

Doktori (PhD) értekezés

Szemán-Nagy Anita

**INTERGENERÁCIÓS SPIRÁLOK SZEREPE AZ
ANTENATÁLIS DEPRESSZIÓ LÉTREJÖTTÉBEN**

Debrecen Egyetem

BTK

2009

Doktori (PhD) értekezés

Szemán-Nagy Anita

**INTERGENERÁCIÓS SPIRÁLOK SZEREPE AZ
ANTENATÁLIS DEPRESSZIÓ LÉTREJÖTTÉBEN**

Témavezető: **Prof. Dr. Molnár Péter**

Debreceni Egyetem

Orvos-és Egészségtudományi Centrum

Magatartástudományi Intézet

Debrecen Egyetem

BTK

2009

INTERGENERÁCIÓS SPIRÁLOK SZEREPE AZ ANTENATÁLIS DEPRESSZIÓ LÉTREJÖTTÉBEN

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

Írta: **Szemán-Nagy Anita** okleveles Pszichológus-Pszichológia szakos tanár, Klinikai és
mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus

Készült a Debreceni Egyetem doktori iskolája
(..... programja) keretében

.....
Témavezető: **Prof. Dr. Molnár Péter**

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Dr.
tagok: Dr.
Dr.

A doktori szigorlat időpontja: 200... .

Az értekezés bírálói:

Dr.
Dr.
Dr.

A bírálóbizottság:

elnök: Dr.
tagok: Dr.
Dr.
Dr.
Dr.

A nyilvános vita időpontja: 200... .

"Én **Szemán-Nagy Anita** teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletbentartásával készült. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be és azt nem utasították el"

.....
Szemán-Nagy Anita

1. BEVEZETÉS	7
2. CÉLKITÚZÉS	11
3. IRODALMI ÁTTEKINTÉS	13
3. 1. DEPRESSZIÓ	13
3. 1. 1. TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS	13
3. 2. EPIDEMIOLÓGIAI ADATOK	15
3. 3. KLINIKAI KÉP	16
3. 4. BETEGSÉGLEFOLYÁS, PROGNÓZIS	17
3. 5. ETIOLÓGIA	18
3. 5. 1. BIOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉS	18
3. 5. 1. 2. NEUROKÉMIA	19
3. 5. 1. 3. NEUROENDOKRÍN MODELLEK	19
3. 5. 1. 4. IMMUNOLÓGIA	19
3. 5. 1. 5. KRONOBIOLÓGIA	19
3. 5. 2. PSZICHODINAMIKUS ELMÉLETEK	19
3.5.3 KOGNITÍV SZEMPONTÚ ÉRTELMEZÉSEK	25
3. 5. 3. 1. A DEPRESSZIÓ, MINT GONDOLKODÁSI ZAVAR	25
3. 5. 3. 2. A KOGNITÍV TRIÁSZ FOGALMA	26
3. 5. 3. 3. A DEPRESSZÍV GONDOLKODÁS STRUKTURÁLIS FEJLŐDÉSE	26
3. 5. 3. 4. HIBÁS INFORMÁCIÓFELDOLGOZÁS	27
3. 5. 3. 5. A DEPRESSZIÓ KOGNITÍV MODELLJÉNEK LEÍRÓ SZINTJE	28
3. 5. 3. 6. PASSZÍV ELKERÜLÉS	28
3. 5. 3. 7. TANULT TEHETETLENSÉG	29
3. 5. 4. RENDSZERSZEMLÉLETŰ MEGKÖZELÍTÉS	29
3. 5. 5. A DEPRESSZIÓ TERÁPIÁJA	31
3. 5. 5. 1. FARMAKOTERÁPIA ÉS EGYÉB BIOLÓGIAI TERÁPIÁK	31
3. 5. 6. PSZICHOTERÁPIÁK	32
3. 5. 6. 1. SZUPPORTÍV PSZICHOTERÁPIA	33
3. 5. 6. 2. PSZICHODINAMIKUS TERÁPIA ÉS PSZICHOANALÍZIS	34
3. 5. 6. 3. INTERPERSZONÁLIS TERÁPIA	34
3. 5. 6. 4. VISELKEDÉSTERÁPIA	35
3. 5. 6. 5. KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA	35
3. 5. 6. 6. PÁR-ÉS CSALÁDTERÁPIA	36
3. 5. 6. 7. HIPNÓZISBAN VÉGZETT PSZICHOTERÁPIÁK	37
3. 5. 6. 8. CSOPORTTERÁPIÁK	37
3. 6. NŐI ÉLETSZAKASZOKHOZ CSATLAKOZÓ HANGULATZAVAROK	37
3. 7. ANTENATALIS DEPRESSZIO	38
3. 8. A TERHESSEG ALATT JELENTKEZŐ DEPRESSZIO KEZELESE	39
3. 8. 1. EPIDEMIOLOGIAI ADATOK	40
3. 9. A TERHESSEG PSZICHOLOGIÁJA	41
3. 10. KOMPETENS CSECSEMŐ	44
3. 11. AZ ANYA-CSECSEMŐ DIÁD	44
3. 11. 1. AZ EGYÜTTLÉT ÉLMÉNYE ÉS REPREZENTÁCIÓI	44
3. 11. 2. AZ ANYA- GYEREK KAPCSOLAT MEGKÖZELÍTÉSÉNEK LEHETŐSSÉGEI	46
3. 11. 3. ANYA-CSECSEMŐ KAPCSOLAT: KLASSZIKUS ÉS MODERN ELKÉPZELÉSEK	49
3. 12. A SZÜLEST KÖVETŐ IDŐSZAK PROBLÉMAI	51
3. 13. HANGULATZAVAROK ÉS A CSALÁD	52
3. 14. A SZÜLŐI DEPRESSZIÓ	53

3. 14. 1. EPIDEMIOLOGIAI ADATOK	53
3. 14. 2. A SZÜLŐI DEPRESSZIÓ KÖVETKEZMÉNYEI	53
3. 14. 3. A SZÜLŐI DEPRESSZIÓ ÉS A GYERMEKI ÉLETSZAKASZOK	54
3. 15. AZ ANYAI DEPRESSZIÓ FELTÉTELEZETT HATÁSA A KORAI SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉSRE	56
3. 15. 1. DANIEL STERN KLINIKAI HIPOTÉZISE	56
3. 15. 2. ANDRÉ GREEN: "A HALOTT ANYA"	56
3. 16. A DEPRESSZIÓS ANYA AFFEKTUS-KIFEJEZÉSÉNEK HATÁSA A CSECSEMŐRE	57
3. 17. A KÖTÖDÉS	59
3. 17. 1. AZ ATTACHMENT SZEMÉLY ÉS A SELF BELSŐ MUNKAMODELLJE	60
3. 17. 2. AZ ATTACHMENT ORGANIZÁCIÓ MINŐSÉGE	65
3. 17. 3. A KÖTÖDÉSI REPREZENTÁCIÓK STABILITÁSA	68
3. 18. INTERSZUBJEKTIVITÁS	69
3. 18. 1. AZ INTERSZUBJEKTIVITÁS, MINT A KÖTÖDÉS TERE	72
3. 19. DEPRESSZÍV ÉLMÉNYEK AKTIVÁLÓDÁSA A TERHESSÉG ALATT	73
 4. VIZSGÁLATOK	 74
 4. 1. VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK	 74
4. 2. VIZSGÁLATI MÓDSZEREK	74
4. 2. 1. SZÜLŐI BÁNÁSMÓD KÉRDŐÍV	75
4. 2. 2. BECK DEPRESSZIÓ SKÁLA	77
4. 3. HIPOTÉZISEK	78
4. 4. EREDMÉNYEK	80
 5. MEGBESZÉLÉS	 115
 6. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	 118
 7. IRODALOMJEGYZÉK	 119
 8. MELLÉKLETEK	 133

1. BEVEZETÉS

A várandósság különösen fontos időszak, mind a várandós nő, mind az egész család életében. A várandósság körüli időben jelentkező hangulatzavar kiemelt, népegészségügyi jelentőségű probléma, mind a család, mind az anya-csecsemő kapcsolat szempontjából.

A terhesség –a gyermekfogadásra készülés pozitív élménye mellett- pszichológiai szempontból krízis állapotnak is tekinthető, mivel a személyiség rejtett konfliktusai újraéledhetnek, vagy új konfliktusok alakulhatnak ki (Szeverényi, 1986).

A várandósság *-erikson-i* értelemben-új életszakasznak is tekinthető, melynek során valakinek a lányából egy csecsemő anyjává válik az illető (Tényi, 2002.), ami egyúttal az anyával való egyenrangú szerepbe lépést is jelenti.(Stern, 1995.).

A várandósság során a legtöbb nő közeledik anyjához, szeretne minél többet megtudni arról, hogy – őt várva - milyen volt az édesanyja maga anyaként. Az anyasággal való azonosulás formálódása közben a várandós nő kezdi kritikusan elemezni saját felnövekedésének történetét, mérlegelve, hogy édesanyja mennyire szolgálhat alkalmas modellként saját, új anyai szerepéhez (Stern, 1995.).

A várandós nő saját gyermekkorát idéző képzetei anyjáról alapvetően befolyásolják, hogy ő milyen anyja lesz majd csecsemőjének (Fónagy és mtsai. 1991., Zeanah és mtsai., 1989.). E folyamat az intergenerációs kontinuitás alapja (Diamond, Doane, 1994.). Az anya képzete anyjáról, mint anyáról a legmarkánsabb előjelzője annak a kötődési mintázatnak, amit ő alakít ki csecsemőjével annak 12 hónapos korára.

Az élet első és legfontosabb kapcsolata az anya-csecsemő viszony. E kapcsolat érzelmi kötelékei hosszan tartó hatással vannak az alapvető érzelmi és viselkedéses modellekre. E modelleket, mint diszpozíciókat visszük tovább a teljes életciklusunkra.

Az anya depressziója esetén az interakciók jellegzetességei módosulnak: beszűkül a megküzdési repertoár, gyengül az érzelmi kontroll, és megfigyelhető a pozitív támasz keresése (Bagdy, 1999.).

Az empirikus csecsemő-kutatások, a modern tárgyakapcsolat elmélet és az attachment-kutatások eredményeiből tudjuk, hogy senki sem születik azzal a képességgel, hogy saját érzelmi állapotait szabályozni tudja (Fónagy, és mtsai., 2002). Ez a szabályozás a „Jelentős

Másik” személynek az adekvát tükrözésén keresztül valósul meg. Az újszülött veleszületetten szociális lény, az első pillanattól kezdve preferálja a szociális ingereket, tehát nyitott az anya tükröző viselkedésére. Következésképpen a szociális ingerek szempontjából a csecsemő potenciálisan kompetensnek tekinthető. E potencialitás megvalósulásának elengedhetetlen feltétele a megfelelően válaszkész anya jelenléte. Az anya-gyerek összjátékban kiemelkedően fontos a szinkronicitás és a szenzitivitás, de a „definiáló hatalommal” az anya van felruházva. Az anya-gyerek kapcsolatnak tehát természetes asszimetriája van. A fejlődést az anya-gyerek közti harmónia biztosítja.

A depresszióban szenvedő anyák nem képesek az affektív illeszkedésre, ebből fakadóan az érzelmi, hangulati állapotoknak csak szűk spektrumára tudnak ráhangolódni, (elsősorban a negatív állapotokra, mivel csak ezt találják meg magukban) nem találják a csecsemő érzelmi regiszterét, ezért képtelenek lesznek a csecsemőjük érzelmi állapotára ráhangolódni, abban osztozni és adekvátan szabályozni azt.

A depressziós anya folyamatosan „nem válaszoló”: nem veszi a csecsemő jelzéseit, és nem válaszol adekvátan. Kísérleti helyzetben (Tronic és mtsai., 1979.), ahol az anyai depresszió babára tett hatását vizsgálták, azt az eredményt kapták, hogy a „válszkeptelen” anya csecsemője viselkedési zavarokat mutat: -többet sír, -visszahúzódoóbb lesz, -általánosn energiátlanóá válik,- kevesebb időt tölt az anyával, -több negatív érzést fejez ki. A csecsemő viselkedése tükrözi a depressziós anyát! A depressziós anya mellett felnövoó babák tehát veszélyeztetettek, mert eltorzult interakciós mintát sajátítanak el.

Ha a csecsemő az első két év során tapasztalja meg a depressziós anyával való együttlétet, akkor a következmények súlyosabbak, mert ez az érzelmi reguláció elsajátításának a korszaka. A gyerek kevesebb pozitív érzelmet él át, kevesebbet mosolyog, gyakrabban fordítja el a tekintetét, kevésbé aktív és érdeklődoó. E jellemzők nemcsak a depressziós partner jelenlétében figyelhetők meg, hanem más személyekre is generalizálódhatnak. A folyamat későbbi következményei: szociális visszahúzódoás, szorongás, passzivitás és az érzelmi kontroll-készség alulfejlett volta.

A depressziós anya csecsemője, mivel a gondozójánál az interszubszektivitás deficitjét tapasztalhatjuk (Tényi, 2002.), azt éli meg, hogy a belső élményeknek csak egy szűk sávja osztható meg másokkal.

Az interszubszektivitás a kötődoés tere is egyben, ha az anya jól hangolódik a csecsemővel, akkor a csecsemő megéli, hogy biztonságban van, hiszen érzelmi, hangulati állapotait

megoszthatja, és a „Jelentős Másik” a tükröző viselkedésen keresztül szabályozni tudja azt.

Tehát az a depressziós anya, aki az affektív illeszkedésre képtelen, nem lesz nyitott a gyermeke kötődési viselkedésére, ezért kettejük biztonságos kötődése nem valósulhat meg. Biztonságos kötődés hiányában a csecsemők esékenyebbek lesznek a patológiás fejlődésre.

A legvalószínűbben az anya akkor lehet nyitott a gyermeke kötődési igényére, ha a saját anyjával biztonságos kötődést tudott kialakítani.

A csecsemő a „Jelentős Másikkal” való együttlét sémáját tárolja, e séma az interszubjektivitás útján alakul ki, és az élet folyamán bármikor aktiválódhat a kapcsolathoz kötődő fantázia vagy emlék hatására. (Ajkay, 2002.)

A depressziós anya és gyermeke közti interakciók során a gyerek reprezentációkat alkot a kapcsolatról és az érzelmi állapotokról. Ezen reprezentációk pedig jellegzetes viselkedést, érzelmi állapotot és interakciós stílust generálnak. Az anyával való együttléti séma nagy valószínűséggel aktiválódik, amikor a nő anyává érik

A szülői viselkedés, a szülőknek a gyermekükhöz való viszonyulása, saját gyerekkoruk meglevenedő története, annak tudatos és tudattalan élményei, tapasztalatai adják. A szülő-gyerek kapcsolat lehetőség arra, hogy a szülők gyermekkori hiányai, ki nem elégített érzelmi szükségletei a gyermek gondozása közben pótlódjanak. Súlyos self fejlődési zavarok esetén a reparációs kísérlet sikertelenné válhat, és a megoldás helyett a patológia transzgenerációs transzmissziója történhet meg. (Hámori, 2001)

Azok az anyák, akiknek nincsenek gyermekkorból hozott megoldatlan konfliktusai, nagyobb valószínűséggel lesznek nyitottak gyermekeik kötődésére és készen az affektív tükrözésre és válaszadásra. Viselkedésüket konzisztens anyai reprezentáció vezérli, így lehetőséget ad a biztonságos kötődésre. (Ajkay, 1996.).

Az anya az anyasági konstelláció (Stern, 1995.) nyomán a saját anyjával kialakított interakciós mintázatát formálja újra. Az anya saját anyjával kapcsolatos reprezentációja, az, ami leginkább meghatározza a jövőbeni anyai viselkedést. Ez már a terhesség alatt elkezd alakulni, és a 4.-7. hónap között teljesedik ki.

Az anya-magzat kötődés elősegíti a várandóssághoz való kognitív adaptációt, a várandósság elfogadását és az anyaszerepre való felkészülést (Fónagy és mtsai, 1991.). A biztonságosan kötődő nők erősebb kötődést mutatnak a terhesség korai időszakától kezdve. (Siddiqui, Haggloff, 2001).

A terhességi depresszió során aktiválódó együttléti séma a saját anyával kapcsolatos depressziós élményhez kapcsolódhat. Tehát ha a depressziós anyával való együttlét emléke aktiválódni a terhesség alatt, akkor ez a fajta együttléti minta determinálja a jövőbeni anyai viselkedést, és ez okoz zavart az interszubjektivitásban.

Ezen zavar, intergenerációs spirált alkotva tovább adódhat a következő generációra.

A depressziós anyával való együttlét során kialakuló kötődési problémák –az interszubjektivitás deficitjén keresztül - nemcsak generációról-generációra, hanem az egyén különböző élepszakasaiban is jelentős problémákat okozhatnak.

2. CÉLKITŰZÉS

A saját anyaság megformálása során a saját anyával való kapcsolat korai emlékei kiemelten fontossá válnak. Különösen igaz ez a várandósság második trimeszterére, hiszen az első trimeszter során a várandósság tényére –megváltozott szerepére, élethelyzetére– fókuszál az anya, a harmadik trimeszter pedig a szülére való pszichés felkészülés mentén zajlik.

A második trimeszterben alakul ki-a magzatmozgások megjelenésével, illetve a modern képalkotó eljárások segítségével- valódi interakció anya és magzata között. Ezen időszak kedvez az anyasági konstelláció megjelenésének, tehát annak, hogy a várandós nő saját anyjával kialakított interakciós mintázatát újraformálja és e reprezentáció mentén alakítsa ki saját jövőbeni anyaságát (Stern, 1995.)

A második trimeszterben aktiválódó reprezentációknak jelentős hatásuk van a posztpartum időszakra, hiszen ekkor az anya affektív illeszkedésének az újszülött veleszületett szocialitásával kell találkoznia (Szemán, Nagy, Rupnik, Molnár, 2007), hogy a kötődési biztonság kialakulhasson az evolúciós diádban (Molnár, Nagy 2004.).

A csecsemű veleszületetten preferálja a szociális ingerket, de nincs kapacitása, hogy saját érzelmi állapotait képes legyen szabályozni (Fónagy, 1999.), ehhez a gondozó affektív illeszkedésére van utalva.

A kapcsolatban a gyerek azt tapasztalja meg, hogy az anya az ő érzelmi állapotaira, illetve az anya saját magában keletkezett, saját belső állapotaira hogyan reagál. E mechanizmus az interakciók reprezentációján keresztül az érzelem-regulációs folyamatokhoz, ezáltal a szelf-strukturálódás folyamataihoz kapcsolódnak. Az interakció az a pszichológiai tér, amelyben és egyben ami által a kötődési mintázatok, a reprezentációs struktúrák – s ezen belül az érzelem-regulációs folyamatok, védekezési mechanizmusok– intergenerációs áttevődése végbemegy.

Ha az anya affektív illeszkedése sérült, ahogy ez jól megfigyelhető depresszió esetén (Tényi, 2002.), akkor csecsemője érzelmi állapotainak csak szűk spektrumára lesz képes ráhangolódni, így sem osztózni, sem adekvátan szabályozni nem lesz képes csecsemője érzelmi állapotait.

Az anya-csecsemő interakciók tehát az affektív illeszkedésre nem képes anya-csecsemő interakciókká válnak. Ezen ismétlődő interakciók válnak a korai anya-csecsemő kapcsolat reprezentációjává és ezen reprezentáció fog aktiválódni egy új életszakaszban, amikor felnőve anyává válik.

Az affektív illeszkedés deficitjének hátterében legvalószínűbben megjelenő depressziós tünetegyüttes esetén, a korai kapcsolati emlékek felidézése az „együtt vagyok az érzelmileg megközelíthetetlen anyával” érzéséhet kapcsolódik – tehát kevés szereteteli, pozitív emléke van, anyjával, mint gyermekkorá anyjával kapcsolatosan – akkor nagyobb valószínűséggel mutat depresszív tüneteket a várandósság második trimeszterében.

Továbbá az anya affektív illeszkedési deficitjéből származó kötődési biztonság hiánya élethosszig (Szemán, Hegyi, Bakó, Molnár, 2007.) sőt intergenerációsan ható kötődési zavarokat hoz létre.

A fentiek fényében a vizsgálataim során a második trimeszterben lévő (anyasági konstelláció idején lévő) várandós nők saját anyjukkal –mint gyermekkoruk anyjával - kapcsolatos aktuális emlékeit szerettem volna feltárni, illetve aktuális hangulati állapotukat.

E cél érdekében szomatikus egészséges várandós nőket vizsgáltam, akiknek anamnézisében hangulatzavar nem szerepelt. A vizsgálatokhoz kérdőíves módszert használtam.

3. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

3. 1. *Depresszió*

3. 1. 1. Történeti áttekintés

Hippokratész az i. e. 4.-dik században melancholiának nevezte a mai pszichotikus depressziót, az okát pedig a túl sok fekete epében / melaina cholé/ látta.

Aretaios a melancholiát szélszorulásnak, dühnek, vagy gyásznak tulajdonította. Egyes depressziós állapotokat összekapcsolt mániás állapotokkal. Sőt, azt is felvetette, hogy a logikus gondolkodási folyamatok nem sérülnek depresszióban.

Celsus a Kr. utáni 1. században leírja a melancholiát, mániát és a tébolyt a *De tribus insaniae generibus* című művében. Gyógyításukra belladonnát és ópiumot alkalmaz. / ma: atropin és morfin/

A depresszió első átfogó leírása *R. Burton* művében található. (*The Anatomy of Melancholy*, Oxford, 1628.).

A depresszió kifejezés a latin **deprimere** szóból származik. Ez a kifejezés gyűjtő fogalma volt minden olyan állapotnak, amire a mentális működések meglassulása, vagy hiánya volt jellemző.

A 18. században a gyógyintézetek létrehozása megteremtette a hosszú idejű megfigyelés lehetőségét.

Falvett és Baillarger részletesen feldolgozták a cirkuláris mániás- depressziós állapotokat, és ezeket megkülönböztették az ismétlődő depressziós epizódoktól.

Kahlbaum 1876.- ban elkülönítette a pszichotikus mániás- depressziós állapotokat a ciklotím hangulatingadozástól. Állította, hogy a depresszió elsődlegesen hangulati zavart idéz elő.

Meyer 1905-ben javasolja a depresszió kifejezést a melancholia helyett, mert az nagyobb etiológiai semlegességre utal.

Kraepelin a *Lehrbuch der Psychiatrie* című művében megteremtette a korabeli pszichopatológiai osztályozás alapjait. A funkcionális pszichózisokat dementia praecoxra /ma schizophrenia/ és mániás-depressziós pszichózisra osztotta. Az utóbbi felölelhetett bármilyen

hangulati rendellenességet, vagyis bármilyen mértékű, időtartamú, bármilyen életkorban jelentkező és bármilyen ismétlődésű mániás epizódokkal kísért, vagy anélküli ciklotímiát és depressziót (Kraepelin, 1921).

Eugen Bleuler az affektív betegségek három jellegzetességét foglalja össze:

- 1., hangulati zavar.
- 2., gondolkodási folyamatok gátlása.
- 3., centripetális folyamatok/ motivációk, cselekvés.../ gátlása.

Kurt Schneider az affektív kórképek lefolyása alapján elkülöníti a ciklotímiát, vagyis a személyiségzavaroknak azt a típusát, amelyre a lehangoltsággal és felhangoltsággal járó állapotok váltakozása jellemző.

Freud /1917/, *Abraham*/ 1911, 1916, 1924/, *Radó*/ 1928/ főként olyan depressziósokkal dolgozva, akik nem álltak kórházi kezelés alatt, amellet érveltek, hogy a depressziós zavaroknak jelentős pszichogén összetevőjük van. Tehát a pszichoanalízis jelentette a fő ellenerőt *Kraepelin* azon feltevésével szemben, hogy a depresszió túlnyomóan endogén etiológiájú. *Freud*, *Abraham* és *Rado* azonban állította, hogy nagy valószínűséggel etiológiai kölcsönhatás van a pszichogén és a genetikai tényezők között.

A huszadik század közepétől az affektív kórképek etiopatogenetikai osztályozása került előtérbe. A kórképek egy része szomatikus okokra vezethető vissza/ szomatogén depressziók/, más része pszichológiai folyamatokkal kapcsolatos/ pszichogén depressziók/. A kórképek egy harmadik csoportja részben ismeretlen eredetű, illetve az agyműködés primer funkciózavarára utal / endogén depressziók/. Ez a hármas taglalás egyben a terápiás megközelítést is orientálja.

A mai nemzetközileg elfogadott osztályzási rendszerek az etiopatogenetikai szempontokat tudatosan mellőzik. A tünettani-szindromatológiai osztályzáshoz tértek vissza. (Becker, 1989)

3. 2. Epidemiológiai adatok

Annak a valószínűsége, hogy valaki az élete folyamán a “major” depressziók súlyosságát elérő állapotba kerüljön, legalább 15%. Sőt, nők esetében ez az arány akár a 25% -ot is elérheti. A bipoláris zavarok gyakorisága mindkét nem esetében 1% körül van. (Szádóczy – Rihmer, 2001).

A 18 évnél idősebb amerikaiak között a major depresszió egy hónapos prevalenciája 2,2%, életidő prevalenciája 5,8% (Regier és mtsai., 1988.)

Hazánkban 1983- ban, 1988-ban, illetve 1994-1995-ben készült, rövidített Beck Depressziós Skálát használó, reprezentatív felmérések alapján (Kopp és mtsai.) 1988-ban a 16 év feletti népesség 24,3%- nak volt depressziós tünete, tehát a felnőttek és a serdülők egynegyedének.

A megkérdezettek 7,5%-a közepesen súlyos és súlyos tünetektől szenvedett. 1995-ben, ugyanezzel a kérdőívvel mérve a súlyos esetek aránya jelentősen emelkedett. 13,5% volt a súlyos és közepesen súlyos esetek aránya.

A megkérdezett férfiak 10%-a, és a nők 11%-a látja reménytelennek a jövőjét. (Kopp, Skrabski, 1995).

A GYES-en lévő anyák körében 6,7% ez az arány.

1995-re kis mértékű csökkenés mutatkozott a 45 év alatti korosztályban, szemben a 45 éven felüliekkel, ahol jelentős emelkedés volt a depressziós tünetekben.

Foglalkoztatás szerint a depressziós tünetek a vezetők és a tanulók csoportjában csökkentek 1988 és 1995 között. (Kopp, Skrabski, 1995.).

A háztartás típusa szerint elmondható, hogy a depressziós tünetek lényegesen gyakrabban fordulnak elő elváltak és különélők között. (Kopp, Skrabski, 1995.).

A Dunántúlon a depressziós tünetek aránya nem változott, sőt egyes helyeken csökkent is. Ezzel ellentétben a Dunától keletre, Heves, Csongrád, Bács-Kiskun megye kivételével, emelkedés mutatkozott (Szádóczy-Rihmer, 2001).

A depressziós tüneteket mutatók országos gyakorisága 7,5%. A megyenkénti eloszlásból azt a három megyét emelném ki, amire a vizsgálatom kiterjedt.

Hajdú-Bihar megye 4,95. Tehát alacsonyabb az országos átlagnál. Ellenben az általam

vizsgált másik két megye (Borsod-Abaúj-Zemplén megye /9,9/ és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye /7,7/) az országos átlag feletti arányt mutatott. (Kopp, Skrabski, 1995.).

3. 3. Klinikai kép

A depresszió kifejezést a mindennapi életben -sajnos- nagyon tág értelemben használják. A veszteségek, csalódások, életnehézségek kapcsán megjelenő reakciókat gyakran társítják depresszióval. (Szádóczy, 2001.)

A depresszió alaptünetei a lehangoltság és az anhedónia. Az érdeklődés, az örömezés csökken. A beteg nem mutat érdeklődést, lelkesedést azon dolgok iránt, amiket azelőtt szeretett. Semmihez nincs kedve, úgy érzi elfogyott a lendülete, „megfeneklett”. A szociális helyzetektől, társas interakcióktól is távol tartja magát. Valószínűleg jutalmazó rendszere működik hibásan. A beteg a saját hangulatának érzékeltetésére sokféle jelzőt használhat: szomorúnak, reménytelennek, lehangoltnak, üresnek érezheti magát.

A hangulati nyomottság mindig jelen van, de gyakran nem ez a legfeltűnőbb tünet. Vannak olyan depressziós betegek, akik egész sokáig képesek titokban tartani környezetük előtt a problémát. Típusos esetben a hangulat reggel a legrosszabb.

A hangulat zavara az enyhe kedvetlenségtől a mély érzelmi stuporig terjedhet. Az érzelmi élet gátoltsága olyan súlyos is lehet, hogy a beteg a saját lehangoltságát sem képes átélni (depressio sine depressione). A depressziós arca szomorúságot tükröz, nevetni nem, vagy csak kényszeredetten képes. A homlokán- a sok gondterhelt ráncolástól- gyakran megtalálható a jellegzetes omega alakzat (a két musculus corrugator supercilii fokozott tónusa miatt). A szemhéjon gyakran kettős redőt láthatunk (Veraguth redők), és a felső szemhéj lefelé nyitott háromszögalakot mutat. E jelek a tünetmentes időszakban is a depresszióra való hajlamról árulkodnak. A szájzugok lefelé hajlanak. A beteg kifejező mozgásai elszegényednek, beszéd közben nem, vagy hiányosan gesztikulál. Beszéde halk. Könnyen elsírja magát, bár súlyosabb esetben sírni sem tud. Gyakori a szorongás, és ennek a legsúlyosabb formája a raptus melancholicus. A beteg önmagát negatívan éli meg, hibáztatja, vádolja, illetve -súlyos esetben- bűnösnek érzi magát. Az önértékelési zavar öngyilkossági készletbe mehet át.

Jellemző az energia csökkenés is, romlik az iskolai vagy munkahelyi teljesítmény. A beteg nem motivált az új dolgok befogadására. Fásult, apatikus lesz.

A depresszió további jellegzetes tünete a negatív kognitív séma, ez vonatkozik a percepcióra, információ feldolgozásra, értékítéletre. A beteg negatív szűrőt alkalmaz, ami blokkolja a pozitív információkat. Ez a beszűkült érdeklődés a világot unalmassá, színtelenné teszi. Az érzelmek felismerésének és diszkriminációjának képessége csökken, az információfeldolgozás egysíkú, ennek lehet a következménye a depressziósokra jellemző túláltalánosítás és a különbségek elmosása. (Szádóczky, 2001.)

Úgy érezheti, hogy értéktelen a környezete számára és ez vezethet az öngyilkossági gondolatokhoz. Asszociációi gátoltak. Emlékezete egysíkú, csak a negatív dolgokat idézi fel. Nehezen tud koncentrálni, és néha olyan súlyos memória zavarral küzdhet, hogy a klinikai megjelenés akár dementiára emlékeztethet. Bizonyos súlyossági szint felett a pszichomotorium változásai is megjelennek. A betegek egy csoportja kifejezetten meglassul (retardált depresszió), egy másik csoportja a heves szorongás miatt motorosan nyugtalan lesz, esetleg tördeli a kezét, jajveszékkel (agitált depresszió). Az agitált betegek nyugtalanok, folyamatosan tevékenykednek. Enyhe formában kéztördelés, lábmozgatás figyelhető meg. Súlyosabb esetben nem képesek nyugodtan egyhelyben ülni, folyamatosan le-föl járkálnak.

A depressziós öltözképe a sötét tónusú ruhák a jellemzőek, de súlyos esetben egyáltalán nem fordít gondot megjelenésére, sőt testi higiéniáját is elhanyagolhatja. A depressziós beteg megjelenésére jellemző, hogy idősebbnek tűnik a koránál.

A leggyakoribb vegetatív tünet az alvászavar. Mindhárom klinikai változata előfordulhat az elalvási zavar, a gyakori felébredés, a korai felébredés. Az étvágy általában csökken és a beteg hirtelen lefogy, ezért nem ritka, hogy kezdetben rosszindulatú daganat után kutatnak. Gyakori panasz a szájszárazság és a székrekedés. A szexuális késztetés csökken, vagy teljesen kialszik. Gyakoriak az izgalmi fázis zavarai: erekciós zavarok, anorgazmia. (Tringer, 2001).

3. 4. Betegségfolyás, prognózis

A major depresszió leggyakrabban a 20-30. életév között jelentkezik először, de bármely életkorban jelentkezhet először. Tünetei napok, hetek alatt kifejlődnek.

A prodromális tünetek, úgy mint generalizált szorongás, pánik, olyan depressziós tünetek, amelyek nem érik el a diagnosztikus küszöböt rendszerint a megelőző néhány hónapban jelentkeznek. Néhány esetben a depresszió hirtelen is kialakulhat, elsősorban abban az

esetben, ha súlyos pszichoszociális stresszel szövéődik.

Unipoláris depresszióban az epizódtartam 6-13 hónap, valamivel hosszabb, mint bipoláris zavarban.

A depressziós epizódból 1 éven belül a betegek 75%-a, 2 éven belül 80%-a gyógyul. A gyógyulást követő 1 éven belül 25% esik vissza. A betegek 75%-nál jelentkezik ismételten depressziós epizód 10 éven belül.

A hangulatzavarban szenvedők 25-50%-a kísérel meg élete során legalább egy alkalommal öngyilkosságot. 5-15%-uk fejezi be az életét öngyilkossággal

Az egyes epizódok váltakozó időszakonként jelentkeznek, néhány hónaptól több évig tartó tünetmentes periódus is lehet.

Az esetek 15-20%-ában a tünetek 2 éven túl is fennállnak, minek következménye a sokszor jelentős mértékű társadalmi károsodás (Füredi, 1998.).

3. 5. *Etiológia*

3. 5. 1. Biológiai megközelítés

3. 5. 1. 1. Genetika

Az affektív zavarok családon belül halmozódnak. Bipoláris zavarok esetén az elsőfokú rokonok körében a megbetegedés valószínűsége az átlag 8-18 szorosa. Bipoláris zavarok esetén az egypetűjű ikrek konkordanciája 33-90%, kétpetűjű ikrek esetében 5-25%. Major depresszió esetén 50%. Máig nem sikerült egyértelműen kromoszómaaberrációt, illetve betegségre specifikus géneket kimutatni.

A család vizsgálatok kimutatták, hogy a hangulatzavarban szenvedők előszeretettel választják egymást házastársul. Ez a szelektált párosodás azt eredményezi, hogy halmozódnak az olyan családok, ahol a hangulatzavarok mind anyai, mind apai ágon előfordulnak.

A családvizsgálatok azt is kimutatták, hogy a hangulatzavarok aránya növekvő tendenciát mutat az átlagnépességben. Ennek oka egyelőre ismeretlen.

Tehát nem beszélhetünk egyértelmű genetikai determináltságról. Az ikervizsgálatok alapján megalapozottnak látszik, hogy a hangulatzavarok etiológiájában a gének 50-70%-ban játszanak szerepet és a hiányzó effektusok a környezetben keresendők. (Szádóczy- Rihmer,

2001.).

Hangulatzavarok esetében genetikai és környezeti faktorok komplex szerepével kell számolnunk.

3. 5. 1. 2. Neurokémia

A depressziók biogén amin hipotézisét az ötvenes években fogalmazták meg. E kórképekben a **noradrenalin**, **szerootonin** és a **dopamin** termelése, forgalma, lebontása során regulációs zavarok állnak fent.

3. 5. 1. 3. Neuroendokrín modellek

Depressziók esetén a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely, illetve a pajzsmirigy működés számos zavarát írták le (Tringer, 2001.).

3. 5. 1. 4. Immunológia

Depresszióban az immunrendszer csökkent reaktibilitást mutat. Depressziók esetében gyakrabban lépnek fel fertőző betegségek, és ezek lefolyása többnyire súlyosabb, komplikáltabb (Tringer, 2001.).

