnak (Mallinckrodt et al., 1995) kommentálója is felrója a mérőeszköz gyenge belső reliabilitását (Robbins, 1995). A Cronbach- $\alpha$  értékek ugyanis két alskála esetében is 0,65 alatt vannak, amely megkérdőjelezi az alskálák belső konzisztenciáját, és felveti annak kérdését, hogy valójában egy dimenziót mérnek-e, vagy mi is az alskálák pontos egymáshoz való viszonyulása. Mindezen kritika ellenére a kommentár szerzője mindenképpen értékes, további kutatásokat előmozdító próbálkozásnak látja egy páciens-terapeuta kötődést mérő eszköz létrehozását.

## Vizsgálat

A szakirodalom és a mérési lehetőségek áttekintését követően megfogalmazódott bennem az igény, hogy a terapeutával folytatott specifikus kapcsolatot kötődélméleti keretekben mérő, széles körben használható kérdőívet dolgozzak ki. A következőkben ezen kérdőív kidolgozását és a kidolgozott kérdőív felhasználásával végzett kutatást ismertetem. A vizsgálatban arra kerestem a választ, hogy a szülői bánásmód hogyan befolyásolja a terápiás kötődést, illetve arra, hogy a korai és a terápiás kötődés hogyan befolyásolja a páciensek terápiás attitűdjét.

### Célkitűzések

A vizsgálat elsődleges célkitűzése az volt, hogy egy későbbiekben pszichoterápiás kutatási célokra használható mérőeszközt dolgozzak ki, amely a terápiás kapcsolatot mint kötődést teszi mérhetővé. Ennek létrehozására egy magyarul is hozzáférhető felnőtt kötődési kérdőívet (Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív (továbbiakban ECR) – Brennan, Clark & Shaver, 1998; magyar változat Nagy, 2005) használtam fel annak reményében, hogy a terápiás kötődés mérésére kidolgozott eszköz belső struktúrája és pszichometriai tulajdonságai is az eredeti mérőeszközhöz hasonlóan alakulnak majd.

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

### *Módszer*

#### Vizsgálati személyek

A későbbiekben bemutatandó kérdőívcsomagokat 22 szakember (19 nő; 5 pszichoterapeuta végzettségű) és 113 hozzájuk terápiába járó páciens (77 nő; átlagéletkor 36,21 év; 87 fő legalább érettségizett) töltötte ki. A minta összeállításánál – a terápiás kapcsolat intimitása, és a szakemberek részéről tapasztalható gyakori ellenállás, vonakodás miatt – a hozzáférhetőség volt az elsődleges szempont, ami a mintát több szempontból is heterogénné tette (alkalmazott terápiás módszer, diagnózis, osztályos vs. ambuláns kezelés). Ez a heterogenitás a statisztikai elemzések megválasztása terén sokszor korlátot jelentett, ugyanakkor a terápiás kötődés szemléleten és sok egyéni sajátágon túlnyúló elképzelése

legitimálja a szükség okozta mintaválasztást. A bekerülés feltétele a terápiás kapcsolatban álló mindkét fél önkéntes beleegyezésén túl az volt, hogy a páciens olyan, legalább 3 hónapja folyó, egyéni pszichoterápiás munkában vegyen részt a terapeutával, amely még nem érkezett terminációs fázisába.

### Eljárás

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

### Eszközök

A páciensek a beleegyező nyilatkozat és az alapvető demográfiai adatok mellett három állítás értékelésével adhattak hangot aktuális terápiájukkal kapcsolatos véleményüknek, amelyek a terápia hasznosságára, a terapeutával eltöltött idő kellemességére és a terápia sikerességébe vetett reményre vonatkoztak. Ezen változók korábbi vizsgálatok alapján (Miller, Duncan, Brown, Sparks & Claud, 2003; Stiles, 1980; Trijsburg, Colijn & Holmes, 2005) a terápiás ülések és a terápia egészének sikerességét jól bejósolják. Ezen kívül a célkitűzések ismertetésekor említett, a terápiás kapcsolatnak megfelelően átalakított felnőtt kötődési kérdőívet (részletes bemutatását lásd később) és a Szülői Bánásmód Kérdőív magyar változatát töltötték ki a páciensek.

A terapeuták a beleegyező nyilatkozat mellett saját nemükről, végzettségükről, a terápia megkezdésének időpontjáról, az ülésgyakoriságról, és a kezelés módszeréről, technikájáról tájékoztattak. Ezen kívül a páciensről diagnózist közölt (DSM-IV, BNO-10 szerint). Ezt követően két állítást értékelt a páciens terápiás kötődési elkerülésével és szorongásával kapcsolatban, amelyek Hazan és Shaver (1987) kezdeti felnőtt kötődést mérő állításainak átalakításával készültek.

### Alkalmazott statisztika

A vizsgálati személyektől – terapeutáktól és páciensektől – nyert adatokat SPSS for Windows 17.0 statisztikai programcsomag segítségével elemeztem. A kérdőív faktorstruktúrájának feltárására és a Bartholomew-féle felnőtt kötődési modellhez (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994) való illeszkedés megállapítására faktoranalízist alkalmaztam, a terápiás kötődés és a szülői bánásmód terápiás

attitűdre gyakorolt hatását kovariancia-analízissel és lineáris regresszió-elemzésekkel felépített útvonalmodellekkel vizsgáltam.

### *Eredmények és megvitatás I. – A kérdőív létrehozására*

#### A terápiás kötődés élményei kérdőív belső struktúrája

A páciensek által kitöltött, 36 tételből álló terápiás kötődés élményei kérdőív belső struktúrájának feltárására főtengety-analízist végeztem varimax forgatással. A kezdeti 36 itemből hármat (3., 22., 34. item) alacsony kommunalitásuk miatt kizártam az elemzésből. A fennmaradó 33 tétel faktoranalitikus elemzésre alkalmasnak bizonyult ( $KMO = 0,78$ ). Az elméleti értelmezhetőséget és a faktorhoz tartozó állítások számát figyelembe véve a kérdőív kidolgozásához az első hat faktort használtam fel. A hat faktor az összes variancia 46,45 %-át magyarázta. A skálák elnevezésekor a legnagyobb faktorsúllyal rendelkező állítást, állításokat vettem alapul.

(1) Az első faktor az aggódás a terapeuta elvesztése miatt nevet kapta ( $Cronbach-\alpha = 0,82$ ). Az ezen a faktoron magas pontszámot elérő páciensek erőteljes anticipált szorongást mutatnak a terapeutával kapcsolatos szeparációra vonatkozóan, míg az alacsony pontszámot elérők nem aggódnak a terapeutával való kapcsolatuk miatt.

(2) A második faktort önfeltárás elutasításának neveztem el ( $Cronbach-\alpha = 0,76$ ). Ezen a faktoron magas pontszámot azok a páciensek adnak, akik vonakodnak érzéseiket, gondolataikat megosztani a terapeutával, míg az alacsony pontszámot adók bátran feltárulkoznak terapeutájuk előtt.

