

Doktori (PhD) értekezés

**Posztpartum szorongás
az anyák kötődési jellemzőinek tükrében**

Molnár Judit

Debreceni Egyetem

BTK

2014.

Posztpartum szorongás
az anyák kötődési jellemzőinek tükrében

Értekezés a doktori (Ph.D.) fokozat megszerzése érdekében
a pszichológia tudományágban

Írta: Molnár Judit okleveles pszichológus

Készült a Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskolája
Pszichológia Programja keretében

Témavezető: Dr. habil. Pék Győző

.....
(olvasható aláírás)

A doktori szigorlati bizottság:

tagok: Molnárné Dr. habil. Kovács Judit
Dr. Bodó Sára
Dr. habil. Dávid Imre

A doktori szigorlat időpontja: 2014. június 11.

Az értekezés bírálói:

Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikó
Dr. Bodó Sára

A bírálóbizottság:

elnök: Prof. Dr. Molnár Péter
Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikó
Dr. Bodó Sára
tagok: Dr. Malét- Szabó Erika
Dr. Pauwlik Zsuzsa Orsika

A nyilvános vita időpontja: 2014. június 17.

Én, Molnár Judit, felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés önálló munka, a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült, a benne található irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek. Nem állok a doktori fokozat visszavonására irányuló eljárás alatt, illetve 5 éven belül nem vontak vissza tőlem odaítélt doktori fokozatot. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be, és azt nem utasították el.

Köszönetnyilvánítás

Elsőként azon anyáknak tarozom hálával és köszönettel, akik csecsemőjük gondozása mellett időt szakítottak arra, hogy kérdőíveimet kitöltsék, s ezzel lehetővé tették, hogy bepillantást nyerhessünk ezen időszak lélektani jellegzetességeibe.

Hasonlóképp köszönet illeti pácienseimet, akiknek őszinte önfeltárása a témára irányította figyelmemet, s akiktől igen sokat tanulhattam a szülés utáni időszak megélésével kapcsolatban.

Köszönettel tartozom témavezetőmnek, Dr. habil. Pék Gyözőnek témám felkarolásáért, támogatásáért és disszertációm átolvasásáért.

Köszönöm Dr. Münnich Ákos professzor úrnak a statisztikai próbákban nyújtott fáradhatatlan segítségét, útmutatásait, s támogató hozzáállását, mellyel disszertációm készülését kísérte.

Szintén hálás vagyok a tanulmányként megjelent vizsgálataimat bíráló lektorok észrevételeiért, melyekkel segítettek alaposabbá tenni eredményeim átgondolását, ismertetését.

Végül, de nem utolsósorban külön köszönet illeti családomat, akik támogatása biztos háttérként kísért munkám készítése folyamán.

Témafelvetés

Jelen értekezés fókuszában a szülés utáni, kóros szorongással járó állapotok állnak. Témaválasztásom gyakorlati kiindulású, mivel terápiás munkám során találkoztam először olyan anyával, aki a posztpartum időszakában kialakuló, súlyos kényszeres tünetekkel keresett fel, melyeket igen erős szenvedésnyomás és komoly funkcióromlás kísért. Később szintén a szülés után induló pánikrohamoktól, illetve más szorongásos tünetektől szenvedő nőkkel is találkoztam, akik állapota nem felelt meg a posztpartum depresszió klinikai képének, ugyanakkor kielégítette egyes specifikus szorongásos zavarok kritériumait. A szakirodalomban való elmélyülés során rendkívül meglepett, milyen elenyésző a posztpartum szorongásos zavarokra irányuló figyelem, legyen szó akár azok ismertetéséről, akár kutatásáról. A szülés utáni szorongásos zavarokat egyetlen nozológiai rendszer sem kezeli külön csoportként, dacára magas gyakoriságuknak (Wenzel et al., 2003, 2005; Matthey et al., 2003). A klinikai és a tudományos figyelem középpontjában egyértelműen a posztpartum depresszió áll, mely a posztpartum distresszel járó számos állapot egyfajta diagnosztikus gyűjtőkategóriájává vált, korlátozva ezzel azok szűrését, megértését és adekvát kezelését (Miller et al., 2006; Pope, 2000; Fisher et al., 2002.; Jones – Venis, 2001). A szülés utáni szorongásos zavarokkal kapcsolatban közölt kutatások elsősorban tünettanuk ismertetésével és prevalenciájuk felmérésével igyekeznek felhívni a szakmai figyelmet ezen állapotok jelentőségére, s egyben különálló diagnosztikai entitásként való kezelésük mellett érvelnek (pl. Brockington, 2004; Wenzel et al., 2003, 2005).

Disszertációm *elméleti részében* ezen közlemények áttekintésével igyekszem naprakész összefoglalót nyújtani a posztpartum szorongásos zavarok tünettanáról, gyakoriságáról, következményeiről, s ezzel felhívni a figyelmet jelentőségükre.

Vizsgálataim két célkitűzés köré szerveződnek. *Első célom* a szülés utáni szorongásos zavarok *mérésére* irányul. A posztpartum szorongásos állapotok felismerését és megfelelő kezelését mérési problémák nehezítik, így a téma kutatói a specifikus szűrőeszközök kidolgozását sürgetik (Muzik et al., 2000). Ennek fényében javaslatot teszek egy, a szorongás mérésére széleskörűen használt mérőeszköz posztpartumra módosított felhasználására. Mivel a szülés utáni mentális zavarok tekintetében a prevenciós szempontok jelentősége kiemelkedő, a méréssel kapcsolatos célkitűzés lényeges része a kórosan szorongó anyák mellett a szubklinikai szinten szorongó csoport azonosítása is.

Értekezésem *másik célja*, hogy ezen állapotok *kóreredetének* egy feltételezett szegmensét, az *anyák kötődési jellemzői és a szülés utáni szorongás kapcsolatát* vizsgáljam. Azt, hogy az anyák *intrapszichikus sérülékenysége* jelentős hatással bírhat a szülés utáni szorongás szintjére, gyakorlati megfigyeléseimre alapozom. Ezen *feltevésem empirikus tesztelése* során nyert eredményeim reményeim szerint hozzájárulhatnak a szülés utáni kóros szorongásban szenvedő anyákkal pszichoterápiájának szemléletéhez és gyakorlatához.

„...a belső sivatag lelkiállapotában, mikor a csillagok felé törekvése (...) határokba ütközött: „a pilóta lezuhant”. Ebben a krízishelyzetben gondolatai saját múltjába fordulnak, azt a pontot keresik, ahol összekuszálódtak a szálak, hogy tisztázni tudja önmagáról alkotott képét (...). Így találkozik a „gyermekkel”, (...) s a gyermekkel együtt szimbolikus formában emlékek és képek bukkannak a felszínre, melyek megmutatják, hogyan élt (...), mielőtt (...) maga is felnőtt nem lett.”

(Drewermann: A lényeg láthatatlan)

1. Bevezetés

Az értekezés első fejezetében a posztpartum időszakának jellegzetességeit, valamint a szülés utáni szorongásos zavarok tünettanát, gyakoriságát, következményeit, valamint diagnosztikus jelentőségüket igyekszem áttekinteni. A vizsgálatokhoz kapcsolódó releváns elméleti vonatkozásokat a vizsgálatok előtti bevezető alfejezetekben mutatom be.

1.1. A posztpartum időszakának jellegzetességei

Az anyává válás a nők életének egyik legjelentősebb, nagy transzformáló erővel bíró, kivételes tapasztalatokat nyújtó folyamata. Örömei és egyedülálló élményei mellett ez az időszak azonban jelentős alkalmazkodást is kíván, hiszen az anyák a biológiai, hormonális változások mellett számtalan lélektani kihívással is szembesülnek. Ebben az időszakban összetett és bonyolult folyamatok zajlanak: a teljes családi dinamika átrendeződése mellett az anyának fel kell dolgoznia a szülés élményét, megküzdenie a felborult napirenddel, önmaga és környezete elvárásaival (Hajduska, 2008). A szülés utáni periódus, azaz a *posztpartum* időszaka *orvosi értelemben* az anya fizikai felépüléséhez szükséges, kb. hathetes időszakot takarja. A terhesség, szülés és szoptatás során az anya szervezetében jelentős hormonális, biokémiai és fizikai változások zajlanak, amelyek fizikai jólléte mellett pszichikus állapotára is jelentős hatást gyakorolnak. A szülés utáni hatodik hétre várható, hogy a hormonháztartás normalizálódik, a méh visszanyeri normál méretét, a gátseb begyógyul. Hagyományosan ezt az időszakot gyermekágyának nevezik, mely során az anyákat környezetük jobban tehermentesíti, s az egészségügyi rendszerek is nagyobb figyelemmel kísérik állapotukat (lásd hathetes kontrollvizsgálat). A szülés utáni *lélektani* „felépülés” jóval hosszabb, hónapokon,

néha éveken át tartó folyamat. Sőt, egyes anyák arról számoltak be, hogy egész életükben posztpartumban vannak, mivel gyermekük születése folyamatos változásra készíteti őket (Bing – Coleman, 1997, 98.o, idézi Merle-Fishman, 2010). A lélektani alkalmazkodás folyamata nagy egyéni különbségeket mutat, így a posztpartum időszak ebben az értelemben vett időtartama kevésbé jól definiált. A témában folyó kutatások fókuszja változó, néhány naptól egy évig terjed (Halbreich, 2005).

Jelen disszertáció a posztpartum időszakának lélektani vetületeire fókuszál a szülést követő első évben.

A gyermek születése mint normatív krízis

A gyermek érkezése *normatív krízis*, a pszichikus fejlődés egy új állomása (Hajduska, 2008), mely átmeneti egyensúlyvesztéssel jár, s az új egyensúly kialakításának feladatát vonja maga után. A normatív krízisek *életszakasz-váltáskor*, két fejlődési fázis között alakulnak ki, amikor az egyén olyan helyzettel szembesül, amelynek megoldásához régi megoldásmódjai nem elégségesek, ezért újakat kell kialakítania. A legnagyobb változást a nők életében az első gyermek születése hozza, mivel ekkor olyan új szereppel szembesülnek, amelyre még nincsenek tapasztalataik és megoldásmódjaik, *szülőszerepük* ekkor formálódik. A szülőszerepre való szocializáció, a saját szülő bánásmódjának, viszonyulásainak és megoldásainak megtapasztalásával már gyermekkorban elkezdődik. Legjelentősebb időszaka azonban a gyermekvállalással kapcsolatos döntés, a terhesség, a szülés és a posztpartum időszaka. Folyamatát alapvetően meghatározza a saját szülőkkel való múltbeli és jelenlegi kapcsolat, s mindazon értékek, modellek és normák, amelyeket az egyén ezekben az elsődleges kapcsolatokban elsajátított. Hatással van rá emellett a gyermek vállalásának motivációja, csakúgy, mint a gyermekvárás körülményei. Ez utóbbihoz sorolhatjuk a párkapcsolat minőségét, amelybe a gyermek születik, az egzisztenciális helyzetet, és nem utolsósorban a társas támasz elérhetőségét is (Hajduska, 2008). Bár a szülőszerep elsajátítása a nem első gyermekes anyákra már nem ró közvetlen terhet, ők is szembesülnek a családi dinamika átrendeződésével, új szerepkövetelményekkel és elvárásokkal.

A gyermek születése nemcsak a családi struktúrára, az anya szerepeire vagy napirendjére gyakorol jelentős hatást. Az anyává válás a *szelf újraszerveződésével* járó folyamat, mély hatással annak érzelmi, fiziológiai és viselkedéses aspektusaira egyaránt. A gyermek gondozása és kettejük kötődésének alakulása során *aktiválódnak az anya saját*

implicit, preverbális emlékei, saját anyjával kapcsolatos korai kötődési tapasztalatai. Az aktiválódó, mély érzések (és emlékek) áradata gyakran felkészületlenül éri az anyákat, különösen egy olyan időszakban, ami azt kívánja meg tőlük, hogy szorítsák háttérbe saját szükségleteiket, s adják át magukat a gyermek gondozásának. Az ismétlésre és reparációra egyaránt lehetőséget adó időszakban *anya és gyermeke párhuzamosan, együtt fejlődnek:* miközben a gyermek kis emberi lényé, addig az anya, érzései, emlékei újraélése és integrációja révén anyává válik (Merle-Fishman, 2010).

A posztpartum alkalmazkodás időszaka csakúgy, mint a krízisek általában, kétarcú jelenség: kedvező vagy kedvezőtlen kimenetellel egyaránt zárulhat (Hajduska, 2008). A gyermek születése az élet egyik olyan fordulópontja, amely a személyiség fejlődésében egyedülálló fejlődési, gazdagodási lehetőséget kínál, kedvezőtlen megoldása viszont tartós megrekedéshez, patológiás egyensúlyi állapotok kialakulásához vezethet.

1.2. Posztpartum pszichikus zavarok

A szülés utáni időszak fent ismertetett jellegzetességeinek tükrében természetes, hogy sok anya él át kisebb-nagyobb mértékű szorongást, hangulatának ingadozását, kimerültséget, vagy akár szomatikus-vegetatív panaszokat a posztpartum időszakában. Ugyanúgy, mint a nem-posztpartum esetekben, itt is felmerül a kérdés, meddig normális egy adott tünet vagy állapot, s mikor tekinthetjük kórosnak. Általánosságban ugyanazon szempontok alapján mérlegelhetünk, mint a nem-posztpartum esetekben: kórosnak tekinthetünk egy állapotot, ha klinikailag jelentős *funkcióromlást*, illetve az egyénnek és/vagy környezetének *szenvédésnyomást* okoz. Ez természetesen önmagában csak az állapotfelmérés első lépése; pontos képet a felmerülő kórképekre vonatkozó diagnosztikus kritériumok alkalmazásával kaphatunk. Mint a mentális zavaroknál általában, a posztpartumban szintén széles átmeneti zóna húzódik a kóros és az egészséges övezetek között. A *szubklinikai tünetek jelentőségére* azonban többen felhívják a figyelmet (Dennis et al., 2013; Wenzel et al., 2005). Wenzel és mtsainak (2005) vizsgálatában, mely a szorongásos zavarok prevalenciájának felmérésére irányult, *a szubklinikai tünetekkel küzdők száma 2-3-szorosa volt a kóros tünetekkel élő anyákénak.* Ezen anyák állapota éppúgy fordulhat a spontán rendeződés, mint a kórossá válás irányába, így *veszélyeztetett* csoportként kezelhetőek, akik elsősorban *prevenció*s szempontú figyelmet igényelnek.

Számos vizsgálat meggyőzően illusztrálja, hogy a fizikai regenerációnál lassabban zajló lélektani alkalmazkodás időszaka a posztpartum időszakban fokozza a nők sérülékenységet a pszichikus zavarok kialakulására vagy súlyosbodására (Marrs et al., 2009; Lonstein, 2007). A szülést követő lelki rendellenességeket az ókor óta jegyzik (Páll, 2002), s *a legtöbb fejlett országban a szülés leggyakoribb komplikációja ma is a posztpartum pszichiátriai morbiditás* (Navarro et al., 2008).

1.2.1. A posztpartum pszichikus zavarok megélésének jellegzetességei

A szülés utáni alkalmazkodás jelentős kapcsolatot mutat az *anyaságról alkotott elképzelésekkel*. Az anyaszereppel, az ösztönös alkalmazkodással vagy a babával kapcsolatos nem reális elvárások (Chalmers – Chalmers, 1986; Warner et al., 1997; Zeanah et al., 1985, idézi Staneva et al., 2013) hatással vannak arra, ahogyan az anyák szülés utáni tapasztalataikat értékelik, s rosszabb színvonalú alkalmazkodáshoz, illetve posztnatális distresszhez vezethetnek. Staneva és mtsai (2013) leendő anyák anyasággal kapcsolatos elvárásait vizsgálták a terhesség során. Egyik fő következtetésük szerint azokat erősen meghatározza az *anyaság mítosza* (Oakley, 1979; Sears, 1985, idézi Staneva et al., 2013), valamint az a tévhit, hogy az anyáknak „szupernőknek” kell lenniük. Az anyasággal kapcsolatos, gyakran hamis pozitív irányba torzító képzetek és elvárások személyes, mikro-és makrokörnyezeti szinten egyaránt tetten érhetőek, s hatást gyakorolnak arra, ahogyan a nők saját anyaságukat, s önmagukat megítélik. *Társadalmi szinten* elsősorban a média közvetít fals képet: a reklámokban és a babamagazinok oldalain mosolygós, vidám, attraktív anyák és babák mosolyognak a valódi anyákra, akik összezavarodnak, s nem értik, számukra miért nem ilyen egyszerű annak az életszakasznak a megélése, ami mások számra oly felhőtlen és tökéletes (Merle-Fishman, 2010). Sokan azonosulnak a *tökéletes anya és család romantikus képzetével*, melyek alapján úgy vélik, az anyaság ösztönös képesség, mellyel mindenki rendelkezik. Így azt várják, hogy a baba gondozásával könnyedén meg fognak birkózni, s hasonló könnyedséggel végzik a háztartással és a családdal kapcsolatos teendőket is. Így a legtöbb anyát felkészületlenül árasztják el az anyaszerep kihívásai, amelyek – az elvárásokkal ellentétben- jelentős alkalmazkodást kívánnak (Staneva et al., 2013).

Az elvárások és a valóság közötti különbségek különösen nagy terhet rónak azokra az anyákra, akik posztpartum mentális zavaroktól szenvednek. Amit a nők a posztpartum

alkalmazkodási zavarokról hallhatnak, általában a médián keresztül, s főként hírességek történeteinek keresztül érkezik hozzájuk. A celebek élete azonban igen ritkán képes tükrözni egy tipikus anya életét, így velük nehéz az anyáknak azonosulnia (Shields, 2005, idézi Merle-Fishman, 2010). A mai kor társadalma hajlamos kritikusan és elítélően szemlélni az anyasággal kapcsolatos negatív érzéseket, hibákat vagy kudarcokat, s gyakorta ugyanígy reagál a *közvetlen környezet, a család* is. Így a gondokkal küzdő anyák *szégyellik* tüneteiket, s próbálják *leplezni* azokat (Merle-Fishman, 2010), nem egyszer önmaguk előtt is.

1.2.2. Diagnosztikus korlátok és felvetések

Az elméleti összefoglaló 1.2.2.; 1.3.1.; 1.3.2. fejezete megjelent az Interdisciplinary Research in Humanities tanulmánykötetben (Molnár, 2013, 311-323).

Bár a szülést követő kóros pszichikus állapotok ismerete az ókorig visszanyúlik (Páll, 2002), a posztnatális mentális zavarok jelenlegi klasszifikációja igen korlátozott, ami nehézségek elé állítja a gyakorló szakembereket, s a téma kutatóit egyaránt (Cox, 2004). A BNO-10-ben ugyan létezik olyan kategória (F53), amely a puerperiumhoz kapcsolódó zavarokat tárgyalja, de ez csak akkor használható, ha az adott zavar máshová nem sorolható, illetve ha a szülést követő hat héten belül indul. A DSM-IV nem sorolja külön csoportba a posztpartum mentális zavarokat, a “postpartum kezdettel” jelleget pedig csak négy zavar esetében tünteti fel: a major depresszió, a bipoláris I., a bipoláris II., illetve a rövid pszichotikus zavar esetén (Paykel, 2002; Cox, 2004). Idői kritériuma a BNO-10-énél is rövidebb, négy héten belüli kezdetet jelöl. Paykel (2002) rámutat, hogy a négy-, illetve hathetes időintervallum túl rövid, mert a posztpartum zavarok jelentős része későbbi indulású. Emellett hangsúlyozza, hogy a posztpartum pszichikus zavarok köre a felsoroltaknál szélesebb, ezért a témával foglalkozó szakemberek gyakran ütköznek abba a nehézségbe, hogy nem tudják hivatalosan kódolni a fennálló zavart (idézi Molnár, 2013).

A DSM-5 sem kezeli külön diagnosztikus csoportként a posztpartum mentális zavarokat, ugyanakkor a major depresszió diagnózisánál a “postpartum kezdettel” jelleget “peripartum kezdettel” jellegre változtatták. Ez abban különbözik a korábitól, hogy a *terhesség során kialakuló* depresszióra is alkalmazható, ugyanakkor a szülés utáni négy hetes időintervallumon nem változtattak.

A Postpartum Support International (PSI) egy olyan szervezet, melynek célja, hogy világszerte növelje a posztpartum mentális zavarokkal kapcsolatos tudatosságot, s

előmozdítsa ezen zavarok prevencióját és kezelését (Internet 1). Közleményében a PSI jelentős előrelépésnek értékeli a terhesség alatti depresszió hivatalos elismerését, ugyanakkor nagy csalódással regisztrálták, hogy a szülés utáni négy hetes perióduson nem változtattak - dacára annak, hogy a szenvedést okozó tünetek gyakran a szülés utáni egy évben jelennek meg (Segre – Davis, 2013). A PSI a DSM revíziója során a következő módosításokra nyújtott be javaslatot: a zavar kezdetével kapcsolatos négy hetes idői kritérium hat hónapra módosítását, valamint a „postpartum kezdettel” jelleg bevezetését sürgették a szorongásos zavarok, a kevert szorongásos és depressziós zavar, az obszesszív-kompulzív zavar, a hipomániás epizód, valamint a traumához kapcsolódó stressz-zavarok esetén. Bár a DSM-5-ben ezen változások nem valósultak meg, a PSI továbbra is ösztönzi a témában folyó kutatásokat, s azok eredményeinek figyelembe vételét a DSM későbbi revízióiban (Internet 1).

1.2.2.1. A posztpartum mentális zavarok hagyományos felosztása

Talán épp a jelenlegi nozológiai rendszerek hiányosságainak következménye, hogy a gyakorló klinikusok, valamint a szakirodalom jelentős része a posztpartum mentális zavarok hagyományos, hármas felosztását követi. A hagyományos klasszifikáció a szülés utáni zavarokat a *posztpartum baby blues*, *posztpartum depresszió* és *posztpartum pszichózis* diagnosztikus kategóriákba sorolja (Sharma – Burt, 2011).

A „*posztpartum blues*” enyhe, átmeneti állapot, mely a szülés utáni 4.-5. napon az anyák 80-85%-ánál megjelenik, s általában két hét alatt megszűnik. Leggyakoribb tünetei az érzelmi labilitás, fáradékonyság, diszfória, irritabilitás, inszufficiens anyai érzések. Ennek ellentétéként, a „*postpartum pink*”-ben hipomániás tünetek, feldobottság, kismértékű kritikátlanosság jelenhet meg, ami két hét alatt szintén rendeződik (Huszár – Arató, 2003).

A „*posztpartum pszichózis*” általában a posztnatális időszak első és harmadik hete között indul, prevalenciája 0,1%. A korábbi pszichiátriai zavarok, különösen a bipoláris és a schizoaffectív zavar jelentős rizikótényezők a posztpartum pszichózisoknak (Brockington, 2004).

A „*posztpartum depresszió*” a szülés utáni harmadik, negyedik héttől indul, gyakran úgy, hogy a kezdeti baby blues tünetei nem szűnnek meg, hanem elmélyülnek és súlyosbodnak (Huszár – Arató, 2003). A nem pszichotikus szintű depresszív tünetképzés prevalenciája 13% körüli (O’Hara, Swain, 1996).

1.2.2.2. A posztpartum depresszió – és ami mögötte van

A posztpartum pszichózis igen ritka, a baby blues pedig nem igényel kezelést, így a tudományos érdeklődés középpontjába vitathatatlanul a posztpartum depresszió került. Prevalenciáját, lefolyását, rizikófaktorait és következményeit a mai napig behatóan tanulmányozzák (Wenzel et al., 2005; Miller et al., 2006). A posztpartum depresszió iránti tudományos érdeklődés létjogosultsága megkérdőjelezhetetlen, tekintettel számos nemkívánatos következményére. Az anyák esetében a depressziós epizód a visszatérő major depressziós zavar előfutára lehet (Robertson et al., 2003), a depressziós anyák gyermekeinél pedig több viselkedéses, kognitív és szociális nehézséget regisztráltak, mint kortársaiknál (Grace – Sansom, 2003). Emellett azonban, különösen az elmúlt évtizedben, egyre többen érvelnek amellett, hogy a szülés utáni mentális zavarok hagyományos felosztása *túlegyszerűsítő*, mivel a zavarok skálája sokkal szélesebb (Brockington, 2004). A téma szakértői rámutatnak, hogy a posztpartum depresszió változatos tünettanú és etiológiájú zavarok diagnosztikus gyűjtő kategóriává vált (Miller et al., 2006; Pope, 2000; Fisher et al., 2002), ami korlátozza azok megértését és adekvát kezelését egyaránt (Jones – Venis, 2001). A legújabb kutatások fényében a legmellőzöttebbnek a posztpartum szorongásos zavarok tűnnek, dacára figyelemreméltó prevalenciájuknak, melyet többen magasabbnak találtak a posztpartum depresszióénál (Wenzel et al., 2005; Matthey et al., 2003). A posztpartum szorongásos zavarokat a nozológiai rendszerek nem kezelik különálló diagnosztikus entitásként, a tudományos kutatások terén méltatlanul kevés figyelmet kapnak (Wenzel et al., 2005), s megfelelő szűrésük sem megoldott (Muzik et al., 2000). Bár a depresszió és a szorongásos zavarok komorbiditása magas, különböző tünettanú és etiológiájú zavarokról van szó, így különálló kórképekként való kezelésük a posztpartum időszakában ugyanúgy szükséges, mint a nem posztpartum esetekben.

Saját tapasztalataim megerősítik a szakirodalomban olvasottakat a posztpartum szorongásos zavarok mellőzöttségével kapcsolatban. Igen meglepő volt számomra, hogy míg a nemzetközi keresőkben a “postpartum”, “postnatal”, “puerperium”, illetve a hozzájuk kapcsolt “disorder”, “motherhood”, “symptoms”, “risk factors”, “etiology” stb. kifejezések a *posztpartum depresszióval* kapcsolatosan több száz, néha ezer találatot eredményeztek, addig a posztpartum *szorongásos zavarokra* vonatkozó tanulmányok száma tízes nagyságrendben kifejezhető. Az etiológiára vonatkozóan különösen kevés tanulmány látott napvilágot; a

legtöbb szerző ezen zavarok klinikai jelentőségére, prevalenciájára, különálló entitásként való kezelésére, s általánosságban: létezésére igyekszik felhívni a figyelmet.

1.3. Posztpartum szorongásos zavarok

1.3.1. Tüneti kép

1.3.1.1. Posztpartum obszesszív-kompulzív zavar (ppOCD)

Az obszesszív-kompulzív zavar tüneti képét kényszer gondolatok és/ vagy kényszer cselekvések uralják, melyek a személy számára jelentős distresszt okoznak, s akadályozzák mindennapos funkcionálását. A kényszer gondolatok (obszessziók) visszatérő, tolaakodó, erős szorongást kiváltó gondolatok, késztetések vagy képzetek, amelyeket az egyén elnyomni vagy semlegesíteni igyekszik. Énidegenek, de az obszesszióktól szenvedő személyek tudatában vannak, hogy azok saját pszichéjük termékei, s nem kívülről erednek.

A kényszer cselekvések (kompulziók) ismétlődő cselekvések, amelyek arra hivatottak, hogy csökkentsék az obszessziók által előidézett szorongást, illetve elhárítsák a rettegett esemény bekövetkeztét. Általában nincsenek reális kapcsolatban azzal a dologgal, aminek megelőzésére kialakulnak, vagy pedig nyilvánvalóan eltúlzottak (DSM-IV, 2001; Németh – Treuer, 2003). A kényszeres zavar az átlagnépességben is gyakori, élettartam-prevalenciája 2-3%-ra becsülhető (Gabbard, 2008; Németh – Treuer, 2003). Az OCD és a különböző életesemények kapcsolatát kutató retrospektív vizsgálatok eredményei ugyanakkor egybehangozóan igazolták, hogy egyetlen más életesemény sem mutat olyan szoros kapcsolatot a kényszeres tünetek megjelenésével vagy súlyosbodásával, mint a terhesség, illetve a szülés utáni időszak (Fairbrother – Abramowitz, 2007).

A posztpartum obszesszív-kompulzív zavar néhány sajátossága

A posztpartum obszesszív-kompulzív zavar klinikai képe néhány lényegi vonásban különbözik a nem-posztpartum esetektől.

(1) A kényszeres zavar típusos, fokozatos kialakulásával szemben a ppOCD *hirtelen, ugrásszerűen indul*, általában röviddel a szülés után (Abramowitz et al., 2003).

(2) Míg az átlagpopulációban előforduló kényszeres zavar esetén az obszessziók tartalma változatos (kontaminációs, agresszív, szexuális, vallásos, szimmetriával, renddel kapcsolatos), addig posztpartumban szinte kizárólag *a gyermekkel kapcsolatos agresszív kényszerszorgalmak* dominálnak (Abramowitz et al., 2003). Az anyák rettegenek attól, hogy akaratlanul vagy szándékosan ártani fognak gyermeküknek, s nem tudnak szabadulni a gondolataikba újra- és újra betolakodó, énidegen, intenzív pszichés distresszel járó tartalmaktól.

A ppOCD-ben megfigyelhető jellegzetes obszessziókat leginkább esetközlések és retrospektív vizsgálatok nyomán írták le (Abramowitz et al., 2010). Ezek tükrében néhány példa a szülés utáni időszakban megjelenő kényszerszorgalmakra: az anya megsebzí/megszúrja a gyermeket egy késsel vagy ollóval (Sichel et al., 1993); ledobja a lépcsőn; véletlenül mikrohullámú sütőbe teszi (Wisner et al., 1999). Az anyákat olyan képzetek is gyötörhetik, mint a gyermek beszakadt, vérző feje; a baba belefojtása a fürdőkádba; szexuális-abuzív képzetek a csecsemővel kapcsolatban (Sichel et al., 1993); vagy a baba kutacsának megszúrása (Abramowitz et al., 2010). Más tartalmú kényszerszorgalmak (pl. a gyermek megfertőzése) előfordulhatnak, de lényegesen ritkábbak (Abramowitz et al., 2003). Abramowitz és mtsai (2010) hatvan fős mintán empirikusan is igyekeztek feltárni a legjellemzőbb kényszerszorgalmakat és kényszerszorgalmakat. Eredményeik fényében a leggyakoribb obszessziók a hirtelen bölcsőhalállal és a gyermek fulladásával kapcsolatosak, ezt követik a balesetekkel, illetve a baba leesésével kapcsolatos képzetek. Kisebb, mégis jelentős mértékben olyan tovakodó gondolatokat tártak fel, amelyekben az anya rácsap, rásikít a gyermekre, megrázza vagy kárt okoz benne. A babával kapcsolatos szexuális gondolatartalmak voltak a mintában legkisebb mértékben megjelenő obszessziók.

(3) A posztpartum kényszeres zavar esetében *a kényszerszorgalmak sokkal ritkábbak*, mint a nem posztpartumban megjelenő esetekben. Ellenben igen jellemző *az obszessziókkal kapcsolatos ingerek elkerülése* (Sichel et al., 1993), beleértve tárgyakat (pl. kés), helyzeteket (pl. fürdetés, etetés), illetve *magát a gyermeket*, akit az anya így próbál védeni a rettegett katasztrófa bekövetkeztétől. Ezek mellett gyakoriak a *rejtett kompulziók*, azaz gondolati rituálék (pl. imádkozás) is (Fairbrother – Abramowitz, 2007). Ha ritkán mégis megjelennek nyílt kényszerszorgalmak, azok szinte kivétel nélkül *ellenőrzési kompulziók* (Wisner et al., 1999; Abramowitz et al., 2003). Abramowitz és mtsai (2010) fent említett vizsgálatában leggyakoribbnak azok a kényszerszorgalmak bizonyultak, melyek során az anyák újból és újból igyekeznek megbizonyosodni arról, hogy minden rendben van-e. Gyakran ellenőrzik a

gyermeket, gondolataikat pedig igyekeznek más gondolatokkal semlegesíteni, elnyomni, időnként racionalizálni.

Érdemes megemlíteni, hogy Abramowitz és mtsai (2003) újdonsült apák esetében is gyakorinak találták a szubklinikai szintű kényszeres tünetek jelenlétét. Ezek, hasonlóan az anyákéhoz, a gyermekkel kapcsolatos agresszív tartalmakat hordoztak (pl. a baba megfojtása, fulladása, általuk okozott balesetek stb). A megkérdezett negyven apa 58%-a számolt be hasonló gondolatokról, s bár legtöbbjüknél az obszessziók csak minimális szenvedésnyomást okoztak, néhány esetben a tünetek kimerítették a klinikai súlyosság kritériumait. Ez rávilágít arra, hogy a ppOCD hátterében a biológiai- neurohormonális faktorok mellett a pszichikus kóroki tényezők szerepe sem elhanyagolható.

A posztpartum obszesszív-kompulzív zavar és a posztpartum pszichózis különbségei

Bár az agresszív gondolattartalmak jelenléte az egyetlen közös jellegzetesség a két zavar között, s a gyakorló szakemberek számára a két állapotkép jól elkülöníthető, a legtöbb anya, épp az agresszív obszessziók ijesztő és énidegen jellege miatt attól retteg, hogy pszichotikus állapotban van, vagy bármelyik pillanatban abba kerülhet, s potenciálisan veszélyeztető gyermekére nézve. Tekintve a csecsemő anyára utaltságát és kiszolgáltatottságát, a veszélyeztető állapotok felismerése kulcsfontosságú a perinatális ellátásban, ahogyan szintén lényeges az állapotuk természetével kapcsolatos információnyújtás is a ppOCD-ben szenvedő anyák számára.

A két zavar tünettana között alapvető különbségeket találhatunk. A posztpartum pszichózisban szenvedő betegek súlyosan regresszív állapotát hallucinációk, téveseszmék, szétesett viselkedés, inkoherens gondolkodás, labilis hangulat és agitáció kísérik. Az agresszív, bizarr képzetek és gondolatok *énazonosak*, a téveszmékkal kongruensek, azoknak a pszichotikus személy nem áll ellen, így esetükben a tényleges agresszív viselkedés kockázata igen nagy. A ppOCD-ben megjelenő obszessziók ezzel szemben *énidegenek*, a kényszeres zavarban szenvedők minden erejükkel azon vannak, hogy semlegesítő-elkerülő viselkedésükkel azoknak *ellenálljanak*, így esetükben még a legsúlyosabb kényszergondolatok sem jelentenek megnövekedett kockázatot a gyermekkel szembeni

agresszív magatartásra (Fairbrother – Abramowitz, 2007). Ellenkezőleg: a kényszeres anyák általában „gyengédek és odaadóak” (Brockington, 2004, 307.o).

Esetillusztráció

Nóra 26 éves, diplomás, házasságban élő fiatal nő, aki 4 hónappal első gyermeke születése után jelentkezett pszichoterápiára. Erős kényszertünetektől szenvedett, szinte folyamatosan attól rettegett, hogy kárt fog tenni a gyermekében. Első kényszergondolatai akkor jelentek meg, amikor az apjától hallott egy történetet egy anyáról, aki párnával szándékosan megfojtotta gyermekét. Ekkor épp egy kés volt a kezében, amivel valamit vágott. A hallottak után kiszaladt a kertbe, s a kést eldobta. Ettől kezdve intenzív szorongással járó obszesszív képzetek gyötörték, melyekben tűzbe tette, mélyhűtőbe rakta a gyermeket, vagy véletlenül tisztítószer, gyógyszert öntött a cumisüvegébe, amitől a gyermek meghalt. Kompulziói kizárólag ellenőrzési cselekvések voltak: mindent megkóstolt, mielőtt a gyermeknek adott volna belőle, sőt, a környezetet is bevonta ezekbe a tevékenységekbe, mert saját ítéletében nem bízott. Igen sok elkerülő megnyilvánulása volt: minden vegyszert és gyógyszert kipakoltatott férjével a házból, nem takarított, nem mosogatott. Állandó kételkedése miatt nem mert kettesben maradni a gyermekkel, így férjével együtt hazaköltöztek a szülőkhöz, hogy mindig legyen külső kontroll cselekedetei felett. Szorongását azonban ez sem csillapította, így néhány héttel az első tünet megjelenése után minden holmiját összepakolta, s kérte, fektessék be „zárt osztályra”, mert akkor biztosan nem árthat a gyermekének.

Családja nem értette az állapotát. Mindenki örült, hogy a baba szép és egészséges, Nórától pedig azt várták, hogy mosolyogjon, miközben szavai szerint: „én belülről mindig sírtam volna”. Találkozásunkkor szorongása olyan mértékű szenvedést és kétségbeesést okozott számára, hogy öngyilkossági szándékkal kamion elé akart lépni, de a legutolsó pillanatban eszébe jutott a férje és hátralépett.

Kényszergondolatai a terápia során gyorsan oldódtak, de időszakosan felerősödtek és visszavisszatértek, így a teljes gyógyulásig egy év telt el. Egy idő után az obszessziók a gyerekekről a férjre, majd idegenekre helyeződtek át. Ekkor néhány héten át attól rettegett, nem ütött-e el valakit vezetés közben. Rendszeresen visszament a helyszínre, ahol a kényszergondolat megjelent, megnézte, nincsenek-e vérnyomok, ellenőrizte a kocsit, sőt előfordult, hogy felhívta a rendőrséget, nem történt-e az adott útszakaszon baleset. Ha gyerek ment át előtte szülővel az úton, hiába látta őket biztonságosan átkelni, mégis attól rettegett, hogy elütötte a

gyermeket. Ezeket az obszessziókat is elkerüléssel próbálta kontrollálni: egy időre teljesen abbahagyta a vezetést.

Nórát betegsége igen váratlanul érte, mivel korábban nem szenvedett mentális zavarban, a gyermeket pedig tervezték és örömmel várták. Állapotát mély szégyennel élte meg, erős önvádítások gyötörték, amiért képtelen úgy megélni az anyaságot, „mint más normális anyák”.

1.3.1.2. Posztpartum pánikzavar (ppPD)

A pánikzavarban szenvedő személyek váratlan, intenzív félelemmel és heves diszkomfort-érzéssel járó, visszatérő pánikrohamokat élnek át, melyeket a rohamok ismétlődése és következményei felett érzett anticipátoros szorongás és a rohamokkal kapcsolatos magatartásváltozás kísér (DSM-IV, 2001).

Korábban úgy vélték, hogy a terhesség védelmet nyújt a pánikzavar kialakulása ellen, sőt, a pánikzavarban szenvedő nők tünetei is jelentős javulást mutatnak a gyermekvárás időszakában. A hosszú időn át inkább anekdotikus közléseket (Cohen et al., 1996) követő empirikus vizsgálatok eredményei a terhesség pániktünetekre gyakorolt hatásáról nem teljesen egybehangzóak. Míg Cohen és mtsai (1994, idézi Wenzel et al., 2001) retrospektív vizsgálatukban 49 pánikzavarban szenvedő nő 78%-ánál terhesség alatt a tünetek stagnálását vagy csak enyhe javulását, 20%-uknál pedig súlyosbodását találták, addig Bandelow és mtsai (2006) nagyszabású kutatásukban 263 fős mintán igazolták, hogy terhesség idején a pániktünetek szignifikánsan kisebb mértékben manifesztálódtak.

Sokkal egyértelműbb eredmények születtek arra vonatkozóan, hogy a posztpartum időszakában jelentősen nagyobb a tünetek romlásának vagy első megjelenésének valószínűsége (Bandelow et al., 2006; Meshberg et al., 2007; Cohen et al., 1994, idézi Wenzel et al., 2001). Bandelow és mtsai (2006) ennek hátterében a hormonális változások mellett az apával való kapcsolat megváltozásától való félelmek, az esetleges anyagi problémák, a megnövekedett terhelés és a csökkent alvásidő szerepét emelik ki.

A posztpartumban megjelenő pánikzavar *tünettana*- az OCD-vel ellentétben- nem mutat specifikus különbségeket a nem-posztpartum esetekhez képest. Wenzel és mtsai (2001) 788 posztpartum diszfóriában szenvedő nő komorbid pániktüneteinek vizsgálatánál a szapora szívverést, izzadást, remegést és zsibbadást találták a leggyakoribbnak.

Esetillusztráció

Linda 30 éves, felsőfokú végzettségű, férjezett nő, aki szintén első gyermekének születése után keresett fel. A gyermeket tervezték és várták, terhessége problémamentes volt. A szülés utáni első hetekben egyre fokozódó szorongás kerítette hatalmába: nyomasztotta a baba iránt érzett felelősség, úgy érezte, nem érti jól a jelzéseit, ha pedig sír, nem tudja, hogyan nyugtassa meg. Igen keveset aludt, mivel állandóan feszült volt, így kimerültsége is fokozta panaszait. A szülés után két héttel indultak pánikrohamai mellkasi szorító érzéssel, tachikardiával, remegéssel, légszomjjal és zsibbadással. A rohamok hetente több alkalommal ismétlődtek, s Lindát nagyon megrémítették, mivel korábban soha nem tapasztalt hasonlót (ahogyan más pszichikus zavartól sem szenvedett). A rohamok miatt egyre kevesebbet mozdult ki otthonról, szorongását pedig súlyosbította a rettegés, hogy mi lesz a babával, ha akkor lesz rosszul, amikor férje dolgozik. Találkozásunkkor helyzetét reménytelennek érezte, s kétségbeesetten azt ismételte, hogy nem erre számított, neki ez nem megy, s „vissza akarja kapni az életét”.

1.3.1.3. Posztpartum generalizált szorongásos zavar (ppGAD)

A generalizált szorongásos zavarban szenvedő személyek napjaik nagyobb részében a reálisnál jóval nagyobb mértékű szorongást és aggodalmat élnek át számos eseménnyel és aktivitással kapcsolatban. Aggodalmaikat nehezen tudják kontrollálni, nyugtalanok, ingerlékenyek és fáradékonyak, nehezen lazítanak. Állandó feszültségük koncentrációs nehézségekkel, izomfeszüléssel és/vagy alvászavarokkal társulhat. A zavar időtartama legalább hat hónap (DSM-IV, 2001).

