

A PERFEKCIONIZMUS TÉNYEZŐI A KORAI MALADAPTÍV SÉMÁK ELMÉLETI KERETÉBEN

Mirnicz Zsuzsanna¹, Kövi Zsuzsanna³, Molnár Ágnes²,
Bálint Andrea², Terék Zoltán², Nyitrai Erika¹

¹ KRE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék

² KRE Pszichológiai Intézet

³ KRE Továbbképző Központ

Levelező szerző: mirnicz.zsuzsanna@kre.hu

Absztrakt

Háttér és célkitűzések: A szakirodalom a maladaptív perfekcionizmus háttérében kiemeli a kaotikus, vagy érzelmileg elhanyagoló családi környezet jelentőségét, valamint utal a perfekcionista működéssel társuló pszichés tünetekre is. Jelen vizsgálat elsődleges célkitűzése a maladaptív perfekcionizmusra jellemző három korai maladaptív séma (Könyörtelen mércék, Csökkentértékűség/Szégyen, Kudarcc) összefüggéseinek tanulmányozása volt a családi környezet traumatizáló hatásaival, illetve a pszichés tünetekkel. *Módszer:* Kiterjedt tesztbatteriót használtunk 1018 fővel, amely tartalmazta a Young-féle rövid Séma Kérdőívet, a CTQ, illetve a BSI skálát. A résztvevők önkéntes, pszichológiai diagnózissal nem rendelkező, 18 évnél idősebb személyek voltak. *Eredmények:* Eredményeink igazolták a családban elszenvedett abúzus és elhanyagolás összefüggését a sémák megjelenésével, a pszichés tünetek súlyosságának kapcsolatát a három korai maladaptív sémával. A perfekcionizmusra jellemző három séma mediátor változóként hatott a traumatizáló környezet és a pszichés tünetek súlyosságának összefüggésében. Az indirekt hatás a Csökkentértékűség/szégyen esetében volt a legnagyobb, a Kudarcc esetében a második legnagyobb. *Konklúzió:* Az eredmények összességében arra engednek következtetni, hogy a perfekcionista sémák normál populációban is együtt járnak enyhé fokú pszichés tünetekkel, létrejöttükben pedig fontos szerepe van a bántalmazó/elhanyagoló családi környezet kompenzációs törekvésének.*

Kulcsszavak: korai maladaptív sémák ■ perfekcionizmus ■ mediációs elemzés ■ bántalmazás ■ szülői elhanyagolás

THE RELATIONSHIP BETWEEN EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND AVERSIVE PARENTING

Summary

Background and aims: Literature has emphasized the role of chaotic and emotionally depriving family environment in the background of maladaptive perfectionism. The primary aim of the present study was to examine the relationship between three early maladaptive schemas (Defectiveness/Shame, Failure, Unrelenting Standards), aversive parenting and psychological symptoms. *Methods:* A test battery was administered

* A szerzők a tanulmány alapjául szolgáló kutatást a Személyiség- és Egészségpszichológiai Kutatóműhely 20655B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

including Young Schema Questionnaire, Brief Symptom Inventory and Childhood Trauma Questionnaire items. Participants were 1018 sine morbo subjects. *Results:* Our results have confirmed the link between family abuse and neglect experiences and the three maladaptive schemas. The three schemas acted as mediators between the intensity of abuse and psychological symptoms. Indirect effect was highest for Defectiveness/Shame. Results have demonstrated that even in a sine morbo sample, there is a relationship between schemas related to perfectionism and psychological symptoms, with aversive family effects as a possible background factor.

Keywords: perfectionism ▪ aversive parenting ▪ early maladaptive schemas ▪ psychological symptoms

ELMÉLETI HÁTTÉR

Young, Klosko és Weishaar (2017) modellje napjainkban a személyiség egyik legátfogóbb, integratív kognitív elméletének számít. A sématerápia egyik alapfeltevése, hogy a traumatikus gyermekkori események döntő szerepet játszanak egyes diszfunkcionális kognitív struktúrák létrejöttében, melyeket Young korai maladaptív sémáknak nevezte el. A korai maladaptív sémák emlékekből, érzelmekből, kogníciókból és testi érzésekből álló pervazív, önsorsrontó mintázatok, amelyek a korai gyermekkorban alakulnak ki; az egyénre magára, illetve a másokkal való kapcsolataira vonatkoznak, és az egész élet során számottevően befolyásolják a viselkedést. A maladaptív sémák megjelenésére nézve kockázatot jelentenek azok a kora gyermekkori interakciók, amelyek során a szülő vagy gondozó nem megfelelő módon elégíti ki a gyermek szükségleteit. Young öt alapvető érzelmi szükségletet különít el, melyek: (1) a biztonságos kötődés, (2) az autonómia, a kompetencia és az én-azonosság érzés, (3) a szükségletek és érzelmek szabad kifejezése, (4) spontaneitás és játék, valamint a (5) keretek és az önkontroll elsajátítása iránti szükséglet. A modell szerint az válik lelkileg egészséggé, akinek a környezete ezekhez a szükségletekhez optimálisan viszonyul. A kielégítetlenül maradt érzelmi szükségleteknek megfelelően a tizenhét korai maladaptív séma öt sématarományba csoportosul, melyek a klinikai tapasztalatok alapján relevánsak, és kérdőíves módszerekkel is megerősíthetők (Young és mtsai, 2017).

Basile, Tenore és Mancini (2018), valamint Renner, Arntz, Leeuw és Huibers (2013) szerint a korai maladaptív sémák ún. disztális rizikófaktorai a depresszióknak, azaz közvetítik a szülői bánásmód, például az elhanyagolás, és a tünetek közti kapcsolatokat; és fokozzák a közvetlen (proximális) rizikófaktorokkal való találkozás kockázatát (negatív kognitív stílus, interperszonális nehézségek). Számos korábbi vizsgálat is tanulmányozta a Young-féle modellhez igazodva a gyermekkori traumák és a személyiségjegyek kapcsolatát, és általában arra az eredményre jutottak, hogy a sérülések hatására megnövekszik a diszfunkcionális személyiségjegyek előfordulása (Carver, Johnson, McCullough, Forster, & Joormann,

2014). Az elmúlt évtizedben az is felmerült, hogy a sémák mediáló szerepet tölthetnek be a szülői bánásmód és a pszichés tünetek kapcsolatában (Bosmans, Braet, & Van Vlierberghe, 2010) mind klinikai (Cukor & McGinn, 2006; Lumley & Harkness, 2007), mind pedig egészséges mintán (Harris & Curtin, 2002).