(3) A harmadik faktor neve az összeállítás hiánya lett ( $Cronbach-\alpha = 0,82$ ). Azoknak a pácienseknek az esetében, akik magas pontszámot érnek el ezen a faktoron, saját kívánságaik és a terápiás történések nem esnek egybe a közelség szabályozás tekintetében. Elsődlegesen az összeolvadás iránti vágy frusztrációjáról van szó a faktor esetében. Ezzel szemben az alacsony pontszámot adó páciensek megtalálják az optimális, mindkét fél számára elfogadható közelséget a terapeutához.

(4) A negyedik faktort közelségkerülésnek neveztem el ( $Cronbach-\alpha = 0,78$ ). Az ezen a faktoron magas pontszámot elérő betegek terapeutájuk közeledését kellemetlenül élik meg, és maguk is aktívan igyekeznek kerülni a közelséget. Az alacsony közelségkerülés pontszámot elérők jól érzik magukat a terapeuta közelében, sőt aktívan keresik közelségét.

(5) Az ötödik faktor neve túlzott megerősítés szükségessége lett ( $Cronbach-\alpha = 0,79$ ). Az ezen a faktoron magas pontszámot elérő kitöltők a terapeuta állandó érzelmi

visszajelzését, jóváhagyását, megerősítését keresik, míg az alacsony pontszámot elérő páciensek a külsődleges megerősítések híján is képesek a kapcsolatot és önmagukat megfelelőnek megélni.

(6) A hatodik faktor a túlzott önállóságra törekvés nevet kapta (Cronbach- $\alpha = 0,69$ ). Az itt magas pontszámot elérők nem szívesen támaszkodnak terapeutájukra, vonakodnak segítséget kérni tőle. Ezzel szemben az alacsony pontszámot adók bátran hagyatkoznak terapeutájukra, fordulnak hozzá vigasztalásért.

A faktoranalízissel nyert, fent bemutatott skálák jól összevethetőek Wei, Russell, Mallinckrodt és Vogel (2007) munkájával, akik az ECR rövidített változatának kialakításakor a szakirodalom áttekintésére hivatkozva mind a szorongás, mind pedig az elkerülés esetében három olyan területet írnak le, amelyek fontos részét képezik a kötődési szorongásnak, illetve elkerülésnek.

A szorongás esetében a három releváns terület (1) a társas visszautasítás vagy elhagyatás miatti félelem, (2) mások megerősítése iránti fokozott szükséglet, és (3) distressz a partner elérhetetlensége vagy hűvössége esetén. Ezek a kötődési szorongást alkotó területek kisebb eltérésekkel megfelelnek az általam feltárt struktúra első, harmadik és ötödik skálájának: (1) aggodás a terapeuta elvesztése miatt, (3) túlzott megerősítés szükségessége, és (5) az összeillés hiánya, amely a páciens szemszögéből saját közelségigénye és a terapeuta észlelt közelsége közötti összeillés hiányát méri. Az első és második területek szinte szóról szóra azonos értelmezésben jelennek meg, ugyanakkor a harmadik skála (összeillés hiánya) esetén az általam végzett elemzés során az eredeti modellben az elkerülés dimenzióhoz tartozó elemek is a skálába kerültek, így a név megváltoztatására szükség volt. A Wei és munkatársai (2007) által használt megnevezést alkalmazva „distressz a partner túlzott hűvössége vagy túlzott közelsége esetén” is jól tükrözné a skála jelentését.

Saját vizsgálatomban a fennmaradó három faktornak (2) az önfeltárás elutasítása, (4) a közelségkerülés, és (6) a túlzott önállóságra törekvés adódott. Érdekes megjegyezni, hogy bár Wei és munkatársai (2007) elméletben kis különbséggel (közelségkerülés helyett félelem az intimitástól/közelségtől) a fenti három faktort vezetik le az ECR rövidített változatának megalkotásakor, az elkerülésre vonatkozó tizenhét állításon végzett faktoranalízis során mégis két alskálát kaptak, amelyekben a közelséggel kapcsolatos diszkomfort és a vonakodás a másoktól függésben különültek el egymástól. Az állítások szintjét is megvizsgálva felfedezhető, hogy a másoktól függésben mutatott vonakodás a túlzott önállóságra törekvésre és az önfeltárás elutasítására vonatkozó állításokat is tartalmaz. Az aktuálisan tárgyalt három skála esetén tehát elmondható, hogy azok a kötődéseméleti szakirodalomnak megfelelő, az



ECR Wei és munkatársai (2007) által kidolgozott rövidített verziójánál differenciáltabb megközelítést tudnak nyújtani a terápiás helyzetben mutatott kötődési elkerülés vizsgálatában.

#### A modell illeszkedése Bartholomew kétdimenziós modelljéhez

Következő lépésként statisztikailag is igazolni szerettem volna, hogy a fenti hat faktor a Bartholomew-féle kétdimenziós modell (pl. Bartholomew & Horowitz, 1991) differenciáltabb változatát jelenti. Ennek kivitelezésére az eredeti itemeken a főtengeley-elemzést direkt oblimum forgatással is megismételtem, amely nem merőleges tengelyek létrehozásával a faktorok közötti korrelációt megengedi. Az így nyert faktorok lényegi egyezést mutattak a varimax forgatással végzett modellel, és az így nyert faktorszakórok újabb faktoranalízisnek voltak alávethetőek. A faktorszakórokon végzett újabb főtengeley-elemzés két szuperfaktort tárt fel. Az egyik alá a terápiás kötődési elkerülésre vonatkozó, a másik alá a terápiás kötődési szorongásra vonatkozó faktorok rendeződtek. A szuperfaktorok létrehozását célzó főtengeley-elemzés eredményeit az 1. táblázat mutatja be.

	Faktor	
	Szorongás	Elkerülés
Aggódás a terapeuta elvesztése miatt	,757	
Összeállítás hiánya	,580	
Túlzott megerősítés szükségessége	,493	
Önfeltárás elutasítása		,611
Közelségkerülés		,526
Túlzott önállóságra törekvés	-,314	-,471

1. táblázat

A szuperfaktorok létrehozását célzó főtengeley-elemzés eredménye

A fenti eredmények alapján az általam nyert struktúrát a megcélzott modellhez illeszkedőnek tekintettem.

#### A terápiás kötődés élményei kérdőív skáláinak teszt-retesz megbízhatósága és validitása

A terápiás kötődés élményei kérdőívet 93 páciens az első kitöltést követően egy héttel újra kitöltötte. A szokásos két hetes - egy hónapos intervallum helyett a terápia rendkívüli

képlékenysége, dinamikussága miatt választottam az egy héttel későbbi időpontot a kérdőív újbóli kitöltésére. A 2. Táblázat a teszt-reteszt korrelációt mutatja a hat skála esetén.