Annak ellenére, hogy a posztpartum időszakban a nők bizonyítottan sérülékenyebbek a szorongásra, a generalizált szorongásos tünetek szülés utáni megjelenését meglepően kevesen vizsgálták (Wenzel et al., 2003). E hiány pótlására Wenzel és mtsai (2003) nyolchetes posztpartumban igyekeztek feltárni a generalizált szorongásos tünetek előfordulási arányát, posztpartum depresszióval mutatott komorbiditását, illetve azonosítani azokat a területeket, amelyek miatt az anyák a legtöbb aggodalmat élik át. Eredményeik tükrében az anyák 4,4%-a szenvedett klinikai súlyosságú, további 27,9%-uk pedig szubklinikai szintű tünetektől. Összességében tehát a minta 32%-a, azaz körülbelül minden harmadik anya tapasztalt nehezen kontrollálható aggodalmakat a szülés utáni időszakban. A „Postpartum Worry Scale”-en (Wenzel et al., 2003) nyert adataik tanúsága szerint a résztvevők a

legkifejezettebb szorongást az anyagiak, a külső megjelenés, a háztartási költségek és környezetük rendetlensége miatt élték át. Meglepő módon szülői képességeik, munkájuk vagy tanulmányaik, a gyermeknevelés, a szabadidő és a párkapcsolat kérdései csak enyhe vagy mérsékelt aggodalommal töltötték el a vizsgálati személyeket (Wenzel et al., 2003). A szerzők a minta 2,9%-ában találtak klinikai, 8,8%-ában pedig szubklinikai súlyosságú major depresszív tünetképzést, ami azt tükrözi, hogy a posztpartum szorongás gyakoribb a posztpartum depressziónál. A kutatás érdekes eredménye, hogy míg közel minden depressziós anya egyben szorongásos tüneteket is tapasztalt, addig a generalizált szorongásban szenvedők 68%-a nem számot be depresszív tünetekről (Wenzel et al., 2003).

1.3.1.4. Posztpartum poszttraumás stressz- zavar (ppPTSD)

Poszttraumás stressz-zavar olyan esetekben alakulhat ki, amikor a személy átélőként vagy szemtanúként olyan eseménnyel szembesült, amely a saját vagy mások életét és/vagy testi épségét súlyosan veszélyeztette, s amelyre az adott helyzetben intenzív rémülettel és tehetetlenséggel reagált. A traumát követően az egyén ismételten újraéli az eseményt (pl. rémálmok, villanófény- emlékek, illúziók, disszociatív epizódok vagy vegetatív tünetek formájában). Tartósan kerüli a traumával összefüggő ingereket, általános válaszkészsége pedig csökkent, miközben a fokozott arousal tartós tünetei mutatja. Fenti tünetegyüttes több mint egy hónapon át fennáll, s jelentős szenvedést és/vagy funkcióvesztést okoz (DSM-IV, 2001).

Sokáig azt gondolták, hogy a szülés „csak” fizikai sérüléseket okozhat az anyáknak. Egyre többen hívják fel azonban a figyelmet arra, hogy lelkileg is traumatikussá válhat egyes nők számára. A zavar gyakorisága, a klinikailag jelentős tünettannal, valamint az anya-gyermek kapcsolatra gyakorolt nemkívánatos hatásai ellenére a ppPTSD irodalma még mindig csekély, s a posztpartum distresszt még napjainkban is csak ritkán kapcsolják a szülés folyamatához (Polachek et al., 2012). Bár a témában kevés az empirikus kutatás, eredményeik meggyőző adatokkal igazolják a posztpartum PTSD létezését, amelyet „a PTSD egy kevésbé (fel)ismert válfajaként” (Reynolds, 1997, 832.o) tartanak számon.

Bizonyos esetekben- pl. sürgősségi császármetszés, komplikált, elhúzódó szülés, halvaszületés, fogó használata- nyilvánvalóbb, hogy a szülés pszichikusan is komoly megrázkódtatást jelenthet. Klinikai tanulmányok ismertetnek olyan eseteket, ahol nehezített szülésélmény után az anyák a PTSD összes tünetét átélték, beleértve a rémálmokat,

villanófény- emlékeket, a szülésre emlékeztető helyzetekben átélt extrém distresszt, illetve a gyermek gondozásának elkerülését (Ballard et al., 1995; Bydlowsky – Raoul-Duval, 1978, idézi Reynolds, 1997).

A ppPTSD-vel kapcsolatos közlemények szerint azonban *látszólag teljesen normális szülés is traumatikussá válhat* a sérülékeny nők számára (Goldbeck-Wood, 1996, idézi Reynolds, 1997). A PTSD traumatikus eseményekre vonatkozó kritériumait figyelembe véve felmerülhet a kérdés, hogy a normál szülés lehet-e trauma, hiszen számos különbséget találhatunk közöttük. A szülés önként vállalt, előre látható, a legtöbb nő átéli élete során, s a gyermek világrajöttével a folyamat pozitív kimenetellel zárul (Ayers et al., 2009). Ezzel együtt néhány potenciálisan traumatikus jellegzetességet is hordoz. A vajúdás alatti fájdalom olyan intenzív lehet, amelyet a legtöbb nő korábban sosem tapasztalt, s ami önmagában is traumatikus élménnyé válhat. Emellett sokan élnek át erős félelmet azzal kapcsolatban, hogy komoly fizikai sérülést szenvednek, életüket veszítik vagy gyermekük hal meg a szülés során (Moleman et al., 1992, idézi Polachek et al., 2012). Reynolds (1997) az extrém fájdalom mellett a kontrollvesztés érzetének traumatizáló szerepét hangsúlyozza. Ezek fényében tehát a szülés vitathatatlanul kielégítheti a „traumatikus esemény” fogalmát (Polachek et al., 2012), ugyanakkor a legtöbb nő számára mégsem válik azzá. Fentiek tehát *potenciálisan traumatizáló* tényezőknek tekinthetők, amelyek az arra *sérülékeny* anyákat hajlamosíthatják ppPTSD kialakulására.

Az utóbbi években a téma kutatói igyekeztek azonosítani azon kockázati tényezőket, melyek a posztpartum PTSD-vel kapcsolatos vulnerabilitás hátterében húzódnak. Ayers és mtsai (2009) az első szülést, a szülés típusát (császármetszés) és a korábbi traumatikus élményeket, elsősorban a szexuális abúzust és nemi erőszakot, másrészt a súlyos baleseteket és egyéb traumatikus eseményeket (pl. tüzeset, robbanás) találták fő rizikófaktoroknak. Verreault és mtsainak (2012) vizsgálatában a szorongásos hajlam és a vártnál negatívabb szülésélmény jelentőségét megelőzve legerősebb prediktornak egyértelműen a korábbi szexuális trauma bizonyult. A szexuális abúzus mint fő rizikótényező a témában folyó kutatások konzisztens eredménye: a szexuálisan bántalmazott nők nagyobb eséllyel ítélték szülésüket traumatikusnak, s nagyobb valószínűséggel reagáltak PTSD-vel posztpartumban (Ayers et al., 2009; Lev-Wiesel et al., 2009; Leeners et al., 2006). Ezen nők számára a vajúdás és szülés *triggerként* funkcionál, amint azt Rhodes és Hutchinson (1994, idézi Reynolds, 1997) kvalitatív tanulmánya meggyőzően illusztrálja. Az újraélést kiváltó két fő tényező az *intenzív fájdalom* és a *kontrollvesztés érzete*, ugyanakkor a hasonlóság mentén ezt

más tényezők is indukálhatják. Az infúzió és a monitorok csövei a lekötözöttség élményét, a személyzet utasításai („Nyissa szét a lábát”, „Működjön együtt”, „Legyen jó kislány”) az elkövető parancsait idézhetik. A baba fejének extrém nyomása a hüvelyben hasonló érzéssel járhat, mint a gyerekkori szexuális abúzus során az anatómiai méretkülönbségek által előidézett vaginális fájdalom. Gyakori triggernek találták ezek mellett a nemi szervek érintését/vizsgálatát is (Parrat, 1994, idézi Leeners et al., 2006).

Az újraélések során az abúzussal kapcsolatos emlékek flashback-ek, vagy még gyakrabban fragmentált érzelmi emlékek, képek vagy viselkedésminták formájában törhetnek be az anya tudatába. Ezek csakis a háttérben meghúzódó trauma ismeretében nyernek értelmet (Rose, 1992; Rhodes – Hutchinson, 1994, idézi Leeners et al., 2006). Az emléketörések elleni védekezésépp az érintett nők disszociálhatnak: egyes testrészeik zsibbadttá válhatnak, vagy úgy érzik, mintha kilépnének a testükből, s az egész folyamatot kívülről szemlélnék.

Érdekes eredményre jutott két svéd kutatás, amelyben olyan nőket vizsgáltak, akik lelki okok miatt ragaszkodtak az *előre tervezett, programozott* császármetszéshez (Ryding, 1991, 1993, idézi Reynolds, 1997). A nem először szülő nők esetében két manifeszt indok volt tetten érhető: a korábbi traumatikus szülésélmény, illetve a gyermek elvesztésének félelme. Ezen nők nagy része korábban veszélyeztetett állapotú babát hozott a világra vagy sürgősségi császármetszésben részesült. Az először szülő anyák legnagyobb félelme ezzel szemben a hüvelyi sérülés volt. Utóbbiak 40%-ának élettörténetében tártak fel szexuális bántalmazást, s bár mindannyian részesültek rövid pszichoterápiában, 58%-uk a terápia után is ragaszkodott a programozott császármetszéshez. A vizsgálat konklúziója szerint a programozott császármetszéshez való ragaszkodás *bizonyos esetekben* a PTSD egyik fő tünetének, az *elkerülésnek* a megnyilvánulása, azaz *a vajúdás és szülés alatti újratraumatizáció elkerülésére tett kísérlet*.

Fentiekből tehát a ppPTSD kialakulásának két lehetséges útja ábrázolódik. Egyrészt, a komplikált, elhúzódó szülés *maga is traumává válhat*, másrészt a normálisan zajló folyamat *triggerelheti, újratraumatizálhatja* az arra sérülékeny (elsősorban a korábban szexuálisan bántalmazott) nőket.

A ppPTSD-ben szenvedő nők mindennapjait jelentős szenvedést okozó tünetek nehezítik. Ayers és mtsai (2009) a ppPTSD *tünettanáinak* elemzése során két jelentős tünetcsoportot különítettek el. Az egyik a „dermedtség és fokozott arousal” (NA- „numbing and arousal”) tünetklasztere, amelybe a csökkent érdeklődés, a célok elvesztésének érzete, az

elidegenedettség érzése, el-és átalvási zavarok, koncentrációs nehézségek, dührohamok és idegesség tartoznak. Ayers és mtsai úgy találták, ezek a tünetek szoros kapcsolatot mutatnak a depresszióval és szorongással, és sokkal inkább az *általános distressz* fokmérői, mintsem specifikus, traumára adott reakciók. A másik tünetcsoport az „újraélés és elkerülés” (RA- „re-experiencing and avoidance”) a rémálmokat, az emléketöréseket, a traumára emlékeztető helyzetben átélt érzelmi és fizikai reakciókat, illetve a kognitív és viselkedéses elkerülést foglalja magában. Ezek csak jóval kisebb mértékben korreláltak a depresszív és szorongásos tünetekkel, és sokkal inkább *trauma-specifikus reakcióknak* bizonyultak. Ezen tünetek mellett az érintett nők gyakran szenvednek fizikai fájdalmaktól, megmagyarázhatatlan haragtól, nehézségeik lehetnek a szexualitásban, önértékelésük pedig általában igen negatív (Reynolds, 1997).

A ppPTSD súlyosan negatív hatással van az anya pszichés jóllétére, emellett kapcsolatrendszerére is. Ez utóbbiból kiemelkedik az anya-gyerek diád, illetve kötődés jelentősége. Az egyik legsúlyosabb reakció, amikor traumatikus vagy újratraumatizáló szülésélmény után *maga a gyermek válik triggerré*, s idézi elő az újraéléseket, amelyre az anya elkerüléssel, jelen esetben *a gyermek elkerülésével* reagálhat (Polachek et al., 2012).

Esetillusztráció

A ppOCD-nél említett páciens, Nóra első interjúja során részletesen beszéltünk a kényszeres tünetek kialakulását megelőző időszakról, illetve a szülés élményéről. Az általa elmondottak fontos információkkal szolgáltak a tünetképzés háttéréről.

Szülése 8 órán át tartott, két perces fájásokkal, amit bár kéjgázzal csillapítottak, mégis elviselhetetlennek érzett. Zaklatott volt, kétségbeesett, végül „összeveszett” az orvossal, követelte, hogy császározzák meg. Közben „rángógörcsöt” kapott, emiatt kikötözték, a gyermeket elvitték mellőle. Legrosszabb élménye az volt, hogy szülés után 6 órán át nyomkodták a hasából a vért. „Az volt az a pont, ahol már nem bírta az agyam, úgy éreztem, inkább meghalnék, olyan volt, mintha élve felboncolnának. Ez rosszabb volt a szülésnél.”

Még a szülészetén gyulladást mutattak ki a szervezetében, ami egyik foga miatt alakult ki a szervezetében. Hat nap után engedték haza, ekkor fogát azonnal kihúztatta, de az állkapcsa „összeszakadt”, így másfél órás szájsebészeti műtétre került sor, melynek során majdnem elájult.

Tünetei halálfélelemmel indultak, amikor a gyerek kb. 6 hetes volt. Befestette a haját, majd félt, hogy allergiás reakciója lesz a festékre. Erősen szorongott, lefeküdt az ágyba és várta, hogy meghal. Ezután gyomorgörcse és mellkasi fájdalma lett, ami olyan volt, „mintha egy kígyó marna belülről”. Mindez megisméltődött, amikor hamarosan újra menstruálni kezdett, s nagyon erősen vérzett. „A menstruáció mindig nagyon erős összefüggéseket hoz az agyammal... olyankor megtévelyedek”. Tünetei szülés után három hónappal állandósultak. „Ekkor kezdtem igazán beteg lenni. Korábban többet tudtam sírni. Utána minden nap úgy éreztem, hogy nem akarok ébren lenni. Mintha egy súly lenne a mellkasomban, mintha markolnának belülről, mintha egy kígyó mardosna belülről. És állandóan azok a gondolatok, hogy árthatok a gyerekeimnek...”

Eközben, hazamenetelüktől kezdve folyton jöttek a babalátogatók, s Nórának nem volt ideje „feldolgozni a történeteket”. „Mindenki örült, hogy milyen szép a baba, mindenki azt várta, hogy mosolyogjak, közben én belülről mindig sírtam volna. Nem volt időm megélni semmit... a szülést, a szájsebészetet.... nem volt időm kiszomorkodni magam.”

Mindeközben visszatérő rémálmok gyötörték, amelyek a terápia első felében is rendszeresek voltak. Kezdetben a szüléssel kapcsolatos álmai voltak, amelyekben szülni vitték, majd feldarabolták, lekötözték. Kihúzták az összes fogát, mellette vérest húst, máskor nőket daraboltak. Sokszor álmodta, hogy azt ordítja, nem akar szülni.

Más álmaiban kergették, késsel négyfelé vágták, s ő hiába futott, mindig egyre rosszabb helyre került. Nagydarab férfiak üldözték, el akarták kapni, majd a vajúdóban kötött ki, ahol a férfiak lefogták, bántották, arcuk véres volt. Fel akart ébredni, de álmodott tovább.

Fentiekből jól körvonalazódnak a traumatikus szülésélmény jellegzetességei. Nóra szülése, bár nem volt könnyű, objektíven megítélve normál lefolyású volt. A folyamat megélése azonban összecseng a szakirodalomban vázolt jellegzetességekkel. Az intenzív fájdalom és a kontrollvesztés érzete épp a traumatikus szülésélmény két kulcsmozzanata. Nóra hevesen reagált (kiabált az orvossal, szabadulni akart a helyzeteből), s „rángógörcse” kapcsán is felmerül a pszichikus eredet. A pár nappal későbbi szájsebészeti beavatkozás pedig (élményszinten) egyfajta ismétlődésként is felfogható.

Terápiás munkánk során Nóra sorra tárultak fel Nóra életének azon mozzanatai, amelyek megerősítik a ppPTSD fennállását, illetve amellettt szólnak, hogy a szülés traumatikus megéléseinek kulcsa nem a jelenben, hanem Nóra múltjában keresendő. Beszélgetéseink

mellett KIP-et is alkalmaztunk, ahol időben visszafelé haladva megjelentek olyan események, amelyek kapcsolatba hozhatóak Nóra szülésélményével. Az emlékek az első tünetek, azaz a mellkasi diszkomfort (mintha kígyó mardosná belülről), és az erős szorongás kapcsán jöttek elő. A konkrét emlékek közléséhez a páciens nem járult hozzá, így csak általánosságban említjük meg, hogy a terápia gerince ezen emlékek feldolgozásáról szólt. Nóra szavait idézve: „Szomorú vagyok, hogy túl sok rossz élmény volt... Most jönnek ki emlékképként az érzések. Bevallom, öngyilkossági gondolatok is megfordultak a fejemben, mert nem hittem volna, hogy meggyógyulok. Csak szerettem volna egy falat húzni, hogy minderre ne emlékezzek”.

1.3.1.5. Egyéb szorongásos állapotok a posztpartum időszakában

A szülés utáni időszakban megjelenő egyéb kóros szorongásos állapotokról Brockington (2004) ad képet áttekintő tanulmányában.

A terhességből és szülésből adódó *testi változások miatt érzett szorongás* gyakori jelenség, ami kóros mértékűvé válva hasonlóságot mutat a *diszmorfofóbiával*. Az ettől szenvedő nők az esetleges súlygyarapodás, terhességi striák, hegek, vagy kevésbé feszes melleik miatt olyan erős szégyent élnek át, hogy gyakran vonakodnak levetkőzni partnerük előtt, nem tudnak magukra nézni, amikor meztelenek, emellett nem járnak társas összejövetelekre, kerülnek a nyilvános helyeket.

A szülés után induló *házastársi féltékenység* hátterében a testi változások mellett jelentős szerepet kap a szexuális élet esetleges háttérbe szorulása, az intim együttlétek gyakoriságának csökkenése.

A *szülés közben tapasztalt bánásmódon való rágódás* gyakori, különösen császármetszést követően. A gyermek születése a nők életének kiemelt jelentőségű eseménye, amelyet nagy várakozások előznek meg. Azok az anyák, akik úgy érzik, hogy szülés közben vagy azt követően rosszul bántak velük, esetleg félrekezelték őket, mély csalódottságot élnek át. Ez az érzés hetekig-hónapokig fennállhat, s interferálhat a gyermek gondozásával. Brockington (2004) rámutat, hogy ezt a tüneti képet néha összetévesztik a ppPTSD-vel, de ebben az állapotban a domináns érzés a *ruminatív harag*, nem pedig a szorongás.

A *bölcsőhaláltól való félelem* is ölthet patológiás mértéket (Weightman et al., 1998, idézi Brockington, 2004), amire legveszélyeztetettebbek azok a nők, akik korábban reprodukív veszteségeket éltek át (pl. visszatérő vetélés), vagy nehezen estek teherbe. A

zavar fő tünete az éjszakai éberség, mely során az anya ébren fekszik, hallgatja gyermeke lélegzetvételét, s gyakran ellenőrzi, életben van-e még. Az állapot hónapokig fennállhat, és az alvásmegvonás révén súlyos kimerültséghez vezethet (Brockington, 2004).

Az *anyai szeparációs* szorongástól szenvedő nők a gyermeküktől való rövid elválás idején is aggodalmat, szomorúságot és/ vagy büntudatot élnek át, s nagymértékben aggódnak a gyermek egészségéért és biztonságáért (Hock – Schirtzinger, 1992).

1.3.2. A posztpartum szorongásos zavarok prevalenciája

Az elmúlt években a posztpartum szorongásos zavarokra irányuló legtöbb vizsgálat célja azok előfordulási gyakoriságának felmérése volt.

Az egyik legátfogóbb vizsgálat Wenzel és mtsainak (2005) kutatása, akik az átlagnépesség körében, 8 hetes posztpartumban vizsgálták (1) a posztpartum szorongásos zavarok prevalenciáját *klínikai és szubklínikai szinten*; (2) a posztpartum *kezdettü* szorongásos zavarok előfordulási gyakoriságát, és (3) a posztpartum szorongásos zavarok posztpartum depresszióval mutatott komorbiditását. Kutatásuk a következő zavarokra terjedt ki: posztpartumban megjelenő generalizált szorongásos zavar (ppGAD), pánikzavar (ppPD), agorafóbia (ppAG), szociális fóbia (ppSOC), kényszeres zavar (ppOCD), posztraumás stressz-zavar (ppPTSD), major depresszió (ppMD) és disztímia (ppDYS). Klínikai szintű zavarnak minősítették azokat az eseteket, ahol a tünetek teljes mértékben megfeleltek a DSM-IV kritériumainak. Szubklínikai szintűnek pedig azokat tekintették, ahol a tünetek a kritériumok nagyobb részének megfeleltek, *emellett* funkcióromlást és szenvedésnyomást okoztak, illetve azon eseteket, ahol az állapotkép teljes mértékben kielégítette a DSM-IV kritériumait, de a személy nem tapasztalt sem funkcióromlást, sem szubjektív szenvedést. Posztpartum PTSD-t csak azon esetekben diagnosztizáltak, ahol a tünetek a gyermekszüléshez kapcsolódtak, a ppGAD esetében pedig eltekintettek a 6 hónapos idői kritériumtól.

Eredményeiket az *1. táblázat* szemlélteti.

1. táblázat. Szorongásos és depresszív zavarok előfordulási gyakorisága 8 hetes posztpartumban (Wenzel et al. táblázata nyomán, 2005, 301.o)

DIAGNÓZIS	KLINIKAI ZAVAR		SZUBKLINIKAI ZAVAR	
	összes	posztpartum kezdetű	összes	posztpartum kezdetű
ppGAD	12 (8.2%)	5	29 (19.7%)	8
ppOCD	4 (2.7%)	3	8 (5.4%)	2
ppPD	2 (1.4%)	1	0 (0%)	-
ppAG	0 (0%)	-	0 (0%)	-
ppSOC	6 (4.1%)	4	22 (15%)	5
ppPTSD	0 (0%)	-	3 (2.0%)	3
ppMD	7 (4.8%)	3	11 (7.5%)	4
ppDYS	4 (2.7%)	-	6 (4.1%)	-

(ppGAD: posztpartum generalizált szorongásos zavar, ppPD: posztpartum pánikzavar ppAG: posztpartum agorafóbia, ppSOC: posztpartum szociális fóbia, ppOCD: posztpartum kényszeres zavar, ppPTSD: posztpartum posztraumás stressz-zavar, ppMD: posztpartum major depresszió, ppDYS: posztpartum disztímia)

Eredményeik szerint a posztpartum szorongásos zavarok *prevalenciája* az átlagnépeségben *magas*, s mind a klinikai, mind a szubklinikai szintű zavarok gyakoribbnak bizonyulnak a posztpartum hangulatzavaroknál. A szülés utáni időszak jelentőségét hangsúlyozza, hogy a ppGAD-ban szenvedő nők több, mint 40%-a, az OCD-ben és SOC-ban szenvedők több, mint fele esetében a zavar *első megjelenése* erre az időszakra esik.

Wenzel és mtsai feltüntetik Kessler (1994, 2003), valamint Robins és Reiger (1991) fenti zavarok egyéves prevalenciájára vonatkozó, nem posztpartum időszakban mért reprezentatív adatait (GAD 4.3%, OCD 2.6%, PD 1.4%, AG 3.8%, SOC 9.1%, MD 6.6%, DYS 3.0%). Ezekkel összevetve a ppGAD prevalenciája magasabbnak, a ppOCD, ppPD és DYS előfordulási gyakorisága azonosnak, míg az AG, SOC és MD kevésbé gyakorinak bizonyul (Wenzel et al., 2005). Ez szintén azt igazolja, hogy szülés után a nők időszak fokozottan sérülékenyek a mentális zavarok kialakulására vagy rosszabbodására.

Egy még szélesebb fókuszú, európai vizsgálatban Navarro és mtsai (2008) hathetes posztpartumban igyekeztek feltárni a nem-pszichotikus DSM-IV-zavarok prevalenciáját és komorbiditását. Kutatásuk a következő zavarokra irányult: (1) hangulatzavarok, úgymint

major és minor depressziós epizód és disztímia; (2) szorongásos zavarok, ezen belül GAD (6 hónapos kritériummal), pánikzavar, agorafóbia, szociális fóbia, kényszeres zavar, PTSD, illetve máshová nem osztályozható szorongásos zavarok (ez utóbbiba azon eseteket is besorolták, akik a GAD tüneteitől szenvedtek, de nem érték el a hat hónapos kritériumot); (3) alkalmazkodási zavarok; (4) szerhasználat zavarai; (5) evészavarok; (6) „egyéb diagnózisok”. Eredményeik tükrében a nem-pszichotikus pszichiátriai zavarok hathetes prevalenciája 18.1%-nak bizonyult, azaz majdnem minden ötödik nő szenved legalább egy, nem-pszichotikus mentális zavartól ebben az időszakban. Wenzel és mtsai (2005) eredményeivel szemben Navarro és mtsai vizsgálatukban leggyakoribbnak a hangulatzavarokat találták (9.8%), de az alkalmazkodási zavarok (4.3%), illetve a szorongásos zavarok (4%) is jelentős mértékben jelentek meg a mintában. A szerhasználat zavarai (0.9%), az evészavarok (0.8%) és az egyéb zavarok, pl. az impulzuskontroll-zavarok vagy hypochondria (0.2%) lényegesen kisebb mértékben voltak regisztrálhatóak (Navarro et al., 2008).

Bár az említett két vizsgálat eredményei eltérőek annak tekintetében, hogy a hangulatzavarok vagy szorongásos zavarok a gyakoribbak a posztpartum időszakában, *mindkét kutatás megerősíti a szülés utáni magas pszichiátriai morbiditás tényét, emellett igazolja a posztpartum szorongásos zavarok jelentős előfordulási gyakoriságát*, hangsúlyozva ezzel jelentőségüket, illetve a posztpartum depressziótól való különválasztásuk létjogosultságát.

Más, egy-egy specifikus posztpartum szorongásos zavar prevalenciáját vizsgáló kutatások a ppOCD prevalenciáját 4 - 9%-ra (Uguz et al., 2007, idézi Abramowitz et al., 2010; Zambaldi et al., 2009), a ppGAD gyakoriságát 4.4%-ra (Wenzel et al., 2003), a teljes ppPTSD prevalenciáját 2.5% -7.6%-ra (Ayers et al., 2009; Verreault et al., 2012, Polachek et al., 2012), míg a részleges ppPTSD gyakoriságát 6% -24%-ra becsülik (Polachek et al., 2012; Verreault et al., 2012).

A szülés utáni egyéb szorongásos állapotok előfordulási gyakoriságára megbízható adatok nem állnak rendelkezésre. Brockington (2004) megemlíti egy, az Egyesült Királyságban és Új-Zélandon, 200 fős mintán végzett, nem közölt vizsgálatot, melynek adatai szerint az anyák 14%-a posztpartum diszmorfofóbiától, 5%-uk kóros féltékenységtől, s kb. 10%-uk a szülés közben tapasztalt bánásmódon való rágódástól szenvedett.

1.3.3. Komorbiditás

A szorongásos zavarok egymással mutatott komorbiditására vonatkozó vizsgálatok tanúsága szerint jóval nagyobb az esélye annak, hogy egy páciensnél két vagy több szorongásos zavar áll fenn egyidejűleg, mint annak, hogy bármelyik típus önállóan jelenik meg (Gabbard, 2008). Ahogyan a nem-posztpartum időszakokban, a szorongásos zavarok komorbiditása szülés után is magas: leggyakrabban *egymással*, illetve *posztpartum depresszióval* szövődnek.

Navarro és mtsai (2008) fentiekben említett vizsgálata a posztpartumban megjelenő nem-pszichotikus DSM-IV- zavarok együttes előfordulásának feltárására is irányult. Mintájukban a bármely, nem-pszichotikus pszichiátriai diagnózis kritériumait kielégítő nők 11.1%-ánál egynél több mentális zavart tártak fel. A hangulatzavarban szenvedők 19.4%-a komorbid szorongásos-, evés- vagy szerhasználat-zavartól is szenvedett. A disztímiások körében 33.3%-os komorbiditást találtak, a major depresszió pedig leggyakrabban szorongásos- vagy evészavarokkal szövődött (25,4%). A szorongásos zavarok komorbiditása ennél jóval magasabb volt: a szociális fóbia és az evészavarok 100%-ában, a pánikzavar 80%-ában és az OCD 42.9%-ában valamely más zavar jelenlétét is igazolták. A szerhasználat zavarai, illetve az agorafóbia esetében relatíve alacsony, 22.2%-os, illetve 20%-os komorbiditási arányt találtak (2. táblázat).

2. táblázat. A nem- pszichotikus posztpartum mentális zavarok komorbiditási mutatói (Navarro et al. táblázata nyomán, 2008, 173.o)

DSM-IV DIAGNÓZIS	KOMORBID ZAVAROK ARÁNYA (%)
HANGULATZAVAROK	19.4
Major depresszió	25.4
Minor Depresszió	6.0
Disztímia	33.3
SZORONGÁSOS ZAVAROK	25
Pánikzavar	80
Agorafóbia	20

Generalizált szorongásos zavar	-
Kényszeres zavar	42.9
Szociális fóbia	100
Poszttraumás stressz-zavar	-
Egyéb	-
ALKALMAZKODÁSI ZAVAROK	-
SZERHASZNÁLAT ZAVARAI	22.2
EVÉSZAVAROK	100
EGYÉB	50
BÁRMELY DIAGNÓZIS	11.1

Wenzel és mtsai (2005) vizsgálatukban célul tűzték a posztpartum szorongásos zavarok és a posztpartum depresszió komorbiditásának feltárását is. Eredményeik szoros együttjárást tártak fel a posztpartum depresszió és a posztpartum generalizált szorongásos zavar, pánikzavar, szociális fóbia és kényszeres zavar között. Mintájukban a ppPTSD lényegesen kisebb mértékben szövődött posztpartum depresszióval, mint a többi szorongásos zavar (3. táblázat).

3. táblázat. A posztpartum szorongásos zavarok és posztpartum depresszió komorbiditása (Wenzel et al., 2005, 303.o)

DIAGNÓZIS	KLINIKAI SZORONGÁSOS ESETEK		SZUBKLINIKAI SZORONGÁSOS ESETEK	
	klinikai depresszió	szubklinikai depresszió	klinikai depresszió	szubklinikai depresszió
Generalizált szorongásos zavar	25%	50%	22.2%	22.2%
Kényszeres zavar	25%	25%	12.5%	25%
Pánikzavar	50%	0%	-	-
Szociális fóbia	33.3%	16.7%	9.1%	13.6%
PTSD	-	-	0%	33.3%

1.3.4. A posztpartum szorongásos zavarok következményei

1.3.4.1. Az anyára gyakorolt hatás

Míg a normál szorongás jelentős adaptív funkciókkal bír, addig kóros mértéket öltve kifejezett szubjektív szenvedést okoz, a mindennapi életvitelt akadályozhatja, így az életminőség romlását vonja maga után. McVeigh (2000) a posztpartum szorongás és az anyák funkcionális színvonala közötti kapcsolatot vizsgálta 6 hetes, 3 hónapos és 6 hónapos posztpartumban. Eredményei szerint a szorongó és kevésbé szorongó anyák nem mutattak jelentős különbségeket a gyermek gondozása, illetve a háztartás ellátásának terén, ugyanakkor minél magasabb volt a szorongás, annál alacsonyabb volt az anya általános működési színvonala, társas és közösségi aktivitása, valamint önmagáról való gondoskodása.

A funkcióromlás mellett a szorongás jelentős hatással van az anyai önbizalomra, illetve én-hatékonyság érzésre, amint azt Reck és mtsai (2012) 798 fős német mintán igazolták. Az „anyai önbizalom” az anya saját megítélése arról, hogy képes-e gondozni a gyermekét, és megfelelően értelmezni a jelzéseit (Zahr, 1991, idézi Reck et al., 2012). Az anyai magabiztosság több tényező függvénye, többek között kontextuális faktoroké, mint például a társas támasz, a csecsemő temperamentuma, illetve az anya mentális egészsége (Leerkes- Burney, 2007, idézi Reck et al., 2012). Reck és mtsai azt vizsgálták, kimutatható-e kapcsolat az anya depresszív vagy szorongásos zavara és az anyai szerepben megélt magabiztossága között. Eredményeik szerint az egészséges kontrollcsoporthoz képest azon anyák, akik akár korábban, akár a posztpartumban depresszív vagy szorongásos tüneteket mutattak, jelentősen alacsonyabb magabiztossággal rendelkeztek anyai szerepeiket illetően.

1.3.4.2. Az anya-gyermek kötődésre gyakorolt hatás

A posztpartum szorongásos zavarok legjelentősebb pszichológiai következménye kétségkívül az anya-gyermek kötődésre gyakorolt hatásuk. Igen meglepő, hogy az anya mentális állapota és a gyermek kötődési jellemzői közötti kapcsolatot kutató vizsgálatok szintén kizárólag a posztpartum depresszió hatásaira fókuszálnak. Manassis és mtsainak kutatása (1994) meggyőzően igazolja, hogy a kóros anyai szorongás egyértelműen nemkívánatos hatással van

a gyermek kötődési biztonságára, így jóval nagyobb kutatói figyelmet igényelne. A szerzők 18, szorongásos zavarral diagnosztizált anya és 18-59 hónap közötti gyermekeik kötődési jellemzőit vizsgálták. Eredményeik szerint valamennyi anya *bizonytalan kötődési stílussal* rendelkezett, s az adatok ugyanezt tükrözték a gyermekek 80%-ánál is. Figyelemfelhívó, hogy a bizonytalanul kötődő gyermekek 65%-a *dezorganizált* mintázatot mutatott, ami a legkevésbé kívánatos kötődési kimenet. Emellett 13 gyermek *az anyával azonos* kötődési stílusba tartozott, ami rávilágít az anya-gyermek kapcsolat meghatározó szerepére a kötődési biztonság alakulásában (Manassis et al., 1994).

A kóros anyai szorongás és a gyermek bizonytalan kötődésének összefüggései kapcsán szót kell ejtenünk két fontos jelenségről, amelyek - legalábbis részben- mediálhatják a két változó közötti kapcsolatot. Az egyik az *elkerülés*, amely a szorongásos állapotokhoz általában is gyakran kapcsolódó, inadekvát megküzdésmód, ugyanakkor a ppOCD-ben és ppPTSD-ben *vezető tünet*. A súlyosan kényszeres anyák gyakran úgy igyekeznek kontrollt nyerni a kényszergondolatok okozta intenzív szorongás fölött, hogy kerülik a gyermek ellátását, gondozását, a vele való fizikai kontaktust, nehogy ártsanak neki. A ppPTSD-ben szenvedők azért teszik ugyanezt, mert a gyermek triggerelheti a szüléssel kapcsolatos traumatikus élményeiket, s ez újraélést provokálhat. Az elkerülő magatartás így az anya-gyermek kapcsolat bontakozásának alappilléreit (odafordulás, ráhangolódás, fizikai kontaktus, szenzitív gondozás) ingatja meg, ami frusztrációkat hozhat a kapcsolat épülésében, a kötődési biztonság kialakulásában.

A másik jelenség, ami a kóros anyai szorongás kapcsán említést érdemel, a Main és Hesse által leírt *„ijedt, megrettent anyai viselkedés”*, amely a kóros anyai szorongás és a gyermek dezorganizált kötődési stílusa közötti gyakori együttjárásra kínálhat magyarázatot (Main–Hesse, 2006, idézi Koós, 2010). Main és Hesse arra keresték a választ, hogyan jelenhet meg az egyébként bántalmazott szülői bánásmódhoz kapcsolt dezorganizált kötődési stílus a nem bántalmazott gyermekek körében is viszonylag magas arányban. A Main és Hesse (2006) által kidolgozott, FR („frightened/frightening”) kódrendszer három elsődleges kategóriája azokat a szülői megnyilvánulásokat tartalmazza, amelyek a kötődés dezorganizációjához vezethetnek. Ezek a következők: (1) disszociált állapot, (2) váratlanul megjelenő, abnormális fenyegetések, illetve (3) *ijedt, megrettent szülői viselkedések, melyeknek azonosíthatatlan az eredete és/vagy szokatlan a megnyilvánulás formája* (Koós, 2010). Ezen szülői viselkedésekre jellemző, hogy a gyermek, bár látja a szülő arcán a megrettenést, nem tudja beazonosítani a veszély forrását, hiszen az anya félelme belülről

fakad, független a külső környezeti változásoktól. A szülő, amellet, hogy veszélyt jelez, mint biztonsági bázis, elérhetetlen a gyermek számára, mivel szorongása, belső fenyegetettsége leköti a figyelmét, súlyos esetben pedig disszociált tudatállapotba kerül (Koós, 2010). Így, hasonlóan a bántalmazó szülőhöz, egyszerre válik a félelem és biztonság forrásává, lehetetlenné téve a gyermek számára, hogy szervezett kötődési stratégiával reagáljon.

Hozzá kell tennünk, hogy a fent vázolt szülői viselkedést elsősorban feldolgozatlan traumával, és/vagy gyásszal küzdő anyák esetén írták le, így ez a mechanizmus a posztpartum szorongásos zavarok esetében legnagyobb eséllyel a ppPTSD-vel küzdő anyáknál jelenhet meg. Mint említettük, ppPTSD-ben előfordul, hogy maga a gyermek válik triggerrel, s idéz elő emléketörést vagy újraélést az anyában. Ilyenkor a csecsemő feloldhatatlan helyzetbe kerül, hiszen a szülő szorongása (veszélyjelzés) esetén a gyermek a közelség védelmét igényelné, ugyanakkor közeledése a szülő szorongását (a veszélyjelzést) tovább fokozza (Koós, 2010). Ez a csecsemő szelfélményében létrehozza azt az érzést, hogy ő maga a félelemkeltő (Main, 1995). Így marad a „feloldás nélküli rettegés” (Main, 1995, idézi Koós, 2010), amely bántalmazott, illetve a nem bántalmazott gyerekek körében is a viselkedéses stratégiák összeomlásához vezet.

1.3.4.3. A párkapcsolatra gyakorolt hatás

A szülés utáni időszak az apáktól is jelentős alkalmazkodási erőfeszítést kíván: Matthey és mtsai (2003) adatai szerint minden tizedik, posztpartum distressztől szenvedő nő partnere is tüneteket hordoz. Az apák posztpartumban megjelenő vulnerabilitásának hátterében személyes és párkapcsolati tényezők egyaránt állhatnak. Ez utóbbi feltételezhető azon esetekben, ahol a szülőpár mindkét tagja pszichés egyensúlyvesztéssel reagál a szülés utáni időszakban.

A párkapcsolatban megjelenő esetleges problémákra lehetséges magyarázatot kínál Erskine (2009) megközelítése. Eszerint a csecsemőről való gondoskodás aktiválja az anya saját implicit, preverbális, preszimbolikus csecsemőkori emlékeit, valamint kötődési mintázatát és nehézségeit. A gyermek gondozása és a vele való kapcsolat során ezen újraéledő tartalmak megjelennek az anya gondolataiban, érzelmeiben, viselkedésében, testérzeteiben egyaránt. Általuk megelevenedik saját gyermekkori története, ami sajátos módon rávetül a jelenre. Merle-Fishman (2010) rámutat, hogy a legtöbb, főképp első gyermeket édesanyjának még nincsenek saját, *felnőttkori* tapasztalatai a gyermek

gondozásáról. Így -különösen társas támasz hiányában- az új élethelyzetre megoldásmódokkal még nem rendelkező Felnőtt énállapottal könnyen alterálhat az anya Gyermeke, illetve Szülői énállapota, amelyek az anya saját anyjával és annak bánásmódjával kapcsolatos implicit emléknymait tárolják. Amennyiben korai szükségletei nem voltak megfelelően kielégítve, ezek újraéledése arra készítheti az anyát, hogy tudattalanul kísérletet tegyen azok betöltésére, elsősorban közeli -azaz a gyermekkel, illetve a partnerrel való- kapcsolataiban. Különösen azok a nők, akik korai éveikben nem érezték biztonságban, szeretve, hitelesítve magukat, ágencia-élményük sérült, ebben az időszakban gyermekükkel és partnerükkel való kapcsolatukban egyaránt azt az elfogadást, hitelesítést, szeretetet keresik, ami megerősíti őket abban, hogy új, anyai szerepükben biztosak, értékesek, elfogadottak (Gyermeke-mód). A párokat gyakran teljesen felkészületlenül éri kapcsolatuk ilyen jellegű átrendeződése. Az apákat, saját lélektani alkalmazkodásuk mellett nemcsak meglephetik, de tanácsstalanná, később túlterheltté is tehetik párjuk feléjük áradó, korrektív igényei, s amennyiben nem tudnak megfelelően válaszolni azokra, mindkét fél meg-nem értettnek és/vagy elhagyottnak érezheti magát, ami kapcsolati krízisbe is torkollhat (Merle-Fishman, 2010).

1.3.5. Diagnosztikus jelentőség

A posztpartum szorongásos zavarok felismerése az *adekvát kezelés* mellett *preventív értékkel* is bír. A szorongásos és a depresszív tünetek gyakran szövődnek, ami diagnosztikus nehézségeket okozhat. Egyes szerzők (Clark, 2004, idézi Moss et al., 2009; Abramowitz et al., 2010) javaslata szerint a két zavart érdemes úgy tekinteni, mint amelyek különálló entitások, ugyanakkor egy szélesebb spektrum vagy kontinuum különböző pontjain helyezkednek el. A közöttük lévő összefüggés időbeli, minthogy a kezdeti szorongás depresszióba fordulhat át, amennyiben a szorongásos tünetek nem enyhülnek (Clark, 2004, idézi Moss et al., 2009). Moss és mtsai (2009) depresszív és szorongásos tünetek előfordulását vizsgálták a terhesség utolsó trimeszterében és a posztpartum időszak három pontján (átlagosan a 7., a 26. és az 53. héten). A depresszív tünetek a mérések minden pontján előjelezték a későbbi depressziót, ugyanakkor a szorongásos zavarok előfordulását nem. A *szorongásos tünetek* ugyanakkor nemcsak a későbbi szorongásos állapotokat, hanem két időpontban *a későbbi depresszív tünetképzést is megbízhatóan jelezték*. A terhesség harmadik trimeszterében mért szorongás a korai posztpartumban jelentkező depresszív tüneteket, illetve

a posztpartum középső időszakában mért szorongás a késő posztpartumban megjelenő depresszió predikciójára nyújtott lehetőséget. Ezzel összhangban állnak Teissedre és Chabol (2003) eredményeivel, amelyek igazolták, hogy a posztpartum első napjaiban mért kóros szorongásszint alapján nagy valószínűséggel azonosíthatók a későbbi posztpartum depresszióra veszélyeztetett anyák. Ezen eredmények megerősítik a posztpartum szorongásos zavarok felismerésének és időben történő kezelésének, illetve megelőzésének jelentőségét.

2. A vizsgálatok célkitűzései

Vizsgálataink alapvetően két nagy célkitűzés köré szerveződtek.