3. 5. 1. 5. Kronobiológia

A depressziók egyik csoportja szezonálisan lép fel (általában télen). A napi ritmus is zavarokat mutat (reggel súlyosabbak a tünetek, estére, pedig enyhülnek). Az alváskép megváltozik. Nő a REM-fázisok aránya az összes alváson belül, csökken a REM-latencia (Tringer, 2001.).

3. 5. 2. Pszichodinamikus elméletek

A legtöbb pszichodinamikus elmélet a normál, a neurotikus, és a pszichotikus depressziós fomásokat mennyiségi kontinuumnak tekinti, aszerint, hogy mennyire igazodik a valósághoz a depressziósoknak az önértékelés helyreállítására irányuló törekvése.

Szokványos depresszió gyakran jelentkezik hosszantartó stressz, frusztráció, depriváció hatására (Becker, 1989.) Depressziós normális személy reális megoldást keres a gondjaira. A depressziós neurotikus személy regresszíven megjelenő szükségleteire, mások támogatását próbálja kiváltani, hogy önértékelését visszaállítsa. A még regresszívebb pszichotikus depressziós internalizálja az önértékelése helyreállítására tett erőfeszítéseket. Arra törekszik, hogy önbüntető vezeklés révén integrálja saját lelkiismeretét, és csak másodsorban keresi a külső források révén a szeretetet, gondozáskodást (Becker, 1989).

A depresszió legjellemzőbb sajátága, mondhatni vezető tünete, az egyén csökkent önértékelése. Az önértékelést pedig az szabályozza, hogy mennyi “nárcisztikus ellátmány” áll rendelkezésére. A nárcisztikus ellátmány kezdetben főleg élelem, majd szeretet. Az önértékelés a személyiség fejlődés során egyre inkább belsőleg szabályozottá válik, de sosem teljes mértékben. A Szuperego felbukkanásával az önértékelést lényegében a “ helyesen cselekedtem” érzés szabályozza (Freud, 1917).

A depresszió pszichoanalitikus elméletének alapjait *Abraham, Freud, Radó* írták le:

Abraham (Abraham, 1924.) írta le először, hogy a depressziósok hajlamosak erősen ambivalens tárgykapcsolatok kiépítésére a jelentős másik személlyel. Ezen ambivalenciájuk gyűlölet oldalát erősen elfojtják, és ennek az elfojtásnak számos kellemetlen következménye van, főképp az, hogy csökkent a szeretet képessége. A gyűlölet maga tudattalan, de annak tudatában van a depressziós, hogy elszegényedtek az érzései.

Az elfogadhatatlan gyűlölet büntudatot kelt, és ez szorongást, önbecsmérlést, depressziót okoz. Depresszióban az ambivalens érzések kezelésekor a tudattalan agresszív vágyak a self ellen fordulnak. (Fónagy és Target, 2005.) A depresszió pszichodinamikus megközelítéséhez kísérletes bizonyítékokat szolgáltatnak azok a vizsgálatok, ahol olyan küszöb alatti ingereket prezentáltak, melyeknek célja a tudattalan agresszív vágyak felkorbácsolása volt. E képek - depresszió skálákkal bemérve - a depresszió mélyülését okozták. (Silverman, 1983.)

Abraham a depressziónál a kognitív zavarra helyezte a hangsúlyt, ezzel előrevetítve *Beck* (1961) álláspontját. A depressziósoknál alap formulának tartja, hogy “ én képtelen vagyok szeretni az embereket, nekem gyűlölnöm kell őket” ez az érzés elfojtásra kerül, majd kifelé vetül “ az emberek nem szeretnek engem”. *Abraham* a pszichoszexuális fejlődés keretein belül is próbálta magyarázni a depressziós téveszmék rejtett vágy tartalmát. A depressziósok gyakori ételetutasításával, illetve az éhezéstől való félelmével foglalkozott. Ezt az oral-kannibalisztikus fejlődési fázisra történő regrediálásként értelmezi. Ekkor a legmélyebb

elfojtott vágy a frusztráló szeretett tárgy bekebelezése. Az orális elnyelési fantáziák főleg a pszichotikus depressziósoknál gyakoriak (Abraham, 1925.).

Abraham az anális fejlődési fázist szétválasztotta egy hamarabbi, primitívebb anál-kiürítő, és egy későbbi anál-visszatartó fázisra. Az elmélet szerint pszichotikus regresszió iránti fogékonyság a fixáció szintjének függvénye. Akik a személyiségfejlődésük késői anális fázisa előtt fixálódtak, sokkal fogékonyabbak a pszichotikus regresszióra, mint akik a későbbi szinteken fixálódtak. A melankóliásokra az előbbi, a kényszeresekre az utóbbi a jellemző. Mind a melankóliásokra, mind a kényszeresekre jellemző az análisan fixálódott karakter: rendszeret, pontosság, takarékoság. A személyekhez fűződő kapcsolataik és a szexuális irányultságuk ambivalensen keveredik: szeretet-gyűlölet, homo-heteroszexualitás. A szeretett tárgyakat magántulajdonként kezelik, ami az anál erotikára utal.

Freud Gyász és Melancholia című cikke a depresszió megértése szempontjából az egyik legfontosabb közlemény. Ez a cikk a depresszióra alkalmazza a nárcizmus és az én-ideál fogalmait. Egy jelentős tárgy elvesztése mind normál gyászt, mind beteges melankóliát előidézhet. Számos hasonlóság van a két állapot között, például: levertség, aktivitás hiány, az érdeklődés beszűkülés. Legfőbb különbség, hogy a melankóliások súlyosabb önleértékelésre hajlamosak. Tehát a gyászoló számára a világ szegényedett el, a melankóliásnak az énje lett szegényebb. *Freud* azt állítja, hogy minél lelkiismeretesebb a személy, annál hajlamosabb a melankóliára. De miért van az, hogy egy fontos kapcsolat elvesztése az önbecsülés elvesztését eredményezi? “ Ha az ember türelmesen végighallgatja egy melankóliás számos különféle önvádját, elkerülhetetlenül az a benyomása támad, hogy gyakran a leghevesebb önvádak alig vonatkoznak a betegre magára, viszont holmi jelentéktelen módosítással igen jól ráillenek valaki másra, valakire, akit a páciens szeret, vagy szeretnie kell, vagy szeretni akar...”. (*Freud*, 1917).

Ha egy fontos kapcsolat megszakad, akkor az Ego fájdalmas konfliktusmegoldó folyamaton megy át. Az, hogy tagadja a veszteséget, konfliktusban van azzal, hogy elismerje a veszteséget. Normál esetben a tárgy emlékének és a hozzá fűzött reményeknek (tárgymegszállás) a pszichés reprezentánsaiba (kogníciók, sémák) fektetett energia fokozatosan felszabadul, és póttárgyakra tevődik át. A melankóliásnál a veszteséget patognómiás introjekció követi. Az Ego azonosul az elveszett tárggyal. Az Ego és a külső tárgy közötti interperszonális, illetve a tárgykapcsolatban rejlő eredeti ambivalencia, vagy konfliktus intrapszichés konfliktussá válik. A depressziós személyt nárcisztikus tárgyválasztás jelleme. Ha elég nagy a stressz, akkor ez a nárcisztikus tárgyválasztás valószínűleg a

tárgykapcsolatoknak egy még primitívebb stádiumára, a tárggyal való azonosulásra regrediál. Az ilyen azonosulás esetén az én azonosság elvész.

Freud szerint a patognómiás introjekciót követően a regresszióban lévő és identifikáció által módosult egóval olyan szadisztikusan bánt az én-ideál, mint ahogy a regresszió előtt az Ego tudattalan ellenséges aspektusa szeretett volna bánni azzal a külső tárggyal, amivel most azonosult. Ez eredményezi a regressziót az anál-szadisztikus és az orál-kannibalisztikus fejlődési szintekre. Ebben a fázisban az uralkodó vágy az inkorporáció, és ez teszi lehetővé az egyesülést a nárcisztikus kielégülés forrásával. A regresszió azonban nem lehet teljes, a melankóliásnál a tárgy iránti ambivalencia az introjekció ellenére részben még mindig kifelé irányul. Ebből fakadóan a melankóliás személynek másodlagos előnyt nyújthat, hogy szenvedése büntudatot kelt a külső tárgyban.

A depressziós büntudata tulajdonképpen az én, és az én-ideál közti feszültséget tükrözi. Ha az én-ideál nagyon merev, akkor spontán én lázadások külső kiváltó ok nélkül is keletkezhetnek. Ez a hangulatingadozásoktól a mániás-depressziós epizódokig terjedhet. Az átmenetileg sikeres lázadás a mániás fázisok “győzelmét” eredményezheti olyan depressziós formáknál, amik annak a következményei, hogy a felettes én súlyosan büntette az egót.

Rado (Radó, 1928.) a *Freud*-féle kereteken belül újíttotta meg a depresszió pszichodinamikus elméletét. Fejlődésileg, a korai észlelést az örömev uralja, majd az éréssel mind az örömteli, mind a fájdalmas élmények észlelésre kerülnek, de csak, mint önálló entitások. Így elkülönül az örömet okozó “jó anya” a frusztráló “rossz anyá”-tól. A csecsemő csak a jó anyát akarja tapasztalni, ezért lemond a szülei által elfogadhatatlannak tartott késztetéseiről. A gyerek internalizálja a szülők által előírt szabályokat.

Radó a pszichotikus depressziót orálszadisztikus helyreállító mechanizmusnak nevezi. Ezt két párhuzamos pszichés folyamat alkotja, amelyből az egyik a melankóliás vezeklés. A melankólia: “óriási kétségbeesett kiáltás a szeretetért” (Becker, 1989). A lázadást követő bűnbánat tanulástörténete a szülői standardok megszegésének következményeiben gyökerezik. Ezeket az internalizálás ellenére is elkerülhetetlenül megszegi a gyerek. A szülői standardok megszegését büntetés követi, majd bocsánatkérés és kibékülés. A büntudat, a vezeklés, és a megbocsátás közti kapcsolat képi a depressziós reakció paradigmáját. “Ahelyett, hogy idejekorán a valóságban a szülőkkel hoznák helyre a dolgot, van egy tisztán pszichés folyamatuk, aminek a segítségével, a felettes énnel hozzák helyre, mint ahogy ez később a melankóliánál történik.”(Becker, 1989.). A felettes én támadása az én ellen azzal a

céllal történik, hogy megtisztítsa az ént a rossz tárgytól. A rossz tárgytól való megszabadulás megszabadítja az ént az ambivalenciától és csak a jó tárgyat hagyja meg.

Melanie Klein (Klein, 1952.) úgy gondolta, hogy a depressziós ambivalenciája, kétkedése és határozatlansága abból származik, hogy az én kételkedik saját jóságában is, és a tárgyal való azonosult voltának jóságában is. Tehát, hogy képes szeretni és ő maga is méltó a szeretetre. A depressziós helyzet fő elhárítása az introjektív azonosulás a jó tárggyal. Ha e helyreállító próbálkozások kudarcot vallanak, akkor az omnipotens mániás és kényszeres elhárítások lépnek működésbe. A mániás mindenhatósági fantáziáknak több formája létezik: -tagadják a jó tárgy elleni destruktív támadásokat, -csodaszerűen feltámasztják a megsemmisített jó tárgyakat, -tagadják a függőséget. Ha ezen elhárítások nem túlzott mértékűek, akkor képesek kellően enyhíteni a stresszt ahhoz, hogy realisabb helyreállító alkalmazkodási módok fejlődhessenek ki (Becker, 1989).

Sandler a strukturális és tárgykapcsolati modell integrációját kísérelte meg munkásságában. Bevezette a reprezentációs világ által kidolgozott vonatkoztatási rendszer fogalmát. (Sandler, 1960.) *Sandler* belső munkamodell fogalma megelőzi *Bowlby* megfogalmazását. *Sandler* elképzelése olyan reprezentációkat jelent, amelyek lényegében az anya megjelenésére és viselkedésére vonatkozó valószínűségi elvárások sorozatát tartalmazzák. A self és a másik reprezentációi alakokkal rendelkeznek és egy meghatározó érzelmi tónus hozzáadásával járulnak hozzá az interperszonális kapcsolati élmények és reprezentációk szerveződéséhez. (Fónagy és Target, 2005.) *Sandler* a reprezentációs világ szemszögéből gondolta végig a depressziót. A fejlődés -ideális esetben- a mágikus és omnipotens tapasztalatok felől halad a realitás elismerése felé. Az ideális állapot feladása inkább hasonlít a gyászhoz, mint a depresszióhoz. A jól-lét állapota magába foglal mentális reprezentációkat. A tárgyvesztés hasznosra fordítható, amennyiben olyan self-állapot elvesztését jelenti, amelyben a tárgy egyfajta vivő anyagként szerepel. Lehetséges, hogy a depressziós válaszok akkor következnek be, ha az egyén nem tud a lelki fájdalomra annak megfelelő agresszió kisüléssel válaszolni. Az adaptív válasz az individualizáció, melynek során az egyén felhagy az elvesztett ideális állapot hajszolásával és elfogadja a realitást. A depresszió az individualizáció ellentéte.

Jacobson (Jacobson, 1953.) a pszichotikus depressziót mentális és pszichoszomatikus zavarnak tekintette. Minden kognitív és motoros gátlással járó depressziót pszichotikusként osztályozott, függetlenül attól, hogy kísért-e gondolkodási zavar. A pszichotikus depresszióban a gátoltság külön lefolyásúnak tűnik, valamely én idegen szétesés élménnyel kísérve: az anorexia, az álmatlanság, amenorrhoea, anyagcserezavarok, gyakori kísérő

jelenségek, akárcsak az emésztő rendszeri és szív és érrendszeri pszichoszomatikus tünetek is. Jacobson elismerte, hogy nehéz megkülönböztetni a pszichotikus és neurotikus depressziós formákat. Elkötelezte magát aziránt, hogy a pszichotikus depresszió háttérében ismeretlen pszichoszomatikus etiológiai ok húzódik meg.

Jacobson a depresszióban a döntő pszichológiai problémának az önbecsülés elvesztését, a nácizmus súlyos sérülését tekinti. A fejlődés során a gyerek azt tapasztalja, hogy vannak olyan szituációk, amelyben tehetetlen és nagyban függ a környezet jóindulatától. Ez az élmény párhuzamot mutat a depresszióban átélt kiszolgáltatottság és reménytelenség érzésével. Az önmegítélés az én-ideál és az énkép egymáshoz való viszonyát jelzi, és ez a felettes énben alakul ki. Ha az eltérés kicsi az én-kép és az én-ideál között, akkor fokozott az önbecsülés, ha nagy, akkor csökkent. *Jacobson* szerint a kedélybetegnek személyisége egyfelől érett, a ciklotímiások kapcsolataikban melegek, szexuálisan érettek, de van egy sajátos én gyengeségük, ami sérülékenységekben, frusztrációval szembeni intoleranciában, csalódottságban mutatkozik meg. A kedélybeteg a szeretett tárgyat túlidealizálja, ellenben saját énjét gyengének és a tárgytól függőnek tekinti. Szerinte a depressziós élményzavarban, mind az én, mind a szeretett tárgy szélsőségesen devalválódik.

Binbring (idézi Becker, 1989.) felfogása szerint a melankóliát a tehetetlenség érzés okozza. A csecsemőkori tehetetlenség érzést, később hasonló érzések újra aktiválhatják, és ez a depresszió alapjául szolgálhat. *Binbring* elfogadja, hogy a depressziósok orális karakterűek, de szerinte az orális fixáció nem szükségszerű. Az erőtlenség és a tehetetlenség érzése csökkenti az önbecsülést és depressziót vált ki. A tehetetlenség fixációja és a túlzott nácisztikus igények a szeretet és a helyeslés kielégítetlenségéből fakadnak. A depressziósok magatartását és kognitív funkcióik gátlását tekinthetjük az elérhetetlen célokért folytatott hiábavaló küzdelem tükröződésének.

Fast (idézi Becker, 1989.) a korábbi elméletek egyfajta szintézisét teremtette meg. A hangulatzavar kialakulására hajlamosító tényezők hat hónapos kor után jelentkeznek, ekkor alapvető változásokon mennek át az én-határok, és az ekkor bekövetkező sérülés vezet arra, hogy a későbbiekben fogékony legyen az egyén a depresszióra. A depresszióra hajlamos személyeknél a másik nehéz fázis az én jó és rossz összetevőinek integrálása.

A depressziósok félnek a közelségtől, attól, hogy ebben a helyzetben elveszíthetik az én-határaikat. Ha szeretetet adnak attól félnek, hogy kifosztják őket, de ha ezt nem teszik, akkor pedig attól, hogy elhagyják őket. Ez az elmélet magyarázza azt is, hogy miközben

büntudatosak nem úgy viselkednek, mint aki valójában bűnös, hanem mintha igazságtalanul utasították volna vissza őket.(Szádóczky-Rihmer, 2001)

Adler (Adler, 1959) szerint a depresszió patogenezise abban gyökerezik, hogy a szülők megfosztják a gyereket az őszinte viszonyulás lehetőségétől. Ezt általában a túlzott aggályoskodás leple alatt teszik. “ Az elbátortalanodott gyerek, aki úgy találja, hogy legjobban a könnyeivel zsarnokoskodhat, síró babává válik, és a fejlődés fonala közvetlenül vezet a síró babától a felnőtt depressziós beteghez”(Becker, 1989). A gyerek elképzeléseit semmibe veszik. A depresszióra hajlamos egyénnek ezért a kisebbségi érzése felsőbbrendűségi fantáziák útján kompenzálódik. A korai manipulatív törekvések miatt a későbbiekben a depressziós egyén mások barátságos közeledését is manipulatív törekvésként fogja értékelni. Ezért kerüli a felelősséget és a kölcsönösséget is. A depressziós az életmódja miatt magányossá válik és csalódottá, és frusztrációja miatt dühöt él át. Csak azzal foglalkozik, hogy ki kit kontrollál.

Ammon az Én strukturális fejletlenségét emeli ki. Gyermekkori traumák és/vagy szocializációs zavarok hatására az énben szerkezeti hiány alakul ki. Az én képtelen bizonyos frusztrációk feldolgozására és nem képes bizonyos felnőtt követelményeknek megfelelni, emiatt regresszióra és tüneti szintű stabilizációra szorul (Fónagy és Target, 2005.).

Kohut grandiózus szelf-tárgy elmélete alapján a depresszió a kóros, éretlen nácizmus megnyilvánulása. Kohut szerint a hangulatzavar hátterében narcisztikus személyiségzavar húzódik meg. (Fónagy és Target, 2005.)

3.5.3 Kognitív szempontú értelmezések

3. 5. 3. 1. A depresszió, mint gondolkodási zavar

Beck szerint minden pszichogén zavar elsődlegesen gondolkodási rendellenesség (Beck, 1967.). A depresszió kialakulásának hátterében a percepció, az interpretáció, a tanulás és az emlékezés folyamatainak zavara áll (Szádóczky-Rihmer, 2001.). A depressziós szindrómákban a kognitív tünetek elsődlegesek.

A depresszió kognitív modellje klinikai megfigyelésekből és kísérleti vizsgálatokból fejlődött ki (Beck, 1963, 1964, 1967). A kognitív elmélet három specifikus fogalmat használ a depresszió pszichológiai alapjának magyarázatára:

- Kognitív triászt
- Sémákat
- A kognitív hibákat (azaz a hibás információ feldolgozást)

3. 5. 3. 2. A kognitív triász fogalma

A kognitív triász három alapvető kognitív mintából áll, melyek arra készítetik a páciens, hogy önmagát, jövőjét és saját élményeit idioszinkrétikus módon szemlélje.

Az első komponenst az önmagáról alkotott negatív nézetek képezik: alkalmatlannak, kórosnak vagy megfosztottnak tartja önmagát. Kellemetlen élményét hajlamos saját pszichés, morális vagy fizikai defektusának tulajdonítani, alábecsüli és kritizálja saját magát. Értéktelenség érzése van. Azt gondolja, hogy a boldogság eléréséhez hiányoznak belőle fontos érzések.

A második komponenst a depressziós az a hajlama képezi, hogy élményeit folyamatosan negatívan értékeli. Azt éli meg, hogy a világ túl magas követelményeket és/ vagy áthatolhatatlan akadályokat állít céljai el. Találkozásait az élő és élettelen környezettel téves módon vereségként, illetve veszteségként értelmezi, akkor is negatívan értelmezi az egyes szituációkat, ha kézenfekvőbb alternatív értelmezések is rendelkezésére állnak.

A harmadik komponenst a jövő negatív szemlélete képezi. A jövővel kapcsolatban a depressziós azt vetíti előre, hogy jelenlegi problémáitól és szenvedéseitől sohasem tud megszabadulni. Állandóan nehézségekre, frusztrációra és veszteségre számít, eljövendő feladat vállalását mérlegelve, a kudarcot vetíti előre.

3. 5. 3. 3. A depresszív gondolkodás strukturális fejlődése

A kognitív modell második fontos összetevője a *sémák* fogalmában konkretizálódik. Ez magyarázza azt, hogy a depressziós beteg miért tartja fenn fájdalmas és önkárosító attitűdjeit, még annak ellenére is, hogy életében bizonyítható módon vannak pozitív tényezők is. A

különböző személyek eltérően foghatják fel ugyanazt a szituációt, viszont egy adott személy általában következetes marad abban, hogy miként reagál hasonló típusú eseményekre. Azt, hogy adott helyzeteket általában következetesen értelmezünk, azzal magyarázhatjuk, hogy az értelmezések alapját képező kognitív mintázataink viszonylag stabilak. Ezeknek a stabil kognitív mintázatoknak a megnevezésére használhatjuk a *séma* fogalmat. Az egyén a sémák halmazának segítségével kategorizálja és értékeli az élményeit. Az adott helyzetben aktivált sémák közvetlenül eldöntik a reakció mikéntjét.

A depressziót bizonyos diszfunkcionális sémák túlsúlya jellemzi, és a beteg a különböző helyzeteket torzult módon, ezeknek megfelelően összegzi. A fokozottan aktív negatív sémák jelenléte megakadályozza, hogy a személy megfelelő sémákat alkalmazzon az adott ingerre. Ahogyan ezek a sémák egyre aktívabbá válnak, egyre több olyan inger kiváltja azokat, melyek nem igazán állnak logikus összefüggésbe velük. Így a páciens elveszíti a gondolkodása feletti tudatos kontrollját, és képtelenné válik más, az adott helyzet szempontjából alkalmasabb sémák felhasználására.

3. 5. 3. 4. Hibás információfeldolgozás

A depresszív személy szisztematikus gondolkodási hibái a bizonyítékok ellenére is fenntartják a negatív gondolatok érvényességébe vetett hitét. Ezek a szisztematikus hibák:

- *Önkényes következtetés:* a páciens bizonyos következtetéseit akkor is fenntartja, amikor azokat semmilyen bizonyíték nem támasztja alá, vagy a bizonyítékok ellentmondanak a következtetéseinek.
- *Szelektív absztrakció:* a páciens a kontextusnak csak bizonyos részeire összpontosít, miközben a szituáció más, szembetűnőbb vonásait figyelmen kívül hagyja.
- *Túláltalánosítás:* a páciens egy vagy több elszigetelt esemény alapján általános szabályt vagy következtetést von le és azt valamennyi hasonló vagy nem hasonló szituációra alkalmazza.
- *Felnagyítás és alábecsülés:* az esemény jelentőségének, fontosságának durva, torzítást okozó értékelési hibája.
- *Perszonalizáció:* A páciens a külső körülményeket olyankor is saját magával hozza összefüggésbe, amikor annak semmi alapja sincs.

- *Abszolutisztikus, dichotóm gondolkodás:* a páciens minden élményét két, egymással ellentétes kategória keretében értelmezi. Például hibás- hibátlan, szent- bűnös. Önmaga jellemzésekor a beteg a szélsőségesen negatív kategóriákat alkalmazza.

A kognitív modell hipotézist kínál a depresszióra való hajlamra keletkezésére. Az egyén negatív gondolatainak alapját (önmagára, jövőre, külvilágra) a *korai élmények* képezik. A korai élmények nyomán kialakult negatív elképzelése, a sémák, rejtve maradnak, de bizonyos, a negatív attitűd kialakulásáért felelős eredeti élményekhez hasonló körülmények aktiválhatják azokat (Beck és mtsai, 2001.).

3. 5. 3. 5. A depresszió kognitív modelljének leíró szintje

A **negativitás hipotézis** feltételezi, hogy a depresszió minden fajtájánál megtalálhatjuk a selfre, a jövőre és a világra vonatkozó negatív gondolkodás jelentős fokozódását. (Salkovski, 2000.) A negatív kogníciók a depresszióval tüneti, szindromatológiai és hangulati szinten kapcsolódnak.

Az **elsőbbség hipotézis** szerint a torzult kogníció vagy információ-feldolgozás kritikusan hat a depresszió egyéb tüneteire. Tehát a torzult információ-feldolgozás az egyén érzelmi és viselkedési válaszaiban a torzulással összhangban álló változáshoz vezet.

A **kognitív specificitás hipotézis** a harmadik releváns hipotézis a kognitív modell leíró szintjén. Depresszió esetén az uralkodó kognitív téma a személyes veszteség, vagy depriváció, a szorongásban a pszichikai vagy fizikai fenyegetés, veszély. Ezért a zavarral együtt járó kognitív tartalom kulcsfontosságú a differenciál diagnosztikában. (Salkovski, 2001.)

3. 5. 3. 6. Passzív elkerülés

Averill (idézi Becker, 1989.) analógiát említ a gyász, depresszió és a passzív elkerülés során kombináltan megjelenő viselkedéses depriváció, fiziológiai aktiváció és diszfóriás érzelmek között. A gyász korai időszakában megjelenő kín és a depressziós reakciók feltehetően a stressznek és a helyreállító próbálkozásoknak a keverékét tükrözik. Ha az utóbbi folyamatosan meghiúsul, akkor a depressziós személy -a kín elkerülése végett- a célra

irányuló aktivitás passzív elkerülésére válthat át.

3. 5. 3. 7. Tanult tehetetlenség

Seligman (Seligman, 1972) kutyaon végzett kísérletei alapján fogalmazta meg a tanult tehetetlenség etiológiáját. Ha az organizmus egy meglehetősen súlyos és/vagy hosszú, elkerülhetetlen traumának van kitéve, akkor valószínűleg passzivitással fog reagálni. Az ezt követő traumatikus események minél inkább hasonlítanak azokhoz a feltételekhez, amik mellett a passzivitásra rászokott, annál nagyobb valószínűséggel fog a passzivitás generalizálódni a későbbi traumákra adott válaszok esetén.

Wolpe a büntetéstől való tartós és súlyos szorongás patogén hatását hangsúlyozza (Wolpe, 1971.).

Lazarus szerint a depresszióra hajlamos személyek interperszonális kapcsolataikban ügyetlenek, ezért kevés pozitív megerősítést kapnak a környezettől. Így a gátoltság, passzivitás, depresszió válik az egyetlen lehetőséggé a pozitív kapcsolatok megszerzésében (Lazarus, 1968.).

Bandura szerint a depresszió olyan egyéneknél alakul ki, ahol nagy a különbség az elért és az elvárt teljesítmény szint között (Bandura, 1977.).

3. 5. 4. Rendszerszemléletű megközelítés

Számtalan vizsgálat foglalkozott a depressziós személyek családi és szociális életével és interakciós jellegzetességeivel.

Klerman azt találta, hogy a depressziós nők nagy többségénél azonosítható a „kiürült fészék” szindróma. Az anyaszerepben való elbizonytalanodás minden nő életében krízis, de a vizsgálat azt találta, hogy a depressziós nők esetében a gyerek „kirepülésének” intellektuális elfogadásával szemben az autonómia-törekvés érzelmi elutasítása áll (Klerman, 1984).

A depressziósok önértékelésére a sikereik és a kudarcaik is nagy hatást gyakorolnak. A depressziósok teljesítmény szükséglete erős, mereven ragaszkodnak nárcisztikus törekvéseikhez.

A családi diszfunkciók és családtagok közti kommunikációs zavarok a tünetmentes időszakokban is megfigyelhetők. Depressziós személyek családjában jellegzetesen diszfunkcionális a problémamegoldás és a kommunikáció is. Jellegzetesen védekező jellegű a kommunikációs stílusuk.

A depressziósok szociálisan ügyetlennek tűnnek abból a szempontból, hogy pozitív reakciókat váltanak ki a környezetükből, illetve, hogy elkerüljék a negatív következményekkel járó viselkedéseket. Ezen szociális deficit megelőzi a depresszió kialakulását.

Vulnerabilitási faktorok a depresszió létrejöttében:

- Szülő elvesztése a gyermekkorban
- Szociális támasz hiánya
- Család szétesése
- Munka elvesztése
- Három, vagy több gyerek megléte
- Anyagi problémák

Férfiak esetébe a munkanélküliség és az anyagi problémák a leghangsúlyosabbak (Rodgers, 1991.).

Prediszponáló faktorok: 16 éves kor előtti negatív életesemények fokozott vulnerabilitást jelentenek (válás, tárgyvesztés).

Provokáló faktorok: főleg a negatív életesemények

A hangulatzavarok és a család viszonya az életkorok függvényében a következőképpen alakulhat.

A szülés és az azt követő időszak

A depressziós beteg családjában a beteg interakciós jellegzetességei módosulnak, beszűkül megküzdési repertoárja, érzelmi kontrollja gyenge, és a pozitív támasz keresése figyelhető meg. Az anya betegsége esetén a gyerek az anya alárendelődési stílusát mintázza, ami megfelelhet a depresszió egy pszichogén átöröklési, interakciós mintázatának (Bagdy, 1999). A terhesség alatti és a posztpartum depressziós állapotokban a fiziológiai folyamatok mellett az interperszonális szempontok is jelentősek. Ez az állapot nemcsak örömet jelent, hanem meg is terheli a személyt. Hangulatzavar nemcsak a szülő nőben, hanem az apában is előfordulhat, ekkor elsődleges kezelési módként pszichoterápia javasolt.

Serdülőkor

Ebben a korban megjelenő affektív zavarok mindig magukban hordozzák az öngyilkosság, alkohol, és drog abúzus veszélyeit. Ilyen esetekben, ha lehetséges, azonnal meg kell kezdeni a pszichoterápiás beavatkozást.

Felnőtt középkor

A szülői nevelési stílus befolyásolja a gyerek vulnerabilitását az affektív betegségekre, és ez kihat az illető felnőttkorára is. A major depressziós felnőtt betegek szüleinek nevelési stílusában azonosítható pl.: önfeláldozás, szégyenérzet keltése, a hiányosságokra felhívó viselkedés mintázata. Az érzelmileg elhanyagoló anya és a túlvédő apai magatartás is jellemző séma a depressziósok szüleiben (Shah és Waller, 2000)

Időskor

A sikeres időskori életszakasz egy nagy változási folyamattal kezdődik. A nagy események itt a menopauza és a nyugdíjazás, melyek jelzik az időskor kezdetét. Az előző életszakaszok lezárásával új energiák szabadulnak fel és ezek új dolgokra felhasználhatóak, de ehhez sikeresen végig kell menni az átalakulás fázisain. Fontos, hogy az otthonukban egyedül élő idősekről ne mondjunk le azzal az attitűddel, hogy a depressziójuk nem kezelhető.

3. 5. 5. A depresszió terápiája

3. 5. 5. 1. Farmakoterápia és egyéb biológiai terápiák

Manapság nagyszámú antidepresszív hatású gyógyszer létezik. Az antidepresszív szerek hatása lassan alakul, ellenben a mellékhatások szinte azonnal jelentkeznek.

A farmakoterápia megkezdése előtt tájékozódni kell a beteg szomatikus állapotáról, valamint a lehetséges gyógyszer-interakciókról. A betegek 60-70%-ánál 3-4 héten belül kielégítő javulás várható. A kezelés kezdeti időszakában (10-14nap) elsősorban a mellékhatások jelentkezésével kell számolni. Amennyiben az akut terápiás fázis ideje alatt a beteg javul, de nincs teljes gyógyulás, az akut terápiás fázist érdemes megnyújtani 10-12 hétre.

A betegek 10-15%-a adekvát diagnózis és farmakoterápia mellett is terápiarezisztens (Szádóczky, 2006).

MAO-bénítók: E szerek biokémiai tulajdonsága, hogy lelassítják a szervezet monoamin-oxidáz (MAO) enzimjének termelését. Az elmúlt évtizedek kutatásai során kiderült, hogy a

monoamin-oxidáz a norepinefrin molekuláinak lebontására törekszik, és a MAO-bénítók ezt akadályozzák meg (Comer, 2005).

Triciklikus szerek: Az imipramint és származékait triciklikus antidepresszánsoknak nevezzük, három gyűrűből álló molekuláris szerkezetük miatt. Egyre több bizonyíték van arra, hogy a triciklikus szerek szedésekor, azok lelassítják a norepinefrint, illetve a szerotonint használó sejtek tevékenységet (Gardner, 1996 idézi: Comer, 2005). A sejtek visszavételi mechanizmusa rövid időn belül alkalmazkodik ehhez, miközben kevesebb neurotranszmitter termelődik. Egy-két hét múlva a megváltozott visszavételi mechanizmus azt fogja eredményezni, hogy a neurotranszmitterek nagyobb számban érik el a fogadó neuronokat, és gyorsabb kisülésre készítetik őket. (Comer, 2005).

Második generációs antidepresszánsok: Ezeket összefoglaló néven szelektív szerotonin visszavétel-bénító szereknek (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) hívják, mert képesek a norepinefrin és a többi neurotranszmitter vagy biológiai folyamat megkerülésével kizárólag a szerotonin aktivitására hatni. Túladagolásuk szinte lehetetlen, ezért szuicid veszélyeztettség esetén is biztonságosak. (Comer, 2005).

A leggyakrabban használt készítmények SSRI-típusúak, de ha ezek hatástalanok, akkor a tri-, vagy tetraciklikus szereket szokták alkalmazni. A depressziós állapotokban, ha a szorongás kifejezett, akkor anxiolitikus hatású (pl: benzodiazepin) készítményeket is alkalmazni kell. Pszichotikus tünetek esetén neuroleptikumokat is alkalmaznak.

Egyéb biológiai eljárásként szóba jöhet az elektrokonvulzív kezelés, elsősorban, ha az akut, veszélyeztető állapot miatt gyors terápiás eredményre van szükség, illetve egyéb kezelésre nem reagáló állapotokban.

Továbbá lehetőség az alvásmegvonás, amely elsősorban enyhe és közép súlyos primer depressziókban lehet hatásos. Hatása azonnali, de nem tartós.

A fényterápia, ami elsősorban szezonális depressziós esetén hatásos (Tringer, 2001.).

3. 5. 6. Pszichoterápiák

A depressziók kezelése pszichoterápia nélkül elképzelhetetlen. A pszichoterápiának nemcsak az aktuális tünetek kezelésében van jelentősége. A depressziók egy jelentős részét kizárólag pszichoterápiásan kezeljük (főleg a disztímiákat és a reaktív jellegű depresszív állapotokat). A

pszichoterápia során különösen nagy figyelmet kell szentelni az öngyilkossági veszélynek.

A hagyományos pszichodinamikus terápiák mellett manapság a kognitív terápiák jutnak nagy szerephez, de ezen kívül jelentősek még a család és hipnoterápiák is.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) állásfoglalása az Egyesült Államokban elfogadott és leggyakrabban alkalmazott pszichoterápiás módszerekre unipoláris hangulatzavar esetén

3. 5. 6. 1. Szupportív pszichoterápia

A pszichoterápiás vezetés számos olyan komplex aktivitást foglal magába, melyek alapvetőek a felnőttkori depresszió kezelésében.

Alapvető jelentőséggel bír a terápiás kapcsolat létrehozása és fenntartása, melynek során a terapeuta az empátiás odafordulás során információkhoz jut és elnyeri a beteg bizalmát, illetve a krízisek időszakában elérhetővé válik a beteg számára, amely a depresszió kezelésében alapvető jelentőséggel bír.