Skálák	r
Aggódás a terapeuta elvesztése miatt	0,89
Önfeltárás elutasítása	0,64
Összeállítás hiánya	0,84
Közelségkerülés	0,83
Túlzott megerősítés szükségessége	0,86
Túlzott önállóságra törekvés	0,74

2. táblázat

A terápiás kötődés élményei kérdőív hat skálájának teszt-reteszt megbízhatósága

A terápiás kötődés élményei kérdőív skáláinak validitását a terapeuták pácienseikkel kapcsolatos szakértői ítéleteivel történt összevetése során állapítottam meg. A terapeuták visszajelzését az ECR eredeti kétdimenziós modellje szerint kértem, így a terapeuta véleménye és az azonos jelentésű szuperfaktor alá tartozó skálák együttjárásával vizsgáltam a validitást. Az eljárást igazolja, hogy a 3-3 alszála a 1. táblázatban bemutatott eredmények szerint a terápiás kötődési szorongás és elkerülés egy-egy aspektusát összetartozó módon méri. A szorongás szuperfaktor alá tartozó skálák pontszámait a terapeuták által a páciensek terápiás kötődési szorongásáról szóló leírásra adott értékekkel vettem össze. A három skála közül egyik esetében sem mutatkozott szignifikáns korreláció. Az elkerülés szuperfaktor alá tartozó skálák pontszámait a terapeutáknak a páciens kötődési elkerülésére vonatkozó állításával összevetve, mindhárom skála esetében szignifikáns, közepes erősségű korrelációt találtam ( $r = 0,25 - 0,4$ ;  $p < 0,01$ ).

A validálás felemás sikerének értékeléséhez a páciensre vonatkozó állítások elemzését kell elvégeznünk. A terapeutának a páciens terápiás kötődési elkerülésre vonatkozó jellemzésében („a páciensem kényelmetlenül érzi magát, ha közel kerülök hozzá; neheze esik teljesen megbízni bennem, és neheze esik rám támaszkodnia. Idegessé válik, ha túl közel kerülök hozzá.”) – bár mentális állapotra vonatkozó állítások is szerepelnek (pl. Képesség arra, hogy a páciens megbízzon a terapeutájában) – a közelség szabályozó, viselkedéses szinten jól nyomon követhető jelzések dominálnak. Továbbá a leírás a belső munkamodelltek tekintetében azt sugallja, hogy a terapeuta megbízhatatlan, nem alkalmas

arra, hogy támaszt nyújtson. Ezek olyan érzések, amelyekre a terapeuta a kapcsolat alakítása miatt amúgy is nagy figyelmet fordít. Az elkerülő terápiás kötődéssel kapcsolatos jelzések terapeuta általi könnyebb nyomon követését a terapeuta aktív szerepe (a terapeuta úgy jelenik meg a leírásban, mint aki cselekedeteivel kiváltja a páciens távolodását) is előidézheti, egyfajta attribúciós torzítás eredményeképpen.

Ezzel szemben a páciens terápiás szorongásáról szóló megfogalmazás („a páciensem követelőző és néha olyan közel szeretne kerülni hozzám, ami már számomra kellemetlen. Gyakran fejezi ki aggodalmát, hogy nem szeretem, vagy félelmét, hogy magára hagyom.”) Újra azt a problémát veti fel, hogy átalakítva ugyan, de egy párkapcsolatokra vonatkozó leírásból származik, amely nem vihető át egy az egyben a terápiás helyzetre. Egyrészt a terapeuta a páciens túlzott közelsége által kiváltott kellemetlenséget viszontáttételi<sup>1</sup> érzésként értelmezheti. Így azt elsősorban nem saját maga monitorozására, hanem a páciens áttételének és mások pácienshez való viszonyulásának megértésére használja (Gelso & Hayes, 2007). Tehát bár az érzelmet a terapeuta éli át, funkcionálisan mégis inkább a páciensről szól. Másrészt a terápiás szerződés által markánsan kijelölt határok – bár a vágyat nem szándéuk és nem is tudják felszámolni – a követelőző viselkedésnek és túlzott közelségnek kevés helyet hagynak, sőt bizonyos páciensek ezzel kapcsolatos vágyukat sem tudják kifejezésre juttatni. Tehát összegezve azt mondhatjuk, hogy a terápiás kötődési elkerülés viselkedéses megnyilvánulása (pl. Távolodás, információ visszatartása) sokkal direktebb, sokkal szembeötlőbb információkra támaszkodik, míg a terápiás kötődési szorongás a terapeuta véleményezésére váró állításban olyan következményekkel jár, amelyek a párkapcsolatokban előfordulnak, ugyanakkor a terápiás kapcsolatban a terápia keretei vagy éppen a helyzet aszimmetrikussága miatt kisebb valószínűséggel fordulhatnak elő.

Emellett a páciens terápiás kötődési szorongásáról szóló leírás túlságosan összetett ahhoz, hogy egyetlen pontszámmal a beteg viselkedése, feltételezett érzései és az ezekre adott reakciói jellemezhetőek lennének. Ez ismételten arra hívja fel a figyelmet, hogy a terapeuták számára megfogalmazott leírások megszerkesztésekor még körültekintőbben kellett volna eljárni, figyelembe véve azt, hogy a felszínen közel sem feltétlenül akkora a különbség a két másodlagos stratégia (ti. Elkerülés és szorongás) között, mint ahogyan az az intrapszichés dinamikában jelentkezik.

---

<sup>1</sup> Itt a viszontáttételt a totális értelemben használom, ahogyan azt Gleso és Hayes (2007) megkülönbözteti a klasszikus felfogástól. A klasszikus felfogásban a viszontáttétel a terapeutának páciens áttételére adott áttételi reakciója, és inkább a terápiás munka akadályaként szerepel. Ezzel szemben a totális nézet képviselői a terapeuta összes pácienssel kapcsolatos érzését és attitűdjét viszontáttételként kezelik.

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

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

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

A fentiekben bemutatott folyamat végeredményeként létrehozott kérdőívet arra használtam, hogy a második célkitűzésnek megfelelően megvizsgáljam, milyen hatást gyakorol a terápiás kötődési elkerülés a páciensek terápiával kapcsolatos attitűdjeire. A szülői bánásmódra vonatkozóan azért emeltem be változókat a vizsgálat menetébe, hogy a terápiás kötődés szülői bánásmódtól független hatása is feltárható legyen.

#### A szülői bánásmód hatása a terápiás kötődési elkerülésre

A szülői bánásmód hatását a terápiás kötődési elkerülésre kovariancia-analízissel vizsgáltam. Független változóként a terápiás kötődési elkerülés három skáláját vittem be az elemzésbe, független változóként a H-PBI három apai és három anyai bánásmódra vonatkozóan a minta magas és alacsony pontszámot elérő felét. Ezen kívül kísérő változóként elemzésre kerültek azok a változók is (terápia hossza, páciens diagnosztikus csoportja), amelyekről úgy gondoltam, hogy szerepet játszhatnak a terápiás kötődési elkerülés

alakulására. A minta sajátjaiból adódóan a három vagy több változót tartalmazó interakciókat az elemzés nem volt képes kezelni.