Célkitűzés I.: Értekezésünk egyik alapvető célja az, hogy felhívjuk a figyelmet a posztpartum kóros szorongás klinikai megjelenési formáira, gyakoriságára és jelentőségére. Ennek megvalósításához igyekszünk alternatívát kínálni a posztpartum szorongás árnyaltabb mérésére vonatkozóan, majd mintánkban tájékozódó jelleggel felbecsülni a szülés utáni, kóros szorongással járó állapotok gyakoriságát.

Ezen célkitűzéshez kapcsolódó vizsgálataink méréssel és felméréssel kapcsolatosak.

Célkitűzés II. : Másik célunk a posztpartum szorongás kóreredetének, azon belül is az anyák intrapszichikus sérülékenységének egy speciális szempontú, kötődélméleti vizsgálata. Ide kapcsolódó vizsgálatainkban az anyák kötődési jellemzőinek hatását vizsgáljuk a posztpartum szorongás mértékére.

2.1. Első célkitűzés: a posztpartum szorongás mérése

A posztpartum szorongásos zavarok jelentőségét hangsúlyozó szerzők felhívják a figyelmet azok megfelelő szűrésére is. Matthey és mtsai (2003) kiemelik, hogy bár a szülés utáni kóros szorongásos állapotok régről ismertek, *a szűrővizsgálatok szinte kizárólag a posztpartum depresszióra irányulnak*. A depresszió mérésére irányuló kérdőívek – többek között a kifejezetten posztpartumban használt EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale, Cox et al., 1987) – gyakran tartalmazznak szorongásra irányuló itemeket, ugyanakkor egyre többen felvetik, hogy ez az „együttes” mérési eljárás legalább két okból nem szerencsés. Egyrészt azokban az esetekben, ahol a két zavar magas komorbiditásából adódóan a tünetek keverten jelentkeznek, az anya végül depresszió diagnózist kap, figyelmen kívül hagyva szorongásos tüneteit. Ennek hátterében a „diagnosztikus takarékoság elve” (Goldberg, 1984 idézi: Beck et al., 2013) állhat, vagyis az a jelenség, hogy a szakemberek igyekeznek egy betegnek egy diagnózist adni. A kialakult „hierarchikus diagnosztikus szokásrend” (Matthey et al., 2003) szerint a depresszió mint diagnosztikus entitás elsőbbséget élvez, még azokban az esetekben is, ahol a szorongásos tünetek a kifejezettebbek. Így a kevert tünetektől

szenvedő nőket gyakran „csupán” depresszió diagnózissal kezelik, holott a gyógyuláshoz mindkét tünetcsoport hatékony kezelést kíván.

A két zavar egy mérőeszkőzzel történő mérése még aggályosabb azokban az esetekben, ahol az anya tisztán szorongásos zavarban szenved, s nincsenek depresszív tünetei. Moss és mtsai (2009) épp az EPDS használata kapcsán vetik fel, hogy ha az alapvetően depresszió mérésére kidolgozott kérdőív nem jelez kóros értéket, az anyát egészségesnek nyilvánítják, s az esetleges szorongásos zavar – számos nemkívánatos következményével együtt- fel nem ismert és kezeletlen marad. Ezt megerősítik Muzik és mtsainak (2000) eredményei, melyek szerint a szorongó anyák szignifikánsan alacsonyabb pontszámot adnak az EPDS-en, mint a major depresszióban szenvedők. Ugyanezen vizsgálatukban az EPDS mellett a Zung Depresszió Skála és az SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R) használhatóságát is górcső alá vették három és hat hónap közötti posztpartumban. Adataik alapján a fent említett kérdőívek mindegyike megbízhatóan méri a posztpartum depressziót, ugyanakkor csak az SCL-90-R azonosította a szorongásos zavarban szenvedőket, s egyik mérőeszköz sem különítette el a depressziós és a szorongásos eseteket (Muzik et al., 2000). Emellett a két zavar igen alacsony komorbiditását mutatták ki az anyák esetében, ami szintén megkérdőjelezi összemosásukat. Végző konklúzióként további kutatásokat sürgetnek specifikusan posztpartum szorongás szűrésére alkalmas kérdőívek kialakítására (Muzik et al., 2000).

A kórosan szorongó anyák szűrése mellett egyre inkább fókuszba kerülnek prevenációs szempontok is, amelyek a veszélyeztetett csoport szűrésére is hangsúlyt helyeznek (Dennis et al., 2013). Wenzel és mtsai (2005) nyolchetes posztpartumban folytatott vizsgálataik során a klinikai esetek mellett a szubklinikai szintű tünetképzést is vizsgálták. Eredményeik szerint a résztvevők 8,2%-a szenved generalizált szorongásos zavarban, míg további 19,7%-uk szubklinikai tünetekkel küzd. A minta 2,7%-ában jelent meg klinikai súlyosságú kényszeres zavar (OCD), míg 5,7%-nál szubklinikai problémák, a 4,1%-os gyakoriságú szociális fóbiás esetek mellett pedig az anyák 15%-ánál volt feltárható enyhébb fóbiás tünetképzés. Javaslatuk alapján további kutatások szükségesek annak feltárására, hogy a szubklinikai tünetképzés inkább normatív jellegű vagy pedig későbbi patológiás mértékű szorongásra hajlamosítja az anyákat. Eredményeik mindenestre meggyőzőek abból a szempontból, hogy – elsősorban prevenációs céllal- az enyhébb tüneteket mutató anyákra is érdemes figyelmet fordítani.

2.1.1. Vizsgálat I/1: Javaslat a Spielberger-féle Állapot-Vonásszorongás kérdőív (STAI) módosított felhasználására

Módszertani eljárásunk célja a posztpartum időszakában megjelenő kóros szorongás mérése olyan eszközzel, amelyet kifejezetten szorongásos tünetek mérésére konstruáltak. Választásunk a Spielberger-féle Állapot-Vonásszorongás Kérdőívre (STAI) (Sipos et al., 1978) esett, mely a szorongás mérésében széleskörűen használt, jó mutatókkal rendelkező kérdőív. Dennis és mtsai a STAI-t posztpartumban alkalmazva, 498 fő vizsgálata során azt találták, hogy alkalmazásával (a ponthatár 40 pontra való csökkentésével) az egy hetes posztpartumban kapott eredmények alapján 84%-os bizonyossággal jósolható be a négy hetes, illetve 83,6%-os valószínűséggel a nyolc hetes posztpartumban megjelenő kóros szorongás valószínűsége, s ezzel egyúttal a tünetek relatív stabilitását is igazolták (Dennis et al., 2013).

A STAI használatával jól elkülöníthetőek a kórosan és nem kórosan szorongó személyek, azonban *a szubklinikai populáció*, amely a posztpartum időszakában kiemelt prevenciós jelentőséggel bír, *objektíven nem beazonosítható* a normál mintán meghatározott átlagértékek alapján. Eljárásunkban a STAI-S olyan módosított felhasználásának kidolgozására törekedtünk, amellyel a szubklinikai szinten szorongó anyák is nagyobb biztonsággal szűrhetők.

2.1.2. Vizsgálat I/2: A posztpartum szorongásos zavarok előfordulása, valamint demográfiai tényezőkkel mutatott összefüggéseik mintánkban

Vizsgálatunkban a STAI-S (STAI State skála) posztpartumra módosított felhasználásával (lásd 2.1.1.), valamint DSM-IV kritériumok alapján összeállított kérdőívünkkel a szülés utáni első évben megjelenő kóros szorongással járó állapotok, valamint egyes specifikus szorongásos zavarok előfordulási gyakoriságát igyekszünk feltárni mintánkban. A posztpartum szorongásos zavarok előfordulási gyakoriságáról magyar mintán nyert adatot a vizsgálat időpontjában nem

ismerünk. Vizsgálatunk *nem reprezentatív*, a posztpartum kóros szorongás gyakoriságát illetően *tájékozódó*, illetve *figyelemfelhívó jellegű*.

A mintánkban szintén kérdőívvel vizsgált demográfiai tényezők és a szorongás mértéke közötti kapcsolatot külön jellemezzük, mivel a szülés utáni mentális zavarokra irányuló *kutatások gyakori fókusza a demográfiai tényezők mint rizikófaktorok jelentősége* (Britton, 2008; Leigh – Milgrom, 2008; Lanes et al, 2011).

A posztpartum *depresszió* hátterében álló demográfiai- pszichoszociális faktorok terén a kutatások eredményei meglehetősen egybehangzóak (O'Hara – Swain, 1996). Ezek tükrében elsősorban az anamnézisben vagy a terhesség során átélt korábbi depressziós epizód, a negatív életesemények, a társas támasz hiánya (O'Hara – Gorman, 2004; Robertson et al., 2004), az alacsony jövedelem (Leigh – Milgrom, 2008; Lanes et al., 2011), illetve az anya fiatal életkora (Lanes et al., 2011) mutattak szoros kapcsolatot a szülés utáni hangulatzavarral. A szülés utáni *szorongásos zavarok* esetében Britton és mtsai (2008) a korábbi pszichiátriai zavarok, az alacsonyabb jövedelem, a nem tervezett terhesség és az alacsony iskolázottság szerepét emelik ki, ugyanakkor Wenzel és mtsai (2005) hangsúlyozzák, hogy a demográfiai tényezők mint rizikófaktorok az esetek csak kevesebb, mint 20%-át magyarázzák.

2.2. Második célkitűzés: intrapszichikus sérülékenység vizsgálata a posztpartum szorongás etiológiájában

Kapcsolódó vizsgálataink célja az anyák intrapszichikus sérülékenységének vizsgálata a szülés utáni, kóros szorongással járó állapotok kialakulásában. Az intrapszichikus sérülékenység vizsgálata során elsősorban az anyák kötődési jellemzőire fókuszálunk. *Ezen tényezők elsődlegesen az anya saját (korai) kötődési tapasztalatai mentén szerveződnek, így feltételezésünk szerint jelentős hatást gyakorolhatnak alkalmazkodására egy olyan időszakban, amely a kötődési rendszert, s azzal együtt az esetleges sérüléseket, deficiteket, avagy adaptív funkciókat és készségeket aktiválja.*

Feltételezésünk az anya kötődési jellemzőinek etiológiai szerepét illetően, szintén gyakorlati megfigyelésekben gyökerezik. Terápiás munka során tapasztaltam, hogy a szülés után kóros szorongással reagáló anyák tüneteinek hátterében több esetben nem a jelenlegi

élethelyzet, sokkal inkább múltbeli tényezők hatásai bizonyultak magyarázó értékűnek. Elsősorban gyermekkori emlékek, traumák, vagy más, leginkább a kötődési biztonságot megingató vagy akadályozó hatások tárultak fel, amelyek jelentős hatást gyakoroltak az illető későbbi kapcsolódásaira, önmagáról és másokról alkotott képére, kompetenciaélményére egyaránt. Meglátásaim szerint a gyermek születése, és ezzel a kötődési rendszer mély aktiválódása során ezen sérülések felszínre kerülhetnek, olyan érzésekkel és szorongással árasztva el az anyákat, amely a jelen reális történéseinek keretében számukra sem érthető.

Ezt alátámaszthatja, hogy az anyává válás a fizikai felépülésen időben jóval túlmutató, a szelf újraszerveződésével járó folyamat (Merle-Fishman, 2010), mély hatással annak érzelmi, kognitív, viselkedéses és fiziológiai aspektusaira egyaránt. *A gyermek születése, szükségletei, gondozása és a vele való kapcsolat bontakozása aktiválja az anya saját csecsemőkori implicit, preverbális emlékeit, illetve az azok hatására kialakult kötődési mintáit, esetleges zavarait.* Az emlékek aktiválódását kísérő érzelmi hullámváz és elárasztottság a legtöbb nőt felkészületlenül éri egy olyan időszakban, amikor saját szükségleteiket félretéve igyekeznek megfelelni a csecsemő igényeinek, önmaguk és környezetük elvárásainak. *A szülés utáni első év az anya és a csecsemő számára egyaránt a növekedés és fejlődés igen intenzív, ismétlésre és reparációra egyaránt lehetőséget nyújtó időszaka, melynek megélését és kimenetelét befolyásolják az anya saját kötődési tapasztalatai, újraéledő emlékei és reprezentációi* (Merle-Fishman, 2010).

Célunk annak empirikus tesztelése, hogy megfigyeléseink (miszerint az anyák kötődési jellemzői jelentős hatást gyakorolhatnak a szülés utáni szorongás mértékére) empirikusan, nagyobb mintán is igazolhatóak-e.

Az etiológiával kapcsolatos közlemények tanulmányozása alapján a posztpartum szorongásos zavarok etiológiájának feltárása terén a(z) anyák (intra)pszichikus sérülékenységének vizsgálata tűnik a legkevésbé körüljárt szegmensnek.

A szülés után megjelenő lelki zavarok *etiológiáját* feltáró vizsgálatok szinte kizárólag a posztpartum depresszióra fókuszálnak. Bár az eredmények nem nyújtanak egységes magyarázóelvet, a kóreredet bio-pszicho-szociális faktorok összjátékaként szemlélhető (Kovácsné Török, 2009). Komplex modelljében Halbreich (2005) a *posztpartum mentális zavarok* kórereditét öt fő tényező összjátékaként értelmezi. Ezek a következők: (1) genetikai

prediszpozíció; (2) pszichoszociális és hormonális események hatására fokozatosan kialakuló, dinamikus sérülékenység; (3) a peripartum biológiai és szociális triggerei; (4) a peripartum és posztpartum környezete; (5) percepció és coping mechanizmusok.

A *genetikai prediszpozíció* részben a nemi hormonok szintjének változására való egyéni érzékenységet, másrészt a központi idegrendszer szabályozási zavaraira való hajlamot foglalja magában (Halbreich, 2005). A *biológiai tényezők* vizsgálata a szülést követő összetett hormonváltozások, elsősorban a szérum ösztrogén, illetve a prolaktinszint hatásaira, valamint a szerotonin rendszer szerepére irányul (Szádóczy – Rihmer, 2001; Ahokas et al., 2000, idézi Kovácsné Török, 2009). A posztpartum *depresszió* hátterében álló *demográfiai-pszichoszociális* faktorok szerepéről már szóltunk. Fő rizikófaktoroknak a korábbi depressziós epizód, a negatív életesemények, a társas támasz hiánya (O’Hara – Gorman, 2004; Robertson et al., 2003), az alacsony jövedelem (Leigh – Milgrom, 2008; Lanes et al., 2011), illetve az anya fiatal életkora (Lanes et al., 2011) bizonyultak. A *személyiségtényezőket* illetően Lee és mtsai (2000) a neuroticizmus, Hickey és mtsai (1997, idézi Török-Szeverényi) a féltékenység, szenzitivitás, szorongásra való hajlam, alacsony önértékelés, maximalizmus szerepét erősítették meg, míg mások a kötődési stílus és a depresszív tünetek közötti kapcsolat feltárását célozták meg (Simpson – Rholes, 2003; Sabuncuoglu – Berkem, 2006).

A posztpartum *szorongásos zavarok* hasonló szempontú kutatása elenyésző. A téma kutatói elsősorban prevalenciájuk felméréssel, illetve a tünettannal ismertetésével igyekeznek felhívni a figyelmet ezen állapotok jelentőségére, így az etiológia pszichológiai vonatkozásaival kapcsolatban kevés eredmény látott napvilágot. A *demográfiai-pszichoszociális* tényezőkre irányuló felmérések a korábbi pszichiátriai zavarok, az alacsonyabb jövedelem, a nem tervezett terhesség és az alacsony iskolázottság szerepét emelik ki (Britton, 2008). Wenzel és mtsai (2005) a posztpartum szorongásos zavarok hátterében az anya, illetve a baba életkorának, a gyermekek számának, illetve a szocioökonómiai státuszának a szerepét vizsgálták, de csak a legutóbbit találták szignifikáns prediktornak. Jelentős összefüggést igazoltak azonban a személy, illetve a család anamnézisében fellelhető pszichiátriai zavarok és a posztpartumban mérhető szorongásos tünetek között. Wenzel és mtsai ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy *a demográfiai tényezők mint rizikófaktorok az esetek csak kevesebb, mint 20%-át magyarázzák, így ezen állapotok hátterében fontos más változókat is keresni.*

Fairbrother és Abramowitz (2007) a posztpartum obszesszív-kompulzív zavar kialakulását *kognitív-behaviorális modell* keretében értelmezik, amelynek fókuszában a hirtelen megnövekedett felelősség, az intruzív gondolatok katasztrófizálása és a (főként ellenőrző) kényszercselekvések negatív megerősítő hatása áll. Bandelow és mtsai (2006) a posztpartum pánikzavar vizsgálata során a gyermek érkezésével kapcsolatos irreális pozitív elvárások, a párkapcsolati változásoktól való félelmek, az anyagi problémák és az elégtelen alvásidő szerepét találták jelentősnek. A posztpartum generalizált szorongásban szenvedő nők esetében Wenzel és mtsai (2003) azokat a területeket igyekeztek azonosítani, amelyekre a szorongás irányul. A legnagyobb mértékű aggodalmat az anyagiak, a külső megjelenés, illetve a környezet rendetlensége váltotta ki az anyákból, míg (meglepő módon) a szülői képességek, a gyermek gondozása, a párkapcsolat és a szabadidő kérdései csak enyhe vagy mérsékelt aggodalommal töltötték el a vizsgálati személyeket. A posztpartum PTSD fő rizikófaktorainak azonosítását célzó vizsgálatok egybehangzó eredménye, hogy a korábbi traumatikus események, különösen a szexuális trauma a legfőbb hajlamosító tényező a zavar kialakulására (Reynolds, 1997; Ayers et al., 2009; Verreault et al., 2012).

Két fő kérdésünket, melyekre az intrapszichikus sérülékenységek vizsgálata során fókuszálunk, a 2.2.1. és a 2.2.2. pontban fogalmazzuk meg.

2.2.1. Vizsgálat II/1. : A szülői bánásmód reprezentációi, a kötődési mintázat és a posztpartum szorongás közötti direkt és dinamikus kapcsolat vizsgálata

Kutatásunk ezen részében azt vizsgáljuk, hogy az anyák kötődési mintázata és saját szülei bánásmódjáról hordozott reprezentációik empirikusan igazolható hatással vannak-e a posztpartum szorongás mértékére, továbbá, hogy kimutathatók-e specifikus, folyamatjellegű összefüggések ezen változók között.

Feltételezéseink:

H1: A posztpartumban kórosan szorongó anyák bizonytalan, míg a nem szorongó anyák nagyobb valószínűséggel biztonságosan kötődőek. Elvárásaink szerint a kórosan szorongó

anyák a bizonytalan kötődési stíluson belül is elsősorban az aggodalmaskodó kötődési mintázatot mutatnak.

Ezt arra alapozzuk, hogy a gyermek születése a kötődési rendszert aktiválja, így a bizonytalan kötődési stílusú anyák kötődési bizonytalanságai felerősödnek, szorongást indukálva. Mivel az aggodalmaskodó személyek manifeszt szorongása magasabb, mint az elkerülő vagy bizalmatlan személyeké, így esetükben várjuk a legmagasabb szorongásértéket.

H2: *Azon anyáknál, akik szüleikről több negatív, szükségleteiket frusztráló reprezentációt hordoznak, szignifikánsan magasabb szorongásszintet feltételezünk, mint azoknál, akik alapszükségleteiket alapvetően kielégítő szülői bánásmódot idéznek fel.*

Feltételezésünk alapját az adja, hogy a szülő-gyermek kapcsolat bontakozása során tudattalanul megelevenednek a saját szülővel kapcsolatos tapasztalatok. A nem megfelelő szülői gondoskodás betöltetlen szükségleteket és hiányokat hagy maga mögött, amelyek a gyermek gondozása során tudattalanul újraéledő érzelmi emlékek révén szorongással árasztják el a személyt.

H3: *Feltételezzük, hogy a szülői bánásmód, a kötődési mintázat és a szorongás mértéke között dinamikus, folyamatjellegű összefüggések tárhatók fel.*

2.2.2. Vizsgálat II/2.: Korai maladaptív sémák és érzelemszabályozási nehézségek vizsgálata a posztpartum szorongás hátterében

A kötődési jellemzők vizsgálatát a korai maladaptív sémák és érzelemszabályozási deficitek, valamint a posztpartum kóros szorongás közötti összefüggések feltárásával folytatjuk. Választásunk azért esett ezen változókra, mert a korai élményekkel jelentős kapcsolatot mutatnak, így mintánkban feltárható jellemzőik további rálátást biztosíthatnak az anyák kötődési-kapcsolati jellemzőire.

A korai maladaptív sémák átfedést mutatnak a belső munkamodellek fogalmával, minthogy a szelfel és a jelentős másikkal kapcsolatos (főként korai) tapasztalatokat sűrítik magukban (Young et al., 2003). A maladaptív sémákon keresztül tetten érhető a belső munkamodellek kognitív tartalma, s a mélyben húzódó hiedelmek, a szelfre és a másokra vonatkozó reprezentációk specifikusabban megragadhatóvá válnak.

Az *érzelemszabályozás*, különösen annak implicit formája szintén az anya-gyermek kapcsolatban formálódó készség, zavarai számos patopszichológiai állapot, többek között a szorongás háttérében fellelhetők (Barlow, 1986; Beck et al., 1979, idézi Gross, 1998). Az *érzelemszabályozás* *nívója igen fontos a pszichés jóllét szempontjából*. A megfelelő érzelemszabályozási funkciók jelentős *protektív-megküzdési tényezőkként* értékelhetők, míg hiányuk eszköztelenebbé teszi az érzelmileg elárasztott személyt affektusainak, viselkedésének szabályozásában. Egyben ezen funkciók fejlesztése a terápiás intervenciók fontos pontjaként is szolgálhat. Kökönyei (2008) krónikus fájdalomban igazolta, hogy a korai maladaptív sémák érzelemszabályozási deficitekkel járnak. Emellett eredményei jelentős kapcsolatot tükröznek a maladaptív sémák és az általa vizsgált depresszív hangulat között, s egyben arra is rámutatnak, hogy ebben az érzelemszabályozási deficitek közvetítenek.

Feltételezéseink:

H4: *a korai maladaptív sémákkal rendelkező anyák hajlamosabbak a szülés utáni kóros szorongásra, mint azok, akiknél nem találhatók maladaptív sémák;*

H5: *az alapszükségletek oldaláról vizsgálva, három sématartomány esetében várunk szignifikáns különbséget a csoportok között. Ezek a „Kapcsolat megszakítása és Elutasítottság”, a „Károsodott Autonómia” valamint a „Kóros Másokra irányultság” sématartományok.*

Feltételezéseinket arra alapozzuk, hogy a kötődési rendszer aktiválódásával működésbe lépő korai maladaptív sémák közül elsősorban azok játszhatnak szerepet a posztpartum kóros szorongás kialakulásában, amelyek az anya *kötődését* („Elszakítottság és Elutasítás sématartomány), és/vagy *autonómiáját és kompetenciaélményét* („Károsodott Autonómia és teljesítőképeség” tartomány) érintik. Emellett, a posztpartum distressz megélésében és az azzal való megküzdésben feltételezhetően veszélyeztetettebbek azon anyák, akik *nem tudják érzéseiket, szükségleteiket kommunikálni*, s az optimálisnál nagyobb mértékben igyekeznek *megfelelni* környezetük elvárásainak („Kóros másokra irányultság” sématartomány).

H6: *elvárásaink szerint az érzelemszabályozási nehézségekkel küzdő anyák nagyobb valószínűséggel reagálnak a posztpartumban kóros szorongással, mint a nem szorongó anyák.*

Ezen feltételezésünket arra alapozzuk, hogy a kóros szorongás mögött gyakran azonosíthatók érzelemszabályozási nehézségek, amelyek a (normatív) krízisekkel, fokozott alkalmazkodást kívánó helyzetekkel való megküzdést megnehezítik, s gyakran alkalmazkodási problémákat indukálnak.

H7: végül feltételezzük, hogy *a korai maladaptív sémákkal bíró anyák több érzelemszabályozási nehézséggel küzdenek.*

Összegezve második célkitűzésünket: A posztpartum szorongásra való intrapszichikus sérülékenység hátterében az anyák (korai tapasztalatokon alapuló) kötődési jellemzőit vizsgáljuk. Azon változókat (és egymáshoz való kapcsolatukat), melyek feltételezéseink szerint ebben szerepet játszhatnak, az 1. ábrán mutatjuk be. *Mivel a posztpartum szorongás komplex, multifaktoriális (bio-pszicho-szociális) kóreredetű jelenség, hangsúlyozzuk, hogy szemléltető ábránk nem a posztpartum szorongás etiológiájának modellje, hanem az általunk vizsgált változók közötti kapcsolat szemléltetésére szolgál.*

Vizsgálatunkban igyekszünk empirikusan tesztelni, az általunk feltételezett változók igazolható hatással vannak-e a posztpartum szorongás mértékére.

Eredményeink bemutatása során (4. fejezet) ezen modell segítségével szemléltetjük, hogy adott vizsgálat mely változókra (és kapcsolatokra) irányul.



1. ábra. Vizsgált változóink feltételezett kapcsolatait szemléltető modell

3. A mintagyűjtés módja

Kutatófelületünket a Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézetének honlapján hoztuk létre (www.psychounideb.hu/szorongas). A belépők a főoldalon tájékoztatást olvashatnak a kutatásról, illetve információkat találhatnak a szülés utáni szorongásos zavarokról. A tesztbatteria kitöltésére regisztráció után nyílik lehetőség, melyet a robotprogramok kiszűrése miatt tartottuk fontosnak, illetve ennek során tud a résztvevő beleegyezést adni a kutatásban való részvételhez. Az anonimitás megőrzése érdekében a kitöltők azonosító nick-vel regisztrálhatnak az oldalra. A főoldalon megadtunk egy olyan elérhetőséget is (e-mail), ahol az anyák segítséget kérhetnek, vagy kérdéseket tehetnek fel akár a vizsgálattal, akár állapotukkal kapcsolatban. A kutatási felületet úgy szerkesztettük, hogy a válaszokat oldalanként mentse, így bármikor félbe lehessen hagyni, majd folytatni a kitöltést. Ez különösen fontos szempont a kismamák esetén, akiket a gyermek szükségletei bármelyik pillanatban elszólíthatnak a tesztkitöltés mellől.

Vizsgálatunkba azon anyákat választottuk be, akik *12 hónapon belül szültek*. A posztpartum időszakának meghatározásában jelenleg még nincs teljesen egységes álláspont, a kutatások időbeli fókuszja változó, általában néhány naptól egy évig terjed (Halbreich, 2005). A mai nozológiai rendszerek által meghatározott négy, illetve hat hetes kritérium a klinikai tapasztalatok és kutatások fényében is túl rövidnek tűnik, mivel sok anyánál a mentális zavarok későbbi kezdetűek (Paykel, 2002). Más beválasztási kritériumot nem alkalmaztunk, mert a posztpartum szorongásos zavarok átlagnépességben való megjelenését és jellegzetességeit kívántuk vizsgálni.

A kutatásról 500 példányban prospektusokat készítettünk, mely szintén tartalmaz tájékoztatót a kutatás céljáról, a posztpartum szorongásról, emellett megtalálható rajta a honlap linkje és elérhetőségünk.

A vizsgálati személyek *elérése* során arra törekedtünk, hogy olyan csatornákat találjunk, ahol *célzottan* kismamákhöz juthat el a kérdőív. Ez részben saját, részben kollegiális magánpraxison, védőnőkön és gyermekorvosokon keresztül történt. Emellett online, nagy látogatottságú kismama lapokat, a témához kapcsolódó alapítványokat kerestünk fel, akik lehetővé tették a kutatási felhívás és a link megosztását. Az egyik online folyóirat állandó

szekértője lettem, biztosítva így egy relatíve folyamatos kapcsolatot a közel 70ezres látogatottságú lap olvasóival.

Az adatgyűjtéssel kapcsolatos tapasztalatunk elsősorban az, hogy a *célzott megkeresés* jóval *eredményesebb*, mint egy általános megosztás: a kismamák jobban megszólítva érzik magukat, s elkerülhetőbb, hogy bárki regisztráljon. Leghatékonyabbnak a *személyes megkeresés* bizonyult, akár jómagam, akár védőnő, gyermekorvos, kolléga vagy épp egy kismama tájékoztatta az anyákat a kutatásról, s annak céljáról. A *szakértői közreműködés* hasonlóképp gyümölcsözőnek bizonyult, ennek során az anyák bizonyos időközönként egy-egy általam írt, rövid cikket olvashattak a posztpartum időszakának bizonyos vetületeiről, s úgy tűnt, ez a fajta kapcsolat is ösztönzően hatott a tesztkitöltésre.

Az adatfelvétel nehézségét épp az *időszak*, és a *vizsgált zavarok jellegzetességei* adják. A posztpartum szorongásos zavarban szenvedő anyák nem kerülnek kórházi osztályra, mivel állapotuk nem okoz olyan súlyos mértékű funkcióromlást vagy regressziót, s nem veszélyeztető jellegű. Bár életminőségükre és kapcsolataikra a kóros szorongás igen negatívan hat, az anyák funkcióikat alapvetően ellátják, a hiányosságokat pedig gyakran a környezet igyekszik ellensúlyozni, több-kevesebb sikerrel. Mivel problémáikat sokan szégyellik, gyakran leplezni igyekeznek, s megpróbálnak együtt élni azokkal.

Emellett gyakran az anyákkal közvetlen kapcsolatban lévő védőnők, gyermekorvosok sincsenek tisztában a posztpartum szorongásos zavarok jelenségével és jelentőségével, így az anyák sokszor problémajelzés esetén sem kerülnek adekvát ellátásba. Sok anya egyedül marad a problémáival, önmaga próbál segíteni azokon, mások elsősorban háziorvosi ellátásba kerülnek. Így a megfelelő nagyságú mintagyűjtés pszichiátriai osztályokon lehetetlen, pszichiátriai ambulanciákon pedig rendkívül hosszú és bizonytalan kimenetelű folyamat lenne. A nőgyógyászati ellátáson a kismamák fizikális állapotot ellenőrzik, így az anyák mentális állapotára a szülészorvosoknak sincs pontos rálátása. Így az online adatfelvétel mellett részben a minta nehéz elérhetősége szólt. Emellett praktikusnak bizonyult, hogy az anyák egy linken keresztül tudták elérni a tesztbattériát, így nem kellett külön figyelmet fordítaniuk a kérdőívcsomag visszaküldésére.

Egy másik módszertani nehézséget jelentett a tesztbattéria hossza, mivel a kitöltés átlagosan körülbelül háromnegyed- egy órát vett igénybe. Sok regisztráló abbahagyta, s később nem folytatta a kitöltést. Lényegesen rövidebb kérdőívcsomag összeállítását

ugyanakkor nem sikerült kiviteleznünk, mert az jelentősen redukálta volna a vizsgálható változók számát.

Az online adatfelvétel *korlátait* az adja, hogy csak azon anyák tudták kitölteni a kérdőíveket, akik rendelkeznek internet-hozzáféréssel, *így a kutatás bizonyos társadalmi rétegekről nem nyújt adatokat.*

4. Eredmények

4.1. Első célkitűzés: a posztpartum szorongás mérése

4.1.1. Vizsgálat I/1

Javaslat a Spielberger-féle Állapot-Vonásszorongás kérdőív (STAI) módosított felhasználására

A 4.1.1. vizsgálat megjelenés alatt áll az Alkalmazott Pszichológia folyóiratban.

Első vizsgálatunkban egy, a gyakorlatban széles körben használt, könnyen felvehető és értékelhető kérdőív, a STAI módosított felhasználására teszünk javaslatot a szülés utáni időszakban megjelenő kóros szorongás mérésére. Célkitűzésünk egy meglévő, szorongás mérésére alkalmas eszköz olyan módosítására irányult, amellyel nagy biztonsággal elkülöníthetők az egészséges és kóros mértékben szorongók mellett a szubklinikai szinten szorongó személyek is. Ez utóbbi csoport szűrésére a normál mintán meghatározott átlagértékek nem nyújtanak lehetőséget, holott preventív szempontból igen jelentős csoportról van szó.

4.1.1.1. Eszközök

A Spielberger-féle Állapot- Vonásszorongás Kérdőív

Módszertani munkánk alapját a Spielberger és mtsai által kidolgozott, hazánkban Sipos Kornél és munkatársa által adaptált (Sipos et al., 1978), 40 tételből álló önkitöltős kérdőív, a STAI képezte. A kérdőív két fő részre, State és Trait skálákra tagolódik. Mindkettő 20 állítást tartalmaz, az első (STAI-S) a pillanatnyi (ún. állapotszorongás), míg a második (STAI-T) a vonásszorongás, azaz a szorongás, mint személyiségvonás mérésére alkalmas. A vizsgálati személy négyfokú Likert-skálán értékeli az egyes tételeket (1-egyáltalán nem; 2- valamennyire; 3-eléggé; 4-nagyon/teljesen).

A teszt fordított tételeket is tartalmaz, amelyeket természetesen fordítva is pontozunk. Jelen vizsgálatunkban az anyák állapotssorongását kívántuk vizsgálni, így a *STAI-S skáláját alkalmazzuk*, melyen fentiek alapján minimum 20, maximum 80 pont érhető el. Az összpontszám hagyományosan a STAI-S magyar populációra érvényes standard értékeivel vethető össze, mely nők esetén 42,64 (szórás: 10,79). A skála fordított tételei: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 és 20.

Érzelemszabályozási nehézségek

Vizsgálatunkban az anyák érzelemszabályozási jellegzetességeinek feltárását is megcéloltuk, tekintetbe véve, hogy az érzelemszabályozás nehézségei összefüggésbe hozhatók számos patopszichológiai állapot, többek között a kóros szorongás kialakulásával, illetve fennmaradásával. A kapott eredmények további *támpontokat nyújthatnak a „szorongó”, „szubklinikai”, illetve „egészséges” csoportok különválasztásának létjogosultságára, amennyiben az érzelemszabályozási mutatókban e három csoport szintén jelentős eltéréseket mutat.* Vizsgálóeszközként a hazánkban Kökönyei Gyöngyi által adaptált *Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőívet* használtuk (Kökönyei, 2008), melynek 36 tételére ötfokú Likert-skálán kell a vizsgált személynek válaszolnia (1: „szinte soha”, 5: „szinte mindig”). Az itemek hatfaktoros struktúrába rendeződnek. Az „Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága” faktor arra a jelenségre utal, amikor a személy negatív érzelmeire ún. másodlagos negatív érzelmekkel reagál (pl. intenzív szégyen). A „Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában” faktor azt méri, mennyire okoznak az intenzív negatív érzelmek koncentrációzavart, a feladatok befejezésére való képtelenséget a személy esetében. Az „Impulzuskontroll nehézségek” faktor a viselkedés szabályozásának problémáit méri erős érzelmek felbukkanása esetén, míg az „Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés” faktoron elért magas pontérték arra utal, hogy a negatív érzelmekkel járó állapotokat a személy tartósan éli át. Az „Érzelmi tisztaság hiánya” faktor azt jelzi, mennyire képes az egyén felismerni, azonosítani az átélt érzelmet. A szakirodalom alapján a kérdőív minden skálája külön-külön is megfelelő reliabilitást mutat (Cronbach $\alpha > 0,80$) (Kökönyei, 2008).

4.1.1.2. Résztevők

A Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézetének honlapján hoztuk létre kutatófelületünket (www.psychology.unideb.hu/szorongas), amelyen regisztráció után elérhető a tesztbattéria. Vizsgálatunkba azon anyákat választottuk be, akik 12 hónapon belül szültek. A kérdőívek mellett a vizsgálati személyektől demográfiai, valamint a terhességgel, szüléssel kapcsolatos adatokat gyűjtöttünk (a mintagyűjtés és tesztfelvétel részletes leírását lásd a 3. pontban). A jelen vizsgálat szempontjából releváns adatok ellenőrzése alapján egy válaszolót kihagytunk a további vizsgálatokból, mert a STAI-S minden itemére 4-es pontszámot adott, ami a fordított itemeket is figyelembe véve nyilvánvalóvá tette, hogy a kitöltés attitűdje nem megfelelő volt. Így a STAI-S-t kitöltő minta végleges nagysága 101 fő.

4.1.1.3. Eredmények

A tanulmányban a számításokat az IBM SPSS Statistics 21 (1989, 2012) -es verziójával végeztük. A statisztikai számítások alapját számos tankönyvben megtalálhatjuk (Rohatgi et al., 1976; Mardia et al., 1979; Münnich et al., 2006).

Alapadatok

A válaszolók (összesen 101 fő) a 22 és 40 éves korosztályból kerültek ki (átlagéletkor 30,68, standard szórás 4,2). A kérdőív kitöltését megelőzően született gyermek neme (fiú 50, lány 51) egyenletesen oszlik meg a nemek között, a válaszolók 82,2 %-a házasságban él, 6,9 %-a élettársi kapcsolatban, további 6,9 %-a együtt él partnerével, és 4 %-uk egyedülálló. A legmagasabb iskolai végzettség eltolódik a felsőfokú végzettségűek irányába (75,2 %), a válaszolók 20,8 %-a rendelkezik érettségivel, és 4 %-uk szakmunkásképző végzettségű. A válaszolók 88,1 %-ának tervezett, 52,5 %-nak első, 33,7%-nak második, 9,9 %-nak harmadik, 2 %-nak negyedik, 2 %-nak pedig ötödik terhessége a jelenlegi.

A STAI-S skála összpontszámának átlaga 36,75, standard szórása 11,79, minimuma 21, maximuma 73. A skála megbízhatósága magasnak tekinthető (Cronbach-alfa 0,95).

Válaszstílus

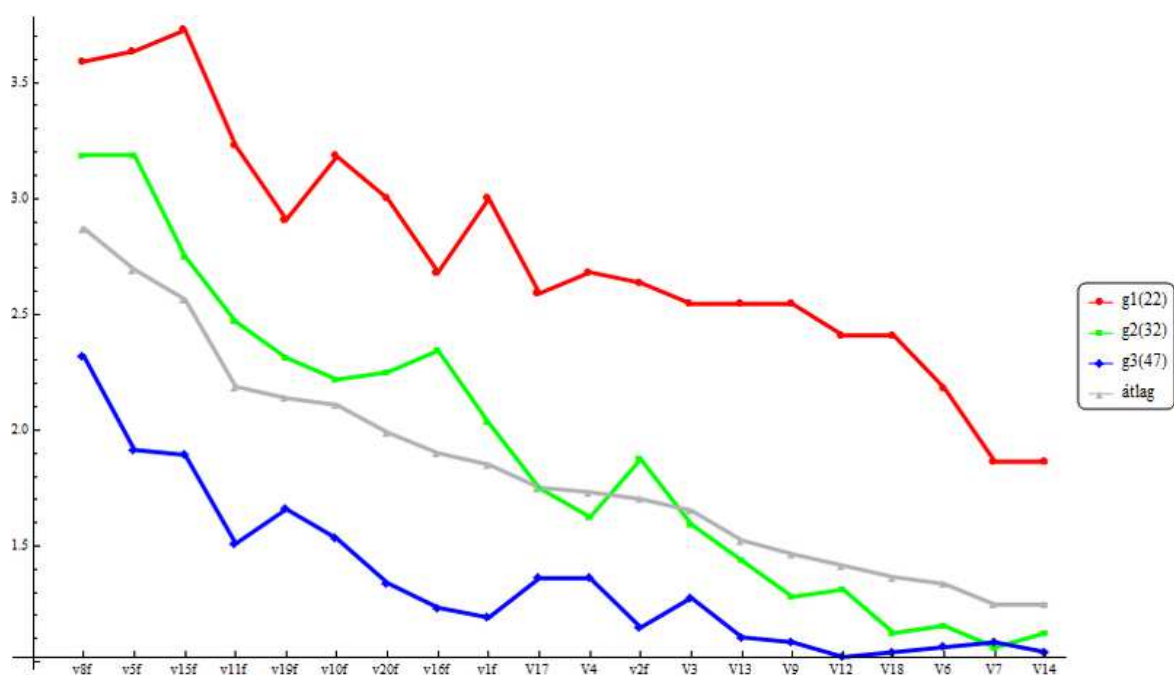
A válaszok értékelése során érdekes jelenségre lettünk figyelmesek. A fordított itemekre (a továbbiakban az ilyen itemek jele kisbetűvel kezdődik és 'f' betűvel végződik) szisztematikusan magasabb szorongásra utaló választ kaptunk, mint az egyenes itemekre. Ez a jelenség az 2. ábrán az itemek átlagainak (szürkével jelölve) csökkenő sorrendjében válik jól láthatóvá. A sorrendben csökkenő átlagú itemek rendre: 8f, 5f, 15f, 11f, 19f, 10f, 20f, 16f, 1f, (majd következnek a direkt irányú itemek a 2f-et kivéve), 17, 4, 2f, 3, 13, 9, 12, 18, 6, 7, 14.

Fenti válaszstílus háttérében feltételezhetően a posztpartum szorongás egyik jellegzetes sajátossága áll. Az anyák tüneteiket szégyellik (Whalley et al., 2010), mivel azok nem egyeztethetők össze a jó-anyaságról kialakított képükkel. Az élethelyzetre vonatkozó sztereotípiák szerint az újdonsült mamáknak felszabadult boldogságot kellene érezniük gyermekük mellett, nem pedig félelmeket, kételyeket, éniidegen, negatív tartalmú gondolatokat. Így a szorongó anyák tüneteiket gyakran titkolják, leplezik, mivel rossz anyának ítélik miattuk magukat. Emellett sokan úgy vélik, egyedül ők éreznek így, emiatt ez az állapot mások számára nem megérthető, elfogadható, nem megosztható. Ez magyarázatot kínálhat az elsöre meglepőnek látszó válaszstílusra. Úgy tűnik, *a fordított itemekre, amelyek pozitív állításokat tartalmaznak* (pl. „Elégedett vagyok”, „Vidám vagyok”) *könnyebben adnak alacsony pontértéket, azaz könnyebben fogalmazzák meg a „hiánytüneteket”, míg az egyenes állításokra, amelyek nyíltan fogalmazzák meg a szorongás tüneteit* (pl. „Ideges vagyok”, „Valami bánt”) *vonakodnak magas pontszámot adni.* Ez utóbbiak feltehetően maguk is szorongást implikálnak direkt tüneteirő jellemük révén.

Csoportosítás

A fordított itemekre adott válaszok jellegzetességei indokolják, hogy *ne kizárólag az összpontszámmal* jellemezzük a válaszolók szorongásának mértékét, hanem *direkt módon a válaszprofilokat vizsgáljuk.* Elvárásunk szerint viszonylag könnyen azonosíthatóvá válik az erősen szorongók és az egyáltalán nem szorongók csoportja, de számunkra a szubklinikai csoport azonosíthatósága különösen fontos, hiszen az aktuális szorongás teszt összesen-pontszámából nem állapítható meg a „határ” ezen csoportra vonatkozóan.