Jellemzői közé tartozik a beteg önmaga és mások felé irányuló destruktív impulzusainak tudatosítása.

Fontos a beteget megismertetni a terápiás tervvel, valamint a tüneteivel és a betegségével kapcsolatos magyarázatokkal, illetve kölcsönös megegyezés szükséges a kezelés előírásaival kapcsolatban. Informálni kell a beteget a prognózisról.

Útmutatót kell nyújtani a beteg környezetére vonatkozóan, beleértve az interperszonális kapcsolatait, munka és életviteli problémáit.

Szükséges megnyerni mások támogatását is a beteg szociális környezetéből és támogatnunk kell őket is, amennyire szükséges.

Elérhető, kézzelfogható és valóságos célokat kell kitűzni. Bátorítani kell a beteget, hogy új sikerélményeket keressen, még ha kismértékben is, de szorosabb kapcsolatba kerülve ezáltal a külvilággal.

A szupportív terápiát a betegre egyénileg szabva kell kialakítani. (Askial, 1985.).

3. 5. 6. 2. Pszichodinamikus terápia és pszichoanalízis

A depresszió pszichodinamikájáról kialakított eredeti koncepció (Freud) központi jelentőséget tulajdonít egy nagymértékben ambivalens értékeket hordozó tárgykapcsolatnak, amely tárgyvesztés esetén önmaga ellen forduló agressziót eredményez, megnövekedett önkritikával és öndestruktív impulzusokkal.

A fenti elképzelés folyamatosan módosult, ahogy a kutatók olyan faktorok szerepét is figyelembe vették a depresszió etiológiájában, mint a pszichoszociális vulnerabilitás, az önbecsülést fenntartó külső forrásokhoz való dependenciát, a korai szeretet, gondoskodás, védelem hiányát és a depressziós diszpozíciót, melyet büntudat, tehetetlenség érzés és a szeretet elvesztése miatti félelem jellemez.

A pszichodinamikus megközelítések alapvető jelentőséget tulajdonítanak az érzelmek korai deprivációjából következő deficiteknek, a rossz lelkiismereten és a gyermekkori vágyak és agressziók elnyomott fantáziáin alapuló büntudatból fakadó konfliktusoknak és/vagy az irreálisan magas én-ideálok miatti frusztrációnak. Ezek a deficitek és konfliktusok gyakran idéznek elő a depressziós személyekben patológiás önbüntetést, elégtelen önismeretet és nyilvánvaló depressziós tüneteket

A depresszió alapvető intrapszichés folyamatai állandósulnak abban az esetben, ha ezek a tudattalan erők nem tudatosulnak és így nem rendelődnek alá az Ego kontrolljának. Ha ezen erők egyszer tudatosulnak a nehézségek bejósolhatóvá válnak, és uralhatóak lesznek, vagy a konfliktusok semlegesítődnek a belátás folyamatában. A pszichoterápiás kapcsolat ereje képessé teszi a beteget, hogy ne csak jelen depresszív hangulatát győzze le, hanem elhárítsa a visszatérő depressziós epizódok visszatérését is.

Az áttételes kapcsolat az érzések, gondolatok és a viselkedés alapvető, korábban nem felismert, régóta fennálló sémáinak közeli vizsgálatát és befolyásolását teszi lehetővé. E dinamizmusok felismerése központi jelentőségű a depresszió kezelésében.

3. 5. 6. 3. Interperszonális terápia

Az interperszonális terápia a depressziót elősegítő tényezők feltárására és azonosítására törekszik. Ezek példái az interperszonális veszteségek, szerepkonfliktusok, a szociális

izoláció, vagy a szociális alkalmazkodás deficitjei (Klerman, 1984.)

A veszteségeket meg kell gyászolni és az ehhez kapcsolódó érzelmeket át kell élni, a szerepkonfliktusokat fel kell ismerni és meg kell oldani, a szociális alkalmazkodás hiányosságait a szociális közeg támogatásának megszerzésével kell meghaladni.

Az interperszonális terápia önmagában hatékony a depressziós tünetek csökkentésében, a beteg szociális és munkahelyi problémáinak megoldásában.

Igazoltan hatékony az interperszonális pszichoterápia a fenntartó kezelés fázisában, főleg azoknál a betegeknél, akik aktuálisan pszichoszociális konfliktusokkal vagy házassági, munkahelyi nehézségekkel küzdenek.

Önmagában az interperszonális pszichoterápia is szóba jöhet azon páciensek számára, akik nem tolerálják, vagy teljes mértékben non-responderek a különféle farmakoterápiás kezelésre.

3. 5. 6. 4. Viselkedésterápia

A depresszió viselkedésterápiájának módszerei közé tartozik az aktivitási táblázat készítése, önkontroll terápia, szociális alkalmazkodási és problémamegoldó tréning.

A viselkedés terápiát az enyhe, illetve közép súlyos depressziók akut kezelésében találták a leghatékonyabbnak.

3. 5. 6. 5. Kognitív viselkedésterápia

A kognitív pszichoterápiás elmélet szerint az irracionális meggyőződések, a beteg önmaga felé, illetve a környezet és a jövő felé irányuló torzult viszonyai állandósítják a depressziós érzéseket, és ezeket a sémákat képes megváltoztatni a kognitív viselkedésterápia. (Beck, 1979.)

A kognitív terápia a depresszió folyamatába elsősorban gondolati és magatartási szinten avatkozik be. Beck és munkatársai kimutatták, hogy a depresszív kogníciók megváltoztatása hangulat és viselkedés változást idéz elő és feltehetően maga után vonja a biokémiai folyamatok módosulását is. A depresszióban központi szerepű a *negatív kognitív triádnak*. A depresszió kognitív viselkedés terápiájára jellemző, hogy aktív, struktúrált, rövid (15-20 ülés

körüli) időhatáros terápia. További jellegzetessége a házi feladat, melynek célja, hogy intenzív legyen a folyamat.

A kezdeti ülések során az egyik leglényegesebb, hogy felmérjük, hogy van-e szuicídium veszély. Milyenek a pszichoszociális stresszorok, mennyire erős a szociális támasz, milyen megküzdési stratégiákat alkalmaz a személy.

Az állapot és helyzet felmérést követően a szocializálás folyamata következik: bemutatjuk a betegnek a kognitív modellt a panaszai közötti összefüggéseken keresztül. A gondolatok azonosítása és a célok meghatározása közös aktív feladata a kliensnek és a terapeutának. Ahogy a kliens fejlődik, úgy válik egyre inkább irányítójává a terápiának, egyre inkább képes megszabni, hogy miről szeretne beszélni. A kognitív terápiák egyik sarokköve a negatív gondolatokat helyettesítő alternatív gondolatok keresése. A későbbiekben az eredeti érzést kell újra értékelni az alternatív gondolat fényében. Kognitív átszuktúrálást végzünk.

A terápia záró fázisa a visszaesések megelőzésére irányul. Fel kell készíteni a beteget arra, hogy a provokáló tényezők hatására állapota rosszabbodhat. Feltérképezzük a számba jöhető nehézségeket és kidolgozzuk a válaszokat. Ebben a szakaszban lehet a stratégiákat megszilárdítani és itt érdemes a kontrollüléseket beiktatni (Perczel-Forintos, 2001.).

3. 5. 6. 6. Pár-és családterápia

A hangulatzavarok kezelésében az utóbbi évtizedekben egyre nagyobb szerepet kapnak a pár- és családterápiák. A családot, mint önálló egységet tipizáljuk, ahol a család, mint rendszer kap diagnózist. A depresszió, mint tüneti viselkedés és diszfunkcionális minta nem ok-okozati viszonyban van egymással, hanem modulálják egymást.

A hangulatzavarok lefolyása során gyakran fordulnak elő házassági, családi problémák, ezek lehetnek egyrészt a depresszió következményei, de másrészt fokozhatják a depresszióra való érzékenységet.

A pár és családterápiák csökkentik a depressziós tüneteket és a visszaesés kockázatát.

3. 5. 6. 7. Hipnózisban végzett pszichoterápiák

A depressziós páciens tapasztalataihoz, korai mintázataihoz könnyebben hozzáférhetünk a hipnózisban végzett pszichoterápia alkalmazásával. A korlátozó magatartást adaptívvá változtathatjuk.

Depressziós betegek hipnoterápiájának elsődleges célja az erőforrások aktiválása és a pozitív, lappangó készségek fejlesztése. Legfőbb cél, hogy elérjük, hogy a beteg megváltoztathatónak tartsa a saját pillanatnyi érzelmi beállítottságát.

A depresszió kezelésében különösen hatékonyak bizonyultak a *Bányai Éva* által kidolgozott aktív-éber hipnózis. (Szádóczy-Rihmer, 2001.)

3. 5. 6. 8. Csoportterápiák

A csoportterápia szerepe a depresszióban elsősorban klinikai tapasztalatokon alapul. Különösen fontos a depresszió kezelésében a gyász kontextusa, vagy olyan általános stresszorok, mint a krónikus betegség.

Azon személyekre, akiknek ilyenek a körülményeik, különösen jó hatással lehet mások példája. Olyanoké, akik már sikeresen megküzdöttek hasonló nehézségekkel.

A túlélők esélyt kapnak, hogy önmagukat állítva modellként mások elé növeljék önértékelésüket, és sikeres szerepmodelleket kínálnak az új betegeknek.

Ezen kívül a csoportok információval látják el a beteget és családtagjait, tehát pszichoedukatív szerepük is van.

3. 6. Női életszakaszokhoz csatlakozó hangulatzavarok

A női életsiklus bizonyos periódusaiban a hangulatzavarok kialakulásának valószínűsége jelentősen megemelkedik.

Ebből a szempontból három fő életsiklus emelkedik ki:

-premenstruum

-a terhesség és főleg a posztpartum időszak

-klimaktérium

A női szervezet hormonális változásaira az idegrendszer igen érzékenyen reagál, változik a kedélyállapot, érzelmi élet, vegetatív tünetek jelennek meg és magatartás változások is előfordulnak. A nemi hormonoknak a magzati élettől kezdődően meghatározó szerepük van a központi idegrendszer fejlődésében, az eltérő agyféltekei funkciók kialakításában, a nemre jellemző viselkedésformák, testi adottságok kialakításában. Az ösztrogén anyagcseréjének változásait jellegzetes pszichés állapotok kísérhetik: feszültség, szorongás, fokozott ingerlékenység. A progeszteronnak a depressziós hangulat kialakításában és a libidó negatív irányú változásában van szerepe. (Hadine-Lee, 1998.).

Premenstruális diszfória

A menstruációt 7-10 nappal megelőző jellegzetes panaszegyüttes. Tünetei: feszültség, irritabilitás, vegetatív tünetek, esetleg kifejezett hangulati nyomottság. A menstruáció megindulásával, vagy az azt követő egy két napon belül a tünetek elmúlnak.

Előfordulási gyakorisága 3-8%. Premenstruális diszfória előrejelezheti egy későbbi major depresszió kialakulásának lehetőségét.

3. 7. Antenatális depresszió

A terhesség és a szülést követő időszak kiemelten jelentős minden nő életében, de az antenatális időszak minden nő életének sérülékeny időszaka is egyben.

A terhes nők 25-30%-a számol be kifejezett depresszív tünetekről, ugyanakkor az esetek kevesebb, mint 20%-a meríti ki a minor, vagy a major depresszió kritériumait és még ennél is kevesebb a kezelt esetek aránya. (Gotlieb és mtsai, 1989. idézi. : Szádóczky-Rihmer, 2001.)

A terhesség ideje alatt a depresszió előfordulása egy kétcsúcsú görbét ír le, melynek két csúcsa az első és a harmadik trimeszterben van.

Az **első trimeszterben** gyakoriak a minor depressziós és szubdepresszív állapotok, de ezek többnyire mérséklődnek a terhesség előrehaladtával.

A **második trimeszterben** már a testi változásokkal, esetleges komplikációkkal összefüggésbe hozható, másodlagos hangulati és szorongásos tünetek dominálnak.

A **harmadik trimeszterben** pedig a szorongásos, major depressziós zavarok válnak gyakorivá, közvetlen a szülés körül pedig a súlyos és pszichotikus állapotok. (Belső, 2006.).

Kutatások bizonyítják, hogy a terhesség alatti nem pszichotikus szintű affektív zavarok száma egyre nő, különösen a várandósság korai szakaszában. Kitamura és munkatársai (1996) számos tanulmányt tanulmányoztak, és különböző eredményeket találtak: 4 és 29 % közöttinek találták a terhesség alatti depresszió arányát.

Azt találták, hogy a depresszió kétszer gyakoribb a terhes kamaszkorúaknál, mint a terhes felnőtteknél. Számos rizikófaktort azonosítottak még ezen kívül: többek között a depressziót az egyéni vagy a családi anamnézisben, a házassági viszályokat, a nemkívánt terhességet, vagy a magas számú napi stresszort. Veszélyeztetetté tesz a várandósság alatti depresszióra az anya fiatal kora, a nem kívánt terhesség, az érzelmi ambivaelnciák, a szociális izoláció (Hardy, 2003.). Ellenben a szociális támasz és a magasabb életkor protektív tényezők lehetnek. (Kumar, O'Dowd, 2000)

A terhesség alatt jelentkező depresszió tünetei megegyeznek a depresszió általános tüneteivel. Kiemelkedő a nagyofokú boldogtalanság, reménytelenség, és a gyakori szuicid gondolatok. A diagnózisalkotást nehezíti, hogy a tünetek egy csoportja a terhességre alapvetően jellemző változásokra hasonlít, mint alvászavar, libidó-csökkenés, anergia. (Hardy, 2003.).

Az antenatális depresszió magzatra gyakorolt negatív hatásainak vizsgálata során Stowe kutatásai azt igazolták, hogy a terhesség alatt depresszióban szenvedő anyák csecsemői érzékenyebbek a stresszre. Major depresszióval diagnosztizált anyák csecsemőinél, egészséges anyák csecsemőivel összehasonlítva, magasabb kortizol szintet talált, ami a stresszre való intenzívebb válaszra utal. (Hallström, McClure, 2006).

3. 8. A terhesség alatt jelentkező depresszió kezelése

A várandósság alatt fellépő pszichiátriai zavarok gyógykezelése az anyán kívül a születendő gyermeket is érinti. Az anya farmakoterápiás kezelése a magzat intrauterin gyógyszerexpozícióját is jelenti. A terhesség alatti kezelés különösen nagy figyelmet igényel

és több szakma együttműködését teszi szükségessé. (Szádóczy, Németh, 2002.)

A terhesség alatti hangulatzavarok kezelésében a pszichoterápia az elsődlegesen választandó alternatíva.

A várandósság alatti farmakológiai kezelés alapos mérlegelést kíván. Mérlegelni kell az állapot súlyosságát, a terhességi kor előrehaladottságát, és az egyéb terápiás formák hatékonyságát. Napjainkban egyre több esettanulmány jelenik meg a várandósság alatti gyógyszereléssel kapcsolatosan.

A triciklikus szerek és az SSRI-k egyaránt hatékonyak, ugyanakkor teratogén hatásuk minimális és nem bizonyított.

Az első trimeszterben csak elkerülhetetlen esetekben ajánlatos gyógyszeres kezelés választani, azonban a terhességi kor előrehaladtával a farmakoterápia alkalmazása biztonságosnak mondható. (Szádóczy-Rihmer, 2001)

3. 8. 1. Epidemiológiai adatok

A terhesség alatti depresszió gyakorisága nem tér el lényegesen az átlagpopulációban megfigyelt prevalenciától. A Beck-skálával végzett felmérések alapján a terhes nők 5,5-13,6 %-nál találtak súlyos, vagy mérsékelten súlyos tüneteket. A terhes nők 9,1-10,2%-nál diagnosztizáltak minor vagy major depressziós tünetegyüttest. A terhesség tehát nem jelent védelmet a depresszióval szemben.

A terhesség alatti depresszió kockázata a korábbi pszichiátriai anamnézis illetve a pszichoszociális tényezők ismeretében jól felmérhető.

Fokozott a kockázat, ha a terhes nő anamnézisében korábbi depressziós epizód szerepel, a terhesség iránt ambivalens, terhesség alatt negatív életeseményt él át, közvetlen családi körben volt depressziós beteg, a szociális támasz nem megfelelő, a kismama fiatal és egyedülálló, a házastárssal való kapcsolata konfliktusos, ha dohányzik.

3. 9. A terhesség pszichológiája

A terhesség -pszichológiai szempontból- krízis állapot (Szeverényi, 1986). A krízis helyzet adekvát megoldása biztosítja a nő számára a személyisége további fejlődését, az anyaszerep kialakulását és annak integrálódását.

A terhességgel megváltozik a nő kapcsolatrendszere. Változik a kapcsolata a férjével, akivel együtt az új szerepre, a szülőszerepre készülnek és változik a kapcsolata a saját anyjával is, mert gyerekszerepből, egyenrangú szerepbe kerül. Változik az önmagához, a saját nőiességéhez való viszonya is. Nem utolsó sorban pedig megváltozik a tágabb szociális környezet reagálása is. Átmenetileg eltávolodik a munka világából is, illetve barátai kapcsolatai is változnak, mivel a várandós nő keresni kezdi a hasonló élethelyzetben lévők társaságát.

A várandós nő sok elvárással találkozhat mind a társadalom, mind a szűkebb család részéről, de ezen elvárásokkal nem mindig képes azonosulni.

A várandós nők érzésvilágának a változása a trimeszterek folyamán:

Birbing (1961) felosztása arról, hogy mi az értelme a terhesség egyes szakaszainak:

1. trimeszter: feladata a lélektani ráhangolódás, és ezáltal a terhesség elfogadása, és a magzat önnön részének tekintése.
2. trimeszter: feladata a gyermek, mint önálló lény elfogadása, belső elkülönülés
3. trimeszter: feladata a külső szintű elválás, leválás a gyerekről. (Varga, Suhai-Hodász, 2002.)

A magzat-ahogy Chamberlain fogalmaz-: affektív és kognitív dimenziókkal rendelkező személyiség, akinek az anyaméhben érdeklődése, preferenciái, tanulása, emlékezete van, fájdalmat, dühöt, haragot él át, agresszíven viselkedik, mosolyog és bizonyos körülmények közt még sír is.

Ennek fényében abszolút mértékben válik fontossá az anya személyisége, elsődleges kapcsolatai, környezete, az őt ért hatások. A magzat fejlődését az anyjával való kapcsolatának a minősége határozza meg, az anyát, pedig nagymértékben a férjjel és szűkebb környezetével való kapcsolata (Raffai, 1997).

A terhesség előrehaladtával egyre fokozódik a gyöngédség és a biztonság iránti igény. A

három trimeszterben más és más a magzattal való identifikációs folyamat. Az első az orális identifikálódás szakasza, az anya ekkor konkurensként is megélheti a magzatot. Ezen időszakban a magzat szinte csak az anya tudatában létezik, előfordul, hogy életvitelében elfelejtkezik arról, hogy ketten vannak. A második trimesztertől, a magzati mozgások megjelenésétől, érzi magát igazán terhesnek az anya, introvertáltabb lesz, a pszichikus erők a végrehajtandó feladatra koncentrálnak. Az introverzióját magyarázza, hogy a belső élményei átadhatatlanok, vagy annak tűnnek. Érzelmi labilitás, szorongásos tünetek, félelmi reakciók felerősödhetnek. A harmadik trimeszterben terhessé válik a magzat viselése. E szakaszban a hangulatváltozás a gyermek miatti örömtől a halálfélelemig terjedhet. (C. Molnár, 1994.). A szülés előtti startszorongásra általában nincsenek felkészülve a kismamák

A terhesség időszaka erős befolyással bír a korai anya-gyerek kapcsolat kialakulására. Egy vizsgálat (C. Molnár, 1982.) kimutatta, hogy a korai anya-gyerek kapcsolat időszakában azok az anyák mutatnak magas neurocitást, akiknek a saját anyjukkal való kapcsolata a negatív anyaidentifikáció mentén jellemezhető. Ezekben a nőkben nem indul el a pozitív anyai attitűd.

Az intrauterin életidő jelentős hatással van az extrauterin életre. A gyermek fejlődése az anyával való interakció függvénye. Az anya a magzat környezete, ő nyújtja a biológiai biztonságot, majd az extrauterin korban ő teremti meg az újszülött számára az elengedhetetlen szociális biztonságot. Az ember koraszülötten jön a világra. Ennek oka a medence és a szülőcsatorna szűkülésében, illetve a megnövekedett agytérfogatban keresendő. Ezért elengedhetetlen, hogy a biológiai biztonságból való korai kikerülés szociális biztonsággal kompenzálódjon. (Bereczkei, 2003.)

Mind az anyát érő stressz, mind az anya személyisége alapjaiban befolyásolja a csecsemő fejlődési lehetőségeit. *Thompson* patkányokon végzett kísérletei szerint a prenatális stressz hatása generációkon átívelőnek bizonyul. A kísérlet szerint a stresszelt patkányok kicsinyei egészen a felnőtt korukig szorongást és zavarodott magatartást mutattak, de nem csak a magzati korban stresszel, később anyává váló patkányoknál volt megfigyelhető kevesebb megtermékenyítés, több spontán vetélés, vaginális vérzés és hosszabb terhesség, hanem még a gyermekeiknél is. Sőt, még az unokák is kevésbé voltak életképesek.

Az intrauterin stresszt átélő gyermekekről pedig tudjuk, hogy felnőve szorongóbbak, konfliktus kerülőbbek lesznek.

Az anya terhességhez való tudatos és tudattalan beállítódása nagy jelentőséggel bír a magzat születés utáni fejlődésére. Rottmann (idézi: Raffai, 1997.) vizsgálta az anyák tudatos és

tudattalan beállítódásait a terhességgel kapcsolatban. Négy csoportot különített el:

Ideális anyák: akik tudatosan és tudattalanul is elfogadják a terhességet.

Hideg anyák: akik tudatosan elutasítják, de tudattalanul elfogadják a terhességüket.

Ambivalens anyák: akik tudatosan elfogadják, de tudattalanul elutasítják a terhességet.

Katasztrofális anyák: akik mind tudatosan, mind tudattalanul elutasítják a terhességüket.

Az ideális anyákat nem csak a terhességhez való pozitív beállítódás jellemezte, hanem a szüléshez, szoptatáshoz, illetve gyermekneveléshez is. Emócionálisan stabilak, fizikailag egészségesek. Ők szültek a legkönnyebben.

Az ambivalens anyáknál megnövekedett agresszivitást, szorongást, érzelmi labilitást és szorongást találtak. Ezek között az anyák között sok sikeres és ambíciózus nő szerepelt, illetve innen került ki az erős dohányosok többsége is. Gyakoribb volt ebben a csoportban a koraszülés.

A hideg anyákat is jól jellemzi a depresszió, szorongás és emócionális labilitás. Jellemző az alkalmazkodási képtelenség. Nagyon sok terhességi szomatikus panasz található náluk. A szülést és a szoptatást elutasítják.

A katasztrofális anyáknál találhatóak a legsúlyosabb problémák. Depresszió, intolerancia, nyílt agresszív tendenciák és ingerlékenység jellemző. A nőiséggel kapcsolatosan mereven elutasítóak. A terhesség alatti szomatikus panaszok nagyon kifejezettek. Különösen sok problémával küzdenek a második trimeszterben. A saját szülőfigurájukhoz való szoros kötődésük miatt képtelenek a gyermekükkel pozitív kapcsolatot létrehozni. Náluk találták a legkomplikáltabb szüléseket, koraszüléseket.

A vizsgálat további részében aztelemezték, hogy az anyai beállítódások milyen hatással a gyerek születés utáni magatartására. A következő kategóriák alapján figyelték ezt meg: apátia szindróma, hiperaktivitás szindróma, szopási magatartás, hányás.

A katasztrofális anyák babái szignifikánsan magasabb arányban voltak alul,- vagy túltápláltak.

A hideg anyák babáinál az apátia volt a legjellemzőbb.

Az ambivalens anyák gyermekeire a hányás és a hiperaktivitás volt jellemző (Raffai, 1997.).

Az anyák környezetéből származó stressz is a babán csapódik le. Azon kismamák csecsemői, akiknek instabil a partnerkapcsolata a születés után sokkal gyakrabban betegszenek meg.

Az intrauterin alatti stressz következményeinek mindig a magzat válik a hordozójává, akár az anya környezetéből (terhesség alatti alacsony szociális támasz, gyász...), akár a terhességi beállítódásból, akár az anyai személyiségből származik (depresszív anyák babái hasonlóan depresszívek lesznek). Zuckermann és munkatársai (idézi Raffai, 1997.) 1312 olyan anyát vizsgáltak meg, akik a terhességük alatt depressziósak voltak. A szülés után pedig a babákat vizsgálták meg. A csecsemők az első napokban megnyugtathatatlanul sírtak és az anyjukkal megegyező pontot érték el a depresszió skálán.

3. 10. *Kompetens csecsemő*

Már a 9 perces újszülöttről bizonyítható, hogy preferálja az emberi arcot (Molnár, 1989.)

Tehát az újszülött veleszületetten szociális lény, az első pillanattól kezdve preferálja a szociális ingereket, tehát nyitott az anya tükröző viselkedésére, következésképpen a szociális ingerek szempontjából potenciálisan kompetensnek tekinthető a csecsemő. E potencialitás megjelenésének elengedhetetlen feltétele, a megfelelően válaszkész anya jelenléte. Az anya-gyerek összjátékban kiemelkedően fontos a szinkronicitás és a szenzitivitás, de a „definiáló hatalommal” az anya van felruházva. Az anya-gyerek kapcsolatnak tehát természetes asszimetriája van. A fejlődést pedig az anya-gyerek közti harmónia biztosítja.

Az anya-csecsemő páros evolúciós diádnak tekinthető.

A veleszületett szocialitás evolúciós alapja, a kétlábos járásban, a megnövekedett koponya méretben és az egyre szűkülő csípő méretben keresendő. Mindezek által igen kora szülötten jövünk a világra, így szükségünk van arra, hogy a „Jelentős Másik” kooperatív gondoskodását kiváltsuk ezzel biztosítva az életben maradásunk esélyét.

3. 11. *Az anya-csecsemő diád*

3. 11. 1. Az együttlét élménye és reprezentációi

A „másikkal való együttlét” sémái interaktívak, kapcsolati élményeken alapulnak, azok lenyomatai. (Stern, 1995.). A kapcsolati élmény lehet valós tapasztalat, de lehet fantáziált is, illetve az elképzelt együttlét mögött is megbúvik valamilyen tapasztalat.

Az EGYÜTTLÉT SÉMÁJA: a „Jelentős Másikkal”, aki legvalószínűbben az anya, a csecsemő életében, való együttlét kölcsönös interakcióiból alakul ki. E modell minden későbbi „együtt lenni a másikkal” modellje.

EGYÜTTLÉT KÉPZETE: egyedi együttlét séma hálózatok, amiket közös téma vagy vonás köt össze.

Azon elképzelés, hogy az anya képzetei befolyásolják azt, ahogyan a gyermekével bánik szinte egy idősebb a pszichoanalízissel-elég ha csak *Winnicott* vagy *Bion* munkásságára gondolunk.

Az anya együttlét-sémáinak hálózatai *Stern* alapján:

Az anya sémái a csecsemőről

Az anya csecsemőközpontú sémája magába foglalja a saját kisfiút vagy kislányt, aki az ő fia vagy lány, a férje gyermeke és a többi testvérhez tartozik, továbbá a szüleihez, mint unoka kötődik.

A fantáziált babának hosszú intrauterin története van. A magzat méhen belüli fejlődésével párhuzamosan az anya fantáziái is fejlődnek.

A várandósság első trimeszterében a megváltozott pszichoszociális helyzetre, megváltozott szerepeire fókuszál az anya.

A várandósság 12.-dik hete körül, tehát a várandósság második trimeszterében, hatalmas ugrás következik be a csecsemőről szőtt anyai képzetek gazdagságában és sajátosságában. A várandós nő egyre többet gondol arra, hogy milyen lesz gyermeke, mind külső, mind belső tulajdonságaiban. Ekkor jellemzően egy év körüli gyermek képe uralja a fantáziákat

A terhesség harmadik trimeszterében ezzel szemben az anya lebontja a fantáziáit, hogy az elképzelt csecsemő átadhassa a helyét a valóságos babának.

Az anya sémái önmagáról

Az anya szerepei a várandóssággal alapvetően megváltoznak. A férjvel a továbbiakban már nem diád, hanem triád tagjai lesznek, helyet kell teremteni a csecsemő számára a kapcsolatban. Változik a kapcsolata más nőkkel is, de legfőképpen az anyjával.

Az anyám lánya vagyok alappozíciót el kell tolni „egy baba anyja vagyok” pozíció felé. Az anya a saját anyaságát azon együttlét-reprezentációk mentén tudja kialakítani, ahogyan az

anyjára, mint gyermekkorára anyjára emlékszik. Tehát a saját anyával való korai kapcsolat alapvetően meghatározza a várandós nő anyaságát.

Az anya sémái a férjről

A férjről alkotott reprezentációk alapvetően átalakulnak. Megjelenik a leendő apa képze.

Az anya sémái saját anyjáról

Az anya képzetei anyjáról, mint gyermekkorára anyjáról, alapvetően befolyásolják, hogy ő milyen anyja lesz a csecsemőjének. Az anyáskodást a nők az anyjuktól tanulják meg a modell-tanulás, az azonosulás és az internalizáció által. Mind a pozitív, mind a negatív modellből képesek vagyunk tanulni.

A kötődés-kutatások nagyon fontos felismerése volt, hogy az anyai viselkedést nem a múltban történt dolgok befolyásolják-hogy jó vagy rossz anyai gondoskodást tapasztalt-e, hanem a jövőbeli anyai viselkedés legjobb előrejelzője, az, ahogyan aktuálisan beszél és gondolkodik az anyjáról.

A várandósság során az anya további sémákat alkot az apjáról, az eredeti családról, más szülőfigurákról.

3. 11. 2. Az anya- gyermek kapcsolat megközelítésének lehetőségei

A korai szülő-gyermek kapcsolat a csecsemő egyik legfontosabb, és a későbbi viselkedését jelentősen befolyásoló kapcsolata. *Ainsworth* és *Bell* "kompetens anya-csecsemő párról" ír. *Wachs* és *Gruen* pedig hangsúlyozzák, hogy "a csecsemő szociális kompetenciája addig terjed, amíg mások figyelmét és kooperatív gondoskodását ki tudják váltani". Nyilvánvaló, hogy a csecsemő csak megfelelő anyai válaszkészség esetén lehet kompetens. Vagyis akkor, ha az anya rendelkezik a szükséges érzékenységgel a csecsemő jelzéseinek felfogására, és azokra az üzenetek tartalmával összhangban reagál. (Ranschburg és Horváth, 1985)

A szülő-gyermek kapcsolatnak több megközelítése ismeretes:

a.) A kezdeti magyarázatok csecsemőotthonokban végzett megfigyelésekből indultak ki.

Megfigyelték azt, hogy az itt nevelt csecsemők számos rendellenes viselkedésformát mutattak, visszamaradnak a fejlődésben és nagyobb arányú a fizikai megbetegedéseiknek a száma is. (Spitz, Bowlby) Megfigyelések azt mutatták, hogy ebben az esetben az anyával való testi kontaktus hiánya, az anya csecsemőjével való játékának a hiánya, illetve a törődés elmaradása okozza a problémát.

Harlow és Harlow majmokkal végzett kísérletei később ennek a mechanizmusát-majmokkal végzett kísérletek során-tisztázták, és azt is sikerült kimutatni, hogy a csecsemő fejlődésében is vannak specifikus ingerigények, amelyek nélkülözhetetlenek mind a pszichológiai, mind a biológiai fejlődéshez, s amelyeket az anyák-szokványos esetben-észrevétlenül megadnak a csecsemőknek (Füredi és Buda, 1986).

b.) Az anya személyiségzavarával kapcsolatos megközelítés: Vannak olyan helyzetek mikor az anya ezeket a korai ingereket nem képes megadni a csecsemőjének, ilyen például az anya személyiségzavara (Füredi és Buda, 1986).

c.) Nevelési elvek felőli megközelítés: Léteztek olyan rosszul értelmezett nevelési elvek is amelyek egy adott kultúra sajátságaiból fakadnak (pl.: karra vevés tilalma). Ide tartozik az az eset is amikor a szülés körüli problémák miatt a csecsemőt elválasztják az anyjától, például koraszülés esetén. Ezen esetekben csaknem mindig átmeneti zavarok támadnak az anya-gyerek kapcsolatban, ami a csecsemő viselkedési problémáiban mutatkozik meg: sírás, nyugtalanság, táplálkozási zavarok, vegetatív tünetek. (Füredi és Buda, 1986).

d.) Az anyai viselkedés etológiai oldala: Felfigyeltek arra, hogy a csecsemővel való kapcsolatnak az anya számára is imprinting értékű. Megfigyelték hasonló de gyengébb effektust apák esetében is (ezért is terjed egyre jobban az apás szülés, mert ha az apa is segédkezik, akkor azonnal kialakul a megfelelő fizikai és érzelmi kapcsolat).(Füredi és Buda, 1986)

A fenti megközelítések, mind a korai inger-depriváció jelenségéből indulnak ki.

e.) Hormonális változásokkal kapcsolatos megközelítések: Az anya-gyerek kapcsolat zavarait gyakran magyarázzák a szülést követő hormonális változásokkal. De feltétlenül szükséges figyelembe venni a családi életmód változásait és a csecsemő pszichikus hatásait is. Ezt bizonyítja, hogy az apák is gyakran mutatnak posztnatális pszichikus kompenzációt, sőt adoptív szülők is gyakran tünettel reagálnak a vágyott gyerekre (Füredi és Buda, 1986).

f.) A családdinamikai megközelítés: A szülés után megjelenő családi dinamika megértése a család patogenetikai szerepének megértése szempontjából nagyon jelentős. Ilyenkor nem csak

a szülők személyiség tényezői számítanak, hanem felszínre kerülnek a házasság mélyen lappangó tisztázatlanságai, problémái is. A viszonyokat még zavarhatja az anya és az apa szülői családjának beavatkozása is.

g.) Mélylélektani megközelítés: Látható, hogy a születés utáni időszaknak nem véletlenül tulajdonítottak ilyen jelentős, szinte determináns jelentőséget a mélylélektani irányzatok, különösen a pszichoanalízis. A pszichoanalitikus felfogásnak abban bizonyosan igaza van, hogy a korai anya-gyerek kapcsolat zavara kórnemző lehet. A gyermeki én fejlődését az anyai viselkedés inkonzisztenciája és a gyermek érzelmi biztonság igényének frusztrációja jelentősen károsíthatja. A gyermek tüneti reakciói a gyermeknek általában fokozzák az anyának azokat a megnyilvánulásait, melyek a kisgyermek számára frusztrálóak, szorongáskeltőek. Így kóros körforgás indulhat meg, amit a gyerek traumaként élhet át.

h.) Klinikai szempontú megközelítések: azt tartják jelentősnek, hogy a család nem tanítja meg idejében, vagy megfelelően az indulati szabályozást, a frusztráció toleranciát, a konstruktív konfliktus megoldást és a konfliktuskerülést. Tehát nem ad megfelelő eszközöket a gyermeki én számára és ezért jut a személyiség adaptációs zavarokra, és esetleg emiatt dezorganizálódik.

i.) Behaviorista és szociálpszichológiai megközelítés: A nevelés, bánásmód kérdése a behaviorista, majd a szociálpszichológiai elméleteken belül került az érdeklődés középpontjába. Ezen elméletek a személyiségfejlődés szocializációs oldalát vizsgálták és a gyermekkori kóros hatásokat tették a kóros vagy inadaptív viselkedésért felelőssé.

j.) A szociális tanulás elméleti megközelítés: Ezen irányzat képviselői jelentősnek tartják, hogy a család nem mindig biztosítja a megfelelő szereptanulási feltételeket, vagy azért mert nincs megfelelő minta az adott szenzitív periódusban, vagy ha van, az torz, vagy inadekvát. A szereptanulás az identifikációs folyamatokban megy végbe. Az identifikáció legelső és legerősebb mintája a szülő, ezért a szülő személyiségének zavarai, problémái az azonosulási folyamatban átadódhatnak a gyerek személyisége számára.

k.) A gyermekpszichoterápiás megközelítés: A gyermekpszichoterápiás irányzatok többsége a családra próbál hatni, mivel a gyerek a családi probléma tünehordozója. A gyerek nemcsak reagál a családi problémákra, hanem tüneteivel, viselkedésével-tudattalanul-aktívan próbálja befolyásolni azokat. A szülők is tudattalanul váltják ki gyermekeik neurózisát, teljesítményzavarait, kríziseit, viselkedési anomáliáit (Füredi és Buda,1986).

