









Psychológiai  
könyvtár 11.

C. Molnár Emma  
AZ ANYASÁG  
PSZICHOLÓGIÁJA

AZ ANYASÁG  
PSZICHOLÓGIÁJA

MTR

17436

# *Pszichológiai műhely 11.*

FŐSZERKESZTŐ: POPPER PÉTER

TECHNIKAI SZERKESZTŐ: FEUER MÁRIA

118619

C. Molnár Emma

# AZ ANYASÁG PSZICHOLÓGIÁJA

*Az anya–magzat kooperáció  
és kommunikáció fejlesztése,  
az anyai személyiség  
és magatartás mobilizálása*

MTAK



AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST

07991

Megjelent a *Magyar Tudományos Akadémia*  
és a *Magyar Könyv Alapítvány* támogatásával

A szerzők munkahelye: Semmelweis Orvostudományi Egyetem,  
I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (Igazgató: Dr. Papp Zoltán  
egyetemi tanár)

MAGYAR  
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA  
KÖNYVTÁRA

ISBN 963 05 6981 7

Kiadja az Akadémiai Kiadó  
1117 Budapest, Prielle Kornélia u. 19–35.  
Első magyar nyelvű kiadás: 1996

© Akadémiai Kiadó, 1996 • C. Molnár Emma

Minden jog fenntartva, beleértve a sokszorosítás, a nyilvános előadás,  
a rádió- és televízióadás, valamint a fordítás jogát,  
az egyes tanulmányokat illetően is.

M. TUD. AKADÉMIA KÖNYVTÁRA  
Könyvleltár 20.93...../19 96.... sz.

Printed in Hungary



# TARTALOM

<i>Popper Péter</i>	
Előszó	7
<i>C. Molnár Emma</i>	
A szociális nemiszerep-tulajdonságok tükröződése tudati szinten	11
<i>C. Molnár Emma</i>	
Az anyasággal kapcsolatos neurotikus állapot Gyes alatt	23
<i>C. Molnár Emma</i>	
A születés előtti élet és a terhesség pszichológiája	55
<i>C. Molnár Emma</i>	
Anyaságban „megátkozottak” (esettanulmány)	85
<i>C. Molnár Emma</i>	
Kathexis pszichoterápia (Az anyai személyiségrészt mobilizálása, az anya–magzat kooperáció és kommunikáció fejlesztése)	105
<i>C. Molnár Emma–Ben Ali Nour, E. H.–Csabay László–Varga István–Szabó Miklós–Pászthy Bea</i>	
A kathexis pszichoterápia lehetőségei az intrauterin retardáció kezelésében	143
<i>C. Molnár Emma–Ben Ali Nour, E. H.–Varga István–Csabay László</i>	
Az intrauterin retardáció kezelése kathexis pszichoterápiával (esettanulmány)	161

<i>C. Molnár Emma–Machay Tamás–Bognárné V. Marianna</i>	
Koraszülés: a korai anya–gyermek kapcsolat kialakításának pszichológiája	183
<i>C. Molnár Emma</i>	
A Down-szindrómások életútja	191
<i>C. Molnár Emma</i>	
Utószó helyett	202

## ELŐSZÓ

vagy szabályos bevezetés helyett, inkább csak egy hosszú tünődés néhány gondolatát tárnám röviden a kiszolgáltatott Olvasó elé.

Abban a furcsa esetben, ha egy „földönkívüli” érdeklődne ember voltunk lényege iránt, habozás nélkül *kommunikatív lénynek* nevezném magunkat. A szavak és a cselekvés önkifejező ereje hoz létre minden kapcsolatot, mutat be minket mindenkinek, aki „más”, és döbbsen rá önmagunkra. Minden, ami önkonstatálás, önreflexió, kommunikatív termék. A persona kétfelé kommunikál: a világ felé és a self felé. Vagyis hozzásegít ahhoz, hogy „legyek a sok én közt, én is, én”.

Ámde a kifejezhető mögött-alatt terül el a kifejezhetetlen birodalma, a szavakkal el nem mondható, a gesztusokkal meg nem jelölhető, amit a vedantikus bölcsélet egyetlen szóval „aniccsámnak” nevez. Csakhogy a mai európai ember szellemi vándorútja szempontjából nem lényegtelen a *még kifejezhetetlen* és a *már kifejezhetetlen* megkülönböztetése. A pszichoanalízis is – aminek missziója a nem tudatosnak a tudatos szférájába való emelése, tehát kifejezhetővé tétele – szerényen beéri annyival, hogy a tudattalan tartalmak egy csekély, jó esetben a patogén hatású részét némileg hozzáférhetővé teszi a gyógyító megértés és a katartikus újraélés számára. Ám a személyes östörténet, a fiziológiás amnézia fázisában rögzült élmények rekonstruálásakor dadogni kezd. Hipotéziseket, modelleket rak mankóként a megbicsakló elmélet hóna alá. Születésünk titka – traumája vagy eufóriája –, világra ébredésünk titokzatos alappozíciói, totális egocentrizmusunk élményvilága, a személyiség előtti

létezés eseményei és megszüntetve megőrzött hatása halálunkig – mindez jobbadára mind a mai napig titok maradt. És a méhen belüli kilenc hónap? A némán és észrevétlenül bejárt, mégis forrongó változásokkal zsúfolt út, amely a sejttől az emberig vezet? Ez bizony a *még kifejezhetetlen* vidéke. Ami talán csak a pszichotikus regresz-sziók esetében ér össze a *már kifejezhetetlennel*, a kezdet és a vég drámai találkozásaként.