A perfekcionizmus definíciószerűen nagyon magas, hibátlan teljesítmény iránti elvárás, és a saját viselkedés túlzott monitorozása, kritizálása (Stöber, 1995). Az emberek különféle területeken vágyhatnak a perfekcionizmusra, leggyakrabban a teljesítmény tekintetében; de áthathatja a kapcsolataikat és más életterületeiket is (Märtn 2008). Hamachek (1978, idézi Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990) a perfekcionizmusnak két típusát különböztette meg: az adaptív (normál) és maladaptív (neurotikus) formát. A neurotikus perfekcionizmust az állandó elégedetlenség, a célok elérése miatti túlzott aggodalmaskodás, a kudarcból és a hibázástól való félelem jellemzi; extrém magas mércék jelennek meg, s amennyiben ezeket nem sikerül elérni, az egyén önértékelése zavart szenved (Hamachek, 1978; idézi Deas, Power, Collin, Yellowlees & Grierson, 2011, Ashby, Slaney, Noble, Gnilka, & Rice, 2012). Frost és mtsai (1990) szerint a maladaptív perfekcionizmus fő dimenziója a túlzott aggodalom a hibázás miatt, további négy jellemzője pedig: magas követelmények és célok, túlzottan magas szülői elvárások és erős szülői kritika, kételkedés a saját teljesítmény megfelelésében és minőségében, valamint a rend és szervezettség utáni vágy. Deas és munkatársai (2011) szerint Young 19 sémája közül három séma jeleníti meg a maladaptív perfekcionizmust: Csökkentértékűség/szégyen (meggyőződés, hogy a személy rossz, csökkentértékű vagy valamiben hiányos), Kudarc (hiedelem, mely szerint az illető kudarcot vallott, vagy valamilyen területen eredménytelen) és a Könyörtelen mércék (az a nézet, hogy nagyon magas teljesítményt kell elérni). Aghayousefi és Amirpour (2014) kutatásukban szintén arra jutottak, hogy a Kudarc, a Csökkentértékűség/szégyen és a Könyörtelen mércék állnak kapcsolatban a maladaptív perfekcionizmussal.

A neurotikus perfekcionizmus vonatkozásában a szakirodalom több szempontból is kiemeli a szülői környezet szerepét, azt sugallva, hogy ha egy családban a szülők is perfekcionista és a teljesítményt kiemelkedően magasra értékelik, akkor ezt a mintát tanulják meg a gyermekeik. Amennyiben pedig ez a nevelői stílus rideg hozzáállással és büntetéssel társul, a magas mércékből a gyermek azt a következtetést vonja le, hogy az átlagos teljesítmény elfogadhatatlan (Koch, 2017). Kohut (1971, idézi Ko, Hewitt, Cox, Flett, & Chen, 2019) feltételezte, hogy a korai negatív kapcsolati tapasztalatok következtében az egyénben felerősödik a saját hiányosságaira való fókuszálás, a hibákra és negatív visszajelzésekre való túlérzékenység, valamint rögzül a negatív-szelfélmény és kialakulnak a maladaptív hiedelmek. A sématerápia területéről származó kutatások (Cecero, Nelson, & Gillie, 2004) azt igazolják, hogy az érzelmi elhanyagolás ok-okozati kapcsolatban áll a Könyörtelen mércékkel, továbbá pozitív összefüggésben van a Csökkentértékűség/szégyen és a Kudarc sémák-

kal (Estévez, Jauregui, Ozerinjauregi, & Herrero-Fernández, 2017). Hasonló eredményre jutott az érzelmi abúzus vonatkozásában Koch (2017), valamint Flett, Hewitt, Oliver, & MacDonald (2002) is. Ehhez illeszkedik a diszfunkcionális perfekcionizmus másik magyarázata, mely szerint az egyén a családban uralkodó érzelmi hiányt, vagy esetleges bántalmazást kompenzálja azáltal, hogy ő maga hibátlanságra törekszik. Ebben az esetben a perfekcionizmus egy túlkompenzáló védekező mechanizmus, amely mögötti vélekedés bántalmazó környezetben a következő lehet: „ha sikerül mindent helyesen csinálnom és elég jónak lennem, többé nem fognak ártani nekem” (Koch, 2017). Elhanyagolás esetében viszont, a saját perfekcionista törekvései egyfajta rendezettséget biztosítanak a gyermek számára, védik a kaotikus légkörtől és attól, hogy szüleihez hasonlóvá váljon (Spitzer, 2017).

Kutatási adatok tanúsítják azt is, hogy jelentős összefüggés áll fenn a maladaptív perfekcionizmusra jellemző sémák és egyes pszichés zavarok között, mint például a szorongás, depresszió, evészavarok vagy a kényszerbetegség (Spitzer, 2017). Basile és mtsai (2018) tünetmentes és depressziós alanyokat tanulmányozva kimutatták, hogy a Könyörtelen mércék és a Csökkentértékűség/szégyen mindkét csoportban pozitív kapcsolatban állt a depresszióval. Fouladi (2015) klinikai mintán tanulmányozta a sémák és a depresszió közötti kapcsolatot, és pozitív összefüggést figyelt meg a depresszió, illetve a Csökkentértékűség/szégyen és Kudarc sémák között. Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract, & Jordan (2002) a szorongásos tünetek kapcsolatát is megállapították a Csökkentértékűség/szégyen, Kudarc és Könyörtelen mércék sémákkal. Hasonló eredményre jutott Muris (2006) is, középiskolás diákok körében, több maladaptív séma és a szorongásos zavarok, illetve a depressziós tünetek kapcsolatát erősítve meg. Modern tanulmányok szerint a Könyörtelen mércék, Kudarc és a Csökkentértékűség/szégyen sémák együtt járnak az önegyüttézés hiányával és az önkritikussággal (Nyitrai és Takács 2021). A korai maladaptív sémáknak egyértelmű mediátor szerepet lehet a perfekcionizmus és a szorongás kapcsolatánál (Klibert, Lamis, Naufel, Yancey, & Lohr, 2015), elsősorban a nők esetében. Spitzer (2017) ide tartozó magyarázata szerint a tökéletességre törekvők azért is számolnak be negatív hangulatról, mert a szünet nélküli maximalista törekvések és a folytonos aktivitás mellett a pihenés és feltöltődés hiánya hosszú távon kimerültséget okoz, önvád és rumináció reakciókat kelt (Spitzer, 2017).