A fenti megközelítési lehetőségek sokszínűségéből is látszik, hogy a korai szülő-gyerek

kapcsolat csak komplex módon értelmezhető!

3. 11. 3. Anya-csecsemő kapcsolat: klasszikus és modern elképzelések

A csecsemő megfigyelések és kutatások már a háború utáni években megjelentek. A pszichoanalízis átalakult, mivel az egyszemélyes pszichológia fokozatosan kétszemélyessé alakult. A csecsemőkutatások néhány alapvetőnek tűnő pszichoanalitikus tételt kérdőjeleztek meg. A freudi pszichológia egy környezete iránt közömbös, nárcisztikus csecsemő képét villantja fel, aki a külső tárgyak felé csak az ösztöneinek kielégítése miatt fordul.

Ezzel szemben a budapesti iskola-már a háború előtti időkben-feltételezte, hogy a csecsemő a környezetével állandó kapcsolatban áll.

Ferenczi (idézi: Buda, 1971.) kiemelkedő jelentőséget tulajdonított az anya-gyermek egységének és szétválásának. Feltételezte, hogy ez a kapcsolat a szereteten és a gyengédségen alapul és csak akkor mutat erotikus vonásokat, ha a szülők túlerotizálják a gyereket. *Ferenczi* megkérdőjelezte a primer nárcizmus elméletét és úgy vélte, hogy a csecsemő már a kezdetektől kapcsolatot tart fent a külvilággal. *Ferenczi* terápiás újításai nagy jelentőséggel bírnak napjainkban. Az általa kitalált kölcsönös analízis tulajdonképpen az interszubjektivitás korai felismerését is jelentette.

Ferenczi a gyereket passzív szeretettel jellemezte, amelynek a lényegét abban látta, hogy a csecsemő hagyja magát szeretni. Napjainkban ezzel szemben a csecsemő aktivitását hangsúlyozzák

Bálint szerint “ a tárgykapcsolat és a szeretet, azaz a környezethez fűződő viszony elsődleges”. Ez vezetett el az östörös megfogalmazásához, amiről azt tartotta, hogy a gyerek szükséglete és az anyai válasz elégtelensége miatt jön létre (tehát mind a túlingerlő, mind az erősen megvonó anyai attitűd, felelőssé tehető a hiányállapotért). Az elméletben fellelhetők a korai érzelem szabályozás elmélet elemei: a ráhangolódás és a hibás ráhangolódás (*Bálint*, 1994.)

Napjainkban a tárgykapcsolat és szeretet kérdésében *Bowlby* kötődés elméletére hivatkoznak, arra, hogy a korai tárgyira irányulás veleszületett, ahol érzetek, modalitások szerepelnek, de a szeretet, mivel összetett érzés, még nem. Szeretetről csak a mentális fejlődés egy bizonyos pontján lehet csak beszélni, mivel kezdetben a csecsemő az érzéseit nem tudja azonosítani, így azokat csak az anya segítségével lesz képes magában is észlelni. (Gergely, 1995)

Bálint Alice szintén alkalmazta a passzív tárgyszeretés fogalmát, de ő azt akarta kifejezni vele, hogy a libidó kezdetektől tárgyra irányul. A csecsemőkutatók szerint a csecsemő kezdetektől fogva, bizonyos mértékben teszteli a külvilágot, de eleinte a tárgy létéről csupán érzetszintű benyomással rendelkezik. (Természetesen nem keveri össze saját lábát egy másik csecsemőjével, tehát veleszületetten megkülönbözteti magát másoktól).

Fairbairn (idézi: Buda, 1971.) felismerte, hogy a kezdetektől fogva működő tárgykereső aktivitás egységes én közvetítésével működik, ebből, pedig következik, hogy a realitáselv a kezdetektől fogva jelen van (Halász, 1994). Azt a nézetet, hogy a csecsemő a kezdetektől teszteli a realitást *Stern* messzemenően alátámasztja.

Hermann (Hermann, 1984.) az anya-gyerek kapcsolatot az ösztönök oldaláról közelítette meg. Ő az anya-gyerek duáluniójáról beszél és ehhez, mint ösztőnalapot hozzákapcsolta a megkapaszkodás ösztönét és ellentétpárját a leválás ösztönét. *Harlow és Harlow* kísérletei *Hermann* hipotéziseit igazolták. Elméletével megelőzte *Bowlby* kötődés elméletét.

Spitz a hospitalizáció folyamatai révén felismerte a tárgykapcsolat óriási jelentőségét. *Spitz* fenntartotta a primer nárcizmus hipotézisét (ezért *Bowlby* kritizálta is).

Mahler, aki az egyik legjelentősebb úttörője volt a következetes gyermekmegfigyelésnek, szintén elfogadta a primer nárcizmust. Valószínűleg ez lehetett az oka, hogy a csecsemőt - *Mahler* szerint- az első két hónapban ingerbarrier veszi körül. Az autisztikus, majd szimbiotikus állapotban lévő csecsemő teljes egészében függ az anyjától, és önálló léte csak az individuációs folyamat útján alakul ki. Ezzel szemben ma, külső ingerekre nyitott, kompetens csecsemő képe az elfogadott (*Mahler*, 1987.).

Bowlby a kötődést primer és autonóm szükségletnek tartotta, mely egy veleszületett válaszrendszert aktivál. (Ma a kötődés vizsgálata újra a figyelem középpontjába került).

A fent tárgyalt törekvéseket felváltotta egy új kutatási irány, amelyet talán pszichoanalitikusok által folytatott fejlődéslélektannak nevezhetünk (Tényi, 2000). A *self* fogalma a legújabb pszichoanalízis központi fogalma lett, és sokban eltér a korábbi használatától.

A **self** a preverbális világot megfigyelő számára a direkt tapasztalat szintjén és nem a koncepció, a reprezentáció szintjén jelenik meg. *Stern* ezt *sense*-nek nevezi és a *self*et a csecsemő cselekvéseiben, vagy mentális folyamataiban megjelenő invariáns felismerés mintázatként értelmezi.

3. 12. A szülést követő időszak problémái

Posztpartum blues: a szülést követő néhány napban, főleg a negyedik nap környékén, enyhe rosszkedv, lehangoltság jelentkezhet. A tünetek hamar oldodnak, jelentős részük nem igényel kezelést. Előre jelezheti későbbi depresszió kialakulását.

Posztnatális depresszió (PND) : olyan unipoláris affektív zavarok sorolhatóak ide, amelyek a puerperium idején alakulnak ki.

A PND kialakulásában a biológiai és pszichoszociális faktoroknak egyaránt szerepük van. Jelentős szerepük van a szociofamiliaris, életvezetési és a korai szeparációs hatásoknak.

A predisponáló és rizikó faktorok

-Szocioökonómiai stresszorok: alacsony társas támasz, negatív életesemények, anyagi bizonytalanság, nem tervezett terhesség, aggodalom a jövő miatt, egyedüllét, kapcsolati problémák.

-Pszichiátriai kórtörténet az anamnézisben

-Pozitív családi anamnézis

Tipikus tünetek: a szülést követő pár hét múlva kialakuló kedvetlenség, örömtelenség. Egyre kevésbé örül az anya a gyermekének, fárasztónak érzi a róla való gondoskodást. Feszült, ideges lesz. Egyre inkább úgy érzi, hogy képtelen ellátni a babát. A beteg sokszor rossz anyának érzi magát. Ezen önvádítások eluralkodhatnak és súlyos, önmagát és a gyereket is veszélyeztető állapot jöhet létre.

A posztnatális depresszió nem különálló betegség, hanem major depresszió szülés utáni kezdettel.

Gyakran alakulnak ki súlyos gondok az anya- gyerek kapcsolatban és a gyerek ellátásában.

Posztpartum pszichózis: általában akut kezdettel a szülést követő második-harmadik héten, ritkábban két-három hónappal később indul meg. Főleg affektív, vagy szkizofreniform kórképek.

Perimenopauzális depresszió

Jellemző: irritabilitás, feszültség, szorongás, rossz hangulat, memória zavar, megküzdési problémák, gyakori sírás

Elhúzódó perimenopauza növeli a depresszió kockázatát.

3. 13. Hangulatzavarok és a család

Mai ismereteink szerint a szociális, családi, környezeti hatások hozzájárulnak a hangulati zavarok kialakulásához, fennmaradásához, befolyásolják a lezajlását, kimenetelét, illetve a terápia eredményességét.

A hangulatzavarok-főleg a bipoláris és a major depressziós kórképek-halmozódnak a családban, a leszármazottak körében. A bipoláris zavarokban a genetikai rizikótényezők hatása erősebb, ellenben az unipoláris depressziós kórképekben a genetika hatása kevésbé tisztázott. Az biztos, hogy a családi tényezőknek jelentős moduláló szerepük van az affektív tünetcsoportok fenntartásában, kezelésében, megelőzésében.

McMaster és munkatársai kimutatták (idézi: Miller, 2000.) hogy az akut depressziós epizódban nemcsak a depressziós egyén, hanem a családi működés is diszfunkcionális. Depressziós személyek és hozzátartozóik ítélték a legrosszabbnak a család működését, és itt volt a legnagyobb a házassággal való elégedetlenség, összehasonlítva szkizofrén, alkoholbeteg, és bipoláris betegek családjával (Szádóczy-Rihmer, 2001).

A depressziósok családja a hatékony probléma megoldásban, az érzelmek megfelelő kifejezésében, illetve detektálásában, és a szerepek dimenziójában volt szignifikánsan diszfunkcionális. A depressziós fázis megszűntével a családi működés javult, de a nem klinikai kontroll csoportokhoz viszonyítva a problémamegoldásban és a kommunikációban diszfunkcionális maradt. Azoknál a depressziós betegeknél, akik a család működését, a családtagjaikkal egyetemben jobbnak ítélik, azoknál rövidebb ideig tart a depressziós időszak, ritkábbak a visszaesések, és kisebb a szuicidalitás mértéke. Észak-amerikai és magyar klinikai és nem-klinikai családok összehasonlító vizsgálata során, a családi diszfunkcionális működés, hasonlóképpen alakult (Keitner és mtsai, 1990). Feltételezhető tehát, hogy a kulturális különbségek ellenére a fenti elvek érvényesek a hangulatzavarban szenvedők és családjaik vonatkozásában.

3. 14. A szülői depresszió

3. 14. 1. Epidemiológiai adatok

Évről-évre az USA felnőtt lakosságának 7%-a szenved depresszióban, és minden hat felnőttből egy élete folyamán kimeríti a major depresszió kritériumait (Kessler és mtsai., 2003).

A depresszióban szenvedő felnőtt lakosság 65%-a szülő (Nicholson és mtsai, 2001.). Tehát szinte megszámlálhatatlanul sok csecsemő, gyermek és serdülő tapasztalja meg a depressziós szülő mellett felnövés élményét.

3. 14. 2. A szülői depresszió következményei

Hatalmas szakirodalom halmozódott és még halmozódik tovább a depressziós szülő mellett felnövés negatív következményeiről a gyermek személyiségfejlődésére, szociális adaptációjára, emocionális és kognitív fejlődésére és a későbbi pszichopatológiák megjelenésére.

Depresszióban szenvedő szülők gyermekei veszélyeztetettebbek (20-25%) hangulatzavarok kialakulására (unipoláris affektív zavarra és bipoláris affektív zavarra), mint a hangulatzavarban nem szenvedő szülők gyermekei (7%). (Goodman, Gotlieb, 1999.)

Ha a szülők depresszióban szenvednek a gyermekeiknek fokozott esélyük van fóbiás zavarra, pánikbetegségre, magatartászavarokra, szociális beilleszkedési zavarokra és iskolai teljesítménnyel kapcsolatos problémákra. (Anderson, Hammen, 1993., Beiderman és mtsai., 2001.).

Depressziós szülők gyermekei között nagyobb valószínűséggel jelentkeznek alkohol-problémák és szignifikánsabban gyakoribbak a szuicid gondolatok. (Weisman és mtsai., 1997).

A szülői depresszió következményei a gyermekre nézve különösen súlyosak, ha a depresszióban szenvedő szülő az anya, hiszen a gyermek pszichés jól-létének biztosítása hagyományosan az anya feladata.

Depressziós anyák gyermekeinek kevesebb baráti kapcsolatuk van, szociálisan kevésbé aktívak, szoronganak a társas kapcsolatoktól. (Hammen, Brennan, 2001.)

3. 14. 3. A szülői depresszió és a gyermeki életszakaszok

Újszülött kor

A legfontosabb szülői feladat a kötődési biztonság és az érzelem szabályozás kialakítása, hiszen senki sem születik azzal a képességgel, hogy saját érzelmi állapotait szabályozni tudná, (Fónagy., 1993.) ezért az életkezdetétől a „Jelentős másik” - tradicionálisan az anya- affektív illeszkedésére van szüksége. (Tényi, 2001.)

A szülői odafordulás és „válaszkészség” hiánya nem biztonságos kötődési mintázatok kialakulásához, érzelmszabályozási problémákhoz, sőt meglassult kognitív fejlődéshez vezet (Goodman, Gotlieb, 1999.).

A fent vázolt problémák végig kísérik az életet és egy intergenerációs spirál képében továbbadhatnak a következő nemzedéknek.

Kisgyermekkor

A szülők, mint modellek segítik a gyermeket, hogy a szociális és emocionális szituációkat megértse.

Ha a szülő – akár milyen oknál fogva – nem képes támogatni gyermekét ebben, akkor a gyermeknek önértékelési problémái, illetve nehézségei lesznek a stressz helyzetek és az érzelmileg erősen színezett szituációkkal való megküzdés során (Cicchetti és mtai, 1986.).

Depressziós anya és gyermeke szignifikánsan kevesebb időt tölt közös aktivitással, illetve ezen anyák nem bátorítják gyermeküket arra, hogy hosszantartó figyelmet szenteljenek egy tárgynak, vagy egy tevékenységnek. Megfigyelték, hogy a depressziós anyák gyermekei

intenzív szorongást élnek át közepesen stressz-keltőnek ítélt helyzetekben. (Goodman, Gotlieb, 1999.)

Iskoláskor és serdülőkor

Ebben az életkorban az egyik legfontosabb szülői feladat, hogy segítse a gyermeket a stresszel való megküzdésben. Az iskolai teljesítmény, a szociális képességek fejlődése, baráti kapcsolatok kialakítása egyaránt fontos feladata ennek az életszakasznak. A depressziós szülőnek e területen komoly problémái vannak, így kihívást jelent számára ebben segítenie gyermekét.

A helyzetet súlyosbítja, hogy a depressziós szülők gyermekeit a tanárok kevésbé fogadják el (Goodman, 1993.).

A fentiek alapján elmondható, hogy a szülői depresszió esetén a következmények minden életkorban súlyosak, de minél korábbi életkorban találkozunk a gyermek a depressziós anyával, annál negatívabbak a következmények. Ennek hátterében található egyrészt, hogy a depresszió valószínűsége nő a női életciklusokban (premenstruum, perinatális időszak, menopausa) ezért valószínű, hogy már egész korán találkozunk a depressziós anyával a gyermek, sőt, már a magzat (Szádóczki-Rihmer., 2001.). Másfelől, a gyermeki személyiségfejlődés szempontjából azt láthatjuk, hogy az – eriksoni-értelemben vett – korábbi életszakaszból hozott megoldatlan krízisekkel ütközik a következő szakasz kihívása, amivel így egyre kevesebb valószínűséggel tud megküzdni.

Ha az anya perinatális depresszióban szenved, akkor, már az intrauterin időben is problémákkal kell számolni (Raffai., 1997.). A szülés után az adekvát anyai illeszkedés hiánya miatt nem alakul ki a kötődési biztonság (Molnár, Nagy, 1996), ami nagy valószínűséggel vezet a teljes életúton átívelő kötődési problémákhoz, mind a párkapcsolatokban, mind a saját gyermekkel kialakított kötődési mintázatokban. Súlyos következményei vannak ennek a mechanizmusnak még az élet végességével való szembenézés során is (Van Ijzendoorn, 1995, Szemán és mtsai, 2007).

A saját gyermekkel való kötődési kapcsolat kialakításának nehézségei intergenerációs kontinuitást mutatnak, különösen akkor, ha a depressziós anya leány gyermekéről van szó.

Az anyai depresszió súlyosabb következményekkel jár a gyermek személyiségfejlődésére, legalábbis jelenleg, amikor az elsődleges gondozói feladat az anyáé.

3. 15. Az anyai depresszió feltételezett hatása a korai személyiségfejlődésre (Stern és Green nyomán)

3. 15. 1. Daniel Stern klinikai hipotézise

Stern (Stern, 1985.) egy krónikusan depressziós anya mellett nevelkedés példáján keresztül elemzi a későbbi patológiás fejlődés útjáról felállítható klinikai hipotézist. A kapcsolat alakulásának legalább négy lehetőségét tételezi fel. Mind a négy séma személyközi kapcsolatban jön létre, és ilyen helyzetekben aktiválódhat később.

-A gyerek “mikrodepressziókat” él át, mikor együtt van az anyával. Az anyával való együttlét igényéből fakadóan (kötődési motiváció), illetve az utánzás és az anya affektusaira fogékony gyermeki érzékenységnek köszönhetően a gyerek, hasonlóan vitalitása csökkenését, ernyedtebb testtartást, pozitív affektusai megfogyását, mimikai expresszivitása csökkenését éli meg. Az együttlét sémája tehát a depressziós élményhez kapcsolódik és felnőtt korban ez a séma aktiválódhat.

-Reprezentálódó séma lehet az is, hogy a gyerek megpróbálja felvidítani anyját. Később erre jellegzetes példa lehet az automatikus szerepfelvétel, az, hogy az egyén szinte kötelezőnek érzi, hogy elbűvölje a környezetét.

-A kapcsolaton kívüli stimulusok keresése is hasonló séma lehet, mivel a gyerek el szeretne fordulni a depressziós anyától.

-A „nem hiteles anya élménye” lehet a negyedik séma és ezzel együtt a nem hiteles self élménye. Ez akkor jön létre, ha az anya mesterkéltén próbál vidámnak tűnni és a gyerek ezt a mesterkélt kedélyállapotot próbálja utánozni és azonosul vele.

3. 15. 2. André Green: “A halott anya”

Green (Green, 1986.) az internalizált tárgykapcsolatokkal való viszony sajátos dinamikájára hívja fel a figyelmet. A “halott anya” fogalma olyan imágóra utal, mely a gyerek lelkében,

reprezentációiban épül fel, az anya depressziója következtében. A csecsemő azt észleli, hogy az addig élő, vitalitás jelentő tárgy hirtelen élettelen figurává alakul. Bár él, de a gyerek érzéseiben mégis halott. *Green* szerint ez főleg a nárcisztikus patológiák kialakulásához vezet pl.: az úgynevezett *kiüresedő depresszióhoz*. “E depresszió lényeges jellemzője, hogy a tárgy jelenlétében zajlik, aki saját gyászában van elmerülve. Az anya valamilyen oknál fogva depressziós.” (Hámori, 2001). Az anya a saját bánata miatt hirtelen elveszíti érdeklődését csecsemője iránt. A gyerek számára hirtelen elvész a szeretet, pszichés katasztrófát él át. A tárggyal való érzelmi kapcsolat megszűnése után “pszichés lyuk” marad. A keletkezett űrt a halott anya tölti fel, akit ezután sem elveszíteni, sem megtartani nem lehet. A szeretet képessége megszűnik. A kölcsönös bizalom lehetetlenné válik, a szenvedély átélése is kizárt, és lehetetlenné válik egy valódi szeretett tárgy választása is. Az egyén szeretete a halott anyának van feláldozva, aki mindig életre kel, hacsak egy új, valódi tárgy szeretné elfoglalni a helyét (Hámori, 2001).

Modell kibővítette *Green* koncepcióját, azzal, hogy az anyai elfordulást többnyire saját hibájuknak, elégtelenségüknek tulajdonítják a páciensei. Tehát a páciens nem fogja fel, hogy az anya a saját problémája miatt fordult el tőle, következésképpen az anya problémáját, érzelmi állapotát tőle különállóként értelmezi. De mindez abból ered, hogy az anya képtelen volt depressziós állapotában felismerni, hogy gyermekének tőle független, önálló élete lehet! És ez a fel nem ismerés végzetes hatású lehet a gyerekekre, hiszen ezzel az anya azt az élményt közvetíti a számára, hogy ő nem létezhet saját egyénisége jogán, léte csak az anyával összefüggésben értelmezhető. Ez az élmény pedig a későbbi kapcsolatait messzemenően meghatározza.

3. 16. A depressziós anya affektus-kifejezésének hatása a csecsemőre

Az affektus kifejezés nagyon fontos jelzés a másik számára és igen jelentős befolyással bír az anya és a gyermeke közti interakció szabályozásában. Ezek szabályozzák azokat az interakciókat, melyekből később –pszichoanalitikus terminológiát használva- internalizált tárgyakapcsolatok lesznek (Dornes, 2002.).

Az affektus szocializáció már igen korán elkezdődik, de az arckifejezések az első másfél évben meglehetősen őszintén tükrözik az aktuális érzelmi helyzetet.

A „fa arc” (still face) kísérletben anyákat instruáltak, hogy a megszokottól eltérő módon viselkedjenek. Ezzel a vizsgálattal az anyai depresszió csecsemőre való hatását elemezték (Tronic, 1979.). Az instrukció szerint az anya megváltoztatja a megszokott viselkedést, és kifejeztelen arccal ül szembe a csecsemővel. A 2-3 hónapos csecsemőt megzavarja ez a viselkedés, mivel az arckifejezést jól olvassa.

Az anya nem üdvözli a szokásos módon gyermekét. A csecsemő ránéz, és röviden mosolyog, de ezt az anya nem viszonozza, erre a csecsemő elnéz az anyától. Ezután a csecsemő alkalmanként ránéz-elnéz, és alkalmanként mosolyog, de egyre óvatosabban, egyre bizonytalanabban. Az elnézések egyre hosszabb ideig tartanak, mígnem a testével is elfordul az anyától. A babák többsége a kísérlet alatt láthatóan disztressz állapotba kerül. A disztressz és az óvatosság, pedig addig folytatódik, amíg az anya nem kezd el újra a szokott módon viselkedni.

A depressziós anya folyamatosan „nem válaszoló” ezért nehezen hangolódik össze a csecsemővel. Nem veszi a csecsemő jelzéseit, és nem válaszol adekvátan azokra. Ennek okán a csecsemő, viselkedési zavarokat mutat: -többet sír, -visszahúzódik, -általánosan energiátlan lesz, -kevesebb időt van az anyával, -több negatív érzést jelenít meg magatartásában.

A csecsemő viselkedése tükrözi a depressziós anyát. Ezek a babák veszélyeztetettek, mert eltorzult interakciós mintát fejlesztenek ki.

A csecsemő, ha az első két év során tapasztalja meg a depressziós anyával való együttlétet, akkor a következmények súlyosabbak, mivel ez az érzelmi reguláció elsajátításának kritikus periódusa.

A csecsemő a szülő arcán megjelenő érzelmi kifejezéseket hozzákapcsolja az azokkal tipikusan együttjáró, vagy azokat követő szülői viselkedésekkel. Ezáltal válik a szülői érzelem kifejezés informatívvá a gyerek számára. A tükrözéses interakciók során a csecsemő felépíti saját affektív állapotainak másodlagos reprezentációit, melyek immár közvetlenül észlelhetőekké válnak a számára. A szülői érzelmi kifejezés vizuális mintázata és a saját motoros arckifejezésének proprioceptív mintázata közötti megfelelés alapján létrejön a szülői érzelmi kifejezéssel már korábban asszociált következmények reprezentációjának általánosítása, tehát azoknak a saját érzelmi kifejezéseire való alkalmazása.

Mik azok az ingertulajdonságok, melyek segítségével a csecsemő a szülő érzelmet tükröző arckifejezését nem a szülő érzelmeként értelmezi, hanem a saját affektív állapotára vonatkoztatja? Valószínűleg az anya ösztönösen „megjelöli” érzelem tükröző arckifejezését,

úgy, hogy a valós érzelmi kifejezés mintázatának egy átalakított változatát mutatja be. A tükröző érzelmi kifejezés perceptuálisan megkülönböztethető a szülő valós érzelmi kifejezésétől. Ellenben ezt a szülőről “lekapcsolt” érzelmét is értelmeznie kell, mint valakinek az érzelmét. Ezt a kongruencia teszi lehetővé. A csecsemő észleli a saját érzelemkifejező és az azt tükröző külső inger közt fennálló idői egybeesést és intermodális mintázati hasonlóságot.

Az adaptív érzelmi tükrözés két ingertulajdonsággal rendelkezik, a *jelöltséggel* és a *kongruenciával*. Ez alapján azonosítható két deviáns szülői érzelmi tükrözési stílus, amelyek vagy a jelöltség, vagy a kongruencia szelektív hiányával jellemezhetőek.

Ha a szülői tükrözés *kongruens, de jelöletlen*: a tükröző ingert a csecsemő nem fogja magára vonatkoztatni, ezért nem alakul ki a saját affektív állapotainak másodlagos reprezentációja. A tükröző ingert a szülő sajátjának fogja tekinteni, ezért saját elsődleges affektív állapotát a szülőre fogja vonatkoztatni és nem saját magára. A negatív affektusok, pedig felerősödnek, mert a szülőn észlelt negatív affekusra válaszolnak.

Ha a szülői tükrözés *jelölt, de inkongruens*: A szülő jelölt érzelmi kifejezéssel válaszol a gyerek affektív állapotára, de arcán egy eltérő tartalmú érzelmét jelenít meg. A csecsemő ekkor a tükrözött érzelmét a szülőről “lekapcsolja”. A tükröző arckifejezés időben egybe esik, illetve kezdeti intenzitás konturja megfelel a gyerek saját érzelmét kifejező viselkedésének, ezért a gyerek magára vonatkoztatja a szülő torzítottan tükröző érzelmi kifejezését, és saját elsődleges érzelmi állapotának éli meg azt (Gergely, 1996.).

3. 17. A kötődés

„A szoros kötődés kialakítására irányuló elsődleges szükséglet az emberi faj jellemző, veleszületett biológiai öröksége.” (Gervai, 1997).

Az emberi újszülött a főemlősök újszülötteinél, sokkal inkább rászorul a szülői gondoskodásra, aminek időtartama is aránytalanul hosszú.

A szoptatás, a testi táplálással párhuzamosan a lelki táplálás által is növekszik a csecsemő, s érzi magát egyre nagyobb biztonságban az édesanyja, a gondozója mellett. Ezt az időszakot *a biztonság* megalapozása, kiépülése korszakának tekintette *Erik Erikson* (Erikson, 1950), az általa alkotott pszichoszociális fejlődésmélethez. Ugyanebben az időszakban jelentek meg *Bowlby* első könyvei: Az anyai gondoskodás és a lelki egészség (1950), az Attachment (1958), és A szeparációs szorongás (1959).

1958-ban megszületett az attachment gondolat, elmélet. Alkotója *Bowlby* angol pszichoanalitikus, pszichiáter.

Az attachment-elméletben szerepet kapnak a pszichoanalitikus elméletek, a kognitív elméletek és az etológiai ismeretek egyaránt.

Attachment: nem egyszerű szociális kötődés, mert nem vonatkozik a szülő – gyerek kapcsolat minden aspektusára. A gyermek attachment személyhez való való érzelmi ragaszkodását jelöljük vele.

Attachment személy: nem azonos a játszótárssal, az attachment személyt keresi a gyermek stressz esetén, és a játszótársához fordul, ha jó a hangulata. A két szerepet betöltheti két különböző, vagy azonos személy.

Attachment rendszer, mint viselkedési rendszer

Az attachment természetes szelekció eredményeként létrejött viselkedési rendszer, mivel az emberi újszülött kiszolgáltatott lévén életben maradásához a felnőtt védelme és törődése elengedhetetlen. Ezért olyan fizikai (pl.: nagy szemek) és viselkedéses (pl.: sírás, mosoly) adaptációk sora alakult ki, ami a felnőtt figyelmét felkelti, a gondozói magatartást kiváltja. Ezen kívül kifejlesztett egy motivációs rendszert, ami szabályozza és fenntartja a csecsemő és gondozó közti közelséget. Az attachment rendszer önálló, belső motivációval rendelkező viselkedési rendszer.

3. 17. 1. Az attachment személy és a self belső munkamodellje

Az attachment személlyel való folytonos érintkezése során a csecsemő felépít egy, egyre komplexebb *belső munkamodellt* a világról és az abban lévő személyekről, természetesen önmagáról is. Ezek segítik az új helyzetek megítélésében és viselkedése irányításában. Ha olyan a belső munkamodell az attachment személyről, hogy az elérhető a bajban, akkor a személy hollétének monitorozása kevésbé lesz szükséges.

A modellbe asszimilálódnak az új információk és tudatos figyelemmel működik ezért ellenáll a változásoknak. De néha felülíródik (mind az attachment személy, mind a self munkamodellje), a gyermekkori gyors fejlődés miatt.

Az attachment rendszer által szabályozott viselkedés változhat, de az alapvető alrendszerek közti kapcsolatok változatlanok maradnak.

Az attachment személy és a self belső munkamodellje diádikus tapasztalatok mentén szerveződik, ezért kezdetben szorosan összefonódik a kettő. A kapcsolat mindkét oldalát mindegyikük megtanulja vagy internalizálja. Aki bízik abban, hogy szüleitől érzelmi támogatást kap, az a komplementer szülői szerepet is megtanulja – támogatást adni – amit később, mint szülő képes gyermekének közvetíteni.

Mind az attachment személlyel, mind a selffel kapcsolatban néha több belső modell van működésben. A modellek különböznek eredetükben, dominanciájukban és tudatosságuk tekintetében. Érzelmi zavar esetén annak a modellnek van a legnagyobb hatása, mely a korai években alakult ki, és amely a legkevésbé tudatos. Az illető ugyanakkor - ezzel párhuzamosan - egy másik modellel dolgozik, amely ezzel összeegyeztethetetlen és később fejlődött ki.

Bowlby (1969) szerint az első kötődési kapcsolatban kialakuló modellek minden jövőbeli kapcsolat alapjául szolgálnak. A kötődés az első két év folyamán négy szakaszban fejlődik, ennek során az anya-gyermek páros diádikus egyensúlya valósul meg.

A kötődés előtti szakasz, az első hetekre tehető, amikor a csecsemő és a gondozó az összehangolódás kezdeti módozatait dolgozzák ki (0-6 hét).

A kötődés keletkezésének szakaszában a gyerekek fokozatosan egyre eltérőbben reagálnak az ismerős és az ismeretlen emberekre és hat hónapos korukra félelmi jegyeket mutatnak az ismeretlenekre. (6 héttől-6-8 hónapos korig)

A tiszta kötődési szakaszban jelenik meg a szeparációs szorongás. Ebben a szakaszban az anya nyújtja a biztonságos hátteret a gyerekeknek, ahonnan bátran felfedezheti a világot.

Kölcsönös kapcsolatok szakasza, ekkor a kortól már közösen tartják fenn a kötődési kapcsolatot. (*Bowlby*, 1969.)

A csecsemő és anya közötti kötődési kapcsolat-a gyerek szimbolikus képességének fejlődésével párhuzamosan-belső munkamodellé, tehát a „Jelentős Másikkal” folytatott interakciók mentális reprezentációjává válik. (*Belsky, Cassidy.*, 1994).

A fentiek alapján elmondható, hogy a kötődés a fejlődés egyetemes jellemzője. Erre utal, hogy a világon mindenhol a gyerekek körülbelül ugyanabban az életkorban kezdik a nyugtalanság jeleit mutatni, ha gondozójuktól elválnak (*Grossmann és Grossmann*, 1990). *Bowlby* az imprintinggel kapcsolatos etiológiai vizsgálatok nyomán fejtette ki nézeteit a

kötődés fontosságáról. A kötődés biológiai célt szolgál és a kötődés kialakítása a csecsemő elsődleges szüksége (ellentétben a pszichoanalitikus és tanuláselméleti perspektívával). A kötődés alapgondolata az, hogy az anya biztos alapot nyújt gyermekének, mert a csecsemő számára fontos, hogy tudja, az anyára (vagy a gondozóra) mindig számíthat. Ez a biztonságérzet szolgáltatja számára azt a kiinduló pontot, ahonnan elkezdheti a világ felfedezését és veszély esetén, ez szolgál menedékül is. Az csecsemő kötődési viselkedése (közelségkeresés, mosoly, csimpaszkodás) és a felnőtt kötődési viselkedése (érintés, tartás, megnyugtatás) komplementer rendszert képez. (Fónagy, 1999.). Rengeteg csecsemő vizsgálat született, ezek közül az egyik legismertebb az *Anisworth* és mtsai. által végzett vizsgálat. A vizsgálat során négy féle kötődési mintázatot azonosítottak:

Mary Ainsworth (1978) *Bowlby* egyik munkatársa megfigyeléseket végzett, s utána kidolgozott egy laboratóriumi eljárást, amelynek segítségével a 12-18 hónapos gyermekek kötődését méri, vizsgálja. Módszere, az *Idegen helyzet*, a következő lépésekből tevődik össze:

- Az anya és a gyermek bemennek egy – a gyerek korának megfelelő - játékokat tartalmazó szobába.
- Elkezdenek játszani, az anya leül egy székre, nézi játszó gyermekét.
- Belép egy idegen, csendben leül, elkezd beszélgetni az anyával, és a gyermekkel interakciót kezdeményez, játszani próbál.
- Az anya feltűnés nélkül elhagyja a szobát. Ha a gyerek nyugodt, az idegen visszaül a helyére. Ha a gyerek nyugtalan, megpróbálja megnyugtatni.
- Az anya visszatér és bekapcsolódik a gyermek játékába, az idegen kimegy. Első újratálalkozás.
- Az anya újra kimegy, ezáltal a gyereket újra egyedül hagyja.
- Az idegen visszajön a szobába, próbál játszani a gyerekkel, ha nyugtalan megkísérli lecsillapítani.
- Az anya visszajön a szobába, az idegen pedig kimegy. Második újratálalkozás.