Ebbe a birodalomba száll tehát alá a kutató, C. Molnár Emma, a hazai aktív analitikus iskola markáns képviselője. Szemléletében a modern pszichoanalízis – amely az ösztönfejlődés mellett legalább ugyanakkora hangsúlyt tesz az énfejlődésre – legújabb eredményei ötvöződnek az elméleti és kísérleti szociálpszichológia adataival. A könyv tulajdonképpen tanulmánygyűjtemény, azonban a kitűnő szerkesztés következtében mégis összefüggő, egymás kérdéseire válaszolni próbáló struktúra alakult ki. Szociális nemi szerepek – az anyaszerep örömei és kínjai – a terhesség időszaka – a méhen belül kialakuló ártalmak befolyásolása az anya–magzat kommunikáció segítségével – a koraszülés – a Down-beteg gyermek – ez a tanulmányok tematikus íve, az egészségestől a súlyos patológiáig.

A témák önmagukban is izgalmat keltenek. S ezek között is a legizgalmasabb: vajon *milyen értelemben beszélhetünk a terhesség időszakában az anya és a magzati létét élő gyermek „együttműködéséről” és „kommunikációjáról”*? Ma már nem jogos a rálegyintés erre a kérdésre. A gyorsan divatossá váló dienetika manapság olyan természetességgel beszél az intrauterin élményvilágról, sőt percepcióról, sőt pszichotraumák keletkezésének lehetőségéről, mintha a leghétköznapibb tapasztalásról lenne szó. Ismerjük a tudományos abszurditások vagy legalábbis erősen kétséges feltételezések ilyenén való tálalásának groteszk taktikáját. Ám ezzel mégsem összehasonlítható a modern pszichoanalízis grünbergeri elméletképzése, ami a „nárcizmus új teóriája” néven vonult be a szakirodalomba. Mindez ráépül Ferenczi Thalassa-sejtésére, Jung archetípusaira, Melanie Klein schizoid és depresszív alappozícióira. Vagyis a modern idők fejlődéspszichológiáját tagadhatatlanul feszítik ezek a kérdések.

A módszertani nehézségek óriásiak, hiszen egy olyan élményvilágról van szó, ahol a kvantifikációnak, a korszerű matematikai statisztikai eljárások alkalmazásának alig van lehetősége. Hiába, gondolkodni kell! E sorok írója mindmáig megmaradt a kazuisztika, a kvalitatív analízis, a funkcionális elemzés, horribile dictu, az introspekció és a retrospektíve leírt tapasztalás hívének. Klinikusi mivolta nem tette lehetővé, hogy csak a numerikusan kifejezhető lelki jelenségekkel és folyamatokkal foglalkozzék. Munkája során nemcsak fáradtsággal és telítődéssel találkozott, hanem unalommal is, nemcsak szorongással, de gyávasággal is, és szégyennel és göggel és szerelemmel, hittel és gyanakvással, egyszóval szignifikancia-számítással, T-próbákkal egyelőre meg nem közelíthető emberi jelenségekkel. Ezért a tudományos megismerés eszköztárában helyt ad az esettanulmánynak, az esszének, a sejtésnek is. S ha valaki jogos gyanakvással mégis feltenné a kérdést: tudomány-e ez, avagy költészet? – annak nyugodt lélekkel felelem: ez a pszichológus Orpheus (Orphea?) szigorú kritikai érzékkel és önmagával szemben támasztott maximális igényességgel, korrekt és óvatos adatkezeléssel indult el útjára, és tért vissza az intrauterin világ sötétségéből. Eredményeiben lehet kételkedni, állításaival lehet vitatkozni, csak egyet nem lehet elvitatni tőle: a kutatói bátorságot és azt, hogy egy lépéssel mégiscsak tovább taposta a tudományos megismerés ösvényét az ontogenetikus fejlődés legkorábbi szakaszának ingoványában.



## A SZOCIÁLIS NEMISZEREP-TULAJDONSÁGOK TÜKRÖZŐDÉSE TUDATI SZINTEN

### ELŐZMÉNYEK

A szexualitás pszichés és szomatikus fejlődésének vizsgálata viszonylag egymástól függetlenül és különböző szemléleti kiindulásból történt. A kezdeti eredmények elsősorban pszichoanalitikus és pszichoterápiás tapasztalatokból származtak. Később a neurohormonális fejlődés szintjéről közelítették meg a témát. A kutatások viszonylagos integrációját jelentette a Rockefeller Alapítvány által finanszírozott 1948 és 1954 közötti időszak. Ez a kutatási szak részben alapkutatás, részben szociológiai felmérések alapján integrált volt. Ennek ellenére ennek a témának a mai napig sincs kidolgozva az egységes szemléleti alapja.

### A PSZICHOSZEXUÁLIS FEJLŐDÉS PSZICHOANALITIKUS MODELLJE

*Freud* (1943/a, 1943/b) és követői, a klasszikus pszichoanalitikusok modellje szerint a pszichoszexuális fejlődés folyamatának az alapját a libidófejlődés fázisai jelentik, amely a megszületés után, az anyához való kötődés folyamatában alakul. Kezdeti szakban a lányok és a fiúk azonos libidófejlődési szakon mennek keresztül, és ez csak az oedipális szak során tér el egymástól.

Az anyához kötődő, anaklitikus szak során a fiúk és a lányok egyaránt az orális libidó (szopás) örömét és a szexuális részösztön mint libidómegszállás szakaszát élik át. Így mindkét nem első tárgymegszállása az anya személye. Az anális szak során mind a két nem, a fiúk és a lányok is az anya felé fordult tárgymegszállás-

sal jellemezhető. Az anyának szóló ajándék vagy büntetés lehet az ürítési funkció.

Az oedipális szak, az apa fölfedezése jelent váltást a pszichoszexuális fejlődés folyamatában, amely már az éntudat, a fiú vagyok-e vagy lány, a 3–4 életév időszakára esik. Ez az időszak a nemi identitás kezdete. Ez a kezdeti nemi identitás eltérő folyamatokat indít be a fiúk és a lányok pszichoszexuális fejlődésében.

A fiúk az apát az anya birtoklásában „riválisnak” is megélik, hiszen az apa birtokolja az általa, tárgymegszállása alapján birtokolni kívánt asszonyt.