Az aktuális szorongás teszt fordított itemjeit egy irányba konvertáltuk, majd a válaszprofilokat klaszteranalízissel (SPSS Quick Cluster) három csoportba soroltuk. Az itemekre adott átlagos értékek sorrendjében az 2. ábrán jelenítettük meg a teljes minta átlagát és a csoportok item-átlagait. Jól látható, hogy a három csoport alapvetően abban tér el egymástól, hogy mennyire szorongóak, ezért egyértelműen elneveztük a csoportokat „szorongó”, „szubklinikai”, és „nem szorongó” csoportoknak. A csoportok létszámai: szorongó (g1: 22 fő), szubklinikai (g2: 32 fő), nem szorongó (g3: 47 fő). A Lambda-statisztika alapján egyetlen vizsgált alapváltozó sem mutatott prediktív hatást a szorongás meglétére, ill. mértékére, ezért a számításokat nem részletezzük.



2. ábra. Itemenkénti csoportátlagok.

g1: szorongó csoport, g2: szubklinikai csoport, g3: nem szorongó csoport

Szeparálhatóság

A csoportok a klaszter-analízis értelmében úgy lettek kialakítva, hogy a lehető legjobban eltérjenek egymástól, így nem meglepő, hogy az egy-szemponos variancia-analízis modellje értelmében szignifikánsan eltérnek egymástól. Mivel a csoportok pszichológiailag jól értelmezhető jellegzetességükben is eltérőek, ezért érdemes az eltéréseket tovább vizsgálni. A variancia-analízis alapján (Dunnett-C post hoc próba) nem minden csoportpár ad szignifikáns eltérést minden item esetén, ezért azon itemeket külön kigyűjtöttük, melyeknél

minden csoport között páronként is szignifikáns ($p < 0,05$) eltéréseket kaptunk. Az itemek a következők: v1f, v2f, v10f, v11f, V12, V13, v15f, V17, v19f, v20f.

A kapott 10 item felhasználásával diszkriminancia-analízist (SPSS Discriminant, lásd 4. táblázat) végeztünk, mely egyértelműsíti a három csoport szétválaszthatóságát, s lehetőséget ad korlátozott előrejelzésre is, azaz az itemekre adott válaszok alapján viszonylag nagy pontossággal megbecsülhetjük a válaszoló aktuális szorongás-csoportját. Ez szorosan összefügg természetesen a teszt összpontszámával, de annál árnyaltabb képet ad, és a jelen vizsgálat szempontjából fontos szubklinikai kategóriát is pontosítja. A diszkriminancia-analízis egy nagyon erős és egy gyenge diszkriminancia-tengelyt tárt fel (lásd a 4.a és 4.b táblázat), ahol az első tengely egyértelműen a szorongás fokozatait szeparálja el egymástól, míg a másik a csoportok közötti egyfajta választílusbeli eltérésre utalhat. A szorongó és a nem szorongó csoportok azonos értéket vesznek fel, a szubklinikai csoport viszont lényegesen eltér e két csoporttól (4. c táblázat). Ez a válasz-stílus hasonlóság fakadhat abból, hogy a két „szélsőséges” csoport állapota egyértelmű, ezért sokkal szélsőségesebb válaszokat adnak (azaz magas pontszámokkal fejezik ki súlyos szorongásukat, ill. azt, hogy egyáltalán nem szoronganak), szemben a szubklinikai csoport variábilis válasz-stílusával. A struktúramátrix alapján (4.d táblázat) azt mondhatjuk, hogy az eltérés elsősorban a V13, V12, V17 itemekre, és a többi itemre adott válaszok közötti „kontraszt”-ban jelentkezik, azaz a fordított és az „egyenes” itemek közötti válasz-stílusbeli eltérés jelenik meg.

4. táblázat. A diszkriminancia-analízis eredményei

4.a táblázat. Sajátértékek				
tengely	sajátérték	% variancia	kumulatív %	kanonikus korreláció
1	7,090 ^a	96,7	96,7	,936
2	,244 ^a	3,3	100,0	,443

4.b táblázat. Wilks-féle Lambda				
a teszt-tengelyek	Wilks-féle Lambda	Chi-négyzet	df	Sig.
1-től 2-ig	,099	215,881	20	,000
2	,804	20,412	9	,016

4.c táblázat. Csoport-átlagok a tengelyekben		
szorongás-csoportok	tengely	
	1	2
szorongó	4,494	-,39 4
szubklinikai	,283	,71 3
nem szorongó	-2,296	- ,30 1

4.d táblázat. Struktúra mátrix		
	tengely	
	1	2
v1f	,500	,271
V13	,424	-,417
v10f	,411	,097
v15f	,402	,225
v2f	,362	,251
v19f	,294	,269
V17	,288	-,120
V12	,549	-,614
v20f	,460	,493
v11f	,404	,459

Kereszt-validitás

A diszkriminancia-analízis lehetővé teszi, hogy vizsgáljuk a csoportosítás pontosságát/megbízhatóságát. Az eljárás során az eredeti (azaz a klaszter-analízis során kapott) csoportosítás és a diszkriminancia-analízis csoportba sorolását hasonlíthatjuk össze (lásd 5. táblázat). Az összehasonlításkor azt vizsgáljuk, hogy például egy szorongó személyt a diszkriminancia-analízis algoritmus (a Fisher-féle lineáris diszkriminancia függvény alapján számított) melyik csoportba sorolja. Ha szintén szorongónak ítéli meg, akkor az növeli a csoportosítás kereszt-validitását, egyébként pedig csökkenti. Ezt a fajta validitás vizsgálatot kétféleképpen is elvégezhetjük: egyrészt úgy, hogy a számítások alapját adó diszkriminancia függvény számításakor minden személy részt vesz (az erre vonatkozó eredmények a táblázat felső részében található), illetve úgy is, hogy kihagyunk egy-egy személyt, és az ellenőrző besorolást az éppen kihagyott személy besorolásával végezzük. A táblázatból jól látható, hogy még a szigorúbb kereszt-validitás vizsgálat esetében is 88%-os a helyes csoportosítás, az enyhébb verzióban pedig eléri a 93%-ot. Az eljárás tévedése kizárólag a szubklinikai csoportba, ill. abból való helytelen besorolásból ered, ami arra is

felhívja a figyelmet, hogy a szubklinikai csoportra különösen oda kell figyelni a gyakorlatban, hiszen itt könnyebben fordulhat elő esetleges téves diagnózis.

5. táblázat. A csoportosítások kereszt-validitása

		szorongás csoportok	becsült csoport			összes
			szorongó	köztes	nem szorongó	
eredeti	gyakoriság	szorongó	22	0	0	22
		szubklinikai	0	27	5	32
		nem szorongó	0	2	45	47
	%	szorongó	100,0	,0	,0	100,0
		szubklinikai	,0	84,4	15,6	100,0
		nem szorongó	,0	4,3	95,7	100,0
kereszt-validitás	gyakoriság	szorongó	20	2	0	22
		szubklinikai	1	24	7	32
		nem szorongó	0	2	45	47
	%	szorongó	90,9	9,1	,0	100,0
		szubklinikai	3,1	75,0	21,9	100,0
		nem szorongó	,0	4,3	95,7	100,0

Diagnosztikus lehetőségek

A diszkriminancia-analízis számításai lehetőséget adnak arra is, hogy megbecsüljük, egy adott kismama a STAI-ból kiválogatott 10 posztpartumra „érzékeny” item alapján mekkora valószínűséggel tekinthető szorongónak, szubklinikainak, illetve nem szorongónak. Az így becsült valószínűségek sokkal könnyebben értelmezhetőek egy egyszerű „döntésszerű” csoportba sorolásnál (amit a Fisher-féle lineáris diszkriminancia függvények segítségével tehetünk meg), hiszen egyrészt kifejezik a becslés és a besorolás bizonytalanságát, másrészt a bizonytalanságnak valószínűségi értelmet adva, azt tulajdonképpen pontosítják is. Hétköznapi nyelven azt mondhatjuk, hogy „jobb, ha tudom a bizonytalanság mértékét, mintha csak azt tudnám, hogy nem lehetek biztos a döntésemben”.

A Fisher-féle lineáris diszkriminancia függvények segítségével meghatározható egy tetszőleges személy csoportba sorolásának valószínűsége. A mellékletben bemutatjuk a számítások lépéseit; az eredmények 2 tizedes pontossággal adják meg a valószínűségeket.

A számítások Excel segítségével könnyen elvégezhetők. A kutatói felületünkön (www.psychology.unideb.hu/szorongas) elérhető Excel-táblába az egyes állításokra adott értékeket beírva azonnal elérhetővé válnak a csoportba sorolás valószínűségei.

Ezen számítások és a valószínűségek meghatározásának haszna a gyakorlati munkában jelentkezik: egyrészt egy árnyaltabban értelmezhető diagnosztikus eljárást eredményez, másrészt felhívja a figyelmet arra, hogy egy teszt pontszámát érdemes óvatosan kezelni, és a skálát alkotó itemek tartalmi összefüggéseit speciális „betegség-kategóriák” azonosítására használni.

$$\text{FIS1} = v_{1f} * 2.106 + v_{2f} * 6.901 + v_{10f} * 5.520 + v_{11f} * 6.118 + v_{12} * 16.801 + v_{13} * 5.905 + v_{15f} * 3.601 + v_{17} * 3.024 - v_{19f} * 2.130 + v_{20f} * 5.037 - 75.270$$

$$\text{FIS2} = v_{1f} * 1.544 + v_{2f} * 4.534 + v_{10f} * 2.950 + v_{11f} * 4.584 + v_{12} * 8.888 + v_{13} * 3.314 + v_{15f} * 3.054 + v_{17} * 2.208 - v_{19f} * 0.417 + v_{20f} * 3.401 - 33.589$$

$$\text{FIS3} = v_{1f} * 0.183 + v_{2f} * 3.020 + v_{10f} * 2.536 + v_{11f} * 2.686 + v_{12} * 6.645 + v_{13} * 2.758 + v_{15f} * 2.127 + v_{17} * 1.977 + v_{19f} * 0.893 + v_{20f} * 0.686 - 16.059$$

a valószínűségek (ahol EXP az exponenciális függvényt jelenti):

$$\text{szorongó} = 1 / (1 + \text{EXP}(\text{FIS2} - \text{FIS1}) + \text{EXP}(\text{FIS3} - \text{FIS1}))$$

$$\text{szubklinikai} = 1 / (1 + \text{EXP}(\text{FIS1} - \text{FIS2}) + \text{EXP}(\text{FIS3} - \text{FIS2}))$$

$$\text{nem szorongó} = 1 / (1 + \text{EXP}(\text{FIS1} - \text{FIS3}) + \text{EXP}(\text{FIS2} - \text{FIS3}))$$

példa (a STAI pontszáma 47):

ha a válaszok a kiválasztott itemekre:

$$v_{1f}=3; v_{2f}=2; v_{10f}=3; v_{11f}=2; v_{12}=2;$$

$$v_{13}=2; v_{15f}=4; v_{17}=2; v_{19f}=2; v_{20f}=2,$$

akkor a valószínűségek:

$$\text{szorongó} = 0,54742$$

$$\text{köztes} = 0,45224$$

$$\text{nem szorongó} = 0,00034)))$$

3. ábra. A csoportokba sorolás valószínűségeit meghatározó számítások

Prediktív validitás: érzelemszabályozás és szorongás

A „szorongó”, „szubklinikai”, illetve „egészséges” csoportok különválasztásának létjogosultságát az anyák érzelemszabályozási mutatóinak vizsgálatával támasztottuk alá, feltételezve, hogy amennyiben a csoportosítás indokolt, a „szorongó”, „nem szorongó” és a „szubklinikai” csoport tagjai az érzelemszabályozási mutatókban szintén jelentős eltéréseket mutatnak.

A számításokat egy szűkebb mintán tudtuk elvégezni, mert a kitöltők nem mindegyike válaszolt az érzelemszabályozás részre. A minta elemszáma így 70 főre változott, a csoportok elemszáma pedig: szorongó: 11 fő, köztes: 21 fő, nem szorongó: 38 fő.

A 6. táblázat jól mutatja, hogy minden faktorban (a 4-es faktor kissé eltérő) a legmagasabb átlaga a szorongó csoportnak van, utána a szubklinikai, majd a nem szorongó csoportok következnek. A csoportok közötti eltérések szignifikánsak ($p < 0,01$), de csak az 5-ös faktor estében különül el egymástól szignifikánsan bármely két csoport (a Dunnett-C próba alapján).

Az eredmények alapján megerősíthetjük a csoportjaink képzésének hasznosságát, ill. az érzelemszabályozás szorongáshoz kapcsolódó elvárt következményének meglétét, azaz csoportosításunk (prediktív) validitását.

6. táblázat. Az érzelemszabályozás faktorainak átlagai

Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív faktorai	Csoportok	N	Átlag
„Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága” összeg	szorongó	11	18,45
	szubklinikai	21	15,61
	nem szorongó	38	11,23
	összes	70	13,68
„Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában” összeg	szorongó	11	16,36
	szubklinikai	21	14,80
	nem szorongó	38	10,92
	összes	70	12,94

„Impulzus-kontroll-nehézségek” összeg	szorongó	11	18,72
	szubklinikai	21	13,95
	nem szorongó	38	10,71
	összes	70	12,94
„Érzelmi tudatosság hiánya” összeg	szorongó	11	14,00
	szubklinikai	21	15,19
	nem szorongó	38	11,94
	összes	70	13,24
„Érzelem-szabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés” összeg	szorongó	11	25,81
	szubklinikai	21	18,76
	nem szorongó	38	13,00
	összes	70	16,74
„Érzelmi tisztaság hiánya” összeg	szorongó	11	10,27
	szubklinikai	21	9,66
	nem szorongó	38	6,10
	összes	70	7,82

4.1.1.4. Megbeszélés

A szülés utáni év az anyák mentális egészsége szempontjából fokozottan sérülékeny időszak, amelyet jól tükröz a posztpartum depresszió és szorongásos zavarok magas prevalenciája. Utóbbiak mind diagnosztikusan, mind tudományosan kevés figyelmet kapnak, emellett megfelelő szűrésük sem megoldott.

Módszertani munkánk során a Spielberger-féle Állapotszorongás Kérdőívvel (STAI-S) vizsgáltuk 101 anya szorongását a szülés utáni egy évben. Célunk egyrészt a *szorongás mérése* volt, olyan mérőeszköz használatával, amelyet kifejezetten a szorongás mérésére konstruáltak. A szülés utáni kérdőíves vizsgálatok ugyanis túlnyomórészt a depresszió szűrésére irányulnak, míg a szorongásos tüneteket gyakran egyáltalán nem mérik, vagy pedig olyan mérőeszközt használnak (pl. EPDS), amely elsődlegesen a depresszió mérésére alkalmas (Matthey *et al.*, 2003), *így sok esetben a kóros szorongás fel nem ismert marad.* Másik célunk az volt, hogy *objektívebben mérhetővé tegyük a szubklinikai szintű szorongást,*

ami magas arányban érinti a kismamákat (Wenzel et al., 2005), így a szülés utáni időszakban kiemelt prevencióssal jellemezhető.

Az adatelemzés során, számunkra is váratlan módon, *jellegetes választással* találkoztunk: a vizsgálati személyek a fordított itemekre szisztematikusan magasabb szorongásra utaló válaszokat adtak, mint az egyenes itemekre. Azaz az anyák könnyebben adtak alacsony pontszámot a pozitív állításokra („Vidám vagyok”), mint magasat az egyenes állításokra, amelyek nyíltan fogalmazzák meg a szorongás tüneteit (pl. „*Idegem vagyok*”). Mivel tudomásunk szerint hasonló jelenséget a STAI alkalmazása kapcsán nem közöltek, feltételezzük, hogy ennek hátterében *a posztpartum szorongás specifikumai állhatnak*. Fenti választási mód igazolni látszik azon szakirodalmi közléseket, miszerint az anyák számára szorongásuk, negatív érzelmi állapotuk nem összeegyeztethető a jó-anyaságról kialakított sztereotíp képpel, tüneteiket szégyellik, leplezni igyekeznek (Merle-Fishman, 2010), állapotukat elfogadhatatlannak, így nem is megoszthatónak vélik.

A választási módok miatt nem egyszerűen az összpontszámmal dolgoztunk, hanem direkt módon a *válaszprofilokat* vizsgáltuk. A válaszprofilokat klaszteranalízissel három csoportba soroltuk („szorongó”, „szubklinikai”, és „nem szorongó”), majd az ezt követő variancia-analízis alapján kigyűjtöttük azon itemeket, melyeknél minden csoport között páronként is szignifikáns eltéréseket kaptunk. A kapott tíz, posztpartumra „érzékeny” item felhasználásával diszkriminancia-analízist végeztünk, mely lehetőséget ad arra, hogy nagy pontossággal megbecsüljük a válaszadó aktuális szorongás-csoportját. Ez *összefügg a teszt összpontszámával, de annál árnyaltabb képet ad, s a prevencióssal szempontról fontos szubklinikai (köztes) kategóriát is pontosítja*. A csoportosítások szigorúbb kereszt-validitás vizsgálata szerint a csoportosítás helytállósága 88%-os, az enyhébb verzióban pedig eléri a 93%-ot. Az eljárás tévedése kizárólag a szubklinikai csoportba, illetve abból való helytelen besorolásból ered, ami alátámasztja a csoport létjogosultságát, illetve az ide tartozó személyekre fordított figyelmet, hiszen itt könnyebben fordulhat elő esetleges téves diagnózis.

A „szorongó”, „szubklinikai” és a „nem szorongó” csoportok különválasztásának *prediktív validitását az anyák érzelmszabályozási mutatóinak vizsgálatával ellenőriztük*. A csoportok tagjai érzelmszabályozási képességeik terén is jelentős eltéréseket mutattak, ami alátámasztja a három csoportba sorolás megalapozottságát.

Vizsgálatunk eredeti célkitűzésünk (a szorongás mérése, illetve a szubklinikai szorongó csoport szűrése) mellett *új eredményeket is hozott, a jellegzetes választílus regisztrálása, s a posztpartum szorongásra érzékeny itemek azonosítása révén.* Ennek diagnosztikus jelentősége abban rejlik, hogy a STAI-ból kiválogatott 10 posztpartumra „érzékeny” item alapján lehetőségünk van megbecsülni, egy adott kismama mekkora valószínűséggel tekinthető kórosan, szubklinikai szinten, illetve egészséges mértékben szorongónak. Ez az *összpontszám alapján történő dichotóm* (kórosan, illetve nem kórosan szorongó) *besoroláshoz képest árnyaltabban értelmezhető diagnosztikus eljárást* eredményez, részben a skálát alkotó itemek *posztpartumra jellegzetes tartalmi összefüggéseinek bevonása,* másrészt *a szubklinikai szinten szorongó kismamák azonosítása révén.* A kutatói felületünkön (www.psicho.unideb.hu/szorongas) elérhető és rendelkezésre álló Excel tábla segítségével a számítások könnyen elvégezhetőek, s reményeink szerint segítik a posztpartum szorongás árnyaltabb vizsgálatát és felismerését.

4.1.2. Vizsgálat I/2

A posztpartum szorongás gyakorisága, valamint demográfiai tényezőkkel mutatott összefüggései mintánkban

4.1.2.1. A posztpartum szorongás gyakorisága mintánkban

Minta és módszer

Mintánkat olyan nők alkották, akik egy éven belül szültek, s akiket a 3. pontban részletezett módon értük el. A vizsgálat aktuális fázisában, a folyamatos adatfelvétel során *mintánk 247 főre bővült.* A válaszadók 70%-a a 22-40 éves korosztályból került ki, 72%-uk házasságban él, iskolai végzettségük a felsőfokú irányba tolódik el (63,5%), s a minta majdnem kétharmada első gyermekes szülő (69%).

A vizsgálati személyek a tesztbatteria első részében a STAI-S kérdőív itemjeire, valamint egyes szorongásos zavarok tünetlistájából álló kérdőívünkre válaszoltak, melynek alapját a DSM-IV kritériumai képezték. Ez utóbbi során a *pánikzavar,* az *obszesszív-kompulzív zavar,* illetve a *PTSD* tüneteire kérdeztünk rá. A generalizált szorongásos zavar

előfordulását a hat hónapos idői kritérium miatt nem vizsgáltuk. A pánikzavar esetén külön tüntetjük fel azon személyeket, akik *ismétlődő pánikrohamokat* éltek át, azonban a pánikzavar többi kritériumát (elkerülő viselkedés, anticipátoros szorongás) nem elégítik ki. A PTSD esetén traumatikus eseménynek a szülést tekintettük, s a kritériumokat ennek megfelelően fogalmaztuk át (pl. „ismétlődően rámtörnek emlékek a szülésről, s ezek szenvedést okoznak számomra”). A STAI-S értelmezését a kérdőív posztpartumra módosított felhasználásával (Molnár – Münnich, megjelenés alatt) végeztük. Ez utóbbi kérdőív segítségével különítettük el a kórosan szorongó, a szubklinikai szinten szorongó, illetve a nem szorongó anyákat.

Eredmények

Eredményeink alapján 247 fős mintánkban az anyák *24,7%-a (azaz közel minden negyedik anyja) kórosan szorong* (61 fő), *38,5%-uk köztes értéket mutat, azaz szubklinikai szintű szorongást él át* (95 fő), s *36,8%-uk esetében lehet egészséges mértékű szorongást valószínűsíteni* (7. táblázat). A szubklinikai szorongást átélő anyák magas aránya visszaigazolja azt a feltételezést, hogy ezen anyákat érdemes külön csoportként kezelni, mivel szorongásuk olyan „köztes” tartományba esik, amely a normál és a kóros szint felé egyaránt mozdulhat.

7. táblázat. A szorongó, szubklinikai és nem szorongó csoportok megoszlása mintánkban.

n=247	Gyakoriság	Százalék
szorongó csoport	61	24,7
szubklinikai csoport	95	38,5
nem szorongó csoport	91	36,8
összes	247	100,0

A *klinikai diagnózisok felmérése* kutatásunknak *nem vezető célja*, így *eredményeink tájékoztató jellegűek*. A szorongásos zavarok megoszlásának árnyalt vizsgálatához más zavarok, pl. hat hónap után a generalizált szorongásos zavar, a szociális fóbia, az alkalmazkodási zavarok, illetve más, szorongásos tünetekkel is járó állapotok, például evészavarok, test-dysmorphiás zavar, illetve az addikciók felmérése is fontos lenne. Ezen kívül a tünetek SCID-del való vizsgálata lenne célszerű a konkrét diagnózisok felmérése kapcsán, ezt azonban jelen vizsgálat keretei között nem tudtuk megvalósítani, mivel a tesztbatteria így is meglehetősen időigényes volt. Így a posztpartum időszakban megjelenő négy fő specifikus szorongásos zavar közül *tájékoztató, becsülő jelleggel* hármat: a posztpartum pánikzavar, kényszeres zavar és PTSD megoszlását térképeztük fel (a ppGAD-ot az idői kritériumok miatt nem vizsgáltuk).

Eredményeink tükrében (*8. a táblázat*) az *anyák 3,6%-a szenved pánikzavartól*, ami magasabb, mint Wenzel és mtsai (2005) korábban ismertetett, 1,4%-os gyakorisági eredménye. További 4,8%-uk ismétlődő pánikrohamokat tapasztal, melyeket azonban nem kísér anticipátoros szorongás, és/vagy jelentős, a rohamokkal kapcsolatos magatartásváltozás (*8.a táblázat*).

Mintánkban a *kényszeres zavar 3,6%-os gyakorisággal* fordult elő (*8. a táblázat*). Wenzel és mtsai saját mintájukban a posztpartum kényszeres zavar 2,7%-os gyakoriságát találták klinikai, s további 5,4%-osat szubklinikai szinten, míg más, korábban idézett kutatások (Uguz et al., 2007, idézi Abramowitz et al., 2010; Zambaldi et al., 2009) a ppOCD prevalenciáját 4 - 9%-ra teszik.

Fenti zavarok szorongó, szubklinikai és nem szorongó csoportjaink közötti eloszlását a *8. b táblázat* szemlélteti.

A *teljes PTSD előfordulása* posztpartumos mintánkban *1,6%-os*, míg a *részleges PTSD 4%-os értéket mutat* (*8. c táblázat*). Ez alacsonyabb, mint a teljes PTSD mások által leírt 2.5% - 7.6%-os, illetve a részleges PTSD 6% -24%- os gyakorisága (Ayers, 2009; Verreault et al., 2012, Polachek et al., 2012).

8. a táblázat. A posztpartum pánikzavar és kényszeres zavar megoszlása mintánkban

n=247	
ismétlődő pánikrohamok	12 (4,8%)
posztpartum pánikzavar	9 (3,6%)
posztpartum kényszeres zavar	9 (3,6%)

8. b táblázat. A posztpartum pánikzavar és kényszeres zavar megoszlása a szorongó, szubklinikai szinten szorongó és nem szorongó csoportok között

		szorongó (n=61)	szubklinikai (n=95)	nem szorongó (n=91)
PÁNIK	ismétlődő pánik-rohamok	8(13,1%)	3(3,1%)	1(1,09%)
	pánikzavar	5 (8,1%)	4(4,2%)	-
KÉNYSZERES ZAVAR		8(13%)	1(1,05%)	-

8. c táblázat. A posztpartum PTSD megoszlása mintánkban a szorongó, szubklinikai szinten szorongó és nem szorongó csoportok között

PTSD		szorongó (n=61)	szubklinikai (n=95)	nem szorongó (n=91)	összesen (n=247)
	teljes		4 (6,5%)	-	-
részleges		7 (11,4%)	3 (3,1 %)	-	10 (4%)

Mintánkban az anyák további 9,3%-a (23 fő) kevert szorongásos tüneteket mutat, amelyek önmagukban egyetlen zavar kritériumait sem elégítik ki, ugyanakkor az egészségesnél magasabb szorongásos értékkel társulnak. Ezeket a „Máshová nem osztályozható” csoportba soroltuk. Eloszlásukat a 8. d táblázat szemlélteti.

8.d táblázat. A máshová nem osztályozható szorongásos tünetek aránya a szorongó, szubklinikai szinten szorongó és nem szorongó csoportokban

Máshová nem osztályozott tünetek	szorongó csoport (n=61)	szubklinikai szinten szorongó csoport (n=95)	nem szorongó csoport (n=91)	összesen (n=247)
		9 (14,7 %)	12 (12,6%)	2 (2,1%)

A diagnózisok csoportok közti eloszlását tekintve látható, hogy a szorongó csoport 27,8 %-a szenved az általunk vizsgált zavarok valamelyikétől. Külön említést érdemel, hogy a szubklinikai szorongó csoport tagjainak összesen 5,2 %-a tapasztal pánik-, kényszeres vagy poszttraumás zavart, ami lényegesen magasabb a nem szorongók csoportjában jelentkező 0%-os előfordulástól. Ez az adat szintén megerősíti a szubklinikai szinten szorongó anyák különválasztásának létjogosultságát a nem szorongóktól (8. e táblázat).

8.e táblázat. A pánikzavar, kényszeres zavar és teljes PTSD megoszlása a szorongó, szubklinikai szinten szorongó és nem szorongó csoportok között. (A táblázat az ismétlődő pánikrohamokra és a máshová nem osztályozott tünetekre vonatkozó adatokat nem tartalmazza).

	szorongó csoport (n=61)	szubklinikai szorongó csoport (n=95)	nem szorongó csoport (n=91)
ÖSSZESEN	17 (27,8%)	5 (5,2%)	0

Összességében tehát elmondható, hogy mintánk 24,7%-a tapasztal kóros, további 38,5%-uk pedig szubklinikai szintű szorongást. A vizsgált anyák 8,8%-a pánik-, kényszeres vagy poszttraumás zavartól szenved.

A korábban idézett nemzetközi eredményekhez viszonyítva (Wenzel, 2005, Navarro, 2008) mintánkban a pánikzavar magasabb, míg a kényszeres és poszttraumás zavar alacsonyabb arányban jelenik meg, mint fenti kutatásokban. Az adatok összevetését nehezíti azonban a vizsgálatok időpontjának jelentős eltérése, hiszen Wenzel és mtsai nyolchetes, Navarro és mtsai hathetes posztpartumban vizsgáldtak, míg jelen vizsgálat a szülés utáni első évet érinti. Másrészt, jelen disszertációban a posztpartum specifikus szorongásos zavarok prevalenciájára vonatkozó adataink elsősorban tájékoztató, figyelemfelhívó jellegűek, melyeket később nagyobb mintán, nem önjellemző módszerek használatával, specifikusabb diagnosztikus szűrők alkalmazásával, s a szorongásos zavarok részletes tartományára kiterjedően tervezünk kivitelezni.

4.1.2.2. A posztpartum szorongás demográfiai tényezőkkel mutatott kapcsolatának vizsgálata

Vizsgálatunkban az anyáktól demográfiai adatokat is gyűjtöttünk. Rákérdeztünk életkorukra, családi állapotukra, iskolai végzettségükre; gyermekükkel kapcsolatban arra, hogy tervezték-e, illetve hogy milyen nemű és hányadik gyermekük a csecsemő. Kérdéseink között szerepelt, hogy mennyi időt töltenek a gyermekkel naponta egyedül, s kitől kapnak segítséget a napi feladatok ellátásában. Esetleges kórtörténetüket illetően pedig arról

kérdeztük őket, hogy szülés előtt jártak-e valaha pszichiáternél, vagy érezték-e ennek szükségét, s szednek-e jelenleg pszichofarmakont. *Adatainkat ugyanazon anyáktól nyertük, akik leíró jellemzőit az előző alfejezetben a STAI kapcsán ismertettük (247 fő).*

Leíró statisztika

Iskolai végzettség szempontjából mintánk eltolódik a felsőfokú végzettségűek (63,5%) felé. A vizsgált személyek jelentős része házasságban él (72%), s csak 3,2%-uk egyedülálló. 83%-uk szülés előtt nem járt pszichiáternél, s mintánk kétharmada (66,4%) nem is érezte ennek szükségét eddigi élete folyamán. Az általunk vizsgált anyák több mint felének jelenlegi, egy év alatti gyermeke első terhességéből született (56,2%), míg 28%-uknak a másodikból. 69%-uk első gyermekes szülő, s a 247 anyából 211 tervezte a terhességet. Szülését az anyák 31,5 %-a könnyűnek, 29%-uk normál lefolyásúnak, 28%-uk nehéznek, de nem traumatikusnak, míg 11%-uk nagyon nehéz, traumatikus folyamatnak ítélte. A vizsgálati személyek sok időt töltenek egyedül a gyermekkel, 33,6%-uk 9-12 órát, 25%-uk pedig 12 óránál többet, 28,7%-uk 5-8 órát, s csak 12,5% jelölt ennél kisebb időtartamot. Az anyák legnagyobb része az apát jelölte meg azon személynek, akitől segítséget kérhet a mindennapos teendők ellátásában (72%).

A vizsgált demográfiai tényezők kapcsolatát a szülés utáni kóros szorongással a 9. táblázat szemlélteti.

9. táblázat. Demográfiai tényezők kapcsolata a szülés utáni kóros szorongással

Demográfiai változó		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Eletkor	Pearson Chi-Square	46,200	44	,381
	Likelihood Ratio	52,554	44	,177
Családi állapot	Pearson Chi-Square	5,742	6	,453
	Likelihood Ratio	7,456	6	,281
Iskolai végzettség*	Pearson Chi-Square	11,985	6	,062*
	Likelihood Ratio	12,225	6	,057

	Ratio			
Szülés előtti pszichiáter	Pearson Chi-Square	4,116	2	,128
	Likelihood	4,259	2	,119
	Ratio			
Érezte-e szükségesnek?	Pearson Chi-Square	9,403	2	,009**
	Likelihood	9,675	2	,008
	Ratio			
Szed-e gyógyszert?	Pearson Chi-Square	2,934	2	,231
	Likelihood	3,059	2	,217
	Ratio			
Hanyadik terhesség?	Pearson Chi-Square	7,961	10	,633
	Likelihood	10,137	10	,429
	Ratio			
Egy év alatti gyermeke hanyadik?	Pearson Chi-Square	4,277	6	,639
	Likelihood	4,322	6	,633
	Ratio			
Gyerek neve	Pearson Chi-Square	,515	2	,773
	Likelihood	,516	2	,773
	Ratio			
Tervezte a babát?*	Pearson Chi-Square	5,102	2	,078*
	Likelihood	4,851	2	,088
	Ratio			
Saját szülés megítélése**	Pearson Chi-Square	17,467	6	,008**
	Likelihood	17,571	6	,007
	Ratio			
Mennyi időt tölt gyermekével?	Pearson Chi-Square	8,112	8	,423
	Likelihood	8,250	8	,409
	Ratio			
Kitől tud segítséget kérni?	Pearson Chi-Square	18,512	12	,101
	Likelihood	21,119	12	,049
	Ratio			

Vizsgálatunkban *mindössze két változó esetén találtunk szignifikáns kapcsolatot a szülés utáni kóros szorongással. Az egyik a szülés szubjektív megítélése, azaz a szülésélmény (könnyű, normál, nehéz, de nem traumatikus, nagyon nehéz, traumatikus). Másrészt, azon anyák, akik korábban nem jártak pszichiáternél, de korábban érezték szükségét ennek, nagyobb eséllyel mutattak kóros szorongást, mint akik soha nem érezték úgy, hogy szükségük lenne rá. Ezen túl két változó, az iskolai végzettség, illetve a gyermek tervezése, bár nem éri el a szignifikáns szintet, de tendencia-jellegű kapcsolatot tükröz a szülés utáni kóros szorongás kialakulására vonatkozóan. A többi változóra és a posztpartum szorongás szintje között nem találtunk matematikailag bizonyítható kapcsolatot.*

Az anya iskolai végzettségének szerepe a posztpartum kóros szorongás etiológiájában összhangban van a szakirodalomban fellelhető eredményekkel (Britton, 2005). Vizsgálatunkban ugyanakkor a nem tervezett terhesség, az anya életkora, illetve az elérhető társas támasz mértéke nem mutatott jelentős összefüggést a szülés utáni szorongás mértékével. Ugyanígy a korábbi pszichiátriai betegségeket szintén nem találtuk rizikótényezőnek, ellentétben Wenzel és mtsai (2005) eredményeivel, ugyanakkor úgy tűnik, azokban az esetekben, ahol az anya pszichikus gondjaival nem került ellátásba, lényegesen nagyobb a posztpartum kóros szorongás kialakulásának valószínűsége.

Ezen eredmények egyrészt tehát megerősítik Wenzel és mtsainak (2005) észrevételét, miszerint *a demográfiai tényezők önmagukban nem jelentenek magyarázóelvet a posztpartum szorongásos zavarok kórereditére.* Saját megfigyeléseim szerint a közgondolkodás, s nemegyszer gyakorló szakemberek is elsősorban ezen tényezők szintjén keresik a választ arra, miért lesz egyik anya szorongó vagy depressziós a posztpartumban, míg mások nem. Általában azon anyákat tartják sérülékenynek, akik fiatalabbak, és/ vagy terhességüket nem tervezték, akik gyermeküket egyedül nevelik, vagy pedig házasságban élnek, de sok időt töltenek egyedül a gyermekkel. A fentebb említett páciensekkel történő munkám során azt tapasztaltam, hogy a szülés utáni kóros szorongás esetükben nem mutatott kapcsolatot ezen tényezőkkel. Linda és Nóra mindketten házasságban élnek, gyermeküket tervezték, felsőfokú végzettségűek, anyagi körülményeik rendezettek. Ugyanebbe az irányba mutattak azon tájékozódó beszélgetések is, amelyeket a vizsgálat közben, vagy azon kívül több anyával folytattam. Wenzel eredményei mellett saját vizsgálatunk is igazolni látszik annak létjogosultságát, hogy *akár a kezelés, akár jelen kutatás során figyelmünk fókuszát érdemes tágitani, s a zavar hátterében a pszichikus sérülékenységet is feltárni, jobban megérteni.*

Azt is nagyon fontos ugyanakkor hangsúlyoznunk, hogy mintánk nem reprezentatív, nagyságban sem, de elsősorban eloszlásában. Így eredményeinket csak azon rétegre vonatkoztathatjuk, akik túlnyomórészt mintánkat alkotják. Más, hátrányosabb helyzetű társadalmi rétegek vizsgálata során feltételezhetően a demográfiai tényezők szorosabb kapcsolatot jeleznének a posztpartum szorongás mértékével.

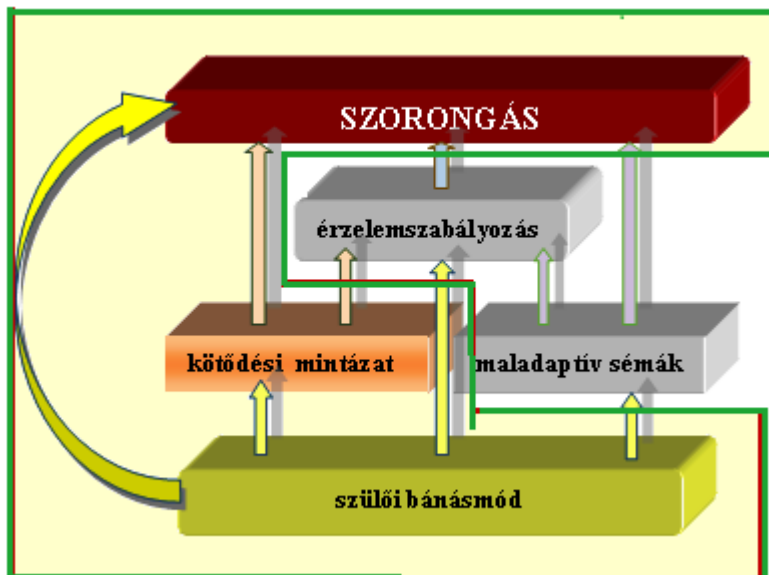
4.2. Második célkitűzés: A posztpartum szorongás kóroktanának kötődésméleti megközelítése

4.2.1. Vizsgálat II/1

A szülői bánásmód reprezentációi, a kötődési mintázat és a posztpartum szorongás közötti direkt és dinamikus kapcsolat vizsgálata

A 4.2.1. vizsgálat megjelent a *Pszichológiai Kutatások c. tanulmánykötetben (Molnár, 2014., 7-23).*

Jelen vizsgálat a bekeretezett, színessel jelölt változókra és azok kapcsolatára irányul.



4. ábra. Jelen vizsgálatunk változóit szemléltető modell

4.2.1.1. Bevezető

Kötődési rendszer, kötődési mintázatok

A kötődésméletek szerint a gyermek az elsődleges gondozókkal kapcsolatos korai tapasztalatok internalizálása nyomán ún. belső munkamodelleket alakít ki (Bowlby, 1973), amelyek affektív-kognitív tartalma egyrészt a jelentős másik elérhetőségére, válaszkészségére, másrészt a szelfre, azaz a személy értékességére, szerethetőségére

vonatkozik (Bartholomew – Horowitz, 1991). A munkamodellek kötődési kulcsingerekre aktiválódnak, s mivel konzisztenciára törekszenek, időben meglehetősen stabilak, így nagy szerepük van az új tapasztalatok szervezésében és a társas interakciók szabályozásában (Collins et al., 2004). Bowlby elméletéből kiindulva számos kutatás irányult a kötődési stílusok vizsgálatára és a mérésére. Kérdésfeltevésünket a Bartholomew és mtsai által kidolgozott kétdimenziós, négykategóriás kötődési modellen keresztül vizsgáljuk, amelynek alapját Bowlby munkamodell-elmélete képezi (Bartholomew – Horowitz, 1991).

Ennek értelmében a gyermekkori tapasztalatok kétdimenziós modellt hoznak létre: az egyik a kapcsolati élmények alapján a gyermeknek az önmagáról alkotott képe (Model of Self vagy szorongás), a másik dimenzió pedig a jelentős másikról alkotott reprezentációk összessége (Model of Other vagy elkerülés) (Csóka et al., 2007). A két dimenzió dichotomizálása négy kötődési mintát határoz meg: *biztonságosan kötődő*nek tekinthetjük azt az egyént, aki önmagát szerethetőnek, a másikat pedig megbízhatónak és támogatónak látja, azaz mindkét dimenzióban pozitív reprezentációkat hordoz. Ha az énről alkotott kép pozitív, de a másokról kialakult modell negatív, *elkerülő* kötődési mintázatról beszélhetünk. Azok, akik önmagukat szeretetre méltatlannak (negatív módon) látják, míg a másikat pozitív színben, az *aggodalmaskodó*, míg az önmagáról és másokról is negatív képet hordozó személyek a *bizalmatlan* kötődés jegyei hordozzák. Bartholomew modelljében ez utóbbi kötődési mintázat, illetve az elkerülő kötődés két típusának meghatározása jelenik meg újként az Ainsworth által leírt három kötődési stílushoz képest (Csóka et al., 2007). A bartholomew-i modell a mögöttes dimenziók együttes hatásának vizsgálatával a kötődési viselkedés árnyaltabb értelmezésére ad lehetőséget, mint a merev tipizáláson alapuló megközelítések.

A szülői bánásmód szerepe a kötődés alakulásában

A munkamodell-teóriából egyértelműen látszik, hogy a kötődési mintázat kialakulása elválaszthatatlan a szülői bánásmódtól, hiszen mind a jelentős másikról, mind a szelfről kialakított kép annak függvénye, milyen tapasztalatokat él át a gyermek a korai kapcsolataiban. A kötődési rendszer elsődlegesen a túlélés szolgálatában áll, így a gyermek tapasztalataiból különösen hangsúlyosak azok, amelyek szükségleteivel, illetve azok kielégítésének módjával kapcsolatosak. A biztonságosan kötődő gyermek szülei elérhetőbbek, fogékonyabbak, s megbízhatóbban válaszolnak szükségleteire és érzéseire, mint a bizonytalanul kötődőké. Az elkerülők elsődleges gondozói gyakran elutasítóak,

távolságtartóak, kényelmetlen számukra a testi kontaktus, s hajlamosak visszavonni a támogatást, amikor a gyermek azt igényelné. A szorongó (aggodalmas) kötődésű gyermekek szülei saját belső állapotaik által elárasztottak, érzékenyebbek saját szükségleteikre és szorongásukra, mint a gyermekéire; máskor tolakodóak és alapvetően kiszámíthatatlanok. A dezorganizált stílusú gyermekek szülei abuzívok, depresszívek, saját megoldatlan kötődési traumáikkal és veszteségeikkel küzdenek (Belsky – Cassidy, 1994, idézi Levy et al., 1998).