Ebben a helyzetben négy jellegzetes viselkedési mintát mutatnak a gyerekek:

- ***Biztonságos, biztosan kötődő csoport:*** Bátran explorál, idegenre kényelmetlenséget jelez. Az anyához húzódik, aktívan keresi az anya közelségét. Feszültség esetén a másokra szüksége van, kapaszkodik. Újraegyesüléskor nem mutat dühöt, elutasítást. Ezen csoportban az anyák szenzitívek, azonnal válaszolnak a gyermekük igényeire.
- ***Bizonytalanul kötődő, szorongó-elkerülő csoport:*** Elmerül az explorációban, kevés az interakció a gondozóval. Kis változás az idegenre, kétségbeesés a szeparációkor. Feszültség esetén elfordul, nem kezd aktivitást. Újraegyesülésnél elkerülés, a második újraegyesülésnél még nagyobb, kifejezettebb elkerülés. Feltűnően kerüli a kapcsolatot anyjával, amikor az visszatér. Az anyák a gyerekekkel kooperációban inkább passzívak, elutasítóak. Sokat tartják a gyermeket, de kevés az ölelés.
- ***Bizonytalanul kötődő, ambivalens, szorongó-ellenálló csoport:*** Szegényes exploráció, keresi a konstruktív kontaktust, sokat sír. Újraegyesülésnél kontaktuskeresés keveredik a harccal. Ellenállást mutat, amikor az anya visszatér, egyszerre keresi is, meg ellen is áll a fizikai érintkezésnek. Nem nyugtatja meg a gondozó jelenléte, szorongás, düh. Az anya ignoráló és következtelen. Örül, mikor tartja, de nem a gyerek kívánságaihoz igazodva.
- ***Zavarodott, dezorganizált csoport:*** Inkoherens viselkedés, bizarr sztereotípiákkal. Ellentmondásosan viselkedik a gyermek. Miközben például megközelíti az anyját, direkt nem néz rá, amikor pedig odaér, zavartan elkerüli. Néhányan dezorientáltak, érzelemmentesnek vagy lehangoltak tűnnek. Az anya kiszámíthatatlan, kaotikus. Visszautasítás, agresszió, megnyugtató hiánya jellemzi. (Zeenah és mtsai., 1994, Ainsworth, 1978., Main és Solomon., 1990.)

Érzelem-reguláció a négy csoportban

- *Biztonságosan kötődők:* Hatékony diádikus reguláció jellemző. Bíznak saját kompetenciájukban, hogy megoldják feszültségeiket. Szabad érzelem kifejezés. Bizalom a gondozó szabad elérhetőségében.

Predikciók: Alapvető bizalom mind önmagában mind a „Jelentős Másikban”. Flexibilis szabályozás. Magas emocionális investáció.

- *Szorongó-elkerülő kötődők:* A diádon belüli érzelem-szabályozás rigid. Azt várja, hogy nehéz lesz fenntartani az emocionális közelséget. Nem tudnak baj esetén rátámaszkodni. A gyerek jelzéseinek visszautasítása idő előtti függetlenséget hoz.

Predikciók: Düh és negativizmus. Megtanulja, hogy ne fejezze ki érzelmeit, emocionális izoláció.

- *Szorongó-ellenálló kötődők:* Kevés a hatékony regulációs élmény. Növeli a feszültséget, túlozza az emocionális kifejezést. Folyamatosan a gondozóval van elfoglalva. A szelf értéktelen, inkompetens.

Predikciók: Könnyen frusztrálható. Túlingerelt, impulzív, szorongó, dependens, passzív, reménytelen.

- *Dezorganizált kötődők:* Nincs vagy kiszámíthatatlan az érzelem-szabályozás. Számos tanulmány kapcsolatot mutat ki a dezorganizált kötődés, ill. az agresszív viselkedés deviáns szintje között.

A negatív érzések kommunikációja mind az elkerülő, mind az ellenálló gyerekek számára nehézséget okoz (Zeenah és mtsai., 1994.).

3. 17. 2. Az attachment organizáció minősége

- *Biztonságos:* Jól szabályozott diádikus kapcsolatban él, sok affektív jelzés, mind elfogadható. A gondozó segít megküzdeni a negatív emóciókkal, segít elkülöníteni, mi van kívül/belül. Baj esetén elérhető „affektív attachment”. Stratégia: nyíltan kifejezi az attachment viselkedést, elvárja, hogy csökkentsék a feszültségét. Az elhárítások flexibilisek. A szelfről mint értékesről gondolkodik.
- *Szorongó-elkerülő:* Visszautasítás vagy rigid szabályozás miatt konfliktus keletkezik, elhárítóan leszűkíti ezeket, nem fogja fel, mint a szelf részét. Ha a korai szabályozás nyíltan elutasító a vitális emóciók elfogadhatatlannak, s a szelf úgy átéli, mint „amivel a dolgok történnek”. A szelfről mint értéktelenről gondolkodik.
- *Szorongó-ellenálló:* A diádikus kapcsolat kaotikus. A feszültség nem jól szabályozott, s ebből következően konstans bizonytalanság alakul ki. Csökkent bizalom a szelfben és a másokban. Állandó kifelé figyelés.
- *Dezorganizált:* dezorganizált *szerveződés* „A dezorganizált kisgyermek gondozói gyakran felelnek a gyermek nyugtalanságára ellenséges-gyámoltalan, disszociált, dezorganizált, ijedt vagy ijesztő viselkedéssel. A dezorganizált kötődés során a másik az én részévé válik. A kisgyermek dezorganizáltan kötődő viselkedését kezdetleges kísérletnek tekinthetjük az én-reprezentáció destruktív vonatkozásainak eltávolítására. A dezorganizált kötődés egészen egyszerűen dezorganizálttá teszi az ént is. A személy, ha egyedül marad, közelinek érzi a kínzó, romboló reprezentációt, s bizonytalannak és sebezhetőnek érzi magát – nem tud előle elmenekülni, hiszen tapasztalatai szerint a saját énje az. (Belsky, Cassidy, 1994.)

Csak a biztonságosan kötődő csecsemő anyja az, aki fokozottan figyel a gyerek sírására, és mosolyát is szinte azonnal észleli. Ezek az anyák a csecsemőjük megnyilvánulásaira adekvát választ adnak

Ezek a kötődési típusok még hat éves korban is kimutathatóak.(Main és Cassidy, 1988).

Egy tanulmány 68-75%-os konkordanciát mutatott ki a csecsemőkori és felnőttkori kötődési típusok közt. A biztonságosan kötődő felnőttek gyermekei nagyobb valószínűséggel lesznek maguk is biztonságosan kötődőek. (van Ijzendoorn, 1995.).

A felnőttkori kötődés-mintázatokkal kapcsolatos kutatások a szerelmi kapcsolatokat illetően is találtak különbséget a csoportok között. A biztonságosan kötődők a szerelmi kapcsolatukat boldogabbnak, megbízhatóbbnak ítélik, mint a többi csoporttagjai. Az elkerülők a többiekénél kevésbé fogadják el a partnerük hibáit. Az ambivalensen kötődők arról számolnak be, hogy a kapcsolatukban a vad fellángolások és a féltékenységi rohamok keverednek.(Hazan és Shaver, 1987) A vizsgálatok azt is kimutatták, hogy a kötődésmintázatok a munkához való hozzáállást és a stressz toleranciát is befolyásolják.

Mi okozhatja a kötődési minták különbségeit?

Ainsworth és Bell feltételezte, hogy az anyák csecsemőjükkel szembeni válaszkészségében mutatkozó különbségek okozzák a kötődési minták különbségeit. Azok az anyák, akik gyorsan reagáltak a csecsemőjük sírására és érzékenyek voltak szükségleteire, annak három hónapos korában, gyermekük tizenkét hónapos korában nagyobb valószínűséggel lett biztonságosan kötődő. Megbízhatóan sikerül kimutatni azt is, hogy goromba, vagy elhanyagoló anyák gyerekei nagyobb valószínűséggel lesznek bizonytalan kötődésűek. Olyan családokat vizsgálva, ahol nincs komoly probléma, akkor az eredmények már nem ennyire egyértelműek. Egyes adatok szerint az anyai válaszkészségre kapott magas értékelés előre jelzi a gyermek biztonságos kötődést. (Grossmann, 1985).

Az anyai válaszkészség vizsgálatához az anya gyermekéhez való ragaszkodását, tehát a **bonding**-ot kell vizsgálni.

Újabb eredmények szerint az anyai válaszkészségnek egyaránt lehet pozitív és negatív hatása, attól függően, hogy milyen formát ölt és hogyan hat az anya és a csecsemő közti összhangra.(Isabella és Belsky, 1991). Ha a válaszkész anya egyben tolakodó is és túlingerlik a csecsemőt, akkor a gyerek valószínűleg bizonytalanul fog kötődni. Úgy tűnik, hogy az anya és a gyerek közötti összhang a legfontosabb.

Campos és mtsai (idézi: Tényi, 2000.) kimutatták, hogy az összhang együttes teljesítmény eredménye, tehát az anyának is fogékony csecsemőre van szüksége ahhoz, hogy gondozói feladatának tökéletesen megfelelhessen. Lényeges kiemelni, hogy egy-egy anyára másként és másként reagálnak különböző csecsemők és egy-egy csecsemő más-más viszonyulást vált ki

az anyából. A csecsemő és az anya konstitucionális sajátosságai és az interperszonális kapcsolat erőterében elvárások formálódnak, amelyek a jövőre irányulva befolyásolják a kapcsolatot. (Bell, 1977.).

Tehát a kötődési mintázat kialakulást befolyásolja (kölsönösen alakítja) az anyai szenzitivitás és a gyermek temperamentuma.

Anyai szenzitivitás hipotézisnek hívják azt a feltételezést, hogy az első hónapokban az anyai viselkedés válaszkészségében megmutatkozó egyéni különbségek, oki tényezőjeként szolgálnak a gyermeki kötődés biztonságának kialakulásában, de az anyai szenzitivitás, nem tekinthető önmagában elégséges magyarázatnak a kötődési biztonság kialakulására vonatkozóan. Meg kell jegyezni, hogy minél veszélyeztetettebb populációt vizsgálunk annál fontosabb az anyai szenzitivitás hipotézise. A szülői stressz, illetve depresszió esetében jóval gyakoribb a bizonytalan kötődési konstelláció (Jarvis és Creasey, 1991, Carlson és mtsai. 1989).

A csecsemő a biztonság és a bizonytalanság szubjektív élménye keretén belül értékeli a környezeti jelzéseket. A cél a biztonság élményének a meg tapasztalása és ez az első és legfőbb célja az érzelmi élet szabályozásának. Senki sem születik azzal a képességgel, hogy a saját érzelmi reakcióit szabályozni tudja. A szabályzó rendszer akkor fejlődik ki, ha a csecsemő pillanatnyi állapotváltozásaira vonatkozó jelzéseit a gondozó érti, és úgy reagál rájuk, hogy közben a szabályzást is megvalósítja. Az érzelmi egyensúly fenntartása tehát a gondozó feladata. A csecsemő viselkedése az első életév végére célirányos és specifikus elvárásokon alapul. A gondozóval való korábbi tapasztalatok reprezentációs rendszerekbe sűrűsödnek (ezek a Bowlby féle belső munkamodellek) (Fónagy, 1999.).

A biztonságosan kötődő felnőttek érzékenyebbek babáik szükségleteire és ezzel megerősítik a csecsemőjükben azt az elvárást, hogy a deregulációs állapotai gyorsan és hatékonyan helyreállíthatóak legyenek.

A kötődés meghatározója a *mentalizáció*. Az emberek megpróbálják egymás gondolatait, érzéseit megérteni, hogy ezzel egyfelől értelmet adjanak a másik cselekvéseinek, másfelől, hogy anticipálják azt. Ezt nevezi *Dennett* intencionális hozzáállásnak.

A biztonságos kötődés előrejelzésére a reflektivitásra kapott magas érték tűnik a legbiztosabbnak. Ellenben nem csak a magas reflektív képességgel rendelkező szülők támogatják a gyereknél a biztonságos kötődés kialakulását, hanem a biztonságos kötődés is

elősegíti a reflektív képesség létrejöttét. (Fónagy, és mtsai, 1999.). Tehát minél reflektívebb a szülő, annál nagyobb a biztonságos kötődés kialakulásának valószínűsége, ez pedig serkenti a mentalizáció fejlődését. A biztonságos kötődés ezen kívül facilitálja még a reflektív funkciót is. Ez egy interszubjektív folyamat, mivel a mentalizáció elsajátítása az anya és a csecsemő közötti interszubjektív folyamat része (Fónagy, 1994.).

3. 17. 3. A kötődési reprezentációk stabilitása

A Felnőtt Kötődési Interjú (George és mtsai., 1985) szolgáltatja azt az eszközt, mellyel a kötődési mintázatok folytonossága a felnőttkorban is vizsgálható.

Felnőtt Kötődési Interjú (FKI) (Main és mtsai.)

A belső munkamodell alapján feltételezhető, hogy a kapcsolatoknak megvan a *mentális reprezentációja* ami meghatározza az elvárásokat a későbbi kapcsolatokról. A felnőtt Kötődési Interjú során ezt vizsgálhatóvá válik.

A fókuszban a kérdezetteknek a szülőkkel való korai kapcsolata, illetve ennek a hatásai állnak. Strukturált interjú, 18 kérdést tartalmaz. Meg kell próbálni megmagyarázni a szülők viselkedését, leírni a jelenlegi kapcsolatot a szülőkkel, és azt a hatást, amelyet a gyerekkori tapasztalataik gyakoroltak a fejlődésükre. Az interjú nem annyira a felnőttek aktuális tapasztalataira, inkább a korai tapasztalatok jelentésének rekonstrukciójára irányult. Az értékelés teljesen nyelvi alapú, fontos a történet koherenciája (amit elmond, igaz legyen, legyen világos és tömör, a válaszok kapcsolódjanak a kérdéshez, a beszéd legyen világos és rendezett). A válaszok alapján a vizsgálati személyeket kategóriákba rendezték (a csecsemőkorai kategóriáknak megfeleltethető):

- **biztonságos-autonóm**: a személy a kötődési kapcsolatokat értékeli, és úgy gondolja, ezek hatással vannak a fejlődésére. A FKI során magabiztosnak és objektívnek látszik, nem védekezik. Akár emocionálisan támogató kapcsolatokról számol be, akár bebizonyítja, hogy ezek hiányával megbírkózott, ez a kapcsolatok kiegyensúlyozott megítélését teszi lehetővé számára (~ biztonságos kötődés).

- **Bizonytalan- diszmisszív**: negatív tapasztalatait, érzéseit tagadja, vagy elutasítja, hogy ezek hatással lennének fejlődésére. Kevésre emlékezik, a tapasztalatokhoz kötődő érzéseket nem képesek feleleveníteni. A szülőket gyakran idealizálják, de ezt nem tudják tényekkel alátámasztani. Erős, független embernek mutatják be a magukat, akiknek a kötődés nem sokat jelent (~ bizonytalan/elkerülő mintázat)

- **Bizonytalan-belebonyolódó:** folyamatosan belebonyolódnak, összezavarodottnak, inkohereusnak és nem látszanak objektívnek a kapcsolatok tekintetében. A jelen és múltbeli harag feloldatlan, a szülőkkkel való kapcsolatnak ez a fő organizáló témája (~bizonytalan/ellenálló)

- **Feldolgozatlan veszteséggel/traumával küzdő** (~dezorganizált)

Londoni vizsgálat: Összefüggés van az anya kötődésre vonatkozó tudatelmélete, és gyermeke idegen helyzetbeli besorolása között, akkor is, ha a FKI-t a gyermek születése előtt vették fel (75%-os egyezés!). Az összefüggést valószínűleg az anya által nyújtott gondozási minőség közvetíti, a biztonságos-autonóm anyák szenzitívebb gondozást nyújtanak gyermekeiknek.

Bowlby feltételezte, hogy az anyai viselkedés az anya reprezentációi által formálódik, és az anyai reprezentációk, pedig az anya saját kötődési tapasztalataiból származnak. A gyermeki kötődés minőségét, pedig erőteljesen befolyásolják az anyával vagy az elsődleges gondozóval kialakított tapasztalatai (Bowlby 1979). A szülői gondozás különbségeinek magyarázatát az anyai reprezentációk különbségei szolgáltatják. Tehát az anya saját kötődési reprezentációját „írja át” a következő generációra. A kötődési mintázatok átadásának és folyamatosságának transzgenerációs modellje is igazolhatóvá válik a korai reprezentációk által.

3. 18. Interszubjektivitás

“A dolgok és események szánt szándékkal történő megosztása”

(Trevarthen, 1980).

Az interszubjektivitás az, amit két személy megoszt egymással (emóciók, affektusok, szándék). Az interszubjektivitás folyamatában dől el, hogy mi az, ami megosztható és mi az, hogy mi lesz a sorsa azon élményeknek, amelyek kívül esnek a megoszthatóság határán. A megoszthatóság kérdése a gondozó affektív illeszkedési képességétől függ.

A hangolódás (affektív illeszkedés) során, ha az anya jól illeszkedő, megjelenik az adekvát érzelem-szabályozás, amely lassan internalizálódik és kialakul az önregulációs képesség.

Az interszubjektivitás fogalmának meghatározásában Stern jutott talán a legmesszebb, azáltal, hogy elkülönítette az inter-intencionalitást, az inter-attencionalitást és az inter-affektivitást,

illetve megkülönböztette az interszubjektivitást, mint kapacitást (alany), és mint a kötődés terét (alany közi), ami a self fejlődését a kötődés terébe ágyazza, mivel az anyával való összjátékra alapoz (Borstand, 1998.). Tárgyalja még az interszubjektivitást a fejlődés lélektan szemszögéből. A szubjektív self érzet, az ezzel járó interszubjektív kötődéssel-Stern szerint-a 7-9. hónapban jelenik meg. (Trevarthen veleszületettnak tartja.)

A szubjektív self érzet az anya affektív hangolódása során alakul ki. Ezen időszaktól kezdve válik lehetségessé a belső világ megosztása, tehát a pszichés intimitás. Ez interaffektív mozzanat, tükrözésnek és empátiás válaszolásnak is nevezik. Winnicott és Kohut is tárgyalta, de *Stern* volt az, aki a jelenség preverbális természetét hangsúlyozta. A megfigyelési adatok jól leírják a folyamat kereszmodális jellegét (Stern, 1985.)

Az affektív hangolódás előtt az anya általában utánozza, követi a csecsemő akcióit. A szubjektív self érzet megjelenésével az anya interakciós stratégiája is megváltozik, mert megjelenik az interszubjektív dimenzió. Az interszubjektív kapcsolat két szubjektív self-érzet kapcsolatát jelenti. *Hoffman* szerint ez lehet az empátia első lépcsőfoka. Ez egy non-verbális rezonancia a másik affektív állapotára, ami nélkül nem jöhet létre empátia, de az empátia ennél több, már kognitív lépcsőkből is áll. Az affektív hangolódás automatikus, nem tudatos, nem kognitív jellegű. Forma intenzitás, idő és alak mentén írható le. Az affektív illeszkedés 20-30 másodperc alatt zajlik, ez az az időtartam amit, egységeként az anya és a csecsemő megél. Depressziós, szkizofrén felnőttek és autisztikus gyerekek nem képesek az affektív illeszkedésre, ami a szubjektív self-érzet zavarára és az interszubjektivitás deficitjére utal.

Az illeszkedés a verbalitás megjelenése után is fennmarad. A beszélő a beszéd ritmusát és a szüneteket illeszti a másik beszélő verbális és non-verbális megnyilvánulásaihoz. *Stern* elkülöníti az elhangolódás jelenségét a célzatos valódi elhangolódástól. A célzatos elhangolódást akkor használjuk, ha befolyásolni akarjuk a másik aktivitását, vagy affektív állapotát, ekkor szándékoltan hangolódunk alá, vagy felé a másiknak. A valódi elhangolódás során az anya képtelen megtalálni magában azt az affektív regisztert, ahol a csecsemő van. Illetve nem képes intenzitásban, időben vagy alakképzésben az illeszkedést adekvátan megformálni.(Tényi, 2000).

A hiányos affektív összehangolás esetén a gyerek nem kap megerősítést a saját érzelmeiről, belső világáról. Az érzelmei nem hitelesítődnek, minek következtében saját logikával rendelkező fantáziavilágot épít.

A szelektív összehangolás esetében a szülők a gyereket a saját képükre formálják, csak

bizonyos élményekre hangolódnak rá. Stern ezt szociális selfnek nevezi.(Ezt hívja Winnicott hamis selfnek.).

Az elhangolás a gyermek által mutatott érzelmi kifejezésre való hibás válaszolás, ennek következményeként a gyerek elveszíti affektus-analizáló képességét. Ezt a jelenséget emocionális kirablásnak nevezzük.

A felhangolást a gyerek lerohanásnak, a belső világba való durva beavatkozásnak éli meg a gyerek.

Stern úgy gondolja, hogy a súlyos személyiségzavarok kialakulásának az oka az interszubjektívitás deficitjeiben keresendő.

Az együttléti sémák és azok felbukkanása tehát személyközi élményekhez kötődő szubjektív tapasztalatokat tartalmazó egységek.(Karterud és Monsen, 1999.).

Demos elkülöníti a pozitív és negatív affektusok anyai szabályozását. Az aggodalom és a düh a leggyakoribb negatív affektusok. Sok patológiás vonatkozású családban a félelem, az undor és az ijedtség a leggyakoribb negatív affektusok. A csecsemőnek még nincsenek meg a megfelelő eszközei arra, hogy megszüntesse ezeket a negatív affektusokat, ezért az anyára van szüksége, aki segít megoldani azokat. A negatív affektusok büntető karakterűek, beavatkozás nélkül fokozódnak, de egyben elkerülhetetlenek is, ezért traumatikus tapasztalati potenciált hordoznak. *Demos* szerint a negatív affektusok egy optimális tapasztalatára van szükség, ahhoz, hogy a csecsemő kifejlessze reguláló képességeit. Ez nem lehet túl intenzív, mert az a csecsemőt védekező manőverre készíteti. Az anya segíthet egyrészt abban, hogy a negatív affektust kiváltó esemény megszűnjön, másrészt abban, hogy a csecsemő alacsonyabb intenzitású negatív affektusokat el tudjon viselni (*Demos*, 1982.).

Az anya és a gyermeke közti összjátékban alapvetően fontos a szinkronicitás és a szenzitivitás, de a „definiáló hatalommal” az anya van felruházva. Az anya-gyerek kapcsolatnak természetes aszimmetriája van.

3. 18. 1 Az interszubjektivitás, mint a kötődés tere

Két fontos fejlődési tendencia dominanciája jellemző az első életév végére: egyfelől kötődési mintázatok alakulnak ki, amik fontos előrejelzői a szülők és a gyerekek közti későbbi kapcsolat minőségének, másfelől alanyköziségről van szó, arról, hogy hogyan éli meg a gyerek, hogy a másiknak is vannak élményei.

A gondozó szabályozza a csecsemő self élményeit, tehát az anya a selfet szabályzó másik a csecsemő számára. A kötődés is self-élmény (Stern, 1985.). A kapcsolat minősége meghatározza a személyiség fejlődést, az én és másik reprezentációkat, és itt gyökerezik az affektusok szabályozásának munkamódja is. Minden esemény, ami a kötődés érzését szabályozza (odabújás, kapaszkodás) kölcsönösen létrehozott élmény. Az együttesen átélt élmény epizódok specifikus epizóddá válnak az emlékezetben és az ismétlődésük által általánosított epizódok lesznek. (RIG=Reprezentációi azoknak az Interakcióknak, amelyek Generalizálódtak). A selfet szabályzó másikkal való együttlét élménye RIG-eket hoz létre. Amikor olyan RIG bukkan fel, ami az együttes élményt képviseli, akkor a csecsemő a felidézett társsal találkozik. A friss élmények megújítják a RIG-eket, viszont minnél régebbi az élmény annál kevésbé gyakorol rá módosító hatást egy-egy új specifikus élmény.

A RIG-ek és a munkamodellek között számos párhuzam vonható, de lényeges különbség, hogy a RIG olyan elemi építőköckének fogható fel, amelyekből munkamodellek alkothatóak.

Az anya a kapcsolatba a saját édesanyja munkamodelljét, illetve a férj munkamodelljét és még egyéb modelleket is bevisz.

Az anyai viselkedést leginkább az anya saját anyjával való reprezentációja határozza meg. Ez már a terhesség alatt formálódik és a második trimeszter idejére teljeseedik ki. Ezt nevezi Stern anyasági konstellációnak, mely szerint az anya a saját anyjával kialakított interakciós mintázatát formálja újra, ölti más alakba. (Tényi, 2000.).

Az anya védekezési módjai a saját szüleivel való kapcsolatból erednek. Gyakori, hogy a gyermekre való inadekvát hangolódás, vagy a hangolódás hiánya mögött az anya saját védekezése áll. A gyermek belső állapotainak fel nem ismerése sokszor az anya védekezése, hogy ne kelljen a saját hasonló belső állapotaival találkoznia. Ezen mechanizmusok az interakciók reprezentációján keresztül kapcsolódnak az érzelem-reguláció fejlődéséhez, tehát a self-fejlődéshez (Fónagy, 1993.).

3. 19. Depresszív élmények aktiválódása a terhesség alatt

A folyamat megértésében az empirikus csecsemő kutatás adataira, az attachment elméletekre és a modern pszichoanalízisre támaszkodhatunk.

Ezen elméleti keretek nagyszámú bizonyítékot szolgáltatnak arra, hogy az érzelmi-kognitív fejlődésében a korai anya-gyerek interakciós mintázatnak és az abban megjelenő sajátos komplementaritásnak meghatározó szerepe van.

Az élet első és legfontosabb kapcsolata az anya-gyerek kapcsolat. A csecsemő az együttlét sémáját tárolja, e séma az interszubjektivitás útján alakul ki és az élet folyamán bármikor aktiválódhat a kapcsolathoz kötődő fantázia vagy emlék hatására.

A transzgenerációs kötődéskutatások tanúsága szerint azon szülők gyermekeinél, akik saját korai kötődési élményükben traumát szenvedtek el és ezeket a traumatikus élményeket feldolgozatlanul őrzik, szignifikánsan nagyobb arányban alakul ki a bizonytalan kötődés.

Az antenatális depresszió során aktiválódó együttléti séma a depressziós élményhez kapcsolódik.

Következésképpen a depressziós anyával való együttléti séma aktiválódik a terhesség alatt, akkor ez a fajta együttléti minta determinálja a jövőbeni anyai viselkedést, ami zavart okoz az interszubjektivitásban.

Tehát, ha a várandósság második trimeszterében (az anyasági konstelláció időszakában) a kismama reprezentációiban az „együtt lenni az érzelmileg hideg anyával”, mint gyermekkorai anyjával jelenik meg, akkor ezen reprezentáció depresszív érzéseket okozva meghatározza a várandósság alatti érzelmi/hangulati állapotot és a jövőbeni anyai viselkedést.

Ezáltal a depresszió egy intergenerációs spirálon keresztül tovább adódik a következő generációnak, hiszen a csecsemő a depresszív anyával találkozik és ezt a reprezentációt tudja majd saját anyaságában újra formálni.

4. VIZSGÁLATOK

4. 1. Vizsgálati személyek

A terhesség második trimeszterében (tehát az anyasági konstellációnak megfelelő időszakban) történt a kérdőív felvétele, amelyben a kismamák saját édesanyjukkal kapcsolatos korai élményeinek emlékeit és az aktuális hangulatuk összefüggéseit vizsgáltam.

A vizsgálatban 115 várandós nő vett részt, a mintában részt vevők az általános betegforgalmi adatokat tükrözik.

A vizsgálatban résztvevő várandós nők ambulánsan érkeztek és az ultrahang vizsgálat helyén, az ultrahangvizsgálat előtt kapták kézhez az önkitöltő kérdőíveket. A kérdőív előtt szerepelt, hogy a kérdőívek kitöltése önként, hogy a vizsgálatban résztvevők anonimitása biztosított, illetve, hogy a kérdőívek adatait csak jelen kutatásban használjuk fel.

A vizsgálati személyek anamnézisében hangulatzavar nem szerepelt, illetve szomatikus szempontból problémamentes terhességről számoltak be.

Észak-Kelet Magyarország három megyeszékhelyének négy kórházában történt a felvétel. Hajdú-Bihar megyében a Kenézy Gyula kórház szülészeti osztályán, illetve a Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrumának szülészeti osztályán. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a megyei kórház szülészeti osztályán, illetve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a Jósa András kórház szülészeti osztályán.

4. 2. Vizsgálati módszerek

A kérdőív első részében az adatfelvétel és a pszichoszociális és szocioökonómiai stresszorok felmérése történt meg, egy általam készített, már korábbi vizsgálatban kipróbált kérdések formájában.

Az általános adatfelvétel során a vizsgálati személy életkora, iskolai végzettsége és a családi állapota szerepelt (A családi állapot esetén a házasságot és az élettársi kapcsolatot egyenrangúnak tekintettük), illetve, hogy hányadik terhessége és hogy a terhességének hányadik hónapjában jár (ezen információt hetekben kértük megadni).

A pszichoszociális stresszorok felmérése során a következő kérdésekre kerestük a válaszokat:

- tervezett volt-e a gyermek
- vannak-e a terhességgel kapcsolatos aggodalmai, és ha igen milyenek
- vannak-e a gyermek nevelésével kapcsolatos félelmei, ha igen milyenek
- tart-e attól, hogy a baba érkezése anyagi problémákat okoz a családnak
- van-e olyan érzése, hogy választania kellett a gyermek és a karrier között
- mennyire érzi megváltozottak a társas kapcsolatait (barátokkal, kollégákkal)
- van-e, illetve volt-e olyan terve, amelyről úgy érzi, hogy a baba jövedele miatt megvalósíthatatlanná vált
- megváltozottan érzi-e a nőiességét, ha igen miben és e változás pozitív vagy negatív számára.

4. 2. 1. Szülői Bánásmód Kérdőív

A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata a Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI).

A PBI pontos fordítása a Szülői Ragaszkodás vagy Szülői Kötődés Kérdőív lenne. Ez egy önértékelő kérdőív, amely a gyermekkori szülői (jelen vizsgálatban csak anyai) bánásmód percepcióját méri az anya-gyerek kapcsolat szempontjából fontosnak tartott szeretet-elutasítás, függetlenség bátorítása-korlátozása dimenziókban.

A szülői bánásmód kérdőívet és annak módszertani leírását *G. Parker* és munkatársai publikálták 1979.-ben. A kérdőívvel a már *Schaffer* által (idézi.: Tóth-Gervai, 1999.) korábban kimutatott két fő dimenzió az érzelem és a korlátozás mértékét kívánták mérni, de a korábbi módszerektől eltérően nem a szülőt, hanem a kapcsolat másik résztvevőjét kérdezték meg, illetve a kérdőív tételei attitűdök helyett a szülő konkrét viselkedésformáira kérdeztek rá (Tóth-Gervai, 1999.).

Az eredeti kérdőívben a megkérdezettek 25 állítást értékelték négyfokú skálán, aszerint, hogy mennyire tartották jellemzőnek anyjuk/apjuk viselkedésére életük első 16 évében. A főkomponens analízise két faktort adott: Szeretet, törődés vs. Elutasítás, illetve a Túlvédés vs. Önállóság/függetlenség bátorítása. (Parker, Tupling, Brown, 1979.).

Jelen vizsgálatban csak az anyai viselkedés szeretet, törődés vs. elutasítás dimenziójára kérdeztünk rá.

A magyar változat alapvizsgálatába 179 középiskolás és 132 egyetemi hallgató vett részt, így alakultak ki a magyar normatív adatok.

Jelen vizsgálatban várandós nőknek a saját anyjukra vonatkozó szeretet/törődés vs. elutasítás dimenzióra vonatkozó –magyar mintára érvényes- normatív adatait használtam, ehhez viszonyítottam a saját vizsgálati személyeim adatait.

Jelen vizsgálat szempontjából jelentős normatív adatok a H-PBI magyar változatával (Tóth, Gervai, 1999.).

	<u>Nő</u> (a kitöltő személy)	Átlag	Szórás
<u>Anyá</u> (akire vonatkoznak az állítások)	<u>Szeretet/törődés vs. elutasítás</u>	28,7	(6,6)

Számos klinikai vizsgálat kimutatta, hogy a különféle pszichopatológiákhoz a normatív PBI értékektől való eltérés társul és sok esetben okozati összefüggést feltételeznek a PBI segítségével megragadott szülői bánásmód és a későbbi patológia között. (Tóth, Gervai, 1999.).

Depressziós személyek esetében a legtöbb adat az alacsonyabb szeretet és magasabb túlvédés értékekre mutat.

Duggan eredményei szerint a H-PBI skálán elért pontszámot nem befolyásolja az aktuális depressziós tünetegyüttes (Duggan, 1995.).

Vizsgálatomban a normatív szeretet-törődés értékektől való, negatív, illetve pozitív irányú, eltérést vettem alapul, hiszen az anyasági konstelláció szempontjából ez a legkiemelkedőbb faktor.

4. 2. 2. Beck Depresszió Skála

Ez az elterjedten alkalmazott kérdőív a depressziót konkrét tünetekre bontja le és rákérdez azokra a tünetekre. Minél több tünetre ad pozitív választ a személy, annál súlyosabb a depressziója. Az egyes tételek négyféle megállapítást tartalmaznak 0-3 súlyossági fokozatban (Kopp-Fóris, 1993.).

Jelen vizsgálatban a 13 tételes rövidített változattal dolgoztunk. A rövidített kérdőív a depressziós tünetegyüttes következő összetevőit vizsgálja: szomorúság, reménytelenség, kudarc, elégedetlenség, értéktelenség, önbüntetés, szuicid gondolatok, érdektelenség, döntésképtelenség, énkép, munkaképtelenség, fáradtság, étvágytalanság.

A rövidített teszt mérési eredményei 0, 93 mértékben korreláltak az eredeti tesztel. (Beck és mtsai 1972.)

4. 3. Hipotézisek

1. Ha a várandós nő korai emocionális emlékeit felidézve, anyját elutasítónak éli meg, tehát kevés anyai szeretetről van emléke, akkor növekszik az antenatális depresszió valószínűsége. Következésképpen a H-PBI kérdőíven elért alacsony pontszám esetén emelkedett depresszió pontszámot várunk. Tehát a H-PBI-n elért pontszám fordított arányosságban lesz a BDI pontszámmal.
2. A nem tervezett gyermek vállalás növeli a depressziós tünetek kialakulásának valószínűségét a várandósság második trimeszterében.
3. A gyermekneveléstől való félelem rizikófaktor lehet a terhesség alatti depressziós tünetek kialakulásában.
4. Az anyagi problémák (várandós nők szubjektív megítélése szerinti) és a várandósság alatti depressziós tünetek együttjárást mutatnak.
5. A karrier problémák és a várandósság alatti depressziós tünetek együttjárást mutatnak.
6. A nőiesség megváltozásától való félelem növeli a terhesség alatt kialakuló depressziós tünetek kialakulásának a valószínűségét.
7. A társas kapcsolatok (a várandós nő szubjektív megítélése alapján) negatív irányú változása növeli a terhesség alatt kialakuló depressziós tünetek kialakulásának a valószínűségét.