Az előzőkben áttekintett tanulmányokra alapozva feltételezzük tehát, hogy a perfekcionista működésre jellemző három séma és a pszichés tünetek előfordulása között pozitív összefüggést találtunk. Az áttekintett kutatásokra támaszkodva azt is feltételeztük, hogy a bántalmazás vagy elhanyagolás által érintett személyeknél valószínűbben alakul ki perfekcionista működésmód. A következő hipotéziseket fogalmaztuk meg.

- A bántalmazás és elhanyagolás által érintett személyeknél a perfekcionizmusra jellemző három maladaptív séma értékei magasabbak.
- A gyermekkori traumatizáló környezet és a pszichés tünetek közti kapcsolat tekintetében a Csökkentértékűség/szégyen, Kudarc és Könnyörtelen mércék sémáknak mediáló szerepe van.

MÓDSZER

A vizsgálatban 1018 személy részt (674 nő és 344 férfi), életkoruk 18-88 év között alakult, átlagéletkoruk 31,79 (szórás= 10,56) volt. A végzettséget illetően a mintában 6 általános osztályt fejezett, 39 szakközépiskolát vagy szakgimnáziumot fejezett be, 390 személy gimnáziumi érettségivel rendelkezett, 194 személy főiskolai végzettséggel, 370 személy egyetemi és 19 kitöltő van egyetemnél magasabb végzettséggel. Családi állapotukat tekintve 243 egyedülálló, 297 házasságban, 341 párkapcsolatban élő, 98 élettársi kapcsolatban élő, 28 elvált, 3 özvegy alkotja az adatbázist. A mintára vonatkozó adatok részletesebben az 1. táblázatban láthatók.

1. táblázat. A minta bemutatása

Nemi arány		Családi állapot	
Férfi	Nő		
674 (66,6%)	344 (33%)	Egyedülálló	243 (23,8%)
Végzettségi adatok		Házasságban	297 (29,1%)
Alapfokú végzettség	6 (0,005%)	Párkapcsolatban élő	341 (33,4%)
Középfokú végzettség	429 (42,1%)	Élettársi kapcsolatban élő	98 (9,6%)
Felsőfokú végzettség	564 (55,4%)	Elvált	28 (2,7%)
Egyetemnél magasabb	19 (1%)	Özvegy	3 (0,2%)

MÉRŐESZKÖZÖK

A Young Schema Questionnaire Young és Brown (1994) által kifejlesztett kérdőív 18 maladaptív séma mérésére. Kutatásunkban a rövidített, 95 kérdést tartalmazó magyar változatát használtuk fel. Az önbecslő mérőeszköz a magyar validálás nyomán 19 séma mérésére irányul (az eredeti 18 sémán felül a magyar munkacsoport egy Társas elutasítottság nevű skálát is kifejlesztett). A válaszokat 6-fokú Likert skálán kell jelölni, a lehetőségek „egyáltalán nem igaz rám” – tól a „teljesen így van” -ig terjednek. Minél magasabb pontot ért el a kitöltő, annál aktívabb illetve intenzívebben jellemzi a személy gondolkodását az adott

maladaptív séma. A mérőeszköz magyar validálási adatai annak magyar mintán való megfelelő alkalmazhatóságát jelzik (Unoka, Rózsa, Fábián, Mervó & Simon, 2004). Jelen vizsgálatban tesztből három skála, a Csökkentértékűség/Szégyen (5 item), a Könyörtelen mércék (5 item) és a Kudarc (5 item) került felhasználásra.

A BSI (eredeti néven: Brief Symptom Inventory, Derogatis, 1993) egy önbevalláson alapuló pszichiátriai tüneteket mérő 30 tételes skála (eredeti verziója 90 tételes). A mérőeszközt pszichés distressz mérésére fejlesztették ki nem klinikai populációra, mindegyik tétele 5 pontos értékelésű lehet, „egyáltalán nem” (0) -től „kifejezetten” (4) – ig terjedő válaszlehetőségekkel. A magasabb pontszám a tünetek intenzívebb megélését jelzi. 9 dimenzióban méri a szimptomákat: szomatizáció (Som), kényszer (OC), személyközi érzékenység (IS), depresszió (Dep), szorongás (Anx), ellenségesség (Hos), szociális szorongás (Phob), paranoid képzelet (Par) és pszichoticizmus (Psy) (Welburn, 2002), amelyekből a szorongás és depresszió alskálák értékeivel dolgoztunk. Az előzetes vizsgálatok a mérőeszköz megfelelő megbízhatóságát igazolták. A jelen mintára vonatkozó reliabilitás adatok a 2. táblázatban szerepelnek.

A CTQ (eredeti néven: Child Trauma Questionnaire, Bader, Hännny, Schäfer, Neuckel, & Kuhl, 2009) a gyermekkori bántalmazás és elhanyagolás mérésére használatos skála, összesen 28 tételt tartalmaz. A tételek 5 fokozatúak, „soha” (1) – től „nagyon gyakran” (5) – ig terjedhető válaszlehetőségekkel. A kérdőív öt alskálával rendelkezik: érzelmi bántalmazás, fizikai bántalmazás, szexuális bántalmazás, érzelmi elhanyagolás és fizikai elhanyagolás, amelyek mindegyike 5 tételből áll. A jelen mintára vonatkozó reliabilitás adatok a 2. táblázatban szerepelnek.