A lányok ezzel szemben az anyát tartják riválisnak, hiszen új tárgymegszállás alapján, az oedipális, urethralis szakban fölfedezik az apát, mint a pénisz birtokosát és az első szerelem tárgyát. Így az anya válik a leány „riválisává”. A freudi terminológia szerint a fiúk egészséges pszichoszexuális fejlődés során tárgymegszállás szinten nem kényszerülnek váltásra, ezzel szemben a lányok esetében a tárgyváltásnak be kell következnie. A klasszikus pszichoanalitikus felfogás szerint a lányokra dupla teher hárul. A nőiesség érdekében le kell mondani az apáról mint tárgyról, és ismét azonosulni kell az anyával mint nővel, a nőies psziché és identitás érdekében. Felfogásuk szerint azonban a gyermek utáni vágy az apához kapcsolódó péniszirigységhez és az apához kapcsolódó ősi vágyból fakad. A fiúgyermek pszichoszexuális fejlődése könnyebb, a tárgymegszállás az anya, a nő marad.

Az apával való identifikáció csak megerősíti éntudatát, ő a pénisz birtokosa. Az egészséges pszichoszexuális fejlődés során az anya mint eredeti tárgymegszállás helyett másik nőre kell áttennie libidóját.

#### A PSZICHOSZEXUÁLIS FEJLŐDÉS NEOFREUDISTA MODELLJE

K. Horney (1973), a ma már klasszikusnak számító neofreudista és követői *Issam Ih. Al.* (1980) szerint nem a lányokra jellemző a péniszirigység, hanem a fiúkat jellemzi a nők iránti irigység, a nők biológiai kreativitása miatt. Véleményük és tapasztalatuk szerint a



lányok büszkék biológiai kreativitásukra. A férfiak viszont az ez iránti irigységmotívumtól vezérelve termelik ki – a szublimálás eszközeivel – a munka-, a teljesítményorientált értékrendet.

## SZOCIALIZÁCIÓS, TANULÁSELMÉLETI MODELL

*H. Sas J.* (1984) „Nőies nők és férfias férfiak. A nőikkel és férfiakkal kapcsolatos társadalmi sztereotípiák eredete és szocializációja” című munkájában irodalmi összegzések és saját kutatásai alapján elemzi a férfias és nőies magatartásformák kialakulását, eredetét és működését. Megállapítja, hogy „napjainkban a férfiasság és nőiesség normái változóban, elmozdulóban vannak”. Ha az új szerepek új magatartások, új készségek elsajátítását követelik és ezek új normakövetelményekként fogalmazódnak meg, akkor az Én újfajta értelmezése indulhat meg. Ez azonban a társadalom gazdasági, kulturális, emberi lehetőségeinek változásait is igényli. „Azaz a férfiasság és nőiesség követelményeinek tartalma szoros összefüggést mutat a gazdasági tényezőkkel. Ez a jelenség is bizonyítja a sex-role követelmények történetiségét.”

*Bandura A.* (1959, 1963, 1969) elméletében az identifikációt az utánzással helyettesíti. A gyermek minél jobban modellál, annál több jutalmazó figyelmet kap a szülőtől, ami tovább növeli az utánzás lehetőségét. A szocializációs folyamat egyik legizgalmasabb kérdése a gyermekkorban elsajátított minták megőrzésének a folyamata. „A gyermek az obszervációs tanulás során olyan viselkedésmintákat sajátít el, amelyek mindaddig – néha sok éven át – nem alkalmazhatóak, míg a gyermek a megfelelő életkort vagy szociális státuszt el nem éri.” Az ellesett minták két szinten vésődnek, gyermekkorban a szerepjátékokban, majd pubertáskorban a fantáziákban.

## BIOLÓGIAI MEGHATÁROZOTTSÁG MODELLJE

Különböző elméletek értenek egyet abban, hogy a nemi identitás kialakulásában a társadalmi normáknak, hatásoknak nagy szerepe van.

A modern biológiai kutatások hívják fel a figyelmet arra, hogy a nemiségnek, a nemi tulajdonságok kialakíthatóságának biológiai szintű meghatározottságai is vannak.

*Sears P.* (1953) vizsgálatai szerint a kisfiúk és kislányok korai manipulációs játékaiban különbségek vannak. A fiúk kemény, szögletes, míg a lányok puha játékokat részesítenek előnyben.

EEG vizsgálatok eredménye szerint eltérés van a fiúk és lányok között. A fiúknál gyakrabban és több theta-aktivitás (agresszió, éretlenség jele) jelenik meg, mint a lányok esetében.

*Lewin K.* (1972) férfiak és nők között eltérést talált abban a vonatkozásban, hogy a nők mezőfüggőbbnek mutatkoznak, mint a férfiak. Azaz a két nem között eltérés van abból a szempontból, hogy a nők önmaguktól nehezebben vonatkoztatnak el, mint a férfiak.

A biológiai meghatározottságot vizsgáló modellel szemben ennek kritikája is megfogalmazódik. *Hampson J. L.* (1965) olyan gyermekeket vizsgált, akiknél születéskor elnézték a kromoszomális nemet (sex-rolle), és az ellenkező nem szerint keresztelték el és nevelték (gender-rolle). Az eredeti nem csak a 4. életévben vagy azt követően derült ki. Vizsgálatai alapján megállapítja, hogy a nevelés döntőbb volt, mint a biológiai meghatározottság. Ez különösen akkor lényeges – mint mondja –, ha műtéti megoldásra is szükség van, mert helyesebb a korrekciót a nevelt nem figyelembevételével megtervezni.

A biológiai meghatározottságot vitató kutatások közül a legismeretesebb *Harlow H. F.* (1965) munkássága, aki Rhesus majmokkal folytatott kísérletei alapján megállapítja, hogy az ösztönösnek tartott magatartásformák (kopuláció, anyaság) is környezeti hatásokra, a szocializáció folyamatában alakulnak ki és rögzülnek.