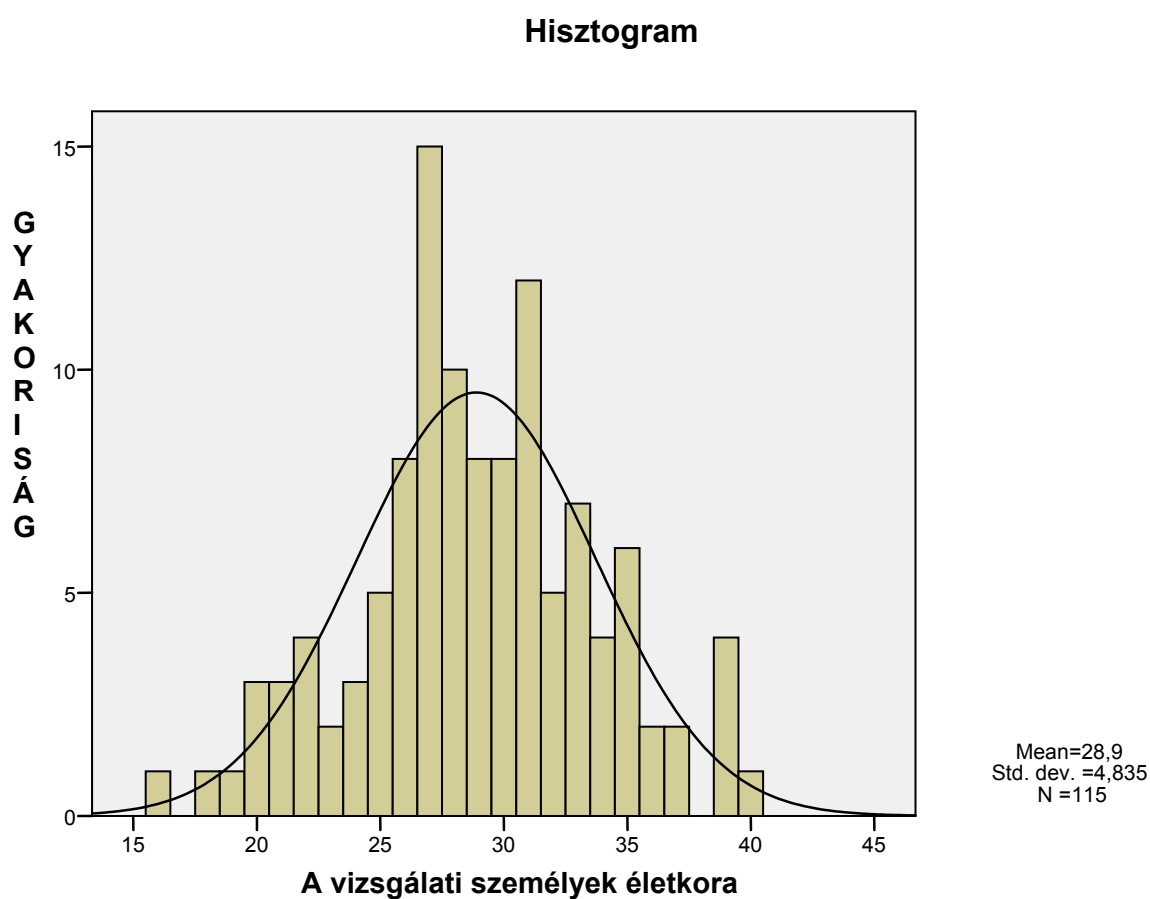
8. Ha az anyának volt olyan terve, amelyet a gyermek érkezése megvalósíthatatlanná tett, növekszik a terhesség alatt kialakuló depressziós tünetek kialakulásának a valószínűségét.

4. 4. Eredmények

A vizsgálati személyek életkori eloszlása

A vizsgálatban 115 várandós nő vett részt, akik terhességük második trimeszterében voltak. Átlagéletkoruk 28,9 év (szórás: 4,835 év) volt. A vizsgált személyek az adott időszak betegforgalmából kerültek ki.

Az alábbi táblázat grafikusán mutatja a vizsgálati személyek korának gyakoriság-eloszlását:

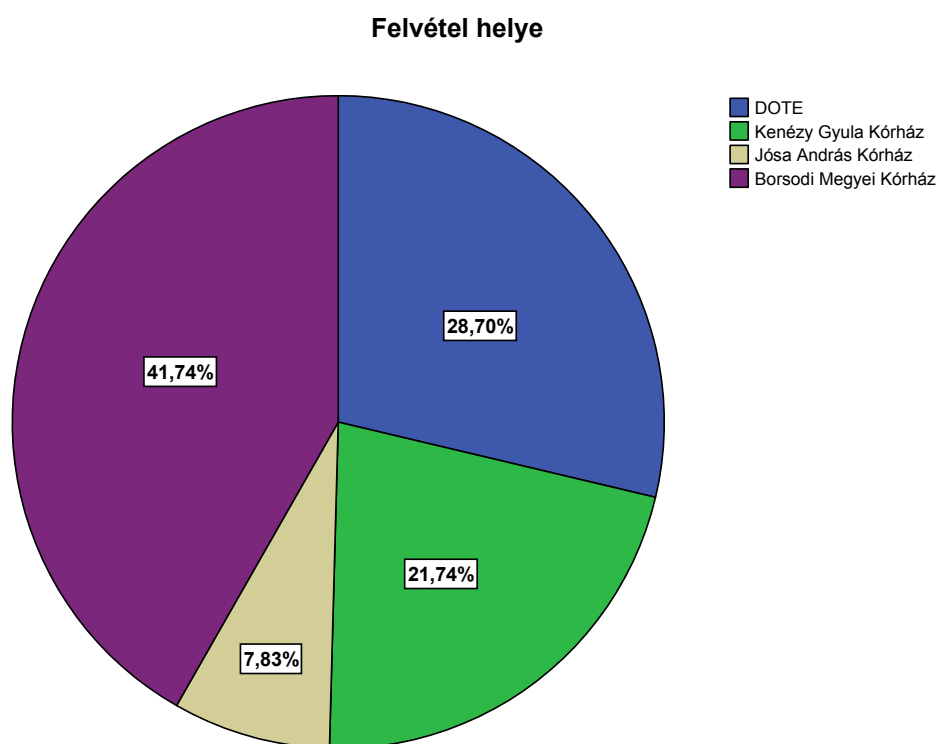


1. ábra

Vizsgálatok helye

A kérdőívek felvétele a következő helyeken történt: Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségügyi Centrumában, a debreceni Kenézy Gyula Kórházban, a nyíregyházi Jósa András Kórházban és a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórházban, Miskolcon történt.

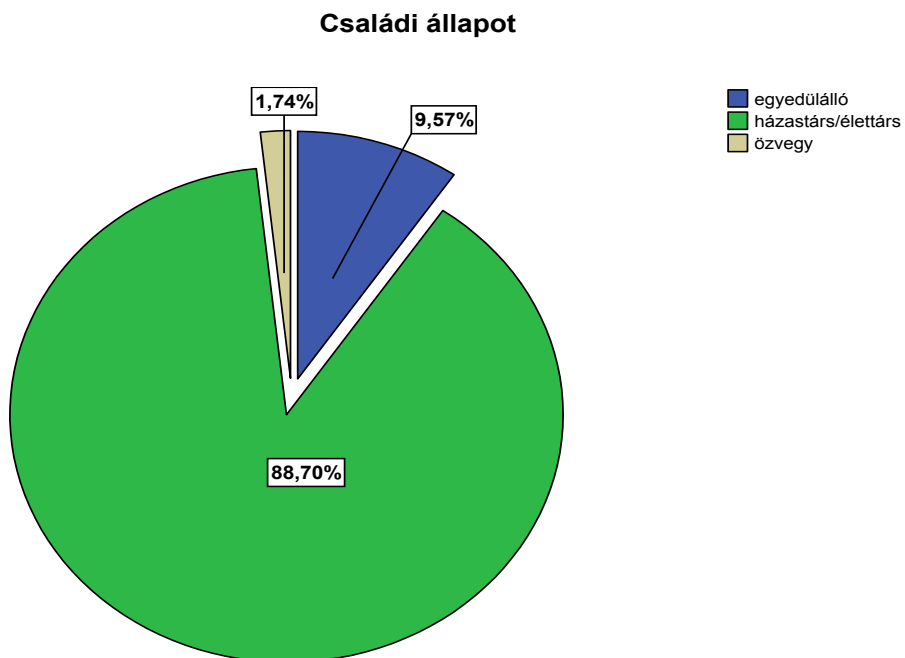
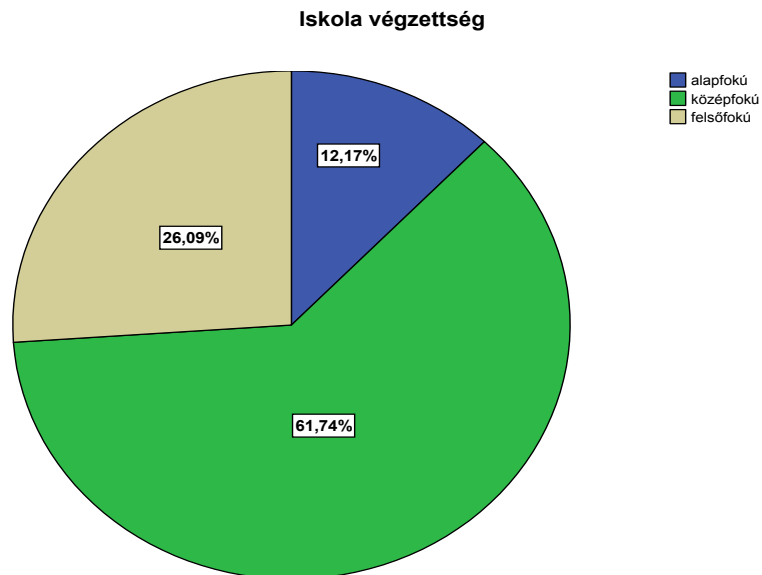
Ezek megoszlását az alábbi kördiagram mutatja:



2. ábra

Iskolai végzettség és családi állapot

A vizsgálatban résztvevő kismamák iskolai végzettségéről és családi állapotáról is alábbi kördiagramok szolgálnak információval.



3. és 4. ábrák

Látható, hogy a vizsgálati minta közel kétharmada (61,74%) középfokú végzettségű és túlnyomó többsége (88,7%) házastárssal vagy élettárssal él.

Terhességek száma és a terhesség hete

Főleg első, második, illetve harmadik terhességben lévő nők szerepelnek mintánkban. Csúpn egy jelentős eltéréssel: egy kismamának ez volt a 13 terhessége.

A mintában szereplők 12-23 hetes várandósak voltak, azaz a kérdőív felvételekor a második trimeszterben jártak.

Terhesség száma

		Frequency	Valid percent
Valid	1	41	35,7
	2	39	33,9
	3	21	18,3
	4	9	7,8
	5	2	1,7
	6	1	,9
	7	1	,9
	13	1	,9
Total		115	100,0

1. táblázat

Terhesség hete

		Frequency	Valid percent
Valid	12	4	3,5
	13	7	6,1
	16	28	24,3
	17	1	,9
	18	8	7,0
	19	5	4,3
	20	52	45,2
	21	2	1,7
	22	5	4,3
	23	3	2,6
	Total	115	100,0

2. táblázat

Pszichoszociális és szocioeconómiai faktorok

A várandóssággal járó nehézségekkel való megküzdésről számos tétel szerepelt a kérdőívben. Az ezekre adott válaszok eloszlását az alábbi összefoglaló táblázat mutatja:

	igen	nem
Tervezett gyermekvállalás	86,1%	13,9%
Terhességtől való félelem	49,6%	50,4%
Gyermekeveléstől való félelem	15,8%	84,2%
Anyagi problémák	20,0%	80,0%
Karrier problémák	5,2%	94,8%
Terv, amit a baba megghiúsított	5,2%	94,8%

3. táblázat

Úgy tűnik, hogy a vizsgálati mintában nem volt jellemző a gyermek okozta anyagi vagy karrier probléma, illetve nem volt jelentős azok száma sem, akiknek fel kellett adniuk valamely tervüket a születendő baba miatt.

Ez természetesen összefügg azzal is, hogy a felmérésben szereplő kismamák 86,1%-ánál előre tervezett volt a gyermek jövedele. Illetve, hogy e problémák elsősorban az első trimeszterben foglalkoztatják a várandós nőket, hiszen ekkor a várandósság tényére fókuszál az anya, megváltozott szerepeire, élethelyzetére. Az anyagi problémákra reális megoldásokat keresnek. A karrier problémákat, pedig átgondolják, amikor kiderül a várandósság ténye.

Míg a gyermekeveléstől lényeges többségük nem félt, magáról a terhességről már jóval megosztottabb volt a vélemény. A megkérdezettek 49,6%-a mondta azt, hogy fél a terhességtől és alig több mint a fele (50,4%) volt azon a véleményen, hogy egyáltalán nem fél tőle.

Társas kapcsolatok

A társas kapcsolatok gyakran változnak meg a terhesség során, mivel a terhes nők egyre több időt töltenek más várandós kismamákkal (pl.: szülészeti várókban, kismamatornán, és internetes közösségekben, hiszen megszámlálhatatlan kismama fórum van a világhálón, amelyek egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek) és egyre kevesebbet munkatársaikkal és barátaikkal (illetve a velük való együttlét során egyre gyakrabban a gyermekvárás a téma).

Az alábbi táblázat a vizsgálatban résztvevők társas kapcsolatának megváltozását mutatja:

Megváltozott társas kapcsolatok

		Frequency	Valid percent
Valid	nem	100	87,0
	igen, pozitívan	12	10,4
	igen, negtívan	3	2,6
	Total	115	100,0

4. táblázat

Úgy tűnik a 115 személy közül 100 esetében nem változott meg társas kapcsolata és csak 15 esetében történt változás. Ebből a 15-ből 12 esetben még pozitív irányba és csak elenyésző számban (3 nő esetében, 2,6%) volt negatív változás.

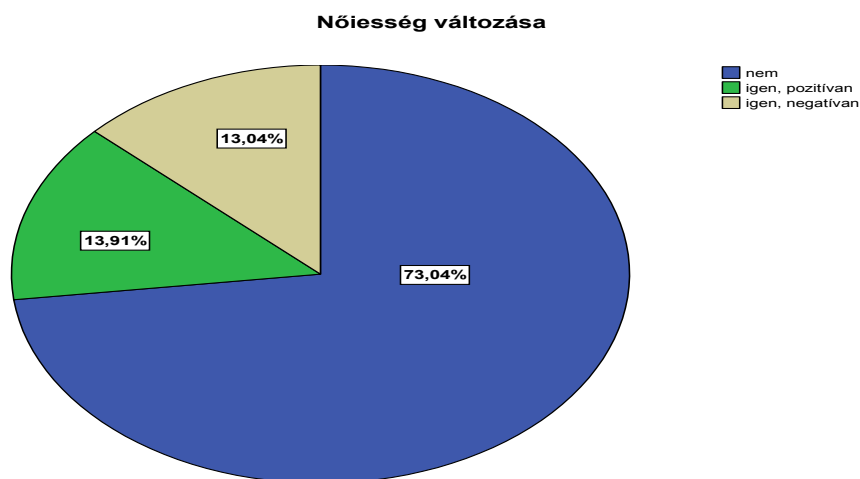
Változások a nőiség megélésében

Az általunk összeállított kérdések során, a nőiség változásának pszichés megélésére voltunk elsősorban kíváncsiak. Ellenben egyetlen esetben sem erre kaptunk választ. A várandós nők az alakjukkal kapcsolatos válaszokat írták ide, hiszen a terhesség előrehaladtával változik a várandós kismama teste, ezáltal szükségszerűen a testképe is változik. A nőiességgel kapcsolatosan a vizsgálati minta véleménye az alábbi táblázatban szerepel:

Nőiesség változása

		Frequency	Valid percent
Valid	nem	84	73,0
	igen, pozitívan	16	13,9
	igen, negatívan	15	13,0
	Total	115	100,0

5. táblázat

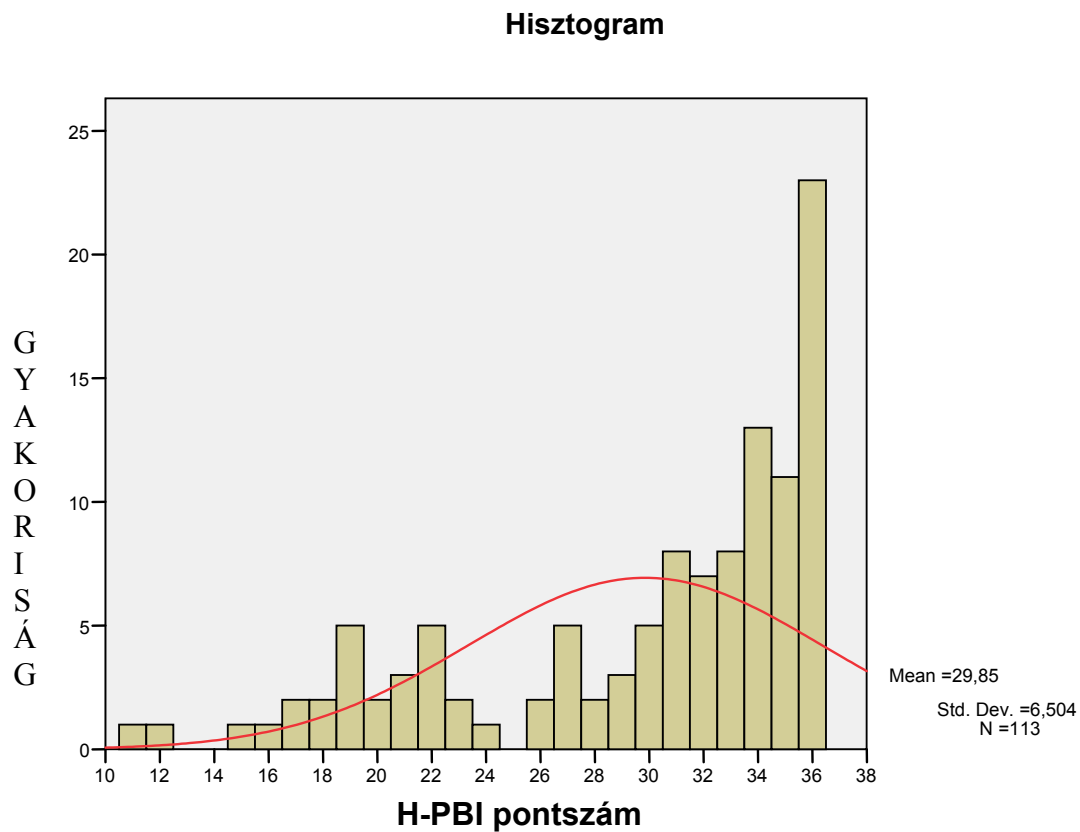


5. ábra

73%-uk semmilyen változást nem élt meg, míg 13,9%-uknál pozitív változás következett be nőiességükben. A negatív változás ebben az esetben is elhanyagolható, csupán 15 személy vélekedett úgy, hogy veszített nőiességéből.

H-PBI

A Szülői Bánásmód Kérdőív szeretet alskálájára (H-PBI) adott pontszámok gyakoriság-eloszlását az alábbi hisztogram mutatja

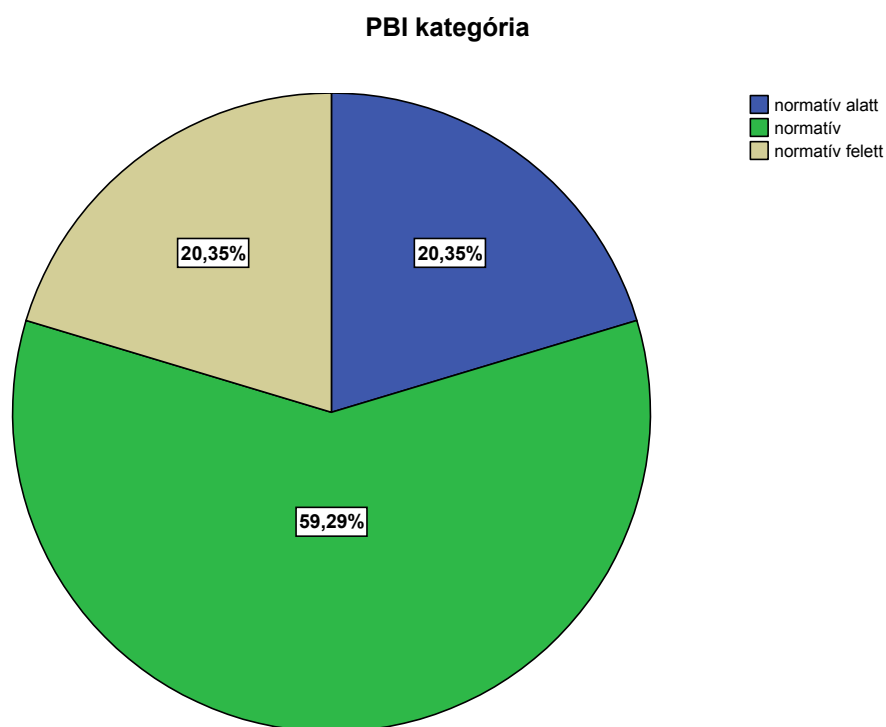


6. ábra

Jól látható, hogy viszonylag magas pontszámokat értek el ezen a kérdőíven a vizsgálatban résztvevő kismamák.

Az átlag pontszám 29,85 pont (szórás 6,50 pont) volt. 2 személy nem töltötte ki ezt a kérdőívet (ők jelezték, hogy árvák).

Ha a kérdőív eredményeit nem pontszámokban, hanem aszerint vesszük szemügyre, hogy az illető a normatív sávba, alá, vagy a normatív érték fölé esik, akkor az alábbi kördiagrammot kapjuk:

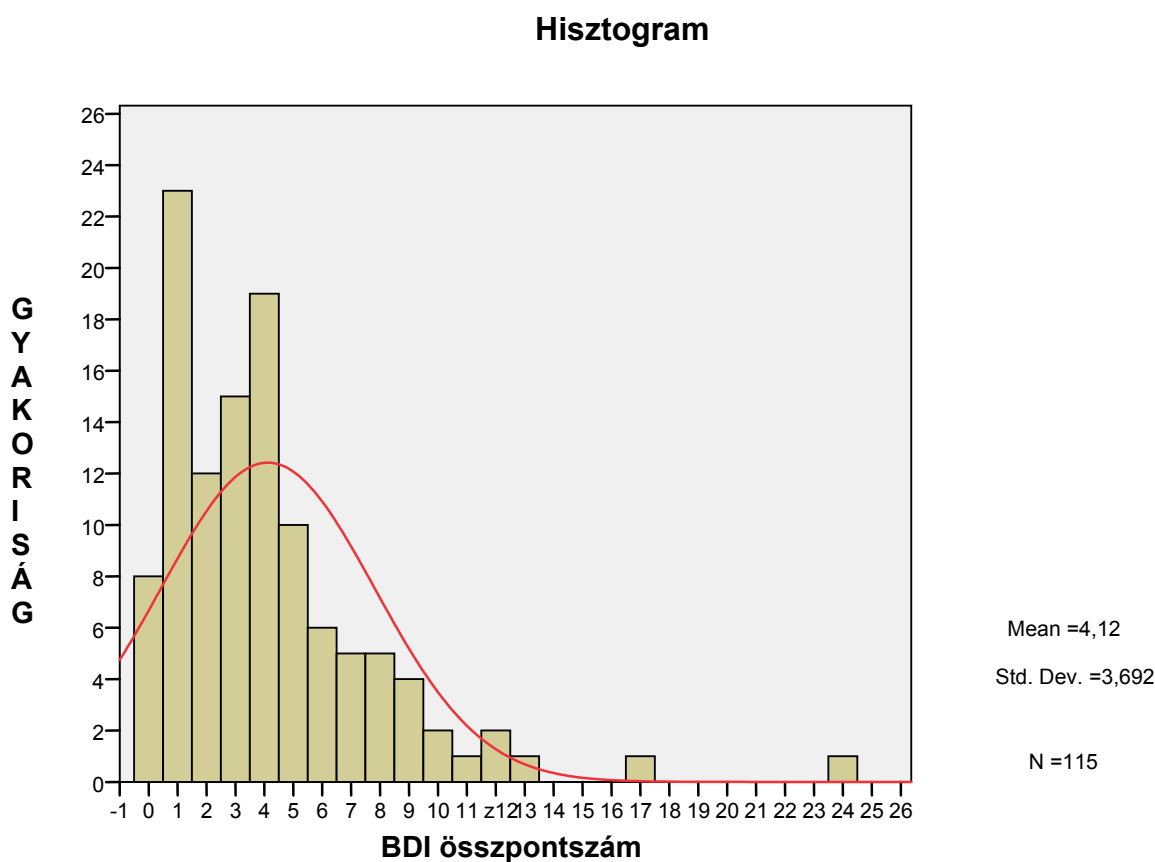


7. ábra.

Úgy tűnik a vizsgálatban szereplő kismamák több, mint a fele (59,29%) a normatív sávba esik és az alatt, illetve felett a kismamák pontosan ugyanannyi százalék a szerepel (20,35%).

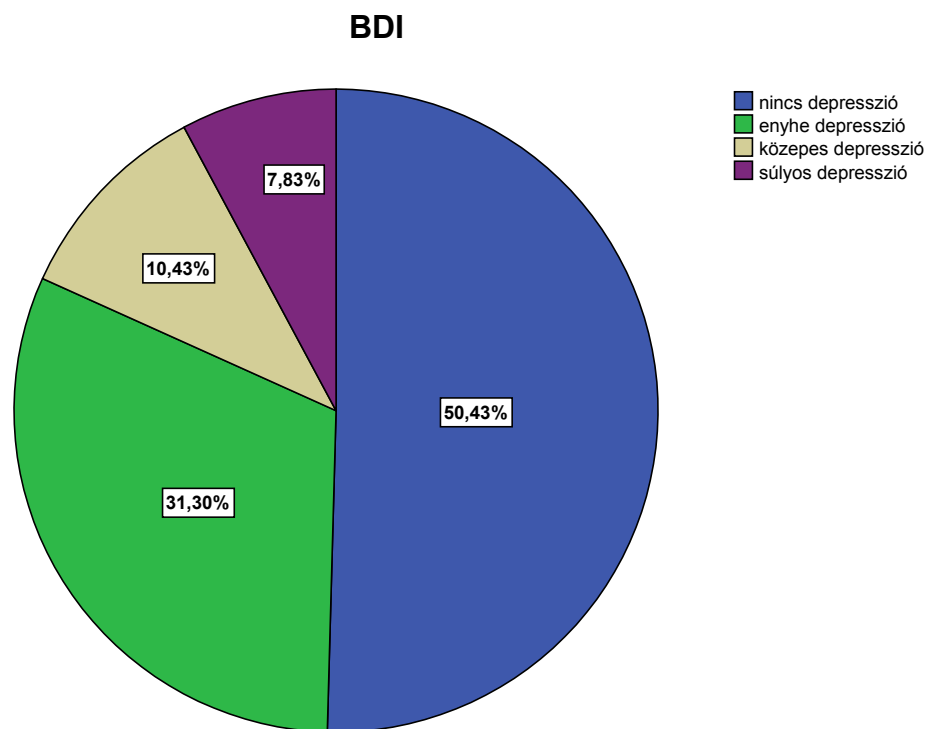
Beck Depresszió Kérdőív (BDI)

A H-PBI-hez hasonlóan itt is elsőként az összpontszámot vizsgáljuk meg. Az alábbi hisztogram az elért pontszámok gyakorisági-eloszlását mutatja



8. ábra

Látható, hogy a megkérdezettek nagy része alacsony pontszámot ért el a kérdőíven. Csupán kettő olyan személy van, akik magas pontszámot értek el: egyikük 17 pontot, míg másikuk 24 pontot a maximális pontszámból. Csakúgy, mint a H-PBI-nél, itt is végezhető egyfajta kategorizáció, amelyből kiderül, hogy a kérdőív alapján ki jellemezhető depressziós tünetekkel és ki nem, illetve ha depressziós tünetekkel rendelkeznek, akkor milyen mértékben. A kategorizálás után az alábbi kördiagram mutatja a vizsgálati minta megoszlását.



9. ábra

A vizsgálatban résztvevő kismamák 50,43%-ánál nem mutathatóak ki depressziós tünetek, míg 7,83%-nál (9 személynél) súlyos depressziós tünetek mutatkoztak.

Az átlagosan elért pontszám 4,12 pont volt, szórása pedig 3,692.

HIPOTÉZIS-VIZSGÁLATOK

H-PBI – BDI kapcsolata

Ha az összpontszámok alapján hasonlítjuk őket össze, azt az eredményt kapjuk, hogy a két kérdőív közötti kapcsolat közepes erősségű (korr.: -0,315).

Korreláció			BECK összpont
Spearman's rho	PBI pontszám	Correlation Coefficient	-,315
		Sig. (2-tailed)	,001
		N	113

6. táblázat

Az is leolvasható ebből az értékből, hogy a két teszteredmény fordított arányban viszonyul egymáshoz. Ezt a korreláció értékének negativitása mutatja.

Azaz: minél nagyobb pontszámot ér el valaki a H-PBI kérdőíven, annál alacsonyabb értéket ér el a Beck Depresszió Kérdőíven.

Hogy valamivel részletesebb eredményt kaphassunk, megvizsgáltuk az összpontszámok helyett a végeredményekből képzett kategóriák közötti kapcsolatot.

Mivel a depresszió-kérdőívnek elsőként 4-féle kategóriája határozható meg ezért erre, majd a 4 kategóriából képzett 2 kategóriára (depressziós tünetekkel jellemezhető-nem jellemezhető depressziós tünetekkel) is elvégeztem az elemzést.

Mivel ez utóbbi két esetben kategória szintű változókat hasonlítottunk össze, ezért itt a Chi-négyzet statisztikai eljárást használtam.

Ennek eredményét az alábbi táblázatok mutatják.

PBI kategória * Beck depresszió Keresztábra

			Beck depresszió				Total
			nincs depresszió	enyhe depresszió	közepes depresszió	súlyos depresszió	
PBI kategória	normatív alatt	Count	2	13	5	3	23
		Expected Count	11,6	7,1	2,4	1,8	23,0
		% within PBI kategória	8,7%	56,5%	21,7%	13,0%	100,0%
	normatív	Count	41	14	6	6	67
		Expected Count	33,8	20,8	7,1	5,3	67,0
		% within PBI kategória	61,2%	20,9%	9,0%	9,0%	100,0%
	normatív felett	Count	14	8	1	0	23
		Expected Count	11,6	7,1	2,4	1,8	23,0
		% within PBI kategória	60,9%	34,8%	4,3%	,0%	100,0%
Total	Count	57	35	12	9	113	
	Expected Count	57,0	35,0	12,0	9,0	113,0	
	% within PBI kategória	50,4%	31,0%	10,6%	8,0%	100,0%	

Chi-négyzet teszt

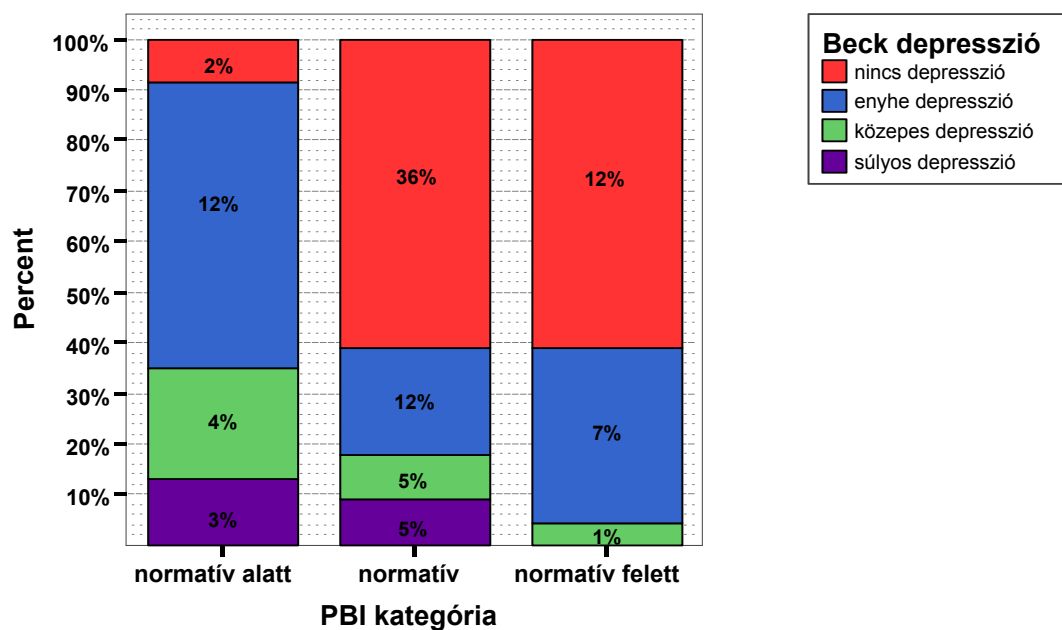
	value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,493 ^a	6	,001
Likelihood Ratio	28,246	6	,000
Linear-by-Linear Association	11,958	1	,001
N of Valid Cases	113		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,83.

7. táblázat

A korreláció során kapott kapcsolatot a Chi-négyzet próba is megerősíti. A keresztábrában késsel vannak jelölve azok a cellák, ahol az elvárthoz képest több személy szerepel. Ebből látható, hogy a normatív alatti kategóriába tartozó személyek inkább mutatnak depressziós tüneteket, míg a normatív és a normatív feletti kategóriába tartozók nagy része nem. Bár ez utóbbi két kategóriában is előfordulnak depressziósok, az ő számuk elhanyagolhatóan kicsi (5,3%, illetve 7,1%).

Az alábbi ábrák vizuálisan mutatják a fentebb leírt kapcsolatot.



10. ábra

A leginkább értelmezhető eredményeket a 2-kategóriájú BDI-pontszámok esetén kapjuk.