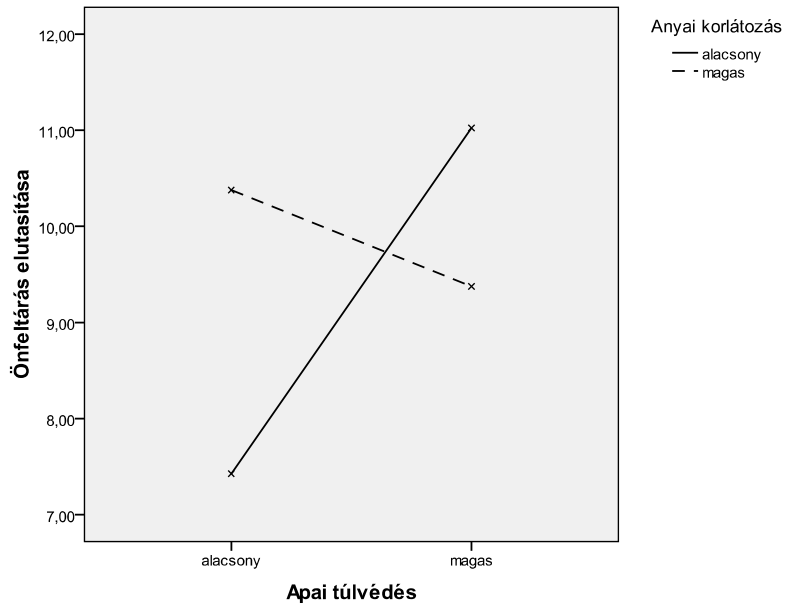
**A szülői bánásmód hatása az önfeltárás elutasítására.** Az önfeltárás elutasítására a kísérő változók közül egyik sem gyakorolt szignifikáns hatást. A független változók és interakcióik közül a 3. táblázatban bemutatott interakciók gyakoroltak szignifikáns hatást az önfeltárás elutasításának alakulására.

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

3. táblázat

Az önfeltárás elutasítására szignifikáns hatást gyakorló H-PBI skála interakciók

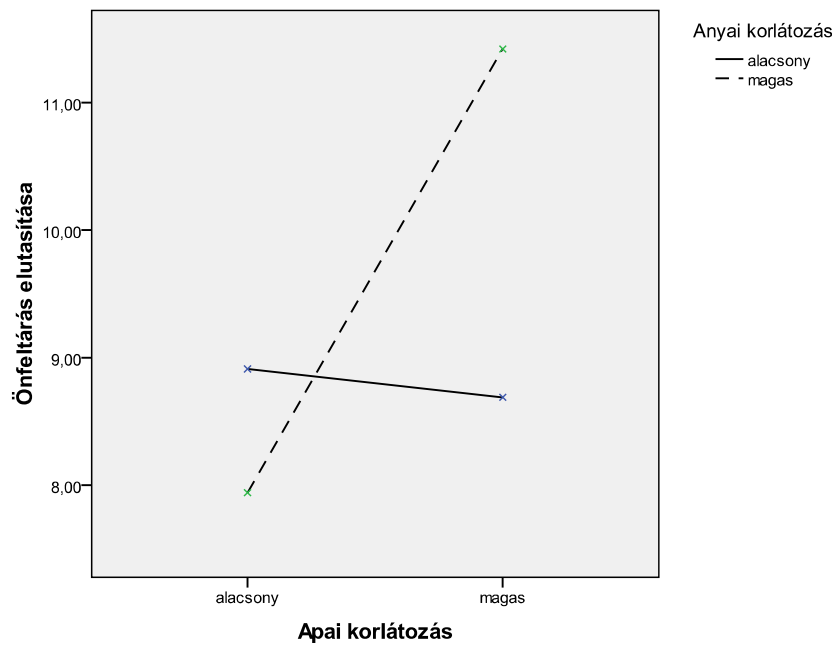
Az interakciók mibenléte az csoportátlagokat megjelenítő ábrák alapján fejthető meg. Az 1. ábrán jól látható, hogy alacsony anyai korlátozás esetén a magas apai túlvédés az önfeltárás nagyobb mértékű elutasításához vezet, mint az alacsony apai túlvédés. Ezzel szemben magas anyai korlátozás esetén az alacsony apai túlvédés vezet az önfeltárás elutasításához. Mind a korlátozás, mind a túlvédés az önállóság kialakításában, szabadságában gátolja meg a személyt (Tóth & Gervai, 1999), azonban ezen felül a korlátozás érzelmi hidegséget, a túlvédés pedig érzelmi (túl)involváltságot közvetít a gyermek felé. Az túlvédés, a gyermek infantilizáló óvása, gyermeki pozícióban tartása az apa részéről anyai korlátozás esetén az egyetlen pozitív érzelmi támasz lehet. Mivel az anya részéről korlátokkal találkozók, a gyerekekben nem kelt ellenérzést az apa túlvédés viselkedése, sőt az apát pozitívként tünteti fel a gyermek szemében, hiszen érzelmileg melegséget biztosít. Így ezek a személyek kevésbé lesznek hajlamosak elutasítani az önfeltárást. Ezzel szemben azokban az esetekben, amikor az anya biztatja gyermeke önállóságát, az apai túlvédés más színezetet kap – a gyermek apja infantilizáló nevelési stílusát terhesként éli meg, amely veszélyezteti önállóságát. Ebben az esetben az érzelmek megjelenése a terápiában is szabadságát fenyegető lesz a páciens számára, így az önfeltárás elutasításával megpróbálja inkább az érzelmekkel teli kommunikáció lehetőségét is elkerülni.