## A NEMI ATTITÚD MÉRÉSI LEHETŐSÉGEI

A nemi attitűd mérésére több lehetőség kínálkozik. A legkézenfekvőbb ezek közül a nemhez kötődő tulajdonságok és viselkedésmódok kognitív reprezentálódásának mérése. Az idevonatkozó kutatások kiemelik, hogy a nemi szerephez kötődő tulajdonságok nem

polarizáltak jelennek meg a két nem vonatkozásában (pl. a férfiak racionálisak és ezzel szemben a nők érzelmesek), hanem tulajdonságötvözetek, dominanciák a jellemzőek.

Azaz a férfiak másként racionálisak, másként érzelmesek, mint a nők.

*Horváth J. és Ranschburg J.* (1980) kidolgozták a maszkulinitás-feminitás tesztet. A teszt 48 tulajdonságot sorol fel, melyet a vsz-nek rangsorolnia kell énkép és énídeál vonatkozásában. A tulajdonságokat 4 faktorba sorolják és értékelik (Karrier, Einstein, Ibolya, Tyúkanyó) az összpontszám mentén. A faktorok eloszlása, az elért érték nagysága és iránya jelzi a nemi szerepidentitás maszkulin, illetve feminin dominanciáját.

## A VIZSGÁLAT KÉRDÉSFELTEVÉSE

Elemezni kívántuk, hogy a reprodukciós korban lévő korosztály tudati szinten milyen nemiszerep-tulajdonságokat minősít napjainkban nőiesnek, illetve férfiasnak. Ezekben a nemi szerepekhez kötött tulajdonságdominanciákban polarizálódottan jelenik-e meg a két nemet jellemző nemi identitás, avagy nyomon követhető-e a megváltozott gazdasági-kulturális okok miatt egy közeledési folyamat.

## A VIZSGÁLATI MÓDSZER

Kitűzött kérdésfeltevésünknek megfelelően reprodukciós korban lévő 20–35 év közötti személyektől írásban kértünk választ arra vonatkozóan, hogy milyen tulajdonságokat tartanak jellemzőnek és kívánatosnak mind a férfiak, mind a nők vonatkozásában. Az általa és benne megfogalmazott tulajdonságok közül ötöt-ötöt írjon le.

## A VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK ÖSSZETÉTELE

Vizsgálati mintánk több szempontból sem reprezentatív. Először is valamennyien reprodukciós életkorban vannak, 20 és 35 év közöttiek. Másodsorban valamennyien magasabb iskolai végzett-

ségűek, azaz vagy főiskolai, illetve egyetemi hallgatók, vagy tanulmányaik befejezése után végzettségüknek megfelelő munkakörben dolgoznak (többségük az egészségügy területén). Azaz a szocioökonómiai státust tekintve mintánk több szempontból homogén.

Összesen 300 főt kérdeztünk meg, 200 nőt és 100 férfit. Családi állapot tekintetében mintánk megoszlása a következő: 75%-uk házasság előtt álló és 25%-uk házas, közülük 19%-nak van gyermeke.

Az általunk választott populáció véleményét a vizsgált kérdéskör szempontjából lényegesnek tartjuk, mert egyrészt a közgondolkodást tükrözi, másrészt a megkérdezettek munkájuk révén a véleményalkotó réteghez tartoznak (pedagógusok, védőnők, orvosok).

## AZ ADATOK FELDOLGOZÁSA

A spontán adott tulajdonságokat összegyűjtöttük, majd az előfordulási gyakoriság alapján rangsoroltuk. Az adatfeldolgozás során az első 15 és az utolsó 10 helyen szereplő tulajdonságokat értelmeztük.

## A VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

A rangsorolás alapján kialakított tulajdonságlistából levonható következtetések:

A férfiak és a nők egyaránt szélesebb tulajdonságlistát állítottak fel a nők számára, és szűkebb tulajdonságsorral jellemzik a férfiakat (a nőies 92, a férfias 51 tulajdonsággal jellemzett).

A nőies és férfias megítélésében nincs eltérés a két nem között. Azaz mindkét nem első 15 és utolsó 10 helyen szinte azonos ítélettel és elvárással fordul a saját és az ellenkező nem felé.

### *Előre rangsorolt tulajdonságok*

Nőies:

gyöngéd  
ápolat-tiszta  
kedves  
családcentrikus  
otthonteremtő, otthon szerető  
csinos  
házas  
gyermekszerető  
vidám  
vonzó  
érzelmes-érzékeny  
kecses  
gondoskodó  
okos-intelligens  
megértő

Férfias:

határozott  
erős  
bátor  
okos-intelligens  
izmos-sportos  
udvarias  
ápolat  
vonzó  
kemény  
figyelmes  
célratörő  
kedves  
gyöngéd  
racionális  
magabiztos

### *Alacsony gyakoriságú tulajdonságok*

erélyes  
aggódó  
érzéki  
fantáziadús  
félénk  
finom  
kötelességtudó  
kiszámíthatatlan  
labilis-hisztis  
simulékony

érzelmet eltitkoló  
erőszakos  
érdeklődő  
következetes  
gyermekded  
praktikus  
szabad-független  
hideg  
uralkodó  
türelmetlen

Az általunk vizsgált populáció életkori megoszlását és családi állapotát is figyelembe véve a tudatszinten reprezentálódó nemiszerep-tulajdonságok megítélésében nem találtunk eltéréseket.

A fentiek alapján megállapítható, hogy az általunk vizsgált populáció ítélet- és elvárásrendszerében polarizált tulajdonságok mentén jelenik meg a férfias és nőies magatartásforma.

## A VIZSGÁLATBÓL LEVONHATÓ KÖVETKEZTETÉSEK

Az általunk fölített kérdés, mint azt már jeleztük, a következő volt: „Az Ön által jellemzőnek tartott tulajdonságok alapján jellemezze a nőiesnek és férfiasnak tartott személyiséget. Ezek közül a tulajdonságok közül írjon le legalább ötöt-ötöt.”