PBI kategória * BECK_új Keresztábra

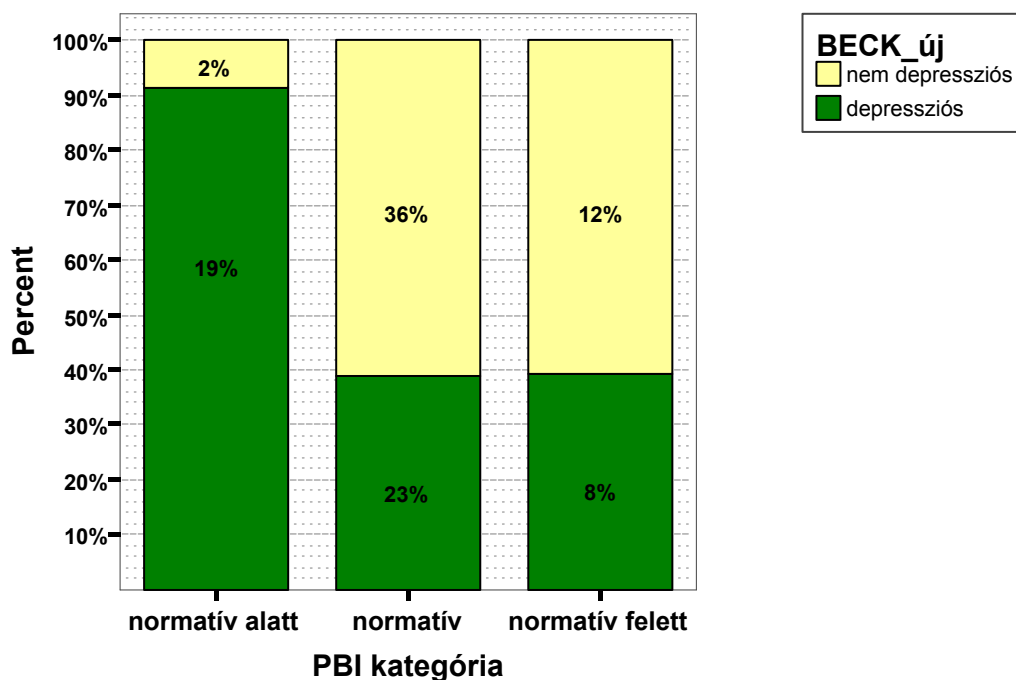
			BECK kategória		Totál
			nem depressziós	depressziós	
PBI kategória	normatív alatt	Count	2	21	23
		Expected Count	11,6	11,4	23,0
		% within PBI kategória	8,7%	91,3%	100,0%
	normatív	Count	41	26	67
		Expected Count	33,8	33,2	67,0
		% within PBI kategória	61,2%	38,8%	100,0%
	normatív felett	Count	14	9	23
		Expected Count	11,6	11,4	23,0
		% within PBI kategória	60,9%	39,1%	100,0%
Totál	Count		57	56	113
	Expected Count		57,0	56,0	113,0
	% within PBI kategória		50,4%	49,6%	100,0%

Chi-négyzet teszt

	érték	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,134^a	2	,000
Likelihood Ratio	22,768	2	,000
Linear-by-Linear Association	12,412	1	,000
N of Valid Cases	113		

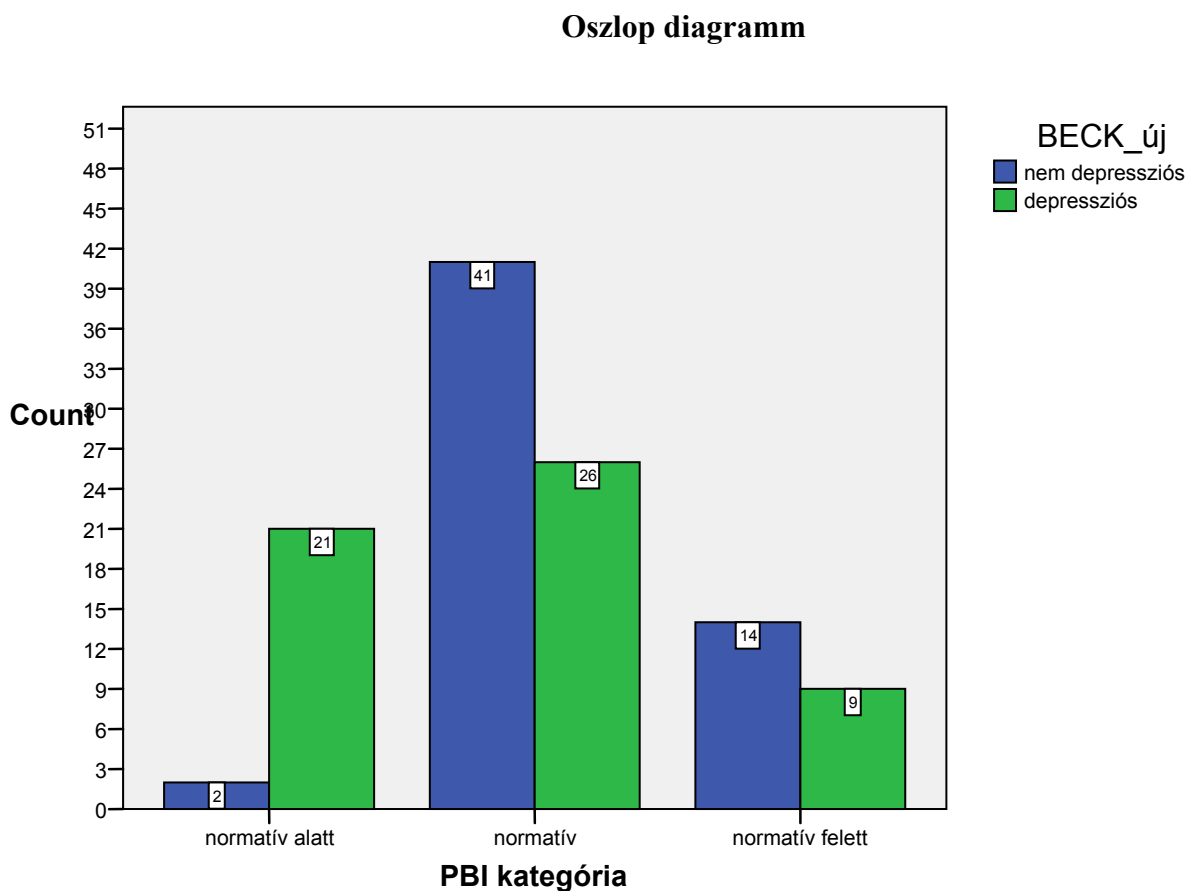
a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,40.

7. táblázat



11. ábra

Az itt szereplő eredmények egyértelműbben értelmezhetőek. A normatív alatti kategóriába tartozó személyek 91,3%-a depressziós tünetekkel jellemezhető. Az utóbbi ábrából jól látható az is, hogy ha normatív és normatív feletti kategóriába tartozók számát egyenként 100%-nak vesszük, akkor körülbelül ugyanolyan mértékben fordulnak elő közöttük depressziós tünetekről beszámolók (kb. 39% körül). Az előbbi elemzésből azonban tudható, hogy míg a normatív sávba esőknél súlyos depressziós tünetekről van szó, addig a normatív feletti kategóriába tartozóknál csupán enyhe depressziós tünetekről.



12. ábra

A fent ismertetett statisztikai adatokat összefoglalva azt lehet elmondani, hogy az antenatális depresszió kialakulásában szerepet játszik a saját anyával kapcsolatos korai együttléti élmények emléke, de ez a kapcsolat a fenti eredmények fényében gyenge. Ezért a változók közötti további differenciálás válik szükségessé.

Mivel a vizsgálat célja a depressziós tünetek kialakulási tényezőinek vizsgálata, ezért első lépésben az elemzésből kizártam azokat a személyeket, akiknél a Beck Depresszió Kérdőív nem jelzett depressziós tüneteket.

Ez a BDI összpontszámból származtatott érték alapján történt. Összesen 57 ilyen vizsgálati személy volt, akik közül egynek nem volt H-PBI pontszáma. A továbbiakban –mivel új

kategorizációt alkalmaztam az eredményekre - újra kezdtem az ábrák és a táblázatok számozását.

A BDI pontszámok alapján depressziósnak sorolható személyek általános jellemzői:

Leíró statisztikák

	N	mean	Std. Dev.	Minimum	Maximum
	valid				
A vizsgálati személy életkora	57	28,72	5,035	19	39
Terhesség száma	57	2,35	1,808	1	13
PBI pontszám	56	27,59	7,497	11	36
BECK összpontszám	57	6,70	3,640	4	24

1. Táblázat: Depressziós személyek általános jellemzői

Az Iskolai végzettség, a Családi állapot, a Tervezett gyermekvállalás, az Anyagi problémák, Karrier problémák, Megváltozott társas kapcsolatok és a PBI kategória nem folytonos változó, így ezekben az esetekben több információval szolgál a gyakoriságtáblázat (2. Táblázat).

Iskola végzettség

		Frequency	Valid Percent
Valid	alapfokú	5	8,8
	középfokú	37	64,9
	felsőfokú	15	26,3
	Total	57	100,0

Családi állapot

		Frequency	Valid Percent
Valid	egyedülálló	5	8,8
	házastárs/élettárs	51	89,5
	özvegy	1	1,8
	Total	57	100,0

Tervezett gyermekvállalás

		Frequency	Valid Percent
Valid	igen	44	77,2
	nem	13	22,8
	Total	57	100,0

Anyagi problémák

		Frequency	Valid Percent
Valid	igen	16	28,1
	nem	41	71,9
	Total	57	100,0

Karrier problémák

		Frequency	Valid Percent
Valid	igen	2	3,5
	nem	55	96,5
	Total	57	100,0

Megváltozott társas kapcsolatok

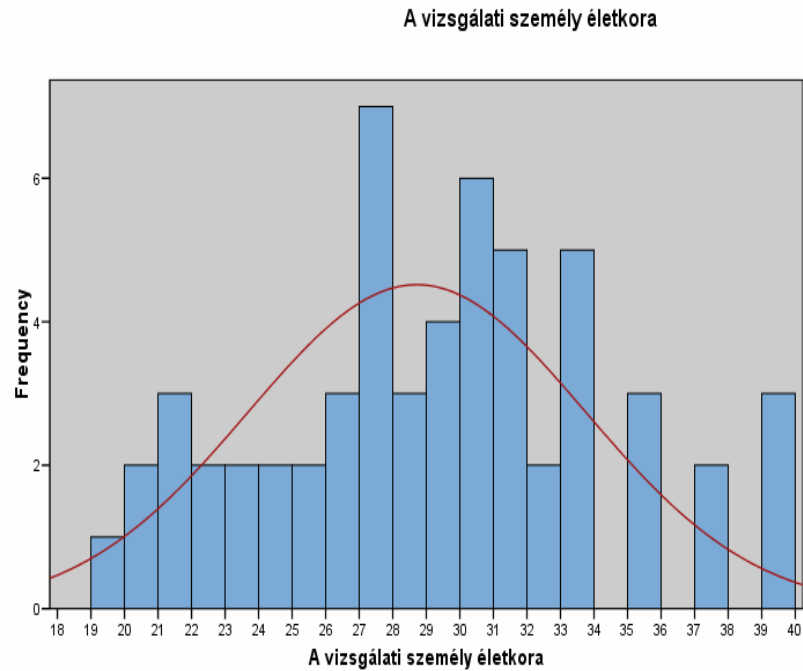
		Frequency	Valid Percent
Valid	nem	48	84,2
	igen, pozitívan	7	12,3
	igen, negtívan	2	3,5
	Total	57	100,0

PBI kategória

		Frequency	Valid Percent
Valid	normatív alatt	21	37,5
	normatív	26	46,4
	normatív felett	9	16,1
	Total	56	100,0

2. Táblázat: A kategorikus változók gyakorisági táblázatai

A BDI alapján depressziós tüneteket mutató személyek életkori megoszlását az alábbi ábra mutatja (1. ábra).



1. Ábra: A depressziósok életkori eloszlása

Amennyiben a további eredmények során mást nem említék, az elemzések a depressziós tüneteket mutató személyek adatain alapulnak. A folytonos változók esetében fontos azok normalitása.

A Kolmogorov-Smirnov próba alapján dől el, hogy az adott változón végzett statisztikai elemzés parametrikus, vagy csupán nem parametrikus eljárás lehet-e. A vizsgált folytonos változók normalitás-vizsgálatának eredményeit a 3. táblázat mutatja.

Egy-mintás Kolmogorov-Smirnov Teszt

	N	Normal Parameter ^{a,b}		Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation		
BECK összpontszám	57	6,70	3,640	1,729	,005
A vizsgálati személy életkora	57	28,72	5,035	,514	,954
Terhesség száma	57	2,35	1,808	1,839	,002
PBI pontszám	56	27,59	7,497	1,446	,030

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

3. Táblázat: Az elemzés folytonos változóinak normalitás-vizsgálatának eredményei

Az eredmények azt mutatják, hogy a depresszió kérdőíven (BDI), a H-PBI-n, valamint a terhesség számát illetően az adatok normál eloszlást mutatnak. A többi folytonos változó nem tekinthető normál eloszlásúnak, ezért elemzésükhöz csak nem parametrikus eljárások használhatóak.

BDI kapcsolata a gyerekvállalás tényezőivel

Számos kutatás mutatott kapcsolatot a gyermekvállalás körülményei és a depresszió között. Jelen vizsgálatban 11 ilyen változót vizsgáltunk:

1. Iskolai végzettség,
2. Családi állapot,
3. Tervezett volt-e a gyerekvállalás,
4. Terhességtől való előzetes félelem,
5. Gyermekekneveléstől való előzetes félelem,
6. Anyagi problémáktól való előzetes félelem, amit a gyermekvállalás okozna,
7. Karrier problémáktól való előzetes félelem, amit a gyermekvállalás okozna,
8. Társas kapcsolatok megváltozása, a gyermekvállalás által,

9. Terv megghiúsulása a gyermekvállalás miatt,
10. Nőiesség megváltozása a terhesség miatt,
11. Életkor

A fentebbi változók és a depresszió kapcsolatának vizsgálatához Chi-négyzet próbát használtam, a kapcsolat erősségére, pedig Cramer-féle V együttthatót. Az egyik változó másik változóra vonatkozó bejósolhatóságát a Goodman-Kruskal féle tau mutatja. A próbák futtatása esetén az összes vizsgálati személyt felhasználtuk, illetve azt az információt, hogy az adott illető BDI-pontszáma alapján depressziós tünetekkel jellemezhető-e, vagy sem.

Elsőként a gyermekvállalás tervezésének hatását vizsgáltam a depressziós tünetek kialakulására. Az 4. táblázat mutatja a próba eredményeit.

			Tervezett gyermekvállalás		Total
			igen	nem	
BECK_kategória	nem depressziós	Count	55	3	58
		Expected Count	49,9	8,1	58,0
		% within Tervezett gyermekvállalás	55,6%	18,8%	50,4%
	depressziós	Count	44	13	57
		Expected Count	49,1	7,9	57,0
		% within Tervezett gyermekvállalás	44,4%	81,3%	49,6%
	Total	Count	99	16	115
		Expected Count	99,0	16,0	115,0
		% within Tervezett gyermekvállalás	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-négyzet Teszt

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,464 ^a	1	,006
N of Valid Cases	115		

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,93.

Táblázat: Tervezett gyermekvállalás és depresszió kapcsolata

A Cramer V alapján azt mondhatjuk, hogy a két vizsgált változó között biztos, de gyenge kapcsolat van. A Goodman-Kruskal tau is azt mutatja, hogy a Tervezett gyermekvállalás közepes erősséggel jósolja be a depressziós tünetek létét.

A tervezés aképpen hat a későbbi depresszió kialakulására, hogy azoknál a kismamáknál, akik tervezték a gyermekvállalást, kisebb valószínűséggel jelent meg a depresszió, mint azoknál, akik nem tervezték.

Másik befolyásoló tényező a gyermekneveléstől való félelem. Az alábbi táblázatok (5. Táblázat) eredményei alapján azt lehet mondani, hogy a gyermekneveléstől való félelem rizikófaktor a terhesség alatti depressziós tünetek kialakulásában.

Kereszt-tábla

		Gyermekeveléstől való félelem		Total	
		igen	nem		
BECK_kategóriánem	Count	5	53	58	
	depressziós	Expected Count	9,2	48,8	58,0
		% within Gyermekeveléstől való félelem	27,8%	55,2%	50,9%
	depressziós	Count	13	43	56
		Expected Count	8,8	47,2	56,0
		% within Gyermekeveléstől való félelem	72,2%	44,8%	49,1%
Total	Count	18	96	114	
	Expected Count	18,0	96,0	114,0	
	% within Gyermekeveléstől való félelem	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-négyzet Teszt

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,564 ^b	1	,033
N of Valid Cases	114		

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,84.

4. Táblázat: Gyermekeveléstől való félelem és depresszió kapcsolata

A Cramer V az előbbi elemzés értékéhez képest is kisebb értéket mutat. A 0,2 érték pontosan egy határérték. Az ettől kisebb pontszám azt jelenti, hogy a kapcsolat gyenge – szinte elhanyagolható. Míg a 0,2 fölötti értékek a korábban már említett biztos, de gyenge

kapcsolatot jelöli. Noha a Goodman-Kruskal tau értéke eltér nullától – ami összefüggést jelez – a kapcsolatot kétkedéssel kell fogadni, hisz annak megléte vitatható.

A gyermekneveléstől való félelem mellett a gyermekvállalás által létrejövő anyagi problémáktól való előzetes félelem is befolyásolni látszik a depressziós tünetek kialakulását kismamáknál. A 6. táblázatban szereplő eredmények azt mutatják, hogy aki nem fél a gyermekvállalás során adódó anyagi problémáktól, annak kisebb valószínűséggel lesznek depressziós tünetei, mint az ettől aggódó szülőknek.

Kereszt tábla

		Anyagi problémák		Total
		igen	nem	
BECK_kategória nem depressziós	Count	7	51	58
	Expected Count	11,6	46,4	58,0
	% within Anyagi problémák	30,4%	55,4%	50,4%
	Count	16	41	57
	Expected Count	11,4	45,6	57,0
	% within Anyagi problémák	69,6%	44,6%	49,6%
Total	Count	23	92	115
	Expected Count	23,0	92,0	115,0
	% within Anyagi problémák	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-négyzet Teszt

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,600 ^a	1	,032
N of Valid Cases	115		

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,40.

5. Táblázat: Az anyagi problémáktól való félelem és a depresszió kapcsolata

A kapcsolat erőssége értelmezése során azonban ugyanabba a problémába ütközünk, mint a gyermekneveléstől való félelem esetén: a Cramer V értéke annyira alacsony, hogy kérdésessé teszi a kapcsolat meglétét.

Végezetül a Nőiesség megváltozásától való félelem az, ami valószínűsíti a terhesség alatti depressziós tünetek kialakulását. A nőiesség megváltozását illetően 3-féleképpen válaszolhattak a megkérdezettek: a terhesség nem befolyásolja a nőiességet; igen befolyásolja azt pozitívan és végül – igen befolyásolja azt, negatívan. A 7. Táblázatban láthatóak a számszerű eredmények.

Kereszt-tábla

		Nőiesség változása			Total
		nem	igen, pozitívan	igen, negatívan	
BECK_kategória nem depressziós	Count	46	11	1	58
	Expected Count	42,4	8,1	7,6	58,0
	% within Nőiesség változása	54,8%	68,8%	6,7%	50,4%
	Count	38	5	14	57
	Expected Count	41,6	7,9	7,4	57,0
	% within Nőiesség változása	45,2%	31,3%	93,3%	49,6%
Total	Count	84	16	15	115
	Expected Count	84,0	16,0	15,0	115,0
	% within Nőiesség változása	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-négyzet Teszt

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,27	2	,001
N of Valid Cases	115		

a.0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,43.

6. Táblázat: Nőiesség és depresszió kapcsolata

Azoknak az anyukáknak - akik szerint a terhesség negatívan hat a nőiességre – 93,3%-a depressziós tüneteket mutat. A nőiesség és terhesség kapcsolatára azt mondható, hogy akik szerint a terhesség nem, vagy pozitívan hat ki a nőiességre, kisebb valószínűséggel lesznek depressziósok, mint azok, akik úgy érzik, hogy terhességük miatt veszítenek nőiességükből.

A Cramer V értéke alapján ez egy biztos, ámde gyenge kapcsolat. A Goodman-Kruskal taura pedig két értéket is kapunk: az egyik arra vonatkozik, ha a depressziót akarjuk bejósolni, míg a másik arra, ha a nőiesség megváltozását. A két érték különbözősége mutatja azt, hogy nem szimmetrikus a kapcsolat. A nőiességről alkotott vélemény alapján jobban be tudjuk jósolni a depresszió mértékét (0,124), mint fordítva (0,046). Ez azt jelenti, hogy inkább a depresszió

függ a nőiesség vélt változásától, minthogy a nőiességről való vélekedést befolyásolná a depressziót. Ráadásul a 0,124 predikciós érték közepesen erősnek mondható.

BDI és H-PBI

Az alábbiakban a H-PBI és a BDI közötti kapcsolatot elemzem.

Mivel a H-PBI összpontszáma normál eloszlású, ezért használhatóak a paraméteres eljárások. A H-PBI pontszámok mellett használtam azok kategorizált értékét is: normatív érték alatti, normatív és normatív érték fölötti kategória.

Elsőként vizsgáljuk meg, hogy a BDI és a H-PBI összpontszámok között van-e kapcsolat. Elsőként Pearson-féle korrelációt (8. Táblázat) használtam a két folytonos változó vizsgálatához.

Keresztábra

		BECK összpont szám
PBI pontszám	Pearson Correlation	-,312
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	113

Korreláció

		BECK kategória	
		nem depresszió	depresszió
BECK összpontszám	PBI pontszám		
	Pearson Correlation	-,069	-,116
	Sig. (2-tailed)	,611	,395
	N	57	56

7. Táblázat: A BECK és a H-PBI korrelációs összefüggései

Úgy tűnik, hogy míg a teljes vizsgálati populáción a H-PBI fordított irányú, közepes erősségű összefüggést mutat a depresszió kérdőíven (BDI) elért eredménnyel, ha külön tekintjük a depressziósokat és a nem depressziósokat, ez a kapcsolat megszűnik.

Tehát a depressziósoknál nincs lineáris összefüggés a depresszió mértékéke és a szülői bánásmód aktuális emlékei között. Előfordulhat azonban, hogy a két változó között nem lineáris a kapcsolata. Ennek vizsgálatához regresszió-analízis szükséges.

Az eredmények alapján az értékek harmadfokú görbére illeszkednek legjobban, bár ez nem igazán jobb a lineáris közelítésnél (9. Táblázat, 2. Ábra).

Modell összefoglaló és parameter becslések

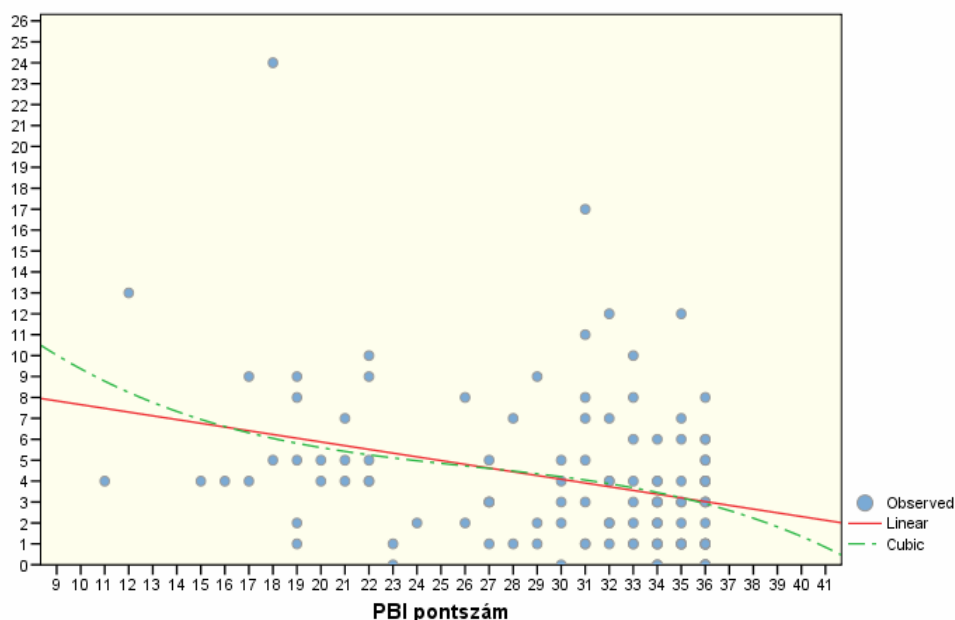
Dependent Variable: BECK összpontszám

Equation	Model Summary					Parameter Estimates			
	R Square	F	df1	df2	Sig.	Constant	b1	b2	b3
Linear	,097	11,959	1	111	,001	9,438	-,178		
Logarithmic	,097	11,974	1	111	,001	19,088	-4,448		
Inverse	,092	11,259	1	111	,001	,592	98,226		
Quadratic	,098	5,948	2	110	,004	10,566	-,270	,002	
Cubic	,100	4,050	3	109	,009	19,348	-1,436	,050	-,001

The independent variable is PBI pontszám.

8. Táblázat: A BDI pontszámok és a H-PBI pontszámok nemlineáris kapcsolata

BECK összpontszám



2. Ábra: A PBI és a BDI kapcsolatának nemlineáris megközelítése

A modell illeszkedéséről az R-négyzet informál, ami a harmadfokú és a lineáris közelítés esetében is közel azonos (0,097, illetve 0,1). Ez azt jelenti, hogy a modell az adatok maximum 10%-ára illeszkedik. Tehát megállapíthatjuk, hogy a Szülő Bánásmód Kérdőív szeretet alskálájának eredményei és a Beck Depresszió Kérdőív eredményei lineáris kapcsolatban vannak egymással.

Az ehhez tartozó regressziós egyenes:

$$BECK\text{-}pontszám = -0,178 \times PBI\text{-}pontszám + 9438$$

Ezek után a H-PBI kategóriák és a depresszió megléte közötti összefüggést vizsgáltam Chi-négyzet segítségével (10. Táblázat).

Kereszt tábla

			PBI kategória			Total
			normatív alatt	normatív	normatív felett	
BECK_kategória	nem depressziós	Count	2	41	14	57
		Expected Count	11,6	33,8	11,6	57,0
		% within PBI kategória	8,7%	61,2%	60,9%	50,4%
	depressziós	Count	21	26	9	56
		Expected Count	11,4	33,2	11,4	56,0
		% within PBI kategória	91,3%	38,8%	39,1%	49,6%
Total	Count	23	67	23	113	
	Expected Count	23,0	67,0	23,0	113,0	
	% within PBI kategória	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-négyzet Teszt

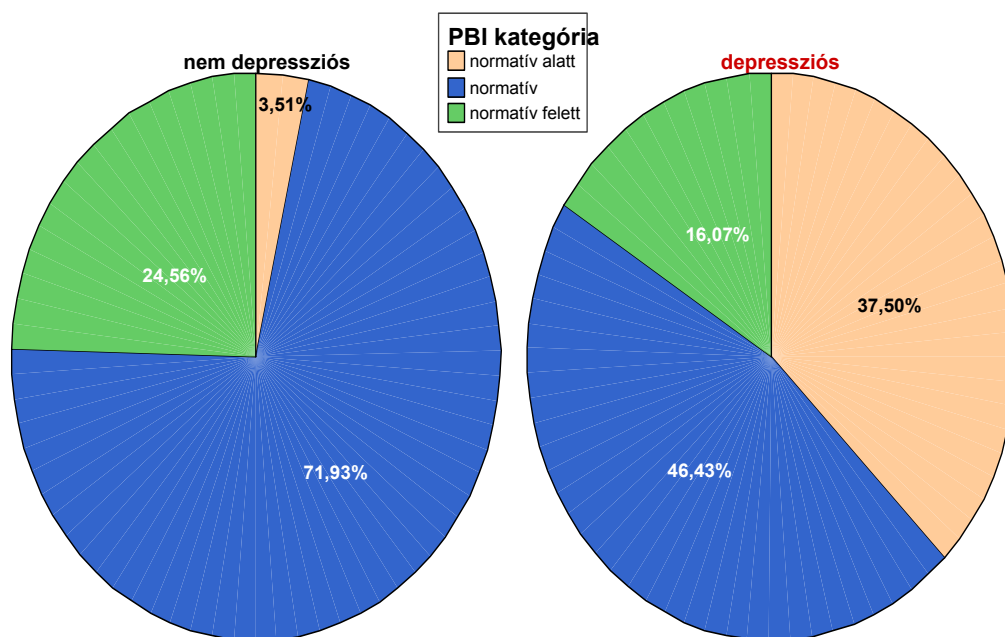
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,134 ^a	2	,000
N of Valid Cases	113		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,4 .

9. Táblázat: A PBI kategóriák és a depresszió megléte közötti összefüggés

Az eredmények alapján van összefüggés a depresszió megléte és a H-PBI kategóriák között. Jelleget tekintve az összefüggés az, hogy a normatív kategória alatti személyek hajlamosabbak a depressziós tünetek kialakulására, mint a normatív, vagy az a feletti kategóriába tartozók. A Cramer V alapján ez egy közepesen erős kapcsolat. A Goodman-Kruskal tau alapján, pedig azt mondhatjuk, hogy a depressziós tünetek inkább bejósolhatóak a PBI-ből, mint fordítva.

Összefoglalva, megállapíthatjuk, hogy azok a személyek, akik normatív alatti H-PBI-vel rendelkeznek, nagy valószínűséggel (91,3%) mutatnak depressziós tüneteket terhességük alatt. Hogy jobban érzékelhető legyen a depressziósok és nem depressziósok korai anyai szeretetről való -aktuális- emlékei közötti különbség, kördiagramon ábrázolható a kapott értékek (3. Ábra).



3. Ábra: H-PBI kategóriák depresszió megléte függvényében

Az ábrán jól látható, hogy a depressziós tüneteket mutatók esetében a normatív kategória alattiak aránya majd tízszerese a nem depressziósokhoz képest. Ebből kifolyólag a normatív és a normatív feletti kategóriába tartozók aránya is jóval kevesebb depressziósoknál.

Mivel célunk a kismamák depressziója mögötti okok feltárása fontos megvizsgálnunk, hogy a depressziósok, a nem depressziósokhoz képest más pontszámot érnek-e el a Szülői Bánásmód Kérdőív szeretet alskáláján. A H-PBI normál eloszlása miatt a független mintás T-próbát használtam ennek vizsgálatára. Az eredmények a 11. Táblázatban láthatóak.

Csoport Statisztika

BECK kategória	N	Mean	Std. Deviation
PBI pontszám nem depressziós	57	32,07	4,391
depressziós	56	27,59	7,497

Független mintás t-próba

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	
PBI pontszám	Equal variances assumed	33,697	,000	3,885	111	,000	4,481
	Equal variances not assumed		3,868	88,450	,000	4,481	

10. Táblázat: H-PBI értékek a depressziós tünetek meglétének függvényében

Az elemzés alapján azt látjuk, hogy a depressziós tüneteket mutató kismamák szignifikánsan alacsonyabb értéket érnek el (4,481 ponttal) a H-PBI kérdőíven, azaz kevesebb pozitív emléküik van – aktuálisan - a saját anyjukkal való korai együttlét korszakából, mint a nem depressziósoknak.

Az antenatális depresszió létrejöttben szerepet játszó tényezők

Miután megvizsgáltuk az egyes mért változók hatását a depressziós tünetekre fontos, eredményeinket megkísérreljük egy egységes modellbe illeszteni.

A továbbiakban azokkal a változókkal való kapcsolatait fogom vizsgálni a depresszióra, amelyek korábban valamiféle összefüggést mutattak vele. Ilyen változó volt: a *Tervezett gyermekvállalás*, a *Gyermekneveléstől való félelem*, az *Anyagi problémák* és a *Nőiesség megváltozásától való félelem* a kategorikus változók közül. A folytonos változók közül a *H-PBI összpontszám*, valamint annak kategóriákba sorol formája (*PBI kategóriák*: normatív alatt, normatív, normatív felett). Ezek mindegyike valamilyen módon hat a terhesség során kialakuló depressziós tünetekre.

Hogy rálássunk e változók együttes hatására, azt kell megvizsgálni, hogy mennyiben járulnak hozzá a depressziós tünetek létrejöttéhez.

Ehhez logisztikus regresszió-analízisre van szükség. Azért van szükség erre a statisztikai eljárásra, mert a bejósolt változónk kétértékű, jelen esetben a BDI kategória; azaz hogy valaki depressziós lesz-e vagy sem. Lehetőség lenne a BDI összpontszámot is vizsgálni, amihez lineáris regresszió-analízist kellene használni. Mivel azonban nekünk kevesebbet mondana magának a pontszámnak a bejósoltatása ahhoz képest, hogyha a depressziós tünetek meglétének tényét jósoltatjuk be; ezért inkább a BDI kategóriára – mint függő változóra – fogom elvégezni a regresszió-analízist.

A másik fontos kérdés, hogy a Szülői Bánásmód Kérdőívnek a pontszámát, vagy a kategóriáit használjam-e fel a regresszió-analízisben. Ennek eldöntésére mind a két módon lefuttattam a regresszió-elemzést a jobban illeszkedő modellt keresve. A logisztikus regresszió-analízis lehetőségei közül én a valószínűségeken alapuló lépésenkénti formát választottam (Backward LH és Forward LH), hogy az elemzés végén csupán azok a változók maradjanak a regressziós egyenesben, amelyek valóban bejósolják a depresszió kialakulását. Azért van szükség a lépésenkénti regresszió-analízis mindkét formájának (felőre haladó és visszafelé haladó) lefuttatására, mert csak ezek eredményeként kapott modell egyezése jelenti azt, hogy valóban egy jó modellt találtunk. Annak eldöntésére, hogy a H-PBI összpontszám, vagy H-PBI

kategória használata jósolja-e be jobban a depresszió kialakulását, alább szerepel a két regresszió-analízis modellillesztésének táblázata (12. Táblázat)

Modell összefoglaló

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	105,837 ^a	,351	,468
2	105,839 ^a	,351	,468
3	105,860 ^a	,351	,468
4	106,000 ^a	,350	,467
5	107,031^a	,344	,459

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Modell összefoglaló

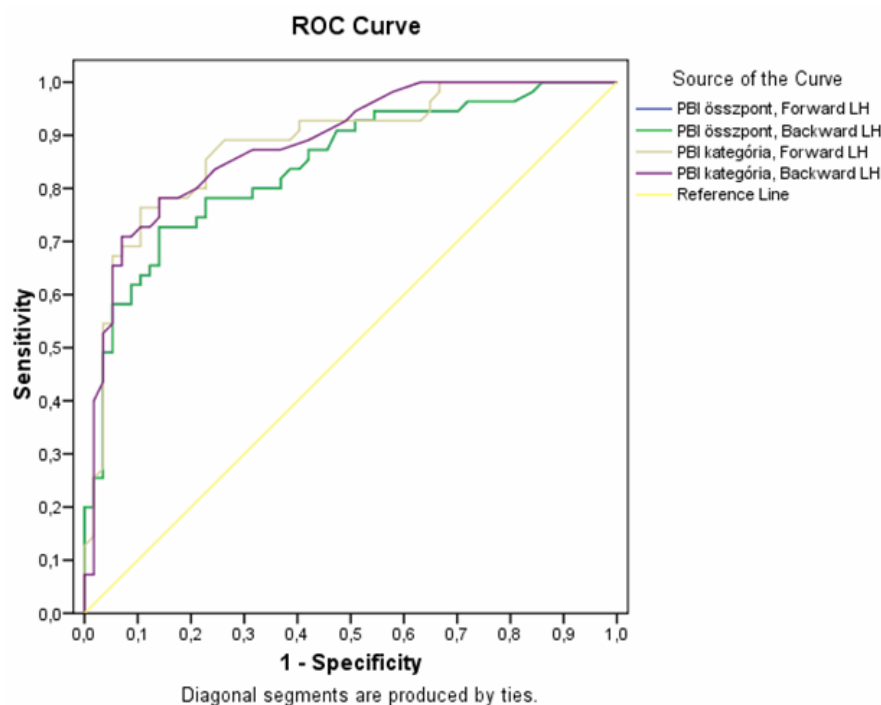
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	93,67 ^a	,418	,558
2	93,67 ^a	,418	,558
3	93,82 ^a	,417	,557
4	94,26 ^a	,415	,554
5	95,458^a	,409	,545

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

11. Táblázat: A lépésenkénti regresszió-analízis eredménye a H-PBI összpontszáma (bal) és H-PBI kategóriák (jobb) használata esetén

Az ábrákból az tűnik ki, hogy ha a H-PBI értékek kategorizálását használtam a lineáris regresszió-analízisben, akkor az adatok 54,5%-át tudta magyarázni a modell, míg ha a H-PBI összpontszámát, akkor csupán 45,9%-át. Ezek szerint a H-PBI kategorizálása segíti a depresszió kialakulásának előre jelzését.

Ezt alátámasztja a ROC görbe is. A logisztikus regresszió-analízis során el kellett a lépésenként regresszió-analízisnek mind az előre haladó, mind a visszafelé haladó formáját, hogy azok egyezősége alapján lehessen megtalálni a legjobb modellt. A H-PBI kategóriák használatánál azonban különféle megoldást kaptam, ezért mindegyik statisztikai próba során elmentettem a valószínűségi értékeket (Probabilities) és ezek alapján rajzoltam meg a ROC görbét (6. Ábra).



6. Ábra: A H-PBI összpontszám és a H-PBI kategóriák használatával kapott modellek összehasonlítása

Az ábrán jól látható, hogy a H-PBI kategóriát tartalmazó lépésenként visszafelé haladó modell a legpontosabb, mert a ROC görbén ez helyezkedik el legtávolabb a referencia-egyenestől és ennek legnagyobb a görbe alatti területe (13. Táblázat).

Görbe alatti terület

Test Result Variable(s)	Area	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
PBI összpont, Forward LH	,842	,000	,769	,915
PBI összpont, Backward LH	,842	,000	,769	,915
PBI kategória, Forward LH	,883	,000	,819	,946
PBI kategória, Backward LH	,885	,000	,824	,946

The test result variable(s): PBI összpont, Forward LH, PBI összpont, Backward LH, PBI kategória, Forward LH, PBI kategória, Backward LH has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5

12. Táblázat: Az egyes modellek hatékonysága a ROC görbe alapján

Végül elemezzük a kapott modellt. A 14. és 15. Táblázatban láthatóak a H-PBI kategóriát tartalmazó modellek, melyeket visszafelé haladó lépésenkénti lineáris regresszió-analízissel kaptam.