ADATFELVÉTEL ÉS STATISZTIKAI SZÁMÍTÁSOK

Az adatfelvétel egy erre létrehozott online felületen keresztül, anonim módon történt az önkéntes résztvevők előzetes beleegyezésével. A vizsgálati személyeket a KRE Pszichológiai Intézet harmadéves hallgatói toborozták és tájékoztatták a részvétel feltételeiről. A vizsgálatba való bevonás kritériuma a pszichológiai diagnózistól való mentesség és 18 év feletti életkor volt. A vizsgálatra vonatkozóan a KRE Pszichológiai Intézet Etikai Bizottságának engedélyével rendelkezünk (engedélyszám: 82/2019/P).

EREDMÉNYEK

A vizsgált változók leíró statisztikai értékeit (átlag, szórás, minimum és maximum) a 2. táblázatban foglaltuk össze.

2. táblázat. Vizsgált skálák leíró statisztikái és reliabilitásuk

	N	Mini- mum	Maxi- mum	Átlag	Szórás	Csúcsos- ság	Ferde- ség	Cronbach alfa	K-S teszt szig.
YSQ Csökkentértékűség- Szégyen	1007	5.00	30.00	8.09	4.80	2.11	4.40	0.93	0.000
YSQ Kudarcc	1007	5.00	30.00	9.10	5.12	1.82	3.36	0.93	0.000
YSQ Könyörtelen mércé	1007	5.00	30.00	17.47	6.32	-0.06	-0.81	0.86	0.000
BSI Kényszeres tünetek	999	0.00	23.00	6.81	5.19	0.75	-0.11	0.83	0.000
BSI Interperszonális túlérzékenység	997	0.00	15.00	3.18	3.17	1.29	1.41	0.77	0.000
BSI Depresszió	996	0.00	24.00	4.90	5.14	1.34	1.37	0.88	0.000
BSI Szorongás	996	0.00	22.00	5.03	4.46	1.12	0.84	0.82	0.000
BSI Súlyosság index	983	0.00	89.00	23.02	18.08	1.08	0.79	0.94	0.000
BSI Összesített faktor	983	-1.19	3.54	0.00	0.95	1.07	0.75		0.000
CTQ Fizikai elhanyagolás	1005	1.00	4.00	1.29	0.46	2.42	7.13	0.61	0.000
CTQ Fizikai abúzus	1004	1.00	4.40	1.18	0.43	3.84	18.10	0.82	0.000
CTQ Érzelmi elhanyagolás	1005	1.00	5.00	2.05	0.94	0.90	0.11	0.93	0.000
CTQ Érzelmi abúzus	1005	1.00	5.00	1.76	0.86	1.49	1.90	0.86	0.000
CTQ Szexuális abúzus	1005	1.00	4.00	1.05	0.29	7.32	58.09	0.94	0.000
CTQ Érzelmi-fizikai bántalmazás faktor	1004	-0.94	4.54	0.00	0.92	1.56	2.79		0.000

Az első hipotézisünk tesztelését Kendall tau-b számítással ellenőriztük, mivel több alskála esetén is kiugró ferdeség/ csúcsosság értékeket kaptunk, a normalitás pedig sérült a változóknál. Ugyanakkor fontos megemlítenünk, hogy Kim (2013) azt javasolja, hogy a 300 fő feletti mintáknál a normalitás sérülésének csak a 2 feletti csúcsosság és 7 feletti ferdeség értékeket tekintsük. Ily módon az a fizikai és szexuális abúzus változókon kívül e tágabb értelemben, normál övezetbe tartozónak tekinthetjük változóink nagy részét, melyekkel regressziós elemzések is végezhetőek.

Kedvetnek a Kendall tau-b féle együtt járásokat mutatjuk be (3. táblázat). A Csökkentértékűség és a Kudarcc sémák pozitív, közepes erősségű kapcsolatban vannak a BSI tünetek mindegyikével, azon belül legerősebben a depresszió pontszámmal és az össz tünet mutatókkal. A Könyörtelen mércék séma is minden

tünet mutatóval pozitívan függ össze, azonban csak gyenge erősségű kapcsolatokat jeleznek a mutatók.

A gyerekkori trauma kérdőív skáláival a tanulmányozott sémák csak gyenge kapcsolatokat mutatnak. 0,2 feletti Kendall tau-b érték csak pár esetben mutatkozott (de még ezek is gyenge kapcsolatoknak tekinthetőek): a Csökkentértékűség az érzelmi elhanyagolással és abúzzsal, a Kudarccal az érzelmi abúzzsal mutatott kapcsolatot.

3. táblázat. Az YSQ Csökkentértékűség/szégyen, Kudarccal, Könyörtelen mércék sémák, a BSI skálák és a Gyerekkori Trauma skálák Kendall tau-b kapcsolat mutatói

Kendall-féle tau_b	Csökkentértékűség/ szégyen	Kudarccal	Könyörtelen mércék
BSI Kényszeres tünetek	0,37**	0,44**	0,14**
BSI Interperszonális túlérzékenység	0,39**	0,37**	0,20**
BSI Depresszió	0,44**	0,40**	0,17**
BSI Szorongás	0,35**	0,34**	0,19**
BSI Súlyossági index	0,44**	0,44**	0,19**
CTQ Fizikai elhanyagolás	0,16**	0,11**	0,03
CTQ Fizikai abúzus	0,08**	0,03	0,02
CTQ Érzelmi elhanyagolás	0,23**	0,15**	0,05*
CTQ Érzelmi abúzus	0,26**	0,21**	0,10**
CTQ Szexuális abúzus	0,08**	0,11**	0,00

A következőkben a CTQ pontszámokból övezeteket alakítottunk ki és hasonlítottuk össze a csoportokat a tanulmányozott sémák mentén Kruskal-Wallis próbával (4. táblázat).