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

1. ábra

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



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

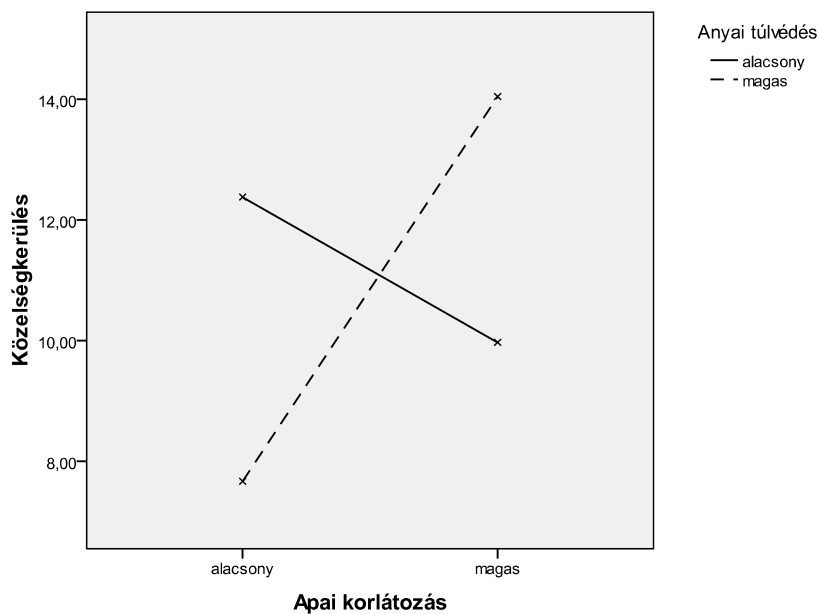
2. ábra

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

A 2. ábra az apai és az anyai korlátozás önfeltárás elutasítására gyakorolt együttes hatását mutatja be. Az ábra tanúsága szerint alacsony anyai korlátozás esetén az apai korlátozás mértéke nincs hatással az önfeltárás elutasításának mértékére. Ezzel szemben magas anyai korlátozás esetén az alacsony apai korlátozáshoz képest a magas apai korlátozás az önfeltárás nagyobb mértékű elutasításához vezet. Az eredmények szerint mindkét szülő magas korlátozása az önfeltárás nagyobb fokú elutasításához vezet, mint bármely szülő egyedüli magas korlátozása vagy a korlátozás relatív hiánya mindkét szülő esetében. Tehát az a páciens akinek legalább az egyik szülőjét kevésbé korlátozónak látta, inkább tárta fel érzéseit, problémáit a terapeuta számára, mint az, aki mindkét szülőjét korlátozóbbnak ítélte. Magyarázatként elmondható, hogy mindkét szülő autonómiát korlátozó viselkedése feltételezhetőleg egy olyan fejlődési pályára állítja a gyermek fejlődését, ahol a szülőkhöz való alkalmazkodás viselkedéses szinten tud megtörténni az ok-okozati kapcsolatok monitorozásával. Ezt a stratégiát Crittenden (2000) túlzott kognitív információra támaszkodásnak nevezi. Ezen egyének számára az affektív információk jelentősége elsikkad, mivel mindkét szülő a korlátozást alkalmazva többek között a gyermek autonómia igényét – és feltételezhetően más lelki szükségleteit is – figyelmen kívül hagyja. Így ez az affektív információ a gyermek számára a szülőkhöz való alkalmazkodás szempontjából lényegtelenné válik. Így a két korlátozó szülőről beszámoló páciensekből nem feltétlenül a tudatos szándék hiányzik az önfeltárástól, hanem sokkal inkább egyfajta elhárítás érhető tetten – ha mások nem kíváncsiak az én szükségleteimre, érzéseimre, akkor inkább le is tagadom a létezésüket.

***A szülői bánásmód hatása a közelségkerülésre.*** A kísérő változók egyike sem gyakorolt szignifikáns hatást a közelségkerülésre. A független változók közül az apai korlátozás és az anyai túlvédés interakciója mutatott szignifikáns hatást a közelségkerülésre ( $F_{(1)}=4,492$ ;  $p<0,05$ ). A hatást a 3. ábra szemlélteti. Eszerint alacsony anyai túlvédés esetén a magas apai korlátozás csökkent mértékű közelségkerüléshez vezet, míg magas anyai túlvédés esetén a magasabb apai korlátozás megnöveli a közelségkerülést. Korábban már kifejtettem, hogy míg a korlátozás és a túlvédés esetén az önállóság gátlása közös, addig a korlátozás érzelmi hidegséget, míg a túlvédés érzelmi (túl)involváltságot közvetít ezzel párhuzamosan. Emellett az eredmény értelmezésének előkészítésében azt is fontos megemlítenem, hogy a terapeuta a terápiás kapcsolat aszimmetrikussága és az orvosi áthallások miatt tekintélyszemély is egyben. Az apai korlátozás eltérő hatását az anyai túlvédés jelenlétében vagy hiányában tehát

az alábbiak szerint magyarázom. A magas szülői – így az anyai – túlvédés a gyermeket és a későbbi felnőttet a szorongásos zavarok irányában sebezhetőbbé teszi (Parker, 1981). Sőt, Solyom, Silberfeld és Solyom (1976) kimutatták, hogy az agorafóbiás páciensek anyjai kifejezetten túlvédőek. Mindkét összefüggés számomra egy irányba mutat – a szülői, különösen az anyai túlvédés félelmetessé teszi a világot a személy számára. Ebben a félelmetes világban az apai korlátozás is negatív konnotációt kap, nem a határok, hanem az érzelmi hidegség oldala hangsúlyozódik. Így tehát érthető, hogy felnőttként a páciens a tekintélyszemély – jelen esetben a terapeuta – közelségét kerülni fogja. Ezzel szemben alacsony anyai túlvédés esetén, a gyermek az apai kontroll hűvössége elől nem tud az anya túlságosan is védő szárnyai alá menekülni. Így az önállóság apai korlátozása a reaktancia elvének megfelelően (Brehm, 1966/2009) ambícióvá, a megküzdés képességévé változhat át a felnőtt élet során az anya önállóságot bátorító viselkedése (alacsony túlvédése) mellett. Ehhez képest az anyai túlvédés és az apai kontroll relatív hiánya megemelkedett közelségkerüléssel fog járni, hiszen ez a laissez-faire konstelláció – az apa nem állít határokat, az anya érzelmileg kevésbé involvált – a korlátok szintjén engedi ugyan az önállóságot, viszont érzelmileg nem motiválja, hiszen azt az érzést alakíthatja ki a gyermekben és a későbbi felnőttben, hogy az ő személye, viselkedése érdektelen mások számára.



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

3. ábra

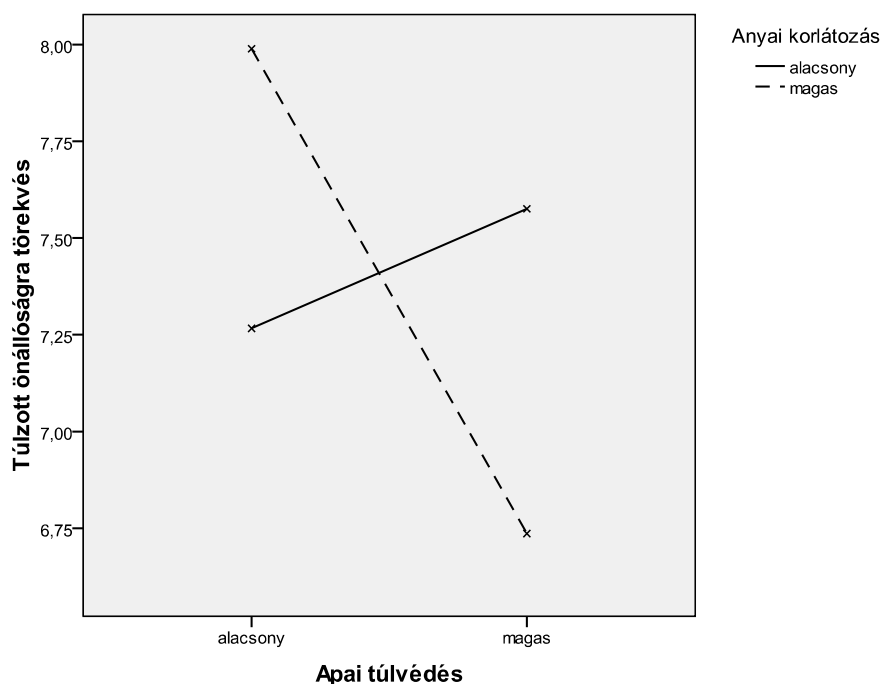
Az apai korlátozás és az anyai túlvédés együttes hatása a közelségkerülésre



***A szülői bánásmód hatása a túlzott önállóságra törekvésre.*** A kísérő változók közül a terápia hossza szignifikáns hatást gyakorolt a túlzott önállóságra törekvésre ( $F_{(1)}=7,292$ ;  $p<0,01$ ). A Pearson-féle korrelációs vizsgálat megmutatta, hogy a terápiában eltöltött hetek száma és a túlzott önállóságra törekvés között negatív összefüggés van ( $r=-0,24$ ;  $p<0,05$ ), tehát a terápia hosszával párhuzamosan a túlzott önállóságra törekvés csökken. A közelségkerülés esetén már említett, a terápiában szerzett kedvező kapcsolati tapasztalatok hatására a páciens megengedhetőnek tartja, hogy immár támaszkodjon a terapeutára is. Ehhez az szükséges, hogy elérhetőnek és megbízhatónak ítélje a terapeutát. Természetesen ez nem a terapeuta tökéletessége által fog megvalósulni, hanem sokkal inkább rugalmassága, érzelmi nyitottsága és a kapcsolati törések helyrehozatalára való képessége által (Casement, 1999). Alternatív magyarázatként az is elképzelhető, hogy azon páciensek, akik eleve jobban képesek a terapeutára támaszkodni, hosszabb ideig maradnak a terápiában.