Kérésünket tehát úgy fogalmaztuk meg, hogy az a szociális nemi szerep-magatartás leírását hívja elő. A válaszként adott tulajdonságok finom szemantikai elemzése azonban sokkal mélyebb, a nemi identitás elemzéséhez ad támpontokat, nevezetesen:

– A férfiasnak minősített tulajdonságok, mind az előre rangsoroltak, mind az alacsony gyakoriságúak implikálják a szexuális nemi szerep aktív, sikeres betöltéséhez szükséges érzelmi beállítódást és magatartásformákat. Pontosabban a férfinak a coitus-hoz szükséges testi és pszichés állapotát (határozott, erős, bátor stb...).

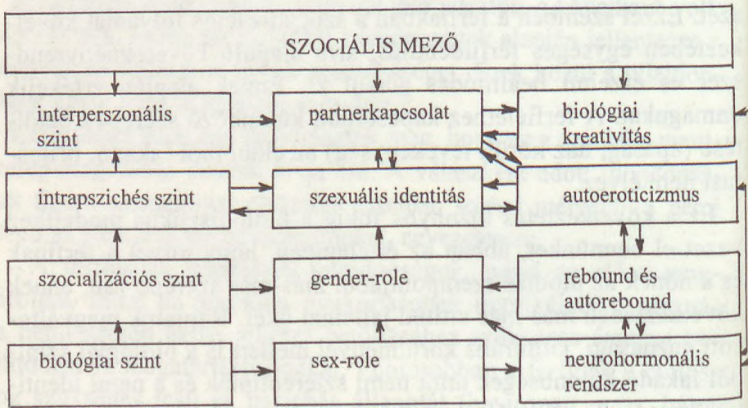
– Ezzel szemben a nőiesnek minősített tulajdonságsor inkább a különböző női szerepekkel való identitás irányaira mutatnak. Az előre rangsorolt tulajdonságok kifejezetten az anyaszerep, háziasszonyszerep betöltésének fontosságát sugallják, sőt követelik meg (gyöngéd, családcentrikus stb.). Csak az alacsony gyakorisággal szereplő tulajdonságsorban kap szerepet a szexuális nőiszerep-identitás kifejezésformája.

A fentiek arra engednek következtetni, hogy a lányokat elsősorban az anyaszerep és a háziasszonyszerep sikeres betöltéséhez szocializálják, a felnőtt nőtől is ezt várják el elsősorban. A női nemi identitás betöltéséhez szükséges érzelmi azonosulás fontossága háttérbe szorítottan működik. Ezzel szemben a fiúk szocializációjában és a férfiakkal kapcsolatos elvárásokban egységes nemi szerep-identitás fogalmazódik meg. Ennek az attitűdnek szublimált, társadalmi szintre emelése a domináns. Ennek a nemi szerepbetöltésnek, szocializációs folyamatnak és nemi identitáskülönbségnek a kiemelését azért tartjuk lényegesnek, mert ez egyben értékrendet és életvitelt is meghatároz. A nők neveltetésük alapján elsősorban funkcióik alapján értékelik önmagukat, azaz

abban, hogy háziasszonyként, anyaként megfelelőek-e, és a pszichofizikai eroticizmus csak ezek után képezi az önértékelés részét. Ezzel szemben a férfiakban a szocializációs folyamat következtében egységes férfiidentitás, arra alapuló követelményrendszer és érzelmi beállítódás alakul ki. Ennek alapján értékelik önmagukat. A férfiülethez kapcsolódó különböző szerepek betöltése (apaság, ház körüli tevékenység) az előbbiből fakadó, primátust nem élvez.

Ez a következtetés bizonyos fokig a biologisztikus modellhez vezet el bennünket, abban az értelemben, hogy mivel a férfinak és a nőnek az utódlás szempontjából más-más szerepe van, ennek következtében más-más attitűd jellemzi őket. Napjaink megváltozott gazdasági, kulturális körülményei mellett is a biológiai szintből fakadó különbségek mint nemi sztereotípiák és a nemi identitás összetevői, alig változó módon megjelennek. A problémát ott látjuk, hogy a két nem az egész élet során egymásra utalva él szociális és nemi szinten egyaránt. Egymás életét teszik teljessé vagy fosztják meg egymást a teljesség élményétől. A szocializációs folyamat azonban az anyaszereppel kapcsolatos identitást, attitűd primátusát és magatartásforma dominanciáját követelményként állítja. Vajon összefügg-e ez a válások nagy számával, a családok szétesésével? Véleményünk szerint ugyanis a férfiaktól elvárt egységes férfiidentitás következménye az apa- és a férjszerep betöltésével járó attitűd és magatartásforma. Ezzel szemben az anya- és a háziasszonyszerep-identitás primátusa ellene is működhet a nőiszerep-identitásnak. Ez az egymástól eltérő identitás ellene dolgozhat a két nem egymásrautaltság-érzésének és a kölcsönös függés vállalásának. Ez elvezethet odáig, hogy kapcsolatukat csak a gyermek meglétével indokolják. Ez sok esetben a gyermeknek sem hasznos, arról nem is beszélve, hogy a házaspárnak sem.

A pszichoszexuális személyiségfejlődés dinamikus modelljét az alábbiakban összegezzük:



Mint az a dinamikus modellből is leolvasható, a pszichoszexuális személyiségfejlődés, a nemi identitás kialakulása mindkét nem esetében azonos struktúrákat érint. A különbségeket a szociális mező hatásai, követelményei alakítják ki.

Természetesen tisztában vagyunk avval, hogy kérdésfeltevésünk és a vizsgálatunkból levont következtetések további kutatómunkát igényelnek. Fontosnak tartottuk azonban felhívni a figyelmet arra, hogy az identifikációs folyamatban a nemiszerep-tulajdonságok milyen mértékben képezik a nemi identitás részét, amely egyben a személyiség alapja is.

## IRODALOM

- Bandura A.–Walters R. H.* (1959): Adolescent Agression. Ronald Press, New York.
- Bandura A.–Ross D.–Ross S. A.* (1963): A comparative test of the status envy, social power and secondary reinforcement theories of identificatory learning. *J. Abnorm. and Sex. Psychol.*, 67.