4. táblázat. Gyerekkori traumák mentén kialakított csoportok összehasonlítása

	CTQ Fizikai elhanyagolás				Kruskal Wallis Test		
	Nincs (791 fő)	Alacsony (122 fő)	Közepes (50 fő)	Súlyos (33 fő)	Khi-négyzet	df	Asymp. Sig.
Z-érték: Csökkentértékűség/ szegény	-0,10 _a	0,27 _b	0,32 _{b0,c}	0,90 _c	27.32	3	0.00
Z-érték: Kudarc	-0,07 _a	0,18 _a	0,14 _a	0,95 _b	20.26	3	0.00
Z-érték: Könyörtelen mércék	-0,02 _a	0,06 _a	0,13 _a	0,14 _a	2.22	3	0.53
	CTQ Fizikai abúzus				Kruskal Wallis Test		
	Nincs (886 fő)	Alacsony (53 fő)	Közepes (30 fő)	Súlyos (26 fő)	Khi-négyzet	df	Asymp. Sig.
Z-érték: Csökkentértékűség/ szegény	-0,04 _a	0,23 _{a0,b}	0,20 _{a0,b}	0,65 _b	9.36	3	0.02
Z-érték: Kudarc	-0,01 _a	-0,02 _a	-0,05 _a	0,39 _a	2.46	3	0.48
Z-érték: Könyörtelen mércék	-0,01 _a	0,01 _a	0,40 _a	0,17 _a	5.66	3	0.13
	CTQ Érzelmi elhanyagolás				Kruskal Wallis Test		
	Nincs (517 fő)	Alacsony (294 fő)	Közepes (98 fő)	Súlyos (91 fő)	Khi-négyzet	df	Asymp. Sig.
Z-érték: Csökkentértékűség/ szegény	-0,26 _a	0,14 _b	0,40 _{b0,c}	0,58 _c	72.10	3	0.00
Z-érték: Kudarc	-0,15 _a	0,06 _b	0,17 _{b0,c}	0,48 _c	28.04	3	0.00
Z-érték: Könyörtelen mércék	-0,04 _a	-0,05 _a	0,15 _a	0,22 _a	8.38	3	0.04
	CTQ Érzelmi abúzus				Kruskal Wallis Test		
	Nincs (625 fő)	Alacsony (194 fő)	Közepes (87 fő)	Súlyos (92 fő)	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Z-érték: Csökkentértékűség/ szegény	-0,23 _a	0,19 _b	0,35 _b	0,91 _c	101.20	3	0.00
Z-érték: Kudarc	-0,19 _a	0,22 _b	0,19 _b	0,72 _c	63.62	3	0.00
Z-érték: Könyörtelen mércék	-0,09 _a	0,06 _{a0,b}	0,24 _b	0,35 _{b0,c}	22.81	3	0.00
	CTQ Szexuális abúzus				Kruskal Wallis Test		
	Nincs (941 fő)	Alacsony (24 fő)	Közepes (18 fő)	Súlyos (14 fő)	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Z-érték: Csökkentértékűség/ szegény	-0,03 _a	0,32 _{a0,b}	0,39 _{a0,b}	10,17 _b	12.74	3	0.01
Z-érték: Kudarc	-0,03 _a	0,47 _{a0,b}	0,31 _{a0,b}	10,00 _b	17.46	3	0.00
Z-érték: Könyörtelen mércék	0,00 _a	0,25 _a	-0,12 _a	-0,18 _a	2.68	3	0.44

Megjegyzés: Bonferroni módszerrel számított páros összehasonlítások során kapott szignifikáns különbség esetén eltérő alsó-index szerepel.

Az eredmények szerint mind az öt alskála mentén kialakított csoportok szignifikánsan eltértek a Csökkentértékűség séma pontszámában: minden esetben szignifikáns különbség mutatkozott azok között, akik nem tapasztaltak elhanyagolást és/ vagy abúzus és akik súlyos elhanyagolást/ abúzust szenvedtek el. A Kudarc séma pontszáma a fizikai abúzus szerint kialakított csoportok kivételével szintén szintén szignifikáns különbségeket mutatott a csoportok között. A Könyörtelen mércék séma azonban csak az érzelmi abúzus mentén kialakított csoportok között mutatott szignifikáns különbséget.

Készítettünk két összesített bántalmazás mutatót is. Egyrészt az öt kategóriás változóból készítettünk egy változót, mely a legsúlyosabb problémát jelezte. Azaz ha volt legalább egy olyan változó, amely esetében a személy a „súlyos” kategóriába került, akkor az összesített változó értéke is „súlyos bántalmazás/ elhanyagolás” lett. Ha egyik változó tekintetében sem volt enyhe fokú bántalmazás sem, akkor „nem történt bántalmazás/ elhanyagolás” kategóriába került.

A másik összesített változót a pontszámok alapján, faktorelemzéssel (unweighthed least squares modellel) készítettük. Az öt változóból négy (a szexuális abúzus kivételével), 54,37% megmagyarázott varianciával egy érzelmi-fizikai bántalmazás változóba volt sűrítendő. Minden faktorsúly 0,5 feletti volt.

A kategoriális változóra lépcsőzetes diszkriminanciaanalízist, az összesített skálaváltozóra lépcsőzetes többszörös lineáris regresszióelemzést végeztünk, megvizsgálva, hogy mely BSI tünet és mely séma változókkal mutatnak a legerősebb kapcsolatot.

A kategoriális változó esetén a „nem történt bántalmazás/ elhanyagolás” (401 fő) és a „súlyos bántalmazás/ elhanyagolás történt” csoportok (152 fő) diszkriminanciaanalízisét végeztük tehát el, magyarázó változókként a BSI tüneteket és a sémákat alkalmazva. A két csoport közötti diszkrimináló függvény 23%-os megmagyarázott varianciával (Wilks' Lambda: 0,77, $\text{Khi}^2(4)=139,11$, $p < 0,001$) különíti el a csoportokat, négy változó (Csökkentértékűség, kényszeres tünetek, interperszonális túlérzékenység és depresszió) alapján. A kényszeres tünetek változó negatív (- 0,37), a többi pozitív együtthatóval (Csökkentértékűség: 0,48; interperszonális érzékenység: 0,32; depresszió: 0,63) töltődik a diszkrimináló függvényen.