A független változók közül az apai túlvédés és az anyai korlátozás interakciója ( $F_{(1)}=5,074$ ;  $p<0,05$ ) és az apai korlátozás önmagában ( $F_{(1)}=4,252$ ;  $p<0,05$ ) gyakorolt szignifikáns hatást a túlzott önállóságra törekvésre. Az apai korlátozás esetén a páronkénti összehasonlítás megmutatta, hogy magasabb apai korlátozás esetén szignifikánsan magasabb a túlzott önállóságra törekvés (Bonferroni  $p<0,05$ ). A korlátozás nemcsak a szabályok szigorával, hanem egyfajta empátiahiánnyal, érzelmi hűvösséggel, a válaszkészség hiányával is együtt jár. A szülő – így az apa esetén is – ilyenfajta nevelési stílusa, amelyben a megkövetelés a válaszkészség hiányával párosul, az elfojtásos tendenciák megjelenésének kedvez (Maccoby & Martin, 1983), amely jól párhuzamba állítható a kötődési elkerülők deaktivációs stratégiájával (Kobak & Sceery, 1988 idézi Slade, 2008). Különösen érvényessé teszi az analógiát, hogy Maccoby és Martin (1983) etológiai és szociális tanuláseméleti paradigmában gondolkodtak, amely a kötődésemélet felfogásához is igen közel áll.

Az apai túlvédés és az anyai korlátozás interakciós hatása a túlzott önállóságra törekvésre a 4. ábra alapján értelmezhető. Alacsony anyai korlátozás esetén nincs jelentős különbség a túlzott önállóságra törekvésben az apai túlvédés mértéke alapján. Ezzel szemben magas anyai korlátozás esetén az alacsony apai túlvédés a túlzott önállóságra törekvés magas értékével jár együtt, míg a magas apai túlvédéshez a túlzott önállóságra törekvés alacsonyabb értéke társul.



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

4. ábra

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

Mivel a kötődési elkerülés a Bartholomew modellben (Griffin & Bartholomew, 1994) a másikról alkotott belső munkamodellhez kapcsolódik, ennek mentén magyarázom az eredményeket. Ahogy azt a korábbiakban már bemutattam a kötődési elkerülést elsősorban a szülői elutasítás hozza létre (pl. Crittenden, 2000). A szülői szeretetben és túlvédésben közös, hogy – bár eltérő módon, de mégis – a szülő involváltságát közvetíti a gyermek felé. Így mindkét esetben a jelentős másikról kialakított kép pozitív lesz. Ez a pozitív reprezentáció a terapeutára is átvehető, így ezek a betegek kevésbé lesznek hajlamosak kizárólagosan önmagukra támaszkodni. Bár a hagyományos családmódelben ezt az involváltságot elsősorban az anya hivatott biztosítani, apai túlvédés és anyai korlátozás interakciója rámutat, hogy korlátozó – azaz hűvös, involvált – anya esetén az apai involváció – akár túlvédés formájában is – mennyire fontos szerepet játszik. Természetesen a szülői szeretet és túlvédés a valódi önállóság és egészséges önmagára támaszkodás esetén feltehetőleg eltérő következményekkel jár. A szülői túlvédés a kötődési szorongás fokozódását eredményezheti, mivel hatására a gyermek és később a felnőtt önállótlanok fogja megélni magát, nehezen tolerálva a kötődési személy távollétét. Mivel azonban ez a kötődési szorongás dimenziójához tartozik, a vizsgálatban ezen feltételezés tesztelésére nem nyílt lehetőség.

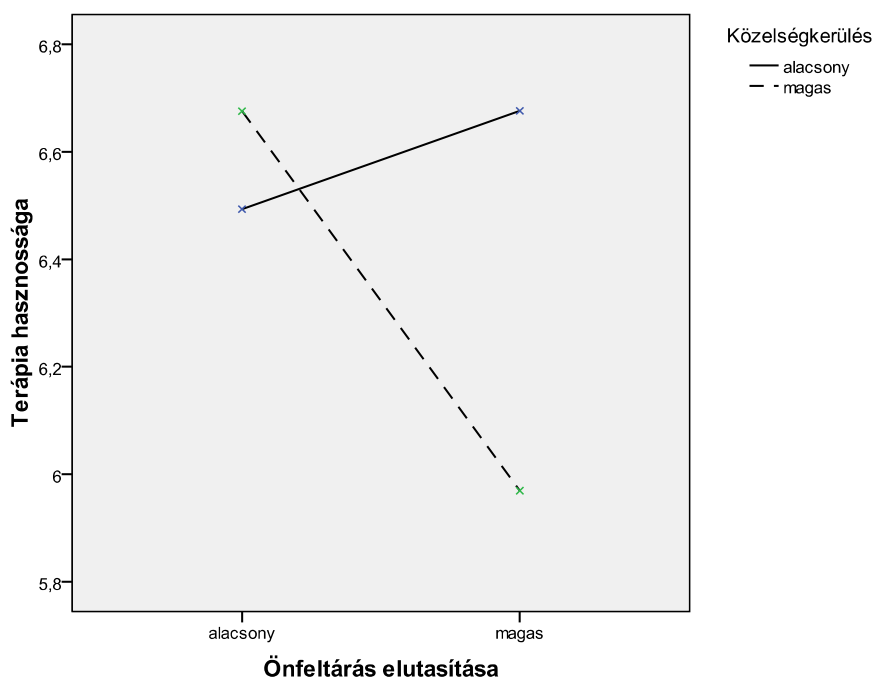
### A terápiás kötődési elkerülés hatása a terápiás attitűd változókra

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

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

A független változók és interakcióik közül az önfeltárás elutasításának és a közelségkerülésnek az interakciója befolyásolta szignifikáns módon a terápia hasznosságának megítélését ( $F_{(1)}=7,765$ ;  $p<0,01$ ). Az interakció jelentése az 5. ábráról olvasható le. Ez alapján a közelségkerülés alacsony értéke esetén az önfeltárás elutasításának mértéke nem volt hatással a terápia hasznosságának megítélésére. Ezzel szemben magas közelségkerülés esetén az önfeltárás elutasítását magasra értékelők (az alacsony pontszámúakhoz képest) kevésbé ítélték hasznosnak a terápiát.

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



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

### 5. ábra

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

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

Ez az eredmény egyáltalán nem meglepő. Ugyanakkor az okozás irányán ebben az esetben is érdemes elgondolkodni. Elképzelhető ugyanis az is, hogy (1) az együtt töltött idő kellemetlensége vezet a terapeuta elkerülésének vágyához, vagy (2) ugyanaz a nem mért változó vezet mind az együtt töltött idő kellemetlen megéléséhez és a terapeuta közelségének kerüléséhez. Mindenesetre az egyszerű averzív kondicionálástól a terapeuta nem megfelelő ráhangolódásán át sokféleképpen magyarázhatjuk az együttlátást. Elképzelhető az is, hogy a terápiai helyzet mint ismeretlen szituáció a terapeutához való közeledést gátolja, és ez mintegy önpercepciók folyamatként (Bem, 1972) vezet a helyzet kellemetlennek ítéeléséhez – „ha kerülöm a terapeutát, akkor biztos kellemetlen számomra a helyzet”.