Young és mtsai (2003) az integratív, séma-fókusz elméletben a gyermek öt fejlődési alapszükségletét tárgyalják, amelyek adaptív kielégítése az egészséges személyiségfejlődés záloga. Ezek a következők: 1. biztonságos kötődés szüksége, 2. autonómia és kompetencia igénye, 3. korlátok állítása a primer vágyteljesítés elé, 4. érzelmek és szükségletek szabad kifejezése, 5. spontaneitás és szabad kezdeményezés szüksége. Amennyiben egy vagy több szükséglet kielégítése nem megfelelő, az adott területen ún. specifikus, korai maladaptív sémák alakulhatnak ki. Ezek érzelmeket, emlékeket, kogníciókat és testi érzeteket magukba sűrítő, átfogó mintázatok, amelyek az egyénnek önmagával és másokkal kapcsolatos viszonyára vonatkoznak, s jelentős mértékben diszfunkcionálisak (Unoka, 2011). Kialakulásukban a temperamentum mellett kiemelt szerepet kap a szülői bánásmód, amely alapvetően háromféle módon akadályozhatja a gyermek szükségleteinek adaptív kielégítését: krónikusan frusztrálhatja, traumatizálhatja vagy pedig túlzottan kielégítheti azokat. (Young et al., 2003). Mint Vankó (2012) rámutat, a korai maladaptív sémák szoros átfedést mutatnak a belső munkamodellek fogalmával, mivel a szelf és a másik dimenziói mentén szerveződnek, generalizálódva rávetülnek a későbbi kapcsolatokra, s az információfeldolgozás vezérlésén keresztül befolyásolják az interakciók értelmezését, így önfenntartóvá válva. Bár a Young által meghatározott szükségletek közül csak az első vonatkozik közvetlenül a kötődésre, a többi is elsődleges igény, amelyek nem megfelelő kielégítése a gondozóról és a szelfről negatív reprezentációkat (model of Self, model of Other) hoz létre, így hozzájárulhat a biztonságos kötődés sérüléséhez.

4.2.1.2. Résztevők

Kutatási mintánkat a 3. pontban részletezett módon értük el. A vizsgálati személyek szorongását a Spielberger-féle Állapotszorongás Kérdőív posztpartumra módosított felhasználásával mértük (Molnár – Münnich, megjelenés alatt), s a kitöltőket „szorongó”, „nem szorongó” és „szubklinikai szinten szorongó” csoportokba soroltuk. A részttevők a

STAI-S mellett a Relationship Scale Questionnaire (RSQ, Bartholomew – Horowitz, 1991; Csóka et al., 2007) és a Young-féle Szülői Bánásmód Kérdőívet (YPI, Young, 2000; Unoka, 2007) töltötték ki elsősorban online felületen, de lehetőség nyílt papír-alapú kitöltésre is. A válaszadók *134 fős mintájában* 29 kórosan, 49 szubklinikai szinten szorongó és 56 nem szorongó személy volt.

4.2.1.3. Eszközök

A Spielberger-féle Állapot- Vonásszorongás Kérdőív (STAI) posztpartumra módosított változata

Az anyák szorongásszintjének meghatározására a STAI-S Molnár és Münnich által kidolgozott, az előző vizsgálatban részletesen ismertetett, posztpartumra módosított változatát használtuk (Sipos et al., 1978; Molnár – Münnich, megjelenés alatt).

Relationship Scale Questionnaire (RSQ) magyar változata

Az anyák kötődési stílusának meghatározására a Relationship Scale Questionnaire (RSQ) magyar változatát használtuk, amelyet hazánkban Csóka és mtsai (2007) adaptáltak. A Bartholomew és Horowitz (1991) nevéhez fűződő, a szerzők kétdimenziós, négykategóriás kötődési modelljére épülő, 30 ítemes kérdőív Hazan és Shaver Felnőtt-Kötődési Kérdőívének (AAS), Bartholomew és Horowitz Kapcsolati Kérdőívének (RQ), és Collins és Read Felnőtt Kötődési Kérdőívének felhasználásával készült (Bartholomew, Internet 2.). A vizsgálati személyek 5 pontos Likert-skálán értékelik a közeli kapcsolataikra vonatkozó állításokat (1- egyáltalán nem jellemző rám, 5- nagyon jellemző rám). Bár a kérdőív a kötődési stílusok kategorizálására is alkalmas, Bartholomew hangsúlyosan a dimenzionális felhasználás mellett érvel (Bartholomew, Internet 2.) A magyar mintán történt validálás során Csóka és mtsai (2007) megerősítették az általa javasolt két dimenzió (függetlenség és aggodalmaskodás) létezését, melyet hét ítem értékei határoznak meg. E dimenziók kombinációjából meghatározhatóak a Bartholomew által leírt biztonságos, aggodalmaskodó, elkerülő és bizalmatlan felnőttkori kötődési mintázatok is (Csóka et al., 2007).

A Young-féle Szülői Bánásmód Kérdőív (YPI)

A Young-féle Szülői Bánásmód Kérdőív (YPI, Young, 2000; Unoka, 2007) a szülői viszonyulás maladaptív sémák kialakulására hajlamosító hatását méri. A kérdőív 72 állítást tartalmaz, melyeket a vizsgálati személy külön az anyára és apára (vagy más elsődleges gondozóra nézve) értékeli hatfokú Likert skálán, melynek két végpontja: „egyáltalán nem volt rá jellemző”, illetve „tökéletesen jellemző volt rá”. A kérdőív 17 korai maladaptív sémához rendelhető szülői magatartást ír le. Az értékelés során az érzelmi depriváció válaszáinál az adott pontot ki kell vonni hétből, a többi sémánál a megjelenő pontszám érvényes.

10. táblázat. A Young-féle szülői bánásmód kérdőív alszámai

1.	anya/apa- ÉD	az anya/apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása	10.	anya/apa- ÖF	az anya/apa Önfeláldozást követelő szülői magatartása
2.	anya/apa- EL	az anya/apa Elhagyó szülői magatartása	11.	anya/apa- EH	az anya/apa Elismerés hajszolásra készítő szülői magatartása
3.	anya/apa- BA	az anya/apa Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása	12.	anya/apa- ÉG	az anya/apa Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása
4.	anya/apa- CS	az anya/apa Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása	13.	anya/apa- KM	az anya/apa Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása
5.	anya/apa- KÍ	az anya/apa Kudarccra ítéeltséget kiváltó szülői magatartása	14.	anya/apa- NP	az anya/apa Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása
6.	anya/apa- DI	az anya/apa Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása;	15.	anya/apa- BK	az anya/apa Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása
7.	anya/apa-	az anya/apa Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét	16.	anya/apa-	az anya/apa Feljogosítottság/Grandiozitás

	SV	kiváltó szülői magatartása		FG	sémát kiváltó szülői magatartása
8.	anya/apa- ÖÉ	az anya/apa Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása	17.	anya/apa- EÖ	az anya/apa Elégtelen önkontrollt, önfegyelmet tanító szülői magatartása
9.	anya/apa- BÖ	az anya/apa Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása;			

Az adott alskálán kapott érték azt tükrözi, milyen mértékben volt jelen a személy gyermekkorában a séma kialakulásában szerepet játszó szülői magatartás (minél magasabb a pontszám, annál nagyobb a károsító szülői hatás mértéke) (Unoka, 2007). A kérdőívet, amelynek használatával mérhető szülői viszonyulásokat a *10. táblázat* foglalja össze, Unoka Zsolt és mtsai fordították magyarra (Unoka, 2007).

4.2.1.4. Eredmények

A számításokat az IBM SPSS Statistics 21 (2012) statisztikai programcsomagjával végeztük. A nagy mennyiségű táblázatokat a korlátozott oldalszám miatt nem illesztettük be a tanulmányba, de természetesen a lényeges szignifikancia és egyéb információkat adó értékeket a megfelelő helyeken megadjuk, illetve összefoglaló táblázatokban és példákon keresztül összegezzük. A statisztikai számítások alapját számos tankönyvben megtalálhatjuk (Rohatgi et al. 1976; Mardia et al., 1979; Münnich et al., 2006).

4.2.1.4.1. A kötődési mintázat és a posztpartum szorongás kapcsolata

Az RSQ kérdőív strukturális dimenziói

A Bartholomew (1991) eredeti 30 tételes RSQ itemjei közül a Csóka és mtsai (2007) szerinti két dimenzió strukturális szerkezetének ellenőrzésére maximum-likelihood faktor-

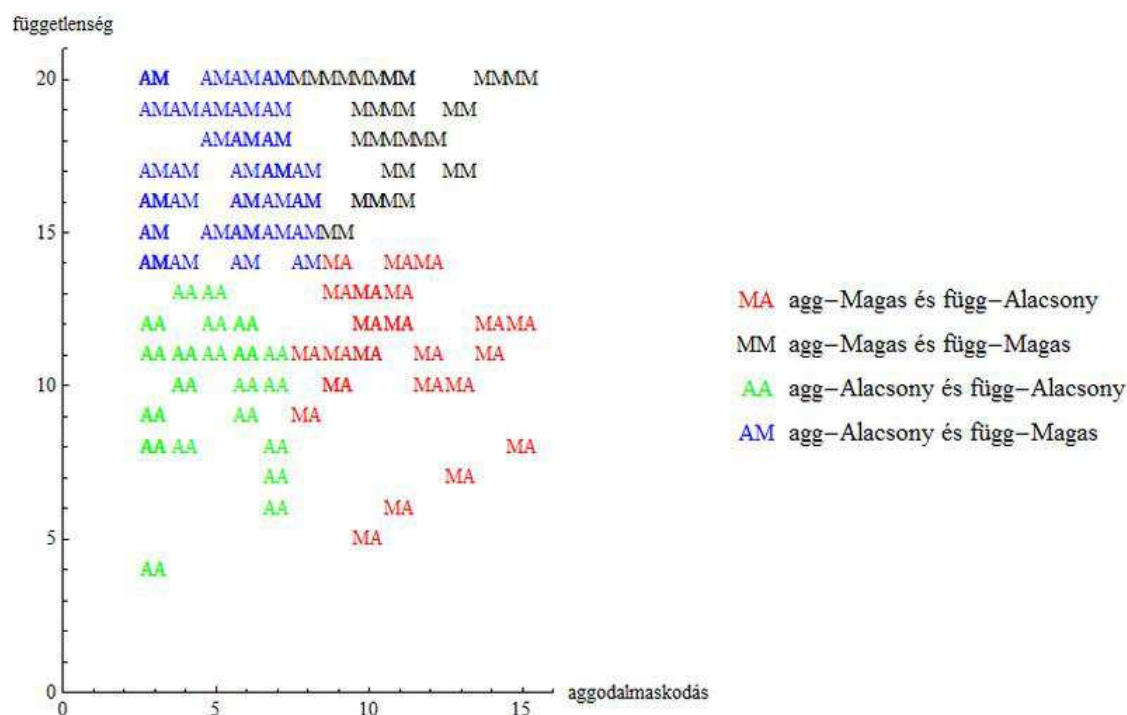
analízist végeztünk. A maximum-likelihood faktor-analízis speciális esete az ún. strukturális egyenlet modelleknek (Münnich–Hidegkuti, 2012), amivel pl. mérési hibákat is figyelembe lehet venni, de ebben az esetben kizárólag a már adott modell ellenőrzését kívántuk elvégezni.

11. táblázat. Az RSQ maximum likelihood faktor-analízisének faktor-súly mátrixa

Faktor Mátrix		
	Faktor	
	függetlenség var=2,146 %=30,6	aggodalmaskodás var=1,595 %=22,8
RSQ2	,895	-,026
RSQ19	,732	-,091
RSQ26	,697	,010
RSQ1	,561	,201
RSQ28	-,013	,848
RSQ16	,089	,711
RSQ25	-,019	,566

Az eredmények visszaigazolták a strukturális elvárásokat: az első faktor (függetlenség) itemjei az rsq1, rsq2, rsq19, rsq26, a második faktor (aggodalmaskodás) itemjei pedig az rsq16, rsq25, rsq28. Az illeszkedés chi-négyzet értéke 7,867, a szabadságfok 8, a számított szignifikancia szint 0,447, azaz az adatok nem térnek el szignifikánsan a két-faktoros elvárt modelltől (11. táblázat). A két faktor összesen a variancia 53,4%-át magyarázza, azaz elég jelentős ahhoz, hogy érdemes figyelembe venni a továbbiakban.

A függetlenség és aggodalmaskodás dimenziók mentén a személyeket k-középpontú klaszter-analízissel csoportosítottuk. Hasonlóan Csóka és mtsai (2007) eredményéhez, az 5. ábrán jól láthatóan azonosítható a négy szerkezeti kötődési típus. Az MA megfeleltethető az aggodalmaskodó (elárasztott), az MM a bizalmatlan (félelemteli), az AA a biztonságos, míg az AM az (elutasító) elkerülő típusnak. A mintában az aggodalmaskodó mintázatba 28 fő (20,89%), a bizalmatlanba 19 (14,17%), a biztonságosan kötődőbe 35 (26,11%), míg az (elutasító-) elkerülőbe 52 fő (38,8%) tartozik.



5. ábra A kötődés négy szerkezeti típusa

A Nagy László (2005) által ECR-rel (Experiences in Close Relationship Scale, Brennan et al., 1998) magyar, normál mintán mért eloszlással összehasonlítva (biztonságos: 38%, elárasztott 33%, félelemteli: 16,5%, elutasító-elkerülő: 12,5%) posztpartumos mintánkban a biztonságosan kötődők aránya jóval alacsonyabb (26,11%), míg az elutasító-elkerülő személyeké lényegesen magasabb (38,8%). Így mintánk 73,89%- a bizonytalanul kötődőnek tekinthető, ezen belül is az elutasító-elkerülő csoport tagjai (AM) képviselik legnagyobb számban magukat.

A kötődési mintázat és a „szorongó – szubklinikai - nem szorongó” csoportok keresztábrája (12. táblázat) jól mutatja a közöttük lévő direkt kapcsolatot. *Kóros szorongásra leginkább az aggodalmaskodó* (elárasztott) csoport tagjai, *illetve a bizalmatlan* (félelemteli) kötődésű személyek hajlamosak. Legkevésbé az elutasító- elkerülő, illetve a biztonságosan kötődő anyák szoronganak. Az eredmények jól láthatóan jelenítik meg, hogy *a posztpartum szorongás az „aggodalmaskodás” („Model of Self”) dimenzióval mutat szoros összefüggést*, hiszen mind az aggodalmaskodó (MA), mind a bizalmatlan (félelemteli) csoport tagjai (MM) ezen a dimenzióan érték el magas értéket (énképük negatív). Az „aggodalmaskodás” dimenzióan alacsony pontszámot adó (pozitív énképpel bíró) nők akár alacsony, akár magas

értéket mutatnak a „függetlenség” dimenzión, sokkal nagyobb valószínűséggel kerülnek a „nem szorongó” csoportba (51-61%). A szubklinikai csoportba tartozás esélye minden kötődési mintázat esetén viszonylag magas (30-42%), ami megerősíti, hogy a szubklinikai tüneteket hordozó személyeket érdemes nem összemosni az egészséges csoporttal, hanem különválasztani a normál mértékben szorongóktól.

12. táblázat. Kötődési dimenziók és szorongás

gyakoriságok				
aggodalmaskodás-függetlenség csoportok	szorongás csoportok			összesen
	szorongó	szubklinikai	nem szorongó	
aggodalmaskodó (MA)	14	12	2	28
bizalmatlan-elkerülő (MM)	8	7	4	19
biztonságos (AA)	3	14	18	35
elutasító-elkerülő (AM)	4	16	32	52
összesen	29	49	56	134

%				
aggodalmaskodás-függetlenség csoportok	szorongás csoportok			összesen
	szorongó	szubklinikai	nem szorongó	
aggodalmaskodó (MA)	50,0%	42,9%	7,1%	100,0%
bizalmatlan-elkerülő (MM)	42,1%	36,8%	21,1%	100,0%
biztonságos (AA)	8,6%	40,0%	51,4%	100,0%
elutasító-elkerülő (AM)	7,7%	30,8%	61,5%	100,0%
összesen	21,6%	36,6%	41,8%	100,0%

4.2.1.4.2. A szülői bánásmód, a kötődési mintázatok és a posztpartum szorongás folyamatjellegű elemzése

A Young-féle Szülői Bánásmód Kérdőív (YPI) megbízhatósága és direkt hatása a szorongásra

Az YPI skálák megbízhatósági vizsgálata azt mutatta, hogy néhány skála megbízhatósága túlságosan alacsony ahhoz, hogy jelen vizsgálatunkban figyelembe vegyünk. A megbízhatósági kritérium a Cronbach-alfa minimális értékére 0,7 volt. Ennek a szűrőfeltételnek a következő skálák feleltek meg: az anyai bánásmód 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15, míg az apai bánásmód 1, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15 skálái.

A szülői bánásmód skáláknak a szorongáscsoportok mentén végzett varianciaanalízise alapján megállapítható a szülői bánásmód direkt kapcsolata a szorongás átlagos értékeivel (azaz a csoportok átlagos értékei szignifikánsan különbözőek). Az alábbi skálák eredményeztek szignifikáns eltérést: az anyai bánásmód 1**, 3*, 4*, 5*, 6**, 9**, 11*, 14**, 15* skálái; míg az apai bánásmód 1*, 4**, 5**, 6**, 9**, 11**, 13*, 14**, 15** skálái (* jelöli, ha $p < 0,01$, ** jelöli, ha $p < 0,05$).

A direkt hatások feltárása mellett a szülői bánásmód, a kötődés és a posztpartum szorongás mértéke közötti *dinamikus* kapcsolat elemzéséhez az átlagos értékek és a válaszok eloszlása alapján, illetve a statisztikai mintanagyság figyelembevételével mellett érdemesnek mutatkozott, hogy a mintát minden egyes szülői bánásmód skála esetében a skálaérték mentén három kategóriára osszuk: alacsony, közepes és magas értékkel bírókra. A kategóriák határait az 1/3 - 2/3 percentilisek alapján határoztuk meg (13. táblázat), ami által a kapott három csoport minta-elemszáma kb. 1/3-1/3 arányban oszlott meg.

A 3. (anyai), illetve az 5. (mindkét szülőre vonatkozó) skálák esetében azt tapasztaltuk, hogy a minta jelentős része (kb. 80%-a) minden itemre 1-es értéket adott, így ezen skálákat a továbbiakban a statisztikai elemzésből kivettük.

13. táblázat. A figyelembe vett szülői bánásmód skálák percentilisei

	Percentilisek			
	1/3	2/3		
anya- ÉD	4,40	5,80	apa- ÉD	3,00 4,80
anya- SV	1,25	2,75	apa- SV	1,00 2,25
anya- DI	1,00	2,33	apa- DI	1,00 1,67
anya- CS	1,00	1,75	apa- CS	1,00 1,75
anya- BÖ	1,00	1,75	apa- BÖ	1,00 1,75
anya- KM	2,14	3,29	apa- KM	1,71 3,00
anya- NP	1,75	3,25	apa- NP	1,50 2,50
anya- BK	1,50	2,50	apa- BK	1,50 2,50
anya- EH	1,50	2,50	apa- EH	1,50 3,00

Útmodell az YPI, RSQ és STAI eredményei alapján

A 14. táblázat szemlélteti azokat az általános dinamikus összefüggéseket, amelyek a szülői bánásmód, a kötődési stílus és a szorongás mértéke között jelentkeznek. A 14. táblázat 1-gyel jelölt része azon esetek kimeneteli eloszlását összegzi, akik nem (vagy csak igen elenyésző mértékben) tapasztaltak ártalmas szülői hatásokat. A 14. táblázat 3-mal jelölt része pedig azt az eloszlást mutatja be, amelyet a toxikus szülői bánásmódot magas mértékben átélt eseteknél találtunk. A sötétebb szín a valószínűsíthetőbb, a világosabb, illetve a fehér ennek megfelelően a kevésbé valószínű, illetve a nem valószínű kimeneteket jelöli. A skálánkénti tapasztalt gyakoriságokat nem jelenítjük meg (a táblázatok nagy száma miatt, s mert a jellegzetességek az összefoglaló táblázatból is jól láthatóak), viszont bemutatjuk a tapasztalt tendenciákat (a változók közötti összefüggések minden szülői alskálából induló elemzés esetében ugyanazok voltak). A közepes mértékű káros szülői magatartás részletezését most nem tárgyaljuk. A hatások statisztikai hipotézisvizsgálatát a Goodman and Kruskal tau-féle post-test (a szorongás függő változóval számolva) segítségével végeztük el. A számításokat külön-külön végeztük minden egyes szülői bánásmód kategóriára.

14. táblázat. A káros szülői magatartás → kötődési stílus → szorongás útmodellje

1		SZORONGÁS			összesen
		szorongó	szub-klinikai	nem szorongó	
Egyáltalán vagy jellemzően nem tapasztalt káros szülői magatartás					
KÖTŐDÉSI MINTÁZAT	aggodalmaskodó (MA)				
	bizalmatlan (félelemteli) (MM)				
	biztonságos (AA)				
	(elutasító-) elkerülő (AM)				

3		SZORONGÁS			összesen
		szorongó	köztes	nem szorongó	
Jellemzően (gyakran) tapasztalt káros szülői magatartás					
KÖTŐDÉSI MINTÁZAT	aggodalmaskodó (MA)				
	bizalmatlan (félelemteli) (MM)				
	biztonságos (AA)				
	(elutasító-) elkerülő (AM)				

Amint a 14. táblázatból látható, *káros szülői bánásmódot egyáltalán vagy jellemzően nem tapasztaló személyek:*

- kötődése legnagyobb valószínűséggel *biztonságos vagy (elutasító-) elkerülő* mintázatú lesz, ami implikálja, hogy szülés után nagy valószínűséggel *kóros szorongást nem* élnek át, *legfeljebb szubklinikai* tüneteket (vagy egészséges értéket) mutatnak;
- jelentősen kisebb valószínűséggel rendelkeznek aggodalmaskodó vagy bizalmatlan (félelemteli) kötődési mintázattal, azonban ha mégis, a személy posztpartumban nagy valószínűséggel szubklinikai szintű szorongással reagál.

A károsító szülői bánásmódot jellemzően (gyakran) tapasztaló személyek:

- legnagyobb valószínűséggel *aggodalmaskodó, illetve (elutasító-) elkerülő kötődési mintázatot* mutatnak, ugyanakkor a kétféle kötődés esetén *a szorongásos kimenet különböző*. Az aggodalmaskodó típusba sorolható személyek esetén legnagyobb valószínűsége a kóros szorongásos kimenetnek van, míg az (elutasító-)- elkerülők szorongásszintje legnagyobb eséllyel az egészséges övezetben marad. Kisebb arányban mindkét típus hajlamos lehet szubklinikai szintű szorongásra;
- jelentősen kisebb valószínűséggel mutatnak bizalmatlan (félelemteli), illetve biztonságos kötődési mintázatot. Amennyiben mégis, előbbi csoport tagjai kóros, míg utóbbi kötődésűek egészséges mértékű szorongásra hajlamosabbak.

Alábbiakban a fent ismertetett tendenciózus jelenségeket egy-egy tipikus példán keresztül illusztráljuk.

Példa:

15. táblázat. M-EH: az anya Elismerés-hajszolás sémára hajlamosító magatartása, a kötődési mintázat és a szorongás mértéke közötti útmodell

1 egyáltalán vagy jellemzően nem tapasztalt káros szülői magatartás		SZORONGÁS			összesen
		szorongó	köztes	nem szorongó	
KÖTŐDÉSI MINTÁZAT	aggodalmaskodó (MA)	1	5	1	7
	bizalmatlan (félelemteli) (MM)	2	4	1	7
	biztonságos (AA)	0	11	10	21
	(elutasító-) elkerülő (AM)	0	6	15	21

3 jellemzően (gyakran) tapasztalt káros szülői magatartás		SZORONGÁS			összesen
		szorongó	köztes	nem szorongó	
KÖTŐDÉSI MINTÁZAT	aggodalmaskodó (MA)	10	4	1	15
	bizalmatlan (félelemteli) (MM)	4	2	2	8
	biztonságos (AA)	1	1	3	5
	(elutasító-) elkerülő (AM)	2	6	8	16

A 15. táblázaton látható, hogy azon személyek, akik az anya Elismerés-hajszolás sémára hajlamosító bánásmódjával kapcsolatosan alacsony értékeket adtak (1), azaz

jellemzően nem tapasztaltak ilyen bánásmódot, legnagyobb eséllyel biztonságos (21 fő) vagy elutasító-elkerülő kötődési stílussal (21 fő) rendelkeznek. Ezen személyek legnagyobb valószínűséggel nem élnek át kóros szorongást (10, illetve 15 fő), vagy legfeljebb szubklinikai mértékben tapasztalják azt (11, illetve 6 fő). Esetükben az aggodalmaskodó vagy bizalmatlan kötődési mintázat esélye jelentősen kisebb (7-7 fő), a kóros szorongás pedig nem valószínűséggel nem jelenik meg (mindkét esetben 0 fő).

Azok, akik az anya Elismerés-hajszolás sémára hajlamosító bánásmódjával kapcsolatosan magas értékeket adtak (3), tehát azt jellemzően vagy gyakran tapasztalták, legnagyobb eséllyel aggodalmaskodó (15 fő) vagy elutasító-elkerülő kötődési mintázatot (16 fő) mutatnak. A kétféle kötődés esetén azonban *a szorongásos kimenet különböző*. Az aggodalmaskodó típusba sorolható személyek esetén legnagyobb valószínűsége a kóros szorongásos kimenetnek van (10 fő), míg az (elutasító-) elkerülők szorongásszintje legnagyobb eséllyel az egészséges övezetben marad (8 fő). Kisebb arányban mindkét típus hajlamos lehet szubklinikai szintű szorongásra (4, illetve 6 fő). Ezen személyek jelentősen kisebb valószínűséggel mutatnak bizalmatlan (8 fő), illetve biztonságos kötődési mintázatot (5 fő). Amennyiben mégis, előbbi csoport tagjai kóros (4 fő), míg utóbbi kötődésűek egészséges mértékű szorongásra hajlamosabbak (1 fő).

A Goodman and Kruskal tau értéke a szorongás függő változóval számolva 0,148 (sig.:0.012< 0.05) mutatja, hogy a „nem tapasztalt káros szülői magatartás” meglétének ismerete lényegesen csökkenti a szorongással kapcsolatos esetleges hibás döntésünk valószínűségét. A magas „káros szülői magatartás” esetében valamennyivel még magasabb értéket kaptunk, a tau értéke 0,159 (sig.:0.033< 0.05).

4.2.1.5. Megbeszélés

Vizsgálatunkban a posztpartumban megjelenő, kóros szorongással járó állapotok rizikófaktorainak egy specifikus szempontú, kötődéelméleti vizsgálatát mutattuk be. Kutatásunk irányvonalában meghatározó, hogy a gyermek születése mély transzformáló hatást gyakorol a szelfre, erőteljesen aktiválva többek között az anya kötődési rendszerét, saját implicit, preverbális emlékeit, reprezentációit, esetleges kötődési zavarait (Merle-Fishman, 2010). Az ismétlésre és reparációra egyaránt alkalmas időszak kimenetele

feltételezésünk szerint nagyban függ ezek tartalmától és minőségétől, így vizsgálatunkban az anyák kötődési mintázatának és saját szülei bánásmódjának reprezentációit, illetve ezek szülés utáni szorongásra gyakorolt hatását tanulmányoztuk.

Eredményeinket két módon értelmeztük: a változók közötti *direkt*, illetve *dinamikus* összefüggések alapján.

A kötődési mintázat és posztpartum szorongás mértéke közötti kapcsolat direkt elemzésének fényében első hipotézisünk (H1) - miszerint a posztpartumban kórosan szorongó anyák bizonytalan, azon belül is legnagyobb eséllyel aggodalmaskodó kötődési típusúak, míg a nem szorongó anyák nagyobb valószínűséggel biztonságosan kötődőek- részben tekinthető igazoltnak. A biztonságos kötődési stílussal rendelkező anyák valóban jelentősen kisebb eséllyel tapasztalnak kóros szorongást a szülés után, s az is igazolódott, hogy az aggodalmaskodó kötődési stílus hajlamosíthatja a leginkább az anyákat a patológiás szorongásos kimenetre. Hipotézisünkkel az is összecseng, hogy a szintén bizonytalan stílusúnak tekinthető bizalmatlan (félelemteli) kötődésű személyek posztpartum szorongásszintje is lényegesen magasabb, mint a biztonságosan kötődőeké. Az (elutasító-) elkerülő típussal kapcsolatban azonban feltevéseinkkel ellenkező eredményt kaptunk, mivel annak ellenére, hogy ez is bizonytalan kötődési forma, eredményeink szerint mégis legnagyobb valószínűséggel normál mértékű szorongásszintre hajlamosítja az anyákat.

Eredményeink a kötődés dimenzionális megközelítésében egységesebb képet tükröznek, mint fenti, kategorikus szemléletben. Azon személyek, akiknél az *aggodalmaskodás dimenzió* alacsony értéket mutat, azaz a biztonságos (AA) és elutasító-elkerülő mintázatú személyek (AM), jelentősen nagyobb eséllyel reagálnak normál mértékű szorongással a posztpartum időszakában, mint azok az anyák, akiknél ez a dimenzió magas, azaz az aggodalmaskodó (MA) és a bizalmatlan (MM) kötődésű személyek. Eredményeink tehát azt jelzik, hogy az *aggodalmaskodás dimenzió (Model of Self)*, azaz a *negatív szelfreprezentációk a posztpartum szorongás rizikófaktorainak tekinthetőek*, míg a *Függetlenség (Model of Other) dimenzió* ettől relatíve függetlennek tűnik.

A szülői bánásmód és a szorongás átlagos értékei közötti direkt kapcsolat elemzése az anya *Érzelmi Deprivációra, Bizalmatlanságra, Csökkentértékűsége, Kudarca, Dependenciára, Behódolásra, Elismerés Hajszolásra, Pesszimizmusra és Büntető Készenlétre hajlamosító magatartása, illetve az apa Érzelmi Deprivációra, Csökkentértékűsége,*

Kudarokra, Dependenciára, Behódolásra, Elismerés Hajszolásra, Könyörtelen Mércékre, Pesszimizmusra és Büntető Készenlétre hajlamosító bánásmódja esetén jelzett szignifikáns különbséget a kórosan szorongó, illetve a nem szorongó csoportok között.

Ennek alapján második hipotézisünk (H2) - mely szerint azon anyáknál, akik szüleikről több negatív, szükségleteiket frusztráló reprezentációt hordoznak, szignifikánsan magasabb szorongásszintet feltételeztünk, mint azoknál, akik alapszükségeiket alapvetően kielégítő szülői bánásmódot idéznek fel- igazoltnak tekinthető.

A szülői bánásmód, a kötődési mintázat és a szorongásos kimenet közötti *dinamikus kapcsolatok* elemzése (útvonal-modell) tükrében azok, akik jellemzően *nem* tapasztaltak a fejlődési alapszükségeiket frusztráló szülői magatartást, jelentősen nagyobb eséllyel *biztonságos vagy elutasító-elkerülő kötődési mintázatot* mutatnak, míg a *károsító* szülői bánásmód legnagyobb valószínűséggel *aggodalmaskodó* vagy szintén *elutasító- elkerülő* stílushoz vezet. A *kötődési mintázat* jelentős hatással bír a *szorongásos kimenetre*: az *aggodalmaskodás dimenzió*, azaz a negatív énkép hajlamosít a posztpartumban kóros szorongás megjelenésére, míg a pozitív szelf-reprezentációk ettől védenek. Így harmadik hipotézisünk (H3), azaz annak feltételezése, hogy a szülői bánásmód, a kötődési mintázat és a szorongás mértéke között dinamikus, folyamatjellegű összefüggések tárhatók fel, szintén igazoltnak tekinthető.

Néhány mondatban érdemes kitérnünk az *elkerülő-elutasító* csoporttal kapcsolatos eredményeinkre, melyek két aspektusban is eltérnek a várt tendenciáktól. Egyrészt, ezen kötődési mintázat összefüggése a szülői bánásmóddal kétirányú: mind a káros szülői magatartás, mind annak hiánya megjelenik a mintázat háttérében. Erre a jelenségre jelen tanulmányban csak hipotetikus magyarázatokat adhatunk. Az *elkerülő kötődés* mint szervezett stratégia lényegi vonása az érzelmek elnyomása, az érzelmkifejezés minimalizálása (Láng, 2009), illetve a kognitív elkerülés, melynek során a fájdalmas gondolatokat, emlékeket a személy már a tudatba kerüléskor csírájában elnyomja (Young, 2003). Lehetséges, hogy ezen mechanizmusok a szülők jellemzése során is aktiválódnak, így ellentmondásosabb adatokat eredményezve a szülői reprezentációkról, mint a másik három kötődési mintázat esetében láthattuk. Hasonló tényezők állhatnak annak háttérében is, hogy az *elkerülő kötődés* bár bizonytalan mintázat, eredményeink alapján mégis nagy valószínűséggel egészséges szorongásértéket jósol. Figyelembe véve, hogy ezen személyek

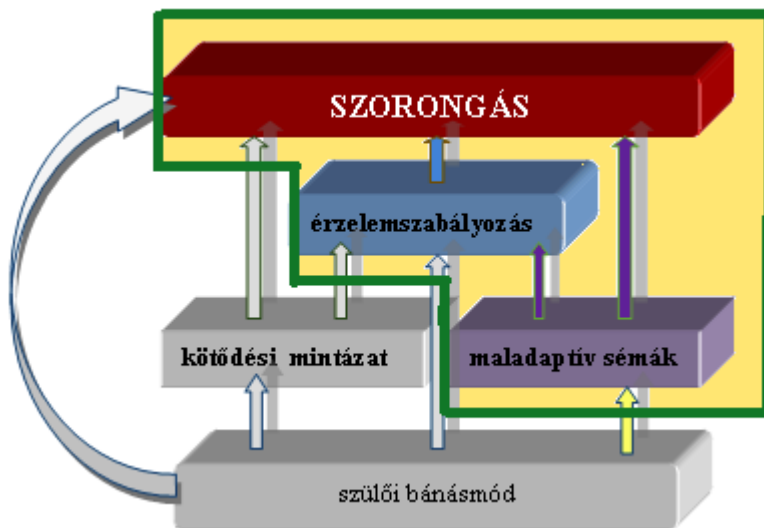
védekező stratégiákkal nemcsak a közelséget, de az érzelmekkel való foglalkozást, azok átélését, tudatosítását is kerüljük (Láng, 2009), kevésbé meglepő, hogy önjellemezésükben a *manifeszt, tudatosan átélt* szorongás alacsony szintje jelenik meg.

Eredményeink megerősítik, hogy a posztpartum szorongásos zavarok hátterében az anyák kötődési jellemzői is fontos szerepet játszhatnak. Ezzel rámutatnak a kezelés során a pszichikus tényezők figyelembevételének szükségességére és a pszichoterápiás segítségnyújtás jelentőségére. A terápiás folyamat lényegi része lehet az anyák kötődési mintázatának, saját gyerekkorukról hordozott reprezentációinak feltárása, jelenlegi szorongásukkal való összekapcsolása, ami az érintettek számára elsődlegesen megértést adhat saját állapotukkal kapcsolatban, s csökkentheti szégyenüket, alkalmatlanság-, illetve rossz-anyaság- érzésüket. Másrészt, a terápiás kapcsolat a sérült alapszükségletekre is figyelmet fordítva a keretek közötti szülői újragondoskodáson keresztül korrekatív élményt nyújthat az anya számára, így a pszichoterápiás folyamat nemcsak tünetredukciót eredményezhet, de a kötődési zavarok transzgenerációs továbbadása ellen is védelmet nyújthat az anya-gyerekek diád számára.

4.2.2. Vizsgálat II/2

Korai maladaptív sémák és érzelemszabályozási nehézségek vizsgálata a posztpartum szorongás háttérében

Jelen vizsgálatban a bekeretezett, színessel jelölt változókat és azok kapcsolatát vizsgáljuk.



6. ábra. Jelen vizsgálatunk változóit szemléltető modell

4.2.2.1. Bevezető

Korai maladaptív sémák

A séma-fókusz elmélet megalkotója, Young szerint a korai maladaptív sémák átfogó, kiterjedt mintázatok, a mentális működést szervező struktúrák, amelyek:

- emlékeket, testi érzeteket, érzelmeket és kogníciókat sűrítenek;
- a személynek önmagáról alkotott képére, illetve másokkal való kapcsolatára vonatkoznak;
- gyermek- és serdülőkorban alakulnak ki, de az egész élet folyamán módosulnak;
- s az alkalmazkodást gátló mértékben diszfunkcionálisak (Unoka et al., 2004).

Young és mtsai (2003) 18 korai maladaptív sémát azonosítottak, amelyek kialakulásában a veleszületett temperamentumnak és a környezeti hatásoknak egyaránt szerepet tulajdonítanak. A környezeti hatások oldaláról a séma-fókuszú elmélet azon fejlődési alapszükségletek jelentőségét hangsúlyozzák, amelyeket univerzálisnak, azaz minden emberre jellemzőnek vél. Ezen alapszükségletek erőssége az egyéni temperamentum fényében ugyan eltérő lehet, de adekvát kielégítésük minden ember alapvető lélektani igénye.

Young és mtsai öt alapvető fejlődési szükségletet írnak le: (1) a biztonságos kötődés szükséglete; (2) autonómia és kompetencia szükséglete; (3) korlátok állítása a primer vágyteljesítés elé; (4) az érzelmek és szükségletek szabad kifejezése; (5) spontaneitás és szabad kezdeményezés szükséglete. Ezen alapszükségletek optimális betöltését alapvetően négyféle káros környezeti hatás hiúsíthatja meg. A szükségletek *toxikus frusztrációja* során a gyermek környezete nem biztosítja a szükséglet kielégítéséhez szükséges pozitív tapasztalatokat, mint például megértés, szeretet, stabilitás. A második típusú ártalmas korai élmény a *traumatizáció, viktimizáció*, melynek során a gyermek a bántalmazó környezet áldozatává válik. A harmadik lehetséges környezeti hatás, melynek során a gyermek *túl sokat kap valamiből*, ami mérsékelt formában egészséges tapasztalat lenne számára (pl. a szülő túlvédi vagy túlságosan engedékeny vele). Végül, a gyermek *szelektíven internalizálhatja* a szignifikáns másik egyes érzelmeit, gondolatait, vagy viselkedésének bizonyos aspektusait (pl. az elhanyagoló szülő érzelmi hidegségét) (Young et al., 2003).

A betöltetlen alapszükségletek körül ún. *sématartományok* alakulnak ki, amelyek a szükséglethez kapcsolódó, specifikus korai maladaptív sémákat tartalmazzák. Ezek a következők (Young et al., 2010):

- *Elszakítottág és Elutasítás sématartomány*: Az ide tartozó sémákkal rendelkező személyek nem képesek másokkal stabil, biztonságos kötődést kialakítani, mert úgy vélik, hogy a szeretet, gondoskodás, valahová tartozás iránti szükségletüket senki sem fogja betölteni. Az ilyen alaphitekkal élő személyek származási családját általában érzelmi hidegség, elutasító attitűd, kiszámíthatatlanság, labilitás vagy a gyermekkel szembeni abuzív bánásmód jellemezte. Az ide tartozó sémákkal rendelkező személyek általában a legsúlyosabban sérültek, sokan közöttük traumatizáltak.
- *Károsodott Autonómia és Teljesítőképeség sématartománya*: Azok a személyek, akiknek ebbe a tartományba eső sémájuk van, gondokkal küzdenek a szüleikről való leválásban független működésben. Jellegzetes a túlvédő, a gyermek önállóságát aláaknázó, az otthonon kívüli kompetens funkcionálást nem jutalmazó, esetleg büntető családi háttér.

- *Károsodott Korlátok sémartartomány:* Ezen sémartartomány esetében a személynél nem alakultak ki a megfelelő belső korlátok az önfegyelem és a kölcsönösség terén, így kihívásokkal küzd az önszabályozás, a hosszútávú célok elérése, mások jogainak tiszteletben tartása, illetve az együttműködés terén. A sémá(k) háttérben álló szülői bánásmód általában túlzottan engedékeny, kényeztető, a gyermek elé reális korlátokat nem állító.
- *Kóros Másokra Irányultság tartománya:* Azok a személyek, akiknek ide tartozó maladaptív sémáik vannak, általában mások érdekeit tartják szem előtt, miközben saját igényeiket elnyomják, háttérbe szorítják. Mindezt azért teszik, hogy elkerüljék a büntetést, elismerést kapjanak vagy fenntartsák a másikkal való kapcsolatot. Gyermekként nem fejezhették ki szabadon szükségleteiket, lényüknek fontos aspektusait kellett elnyomniuk ahhoz, hogy megkapják a vágyott szeretetet. Az igények elnyomásának a háttérben gyakran az áll, hogy a szülő saját szükségleteit vagy a szociális külsőségeket fontosabbnak és elsődlegesebbnek érzékelték a gyermekéinél.
- *Aggályosság és Gátlás sémartartomány:* A spontán érzések és kezdeményezések elnyomásával járó sémák tartoznak ide, melyek hatására a személy merev, internalizált szabályoknak próbál megfelelni, az ellazulás, örömképesség rovására. Tipikus családi háttere általában szigorú és zord, ahol az önkontroll, önmegtagadás és előrelátás, tervezés a fő értékek.

A sémartartományokat és a hozzájuk tartozó maladaptív sémákat a 16. táblázat szemlélteti.

16. táblázat. Sémartartományok és a hozzájuk tartozó specifikus korai maladaptív sémák (Nagy et al., 2013., 719.o)

I. Elszakítottság és elutasítottság sémartartomány	
1. Érzelmi Depriváció	Az a hiedelem, hogy a személy gondoskodás, empátia, érzelmi támogatás és védelem iránti normál mértékű szükségletei nem fognak teljesülni.
2. Elhagyatottság	Annak érzete, hogy a fontos kötődési személyek hosszú távon nem képesek az érzelmi szükségletek kielégítésére, mert instabilak vagy kiszámíthatatlanok, vagy el fogják hagyni a személyt egy másik értékesebb kedvéért.
3. Bizalmatlanság /Abúzus	Annak megelőlegzése a személy részéről, hogy a többiek bántják, abúzálják, megalázzák, megcsalják, hazudnak neki, manipulálják vagy kihasználják; szándékosan, igazságtalanul, szélsőséges közönyösség következtében.
4. Csökkentértékűség	Az a hiedelem, hogy az egyén egy lényeges szempontból tökéletlen, , nem kívánatos, alsóbbrendű, értéktelen; vagy hogy a jelentős másik nem lenne képes őt szeretni, ha igazán ismerné.