A többszörös lineáris regresszió eredménye szerint a bántalmazás/elhanyagolás összpontszám varianciáját 16%-ban magyarázza három változó [$F(3,978)=60,07$; $p < 0,001$], a Csökkentértékűség séma ($\beta = 0,21$), a depresszió ($\beta = 0,15$) és az interperszonális túlérzékenység ($\beta = 0,09$).

Második hipotézisünk teszteléseként mediátor elemzéssel azt vizsgáltuk, hogy a sémák közvetítő változóként működnek-e a bántalmazás/ elhanyagolás faktor és a tünetek súlyossága között. Az eredményeket az 5. táblázat tartalmazza:

5. táblázat. Mediátor elemzés: a sémák, mint mediátorok a gyerekkori traumák és tünetek súlyossága között

Független változó (IV, Independent)	Mediátor változó (M)	Függő változó (DV, Dependent)	IV hatása M-re (a)	M hatása DV-re (b)	Direkt hatás (c')	Indirekt hatás (a x b)
Bántalmazás/ elhanyagolás faktor	Csökkentértékűség	BSI tünetek súlyossága	0,35 ***	0,37 ***	0,10 ***	0,11 (0,08 – 0,16)
Bántalmazás/ elhanyagolás faktor	Kudarcc	BSI tünetek súlyossága	0,27 ***	0,12 ***	0,10 ***	0,10 (0,07 – 0,14)
Bántalmazás/ elhanyagolás faktor	Könyörtelen mérce	BSI tünetek súlyossága	0,12 ***	0,10 ***	0,10 ***	0,01 (0,01 – 0,03)

Mindhárom vizsgált séma szignifikáns közvetítő változóként mediálta a bántalmazás/ elhanyagolás faktor és a BSI tünete súlyosság közötti kapcsolatot; második hipotézisünk tehát egyértelmű igazolást nyert. Minden esetben a direkt és az indirekt hatás is szignifikáns lett. Az indirekt hatás a Csökkentértékűség esetében volt a legnagyobb, majd a Kudarc esetében a második legnagyobb. A könyörtelen mérce séma esetében csak kicsi indirekt hatás volt tapasztalható.

DISZKUSSZIÓ

Vizsgálatunk fókuszra két kérdéskörre irányult: egyrészt, hogy kimutatható-e pozitív kapcsolat a perfekcionizmusra jellemző korai maladaptív sémák és a bántalmazó/elhanyagoló környezet között, másrészt, hogy a perfekcionizmusra jellemző sémák mediáló változóként működnek-e a bántalmazás/elhanyagolás és a pszichiátriai tünetek kapcsolatában. Összességében elmondható, hogy mindkét feltevésünk igazolódott, a családban elszenvedett traumák számos formája összefüggött a három vizsgált sémával – ezáltal a maladaptív perfekcionizmussal, legerősebben a Csökkentértékűség/szégyen, sorrendben következőként a Kudarc, és végül a Könyörtelen mércek. A szakirodalmi forrásokkal összhangban (Estévez és mtsai, 2017) kijelenthető tehát, hogy a korai maladaptív sémák kialakulásában a negatív családi traumatikus események hatásai meghatározóak. A perfekcionizmushoz kapcsolódó sémák a gyermekkorban elszenvedett traumák közvetlen következményei, vagy a kaotikus környezet és kontrollvesztés kompenzálására létrejövő reakciók lehetnek (Flett és mtsai., 2002; Hewitt és mtsai., 2017); amelyek útján az egyén a család érzelmi hiányait törekszik kompenzálni. A perfekcionista személyek ezáltal a Szociális reakció modell értelmében (Flett és mtsai, 2002) azt a hiedelmet alakítják ki, hogy ha mindent tökéletesen végeznek el, ezzel elkerülhetik az ellenük irányuló erőszakot; vagy ellen-súlyozhatják a környezet érzéketlenségét (Spitzer és mtsai, 2017).

Korábbi vizsgálatokban a perfekcionizmus összefüggést mutatott a szorongásos zavarok (pl. szociális fóbia, generalizált szorongás) és a depresszió megjelenésével (Spitzer és mtsai, 2017, Fouladi, 2015, Weinburger Biran & Reese 2007, Klibert és mtsai., 2015, Welburn és mtsai., 2002; Muris, 2006), a kapcsolódó sémák pedig közvetítő faktorokként működnek a gyermekkori negatív tapasztalatok és a pszichés tünetek között (Young és mtsai, 2017). Saját mediációs elemzésünk megerősíti a családi elhanyagolás/bántalmazás a sémák mediáló hatásán keresztül érvényesülő összefüggését a pszichés tünetek súlyosságával. Jelen vizsgálat lényeges érdeme továbbá, hogy nem klinikai mintán készült, ahol ez idáig csak kisebb számú hasonló elemzés történt (Harris és Curtin, 2002). Levonhatjuk tehát a következtetést, hogy a családi környezetben a világról konstruált, a sémákban rögzült tapasztalatok, az énről és a másik személyről alkotott maximalista alapfeltevések befolyásolják, hogy adott személy a későbbiekben tapasztal-e majd pszichés tüneteket (Bosmans és mtsai, 2010, Cukor & McGinn, 2006; Lumley & Harkness, 2007). A három vizsgált séma által érintett személyek torzított énképpel rendelkezhetnek, önértékelésüket a teljesítménytől teszik függővé, hibázás utáni szégyen- és kudarcérzetük, illetve önmagukkal kapcsolatos állandó elégedetlenségük kiegészítéshez, állandósult negatív hangulathoz, önsorsrontó mintákhoz vezethet (Spitzer, 2017). Megjegyzendő, hogy a traumák különböző formái mindemellett valószínűleg eltérő módon és mértékben befolyásolhatják a maladaptív sémák kialakulását (Estévez, 2017), amit további vizsgálatokban lehetne pontosítani.