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

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

#### A szülői bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés együttes hatása a terápiás attitűd változókra

A változók eredeti formájukban csupán egy kilenc szempontú varianciaanalízis elvégzésével tették volna lehetővé interakcióik hatásának vizsgálatát. A korábbi kovarianciaanalízisek megmutatták, hogy ez a minta elemszámából adódóan sem kivitelezhető, illetve a kilencdimenziós térben történő gondolkodás is meghaladja az emberi felfogóképesség határait. Ezért klaszterelmezéssel mind az apai bánásmód, mind az anyai bánásmód, mind pedig a terápiás kötődési elkerülés szempontjából két csoportra (klaszterre) redukáltam a mintát. Így a következőkben a három szempontú varianciaanalízis (kedvező vs. kedvezőtlen apai bánásmód  $\times$  kedvező vs. kedvezőtlen anyai bánásmód  $\times$  magas vs. alacsony terápiás

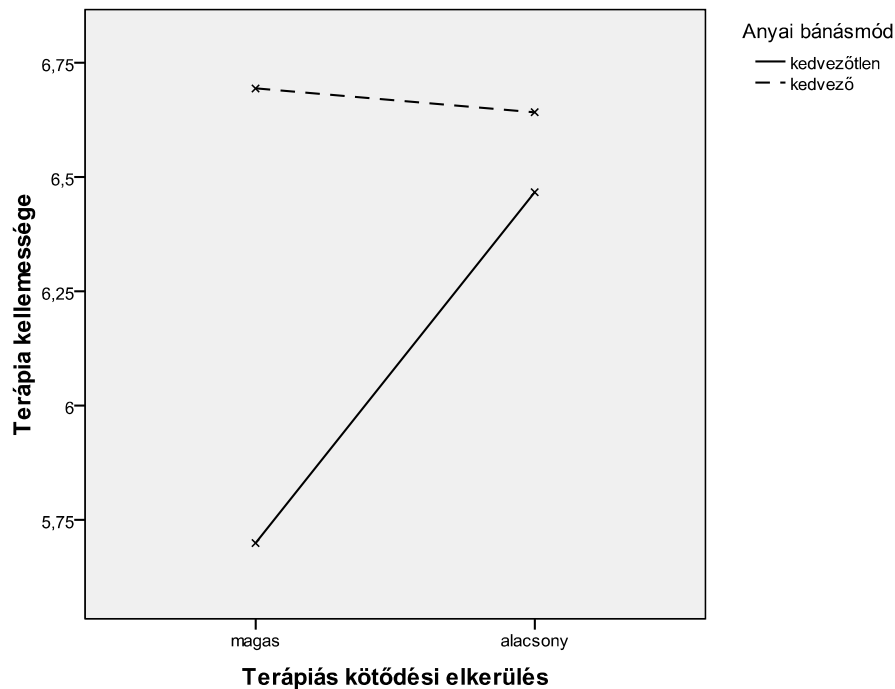
kötődési elkerülés) eredményeit közlöm. Itt is kovariancia-analízist használtam, ahol függő változókként a terápiás attitűd változók, független változókként a három klaszterbesorolás, míg kísérő változókként a terápia hossza és a páciens diagnosztikus besorolása szerepelt. Az eredményeket a terápiás attitűd változók bontásában közlöm. Mivel korábban már a terápiás kötődési elkerülés skálák terápiás attitűdre gyakorolt hatását ismertettem, és a kedvező apai bánásmód pozitív hatására a terápia hasznosságának megítélésére szintén utaltam a korábbiakban, az eredmények közül csak a terapeutával töltött idő kellemességére hatást gyakorló interakciót vitatom meg.

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

***A terapeutával töltött idő kellemességének megítélésére*** a kísérő változók egyike sem gyakorolt szignifikáns hatást ebben a modellben. A független változók közül a terápiás kötődési elkerülés és az anyai bánásmód interakciójának hatása bizonyult szignifikánsnak ( $F_{(1)}=4,048$ ;  $p<0,05$ ). A 6. ábrán látható diagram alapján kedvező anyai bánásmód esetén a terápiás kötődési elkerülés mértéke nem befolyásolja a terápia kellemességének megítélését. Ezzel szemben kedvezőtlen anyai bánásmód esetén az alacsony terápiás kötődési elkerüléssel jellemezhető páciensek kellemesebbnek ítélték meg a terapeutával együtt töltött időt, mint magas terápiás kötődési elkerüléssel jellemezhető társaik.

Mivel a terápiás kötődési elkerülés a terapeutáról alkotott negatív reprezentációt is jelenti, az eredmény az alábbiak szerint is megfogalmazható. Ha mind a terapeutáról, mind pedig az anyáról negatív képpel rendelkezik a páciens, akkor szignifikánsan kevésbé kellemesnek ítéli a terápiás üléseket. Míg negatív anya-kép, pozitív terapeuta-kép esetén tapasztalati átszerveződést tételezek fel a kellemesség kedvező megítélése mögött (Lyons-Ruth, 1998), addig a pozitív anya-kép, pozitív terapeuta-kép esetén egyfajta plafon hatás gátolhatja meg a kellemesség megítélésének még kedvezőbbé válását. Ugyanakkor sokkal nehezebben megmagyarázható, hogy negatív terapeuta-kép és pozitív anya-kép esetén hogyan

marad az előbbi két esethez hasonlóan magas szinten a kellemesség megítélése, amikor a magas terápiais kötődési elkerülés tulajdonképpen a terapeuta fizikai és érzelmi közelségének kerülését jelenti. Lehet, hogy ebben az esetben egy – a felnőtt kötődési interjú során már bemutatott – idealizáció formájában történő elhárítással találkozunk, amely mind az anya megítélésében, mind pedig a kellemesség megítélésében megmutatkozhat. A terapeutával töltött idő kellemesnek ítéltése tulajdonképpen egy jó lehetőséget is teremt arra, hogy a magas terápiais kötődési elkerüléssel jellemezhető páciensek elmeneküljenek negatív érzéseik elől.



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

6. Ábra  
 A terápiais kötődési elkerülés és az anyai bánásmód  
 Együttes hatása a terápiais ülések kellemességének megítélésére

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

## Összegzés

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

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

A vizsgálat jelentősége nem csak az eredmények tükrében, vagy a későbbi kutatások szempontjából jelentős. Az eredmények mentén mélyebb bepillantást kaphattunk a pszichoterápiás kapcsolat működésébe, illetve empirikus igazolását szolgáltattam olyan jelenségeknek, amelyeket a terápiás tapasztalat sok helyütt tapasztalati, intuitív módon már alkalmaz. Véleményem szerint az, hogy a vizsgálat elméleti alapjául a kötődésemélet szolgált, néhány terápiás jelenség újrafogalmazását, újrakeretezését is lehetővé tette, például az implicit kapcsolati tudás kapcsán, amely a terápiás változás színtereként jelölhető meg (Lyons-Ruth, 1998; Stern, 1998).