- Bandura A.* (1969): Social learning theory of identificatory processes. In: Goslin D. (szerk.): Handbook of Socialization Theory and Research. Round Mcnally College Publishing Co., Chicago.
- Freud S.* (1943/a): A lélekelemzés legújabb eredményei. XXXIII. A nőesség.. Ampelos Könyvek, Debrecen.
- Freud S.* (1943/b): Bevezetés a pszichoanalízisbe (28 előadás). XX. Az ember nemi élete. XXII. Libidó fejlődés és nemi megszerveződése. Somló Béla kiadó, Bp.
- Hampson J. L.* (1965): Determinants of Psychosexual Orientation. In: Sex and Behavior (szerk.: Beach F. A.). Wiley and Sons INC, New York.
- Harlow H. F.* (1965): Sexual Behavior in the Rhesus Monkey. In: Sex and Behavior (szerk.: Beach F. A.). Wiley and Sons INC, New York.
- Horney K.* (1973): Feminine Psychology. The Norton Library. New York, W. W. Norton and Company INC.
- Horváth I.-Ranschburg J.* (1980): Maszkulin-feminin értékelő dimenzió serdülőknél. M. Pszich. Sz., XXXVII. 4.
- H. Sas J.* (1984): Nőies nők és férfias férfiak. A nőekkel és férfiakkal kapcsolatos társadalmi sztereotípiák élete, eredete és szocializációja. Akadémiai Kiadó, Bp.
- Issa Ih. Al.* (1980): The Psychopathology of Women. Prentice-Hall INC, Englewood Cliffs, N. J.
- Lewin K.* (1972): A mezőelmélet a társadalomtudományban. Gondolat Könyvkiadó, Bp.
- Sears P.* (1953): Child rearing factors related to the playing of sex-typed roles. Am. Psychol., 8.



## AZ ANYASÁGGAL KAPCSOLATOS NEUROTIKUS ÁLLAPOT GYES ALATT

### A NEURÓZISVESZÉLY JELZÉSE

Kitűzött céljaink közé tartozott, hogy olyan, a gyakorlatban használható módszert dolgozzunk ki, amely előre jelezheti az ehhez az életciklushoz kapcsolódó neurózis-veszélyeztetettséget, úgy gondoljuk, módszerünk beilleszthető az egészségügyi alapellátás keretén belül a terhesgondozás feladatkörébe. Ugyanis az anya a graviditás időszakában, a törvények által előírt és biztosított módon legalább négy alkalommal köteles a terhesgondozáson megjelenni. Ezen időszak alatt a kialakult orvos-„beteg” és a védőnő-„beteg” kapcsolat lehetőséget biztosíthat arra, hogy a terhesség és a szülési szabadság időszaka alatt az általunk javasolt – rövid időt igénybe vevő – neurózis-szűrővizsgálatot elvégezzék.

Abban az esetben, ha a nő neurózisveszélyt mutat, tanácsolható számára, hogy a Gyes helyett inkább gyermeke bölcsődei elhelyezését kérelmezze, valamint szükség esetén a fenti okok miatt az egészségügytől pszichoterápiás támogatást is kaphatna. Ez természetesen más élethelyzet terhelést és dekompenzálódást okozhat, azért fontos, hogy a továbbiakban a megfelelő szakellátáshoz (pl. neurózisrendelés, pszichoterápiás rendelés, nővédelmi tanácsadás) irányítható az ilyen anya. Ez – ha szűkös keretek között is – egyaránt képviselné az anya és gyermeke érdekeit.

## A NEURÓZIS SZŰRÉSÉRE JAVASOLT MÓDSZER

- *Juhász P. és mtsai* (1978) által kidolgozott „Kérdőív a neurózis diagnózisához” (különös tekintettel a 4., 5., 6., 8., 9. itemekre). Gyermekkorai családját, szülei kapcsolatát szubjektív-érzelmi szinten „diszharmonikusnak” minősíti a válaszadó.
- Az anyaidentifikáció vizsgálata: az alacsony anyamodell-követés, azaz negatív anyaidentifikáció a jellemző: +3, 5 és -12 pont között.
- *Ranschburg J. és Horváth I.*: Maszkulinitás-feminitás skála. A maszkulinitás-feminitás skála 48 tulajdonság mentén vizsgálja az egyén gender-role dominanciáját. A súlyozott tulajdonságokat négy faktorba sorolja: „Ibolya”, „Karrier”, „Tyúkanyó”, „Einstein”, és az összesített összpontszám alapján polarizál. Énképvizsgálat: különös tekintettel „Ibolya” faktorban alacsony anyamodell-követés esetén: 0-nál nagyobb érték. A magas anyamodell-követés esetében: -15-nél nagyobb érték. A „Karrier” faktorban: -50-nél magasabb az összpontszám: -25-nél nagyobb érték, az anyasággal kapcsolatos neurotikus jegy. Nőiszerep-identitás (énkép): különös tekintettel, ha az anyaszerepet és feleségszerepet hátra rangsorolja (3-4-5-6. hely), és a dolgozónő-szerepet előre rangsorolja (1-2. hely).
- Gyermekvállalás motivációjának vizsgálata: főként, ha az anyaság vállalásával a férje – általa rosszul túrt – tulajdonságait reméli megváltoztatni, azaz a gyermek „eszköz” a partner manipulálására. Neurotikus jegy: +17 pont fölött.

A fenti módszerek alapján a neurózisövezetbe eső mutatók együttes jelenléte feltétlenül előre jelzi az ehhez az életciklushoz kapcsolódó neurózist. Az anya és gyermeke érdekét egyaránt képviselné az anya pszichoterápiás módszerrel történő segítése, melynek célja, hogy megelőzze, illetve feloldja az anyában meglévő és az anyaszereppel kapcsolatos ambivalenciákat.

Ebből a célból javasoljuk a következő módszerünket.