Tanulságos, hogy a sémák összefüggéseit tekintve, legerősebb a Csökkentértékűség-Szégyen, majd sorrendben a Kudarc és a Könyörtelen mércék séma indirekt hatása. A Könyörtelen mércék séma alacsonyabb mutatói valószínűleg azzal magyarázhatók, hogy Young ún. „feltételes sémának” tekinti, amely – a másik kettő „elsődleges” sémával ellentétben – inkább egy elsődleges séma feszültségét kompenzálja. A Csökkentértékűség/szégyen séma összefüggése viszont azért a legerősebb, mert az I. sématautomatizmusba (Elszakítotttság és elutasítotttság) sorolható, amely a személyiség legmélyebb sérüléseiből fakad. A Kudarc ugyan elsődleges séma, de keletkezése az Erikson-féle modell értelmében (Erikson, 1997) időben későbbi sérülésből fakad, mint a Csökkentértékűség/szégyené. Felvethető ezáltal, hogy a Könyörtelen mércék séma az említettek fényében az I. sémacsoportban megjelenő sérülés – a Csökkentértékűség/szégyen kompenzációs stratégiája lehet.

A csoportok közti összehasonlítások körében fontos eredményünk, hogy a Csökkentértékűség/szégyen valamennyi abúzusformához kapcsolódott, a Kudarc pedig szintén többféleképpen. A Könyörtelen mércék séma viszont kizárólag az abúzus érzelmi formájával, továbbá az érzelmi elhanyagolással mutatott összefüggést, más trauma-mutatókkal nem. Azon túlmenően, hogy a Könyörtelen mércék feltételes séma, és a gyengébb statisztikai összefüggés ezáltal is indokolt, Cook (2012) szakirodalmi összefoglalásában a mi eredményeinkhez illesz-

kedően azt tapasztalta, hogy a maladaptív perfekcionizmus és a bántalmazó szülői magatartás nem mutatott egyértelmű és következetes összefüggést. Valószínűsíthető tehát, hogy az érzelmi elhanyagolásnak és bántalmazásnak a Könyörtelen mércék keletkezésére nézve specifikus hatása lehet – amely kérdéskört természetesen statisztikai szempontból tovább lehetne tanulmányozni. Indokolt megállapítani azt is, hogy a verbálisan „kemény” nevelés vált ki legvalószínűbben olyan kompenzációs stratégiát, amely következetesen irreális, magas mércéknek való megfelelésre ösztönzi könyörtelen mércék formájában (Hibbard & Walton 2014).

A Young-féle sémamodellhez igazodva, e ponton az is felvetődik következtetésként, hogy a három vizsgált séma közül a személyiség legkiterjedtebb sérülése a Csökkentértékűség/szégyen jegyben mutatkozik meg. Mind a fizikai, mind a szexuális, mind az érzelmi abúzus és az elhanyagolás különböző formái tartósan azt az üzenetet közvetítik egy gyermek számára, hogy ő „értéktelen”, és a kötődés sérülésével járhatnak (a Csökkentértékűség/szégyen séma a Young-féle modellben ennek a markere, Young és mtsai (2017). A Kudarcs séma szempontjából pedig vizsgálati adataink azt jelzik, hogy valószínűbben állnak a háttérben a szülőtől elszenvedett érzelmi sérülések, mint a fizikai bántalmazás ténye. Mindent egybevetve, vizsgálati eredményeink tükrében a perfekcionizmusra jellemző korai maladaptív sémák keletkezése szempontjából a jelen normál mintánál a szülő érzelmi attitűdjének kiterjedtebb fontossága volt, mint a fizikai bántalmazásnak, amellet is, hogy utóbbi szülői viselkedésmód destruktív következménye egy pillanatra sem kérdéses.

Kutatásunk egyik limitációja, hogy keresztmetszeti jellegű adatfelvételre került sor, így csak korlátozottan lehet annak alapján ok-okozati kapcsolatokat azonosítani. A családi környezet jellemzése és a pszichés tünetek azonosítása önbevallás alapján történt, így az önbecslő eszközök valamennyi korlátja megmutatkozik a jelen vizsgálatban. Végül pedig, fontos kiemelni, hogy jelen mintában kevés olyan egyén volt, akit gyakori és erős fizikai abúzus ért. A testi bántalmazást átéltek csoportjába ezért olyan személyeket is besoroltunk, akik „csak” alkalmasszerűen szenvedtek el ilyen formában való fenyegetést; ami módosíthat az eredmények érvényességén.

IRODALOM

- Aghayousefi, A., & Amirpour, B. (2014). Comparison of Early Maladaptive Schemas in Neurotic Perfectionism and Non-Perfectionist Middle School Students. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16 (5), 37-40
- Ashby, J., Slaney, R., Noble, C., Gniska, P., & Rice, K. (2012). Differences between „normal” and” neurotic” perfectionists: Implications for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(4), 322-340. DOI: 10.17744/mehc.34.4.52h65w1n8l27r300