5. Társas Izoláció	Elszigeteltség érzése, a másoktól különbözőség megélése, illetve a csoportok, közösségeken kívül állás érzete.különbözik a többi embertől, és/vagy nem része semmilyen csoportnak vagy közösségnek.
II. Károsodott Autonómia és Teljesítőképeség	
6. Dependencia- inkompetencia	Az a hiedelem, hogy képtelen kompetensen ellátni a mindennapi kötelességeit mások jelentős segítségével.
7. Sérülékenység- veszélyeztetettség	Túlzott félelem attól, hogy egy küszöbön álló katasztrófa bármelyik pillanatban bekövetkezhet és képtelen lesz azt megelőzni.
	Túlzó érzelmi bevonódás és közelség egy vagy több jelentős személlyel, ami a teljes individuálódás vagy a normális szociális fejlődés rovására megy.
9. Kudarca ítélttség	Az a hiedelem, hogy kudarcot vallott, elkerülhetetlenül kudarcot fog vallani, vagy alapvetően csökkent képességű kortársaihoz képest számos területen.
III. Károsodott Korlátok	
10. Feljogosítottság- grandiozitás	Az a hiedelem, hogy a többiekhez képest felsőbbrendű, különleges jogokkal és privilégiumokkal van felruházva, vagy a normális szociális interakciót szabályozó kölcsönösség szabályai nem kötik meg.
11. Elégtelen önkontroll- önfegyelem	Az egyén számára rendkívül nehéz vagy nem hajlandó arra, hogy személyes céljai eléréséhez szükséges önkontrollt és frusztrációs toleranciát gyakoroljon, vagy érzelmeit és késztetéseit ne jutassa azonnal és túlzott mértékben kifejezésre.
IV. Kóros Másokra Irányultság	
12. Behódolás	A kontroll fokozott mértékű átadása másoknak, többnyire azért, hogy a haragot, bosszút vagy az elhagyatást elkerülje. Az alárendeltség két fő formája: szükségletek alárendelése, érzelmek alárendelése.
13. Önfeláldozás	Túlzott hangsúly azon, hogy a mindennapi szituációkban önként megfeleljen mások igényeinek, saját elégedettségének rovására. Legáltalánosabb okai: ne okozzon fájdalmat másoknak, elkerülje az önzésből fakadó büntudatot, és fenntartsa a rászorulóknak ítélt másikkal a kapcsolatot.
14. Elismerés-hajszolás	Túlzott hangsúlyt fektet arra, hogy elnyerje mások jóváhagyását, elismerését, vagy figyelmét, illetve, hogy beilleszkedjen mások közé, ami a biztonságos és igazi éntudat kialakulásának rovására megy. Önbecsülése elsősorban mások reakcióitól függ.
V. Aggályosság és gátlás	
15. Negativizmus-pesszimizmus	Átható, az egész életén átívelő fókuszálás az élet negatív aspektusaira (fájdalom, , veszteség, csalódottság, konfliktus, büntudat, , megoldatlan problémák, potenciális hibák, elhagyatás stb.) miközben minimalizálja, vagy figyelmen kívül hagyja az élet pozitív aspektusait.
16. Érzelmi gátoltság	A spontán cselekedetek, érzelmek vagy a kommunikáció túlzott gátlása- leginkább abból a célból, hogy mások rosszállását, a szégyenérzetet, vagy saját késztetési feletti kontroll elvesztését elkerülje.
17. Könyörtelen mércék	Az a hiedelem, hogy az egyénnek törekednie kell arra, hogy a viselkedés és a teljesítmény nagyon magas, internalizált mércéinek megfeleljen, többnyire azért, hogy a kritikát el tudja kerülni.Emiatt állandóan nyomás alatt érzi magát vagy nehezebbre esik lassítani, és túl kritikussá válik magával és másokkal szemben.
18. Büntető készenlét	Az a hiedelem, hogy az embereket keményen meg kell büntetni, ha hibát követnek el. A sémával rendelkező egyén általában haragos, intoleráns, büntető és türelmetlen azokkal szemben, akik nem felelnek meg elvárásainak.

A korai maladaptív sémák a gyermekkori környezetet viszonylag pontosan reprezentálják. Diszfunkcionalitásuk később válik nyilvánvalóvá, amikor más tapasztalatokat ígérő kapcsolatokban és interakciókban is aktiválódnak, befolyásolva azok észlelését és értelmezését (Young et al., 2010). Ez a sémák *önfenntartó működésének* következménye, amelyet a minden emberre jellemző konzisztencia-igény magyaráz. A sémák „küzdnek a fennmaradásért” (Young et al., 2010, 21.o), s úgy befolyásolják a személy választásait, jelentésadását, információ-feldolgozási folyamatait, hogy a tapasztalatok újra - és újra visszaigazolják a séma tartalmát.

A sémák megszilárdulásában a kognitív torzítások és önsorsrontó viselkedésminták mellett a *megküzdési stílusok* is jelentős szerepet játszanak. Ezeket a stílusokat és reakciókat az egyének általában már gyermek- illetve fiatalkorban elsajátítják, hogy védelmet nyújtsanak a séma átélésének fájdalmaival szemben. A coping-stílus a viselkedésben érhető tetten, azaz nem része a sémának, hanem az arra adott reakció. Ezek gyermekkorban szintén egészséges túlélési mechanizmusnak tekinthetők (Young et al., 2010), később azonban maladaptívvá válnak, mert olyan helyzetekben is aktiválódnak, ahol a körülmények már nem indokolnák a védekezést. Működésükkel azonban megfosztják a személyt a korrektív tapasztalatoktól, s a séma fennmaradását segítik elő.

Young és mtsai (2003) háromféle coping-stílust különítenek el. *Túlkompensáció* során a személy küzd a sémával, úgy érez, gondolkodik és viselkedik, mintha a séma ellenkezője lenne az igaz. Ha gyermekként behódolásra kényszerítették, felnőttként mindenkivel szembeszegül, ha értéktelennek érezte magát, a tökéletesség látszatát próbálja kelteni. Magabiztossága azonban csak látszat, mivel viselkedése mögött a sémák keltette szorongás húzódik.

Elkerülő coping-stílus esetén a személy igyekszik minden olyan helyzetet kerülni, ahol a séma aktiválódhatna. Ez nemcsak választásaiban vagy életmódjában jelenik meg, hanem rendszerint már kognitív szinten is: elnyomja mindazon gondolatait, emlékeit és érzéseit, amelyek a sémát aktiválhatnák. Az ilyen személy a sérülésének megfelelő életterületet kerüli el, legyen az intim kapcsolat vagy teljesítménybeli kihívás. Érzéseik ellen gyakran menekülnek pótcselkvésbe, evésbe, ivásba, vásárlásba, túlhajtott szexualitásba.

A *séma elfogadása* is egyfajta coping, bár ez valójában nem nyújt védelmet a séma fájdalma ellen. Az egyén elfogadja a sémát, nem küzd ellene és nem menekül előle. Tudtattalanul újra- és újra megteremti az életében azokat a helyzeteket, amelyekben megismétlődnek azon korai élményei, amelyek a sémát létrehozták.

A fent említett lélektani alapszükségletek nemcsak gyermekkorra jellemzőek, hanem az ember egész élete során meghatározóak maradnak. Amennyiben a korai kapcsolatokban a gondozók felismerték, elismerték, s megfelelő keretek között kielégítették a gyermek szükségleteit, ezzel egyben mintát is nyújtottak számára, hogyan bánjon később saját, illetve mások hasonló igényeivel (Young et al., 2003, idézi Unoka, 2007). Optimális szülői gondoskodás mellett tehát a személy felnőttként is nagy eséllyel képes lesz szükségleteinek adekvát betöltésére, míg ellenkező esetben ez csorbát szenved. Azok esetében, akiknek maladaptív sémáik vannak, egy adott szükséglet (pl. kötődés) megjelenésével együtt aktiválódik a hozzá tartozó séma (vagy sémák), és a sémának megfelelő predikciókat vetíti előre azzal kapcsolatban, hogyan fog reagálni a környezet (Unoka, 2007). A sémával együtt nemcsak kognitív tartalmak, hanem heves, a személyt elárasztó és szétziláló érzelmek, testi érzetek is aktiválódnak. A séma mentális szűrő-funkciója, illetve a beinduló coping reakciók megfosztják a személyt az esetleges gyógyító tapasztalatoktól, mert azokat torzítva, a séma tartalmának megfelelően fogja érzékelni. Többek között ez magyarázhatja, miért tekintik az egyének sémáikat megkérdőjelezhetetlen evidenciának. Fenti működés következtében nemcsak gyermekkori, de számtalan későbbi tapasztalatuk is visszaigazolja számukra azok „igazságát”.

Adott sémák és az azokhoz kapcsolódó megküzdési reakciók aktiválódása gyakran jellegzetes együttjárásokat, mintázatokat mutat. Ezeket nevezte Young (2003) *sémamódnak*, ami hasonló az énállapotok fogalmához. Mindenki rendelkezik sémamódokkal: egészséges emberek adaptív sémákkal és reakciómódokkal, míg a maladaptív sémákkal rendelkező személyek a sémákból és az azokhoz kapcsolódó coping-reakcióból álló, diszfunkcionális módokkal. A pszichológiailag egészséges személyek sémamódjai között az átmenet harmonikusabb, a helyzethez adekvátabban illeszkedő, mivel ezen működések a személyiségbe jól integráltak. A sok maladaptív sémával rendelkező egyéneknél a sémamódok a szelf olyan részei, amelyek attól bizonyos mértékben lekapcsolódtak, disszociálódtak (Young et al., 2010). Ilyenkor a személy élesebb váltásokkal, gyakrabban változtatva lép át egyik módból a másikba. Young és mtsai 10 sémamódot azonosítottak, amelyek négy nagyobb csoportba sorolhatóak. A Gyermek Módba sorolják a Sérülékeny Gyermek, a Dühös Gyermek, az Impulzív Gyermek, és a Boldog Gyermek módokat. A Szülő- módok között a Büntető Szülő és a Túlkövetelő Szülő sémamódját ismertetik, míg a Diszfunkcionális Megküzdési Módok csoportjába az Együttműködő Önfeladó, az

Eltávolodott Védelmező és a Túlkompenzáló sémamódokat sorolják. A tizedik mód az Egészséges Felnőtt mód. A sémamódok (a sémákhoz hasonlóan) dimenzionálisak, a disszociált-integrált, nem tudatos- tudatos, maladaptív-adaptív, extrém-mérsékelt, rugalmatlan-rugalmas, tiszta-zavaros dimenziókon változó helyet elfoglalva, egyéni képet mutatnak (Young et al., 2010).

Érzelemszabályozás

Az érzelemszabályozás nehézségei számos DSM-IV zavar kialakulásának és fennmaradásának hátterében fellelhetők. Ezek között említhetjük pl. a borderline személyiségzavart, evészavarokat, PTSD-t, a depresszió tünetegyüttesét, illetve a szorongásos zavarokat (Werner - Gross, 2010). A hangulat – és *szorongásos zavarok* esetében az *érzelemszabályozási zavarok olyan hangsúlyosak, hogy ezen patológiákat elsősorban a zavart érzelmek alapján definiálják* (Mineka –Sutton, idézi Werner – Gross, 2010).

Az érzelemszabályozás olyan folyamatokat foglal magában, melyek segítenek az érzelmek egyes aspektusainak csökkentésében, növelésében vagy fenntartásában (Werner – Gross, 2010). Ez nem csupán a negatív érzelmek szabályozására, hanem általában az érzelmi arousal csökkentésére, növelésére vagy fenntartására vonatkozik. Mindez olyan folyamatokon keresztül valósul meg, amelyek az érzelmek monitorozásáért, értékeléséért és módosításáért felelősek (Thompson, idézi Kökönyei, 2008). Ezen folyamatok lehetnek tudatosak, de nagyobbrészt automatikusan, tudattalanul zajlanak. Emellett beszélhetünk extrinsik vagy intrinsik érzelemszabályozásról: előbbiben egy másik ember segít szabályozni az egyén érzelmeit, míg utóbbiban a személy saját maga szabályozza érzelmeit (Werner – Gross, 2010).

Werner és Gross (2010) az érzelemszabályozás folyamatmodelljében az érzelemszabályozó stratégiák öt, időben egymást követő csoportját írják le. A *szituáció-választás* során a személy eldönti, hogy belép-e egy potenciálisan érzelmeket kiváltó helyzetbe vagy elkerüli azt. Ha amellet döntött, hogy megtapasztalja az adott helyzetet, *szituáció-módosítás* révén megpróbálhatja módosítani az adott helyzetet. A *figyelmi fókusz választás* során megválaszthatja, hogy az adott szituációk sok-sok aspektusából melyekre figyel elsősorban, majd a *kognitív értékelés* útján módja nyílik arra, hogy a helyzet lehetséges jelentéseit módosítsa. A stratégiák ezen négy csoportja *megelőző jellegű*, mivel megelőzi az

érzelmi válasz megjelenését. Az ötödik csoport, a *válaszmódosítás* a már kialakult érzelem megváltoztatására irányul.

Ezen érzelemszabályozó stratégiák bármelyike egyaránt használható adaptív és maladaptív módon is. *Szorongásos zavarokban* a *situáció-választás* gyakran a szorongást kiváltó helyzetek, személyek, események *elkerülését* jelenti. Ilyen lehet agorafóbiával szövődő pánikzavar esetén a zsúfolt helyek kerülése, vagy PTSD esetén a traumatikus eseményre emlékeztető ingerek, helyzetek kerülése. (Esetillusztrációnkban Nóra kórházba vonulásával ki akart lépni a gondozói helyzetből, saját otthonából is). Az elkerülés ezen esetekben pillanatnyi tehermentesítést hoz, de számos élménytől megfosztja a személyt, így hosszútávon a szégyen, büntudat, szomorúság érzéseit állandósítja a személyben (Werner – Gross, 2010). *Situáció- módosítás* során például a kényszeres zavarban szenvedő személy mindent áttörölhet fertőtlenítővel, mielőtt hozzáér, vagy mint saját példánkban láttuk, kipakoltathatja a lakásból az összes tisztítószeret és gyógyszert, hogy meg ne mérgezhesse velük gyermekét. A *situáció-módosítás* hátulütője, hogy a rövidtávú megnyugvás negatív megerősítésként hat. Így, bár nem következik be az, amitől a személy fél, mégsem azt a következtetést vonja le, hogy a helyzet nem veszélyes, hanem azt, hogy a *situáció módosítása* volt a veszély elhárításának a kulcsa, ami megerősíti a maladaptív viselkedést. *Az érzelmi fókusz megváltoztatásának* egyik maladaptív példája a szorongó személyekre jellemző aggodalmaskodás, a lehetséges jövőbeli veszélyekkel való foglalkozás, melynek során a személy elkerülheti a jelen helyzet intenzív érzelmeit, és átmenetileg a fiziológiai arousalt is csökkentheti (Borkovec, 1994, idézi Werner – Gross, 2010). A stratégiák ezen csoportjának másik példája, amikor a személy a helyzet érzelemmentes aspektusaira irányítja figyelmét, vagy mentálisan „kikapcsol” az adott *situációban*. A *kognitív értékelés* patopszichológiai állapotokhoz vezető módja lehet, amikor (1) a helyzet értékelése a szelfet érinti (pl. „Mások nem kedvelnek”) (Northoff et al., 2006, idézi Werner – Gross, 2010); ez esetben a szelfre vonatkozó negatív jelentésadási folyamat indul be, ami tartósabbá teszi a helyzet kiváltotta rossz érzéseket. (2) Az értelmezés másik lehetséges maladaptív módja, amikor a személy nem tudja elfogadni az adott helyzetben keletkező érzelmeit („Nem kellene rosszul éreznem magamat”, „Bármit megtennék, hogy ne érezzem ezt”) (pl. Hayes et al., 2006, idézi Werner – Gross, 2010). A *válaszmódosítás* kategóriában szorongó és egészséges egyének vizsgálata során azt találták, hogy az előbbiek hajlamosabbak a *maladaptív érzelemszabályozó stratégiák* (pl. elkerülő viselkedés, érzelmek elnyomása, tapasztalatok elkerülése) alkalmazására.

Természetesen az érzelemszabályozó stratégiák fenti csoportjai bizonyos körülmények között adaptívak is lehetnek. A mentális zavarokban, többek között a példaként hozott szorongásos zavarokban azonban a személyek *dominánsan és rigiden használják* ezeket, ami az érzelemszabályozás zavarát eredményezi (Werner – Gross, 2010).

Gratz és Roemer (2004, idézi Kökönyei, 2008) szemléletében az érzelemszabályozás négy alapvető tényezőből álló, komplex konstruktum. Az *érzelmi tisztaság*, azaz az érzelmek tudatosságának és megértésének képessége, illetve az érzelmek elfogadása az adaptív stratégiák alkalmazását biztosítja. Az *impulzuskontroll* lehetővé teszi a célvezérelt viselkedés fenntartását, míg az *érzelemszabályozó technikák rugalmas használata* segít úgy modulálni az érzelmeket, hogy az egyéni célok és a helyzeti követelmények egybeessenek.

Az adaptív érzelemszabályozás tehát lehetővé teszi, hogy az egyén valódi, őszinte érzéseket éljen át, s azokat oly módon fejezze ki, hogy saját és mások érzelemszabályozási céljai is fennmaradhassanak (Bridges et al., 2004, idézi Kökönyei, 2008). Maladaptívnek tekintjük az érzelemszabályozást, ha nem hoz létre változást az érzelmekben a kívánt módon (pl. nem csökkenti a negatív érzelmeket), vagy ha a hosszútávú költségek (funkcióvesztés, életminőség romlása stb) felülműlják a pillanatnyi előnyöket (pl. megkönnyebbülés, átmeneti szorongáscsökkenés) (Werner – Gross, 2010).

Korai maladaptív sémák és érzelemszabályozás a korai élmények tükrében

Az érzelemszabályozási funkciók fejlődése – különös tekintettel az implicit érzelemszabályozásra- interperszonális eredetű, az anya-gyermek kapcsolatban bontakozó, a korai tapasztalatoktól elválaszthatatlan folyamat. A kötődésemelvények képviselői rámutatnak, hogy az elsődleges gondozó (anya) által szabályozott distressz alapozza meg az érzelmek önszabályozásának képességét (Kökönyei, 2008; Láng, 2009). Fonagy és Target (1997) a szülői mentalizáció, míg Gergely és Watson (1998) a szülői érzelmetükrözés szerepét emelik ki (idézi Kökönyei, 2008) ebben a folyamatban. Linehan (1993) a borderline személyiségzavar kialakulásában, melyben központinak tartja az érzelemszabályozás zavarát, a biológiai predispozíciók mellett a hiteltelenítő gyermekkori környezet szerepét hangsúlyozza (Kuritárné, 2008). Mikulincer és mtsai (2003) Bowlby elméletére építve a(z

érzelmeket szabályozni képes) gondozó közelségének keresését veleszületett érzelemszabályozási eszközként értelmezik.

A korai maladaptív sémák kialakulása -mint fentebb részletesen tárgyaltuk- elsődlegesen szintén a korai élményekben gyökerezik. Young és mtsai (2010) rámutatnak, hogy a korai maladaptív sémák átfedést mutatnak a Bowlby-féle belső munkamodell fogalmával, minthogy alapvetően az elsődleges gondozó és a gyermek interakciójára épülnek. Bowlby (1988) szerint a gyermek olyan veleszületett viselkedésformákkal bír, amelyekkel azon gondozó személy(ek) közelségét keresi és tartja fenn, akik képesek enyhíteni az átélt distresszt, támogatóak és biztonságot adnak. A közelségkeresés mint elsődleges kötődési stratégia célja, hogy megvédje a gyermeket a testi-lelki veszélyektől és enyhítse a distresszt. A válaszkész szülői magatartás, azaz a kötődési személy elérhetősége lehetővé teszi, hogy a rendszer jól működjön, és kötődési biztonság alakuljon ki. Ennek talaján a gyermek önmagát értékesnek és kompetensnek, a másikat pedig elérhetőnek és megbízhatónak fogja érzékelni. Ezen pozitív reprezentációk köré jelentős érzelemszabályozási stratégiák – az érzelmek felismerése, elfogadása, csillapítása- épülnek, amelyeket az anya-gyermek diádban az anya biztosít, később pedig belsővé válnak. Amennyiben a gondozó elérhetetlen vagy nem válaszkész, s a közelségkeresés nem eredményezi a distressz enyhülését, a gyermek önmagáról és másokól is túlnyomórészt negatív reprezentációkat alkot, s más érzelemszabályozó stratégiákat épít ki (másodlagos kötődési stratégiák). A kötődési személy elérhetősége tehát kulcsfontosságú az érzelemszabályozási stratégiák kialakulásában (Mikulincer et al., 2003)

Kököneyi (2008) a korai maladaptív sémák és az érzelemszabályozási nehézségek kapcsolatát illetően krónikus gerincfájdalomban szenvedők mintáján igazolta, hogy *a korai kapcsolati deficitek az implicit érzelemszabályozás folyamatára kedvezőtlenül hatnak*. Eredményei szerint a maladaptív sémák az éretlen elhárításokkal, az érzelmek azonosításának nehézségeivel és (az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív összpontszámával kifejezett) érzelemszabályozási nehézségekkel szignifikáns kapcsolatot tükröztek. Komplex elemzése azt is igazolta, hogy az általuk vizsgált depresszív hangulatra a maladaptív sémák az érzelemszabályozás nehézségein keresztül, míg a problémák változóra közvetett és közvetlen úton egyaránt kifejtik hatásukat.

4.2.2.2. Résztvevők

Mintánkat a 3. pontban részletezett módon gyűjtöttük. Azok száma, akik ezen vizsgálatunk szempontjából releváns kérdőíveket hiánytalanul kitöltötték, 125 fő.

4.2.2.3. Eszközök

Young-féle Séma-kérdőív rövid változata (YSQ-SF)

(Young Schema Questionnaire Short Form, Young, 1998)

A Young Séma Kérdőívet (YSQ-L2) Young és mtsai fejlesztették ki a korai maladaptív sémák mérésére (Young- Brown, 1990, 2001, idézi Young, 2010). A hosszú (244 itemből álló) változatot hazánkban Unoka Zsolt és mtsai adaptálták (Unoka et al., 2004). A kérdőív sémánként csoportosított itemeit a páciensek hatfokú Likert-skálán (1: egyáltalán nem igaz rám; 6: tökéletesen igaz rám) értékelik annak fényében, hogy mennyire érzik igaznak önmagukra az állítást. A magyar változattal 19 korai maladaptív séma mérhető, melyek öt sématarományba sorolhatók (Unoka et al., 2004; Young, 2010).

A Séma Kérdőív rövid változata (SQ- SF, Young, 1998, idézi Welburn, 2002) 75 itemből álló, 15 korai maladaptív séma mérésére alkalmas eszköz. Ezek a következők: Érzelmi depriváció, Elhagyatottság, Bizalmatlanság/Abúzus, Társas elszigetelődés, Fogyatékoság/Szégyen, Teljesítmény Kudarc, Funkcionális Függőség/Inkompetencia érzés, Ártalommal és Betegséggel szembeni sérülékenység, Behálózottság/Éretlen Szelf, Leigázottság, Önfeláldozás, Érzelmi Gátoltság, Könyörtelen Mércék, Feljogosítottság, Elégtelen Önkontroll/Önfegyelem. Welburn és mtsai (2002) a rövidített verzió pszichometriai jellemzőinek vizsgálata során faktoranalízissel alátámasztották a Young által leírt 15 alskála létezését, valamint azok jó belső konzisztenciáját. Minden sémához 5 állítás tartozik, amelyeket a hosszú változattal egyezően a személy 6 fokú Likert skálán értékel annak fényében, hogy mennyire érzi azokat önmagára igaznak.

A hosszú kérdőív terápiás felhasználása esetén a terapeuta nem összpontszámmal vagy sémánkénti átlagokkal dolgozik, hanem végignézi az összes adatot, s bekarikázza azokat az itemeket, ahol a páciens 5-ös vagy 6-os értéket adott. Ha egy adott sémánál a páciens 3 vagy több itemre magas pontértéket adott, a séma általában jelentőséggel bír a személy életében, azaz maladaptívnek tekinthető (Young et al., 2010). Kutatói munkában fenti eljárás

nehézkesen lenne kivitelezhető, ezért általában a sémánkénti átlagokkal dolgozunk, s amennyiben az meghaladja a matematikai középértéket, a sémát maladaptívnek tekintjük.

Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív
(DERS, Gratz és Roemer, 2004; Kökönyei, 2008)

Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőívet, melyet hazánkban Kökönyei Gyöngyi adaptált (Kökönyei, 2008), első vizsgálatunkban szintén alkalmaztuk, így ott került részletes bemutatásra. A könnyebb olvashatóság kedvéért a kérdőív alsó felét újra feltüntetjük. A kérdőív 36 tételére ötfokú Likert-skálán kell a vizsgált személynek válaszolnia (1: „szinte soha”, 5: „szinte mindig”). Az itemek *hatfaktoros struktúrába* rendeződnek. (1) Az „*Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága*” faktor arra a jelenségre utal, amikor a személy negatív érzelmeire ún. másodlagos negatív érzelmekkel reagál (pl. intenzív szégyen). (2) A „*Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában*” faktor azt méri, mennyire okoznak az intenzív negatív érzelmek koncentrációzavart, a feladatok befejezésére való képtelenséget a személy esetében. (3) Az „*Impulzuskontroll nehézségek*” faktor a viselkedés szabályozásának problémáit méri erős érzelmek felbukkanása esetén, míg (4) az „*Érzelmi tudatosság hiánya*” faktor arról nyújt információt, hogy a személy mennyire figyel az érzelmi jelzéseire, illetve mennyire véli fontosnak azokat. Az (5) „*Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés*” faktoron elért magas pontérték arra utal, hogy a negatív érzelmekkel járó állapotokat a személy tartósan éli át. Az (6) „*Érzelmi tisztaság hiánya*” faktor azt jelzi, mennyire képes az egyén felismerni, azonosítani az átélt érzelmet. A szakirodalom alapján a kérdőív minden skálája külön-külön is megfelelő reliabilitást mutat (Cronbach $\alpha > 0,80$) (Kökönyei, 2008).

A kérdőív adaptálása során Kökönyei igazolta a hatfaktoros struktúrát, valamint a kérdőív megfelelő belső konzisztenciáját. Vizsgálatában a faktorok közül az „*Érzelmi tudatosság hiánya*” mutat relatív függetlenséget a többi faktortól, kivéve az *Érzelmi tisztaság hiányával* mutatott közepes mértékű kapcsolatot. Ezen faktor („*Érzelmi tudatosság hiánya*”) elnevezésére a tükörfordítás helyett az „*Érzelmekre való odafigyelés hiánya*” elnevezést javasolja (Kökönyei, 2008).

4.2.2.4. Eredmények

4.2.2.4.1. A korai maladaptív sémák és a posztpartum szorongás direkt kapcsolata

A korai maladaptív sémák posztpartum szorongásra gyakorolt hatásának vizsgálatához a skálaértékek és a válaszok eloszlása alapján, illetve a statisztikai mintanagyság figyelembevétele mellett a mintát minden egyes korai maladaptív séma esetében három kategóriára osztottuk: alacsony, közepes és magas értékkel bírókra. A kategóriák határait az 1/3 - 2/3 percentilisek alapján határoztuk meg, ami által a kapott három csoport mintaelemszáma kb. 1/3-1/3 arányban oszlott meg (táblázat). Azért választottuk ezt a kategorizálást s nem a csoportok átlagértékek alapján történő összevetését, mert a minta jelentős részében (40-80%) a sémaértékek 1-es értéket adtak. Így a kapcsolat lineáris jellegének vizsgálata értelmetlenné vált, viszont a monoton kapcsolat megléte továbbra is vizsgálható. Ez a statisztikai eloszlás arra utal, hogy a séma kérdőív kategóriák minőségi, és nem lineáris mennyiségi eltérést mutatnak. A skálák értelmezésekor fontos szempont, hogy akiknek nincs maladaptív sémájuk, azok kvalitatív választ adnak (azaz "határozottan nincs", az 1-es értékkel minden itemre), és válaszuk nem alkalmas semmilyen fokozatosság feltételezésére. Azok, akiknek viszont van maladaptív sémájuk, a válaszaikban ezt határozottan magasabb értékekkel jelzik, de válaszaikban a linearitás (egységnyi változás arányos változást eredményez a célváltozóban) nagyon gyengén jelentkezik.

Összességében tipikus ordinális szintű adatokként érdemes értelmezni a sémák értékeit, a lehetséges kapcsolatot pedig ordinális szintű változókra vonatkozóan a Somers'd próbával vizsgálhatjuk.

17. táblázat. A Young-féle Rövidített Séma-kérdőív faktorainak percentilisei

Séma-tartományok	Korai maladaptív sémák	Percentilisek	
		33	67
Elszakítotttság és elutasítás	1. Érzelmi Depriváció	1,0000	2,2000
	2. Elhagyatottság	1,2000	2,6000
	3. Bizalmatlanság	1,0000	1,8000
	4. Társas izoláció	1,0000	2,0000
	5. Csökkentértékűség	1,0000	1,2000
Károsodott Autonómia	6. Kudarca Ítélttség	1,0000	1,8000
	7. Dependencia	1,0000	1,4000
	8. Sérülékenység	1,0000	1,6000
	9. Összeolvadtság	1,2000	2,0000
Károsodott Korlátok	10. Feljogosítotttság	1,6000	1,4000
	11. Elégtelen önkontroll	1,4000	2,4840
Kóros másokra irányulás	12. Leigázottság	1,0000	1,8000
	13. Önfeláldozás	2,6000	3,4840
Aggályosság és gátlás	14. Érzelmi gátoltság	1,0000	2,2000
	15. Könnyörtelen Mércék	2,8000	4,2840

A vizsgált 15 korai maladaptív séma közül 13 esetben tártunk fel szignifikáns összefüggést a maladaptív sémák száma és a szorongás mértéke között. Eredményeink tükrében a kórosan szorongó, a szubklinikai szinten szorongó, illetve a nem szorongó személyek között jelentős különbségek tárhatók fel az Érzelmi depriváció, Elhagyatottság, Bizalmatlanság/Abúzus, Társas izoláció, Csökkentértékűség, Kudarca Ítélttség, Dependencia, Sérülékenység, Összeolvadtság, Leigázottság, Érzelmi Gátoltság, a Könnyörtelen Mércék illetve az Elégtelen Önkontroll sémáinak tekintetében ($p < 0.05$). A kórosan szorongó csoport rendelkezik a legnagyobb valószínűséggel ezen sémákkal, míg a nem szorongó anyák esetében jelentősen ritkább előfordulásuk.

A Feljogosítotttság séma tendenciaszerű összefüggést mutat ($p < 0.1$), míg az Önfeláldozás esetében nem kaptunk szignifikáns eltérést a csoportok között ($p = 0.39$).

A korai maladaptív sémák szorongásra gyakorolt hatását a 18. táblázat szemlélteti. Ezen táblázatban mutatjuk be azon összefüggésmintázatot, amelyet a korai maladaptív sémák és a posztpartum szorongás mértéke között feltártunk. Az „x”-ek száma jelzi a gyakoriság általános nagyságrendjét. Az xx—xxx jelzi, hogy a nagyságrendek eltérhetnek, de a mintázat és annak szignifikanciája megmarad. Az „1, 2, 3” értékek a korai maladaptív sémák percentilisekkel meghatározott kategóriáit jelzik. A 1 az alacsony, a 3 a magas értékekkel bíró csoportokat jelöli.

18. táblázat. A korai maladaptív sémák és a posztpartum szorongás mértéke közötti összefüggésmintázat

a korai maladaptív sémák hatása a szorongásra		SZORONGÁS		
		szorongó	szubklinikai	nem szorongó
SÉMA	1	x	xx	xxx
	2	x-xx	x-xx	xxx-xx
	3	xxx	xx	x

1: alacsony, 2: közepes, 3: magas értéket adók csoportja

Eredményeink tehát igazolják elvárásunkat:

- azok az anyák, akik *alacsony pontszámot adnak adott sémára* (1), legnagyobb valószínűséggel *nem mutatnak szülés után kóros szorongást* (xxx). Sokkal kisebb eséllyel kerülnek a szubklinikai csoportba (xx), s annak a legkisebb a valószínűsége, hogy kóros szorongást tapasztaljanak (x).
- azok, akik *magas értéket adnak adott sémán* (3), szülés után *legnagyobb valószínűséggel kóros szorongással reagálnak* (xxx), s annak a legkisebb az esélye, hogy egészséges szorongásszintet mutatnak (x).
- Akik a vizsgált korai maladaptív sémák tekintetében *közepes átlagot adnak*, legnagyobb eséllyel *szubklinikai vagy normál szorongásértékkel* reagálnak a posztpartum időszakában.

Fenti összefüggésmintázatot a 19.a, 19.b és 19.c táblázatokban néhány *konkrét példán* keresztül szemléltetjük.

A 19.a táblázatból jól látható, hogy azok, akik *alacsony* értékeket adnak az *Elhagyatottság séma* tekintetében, azaz ezen sémájuk *nem maladaptív*, legnagyobb eséllyel (31 fő; 56%) a *nem szorongó csoportba* kerülnek, míg esetükben a *kóros szorongás esélye igen csekély* (4 fő; 14,8%). Akik ezt a sémát magasan pontozták, azaz sémájuk *maladaptív*, legnagyobb eséllyel *kóros szorongást* mutatnak (18 fő; 66,7%), míg esetükben a *normál mértékű szorongás esélye jóval kisebb* (9 fő, 16,4%). A sémát közepes értékkel pontozók legnagyobb eséllyel a szubklinikai vagy a normál csoportba kerülnek.

A 19.b táblázat a Kudarca Ítéltség, a 19.c táblázat a Funkcionális Függőség sémán keresztül ugyanezt a tendenciát szemlélteti.

Érdemes megjegyezni, hogy a *szubklinikai szinten szorongók* 20,9- 39,5% között bírnak maladaptív sémákkal, szemben a *nem szorongók* 5,5 -25,5%-os arányával. Ez a korábbiakkal összhangban azt jelzi, hogy olyan csoportról van szó, akiket érdemes a normál mértékben szorongóktól különválasztani, mivel nemcsak a szorongás mértékében, hanem más fontos jellemzőikben is eltérnek attól.

19.a táblázat. Az Elhagyatottság séma hatása a posztpartum szorongás mértékére

Elhagyatottság séma	Szorongás mértéke			összesen
	szorongó	szubklinikai	nem szorongó	
1,00	4	15	31	50
	14,8%	34,9%	56,4%	40,0%
2,00	5	19	15	39
	18,5%	44,2%	27,3%	31,2%
3,00	18	9	9	36
	66,7%	20,9%	16,4%	28,8%
Total	27	43	55	125

1: alacsony, 2: közepes, 3: magas értéket adók csoportja

19.b táblázat. A Kudarca Ítélttség séma hatása a posztpartum szorongás mértékére

Kudarca Ítélttség séma	Szorongás mértéke			összesen
	szorongó	szubklinikai	nem szorongó	
1,00	3	18	32	53
	11,1%	41,9%	58,2%	42,4%
2,00	5	13	14	32
	18,5%	30,2%	25,5%	25,6%
3,00	19	12	9	40
	70,4%	27,9%	16,4%	32,0%
Total	27	43	55	125

1: alacsony, 2: közepes, 3: magas értéket adók csoportja

19.c táblázat. A Funkcionális Függőség séma hatása a posztpartum szorongás mértékére

Dependencia séma	Szorongás mértéke			összesen
	szorongó	szubklinikai	nem szorongó	
1,00	6	20	43	69
	22,2%	46,5%	78,2%	55,2%
2,00	1	11	7	19
	3,7%	25,6%	12,7%	15,2%
3,00	20	12	5	37
	74,1%	27,9%	9,1%	29,6%
Total	27	43	55	125

1: alacsony, 2: közepes, 3: magas értéket adók csoportja

4.2.2.4.2. Az érzelemszabályozási nehézségek direkt hatása

a posztpartum szorongásra

Az érzelemszabályozási nehézségek kérdőívvel nyert adatok feldolgozása során (a korai maladaptív sémáknál alkalmazott eljárásunkhoz hasonlóan) a mintát minden egyes érzelemszabályozási faktor esetében három kategóriára osztottuk: alacsony, közepes és magas értékkel bírókra. A kategóriák határait az 1/3 - 2/3 percentilisek alapján határoztuk meg, ami által a kapott három csoport minta-elemszáma kb. 1/3-1/3 arányban oszlott meg (20. táblázat).

20. táblázat. Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív faktorainak percentilisei

Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív faktorai	Percentilisek	
	33	67
Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága	1,6667	3,0000
Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában	2,1160	3,2000
Impulzuskontroll nehézségek	1,6667	2,6667
Érzelmi tudatosság hiánya	2,0000	2,5700
Érzelmi stratégiákhoz való csökkent hozzáférés	1,5000	2,6250
Érzelmekre való odafigyelés hiánya (Érzelmi tisztaság hiánya)	1,2000	1,8000

Az Érzelemszabályozási Nehézségek faktorai közül egyedül az „Érzelmi tudatosság hiánya” nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a posztpartum szorongás mértékével. Az „Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága”, a „Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában”, az „Impulzuskontroll nehézségek”, az „Érzelmi stratégiákhoz való csökkent hozzáférés”, valamint az „Érzelmi tisztaság hiánya” faktorokban egyaránt szignifikáns különbségeket kaptunk a csoportok között. Az összefüggésmintázatot a 21. táblázat szemlélteti. Az „x”-ek száma jelen esetben is a gyakoriság általános nagyságrendjét jelöli. Az xx—xxx azt jelzi, hogy a nagyságrendek eltérhetnek, de a mintázat és annak szignifikanciája megmarad. Az „1, 2, 3” értékek az

érzelemszabályozási faktorok percentilisekkel meghatározott kategóriáit jelzik. A 1 az alacsony, a 3 a magas értékekkel bíró csoportokat jelöli.

21. táblázat. Az érzelemszabályozási nehézségek általános összefüggései a posztpartum szorongás mértékével

érzelemszabályozási nehézségek hatása a szorongásra		SZORONGÁS		
		szorongó	szubklinikai	nem szorongó
érzelemszabályozási nehézségek	1	x	xx	xxx
	2	x	xxx-xx	xx-xxx
	3	xxx	xx	x

1: alacsony, 2: közepes, 3: magas értéket adók csoportja

Eredményeink igazolják elvárásainkat, miszerint a kórosan szorongó anyák több érzelemszabályozási nehézséggel küzdenek, mint a nem szorongók. Akik az érzelemszabályozási nehézségek faktorain magas értéket adtak (3), azaz nehézségekről számoltak be valamely funkcióban, legnagyobb eséllyel kóros szorongást mutatnak (44 - 74%), míg a normál szorongást mutatók jóval kisebb mértékben (5,5% - 14,5%) küzdenek érzelemszabályozási deficitekkel. A szubklinikai szinten szorongók az érzelemszabályozási mutatók terén is mindkét csoporttól elkülönülnek, 32,6%- 39,5%-uk jelez érzelemszabályozási deficiteket.

A 22. a, 22.b és 22.c táblázatok egy-egy specifikus érzelemszabályozási nehézségen keresztül szemléltetik a fent bemutatott összefüggésmintázatot.

22.a táblázat. Az” Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága” faktor hatása a posztpartum szorongás mértékére

Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága		Szorongás csoportok			Összes
		szorongó	szubklinikai	nem szorongó	
	1,00	2	10	31	43
		7,4%	23,3%	56,4%	34,4%
	2,00	12	19	16	47
		44,4%	44,2%	29,1%	37,6%
	3,00	13	14	8	35
		48,1%	32,6%	14,5%	28,0%
összes		27	43	55	125
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1: alacsony, 2: közepes, 3: magas értéket adók csoportja

22.b táblázat. A ”Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában” faktor hatása a posztpartum szorongás mértékére

Nehézségek a célvezérelt viselkedés fenntartásában		Szorongás csoportok			Összes
		szorongó	szubklinikai	nem szorongó	
	1,00	3	7	31	41
		11,1%	16,3%	56,4%	32,8%
	2,00	9	19	20	48
		33,3%	44,2%	36,4%	38,4%
	3,00	15	17	4	36
		55,6%	39,5%	7,3%	28,8%
összes		27	43	55	125
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1: alacsony, 2: közepes, 3: magas értéket adók csoportja

22.c táblázat. Az "Impulzuskontroll nehézségek" faktor hatása a posztpartum szorongás mértékére

Impulzuskontroll nehézségek		Szorongás csoportok			Összes
		szorongó	szubklinikai	nem szorongó	
	1,00	2	11	34	47
		7,4%	25,6%	61,8%	37,6%
	2,00	6	17	15	38
		22,2%	39,5%	27,3%	30,4%
	3,00	19	15	6	40
		70,4%	34,9%	10,9%	32,0%
összes		27	43	55	125
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1: alacsony, 2: közepes, 3: magas értéket adók csoportja

4.2.2.4.3. A korai maladaptív sémák hatása az érzelemszabályozásra

A korai maladaptív sémák érzelemszabályozási faktorokra gyakorolt hatásának mintázatát a 23. táblázat szemlélteti. Eredményeink igazolják feltételezésünket, miszerint a korai maladaptív sémák szignifikáns hatással vannak az érzelemszabályozási mutatókra. Azon nők, akik adott sémán alacsony értéket adtak (1), jelentősen kisebb valószínűséggel küzdenek érzelemszabályozási deficitekkel (3). Azon vizsgálati személyek, akik adott sémát magasán pontoztak (3), jelentősen nagyobb eséllyel érzelemszabályozási nehézségekről is beszámoltak (3). A séma tekintetében közepes értéket adó személyek érzelemszabályozási mutatóikban is legnagyobb valószínűséggel köztes értéket vesznek fel (2), ugyanakkor nagyobb eséllyel mutatnak érzelemszabályozási nehézséget, mint az alacsony sémaértékűek.

23. táblázat. A korai maladaptív sémák hatása az érzelemszabályozásra

séma → érzelemszabályozás (Somer's d statisztika; $p < 0.05$)		Érzelemszabályozás		
		1	2	3
korai maladaptív séma	1	XXXXX	XX--XXX	X
	2	XX	XXX	XX
	3	X	XXX--XXX	XXXX

1: alacsony, 2: közepes, 3: magas értéket adók csoportja

az „x”-ek száma jelzi a gyakoriság általános nagyságrendjét, az xx—xxx jelzi, hogy itt különböző mértékben a nagyságrendek eltérhetnek, de a mintázat és annak szignifikanciája megmarad

4.2.2.5. Megbeszélés

Vizsgálatunkban a korai maladaptív sémák és az érzelemszabályozási nehézségek hatását vizsgáltuk a szülés utáni szorongásos zavarok kórereditében. Ismét törekedtünk egyrészt a *direkt*, másrészt a *dinamikus* hatások feltérképezésére, azaz a három változó között is kapcsolatot feltételeztünk.