## Felhasznált irodalom

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1989): Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372.
- Ainsworth, M.S.D. & Bowlby, J. (1991): An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.
- Amato, P.R. (1994): Father-Child Relations, Mother-Child Relations, and Offspring Psychological Well-Being in Early Adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 56(4), 1031-1042.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991): Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bem, D.J. (1972): Self-perception theory. In Berkowitz, L. (Ed.): *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.
- Bowlby, J. (2009): *A biztos bázis – A kötődésemélet klinikai alkalmazásai*. Budapest: Animula.
- Brehm, J.W. (1966/2009): A Theory of Psychological Reactance. In Burke, W.W., Lake, D.G. & Pain, J.W. (Eds.): *Organization Change – A Comprehensive Reader*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998): Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (Eds.): *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Casement, P. (1999): *Páciensektől tanulva*. Budapest: Animula.
- Crittenden, P.M. (2000): A Dynamic-Maturational Approach to Continuity and Change in Pattern of Attachment. In Crittenden, P.M. & Claussen, A.H. (Eds.): *The Organization of Attachment Relationships – Maturation, Culture, and Context*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2003): Patient-Therapist Attachment in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 227-259.
- Dozier, M. & Tyrrell, C. (1998): The Role of Attachment in Therapeutic Relationships. In Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (Eds.): *Attachment Theory and Close Relationships*. London: The Guilford Press.

- Farber, B.A., Lippert, R.A. & Nevas, D.B. (1995): The Therapist as Attachment Figure. *Psychotherapy*, 32(2), 204-212.
- Gelso, C.J. & Hayes, J.A. (2007): *Countertransference and the Therapist's Inner Experience – Perils and Possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Griffin, D.W. & Bartholomew, K. (1994): The Metaphysics of Measurement: The Case of Adult Attachment. In Bartholomew, K. & Perlman, D. (Eds.): *Attachment processes in adulthood*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hazan, C. & Shaver, P.R. (1987): Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Lamb, M.E. (1977): Father-Infant and Mother-Infant Interaction in the First Year of Life. *Child Development*, 48(1), 167-181.
- Lyons-Ruth, K. (1998): Implicit Relational Knowing: Its Role in Development and Psychoanalytic Treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282–289.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D.L. & Coble, H.M. (1995): Attachment Patterns in the Psychotherapy Relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007): *Attachment in Adulthood – Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks, J.A. & Claud, D.A. (2003): The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Nagy L. (2005): A felnőtt kötődés mérésének egy új lehetősége: a Közvetlen Kapcsolatok Élményei kérdőív. *Pszichológia*, 25(3), 223-245.
- Parish, M., & Eagle, M. N. (2003): Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 271-286.
- Parker, G. (1981): Parental representations of patients with anxiety neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(1), 33-36.
- Robbins, S.B. (1995): Attachment Perspectives on the Counseling Relationship: Comment on Mallinckrodt, Gantt, and Coble (1995). *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 318-319.

- Rohner, R.P. (1998): Father Love and Child Development: History and Current Evidence. *Current Directions In Psychological Science*, 7(5), 157-161.
- Rutter, M. (1989): Attachment és társas kapcsolatok fejlődése. *Pszichológia*, 9(3), 407-435.
- Sable, P. (2008): What is adult attachment? *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 21-30.
- Slade, A. (2008): The Implications of Attachment Theory and Research for Adult Psychotherapy - Research and Clinical Perspectives. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.): *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications. 2nd Edition*. New York: The Guilford Press.
- Solyom, L., Silberfeld, M. & Solyom, C. (1976): Maternal overprotection in the etiology of agoraphobia. *The Canadian Psychiatric Association Journal*, 21(2), 109-113.
- Stern, D.N. (1998): The Process of Therapeutic Change Involving Implicit Knowledge: Some Implications of Developmental Observations for Adult Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300-308.
- Stiles, W.B. (1980): Measurement of the Impact of Psychotherapy Sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 176-185.
- Tóth I. & Gervai J. (1999): Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54(4), 551-566.
- Trijsburg, R.W., Colijn, S. & Holmes, J. (2005): Psychotherapy Integration. In Gabbard, G.O., Beck, J.S. & Holmes, J. (Eds.): *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Wei, M., Russell, D.W., Mallinckrodt, B. & Vogel, D.L. (2007): The Experiences in Close Relationship Scale(ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal Of Personality Assessment*, 88(2), 187-204.

### **Konferenciaszereplések a disszertáció témájában**

- Láng A.: A páciens-terapeuta kötődés empirikus vizsgálata. *Magyar Pszichoanalitikus Egyesület 17. őszi Konferenciája*, Budapest, 2010. október 1-2.
- Láng, A.: Development of an Attachment Theory Based Measure of the Therapeutic Relationship. *9th Alps-Adria Psychology Conference in Psychology*, Klagenfurt, 2010. szeptember 16-18.
- Láng A.: Kérdőív kidolgozása a pszichoterápiás kötődés mérésére. *A Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlése*, Pécs, 2010. május 27-29.
- Láng A.: A terapeuta mint kötődési személy - utak és lehetőségek a mérésben. *Kutatás és terápia metszéspontjai – várandósságtól a felnőttkorig*, Piliscsaba, 2009. október 29-30.
- Láng, A.: Insecure attachment and emotion dysregulation. *8th Alps-Adria Conference of Psychology*, Ljubljana, 2008. október 2-4.
- Láng, A.: Attachment, alexithymia and anxiety (poster). *XXIX. International Congress of Psychology*, Berlin, 2008 július 20-25.
- Láng A.: The process of psychotherapy from attachment perspective. *7th Alps-Adria Conference of Psychology*, Zadar, 2005 június 2-4.

### **Publikációk a disszertáció témájában**

- Láng A.; Péley B.; Barlay M. L.; Bernáth L. (in press): A páciens-terapeuta kötődés hatása a terápiás attitűd alakulására - A Kötődési Elkerülés a Terápiában (KET) kérdőív kidolgozása és összefüggése a terápiás attitűddel. *Lélekelemzés*.
- Láng, A. (2010): The utopia of modern child care – attachment theory in understanding the genesis of utopias. In Bálint Á. (szerk.): *Az utópia ezer arca – Tanulmányok*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Intézete.
- Láng, A. (2010): Attachment and emotion regulation – clinical implications of a non-clinical sample study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 674-678.
- Láng, A. (2010): Possibilities of measuring attachment in individual adult psychotherapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 679-683.
- Láng A. (2010): A narratív tartalomelemzés mint lehetőség a páciens-terapeuta kötődés mérésében. In Hámori E. (szerk.): *Kutatás és terápia metszéspontjai – Várandósságtól a felnőttkorig*. Piliscsaba: Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar.
- Láng A. (2009): Érzelemszabályozás és kötődés összefüggései normatív mintában. *Alkalazott pszichológia*, 11(3-4), 1-14.
- Láng A. (2009): A kötődés mint nem specifikus tényező a pszichoterápiában. *Pszichoterápia*, 18(5), 426-432.
- Láng, A.(2008): The process of psychotherapy from an attachment theory perspective. In Lábadi B. (Ed.): *Cognition and interpretation – Pécs studies in psychology*. Institute of Psychology and Pannónia Books Publishers, Pécs.