- Bader, K., Hännly, C., Schäfer, V., Neuckel, A., & Kuhl, C. (2009). Childhood trauma questionnaire – psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Version. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(4), 223-230. DOI: 10.1026/1616-3443.38.4.223
- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2018). Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 9(2), 214-221.
- Becker, I. & Meyer-Kles, J. (2004). *Lieber schlampig glücklich als ordentlich gestresst. Wege aus der Perfektionismusfalle*. Frankfurt: Campus.
- Bernstein D. P. & Fink L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report (CTQ)*. San Antonio, TX: NCS Pearson.
- Bonelli, R. M. (2016). Perfektionismus. *Businessbestsellersummaries*, (Nr.568). Letöltve: 2020.04.11. https://www.rpp-institut.org/downloads/businessbestsellersummaries_568.pdf
- Bosmans, G., Braet, C. & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology and Psychotherapy* 7(5), 374-385. DOI: 10.1002/cpp.667
- Carver, C. S., Johnson, S. L., McCullough, M. E., Forster, D. E., & Joormann, J. (2014). Adulthood personality correlates of childhood adversity. *Frontiers in Psychology*, 5, 1357. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01357. Letöltve: 2021.04.11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.01357/full>
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire – research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(5), 344-357.
- Cook, L. C. (2012): The Influence of Parent Factors on Child Perfectionism: A Cross-Sectional Study (2012). UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones. 1551. Letöltve: 2021.04.11. <https://digitalscholarship.unlv.edu/thesesdissertations/1551>
- Cukor, D., & McGinn, L. K. (2006). History of Child Abuse and Severity of Adult Depression: The Mediating Role of Cognitive Schema. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 15(3), 19–34. DOI: 10.1300/J070v15n03_02
- Deas, S., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A., & Grierson, D. (2011). The relationship between disordered eating, perceived parenting, and perfectionistic schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 35(5), 414–424. DOI: 10.1007/s10608-010-9319-x
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer Systems Pearson.
- Erikson, E.H. (1997). Az emberi életciklus. In.: Bernáth I.- Solymosi K. (Szerk.). *Fejlesztéslélektani olvasókönyv*. Budapest: Tertia.
- Estévez, A., Jauregui, P., Ozerinjauregi, N., & Herrero-Fernández, D. (2017). The role of early maladaptive schemas in the appearance of psychological symptomatology in adult women victims of child abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(8), 889-909. DOI: 10.1080/10538712.2017.1365318
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In Flett G.L., & Hewitt P.L. (Eds.). *Perfectionism: Theory, Research and Treatment* (pp. 89–132). Washington, DC: American Psychological Association.

- Fouladi, M. (2015). Prediction of depression through early maladaptive schemas. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(1 S1), 602.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. DOI: 10.1007/BF01172967
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- van Harmelen, A. L., de Jong, P. J., Glashouwer, K. A., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Elzinga, B. M. (2010). Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 486-494. DOI: 10.1007/BF01172967
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A Relational Approach to conceptualization, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Hibbard, D. R., & Walton, G. E. (2014). Exploring the development of perfectionism: The influence of parenting style and gender. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 42(2), 269-278. DOI: 10.2224/sbp.2014.42.2.269
- Hovens, J. G., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198-207. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x
- Klibert, J., Lamis, D. A., Naufel, K., Yancey, C. T., & Lohr, S. (2015). Associations between perfectionism and generalized anxiety: Examining cognitive schemas and gender. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 33(2), 160-178. DOI: 10.1007/s10942-015-0208-9
- Ko, A., Hewitt, P. L., Cox, D., Flett, G. L., & Chen, C. (2019). Adverse parenting and perfectionism: A test of the mediating effects of attachment anxiety, attachment avoidance, and perceived defectiveness. *Personality and Individual Differences*, 150, 109474. DOI: 10.1016/j.paid.2019.06.017
- Koch, S. (2017). 5 Fragen an Dr. Christine Altstötter-Gleich. Report Psychologie. Zeitschrift des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. Letöltve: 2020.04.15. http://www.report-psychologie.de/fileadmin/user_upload/Thema_des_Monats/2017-03_Altstoetter-Gleich.pdf
- Kohut, H. (2007). *A szelf helyreállítása*. Budapest: Animula.
- Lumley, M. N. & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31 (5), 639-657. DOI: 10.1007/s10608-006-9100-3
- Märtin, D. (2008). *Gut ist besser als perfekt. Die Kunst, sich das Leben leichter zu machen*. München: Dtv.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, Big Five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 405-413. DOI: 10.1002/cpp.506
- Nyitrai és Takács (2021) Az önegyüttértés kérdőívvel szerzett tapasztalatok, *Psychologia Hungarica Caroliensis*,

- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., & Huibers, M. (2013). Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*(2), 166–180. DOI: 10.1111/cpsp.12032
- Spitzer, N. (2017). *Perfektionismus überwinden. Müsiggang statt Selbstoptimierung*. Berlin: Springer.
- Stöber, J. (1995). *Frost Multidimensional Perfectionism Scale-Deutsch (FMPS-D)*. Freie Universität Berlin: Institut für Psychologie.
- Technische Universität, Chemnitz. Tutorium VO Trends in der Persönlichkeitsforschung (2014). Perfektionismus. Letöltve: 2020.04.13. https://www.tu-chemnitz.de/hsw/psychologie/professuren/ppd/lehre/AS/skripte/persoelichkeitsforschung/wintersemester_2013-14/TutPers_11_Perfektionismus.pdf.
- Unoka, Zs., Rózsa, S., Fábíán, Á., Mervó, B., & Simon, L. (2004). A Young-féle Séma kérdőív: A Korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica, 19*(3), 244-256.
- Weinburger Biran, M., & Reese, C. (2007). Parental influences on social anxiety: The sources of perfectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 55*(1), 282-285. DOI: 10.1177/00030651070550010108
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire – Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 26*(4), 519-530. DOI: 10.1023/A:1016231902020
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2017). *Sématerápia. Gyakorlati kézikönyv*. Budapest: Magyar Viselkedéstanulmányi és Kognitív Terápiás Egyesület.
- Young, J. E. & Brown, G. (1994): Young Schema Questionnaire. In Young J.E.(Ed.). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. (Rev. ed., pp. 63–76). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

A SZERZŐK MUNKAMEGOSZTÁSA

Mirnic Zsuzsanna: A kutatás tervezése, a kutatás és a tanulmány egészéért, diszkusszió megírásáért felelős szerző.

Kövi Zsuzsanna: Statisztikai számítások.

Molnár Ágnes: Elméleti koncepció kidolgozásáért és megírásáért felelős szerző

Terék Zoltán: Adatgyűjtés és -elemzés módszertani, statisztikai munkálataiban való közreműködés.

Nyitrai Erika, Bálint Andrea: Diszkusszió megírásában való közreműködés.