Eredményeink tükrében *a maladaptív sémákkal rendelkező anyák jelentősen nagyobb valószínűséggel élnek át kóros szorongást a posztpartum időszakában*, míg azok, akiknek sémái egészségesebbek, legnagyobb eséllyel a nem szorongók táborát gyarapítják.

Így negyedik hipotézisünket (H4) – miszerint a korai maladaptív sémákkal rendelkező anyák hajlamosabbak a szülés utáni kóros szorongásra, mint azok, akiknél nem található maladaptív sémák- igazoltnak tekinthetjük.

Specifikus sémák szintjén az Érzelmi depriváció, Elhagyatottság, Bizalmatlanság/Abúzus, Társas elszigetelődés, Fogycatékosság/Szégyen, Teljesítmény Kudarc, Funkcionális függőség/Inkompetencia érzés, Ártalommal és Betegséggel szembeni sérülékenység, Behálózottság/Éretlen Szelf, Leigázottság, Érzelmi Gátoltság, Könyörtelen Mércék és az Elégtelen Önkontroll/Önfegyelem sémák esetében találtuk fenti együttjárást szignifikánsnak. A Feljogosítottság séma tendencia-értékű, az Önfeláldozás séma pedig nem mutat jelentős összefüggést a szorongás mértékével. Ennek okáról csak feltevéseink lehetnek. Maga a séma a *feltételes sémák* csoportjába tartozik, amelyek azért alakulnak ki, hogy az elsődleges vagy feltétlen sémák feszültségétől védjék az egyént. Az önfeláldozó személyek

önként vállalják, hogy igényeiket háttérbe szorítsák, így gondoskodva arról, hogy a kapcsolat fennmaradjon. A séma tartalma átfedésben van a kodependencia fogalmával, így a „rászoruló másik” igényeire, érzéseire fókuszálva a személy elkerülheti, hogy konfrontálódjon saját érzéseivel. Ez akár látszategészséghez, illetve a problematikus érzések megélésének csökkenéséhez, ezáltal alacsonyabb manifeszt szorongásszinthez is vezethet. Ez azonban hipotetikus magyarázat, ami további empirikus tesztelést igényel.

A sématartományokat figyelembe véve a szignifikáns hatású sémák a III. sématartomány (Károsodott Korlátok) kivételével minden tartományt érintenek. Így specifikus szükségleti sérülést nem tudunk kimutatni. Megállapítani annyit lehet, hogy a kórosan szorongó anyák esetében a határok szabása mint elsődleges szükséglet lényegesen kevésbé érintett, mint a többi.

Így ötödik hipotézisünk (H5) – melyben három sématartomány: a „Kapcsolat megszakítása és Elutasítottság”, a „Károsodott Autonómia” valamint a „Kóros Másokra irányultság” sématartományok esetében szignifikáns különbséget vártunk a csoportok között igazoltnak tekinthető. Tehát a biztonságos kötődés, az autonómia és kompetencia, valamint az érzelmek, szükségletek szabad kifejezése elsődleges lélektani szükségletek egyaránt szerepet játszhatnak a szülés utáni szorongás kórereditében. Ezt eredményeink a spontaneitás, szabad kezdeményezés szükségleti sérülésének hatásával egészítették ki.

Mindezek mellett érdemes kiemelni, hogy a legjelentősebb hatással bírónak az Elhagyatottság, a Kudarca Ítélttség, Funkcionális Függőség, Sérülékenység és Leigázottság specifikus sémák tűnnek: jelenlétük esetén az anyák 70% körüli valószínűséggel (66,7% - 74,1%) reagálnak kóros szorongással a szülés utáni egy évben. Ezen sémák az I., II. és IV. sématartományba tartoznak, tehát úgy tűnik, hogy ezen szükségletek (biztonságos kötődés, autonómia/kompetencia, érzelmek és szükségletek szabad kifejezése) sérülése fokozott jelentőséggel bír a posztpartum kóros szorongás kialakulásában.

Fentiek relevanciája abban rejlik, hogy a gyermekkel való lelki és gondozói kapcsolat során a felsorolt szükségletek mind érintetté válnak. A kötődési sérüléseket a gyermekhez való kötődés, az autonómia-kompetencia területén lévő deficiteket a gyermek gondozásának felelőssége aktiválhatja. Az érzelmeiket, szükségleteiket szabadon kifejezni nem tudó anyák veszélyeztetettebbé válnak a kimerülésre, a lélektani-fizikai magányra, mivel nem tudnak segítséget kérni, érzéseiket megosztani. A fokozott aggályossággal rendelkező anyák pedig

igen szigorú mércéket állítanak maguk elé, minden hibát kudarcnak élnek meg, képtelenek lazítani, ami anyai magabiztosságukon is nyomot hagyhat, valamint kimerüléshez vezethet.

A sérült szükségletekhez kapcsolódó, specifikus sémák aktiválódása – az elméleti részben ismertetett módon- *szétziláló, heves érzelmekkel áraszthatja el az anyákat*, ami fokozott szorongásos készenlétet teremt. Ezért véltük különösen fontosnak ugyanezen anyák *érzelemszabályozási készségeinek* vizsgálatát is.

Eredményeink tükrében *a kórosan szorongó anyák jelentősen több érzelemszabályozási deficittel rendelkeznek, mint a normál mértékben szorongók.*

Ennek fényében hatodik hipotézisünk (H6) – melyben azt feltételeztük, hogy az érzelemszabályozási nehézségekkel küzdő anyák nagyobb valószínűséggel reagálnak a posztpartumban kóros szorongással, mint a nem szorongó anyák – igazoltnak tekinthető.

Az általunk mért érzelemszabályozási deficitek közül egyedül az „*Érzelmekre való odafigyelés hiánya*” („Érzelmi tudatosság hiánya”) faktor *nem mutatott jelentős eltérést* a csoportok között. (Ezt az alkálát a DERS kérdőív magyar adaptációja során is a többitől relatíve függetlennek találták (Kököneyi, 2008)). Ez azt sugallja, hogy a szorongó anyák *odafigyelnek érzelmeikre*, de ez önmagában nem feltétlenül adaptív kapacitás. Mint Kököneyi (2008) rámutat, a faktor nem differenciál a ruminatív jellegű érzelmekre való odafigyelés, és a belső érzelmi állapottal kapcsolatos nagyobb tudatosság között. A kóros szorongásra pedig kifejezetten jellemzőek a ruminatív jellegű érzelmek, a szorongó személy gyakran az optimálisnál jóval nagyobb mértékben ezekre fókuszál. Korábbi, klinikai mintán végzett vizsgálatukban Santon és mtsai (2000, idézi Kököneyi, 2008) arra a megállapításra jutottak, hogy *az érzelmekre való odafigyelés és a megértés igénye csak akkor tekinthető pozitív érzelemszabályozási mutatónak, amennyiben lehetővé teszi az érzelmek kifejezését is.* Amennyiben nem így van, ez a készség általában *fokozott distresszel társul*, mert nem zárja ki a ruminatív jellegű ézelemfeldolgozást. Az általunk vizsgált szorongó anyák esetében nagyobb eséllyel ez utóbbi folyamat zajlik, hiszen mint az eredményekből látható, minden más ézelemregulációs készség terén deficitekkel küzdenek. A többi faktorban mutatott nehézségei alapján *hajlamosak ézelemeikre ún. másodlagos negatív ézelemekkel*, pl. szégyennel *reagálni* („Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága”). Intenzív negatív *érzelemek felismerése, azonosítása problémás* („Érzelmi tisztaság hiánya”), s azokat *uralniuk is nehéz* („Impulzuskontroll nehézségek”). Erős ézelemek hatása alatt csak *korlátozottan képesek az érzelemszabályozási stratégiákhoz hozzáférni*, így a negatív ézelemekkel járó állapotokat

tartósan élik át („Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés”), ami koncentrációzavart, a feladatok befejezésére való képtelenséget vonhat maga után („Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában”).

A két változó közötti *dinamikus hatások vizsgálata* arra világít rá, hogy azon anyák, akik maladaptív sémákkal rendelkeznek, nagy eséllyel érzelemszabályozási deficitekkel is küzdenek. Így eredményeink hetedik hipotézisünket (H7) – mely szerint a korai maladaptív sémákkal bíró anyák több érzelemszabályozási nehézséggel küzdenek- szintén igazolták.

Tehát a korai maladaptív sémák aktiválódása során megjelenő erős affektusok szabályozásában az érintett anyák kevésbé építhetnek érzelemregulációs készségeikre. Ez összecseng előzetes elvárásainkkal, s megerősíti azon feltevésünket, miszerint *a posztpartum időszakában kórosan szorongó anyák korai kapcsolataikból hozott nehézségekkel küzdenek.*

5. Következtetések, kutatási eredményeink relevanciája

Jelen disszertációban bemutatott vizsgálataink alapvetően *két irányvonal* köré szerveződtek.

Célunk egyrészt az volt, hogy felhívjuk a figyelmet a posztpartum kóros szorongás klinikai megjelenési formáira, gyakoriságára, hatásaira és jelentőségére. Első vizsgálatunk így ezen állapotok mérésére és felmérésére irányult a szülés utáni első évben.

Mivel a szülés utáni szorongás megfelelő szűrése nem megoldott, *első vizsgálatunk módszertani részében a Spielberger-féle Állapotszorongás Kérdőív módosított felhasználására tettünk javaslatot.* Bár célunk a szorongás mérésére használatos kérdőív módosított alkalmazásával a szubklinikai csoport megbízhatóbb elkülönítése volt, a megjelenő jellegzetes választílus kapcsán tíz, a posztpartum szorongásra érzékeny itemet azonosítottunk. Így a STAI-S olyan felhasználását dolgoztuk ki, mely implikálja a posztpartum szorongás sajátosságait, s emellett a szubklinikai csoportot is pontosabban határozza meg.

Ezt követően a STAI-S posztpartumra módosított változatával, valamint a pánikzavar, a kényszeres zavar és a PTSD tüneteire kérdező kérdőívünkkel *mértük fel 247 fős mintákban a posztpartum kóros szorongás, illetve a leggyakoribb klinikai megjelenési formák, azaz a posztpartum pánikzavar, kényszeres zavar és poszttraumás stressz-zavar gyakoriságát.* Bár adataink nem reprezentatívak, tudomásunk szerint a vizsgálat időpontjáig magyar mintán hasonló felmérés nem készült. Adatgyűjtésünk tájékozódó jellegű, elemzésünk elsődleges célja a figyelemfelhívás volt.

Eredményeink az általunk vizsgált nők 24,7%-ánál, azaz közel minden negyedik anyánál jeleztek kóros, 38,5%-uk esetében pedig szubklinikai szintű szorongást. Normál mértékű szorongást mintánk 36,8%-ánál regisztráltunk. Adataink tükrében a vizsgált anyák 8,9%-a klinikai szintű pánik-, kényszeres vagy poszttraumás zavartól szenved. Emellett vizsgálati személyeink további 9,3 %-ánál klinikailag jelentős, kevert szorongásos tüneteket tártunk fel. Bár vizsgálatunkban csak a leggyakoribb szorongásos tünetegyütteseket mértük, adataink *egyértelműen megerősítik a posztpartum szorongásos állapotok magas előfordulási*

gyakoriságát. Ez összecseng a témában folytatott, korábban idézett nemzetközi kutatások következtetéseivel.

A szülés utáni szorongásos zavarok felismerésének jelentősége egyrészt a célzott, adekvát kezelés és segítségnyújtás szempontjából fontos. A kóros szorongás jelentős nemkívánatos hatásokkal bír az anya pszichés jóllétére, anyai önbizalmára, a gyermek testi-lelki fejlődésére, az anya-gyermek kötődés alakulására, valamint a párkapcsolatra is. Emellett, a szorongásos zavarok és a depresszió bár különálló entitások, szoros kapcsolatot mutatnak, s a kontinuum-elmélet értelmében a kezeletlen szorongásos tünetek további súlyosbodás után depresszióba fordulhatnak át. Így a posztpartumban jelentkező kóros szorongás időben történő felismerése, kezelése, esetleges megelőzése *jelentős preventív értékkel is bír.*

Ugyancsak preventív szempontok indokolták, hogy vizsgálatunkban külön figyelmet fordítottunk *a szubklinikai szinten szorongó csoport elkülönítésére.* Ezen személyek szorongása a spontán rendeződés, és a kórossá válás irányába egyaránt mozdulhat. Mintánkban a szubklinikai szintű szorongás 38,5%-os prevalenciája igazolja, hogy gyakori jelenséggel állunk szemben. Ezért a szubklinikai szinten szorongó anyákat kutatásunk minden vizsgálatában külön csoportként kezeltük. Eredményeink megerősítették, hogy *különválasztásuk megalapozott, mivel nemcsak a szorongás mértékében, de a vizsgált változók tekintetében is elkülönülnek mind a kóros, mind az egészséges mértékben szorongó anyáktól.*

Kutatásunk első irányvonala elsősorban népegészségügyi jellegű jelentőséggel bír. Úgy véljük, hogy a pszichiátriai-pszichológiai ellátás mellett fontos lenne a posztpartum mentális zavarok szélesebb spektrumának, gyakoriságának és jelentőségének közvetítése az anyákkal rendszeres kapcsolatban álló szakemberek felé. Ez elsősorban a védőnőket és gyermekorvosokat, esetlegesen a szülész-nőgyógyászokat érintheti, akik felé információs anyagokkal, továbbképzésekbe integrálva célszerű lenne közvetíteni a posztpartum mentális zavarokkal kapcsolatos árnyalt és naprakész információkat. Így a szülés utáni hónapokban az anyák pszichikus felépülését is fokozottabb figyelem kísérhetné, ami lehetőséget nyújthatna a kóros állapotok kialakulásának megelőzésére, illetve arra, hogy szükség esetén az anyák adekvát szakellátásba kerülhessenek.

Ugyancsak fontosnak látjuk, a *közvetlenül az anyák felé* irányuló információ-nyújtást is, amelyet kiegészíthetnek szakember által vezetett, *preventív-mentálhigiénés jellegű csoportok* is.

Vizsgálataink **másik irányvonalát a posztpartum szorongás kórereditének vizsgálata alkotta.** A legtöbb pszichikus zavarhoz hasonlóan a szülés utáni mentális zavarok etiológiája is multifaktoriális, bio-pszicho-szociális jelenség, ezért kutatásunk a kóreredit egy feltételezett szegmensére irányult. *Második vizsgálatunkban az anyák intrapszichikus sérülékenységét, azon belül is kötődési jellemzőik és a posztpartum szorongás közötti kapcsolatot igyekeztünk feltárni.*

Vizsgálatunk fókuszát az határozta meg, hogy a gyermek születése az anya kötődési rendszerét mélyen megmozgató, implicit emlékeit, reprezentációit aktiváló állapot (Merle-Fishman, 2010).

Eredményeink igazolták, hogy a normatív krízisként is definiálható időszak kimenetele összefüggéseket mutat az anya kötődési rendszerének jellemzőivel, annak stabilitásával, esetleges sérüléseivel, deficitjeivel. A szülői bánásmód reprezentációi közvetlen összefüggést mutatnak a posztpartum szorongás mértékével, ugyanakkor hatásukat a szintén korai kapcsolati élmények talaján kialakult kötődési mintázat módosíthatja. A belső munkamodellek „Model of Self” dimenziója, azaz a negatív szelfreprezentációk hajlamosítanak a posztpartum kóros szorongás megjelenésére, míg a pozitív szelfreprezentációk ettől védenek. Ennek megfelelően az aggodalmaskodó és a bizalmatlan (félelemteli) kötődési stílusok a posztpartum szorongás rizikófaktoraként tekinthetők, míg a biztonságos és az elutasító-elkerülő típusok védelmet nyújtanak azzal szemben. Ez utóbbi kötődési mintázat esetében további vizsgálatok lennének szükségesek annak feltárásához, hogy a tudatosan megélt szorongás alacsony mértéke mennyiben jelent valódi pszichés egyensúlyt. Az elkerülés ugyanis mint szervezett stratégia az érzelmek elnyomására, tudatosulásuk elkerülésére épít (Láng, 2009), így ezen személyek esetében gyakori a látszategészség (Young et al., 2010).

A belső munkamodellek tartalmát jól megragadhatóvá tévő, az egyén önmagával és másokkal kapcsolatos alaphiedelmeit implikáló *korai maladaptív sémák* szintén szoros kapcsolatot mutatnak a szülés utáni szorongás mértékével. A maladaptív sémákkal rendelkező anyák jelentősen nagyobb valószínűséggel élnek át kóros szorongást a posztpartum időszakában, mint az adaptívabb sémákkal rendelkező személyek. Specifikus szükségleti sérülést vagy

sémamintázatot nem tártunk fel a posztpartum szorongás háttérében, bár a biztonságos kötődés, az autonómia/kompetencia, valamint az érzelmek és szükségletek szabad kifejezése mint alapszükséglet fokozott jelentőségűnek tűnik. Ezek a gyermekkel való kapcsolat során mind érintetté válnak, így könnyen aktiválódhatnak. Az elsődleges kötődési kapcsolat a biztonságos kötődés szükséglete köré épülő esetleges sémákat, a gondozás felelőssége az autonómia/kompetencia területén lévő sérüléseket érintheti meg, a kórosan másokra irányult és mindenáron megfelelni akaró anyákat pedig érzéseik és szükségleteik elnyomása teheti veszélyeztetetté kóros szorongás kialakulására.

Az érzelemszabályozási nehézségek vizsgálata arra világított rá, hogy a maladaptív sémákkal rendelkező, azok aktiválódása során heves affektusokkal, szorongással elárasztott anyákat nem védik megfelelő érzelemszabályozási készségek ezen állapotok ellen.

Változóink (illetve azok kapcsolatának) empirikus tesztelése összességében *megerősíti azon feltevésünket, hogy a posztpartumban kóros szorongással reagáló anyák korai kapcsolataikból hozott sérülésekkel, deficitekkel küzdenek.* Hozzá kell tennünk, hogy ezek nagy valószínűséggel a posztpartum szorongásra nézve nem specifikusak, hiszen a korai maladaptív sémák, a kötődési mintázat, a szülői bánásmód és az érzelemszabályozási nehézségek hatását számos pszichikus zavarban igazolták (Unoka, 2007; Kökönyei, 2008; Vankó, 2012). A korai élmények hatása a temperamentum, egyéni sérülékenység talaján és számos más tényezővel interakcióban vezet specifikus patológiák kialakulásához. Célunk így nem az volt, hogy specifikus változókat mutassunk ki a posztpartum szorongás etiológiájában; sokkal inkább az, hogy *empirikusan is megvizsgáljuk, hogy az általunk feltételezett, (korai) kötődési élmények hatásai a posztpartum szorongás háttérében feltárhatók-e, s a szorongó anyák különböznek-e ezen változók mentén az egészséges mértékben szorongóktól.*

Ez a kérdésfeltevés, s így **második vizsgálatunk eredményei elsősorban pszichoterápiás jelentőséget hordoznak.**

A posztpartum mentális zavarok kötődéseméleti megértéséhez és kezeléséhez jó keretet nyújt az *integratív pszichoterápiás megközelítés.* Ennek posztpartummal kapcsolatos vonatkozásait Merle- Fishman (2010) tekinti át átfogó tanulmányában, többek között Erskine (1980) és Berne (1961) megállapításaira hivatkozva.

Az integratív pszichoterápia úgy tekint a személyiségfejlődésre, melynek minden fázisa olyan feladatokat kínál, melyek specifikusan érzékenységeket teremtenek, s ezek által lehetővé válik a személyes múlt fontos aspektusainak átdolgozása és számos új tapasztalat szerzése. Az Erskine nevével fémjelzett (1980, idézi Merle-Fishman, 2010) „A Kapcsolatban lévő Szelf- modell” mélyebb megértést nyújthat abban, mi zajlik a személyiség mélyebb struktúráiban, amikor gyermek születik. A gyermekhez való kapcsolódása, gondozás során az anya saját csecsemőkori, illetve gyermekkori (implicit) emlékei is aktiválódnak, s bár ezek leggyakrabban nem tudatosulnak, mélyen érintik és mozgósítják az anya érzelmi világát. Az anyaságra magukat felkészültnek érző nőket is váratlanul érhetik érzelmi, viselkedéses, vagy akár fiziológiai reakcióik, gondolataik. Egyesek sosem tapasztalt kötődést és szeretetet, mások extrém magányt és elhagyatottságot élhetnek át. Vannak, akik boldogságban úsznak, mások erősen szoronganak, bár látják, hogy erre reális okuk nincs. Ez az időszak ismétlésre és reparációra egyaránt lehetőséget kínál, így a posztpartumban lévő anyákkal végzett munka egyedülálló lehetőséget jelenthet arra, hogy ezen nők megértsék és feldolgozzák és saját történetüket, forgatókönyveiket, másokhoz való kapcsolódásukat (Merle-Fishman, 2010).

Második vizsgálatunk eredményei megerősítik, hogy a posztpartum kóros szorongásra hajlamos anyák (korai) kapcsolataikból hozott sérüléseket hordoznak, beleértve a szelfről és a másikról alkotott negatív reprezentációkat, a realitás múltbeli tapasztalatok által torzított észlelésére és értelmezésére való hajlamot, és érzelemszabályozási nehézségeket. Így valószínűsíthetjük, hogy *pszichikusan fokozottan sérülékenyek egy olyan időszakban, melyben kapcsolati-kötődési szféráik mélyen érintetté válnak.*

A posztpartumban lévő anyákkal végzett *pszichoterápiás munka* egyik kulcseleme az állapotukkal kapcsolatos *normalizációs attitűd*. Az anya saját történetének, korábbi kapcsolati tapasztalatainak bevonása a terápiába megértést és elfogadást adhat számukra saját érzéseikkel, reakcióikkal kapcsolatosan (Erskine-Trautman, 1996, idézi Merle-Fishman, 2010). Ez segít megszabadulniuk a szégyen, büntudat másodlagos érzelmeitől, amelyekre mint az érzelemszabályozási nehézségekkel kapcsolatos vizsgálatunk rámutatott, igen hajlamosak. Amennyiben a másodlagos érzések, valamint a patologizáló attitűd oldódik, a mögöttes érzések, tartalmak sokkal hozzáférhetőbbé válhatnak a változtatás számára.

Emellett a *terápiás kapcsolat* szerepe meghatározódik. Az anya (korai) szükségletei, kapcsolati reprezentációi -aktiválódásuk következtében- várhatóan a terápiás kapcsolatban is megjelennek. A szülői bánásmóddal és a korai maladaptív sémákkal kapcsolatos eredményeink rámutatnak azon szükségleti sérülésekre, amelyek megjelenését a terápiában is

feltételezhetjük. A kötődési- kapcsolati biztonság, elfogadás, kölcsönösség, az érzelmek szabad kifejezésének lehetőség révén a terapeuta keretek közötti szülői újragondoskodást nyújt (Young et al., 2010). Ez fontos *korrektív élménnyé válhat az anya számára, melyet fokozatosan megélhet és megjeleníthet saját gyermekével való kapcsolatában is.*

Az integratív pszichoterápia megközelítésében és módszertanában teret kap a berni *énállapotok* bevonása is (Merle-Fishman, 2010), melyek szoros átfedés mutatnak a youngi sémamódokkal (Young, 2010). Stresszhatás alatt nagyobb a valószínűsége, hogy az adaptív énállapotok mellett archaikus vagy introjektált érzelmek, gondolatok vagy viselkedés jelennek meg (Berne, 1961). Különösen az első gyermek születése után még a magukat felkészültnek érző anyák is könnyen kerülhetnek olyan helyzetbe, amelyre a Felnőtt énállapotnak nincsenek tapasztalatai, megoldásai. Ez az egyik aspektus, ami a *posztpartumban különösen jelentőssé teszi az énállapotokkal való munkát, vagy azok megértési keretként való használatát.* A másik út, ami a Szülő, illetve Gyermekek módok aktiválásához vezet, az maga a gyermek gondozása (Siegel – Hartzell, 2003, idézi Merle-Fishman, 2010). Ez a megközelítés megragadhatóbbá teszi, hogyan is aktiválódnak implicit, csecsemőkori – gyermekkori, illetve a szülői hatásokkal kapcsolatos archaikus emlékek és reprezentációk egy felnőttkori életszakaszban. Ezek sokszor egészen az első gyermek születéséig rejtve maradnak, gyakran teljesen kívül a tudatosságon, „megbújva” a Gyermekek, illetve a Szülő énállapotokban (Erskine, 2009). Ahogyan egy anya a gyermekét ringatja, válaszol sírására vagy jelzéseire, gyakran annak tükre, hogyan gondozták őt magát. Így *az énállapotokkal való terápiás munka segít a posztpartumban lévő anyáknak megérteni, a terápiás kapcsolatban korrigálni és személyiségükbe újraintegrálni múltbeli tapasztalataikat és az „itt és most”-ban kialakítani egy teljesebb kapcsolatot gyermekükkel.*

Fentieket saját terápiás tapasztalataim nagymértékben alátámasztják. Munkám során a tünetredukciós és kognitív technikák mellett a KIP (Katathym Imaginatív Pszichoterápia) nyújtotta imaginatív eszköztárat, valamint ego-state technikákat egyaránt alkalmaztam azon páciensek terápiájában, aki posztpartum pszichés zavarokkal jelentek meg. A szimbólumokat egy idő után felváltották a jelen érzéseit a múltbeli tapasztalatokkal összekötő korregressziós képek, ahol alkalmunk volt „találkozni” a páciensek gyermek énállapotával, más szóval belső gyermekükkel. Ez a terápiás folyamat igen érzékeny és mély periódusa, mely a terápia biztonságos terében növeli a páciens önmagával kapcsolatos megértését, önfogadását, s kifejezett lehetőséget nyújt a szülői újragondoskodásra, korrekcióra és integrációra egyaránt.

6. Záró gondolatok: Nóra története saját szavaival

(A páciens összefoglalójának közléséhez hozzájárult. Nevét és más adatait a felismerhetőség elkerülése végett megváltoztattuk.)

„Az én történetem

Az egészet, ahonnan megváltozott minden, a szüléstől számítom. Arra emlékszem, hogy bementem boldogan, mindenre felkészülve szülni, és kijöttem valaki másként. A szülés számomra természetellenes és művi volt. Szerintem a kórházban nem természetesen zajlik a szülés. Folyamatos sürgetés, gyors borotválás, beöntés, majd oxitocin injekció (mivel doktor úrnak sietni kellett volna), majd a hasamból a gyerek nyomása, húzása. A császármetszés megváltás volt. Úgy kezeltek, mint egy fadarabot: mintha nem lennének érzéseim, sem félelmeim. Nem közöltek semmit velem. Arra emlékszem, a nyolc óra vajúdás után csak azt vártam, hogy bárhogyan is, csak legyen vége. Kínt éreztem, és később bántott, de csak magammal törődtem, csak a vége érdekelt. Amikor vége lett, már csak a kicsit szerettem volna magamhoz szorítani: a legszebb dolog volt, amikor magamhoz ölelhettem.

Az első szorongásom a kórházi napokban volt. Állandóan sírtam a szoptatás miatt, mert soha nem sikerült. Amikor hazajöttünk, sokat remegtem valamitől, lehangolt voltam. Csak a babával foglalkoztam. Egyrészt nagyon örültem neki, másrészt pedig nem éreztem magam biztonságban vele. Félttem folyamatosan. Azt éreztem, vissza akarom kapni a régi magabiztosságomat. Az első három hónap így telt. Nem élveztem az anyaságot, csak mindenkinek a szülésről beszéltem. El akartam mesélni, ami velem történt, de ez süket fülekre talált. Folyton azt mondták nekem: „Jól van, mostmár a gyerekkel foglalkozz! Majd elfelejted” (Én..?? Soha - gondoltam). Mindenki a szoptatással kapcsolatban adott tanácsokat, hogyan csináljam. Engem viszont hányinger fogott el minden egyes szoptatásnál. Olyan undort éreztem mindig, ott ültem, és nem sikerült szoptatnom. Viszont cumisüvegből szerettem etetni, mert akkor sikerélményem volt. Tudtam, hogy a gyermekem úgy biztonságban van, mert meg tudom etetni.

Pontosan három hónapos volt, amikor félelem-rohamaim lettek. Nagyon erős szorongást éreztem, vert a szívem, és ekkor jött az első kényszergondolat. „Félek, hogy leszúrom a gyermekemet, veszélyes vagyok rá.” Ekkor a gyermeket biztonságba helyeztem és kimentem a házból, nehogy ártsak neki. Utána már képtelen voltam egyedül meglenni. Állandóan félttem

és szorongtam. Csak az anyukám mellett éreztem magam biztonságban, felnőtt felügyelet mellett. Félttem, hogy kárt teszek benne. Minden reggel kövel ébredtem a mellkasomon. Végül annyira szorongtam, hogy egyszer három napig bezárkóztam, csak feküdtem és aludtam. Egy hónap alatt kétszer voltam orvosnál, de semmi súlyos problémát nem talált. Első alkalommal kamillateát javasolt. Másodjára enyhe nyugtatókat kaptam, majd fél év múlva kontroll- addig elég a receptért eljönnie valakinek. Miután már semmit nem ettem napok óta, elmentem egy nőgyógyászhoz, hátha ő tud valakit. Felírt egy fogamzásgátlót, és azt ígérte, e-mailen küld egy telefonszámot, de ez nem történt meg. A negyedik hónap végén találtam segítséget. Ekkorra már az egész életem szorongássá vált, úgy éreztem, kifordultam önmagamból, és teljesen bolondnak éreztem magam. Addigra már csak a szorongás irányította az életemet. Folyamatosan jöttek a félelmek. A legrosszabb az volt, hogy mindenkitől a segítséget vártam volna, de hiába mondtam, valami nincs rendben, csak akkor vettek igazán komolyan, amikor már csak feküdtem. Rögeszmémé vált, hogy meg fogom ölni a gyermekemet, és börtönbe fogok kerülni. Minden nap erre készültem, hogy a gyerekem túléli-e a napot vagy nem. Emlékszem, minden reggel örültem, hogy éjjel nem szúrtam le, nem fojtottam meg egy övvel. Közben elkezdtem félni, hogy másban is kért tehetek, főként a férjemben. Egy dolog tartotta bennem a lelket, hogy ekkor kezdtem pszichoterápiába járni, és a pszichológustól ülések közt, telefonon akár minden nap megkérdezhettem, hogy ez megtörténhet-e, bánthatom-e a gyermekemet. A nemleges választ elhittem, de csak amíg letettük a telefont. Újabb szorongások jöttek kis idő múlva, mint a forrásban lévő víz, feltörték- szinte éreztem, ahogy feljönnek a mellkasomban.

A házat kipakoltattam, elzártuk a gyógyszereket, a vegyszereket, a késeket, a mérgeket, mert addig nem nyugodtam meg. Minden ételt, italt, ami a gyerek és az én közelemben volt, el kellett pakolni, nehogy mérget tegyek bele. Ha én adtam neki oda valamit, azt legalább kétszer megkóstolni, megszagolni. A kajáját rendszeresen ellenőriztem, nem tettem-e bele gémpapírt, fémet. De még így is szorongtam. A gyerekemmel sosem maradtam egyedül. Csak úgy túléltem a napokat. És velem együtt a családom is.

A terápia során fokozatosan, lassan javult a helyzet. Minden terápián valamilyen formában a bennem lévő dühöt és haragot dolgoztuk fel. A képek, amiket csináltunk, segítettek szimbolizálni az érzéseket, vágyakat, félelmet, haragot. Emlékszem, az első kép, amit csináltunk, abban a nyugalmat szimbolizáltuk. A pihenést és a csendet. De sok-sok érzésről alkottunk képet. Minden egyes alkalom oldást adott. Mintha apró, pici darabok szakadtak

volna le rólam. Olyan volt, mintha fokozatosan megszabadulnék valamitől. Kis lépésekben. Egészen kicsi kori érzések jöttek fel. Még magzatkori képről is álmodtam: amikor megijedek a zajtól. Sok mindenre választ kaptam, hogy miért félek a sötétben, miért nem merek egyedül lenni. Ezek a dolgok ma már nem zavarnek. Egy évig tartott, hogy teljesen kikerüljek ebből az állapotból. Az ülések között elég sokszor beszélünk telefonon is, amikor nagyon felzaklatott valami, egy félelem, vagy álom. Olyankor 2-3 napra megnyugodtam. Később már egy hétig is akár. A terápia maga nem volt könnyű, mert az ember olyan dolgokat dolgoz fel, amiket elnyom magában, vagy szándékosan, vagy tudat alatt. Sokszor olyan témákról beszélünk, amire nem akartam emlékezni, de újraélni, átélni pláne nem. De ha feldolgoztuk, valahogy elengedtem, tovább léptem. A szorongást valójában ez oldotta fel teljesen. Minél kevesebb lett au ilyen emlék, annál kevesebb lett a szorongás is. Mint egy párhuzam. Most már eltelt két év, és azóta is teljesen jól vagyok. Megtanultam, hogy mindent akkor kell feldolgozni, megbeszélni, amikor történik, nem szabad elnyomni. Ha néha van is egy-egy rossz gondolatom, ami boldoggá tesz, hogy már nincs mögöttem szorongás. Tudom, hogy ez nem történhet meg. Már nem szorongok, csak nagyon ritkán, de az természetes mértékben marad (pl. vizsga előtt). Az a hihetetlenül erős, ami a lelkemet szorongatta, elmúlt.”

Irodalom

ABRAMOWITZ, J. S.; SCHWARTZ, S. A.; MOORE, K. M.; LUENZMANN, K. R. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 17. 461–478.

ABRAMOWITZ, J.S.; MELTZER-BRODY, S.; LESERMAN, J.; KILLENBERG, S.; RINALDI, K.; MAHAFFEY, B.L.; PEDERSEN, C. (2010). Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 13. 523-530.

AHOKAS, A., AITO, M., RIMON, R. (2000). Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61. 166-169.

AHOKAS, A., AITO, M., TURIAINEN, S. (2000): Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101. 167-169.

AKMAN, I., KUSCU, K., ÖZDEMİR, N., YURDAKUL, Z., SOLAKOĞLU, M., ORHAN, L., KARABEKİROĞLU, A., ÖZEK, E. (2006). Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Archives of Disease in Childhood*, 91(5.) 417–419.

AYERS, S., HARRIS, R., SAWYER, A., PARFITT, Y., FORD, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, 119. 200–204.

BALLARD C. G., STANLEY, A. K., BROCKINGTON, I. F. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 166. 525-528.

BANDELOW, B.; SOJKA, F.; BROOCKS, A.; HAJAK, G.; BLEICH, S.; RÜTHER, E. (2006): Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *European Psychiatry*, 21. 495-500.

BARLOW, D. H. (1986). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, Guilford.

BARTHOLOMEW, K., HOROWITZ, L. (1991). Attachment styles among young adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2.) 226–244.

BECK, C.T., DRISCOLL, J. W., WATSON,S. (2013). *Traumatic childbirth*. Routledge, New York.

BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F, & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford.

BELSKY, J., CASSIDY, J. (1994). Attachment: Theory and evidence. In: M. L. RUTTER, D. F. HAY, S. BARON-COHEN (Eds.). *Development through life: A handbook for clinicians*. Blackwell, Oxford, England. 373–402.

BERNE (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatry*. New York, Grove Press.

BING, E., COLEMAN, L. (1997). *Laughter anf tears: the emotional life of new mothers*. New York, Henry Holt and Co.

BORKOVEC, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In: Davey, G. C. L., Tallis, F. (Eds.). *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. Sussex, UK, Wiley. 5-33.

BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books, New York.

BOWLBY, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London, Routledge.

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. 46-76.

BRIDGES, L.J., DENHAM, S.A., GANIBAN, J.M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75. 340-345.

BRITTON, J. R. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety*, 25. 793-800.

BROCKINGTON, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363. 303–310.

BYDLOWSKY M., RAOUL- DUVAL A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives in Psychiatric Care*, 4. 321-328.

CAREY, W.B. (1963). Maternal anxiety and infantile colic. Is there a relationship? *Clinical Pediatrics*, 7 (10.) 590–595.

CHALMERS, B. E., CHALMERS, B.M. (1986). Postpartum depression: a revised perspective. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5. 93-105.

CLARK, D. A. (2004). *Design considerations in prevention research*. American Psychological Association, Washington DC.

COHEN, L. S., SICHEL, D. A., DIMMOCK J. A., ROSENBAUM, J. F. (1994). Postpartum course in women with preexisting panic disorder, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55. 289–292.

COHEN, L. S., SICHEL, D. A., FARAONE, S. V., ROBERTSON, L. M., DIMMOCK, J. A., ROSENBAUM, J. F. (1996). Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: A preliminary study. *Biological Psychiatry*, 39. 950–954.

COLLINS, N. L., GUICHARD, A.C., FORD, M.B., FEENEY, B.C. (2004). Working models of attachment: New developments and emerging themes. In: Rholes, W. S., Simpson, J. A.

(Eds.). *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. Guilford Press, New York, NY. 196-239.

COX, J. (2004). Postnatal mental disorder: towards ICD-11. *World Psychiatry* 3(2.) 96–97.

COX, J. L., HOLDEN, J. M., SAGOVSKY, R. (1987). Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 150. 782-786

CSÓKA, SZ., SZABÓ, G., SÁFRÁNY, E., ROCHLITZ, R., BÓDIZS, R. (2007). Kísérlet a felnőttkori kötődés mérésére – a kapcsolati kérdőív (Relationship Scale Questionnaire) magyar változata. *Pszichológia*, 27(4.) 333-355.

DENNIS, C. L., COGTHLAN, M., VIGOD, S. (2013). Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the Stait-Trait Anxiety Inventory? *Journal of Affective Disorders*, 150. 1217-1220.

DSM-IV Text Revision. *A módosított DSM-IV*. Animula, Budapest, 2001.

ERSKINE, R. (1980). Script cure: Behavioral, intrapsychic and physiological. *Transactional Journal*, 10. 102-106. Republished in R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*. 151-155. San Fransisco, T. A. Press.

ERSKINE, R., TRAUTMANN, R. (1996). Methods of an integrative psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 26(4). 316 - 328.

FAIRBROTHER, N.; ABRAMOWITZ, J. S. (2007). New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 45. 2155–2163.

FISHER, J. R. W., FEEKERY, C. J., ROWE-MURRAY, H. J. (2002). Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 38 (2.) 140-145.

FONAGY, P., TARGET, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9. 677-699.

GABBARD, G. O. (2008). *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve*. Lélekben Otthon, Budapest.

GALLER, J.R., HARRISON, R.H., RAMSEY, F., FORDE, V., BUTLER, S.C. (2000). Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development in Barbados. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6. 747-757.

GERGELY, GY., WATSON, J. S. (1998). A szülői érzelmetükrozés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, 9. 56-105.

GLASHEEN, C.; RICHARDSON, G. A.; FABIO, A. (2010): A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health*, 13. 61-74

GOLDBECK-WOOD, S. (1996). Post-traumatic stress disorder may follow childbirth. *BMJ Clinical Research*, 313. 774.

GOLDBERG, D. (1984). The recognition of psychiatric illness by non-psychiatrists. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 18. 128-133.

GRACE, S. L., SANSOM, S. (2003). The effect of postpartum depression on the mother-infant relationship and child growth and development. In: Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., Wallington, T. (Eds.). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*.

GRATZ, K. L., ROEMER, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26. 41-54.

GROSS, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(5.) 271-299.

HAJDUSKA, M. (2008). *Krízislélektan*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

HALBREICH, U. (2005). Postpartum disorders: Multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 88. 1-7.

HAYES, S. C., LUOMA, J. B., BOND, F. W., MSUDA, A., LILLIS, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1.) 1-25.

HESSE, E., MAIN, M. (2006): Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18. 309-343.

HICKEY, A. R., BOYCE, P. M., ELLWOOD, D., MORRIS- YATES, A. D. (1997). Early discharge and risk for postnatal depression. *The Medical Journal of Australia*, 167. 244-247.

HOCK, E., SCHIRTZINGER, M.B. (1992). Maternal separation anxiety: its developmental course and relation to maternal mental health. *Child Development*, 63(1.) 93-102.

HUSZÁR, L. ARATÓ, M. (2003). „Női” pszichiátria. In: Füredi, J., Németh, A., Tariska, P., Belső, N., Treuer, T. (Eds.). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest. 753-763.

JONES, H. W., VENIS, J. A. (2001). Identification and classification of postpartum psychiatric disorders. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39. (12.) 23-47.

KESSLER, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1.) 5-13.

KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S., NELSON, C. B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEN, H. U., KENDLER, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-

R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1.) 8-19.

KOÓS, O. (2010). *A dezorganizált kötődés kialakulása csecsemőkorban*. Doktori Értekezés. Debreceni Egyetem, Debrecen.

KOVÁCSNÉ TÖRÖK, ZS. (2009). *Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére*. PhD-értekezés, Debreceni Egyetem, Debrecen.

KÖKÖNYEI, GY. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Doktori disszertáció. ELTE, Budapest.

KURITÁRNÉ, SZ., I. (2008). *Borderline személyiségzavar. Tünettan, etiológia, terápia*. Medicina, Budapest.

LANES, A., KUK, J. L., TAMIM, H. (2011). Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11 (302.)

LÁNG, A. (2009). *Érzelemszabályozás és kötődés összefüggései normatív mintában*. *Alkalmazott Pszichológia*, 11 (3-4.) 5-17.

LEE, D. T. S., YIP, A. S. K., LEUNG, T. Y. S., CHUNG, T. K. H. (2000). Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medical Journal*, 6. 349-354.

LEENERS, B., RICHTER-APPELT, H., IMTHURN, B., RATH, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61. 139-151.

LEERKES, E. M., BURNEY, R. (2007). The development of parenting efficacy among new mothers and fathers. *Infancy*, 12. 45-67.

LEIGH, B., MILGROM, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8 (24.)

LEV-WIESEL, R., DAPHNA-TEKOA, S., HALLAK, M. (2009). Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse and Neglect*, 33. 877-887.

LEVY, K. N., BLATT, S. J., SHAVER, P. R. (1998). Attachment Styles and Parental Representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (2.) 407–419.

LONSTEIN, J. S. (2007). Regulation of anxiety during the postpartum period. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 28. 115-14.