## FELKÉSZÍTÉS AZ ANYASÁG ÁTÉLÉSÉRE

Mivel vizsgálataink igazolták, hogy a neurotikus csoportba tartozó anyák további szülési kedve jóval alatta marad a sine morbo csoportba tartozó nőkének, arra következtettünk, hogy az anyaság vállalással és a hagyományos női szerepekkel is összefüggésben megmutatkozó neurotikus tünetek megelőzése szélesebb értelemben vett társadalmi érték. Azaz, bizonyos értelemben túlmutat a mentálhygiénés célokon.

Ezért célul tűztük ki, hogy a vizsgálati eredmények birtokában csoportterápiás módszert dolgozzunk ki, amely már a graviditás időszaka alatt segít az anyaságra való felkészülésben, annak harmonikus átélésében. Ezen keresztül elérhetővé válna, hogy születendő gyermekével a kapcsolata a szülés pillanatától bensőségebb legyen, jobban tudjon önmagával és gyermekével is bánni, és mindez elvezethet ahhoz, hogy szülési kedvét megtartsa a jövőre nézve is. Munkánkra – úgy érezzük – azért van szükség, mert bár társadalompolitikai intézkedések segítik és szorgalmazzák a háromgyermekes családmódellet, ezzel szemben a valóságban – mint azt a demográfiai adatok mutatják – egyre gyakoribb az egygyermekes család, pedig „társadalmunk, jelenünk felfogható úgy is, mint apáink öröksége, de úgy is, mint kölcsön jövőnktől – gyermekeinktől”. Ennek háttérében több tényező húzódhat meg.

Mi a pszichológiai okok közül kiemeljük azt a tapasztalati tény, hogy a szülési kedvet rontja, ha az anyának első gyermekével való kapcsolata a megfelelő felkészülés (hozzáértés, érzelmi sérelmek stb.) hiánya miatt nem eléggé harmonikus, és emiatt sem vállal több gyermeket. Ezért célul tűztük ki, hogy pszichológiai eszközökkel megpróbáljuk segíteni, az egyének szintjén, az anyaság harmonikus megélését. Ennek érdekében új módszert alakítottunk ki, amely az ismeretnyújtást és a csoportterápiás módszert ötvözi, úgy véljük, hogy az általunk kidolgozott *tematikusan orientált csoport-pszichoterápia* hathatós, támogató és fejlesztő hatású, részben az ismeretnyújtás, részben az önismeret fejlesztése által. Az általunk szervezett tematikusan orientált csoport-pszichoterápiás ülések egyúttal további kutatómunka alapját képezik.

# A KIALAKÍTOTT MÓDSZER

## A FOGLALKOZÁS SZEMPONTJAI

Az általunk előre megtervezett tematikusan orientált csoport-pszichoterápia terapeuta-koterapeuta vezetésével, megfigyelő bevonásával és 12–15 fő állandó részvételével történik. A csoport átlag fél éven át, heti egy alkalommal 1,5 órában működik együtt.

A tematikusan orientált csoport-pszichoterápia kettős célt szolgál: ismeretnyújtást és a csoporttagok szabad interakciós áramlásán keresztül emocionális korrekciót. A csoporttagok kiválasztásához a területileg illetékes terhesgondozó orvosai, védőnői, valamint a szülészeti és nőgyógyászati osztály orvosainak javaslatát kérjük.

A csoporttagok kiválasztásánál a következő szempontokat tartottuk lényegesnek:

- a csoporttagok a terhesség első trimeszterében időszakában kerüljenek a csoportba, és első gyermeküket várják
- szabad döntés alapján vállalják, hogy folyamatosan részt vesznek a foglalkozásokon (kb. fél éven keresztül heti 1,5 órában)
- a csoporttagok 18–30 évesek
- a csoportba való indikáció szempontjából pozitívnak tartjuk, ha pszichiátriai szempontból sine morbo, esetleg a fenti szempontok szerint a neurózis veszélyeztetettséget mutat

A csoport-pszichoterápiában való részvétel szempontjából kontra-indikációnak tartjuk a következőket:

- a generációs pszichózis veszélye
- a komoly szomatikus károsodás.

## A KIALAKÍTOTT TÉMABLOKKOK

Egy-egy témablokk feldolgozása átlag 4 csoport-pszichoterápiás ülés keretén belül történik.

### 1. Családtervezés

Ebben a témakörben a gyermekvállalás motivációit és feltételeit beszéljük meg. A terhes és a magzat fejlődése szempontjából veszélyes háttértényezők feltárása (szociális helyzet, életvitel stb.) és a korrekciós lehetőségek keresése a célunk.

2. Gyermekvárás (a jövőendő anya szubjektív emocionális viszonyulása a megszületendő gyermekéhez).

Ebben a témakörben az anyának a megszületendő gyermekéhez kapcsolódó vágyai és az anyára, valamint a családra háruló felelősség átgondoltatása a célunk.

3. Anyai attitűdrendszerek

Ebben a témablokkban a pszichológiai szempontból helyesnek és kívánatosnak tartott anyai viselkedés főbb oldalainak gondolati szintű megfogalmaztatása a fő szempont.

4. Az apai feladatokról alkotott elgondolások

A férjhez vagy a tartós társhoz mint jövőendő apához fűződő elvárásrendszerek átgondoltatása, és ezek reális szintre emelése a célja ennek a témablokknak.

5. Házastársi kapcsolat

A házastársi párkapcsolat struktúrája és családdá szervezésének folyamata kerül megbeszélésre.

6. Gyermekgondozás, gyermeknevelés

Ezen a témablokkon belül demonstrációs anyag: video, magnófelvétel, dia stb. felhasználásával célunk az, hogy a csoporttagokat felkészítsük a gyermek reakcióinak megértésére, és az ezekre való – célszerű – reagálásokra.

7. Összefoglaló ülés

Az összefoglaló ülés keretében a csoporttagokkal együtt értékeljük a féléves munkát. Javaslatokat és véleményeket kérünk, valamint egy rövid szubjektív értékelést a résztvevőktől.