Klasszifikációs táblázat

Observed			Predicted		
			BECK kategória		Percentage Correct
			nem depressziós	depressziós	
Step 5	BECK kategória	nem depressziós	51	6	89,5
		depressziós	15	39	72,2
	Overall Percentage				81,1

a. The cut value is ,500

13. Táblázat: A regressziós modell bejósoló-képessége

Azt, hogy egy logisztikus modell mennyire érvényes az mutatja, hogy a modell alapján bejósolt kategóriába sorolás mennyire felel meg a valós állapotnak. Azt már láttuk, hogy ez a modell az adatok 54,5%-át tudja magyarázni, de vajon mennyire jól tudják bejósolni a független változók a depressziós tünetek megjelenését. A 14. táblázatban azt látjuk, hogy a valós és a bejósolt értékek mennyiben különböznek. Az 57 nem depressziós személyből a modell 51-et tud helyesen előre jósolni és 6-ot nem. Ez 89,5%-os pontosság. A vizsgálatban szereplő 54 depressziós tünetekkel jellemezhető kismamából a modell 39-et tud azonosítani, és 15-öt nem tud előre bejósolni. Ez 72,2%-os pontosság. Ezeket egybevetve a kapott modell 81,1%-os pontossággal tudja bejósolni a depressziós tünetek megjelenését a modellben szereplő független változók segítségével. Megjegyzésként hozzáteszem, hogy a modell pontosabban tudja azonosítani a nem depressziósokat, mint a depressziósokat.

Az egyenletben szereplő változók

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 5 ^a babaterv(1)	-1,795	,815	4,850	1	,028	,166
nőiesség_változás			13,656	2	,001	
nőiesség_változás(1)	-1,451	1,011	2,059	1	,151	,234
nőiesség_változás(2)	3,667	1,110	10,918	1	,001	39,138
				1		
PBI_kategória			14,913	2	,001	
PBI_kategória(1)	-1,952	,685	8,125	1	,004	,142
PBI_kategória(2)	1,701	,490	12,027	1	,001	5,479
Constant	6,345	2,182	8,454	1	,004	569,56

a. Variable(s) entered on step 1: babaterv,
nőiesség_változás, PBI_kategória.

14. Táblázat: A regresszió-analízis során kapott független változók, melyek befolyásolják a terhesség alatt kialakuló depressziót

A modell tartalmazza a Gyermekek előzetes tervezését, a Nőiesség megváltozását, és a H-PBI kategóriát. A B érték a regressziós modellben megjelenő független változók erősségét mutatják. Minnél nagyobb a szám, annál nagyobb mértékben határozza meg az adott változó a depressziós tünetek kialakulását. A szám előjele azt jelenti, hogy a depresszió és a változó között egyenes, vagy fordított arányosság van. Mintánkban a Baba tudatos tervezése, és a H-PBI kategóriák fordított arányosságban vannak a depresszió megjelenésével. Ez azt jelenti, hogy aki nem tervezte gyermek jövetelét, vagy normál alatti kategóriába került a H-PBI kérdőívben, annál nagyobb valószínűséggel alakul ki depresszió, mint egyéb esetben. A Nőiesség esetében 1-gyel kódoltam azt, ha valaki szerint a terhesség nem okoz változást a nőiességében, 2-vel, ha szerinte okoz változást és az pozitív. Végül 3-mal jelöltem azt, hogyha az édesanya szerint nőiességét negatívan befolyásolja a terhesség. A logisztikus regresszió kétféleképpen kódolja a 3-értékű változókat. Esetemben az volt a jó kódolás, amikor a negatív irányba való változást emelte ki és hasonlóképp kezelte a nőiesség változatlanul maradását, illetve annak pozitív irányba való elmozdulását. Így a táblázatban Nőiesség (2)-t kell megfelelőnek tekinteni. Ezért pozitív az előjele a Nőiesség változónak. Azaz ha valaki szerint nőiességére rossz hatással lesz a terhesség, akkor ez hajlamosítja a depresszió kialakulását az illetőnél. A H-PBI kategóriáknál is hasonló az eset. A regresszió-analízis ezt a 3-értékű változót is kétféleképpen kódolta. Mintámban nincs különbség a 3 érték között, ezért az egyenlő súlyozás a megfelelő, azaz a H-PBI kategória (1)-et kell itt megfelelőnek tekinteni.

Végezetül nézzük meg, hogy az egyes független változók milyen mértékben befolyásolják a depressziós tünetek kialakulását.

Ezt az utolsó oszlop értékei alapján lehet megállapítani. Minél nagyobb az együttthatója a változónak, annál erősebb hatású a depressziós tünetek kialakulására.

Legerősebbnek a nőiesség terhesség alatti megváltozása mutatkozik (39,138). Majd az előzetes Gyermektervezés (0,166), míg végül a H-PBI kategóriába való tartozás (0,142).

5. MEGBESZÉLÉS

Összefoglalva elmondható, hogy ha a várandós kismamának kevés gyermekkori pozitív élményről van –aktuálisan- emléke a terhessége második trimeszterében, az édesanyjával kapcsolatosan, akkor nagyobb valószínűséggel mutat depressziós tüneteket.

Tehát a H-PBI és a BDI pontszámok fordított arányban viszonyulnak egymáshoz.

Azaz: minél nagyobb pontszámot ér el valaki a H-PBI kérdőív szeretet alskáláján, annál alacsonyabb értéket ér el a Beck Depresszió Kérdőíven.

Ha a H-PBI kérdőív három kategóriája alapján vizsgáljuk az eredményeket, akkor azt kapjuk, hogy a normatív alatti kategóriába tartozó személyek inkább jellemezhetőek depressziós tünetekkel, míg a normatív és a normatív feletti kategóriába tartozók nagy része nem.

A depresszív tünetekkel jellemezhető kismamákat vizsgálva, azt látjuk, hogy a depresszív tünetek inkább bejósolhatóak a H-PBI-ből, mint fordítva.

Ez az eredmény megfelel a klinikai tapasztalatoknak: számtalan tényező állhat az antenatális depresszió kialakulásának a hátterében, ezért van, hogy a depresszió adatokból nem lehet a PBI pontszámokra következtetni, ellenben ha kevés anyai szeretetről van -aktuálisan- emléke a várandós nőnek, akkor nagy valószínűséggel válik a várandóssága során depresszióssá.

A tervezett gyermekvállalás közepes erősséggel jósolja be a depressziós tünetek létét. A tervezés aképpen hat a későbbi depresszió kialakulására, hogy azoknál az anyukáknál, akik tervezték a gyermekvállalást, kisebb valószínűséggel jelent meg depressziós tünet, mint azoknál, akik nem tervezték azt.

A gyermekneveléstől való félelem rizikófaktor a terhesség alatti depressziós tünetek kialakulásában.

A gyermek vállalás során adódó anyagi problémáktól való félelem növeli a depressziós tünetek megjelenését a terhesség második trimeszterében.

Azon várandós nők, akik szerint a terhesség negatívan hat a nőiességre-93,3%-a depressziós tüneteket mutat. A nőiesség és terhesség kapcsolatára azt mondható, hogy akik szerint a terhesség hatástalan, vagy pozitívan hat ki a nőiességre, kisebb valószínűséggel lesznek depressziósok, mint azok, akik úgy érzik a terhesség miatt veszítenek nőiességükből (a vizsgálatban résztvevő várandós nők mindegyike a nőiesség alatt az alakra vonatkozó változásokat értette -ez az eredmény felhívja a figyelmet a terhesség alatti testkép zavarok jelentőségére.).

A fenti eredmények fényében látható, hogy sok tényező állhat az antenatális depresszió hátterében, hiszen a depresszió egy multikauzális etiológiájú tünetegyüttes.

Számtalan vizsgálatból tudjuk, hogy az antenatális depresszió a legbiztosabb prediktora a posztnatális depressziónak (Lee és mtsai., 2004.).

Következésképpen, ha a várandós nő bármilyen oknál fogva depresszív tüneteket mutat, akkor gyermeke a posztpartum időszakban, nagy valószínűséggel, a depressziós anyával találkozik és lesz együtt. Ez a kapcsolati élmény felnőve, anyává érve, a saját anyaságát, anyává válását fogja-nagy valószínűséggel- megterhelni, hiszen az anyával való együttléti séma nagy valószínűséggel aktiválódik, amikor a nő anyává érik.

Ha a várandósság második trimeszterében, a kismama reprezentációjában az „együtt-lenni-egy érzelmileg-hideg anyával”, mint gyermekkorá anyjával, jelenik meg, akkor e reprezentáció depresszív érzéseket okozva meghatározza a terhességet és a jövőbeni anyai viselkedést, így a depresszió intergenerációs spirált alkotva tovább adódik a következő nemzedékre, hiszen a csecsemő a depresszív anyával találkozik és ezt a reprezentációt tudja majd a saját anyaságában újra formálni.

Az az anya tehát, aki depresszív kora gyerekkori élményekkel indul neki a terhességnek, vagyis az anyává válásnak, nagyobb valószínűséggel lesz kitéve a posztpartum depressziónak.

A depressziója, pedig feltehetőleg zavart okoz a saját gyermekével való viszonyában, mintahogy az ő és az édesanyja egykori viszonyában is zavarok tételezhetőek fel.

Postpartum depresszióban szenvedő anyák lányai –évekkel később, amikor ők is anyává válnak- szintén depresszív együttléti sémával indulnak neki az anyává válásnak, ahogy az édesanyjuk is tette egykoron, így a következő generáció is veszélyeztetetté válik a szülés utáni depresszióra.

Az önrontó kör halad tovább generációról-generációra. Kialakulásának prevenciója mindanyunk közös felelőssége.

6. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek **Prof. Dr. Molnár Péternek** mind a szakmai segítségéért mind azért a sok-sok beszélgetésért és biztatásért, amik végig kísérték munkámat.

Továbbá szeretnék köszönetet mondani a vizsgálatban résztvevő minden **várandós nőnek**, hogy a kérdőívek kitöltésével segítették, hogy e disszertáció megszülethessen.

Köszönetet mondok **Józsa Baláznak**, az adatok statisztikai feldolgozásában nyújtott segítségéért.

Köszönettel tartozom továbbá a **férjemnek** és a **családomnak**, akik mindvégig türelemmel támogattak.

7. IRODALOMJEGYZÉK

1. Abraham K. (1925/1991) *Pszichoanalitikus tanulmányok a karakterképzésről*, Párbeszéd Kiadó, Budapest.
2. Acklin M. W. Bernat E. (1987) Depression, alexithímia and pain prone disorder: a Rorschach study, *Journal of Personality Assessment*, 51. 462-479.
3. Adler A. (1959) *The practice and theory of individual psychology*. Paterson N. J. Littlefield.
4. Ainsworth és mtsai. (1978) *Patterns of attachment*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
5. Ajkay K., (2002) A kötődés-elméletek használatának lehetőségei a terápiás gyakorlatban. *Serdülő és gyermekpszichoterápia*, 2, 189-194.
6. Anderson CA, Hammen CL (1993), Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill, and normal women: a longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61. 448-454.
7. APA állásfoglalás. (1994) *Gyakorlati útmutató a felnőttkori major depresszió kezeléséhez*. Animula Kiadó. Budapest.
8. Arató M. (szerk.). (1998) *Depresszió* Animula Kiadó. Budapest.
9. Asik H. S. (1985) *The clinical management of affective disorders*. In: Psychiatry Vol. 1. Michels és mtsai. (szerk.) JB Lippincott. Philadelphia.
10. Bacciagaluppi M. (1994) The relevance of attachment research to psychoanalysis and analytic social psychology. *Journal of American Academy of Psychoanalysis* 22, 465-479.

11. Bálint M. (1994) *Az őstörés – a regresszió terápiás vonatkozásai*. Akadémiai Kiadó. Budapest.
12. Bandura A.,(1977) *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
13. Bánki M. (1994) *Az agy évtizedében*. Biográf Kiadó. Budapest.
14. Bagdy E. (1977) *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Nemzeti Tankönyvkiadó. Budapest
15. Bagdy E. (szerk.). (1999.) *Mentálhigiéné: elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás*. Animula Kiadó. Budapest.
16. Bagdy E. (1999.) A Közös Rorschach-Teszt (KRT) mint a pár és a család kapcsolati dinamikájának és interakciós jellegzetességeinek vizsgáló eszköze. *Psychiatria Hungarica* 14.
17. Beck A T. (1984) *Cognitive therapy and emotional disorders*. International Universities Press. New York.
18. Beck A.T., Emery G. (1993) *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Animula Kiadó. Budapest.
19. Beck A. T. (2001) *A Depresszió Kognitív Viselkedésterápiája*. Animula Kiadó. Budapest.
20. Beck A. T. Ward C. H., Mendelsohn M., Mosk J., Erbaugh J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571
21. Beck A. T. (1967) *Depression: Clinical and experimental and theoretical aspects*. Harper and Row. New York.
22. Beck A. T., Beck R. W.: (1972) Shortened version of BDI. *Journal of Postgraduate Medicine* 52, 81-85
23. Becker J. (1989) *A depresszió: elmélet és kutatás*. Gondolat Kiadó. Budapest.

24. Belső (2006) A perinatális időszak pszichés zavarai (terhesség, szülés, gyermekágy). In: C. Molnár Emma, Füredi János, Papp Zoltán (szerk.): *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina, Budapest.
25. BNO-10 zsebkönyv. (1995) Animula Egyesület. Budapest.
26. Biederman, J., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R. (2001) Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158 (1), 49–57.
27. Belsky, J., Cassidy J. (1994) Attachment: Theory and Evidence. In *Development Through Life: A Handbook for Clinicians*, M. Rutter and D. Hay (eds.). Oxford. Blackwell Scientific Publications
28. Benoit, D., Parker, K.C.H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development* 65, 1444—1457.
29. Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock Publications. London.
30. Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss: Loss, sadness and depression. Vol. 3*. Basic Books. New York.
31. Borstad M. (1998) Interszubjektivitas a dialektikus kapcsolatelmélet tükrében. *Pszichoterápia*, 5, 349-362.
32. Bretherton, I. (1992) The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology* 28, 759-775.
33. Brockington, I. (2004) Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*. 363, 303-310.
34. Buda Béla (1971) *A pszichoanalízis és modern irányzatai*. Gondolat Kiadó. Budapest.

35. C. Molnár E. (1994) *A praenatalis élet és a terhesség pszichológiája*. Miskolci Bölcsész Egyesület. Miskolc.
36. Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., Braunwald, K. (1989). Disorganised/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
37. Carnelley K. B., Pietromonaco P. R., Jaffe K. (1994) Depression, Working Models of Others, and Relationship Functioning. *Journal of Personality and Social Psychology* 66, 127-140.
38. Chamberlaine D. B. (1988) *The Mind of your Newborn Baby*. North Atlantic Books.
39. Cicchetti, D., & Shneider-Rosen, K. (1986) An organizational approach to childhood depression. In.: Rutter M. et al. (eds.). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. Guilford Press. New York.
40. Cohn, J.-Tronick, E. (1983) Three-month-old infants' reaction to stimulated maternal depression.. *Child Development*: 54.
41. Cohn J., Tronic E. Z. (1986) Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. In. Tronic-Fields (eds.) *Maternal depression and infant disturbances*. CA: Jossey-Bass. San Francisco.
42. Cole M. - Cole S. R. (1997) *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó. Budapest.
43. Comer R. J. (2005) *A lélek betegségei* Osiris. Budapest.
44. Császár Gy. (1989) *Pszichoszomatika a gyakorlatban*. Pszichoteam. Budapest.
45. Demos V. (1982) Affect in early infancy: Physiology or Psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 1, 533-574.
46. Diamond, D., Doane, J. A. (1994) Disturbed attachment and negative affective style. An intergenerational spiral. *British Journal of Psychiatry* 164, 770-781.

47. Dornes M. (2002) *A kompetens csecsemő*. Pont Kiadó. Budapest.
48. Duggan, C., Sham, P., Lee, A., Minne, C., Murray, R. (1995) Neuroticism: a vulnerability marker for depression-evidence from family study. *Journal of Affective Disorder* 35, 139-143.
49. Duggan, C., Sham, P., Minne, C., Lee, A., Murray, R. (1998) Quality of parenting and vulnerability to depression results from family study. *Psychological Medicine* 28, 185-191.
50. Eagle, M. (2003) Clinical Implications of Attachment Theory. *Psychoanalytic Inquiry* 23, 27-53.
51. Erikson E. H. (1950) *Childhood and society*. Norton. New York.
52. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., George, S., Moran, G. S., Higgitt, A. C. (1991) The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Journal of Infant Mental Health*. 3, 201 – 218.
53. Fonagy, P. (1993) Psychoanalytic and empirical approaches to developmental psychopathology: An object-relations perspective. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 41, 245-260.
54. Fonagy P. (1999.) Transgenerational Consistences of attachment: A new theory. Paper to the Developmental Discussion Group, Washington DC. In: www.psychematters.com
55. Fonagy P.: Pathological Attachments and Therapeutical Actions: In: www.psychematters.com
56. Fonagy P., Target M., Gergely Gy., Jurist E. L. (2002) *Affect Regulation, Mentalisation and the Development of Self*. Other Press, New York.
57. Fónagy P., Target M. (2005) *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Gondolat, Budapest.

58. Földényi F. L. (1992) *Melankólia*. Akadémiai Kiadó. Budapest.
59. Freud S. (1997) *Gyász és melankólia*. Sigmund Freud Művei VI. Ösztönök és ösztönsorsok. Metapszichológiai írások. Filum Kiadó. Budapest.
60. Füredi J. (szerk.) (1998) *A pszichiátria magyar tankönyve*. Medicina Kiadó. Budapest, 1998.
61. Füredi J., Buda B. (1986.) *A család szociálpszichiátriája*. Medicina Kiadó. Budapest.
62. Gabbard G. O. (2008) *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve*. Lélekben Otthon Kiadó. Budapest.
63. Gervai J. (1997) A korai kötődés jelentősége a gyermek fejlődésében. In.: Hidas (szerk.) *A megtermékenyítéstől a társadalomig*. Dinasztia Kiadó. Budapest.
64. Goodman, S. H., Adamson, L. B., Riniti, J. (1994). Mothers' expressed attitudes: Associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33 (9), 1265–1274.
65. Goodman S. H., Gotlieb I. H. (1999) Risk for Psychopatology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanism of transmission. *Psychological Review*, 106 (3), 458-490.
66. Green A. (1986) *On Private Madness*. Hogart Press. London.
67. Grossmann K., Grossmann K. E., Spangler G., Suess G., Unzner L. (1985) Maternal sensitivity and newborn orienting responses and related to quality of attachment in Northern Germany. Growing Points in Attachment theory and Research. Bretherton-Waters (eds.) *Monographs of the Society for Research in Child Development*.
68. Gergely Gy. (1996) „Hoppá”avagy az eszmélkedés lélektana. A szociális tükrözés szerepe az öntudat és az önkontroll kialakulásában. *Pszichológia* 16:4, 361-382.

69. Halász A. (1998) Csecsemőmegfigyelés-csecsemőkutatás. *Pszichoterápia*, 6, 420-428.
70. Hallström C., McClure N. (2006): *Depresszió*. Lélekben Otthon Kiadó. Budapest.
71. Hardy J., Baráth K., Horti M. (2003) A női szerepek és a pszichiátriai zavarok. In: Koltai M. (szerk.) *Család -pszichiátria – terápia*. Medicina Könyvkiadó. Budapest.
72. Hermann I. (1984) *Az ember ősi ösztönei*. Magvető Kiadó. Budapest.
71. Halberstadt-Freud, H. C. (1993). Postpartum depression and symbiotic illusion. *Psychoanalytic Psychology* 10, 407-423.
73. Hammen, C. & Brennan, P. A. (2001). Depressed adolescents of depressed and nondepressed mothers: tests of an interpersonal impairment hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2) , 284–294.
74. Hámori E. (2001) A “halott anya életben tartása”-az én szerveződés viszonyosságai a korai kapcsolati traumatizáció tükrében. *Pszichoterápia* 2001/8.
75. Hazan, C., Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
76. Hensaw C. (2000) *Clinical and biological aspect of postpartum blues and depression*. Current opinion in Psychiatry, 13, 635-638.
77. Hidas Gy. (szerk.) (1997.) *A megtermékenyítéstől a társadalomig* Dinasztia Kiadó. Budapest.
78. Hoffmann S. O., Hochapfel G. (2000) *Neuróziselmélet, pszichoterápia és pszichoszomatikus medicina*. Medicina Kiadó. Budapest.
79. Van Ijzendoorn, M. H. (1995) Adult attachment representations. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

80. Inandi, T., Elci, O. C., Ozturk, A., Egri, M., Polat A., Sahin, T. K. (2002) Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology* 31, 1201-1207.
81. Isabella R. A., Belsky J. (1991) Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: a replication study. *Child Development*. 62 (2): 373-384.
82. Jacobson E. (1953) Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression. In.: Greenacre P. (szerk.) *Affective disorder*. University Press. New York.
82. Jarvis, P. A., Creasey, G. L. (1991). Parental stress, coping, and attachment in families with an 18-month-old infant. *Infant Behavior and Development* 14, 383-395.
83. Karterud S., Monsen J. T. (szerk.). (1999) *Szelfpszichológia a Kohut utáni fejlődés*. Animula Kiadó. Budapest.
84. Keitner G., Natan B., Epstein I. M., Bishop D. S. (1988) Depresszió és család. *Psychiatria Hungarica* 2.
85. Kessler, R. C. (2003) Epidemiology of woman and depression. *Journal of Affective Disorder* 74, 5-13
86. Klerman G. L., Weissman M. M., Rounsaville B. J. (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books. New York.
87. Klein M. (1952) *Development in psychoanalysis*. J. Rivere (szerk.). Hogart Press. London.
88. Kopp M., Skrabski Á. (1992) *Magyar lelkiállapot*. A hét szabad művészet könyvtára, Végeken Kiadó, Budapest.
89. Kopp, M., Fóris, N. (1993) *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Végeken Kiadó, Budapest.

90. Kraepelin E. (1921) *Manic-depressive insanity and paranoia*. E and S Livingston. Edinburgh.
91. Kumar R. C., O'Dowd, L. R. (2000): Psychiatric problems in childbearing women. In: Barron, W. M., Lindheimer, M. D. (eds.): *Medical disorders during pregnancy*. Mosby, St. Louis.
92. Kurstjens S., Wolke D. (2001) Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42: 623-636.
93. Lazarus A. A. (1968) Learning theory and treatment of depression. *Behavioral Research and Therapy*. 6. 83-89.
94. Lee, D. T. S., Chan S. S. M., Sahota, D. S., Yip A. S. K., Tsui M., Chung T. K. H., (2004) A prevalence study of antenatal depression among Chinese women. *Journal of Affective Disorder* 82, 93-99.
95. Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Rosenbaum, M., (1988) A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology* 97, 251–267.
96. Mahler, M. (1987) *A korai lelki fejlődés egészséges útja*. In.: MPT Pszichoterápiás Szekció Egyéni Terápiás Munkacsoport 3. sz. kiadványa (fordította: Alpár Zsuzsa).
97. Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426
98. Main, M., Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth strange situation. In.: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years*. 121-160. University of Chicago Press. Chicago.

99. Martins, C., Gaffan, E. A. (2000) Effects of Early Maternal Depression on Patterns of Infant-Mother Attachment: A Meta-analytic Investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, 737–746.
100. Mentzos S., (2005) *A konfliktus feldolgozás neurotikus módjai*. Lélekben Otthon Kiadó. Budapest.
101. Miller I. W., Ryan E. C., Keitner G. I., Bishop D. E., Epstein N. B. (2000) The McMaster approach to families : theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy* 22, 168-189.
102. Murray, L., Cooper, P. J. (1997) *Postpartum Depression and Child Development*. The Guilford Press. New York.
103. Nagy, E., Molnár, P. (2004) Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behavior and Development* 27, 54-63.
104. Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B., Henry, A., Stier, L. (2001). Critical issues for parents with mental illness and their families. White Paper prepared for the Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
105. Norusis, M. J. (2000) *SPSS/PC 10.0 Base Manual* SPSS Inc., Chicago.
106. O'Hara M. W. (1986) Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry* 43, 567-73.
107. O'Hara, M. W., Swain, A. M. (1996) Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 8, 37-54.
108. Parker, G. (1979) Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry* 134, 138-147.
109. Parker, G. (1989) The Parental Bonding Instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatric Developments* 4, 317-335.

110. Pines, D. (1982) The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psycho-Analysis* 63, 311-319.
111. Rado S. (1928) The problem of melancholia. *International Journal of Psychoanalysis*. 9. 420-438.
112. Raffai J. (1999) Anya-magzat kapcsolatanalízis: egy különleges kapcsolati kultúra. *Pszichoterápia*, 1, 14-20.
113. Raffai J. (2000) Csecsemők jobb fejlődési esélyei a kapcsolatanalízisben. *Pszichoterápia* 6: 193-199.
114. Raffai J. (1997) *Megfogantam, tehát vagyok*. Útmutató Kiadó. Pécs.
115. Ranschburg J., Horváth I. (1985): Az anyai magatartás (a „szoptatás” és az „egyedül hagyás”) szocio-kulturális és pszichológiai feltételei. *Pszichológia*, 4, 565-577.
116. Rodgers B. (1991) Models of Stress, Vulnerability and Affective Disorders. *Journal of Affective Disorder* 21.
117. Regier D. A. (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*. 45.
118. Righetti-Velthema, M., Perrérd, C. E., Bosquet, A., Manzano, J. (1998) Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorder* 49, 167-180.
119. Sandler J. (1960) The background of safety. *International Journal of Psychoanalysis*. 41.
120. Salkovskis P. M., (2006) *A kognitív terápia térhódítása*. Animula Kiadó. Budapest.
121. Seligman M. E. P., Hager J. L. (szerk.) (1972) *Biological boundaries of learning*. Appleton-Century- Cofts. New York.

122. Stern D. (2001) *A csecsemő személyközi világa*. Animula Kiadó.
123. Stern, D. (1995) *The motherhood constellation*. Basic Books, New York.
124. Stern, D. (1985) *The Interpersonal World of Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books, New York.
125. Shah R., Waller G. (2000) Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease* 188.
126. Siddiqui A., Hägglöf B. (2000) Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction? *Early Human Development* 59 (1) 13-25.
127. Szabó Cs. (1999) *Tanulás és emlékezet*. Egyetemi jegyzet. Debrecen.
128. Szádóczy E., Rihmer Z. (szerk.) (2001) *Hangulatzavarok*. Medicina Kiadó. Budapest.
129. Szádóczy E., Németh A. (2002) Hangulatzavarok kezelése a terhesség alatt. *Psychiatria Hungarica*. 17 (3): 259-272.
130. Szádóczy E. (2006) Hangulatzavarok. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. (szerk.). *A pszichiátria rövidített kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó. Budapest.
131. Szakács F. (szerk.) (1998) *Patopszichológiai vademecum*. Nemzeti Tankönyvkiadó. Budapest.
132. Szemán A., Hegyi P., Bakó Gy., Molnár P. (2007) Az élet értelmességének szubjektív megélése időskorban *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 8 (4) 309-327.
133. Szemán A., Nagy G., Rupnik M., Molnár P. (2007) A new look at psychosomatic interactions: gender differences in the intergenerational appearance of depression and type II diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Medicine* 69./1. p. 1772.

134. Szeverényi P. (1986) A terhesség pszichológiája. *A terhesség pszichoszomatikája*. A DOTE Női Klinikájának Kiadványai 13. évf. 2. szám.
135. Tényi T. (1996) A pszichoanalitikus pszichológia új korszaka. Az affektus szerveződés elmélete és pszichoterápiás vonatkozások. *Pszichoterápia*, 3, 87-92.
136. Tényi T. (2000) *A pszichodinamikus pszichiátria a legújabb pszichoanalitikus eredmények tükrében*. Animula. Budapest.
137. Tringer L. (2001) *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó. Budapest.
138. Trevarthen C. (1980) The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. In: Olsen D. (ed.) *The Social Foundations of Language and Thought: Essay in Honor of J. S. Bruner*. W.W. Norton. New York.
139. Trevarthen C. (1998) Intersubjective communication and emotion in early ontogeny. In: Braten S. (ed.) *The concept and foundations of infant intersubjectivity*. 15-46. University Press. Cambridge.
140. Tóth I., Gervai J. (1999) Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): a Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54: 4, 551-566.
141. Tronic E., Als H., Adamson L. (1979) Structure of early face-to-face communicative interactions. In: Bullowa, M. (ed.) *Before speech: the beginning of interpersonal communications*. Cambridge University Press, Cambridge.
142. Varga K., Suhai-Hodász G. (2002.) *Szülés és születés. Lélektanon innen és túl*. Pólya kiadó. Budapest.
143. Weissman, M. M., Warner, V., & Wickramaratne, P. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54 (10), 932–940.
144. Winnicott D. W. (2001) *Kisgyermek, család, külvilág*. Animula Kiadó. Budapest.

145. Wishner, K. L., Wheeler, S. B. (1994) Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hospital and Community Psychiatry* 45, 1191-1196.
146. Wolpe J. (1971) Neurotic depression: experimental analog, clinical syndromes and treatment. *American Journal of Psychotherapy*. 25. 362-368.
147. Yonkers K. A., Chantilis, S. J. (1995) Recognition of depression in obstetric/gynecology practices. Symposium--Women And Depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 173, 632-638.
148. Zeanah, C., Anders, T., Seifer, R., Stern D. (1989) Implications of research on infant development for psychodynamic theory and practice. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28, 657-668.
149. Zeanah, C. H., Zeanah, P.D. (1989) Intergenerational transmission of maltreatment: insights from attachment theory and research. *Journal of Psychiatry*. 52, 177-96.
150. Zeanah, C. H. Jr., Mammen, O. K., Lieberman, A. F. (1994) Disorders of attachment In Zeanah, C. H. Jr. (Ed) *Handbook of Infant Mental Health* New York, Guilford Press

8. MELLÉKLETEK

Melléklet 1.

Tisztelt Hölgyem!

Várandós kismamák saját édesanyjukkal kapcsolatos emlékeit és aktuális hangulatuk összefüggéseit vizsgáljuk.

Minden kérdőív névtelen és adatait csak a jelen kutatás során használjuk.

Köszönjük, hogy kérdőívünk kitöltésével segíti munkánkat!

Melléklet 2.

Pszichoszociális stresszorok felémérése

Kor:

Iskolai végzettség:

Családi állapot:

Hányadik terhessége?

Jelen terhességének hányadik hónapjában jár?

Tervezte-e a babát?

Vannak-e a terhességgel kapcsolatos félelmei?

Ha igen, mi aggasztja a leginkább?

Vannak-e a gyermekneveléssel kapcsolatban félelmei?

Ha igen, mi aggasztja a leginkább?

Tart-e attól, hogy a baba jövele anyagi problémát okoz a családban?

Van-e olyan érzése, hogy választania kellett a család és a karrier között?

Megváltoztatta-e a társas kapcsolatait (barátokkal, kollégákkal...) a terhesség?

Van-e, illetve volt-e olyan terve, amelyről úgy érzi a baba jövele megvalósíthatatlanná tette?

Megváltozott-e a saját nőiségét/nőiességét?

Ha igen akkor miben?

Melléklet 3.

Szülői Bánásmód Kérdőív
-szeretet alskála-

Az alábbi állítások szülői nézeteket, viselkedési formákat sorolnak fel. Kérjük, hogy élete első 16 éve emlékei alapján jelölje be, hogy az Ön édesanyja, hogyan jellemezhető.

NJ=Nagyon jellemző

ÁI=Általában igaz: ha az állítás nagyjából helytálló

AG=Alig: ha az állítás kevésbé illik Önre

EN=Egyáltalán nem igaz: ha az állítás egyáltalán nem illik Önre

	NJ	ÁI	AG	EN
Meleg, barátságos hangon beszélt hozzám	3	2	1	0
Kevesebbet segített, mint amennyire szükségem lett volna	0	1	2	3
Érzelmileg hideg volt hozzám	0	1	2	3
Úgy éreztem, hogy megérti a problémáimat, gondjaimat	3	2	1	0
Gyengéd volt velem	3	2	1	0
Szerette megbeszélni velem a dolgokat	3	2	1	0
Gyakran mosolygott rám	3	2	1	0
Nem értette, hogy mit szeretnék, vagy mire van szükségem	0	1	2	3
Éreztette, hogy a terhére vagyok	0	1	2	3
Meg tudott vigasztalni, ha valami bántott	3	2	1	0
Nem sokat beszélgetett velem	0	1	2	3
Nem dicsért meg	0	1	2	3

Melléklet 4.

Beck Depresszió Skála

-rövidített változat-

A kérdőív csoportosított állításokat tartalmaz. Kérjük, gondosan olvassa végig és válassza ki azt az állítást, amely legjobban leírja érzéseit az elmúlt két hétben.

1.	0	Nem vagyok szomorú.
	1	Szomorú vagy nyomott vagyok.
	2	Mindig szomorú vagyok, és nem tudok kikeveredni belőle.
	3	Annyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább.
2.	0	Nem félek különösebben a jövőt illetően.
	1	Félek a jövőtől.
	2	Úgy érzem, semmit sem várhatok a jövőtől.
	3	Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog javulni.
3.	0	Nem érzem, hogy kudarcot vallottam.
	1	Úgy érzem, több kudarc ér, mint másokat.
	2	Visszatekintve életemre, kudarcok sorát látom.
	3	Úgy érzem, mint ember teljesen kudarcot vallottam.
4.	0	A dolgok ugyanolyan meglelégedéssel töltenek el, mint máskor.
	1	A dolgokkal nem vagyok úgy meglelégedve, mint máskor.
	2	Valójában többé semmi sem okoz elégedettséget nekem.
	3	Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok.
5.	0	Nem hibáztatok különösebben magam.
	1	Gyakran hibáztatok magam.
	2	Majdnem mindig hibáztatok magam valami miatt.
	3	Állandóan hibáztatok magam.
6.	0	Nem érzem magam különösebben hibásnak.
	1	Úgy érzem, lehet, hogy rászolgáltam valami büntetésre.
	2	Úgy érzem, hogy rászolgáltam a büntetésre.
	3	Azt akarom, hogy megbüntessenek.
7.	0	Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit.
	1	Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni.

	2	Szeretném megölni magamat.
	3	Megölném magam, ha tudnám.
8.	0	Az emberek iránti érdeklődésem nem csökkent.
	1	Kevésbé érdekelnek az emberek most, mint azelőtt.
	2	Jelentősen csökkent mások iránti érdeklődésem.
	3	Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.
9.	0	Éppen olyan jól döntök, mint korábban.
	1	Mostanában elhalasztom döntéseimet.
	2	A korábbiakhoz képest igen nehezen döntök.
	3	Semmiben sem tudok dönteni többé.
10.	0	Nem érzem, hogy rosszabbul nézek ki, mint azelőtt.
	1	Félek, hogy öregnek és csúnyának látszom.
	2	Úgy érzem, hogy hátrányomra változtam, és kevésbé vagyok vonzó.
	3	Azt hiszem, csúnya vagyok.
11.	0	Éppen olyan jól tudok dolgozni, mint máskor.
	1	Külön erőfeszítésbe kerül, hogy valami munkába belefogjak.
	2	Nagy erőfeszítésre van szükségem ahhoz, hogy megcsináljak valamit is.
	3	Semmi munkát sem vagyok képes ellátni.
12.	0	Nem fáradok el jobban, mint azelőtt.
	1	Hamarabb elfáradok, mint azelőtt.
	2	Majdnem minden elfáraszt, amit csinálok.
	3	Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit csináljak.
13.	0	Az étvágyam nem rosszabb, mint azelőtt.
	1	Az étvágyam nem olyan jó, mint azelőtt.
	2	Mostanában az étvágyam sokkal rosszabb.
	3	Egyáltalán nincs étvágyam

Melléklet 5.

Kutatásetikai engedély