MAIN, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In: Goldberg, S., Muir, R., Kerr, J. (Eds.). *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Analytic Press, Hillsdale, NJ. 407-474

MANASSIS, K., BRADLEY, S., GOLDBERG, S., HOOD, J., SWINSON, R. P. (1994). Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33. 1106-1113.

MARDIA, K. V., KENT, J. T., BIBBY, J. M. (1979). *Multivariate Analysis*. Academic Press, New York.

MARRS, C. R., DURETTE, R. T., FERRARO D. P., CROSS, C. L. (2009). Dimensions of postpartum psychiatric distress: Preliminary evidence for broadening clinical scope. *Journal of Affective Disorders* 115. 100-111.

MATTHEY, S.; BARNETT, B.; HOWIE, P.; KAVANAGH, D.J. (2003): Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74. 139–147.

MCVEIGH, C. A. (2000). Anxiety and functional status after childbirth. *Australian College of Midwives Journal*, 14.

MERLE-FISHMAN, C. (2010). An Integrative Psychotherapy of Postpartum Adjustment. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1 (2.) 29- 47.

MESHBERG-COHEN, S., SVIKIS, D. (2007). Panic disorder, trait anxiety, and alcohol use in pregnant and nonpregnant women. *Comprehensive Psychiatry*, 48. 504-510.

MIKULINCER, M., SHAVER, P. R., PEREG, D. (2003): Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment related strategies. *Motivation and emotion*, 27, (2.), 77-102.

MILLER, R. L.; PALLANT, J. F.; NEGRI, L. M. (2006): Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression? *BMC Psychiatry*, 6:12.

Mineka, S., Sutton, S. K. (1992): Cognitive biases and the emotional disorders. *Psychological Science*, 3 (1), 65-69

MOLEMAN N., VAN DER HART, O., VAN DER KOLK, B. A. (1992): The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (4.) 271-272.

MOLNÁR, J. (2013). Prevalence and symptomatology of postpartum psychiatric disorders. In: Angyalosi, G., Münnich, Á., Pusztai, G. (Eds.). *Interdisciplinary Research in Humanities*. Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Central European Studies. 311-325.

MOLNÁR, J. (2014): Posztpartum szorongás az anyák kötődési jellemzőinek tükrében. In: Münnich, Á. (Ed.). *Pszichológiai Kutatások: Debreceni Egyetem Pszichológiai Doktori Program*. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen. 7-23.

MOLNÁR, J., MÜNNICH, Á. A STAI módosított alkalmazása posztpartum szorongás vizsgálatában. *Alkalmazott Pszichológia*, megjelenés alatt

MOSS, K. M., SKOUTERIS, H., WERTHEIM, E. H., PAXTON, S. J., MILGROM, J. (2009). Depressive and anxiety symptoms through late pregnancy and the first year post birth: an examination of prospective relationships. *Archives of Women's Mental Health*, 12. 345–349.

MUZIK, M.; KLIER, C. M.; ROSENBAUM, K. L.; HOLZINGER, A.; UMEK, W.; KATSCHNIG, H. (2000). Are commonly used self-report inventories suitable for screening postpartum depression and anxiety disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102. 71-73.

MÜNNICH, Á., HIDEKGUTI, I. (2012). Strukturális egyenletek modelljei: Oksági viszonyok és komplex elméletek vizsgálata pszichológiai kutatásokban. *Alkalmazott Pszichológia*, (1.) 77–102.

MÜNNICH, Á., NAGY, Á., ABARI, K. (2006). *Többváltozós statisztika pszichológus hallgatók számára*. Bölcsész Konzorcium, Debrecen.

NAGY, A., MOLNÁR, J., BALÁZS, K., VÁGYI, P. (2013). A szülői bánásmód hatása a párválasztásra a séma-fókusz elmélet tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68 (4.) 713–735.

NAGY, L. (2005). *A temperamentum és karakter összefüggései a felnőtt kötődéssel*. Doktori értekezés tézisei. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.

NAVARRO, P., GARCÍA-ESTEVE, L., ASCASO, C., AGUADO, J., GELABERT, E., MARTÍN-SANTOS, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: Prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 109. 171–176.

NÉMET, A., TREUER, T. (2003). Kényszerbetegség (obszesszív-kompulzív zavar). In: Füredi, J., Németh, A., Tariska, P. (Eds.). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest. 403-409.

NORTHOFF, G., HEINZEL, A., DE GRECK, M., BERMPOHL, F., DOBROWOLNY, H., PANKSEPP, J. (2006). Self-referential processing in our brain- A meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage*, 31 (1.) 440-457.

O'CONNOR, T. G., HERON, J., GOLDING, J., BEVERIDGE, M., GLOVER, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/ emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *British Journal of Psychiatry*, 180. 502-508.

O'HARA, M., GORMAN, L. L. (2004). Can postpartum depression be predicted? *Primary Psychiatry*, 11 (3.) 42-47.

O'HARA, M.W., SWAIN, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1.) 37-54.

OAKLEY, A. (1979). *From here to maternity: Becoming a mother*. Penguin Books, Harmondsworth.

PARRAT, J. (1994): The experience of childbirth for survivors of incest. *Midwifery*, 10 (1.) 26-39.

PAYKEL, E. S. (2002). Mood disorders: review of current diagnostic systems. *Psychopathology*, 35. 94-99.

PÁLL, I. (2002). A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek. *LAM*, 12 (3.) 153-158.

POLACHEK, I. S., HARARI, L. H., BAUM, M., STROUS, R. D. (2012). Postpartum post-Traumatic Stress Disorder symptoms: The Uninvited Birth Companion. *The Israel Medical Association Journal*, 14. 347-353.

POPE, S. (1999). *An information paper: Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999*. Canberra, National Health and Medical Research Council.

- RAMCHANDANI, P. G., STEIN, A., HOTOPF, M., WILES, N. J. (2006). Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: results of a large population-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (6.) 729–736.
- RECK, C., NOE, D., GERSTENLAUER, J., STEHLE, E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior and Development*, 35. 264-272.
- REYNOLDS, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*, 156. 831–835.
- RHODES, N., HUTCHINSON, S. (1994). Labor experiences of childhood sexual abuse survivors. *Birth*, 21 (4.) 213-220.
- ROBERTSON, E., CELASUN, N., STEWART, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In: Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., Wallington, T. *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*.
- ROHATGI, V. K., SALEH, A. K. E. (1976). *An Introduction to Probability Theory and Statistics*. John Wiley and Sons, New York.
- ROSE, A. (1992): Effects of childhood sexual abuse on childbirth: one woman's story. *Birth*, 19 (4.) 214-218.
- RYDING E. L. (1991). Psychosocial indications for cesarean section: a retrospective study of 43 cases. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 70. 47-49.
- RYDING E. L. (1993). Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 72. 280-285.

SABUNCUOGLU, O., BERKEM, M. (2006). The relationship between attachment style and depressive symptoms in postpartum women: findings from Turkey. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17, (4.) 1-7

SEARS, W. (1985). *The Fussy Baby*. La Leche League International. Franklin Park, IL.

SHARMA, V., BURT, V., K. (2011). DSM-V: modifying the postpartum-onset specifier to include hypomania. *Archives of Women's Mental Health*. 14 (1.) 67-69.

SHIELDS, B. (2005). *Down came the rain: My journey through postpartum depression*. Christa Incorporated, New York.

SICHEL, D.A., COHEN, L.S., ROSENBAUM, J.F., DRISCOLL, J.D. (1993). Postpartum onset of obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics*, 34. 277-279.

SIEGEL, D. J. & HARTZELL, M. (2003). *Parenting from the inside out*. New York: Tarcher/Penguin.

SIMPSON, J. S., RHOLES, W. S. (2003). Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social psychology*, 84 (6.) 1172-1187.

SIPOS, K., SIPOS, M., SPEILBERGER C. D. (1978). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: Mérei F., Szakács F. (Eds.). *Pszichodiagnosztikai Vademecum I/2*. Tankönyvkiadó, Budapest. 123-136.

STANEVA, A., WITTKOWSKI, A. (2013). Exploring beliefs and expectations about motherhood in Bulgarian mothers: A qualitative study. *Midwifery*, 29. 260-267.

SZÁDÓCZKI, E., RIHMER, Z. (2001). *Hangulatzavarok*. Medicina, Budapest.

TEISSEDE, F.; CHABOL, H. (2003). Postnatal depression: A study of the predictive effects of postnatal anxiety on 291 mothers. *Irish Journal Of Psychological Medicine*, 20 (4). 111-114.

THOMPSON, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In: N. A. Fox (Ed.). *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59* (2-3.) 25-52. (Serial no. 240).

TÖRÖK, ZS., SZEVERÉNYI, P. (2007). Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok. A gyermekágyi lehangoltság. *Magyar Pszichológiai Szemle, 62* (3.) 395-405.

UGUZ F., AKMAN, C., KAYA, N., CILLI, A. S. (2007). Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*. 132-140.

UNOKA, ZS. (2007). *Személyiségvonások, tünetdimenziók, rossz szülői bánásmód vizsgálata és látens sérülékenységdimenziók azonosítása egyes pszichés zavarokban*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest.

UNOKA, ZS. (2011). Sématerápia. *Magyar Pszichológiai Szemle, 66* (1.), 31–45.

UNOKA, ZS., RÓZSA, S., FÁBIÁN, 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.

VANKÓ, T. (2012). *Kötődés és korai maladaptív sémák vizsgálata egyes pszichés zavarokban*. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pécs.

WARNER, R., APPLEBY, L., WHITTON, A., FARAGHER, B. (1997). Attitudes towards motherhood in postnatal depression: development of the maternal attitudes questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 43*. (4.) 351-358.

WEIGHTMAN, H., DALAL, B. M., BROCKINGTON, I. F. (1998). Pathological fear of cot death. *Psychopathology, 31*. 246-249.

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. 519-530.

WENZEL, A., GORMAN, L.L., O'HARA, M.W., STUART, S. (2001). The occurrence of panic and obsessive compulsive symptoms in women with postpartum dysphoria: a prospective study. *Archives of Women's Mental Health*, 4. 5-12.

WENZEL, A., HAUGEN, E. N., JACKSON, L. C., BRENDLE, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Anxiety Disorders*, 19. 295–311.

WENZEL, A., HAUGEN, E. N., JACKSON, L. C., ROBINSON, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 6. 43–49.

WERNER, K., GROSS, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In: Kring, A. M., Sloan, D. M. (Eds.). *Emotion regulation and psychopathology*. The Guilford Press, New York, London. 13-37.

VERREAULT, N., DA COSTA, D., MARCHAND, A., IRELAND, K., BANACK, H., DRITSA, M., KHALIFÉ, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73. 257–263.

WHALLEY, J., SIMKIN, P., KEPPLER, A. (2010). *Pregnancy, Childbirth, and the Newborn*. The Complete Guide. Meadowbrook Press, Minnesota.

WISNER, K. L., PEINDL, K. S., GIGLIOTTO, T., HANUSA, B. H. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60. 176-180.

YOUNG, J. E. (2000). *Young Parenting Inventory*. Cognitive Therapy of New York, New York.

YOUNG, J. E., BROWN, G. (1990): *Young Schema Questionnaire*. Cognitive therapy Center of New York, New York.

YOUNG, J. E., BROWN, G. (2001): *Young Schema Questionnaire. Special Edition*. Schema Therapy Institute, New York.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E.. (2003). *Schema Therapy*. Guilford Press, New York.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E.. (2010). *Sématerápia*. Magyar Viselkedéstanulmányi és Kognitív Terápiás Egyesület, Budapest

ZAHR, L. K. (1991). The relationship between maternal self-confidence and mother-infant behaviors in premature infants. *Research in Nursing and Health*, 14. 279-286.

ZAMBALDI C. F., CANTILINO, A., MONTENEGRO, A. C., PAES, J. A., ALBUQUARQUE, T. L. C., SOUGEY, E. B. (2009). Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 50. 503–509.

ZEANAH, C. H., KEENER, M. A., STEWAET, L., ANDERS, T. F. (1985). Prenatal perception of infant personality: a preliminary investigation. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24. 204-210.

INTERNETES HIVATKOZÁSOK:

1. SEGRE, L. S., DAVIS, W. N. (2013). *Postpartum Depression and Perinatal Mood Disorders in the DSM*. Postpartum Support International, www.postpartum.net. Letöltve: 2014-03-22

2. BARTHOLOMEW, K. Self-Report Attachment Measures.

http://members.psyc.sfu.ca/labs/kim_bartholomew/attachment/self. Letöltve: 2014-02-17.

3. YOUNG, J. E. (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short form*. <http://home.sprynet.com/sprynet/schema/ysqs1.htm>

4. ERSKINE, R. (2009). *Life scripts and attachment patterns: Theoretical integration and therapeutic involvement*. New York: Institute for Integrative Psychotherapy. letöltve: www.integrativetherapy.com

Mellékletek

1. melléklet. Kutatási oldalunk tájékoztatója

Tisztelt Válaszadó!

Molnár Judit vagyok, a Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézetének Személyiség-és Klinikai Lélektani Tanszékén dolgozom egyetemi tanársegédként. Az oktatási tevékenység mellett klinikai szakpszichológusként egyéni terápiákkal is foglalkozom. Fő érdeklődési területemmé a szülés után megjelenő lelki zavarok, azon belül is a kóros szorongással járó állapotok kutatása és gyógyítása vált. Jelenleg doktori disszertációmhoz gyűjtök adatokat, s ehhez szeretném ezúton az Ön segítségét is kérni.

A teszt kitöltés teljesen anonim, az adatokat szigorúan bizalmasan, a Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe alapján kezelem, és kizárólag kutatási célra használom fel.

A vizsgálathoz azon édesanyák segítségét kérném, akiknek egy évnél fiatalabb csecsemőjük van, azaz egy éven belül szültek. Mivel a vizsgálat összehasonlító jellegű, ezért **szorongó és egészséges édesanyák vizsgálatban való részvétele egyaránt hozzájárul a kutatás eredményeihez.**

Regisztrációjához **elegendő egy nick-nevet** megadni, **az anonimitás miatt kérem, ne használja valódi nevét.** A rendszer az eredményeket oldalanként menti, ezért ha félbeszakítja a teszt kitöltését, később is visszatérhet, és folytathatja, ahol abbahagyta.

Előre is köszönöm, hogy segítségével támogatja munkámat, s egyben hozzájárul a szülés utáni szorongásos zavarok kialakulásáról meglévő ismereteink, valamint a kezelési lehetőségek szélesítéséhez.

2. melléklet. A Spielberg-féle Állapot-Vonásszorongás kérdőív Állapotszorongás skálája (STAI-S).

STAI-S

Az alábbiakban néhány olyan megállapítást olvashat, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és karikázza be a megfelelő számot attól függően, hogy ebben a pillanatban

ÉPPEN MOST HOGYAN ÉRZI MAGÁT

Nincsenek helyes, vagy helytelen válaszok. Ne gondolkodjon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ jelölje meg.

	egyáltalán nem	valamennyire	elégé	nagyon/teljesen
1. Nyugodtnak érzem magam	1	2	3	4
2. Biztonságban érzem magam.				
3. Feszültnek érzem magam.				
4. Valami bánt.				
5. Gondtalannak érzem magam.				
6. Zaklatott vagyok.				
7. Aggódok, hogy bajba keveredem.				
8. Kipihentnek érzem magam.				
9. Szorongok.				
10. Kellemesen érzem magam.				
11. Elég önbizalmat érzek magamban.				
12. Ideges vagyok.				
13. Nyugtalannak érzem magam.				
14. Fel vagyok húzva.				
15. Minden feszültségtől mentes vagyok.				
16. Elégedett vagyok.				
17. Aggódok.				
18. Túlzottan izgatott és feszült vagyok.				
19. Vidám vagyok.				
20. Jól érzem magam.				

3. melléklet. Az RSQ kérdőív magyar változata.

KAPCSOLATI KÉRDŐÍV

(Relationship Scales Questionnaire - RSQ)

1 Egyáltalán nem jellemző rám				5 Nagyon jellemző rám
1. Nehéznek találom, hogy másoktól függjek				
1	2	3	4	5
2. Nagyon fontos számomra, hogy függetlennek érezzem magam				
1	2	3	4	5
3. Könnyen alakítok ki szoros érzelmi kapcsolatot másokkal				
1	2	3	4	5
4. Teljesen össze akarok olvadni egy másik emberrel				
1	2	3	4	5
5. Tartok tőle, hogy megsérülhetek, ha túl közel engedek magamhoz másokat				
1	2	3	4	5
6. Jól érzem magam szoros érzelmi kapcsolatok nélkül				
1	2	3	4	5
7. Nem vagyok biztos benne, hogy mindig lesz mellettem valaki, mikor szükségem lesz rá				
1	2	3	4	5
8. Teljesen meghitt, bensőséges érzelmi kapcsolatokra vágyom				
1	2	3	4	5
9. Aggaszt, ha egyedül vagyok				
1	2	3	4	5
10. Nem okoz számomra nehézséget, hogy másoktól függjek				
1	2	3	4	5
11. Gyakran aggódom, hogy a szerelmi partnerem nem szeret igazán				
1	2	3	4	5
12. Nehéznek találom, hogy tökéletesen megbízzak másokban				
1	2	3	4	5
13. Aggódok, hogy mások túl közel kerülnek hozzám				
1	2	3	4	5
14. Nagyon szoros érzelmi kapcsolatokat akarok				
1	2	3	4	5
15. Nem okoz számomra nehézséget, hogy mások függjenek tőlem				
1	2	3	4	5
16. Aggaszt, hogy mások nem értékelnek engem olyan sokra, mint én őket				
1	2	3	4	5
17. Az emberek soha nincsenek ott, mikor szükség van rájuk				
1	2	3	4	5

18. Az a vágyam, hogy nagyon közel kerüljek másokhoz, gyakran elijeszti az embereket tőlem

1 2 3 4 5

19. Nagyon fontos számomra, hogy önálló legyek

1 2 3 4 5

20. Idegesít, ha valaki túl közel akar kerülni hozzám

1 2 3 4 5

21. Gyakran aggódom, hogy a partnerem nem marad velem

1 2 3 4 5

22. Jobban szeretem, ha mások nem függenek tőlem

1 2 3 4 5

23. Tartok tőle, hogy elhagynak

1 2 3 4 5

24. Kényelmetlen számomra, ha közel kerülök másokhoz

1 2 3 4 5

25. Úgy érzem, hogy mások vonakodnak olyan közel kerülni hozzám, mint ahogy én szeretném

1 2 3 4 5

26. Jobban szeretem, ha nem függök másoktól

1 2 3 4 5

27. Tudom, hogy lesz mellettem valaki, ha szükségem lesz rá

1 2 3 4 5

28. Aggaszt, hogy mások nem fogadnak el

1 2 3 4 5

29. A szerelmi partnerem gyakran közelebb akar kerülni hozzám, mint amennyire én szeretném

1 2 3 4 5

30. Könnyedén alakítok ki szoros kapcsolatot másokkal

1 2 3 4 5

4. melléklet. A Young-féle Séma Kérdőív rövid változata (YSQ-SF).

YSQ-SF

Az alábbi lista olyan állításokat tartalmaz, melyek segítségével bárki jellemezheti saját magát. Kérjük, olvassa el az egyes állításokat, és értékelje, hogy mennyire illenek Önre és ezt a számot írja az állítás melletti bal oldali négyzetbe. Amennyiben bizonytalan, választát arra alapozza, amit igaznak érez, és ne mérlegelés alapján döntsön.

1. **egyáltalán nem** igaz rám
2. **többnyire nem** igaz rám
3. valamivel **többször igaz, mint nem** igaz rám
4. **valamennyire igaz** rám
5. **többnyire igaz** rám
6. **tökéletesen igaz** rám

	1. Többnyire nem volt senkim, akihez tanácsért vagy érzelmi támogatásért fordulhattam volna.
	2 Általában nem voltak olyan emberek, akik melegséget, biztonságot, és szeretetet adtak volna.
	3 Életem során többnyire nem éreztem, hogy valaki számára különösen fontos vagyok.
	4 Többnyire nem volt olyan személy, aki valóban meghallgatott és megértett volna valódi szükségleteimmel, érzelmeimmel.
	5 Ritkán volt részem abban, hogy egy rátermett személy igazi tanácsot és útmutatást nyújtott volna, amikor nem tudtam, mihez kezdjek.
	6 Azt veszem észre, hogy a hozzám közel állókhoz betegesen ragaszkodom, mert attól félek, hogy el fognak hagyni.
	7 Aggódom, hogy szeretteim elhagynak vagy elhanyagolnak.
	8 Kétségbe esek, mikor azt érzem, hogy egy szeretett személy kezd eltávolodni tőlem.
	9 Néha annyira félek, hogy elhagynak, hogy inkább elüldözöm magamtól az embereket.
	10 Annyira szükségem van másokra, hogy aggódom mi lesz, ha elveszítem őket.
	11 Úgy érzem, ki akarnak használni.
	12 Úgy érzem, mások jelenlétében nem engedhetem el magam igazán, mert akkor szándékosan bántani akarnak.
	13 Csak idő kérdése, mielőtt valaki elárul
	14 Elég gyanakvó vagyok mások hátsó szándékait illetően.
	15 Általában próbálom kitalálni, mi lehet a másik hátsó gondolata.

	16 Nem illek sehova.
	17 Alapvetően más vagyok, mint a többi ember.
	18 Nem tartozom sehova; magamnak való vagyok.
	19 Úgy érzem, a többi ember számára idegen vagyok.
	20 Mindig csoporton kívülnek éreztem magam.
	21 Senki, akire vágyom, nem kívánna, nem szeretne, ha ismerné a hiányosságaimat.
	22 Senki, akire vágyom nem maradna a közelemben, ha megismerné valódi énemet.
	23 Nem érdemlem meg mások szeretetét, figyelmét, megbecsülését.
	24 Úgy érzem, nem vagyok méltó a szeretetre.
	25 Alapvető tulajdonságaim túlságosan lefoglalnak ahhoz, hogy felfedjem magam mások előtt.
	26 Szinte semmi, amit a munkahelyemen (iskolában) csinálok, nem annyira jó, mint amit mások megtudnak csinálni.
	27 Ha teljesítenem kell, nem tudok megfelelni.
	28 A legtöbb ember nálam többre képes a munka és a teljesítmény terén.
	29 Nem vagyok olyan tehetséges a munkámban, mint a legtöbb ember.
	30 Ha munkáról (iskoláról) van szó, nem vagyok olyan intelligens, mint legtöbben.
	31 Úgy érzem, egyedül nem tudok elboldogulni a mindennapi életben.
	32 Úgy gondolom, hogy a hétköznapi életben másoktól függő személy vagyok.
	33 Nincs józan ítélőképességem.
	34 A hétköznapi életben nem támaszkodhatom a saját véleményemre.
	35 Nem érzem magam képesnek a mindennapi életben felmerülő problémák megoldására.
	36 Úgy tűnik, nem tudok szabadulni a gondolattól, hogy bármelyik percben történhet valami.
	37 Úgy érzem, bármelyik percben jöhet valami katasztrófa (természeti, bűncselekmény, gazdasági vagy egészségügyi).
	38 Félek, hogy megtámadnak.
	39 Attól félek, hogy minden pénzemet elvesztem, és nyomorogni fogok.
	40 Aggódok, hogy valami komoly betegségem van, annak ellenére, hogy ilyesmit nem mondott az orvosom.
	41 Nem tudtam olyan mértékben leválni a szüleimről, mint ahogy ezt –látszólag- a velem egykorú emberek tették.
	42 A szüleim és én túlságosan is hajlamosak vagyunk beleszólni egymás életébe és problémáiba.
	43 A szüleimnek és nekem nagyon nehezen megy, hogy büntudat és csalódás érzése nélkül bármilyen intim apróságot elhallgassunk egymás elől.

	44 Gyakran érzem, hogy nincs saját identitásom, ami elkülönítene a szüleimtől vagy a partneremtől.
	45 Gyakran érzem, hogy a szüleim rajtam keresztül élnek –nincs saját életem, külön életem.
	46 Azt hiszem, sok bajom származna abból, ha azt csinálnám, amit akarok.
	47 Úgy érzem, nincs más választásom, mint hogy mások kérésére beadjam a derekam különben valamilyen módon megtorolnák, vagy elutasítanának.
	48 Kapcsolataimban hagyom, hogy a másik fél diktáljon.
	49 Úgy érzem, hogy életem legfontosabb döntéseit nem én hoztam.
	50 Nehezemre esik, hogy megköveteljem saját jogaim tiszteletben tartását, és érzelmeim figyelembe vételét.
	51 Legtöbbször végül én vagyok az, aki gondoskodik a hozzám közel állókról.
	52 Jó ember vagyok, mert másokkal többet törődöm, mint saját magammal.
	53 Annyira lefoglal, hogy szerettemről gondoskodjak, hogy magamra alig marad időm.
	54 Mindig is én voltam az, aki mindenki mást meghallgatott.
	55 Más emberek úgy látják, hogy túl sok mindent teszek meg másokért, és túl keveset magamért.
	56 Túlságosan zavarban vagyok, ha pozitív érzelmeimet ki kell fejeznem mások előtt (pl. szeretet, törődés kimutatása).
	57 Szégyellem kifejezni az érzelmeimet mások előtt.
	58 Nehezemre esik, hogy barátságos és spontán legyek.
	59 Annyira uralkodom magamon, hogy az emberek azt hiszik, nincsenek érzelmeim.
	60 Az emberek úgy látják, érzelmileg merev vagyok.
	61 Muszáj, hogy mindenben, amit csinállok, a legjobb legyek, nem fogadom el a második helyet.
	62 Próbálom a lehető legjobbat nyújtani, a „megfelelő” nem elég jó.
	63 Minden feladatomat teljesíteni kell.
	64 Úgy érzem, állandó nyomás alatt állok, hogy teljesítsek, és véghez vigyek dolgokat.
	65 Nem engedhetem meg magamnak, hogy könnyelműen elnézzek magamnak dolgokat, vagy kifogásokat találjak a hibáimra.
	66 Amikor akarok valamit másoktól, nagyon nehezemre esik elfogadni a visszautasítást.
	67 Különleges ember vagyok, és nem kell elfogadnom a többi emberre vonatkozó korlátokat.
	68 Utálom, ha korlátoznak, vagy visszatartanak attól, hogy azt csináljam, amit akarok.
	69 Úgy érzem, nem kellene elvárni, hogy betartsam a normális szabályokat és azokat a megkötéseket, amelyeket mások betartanak.
	70 Úgy érzem, amit én tudok nyújtani, az többet ér mások hozzájárulásánál.
	71 Úgy tűnik, képtelen vagyok erőt venni magamon, hogy elvégezzek egy unalmas vagy

	rutinfeladatot.
	72 Ha nem sikerül elérnem a célt, könnyen frusztrált leszek és feladom.
	73 Nagyon nehezemre esik, hogy az azonnali kielégülést feláldozzam egy hosszú távú cél elérése érdekében.
	74 Nem tudom magam arra kényszeríteni, hogy olyasmit csináljak, amit nem élvezek; még akkor sem, ha tudom, hogy ez a jól felfogott érdekem.
	75 Ritkán tudtam betartani elhatározásaimat.

5. melléklet. A Young Szülői Kérdőív magyar változata (YPI).

YOUNG SZÜLŐI KÉRDŐÍV

Név _____

Dátum _____

UTASÍTÁSOK:

Olyan állításokat soroltunk fel, amelyeket többé vagy kevésbé jellemzőnek találhat a szüleine. Kérjük, olvasson el minden állítást, és döntse el, milyen mértékben jellemzik a szüleit. Válassza ki 1 és 6 között a legmagasabb értéket, amelyik Ön szerint jellemző volt anyjára, illetve apjára az Ön gyermekkorában, és írja be a számot az ÉRTÉKELŐ LAPRA a megfelelő kérdéshez. Ha anyja vagy apja helyett más nevelte, kérjük, arra a személyre vonatkozóan értékelje az állítást. Ha nem volt apja vagy anyja, hagyja üresen a megfelelő oszlopot.

1	2	3	4	5	6
Egyáltalán nem volt rá jellemző.	Általában nem volt rá jellemző.	Inkább jellemző volt rá, mint nem.	Némileg jellemző volt rá.	Többnyire jellemző volt rá.	Tökéletesen jellemző volt rá.

ANYA	APA	LEÍRÁS
		1. Szeretett engem, érezte velem, hogy nagyon fontos vagyok neki.
		2. Szánt rám időt és odafigyelt rám.
		3. Hasznos tanácsokkal és útmutatásokkal látott el.
		4. Figyelt rám, megértett és megosztotta velem az érzéseit.
		5. Odaadó és gyengéd volt velem. *ed
		6. Meghalt vagy tartósan külön élt tőlünk, mikor gyermek voltam.
		7. Szesélyes, kiszámíthatatlan vagy alkoholista volt.
		8. Jobban szerette a testvéremet/testvéreimet, mint engem.
		9. Visszahúzódott magába, vagy időnként hosszabb időre magamra hagyott. *ab
		10. Hazudott, becsapott, vagy elhagyott.
		11. Testileg, érzelmileg, vagy szexuálisan zaklatott.
		12. Arra használt, hogy rajtam keresztül elégítse ki a vágyait.
		13. Úgy tűnt, hogy örömet leli abban, ha bánt másokat. *ma
		14. Túlzottan aggódott, hogy esetleg bajom esik.
		15. Túlzottan aggódott, hogy esetleg beteg leszek.
		16. Félős, vagy fóbiás ember volt.
		17. Túlzottan óvott mindentől. *vh
		18. Azt az érzést keltette bennem, hogy nem bízhatom a saját döntéseimben vagy az ítélőképességemben.
		19. Túl sok mindent megcsinált helyettem, nem hagyta, hogy én magam csináljam a dolgokat.
		20. Úgy bánt velem, mintha fiatalabb lennék a tényleges koromnál. *di
		21. Nagyon sokat kritizált.
		22. Azt az érzést keltette bennem, hogy nem szeret vagy elutasít.
		23. Úgy kezelte, mintha valami baj lenne velem.
		24. Elérte, hogy jónéhány tulajdonságom miatt szégyelljem magam. *ds

	25. Nem tanította meg, hogy legyek annyira fegyelmezett, amennyire az iskolában kellett volna, ahhoz, hogy jó tanuló legyek.	
	26. Úgy bánt velem, mintha hülye vagy tehetségtelen lennék.	
	27. Valójában nem akarta, hogy sikeres legyek.	
	28. Azt gondolta, hogy teljes csőd lesz az életem.	*fa
	29. Úgy bánt velem, mintha a véleményem vagy vágyaim nem számítanának.	
	30. Azt csinált, amit akart, tekintet nélkül az én szükségleteimre.	
	31. Annyira kontrollálta az életemet, hogy kevés választási szabadságom maradt.	
	32. Mindennek úgy kellett lenni, ahogy ő akarta.	*sb
	33. Feláldozta magát a családjáért.	
	34. Nem volt képes megoldani egy csomó mindennapi feladatot, úgyhogy nekem többet kellett dolgoznom, mint más gyerekeknek.	
	35. Nagyon boldogtalan volt, belőlem merített erőt és én voltam a támasza.	
	36. Azt az érzést keltette bennem, hogy erős vagyok, és kötelességem, hogy gondoskodjak másokról is.	*ss
	37. Nagyon magas elvárásai voltak önmagával szemben.	
	38. Elvárta, hogy mindig a legjobban teljesítsek.	
	39. Sok dologban megkövetelte a tökéletességet; mindennek pontosan a helyén kellett lenni.	
	40. Azt az érzést keltette bennem, hogy szinte sose elég jó, bármit csinálok.	
	41. Szigorú és merev szabályai voltak arra vonatkozóan, hogy mi helyes és mi helytelen.	
	42. Türelmetlen lett, ha nem elég jól vagy nem elég gyorsan csináltam valamit.	
	43. Sokkal fontosabb volt neki a szórakozásnál vagy a lazításnál, hogy minden munka rendesen el legyen végezve.	*us
	44. Kényeztetett; sok szempontból túlságosan megengedő volt.	
	45. Azt az érzést keltette bennem, hogy különleges vagyok, jobb, mint mások.	
	46. Követelő volt; elvárta, hogy úgy menjenek a dolgok, ahogy ő szeretné.	
	47. Nem tanított meg rá, hogy kötelességeim vannak más emberekkel szemben.	*et
	48. Kevés fegyelmet és rendet követelt.	
	49. Kevés szabályt és kötelességet rótt ki rám.	
	50. Nem bánta, ha nagyon bedühödtem vagy hisztérikussá váltam.	
	51. Fegyelmezetlen ember volt.	*is
	52. Annyira közel álltunk egymáshoz, hogy szinte tökéletesen megértettük egymást.	
	53. Az volt az érzésem, hogy nem vagyok önálló, nélküle szinte nem is létezem.	
	54. Annyira határozott volt, hogy úgy éreztem, nincs is saját akaratom vagy célom.	
	55. Úgy éreztem, fájdalmat okoznánk vele a másoknak, ha elválnánk egymástól.	*em
	56. Sokat aggódott a család anyagi problémái miatt.	
	57. Azt az érzést keltette bennem, hogy a legkisebb hibám is súlyos következményekkel járhat.	
	58. Pesszimista volt, többnyire a legrosszabbra számított.	
	59. Mindig a negatív dolgokra figyelt, és arra, ha valami nem sikerült.	*np
	60. Mindent kontrollálni akart.	
	61. Nem szívesen fejezte ki a szeretetét és nem beszélt róla, ha szomorúnak érezte magát.	
	62. Kiszámítható és rendszerető volt; jobban szerette a bejártatott dolgokat, mint a változatosságot.	
	63. Ritkán érezte, hogy haragszik.	
	64. Zárkózott volt, ritkán beszélt az érzéseiről.	*ei

		65. Nagyon dühös vagy kritikus volt, ha valami rosszat csináltam.	
		66. Megbüntetett, ha valami rosszat tettem.	
		67. Hülyének vagy idiotának nevezett, vagy hasonló dolgokat mondott, mikor hibáztam.	
		68. Másokat hibáztatott, mikor rosszul mentek a dolgok.	*pu
		69. Fontos volt neki a társadalmi rang és a külsőségek.	
		70. Nagy hangsúlyt helyezett a sikerre és a versengésre.	
		71. Fontos volt neki, hogy viselkedésem milyen fényt vet rá mások szemében.	
		72. Úgy éreztem, jobban szeret és jobban figyelt rám, mikor kiemelkedően teljesíték.	*as

6. melléklet. Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív (DERS) magyar változata.

Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív

Kérjük, hogy az állítás mellé balra az alábbiak alapján írja be, hogy az állítások milyen gyakran igazak Önre!

- 1 = szinte soha (az esetek 0-10%-ában)
- 2 = néha (az esetek 11-35%-ában)
- 3 = kb. az esetek felében (az esetek 36-65%-ában)
- 4 = legtöbbször (az esetek 66-90%-ában)
- 5 = szinte mindig (az esetek 91-100%-ában)

	1. Tisztában vagyok az érzéseimmel.
	2. Odafigyelek arra, amit érzek.
	3. Az érzelmeimet nyomasztónak és irányíthatatlannak élem meg.
	4. Fogalmam sincs arról, hogyan érzek
	5. Nehezen tudok értelmet tulajdonítani az érzéseimnek.
	6. Figyelemmel vagyok az érzéseimre
	7. Pontosán tudom, hogy mit érzek.
	8. Törődöm azzal, hogy mit érzek.
	9. Össze vagyok zavarodva az érzéseimmel kapcsolatban.
	10. Amikor zaklatott vagyok, tudomásul veszem az érzéseimet.
	11. Amikor valami felzaklat, mérges leszek magamra, hogy így érzek.
	12. Amikor zaklatott vagyok, akkor kínosan érzem magam emiatt.
	13. Amikor zaklatott vagyok, nem tudom végezni a munkám.
	14. Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az önuralmam.
	15. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy sokáig fog tartani ez az állapot.
	16. Amikor valami felzaklat, azt gondolom, hogy a végén nagyon lehangolt leszek.
	17. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy az érzelmeim megalapozottak és fontosak.
	18. Amikor valami felzaklat, nehezen tudok másra összpontosítani.
	19. Amikor felzaklat valami, úgy érzem, elveszítem a kontrollt.
	20. Attól, hogy zaklatott vagyok, még el tudom látni a feladataimat.
	21. Amikor zaklatott vagyok, szégyellem magam, hogy így érzek.
	22. Amikor zaklatott vagyok, tudom, hogy meg fogom találni a módját, hogy végül jobban érezzem magam.
	23. Amikor valami felzaklat, úgy érzem, mintha gyenge lennék.
	24. Amikor zaklatott vagyok, akkor is úgy érzem, hogy úrrá tudok lenni a viselkedésemen.
	25. Amikor felzaklat valami, lelkiismeret furdalásom van emiatt.
	26. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok koncentrálni.
	27. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok uralkodni magamon.
	28. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy semmit sem tehetek azért, hogy

	jobban érzem magam.
	29. Amikor zaklatott vagyok, bosszankodom, hogy így érzek.
	30. Amikor zaklatott vagyok, akkor elkezdem nagyon rosszul érezni magam amiatt, hogy így érzek.
	31. Amikor zaklatott vagyok, úgy érzem, hogy csak annyit tudok tenni, hogy belesüppedek ebbe az állapotba.
	32. Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az irányításomat a viselkedésem felett.
	33. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok bármi másra gondolni.
	34. Ha felzaklat valami, időt szánok arra, hogy kitaláljam, hogyan is érzek valójában.
	35. Ha felzaklat valami, hosszú ideig tart, míg újra jól érzem magam.
	36. Amikor zaklatott vagyok, az érzelmeim nyomasztanak.

ÖSSZEFOGLALÓ

Értekezésem fókuszában a szülés utáni, kóros szorongással járó állapotok állnak. Az elméleti részben igyekszem naprakész összefoglalót nyújtani a posztpartum szorongásos zavarok tünettanáról, gyakoriságáról, következményeiről, s ezzel felhívni a figyelmet jelentőségükre. Vizsgálataim két célkitűzés köré szerveződnek. Első célom a szülés utáni szorongás mérésére irányul. A posztpartum szorongásos állapotok felismerését és megfelelő kezelését mérési problémák nehezítik, így a téma kutatói a specifikus szűrőeszközök kidolgozását sürgetik.

Első, módszertani vizsgálatomban a Spielberger-féle Állapotszorongás Kérdőív (STAI-S) módosított felhasználására teszek javaslatot a szülés utáni időszakban megjelenő kóros szorongás vizsgálatára. A posztpartum szorongásra érzékeny itemek felhasználásával végzett diszkriminancia-analízis az összpontszám mellett nagy pontossággal sorolja az anyákat „normál”, „kórosan szorongó”, illetve „szubklinikai” csoportokba. A besorolás prediktív validitását a vizsgálati személyek érzelemszabályozási nehézségei és szorongása közötti kapcsolat bemutatásával támasztottuk alá. Így a STAI-S módosított felhasználása a posztpartum szorongás árnyaltabb szűrésére, és a prevenció célból fontos szubklinikai csoport pontosabb azonosítására egyaránt lehetőséget kínál.

Második vizsgálatomban a kérdőív módosított változatával, és a posztpartum pánikzavar, kényszeres zavar és PTSD tüneteire rákérdező kérdőívünkkel saját mintánkban mértem fel a posztpartum kóros szorongás gyakoriságát.

Értekezésem második célkitűzése, hogy ezen állapotok kóreredetének egy feltételezett szegmensét, az anyák kötődési jellemzői és a szülés utáni szorongás kapcsolatát vizsgáljam. Ezen belül arra keresek választ, hogy az anyák saját szüleikről hordozott reprezentációi, kötődési mintázatuk, korai maladaptív sémáik és érzelemszabályozási nehézségeik empirikusan igazolható hatással vannak-e a szülés utáni szorongásuk mértékére. Eredményeim fényében az anyák szüleikkel kapcsolatos negatív reprezentációi, valamint a kötődési munkamodell „aggodalmaskodás” dimenzió elért magas értéke (aggodalmaskodó és bizalmatlan kötődési mintázatok) a posztpartum kóros szorongás rizikófaktorainak tekinthetőek. Emellett a korai maladaptív sémákkal és az érzelemszabályozási nehézségekkel küzdő anyák egyaránt veszélyeztetettebbek a szülés utáni kóros szorongás kialakulására. Változóink (illetve azok kapcsolatának) empirikus tesztelése összességében megerősíti azon feltevésünket, hogy a szülés után kóros szorongással reagáló anyák korai kapcsolataikból hozott sérülésekkel, deficitekkel küzdenek.

Első célkitűzésünk eredményei elsősorban prevenció, míg második vizsgálatunk eredményei pszichoterápiás jelentőséget hordoznak.

SUMMARY

My dissertation is focused on postpartum pathological anxiety and related disorders. In the theoretical part I offer a review of recent literature about postpartum anxiety disorders, with special regard to the prevalence, clinical appearance and consequences of these pathological mental states.

There are two main objectives of my research. My first objective is to measure postpartum anxiety. Researchers of the field emphasise the necessity of working out and using specific screening instruments to assess anxiety symptoms in postpartum women. In my first, methodological study I propose a modified utilization of the Spielberger State Anxiety Inventory (STAI-S) for the examination of pathological anxiety in the postpartum period. As a result of data-analysis, ten items were identified as especially „sensitive” in measuring postpartum anxiety. The discriminant analysis of these items can classify mothers into „pathologically anxious”, „subclinically anxious” and „normally anxious” groups with greater exactiveness as the total score of the inventory. The predictive validity of the classification was confirmed with the analysis of the correlations between the subjects’ difficulties of emotion regulation and their anxiety. Modified utilization of STAI offers a more accurate measure of postpartum anxiety, as well as a more precise categorization of subclinical cases that also deserve attention in the prevention of postpartum anxiety disorders.

In my second investigation I assessed the frequency of postpartum anxiety, and also the occurrence of panic disorder, obsessive-compulsive disorder and PTSD in our postpartum sample, by using modified STAI-S and a symptom checklist.

My second objective is to reveal the interrelations between postpartum pathological anxiety and the mothers’ attachment characteristics. I examined direct and dynamic interrelations among representations of parental bonding, attachment patterns, early maladaptive schemata, emotion regulation difficulties and pathological postpartum anxiety. My results suggest that postpartum mothers’ negative representations of their parents, and a negative model of Self (preoccupied or fearful avoidant attachment patterns) seem to be risk factors

for postpartum pathological anxiety. Also, women with early maladaptive schemata and/or emotion regulation difficulties are also significantly more vulnerable for experiencing pathological anxiety in postpartum period. Empirical testing of above mentioned variables confirmed our assumption that women with pathological postpartum anxiety may suffer from (early) attachment deficits.

The results of our first objective have mainly preventive, while results from the second objective have mainly psychotherapeutic relevance.