## A MUNKA TOVÁBBI HASZNOSÍTÁSA

Úgy véljük, a fenti témák megtárgyalása során a fiatal anyák elképzelései közelebb kerülnek a realitáshoz azáltal, hogy jobban megismerik a rájuk váró feladatokat, tisztázzák saját képességei-

ket, hajlamaikat, elvárásaikat, a házastársukhoz fűződő viszonyukat stb., Mindez segíti, hogy érettebben és alkalmasabban kezdhetnek életük egyik legszebb és legnehezebb feladatához, az anyasághoz.

Elgondolásunk szerint eme munkánk tapasztalatai a későbbiekben a gynekológusok és a védőnők munkájához nyújtana olyan támpontokat, amelyek a gyakorlatban hasznosíthatók.

Úgy gondoljuk, a csoport-pszichoterápiás ülések folyamán összegyűjthetők (megfogalmazódnak a csoporttagok részéről és így a munka során korrigálhatóvá válnak) azok a kérdéskörök, amelyek a legkritikusabbak az anyai személyiség – szerep – kialakulása szempontjából. Kiderülhetnek azok a mozzanatok és elemek, amelyek ezt a folyamatot előnyösen vagy hátrányosan befolyásolják. Az 1986/87. évben a hódmezővásárhelyi védőnők saját élményük alapján, vezetésünkkel elsajátították ezt a tematikusan orientált csoport-pszichoterápiás módszert. Beszámolóik szerint a fenti módszer, illetve a módszer egyes elemeinek alkalmazása intenzívebbé teszi az anyákkal és családjukkal a foglalkozásokat. Véleményük szerint a módszer hatásos, jól alkalmazható.

## AZ ANYASÁGGAL KAPCSOLATOS NEUROTIKUS ÁLLAPOT KIALAKULÁSA ÉS FOLYAMATA

Egy budapesti nagyvállalat 1978-ban Gyesen lévő 798 nődolgozója közül véletlen mintavétellel választottuk ki azt a 200 anyát, akiket munkánk során a pszichológia módszerével vizsgáltunk.

Vizsgálatunk célja az volt, hogy operacionalizáljuk a publicisztikából közhasználatúvá vált ún. Gyes-neurózis jelenségkörét, és feltárjuk pszichológiai, szociálpszichológiai okait. Teoretikusan úgy definiáltuk a Gyes-neurózist, hogy a neurotikus tünetmanifesztáció részben az anyaságvállalással szembeni ambivalenciákkal, illetve elutasítással, részben a Gyes-szituációban előtérbe kerülő ún. tradicionális női szerepkör és a munkahelyről való kiszakadás frusztrációjával kapcsolatos.

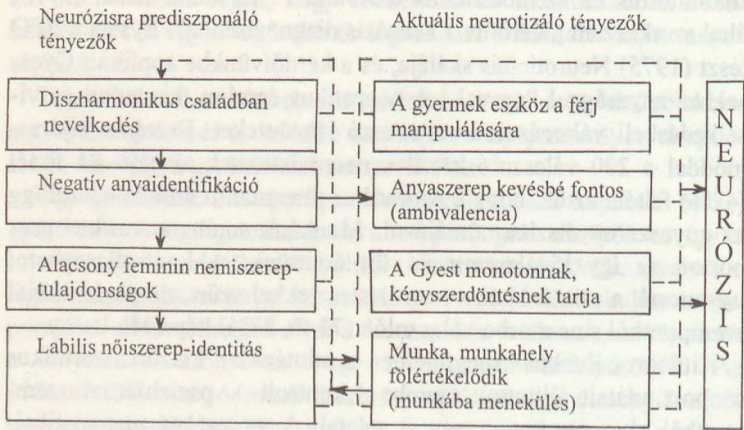


A neuroticitás szűrésére használt teszteljárások értékelése során finomítottuk és szembesítettük a *Juhász P.* és munkatársai (1978) által szerkesztett „Kérdőív a neurózis diagnózisához”. Eysenck EPQ teszt (1975) Neuroticitás skálája, és a kérdőívünkbe applikált Gyesel, az anyasággal kapcsolatos neurotikus érzelmi, hangulati és viselkedésbeli változásokra vonatkozó ismereteket. Ezzel az eljárás-móddal a 200 válaszoló közül a neurózistesztek alapján 84 főnél (42%) feltételeztük, hogy a neurotikus tünetmanifesztáció összefügg az anyaszerep diszharmóniájával. Munkánk során neurotikus csoporton az így kiválasztott 84 főt értettünk. A kontrollcsoportot ugyancsak a mintánkból a neurózistesztekkel szűrt, de pszichiátriai szempontból sine morbo válaszolók (73 fő, 37%) képezték.

Kitűzött célunknak megfelelően a mintánkból kiszűrt neurotikus csoport adatait állítottuk szembe a kontroll- – pszichiátriai szempontból sine morbo – csoport adataival, és ezeket matematikai-statisztikai módszerekkel elemeztük. Az elemzések célja az volt, hogy feltárjuk azokat a szignifikánsan kimutatható pszichológiai és szociálpszichológiai különbségeket, amelyek meghatározott met-szetben jellemzik az emberi életviteli különbségeket. Továbbá, amelyek jelentős szerepet játszanak abban, hogy neurózist, illetve pszichiátriai szempontból sine morbo állapotot eredményezzenek.

Az ebben az életciklusban neurózisnak bizonyult állapot – neurózisra predisponáló és aktuális neurotizáló faktorok – összefüggésrendszerét a következő hipotetikus modellen próbáljuk szemléltetni (*1. táblázat*).

Eredményeinkből kirajzolhatók azok a neurózisra predisponáló tényezők, amelyek a személyiség kialakulása során megzavarják a pszichoszociális énefejlődést. A bizonytalan, labilis énszerkezet talaján döntési bizonytalanság és ehhez kapcsolódóan a felelősségáthárítás, az alacsonyabb felelősségvállaló készség is kialakult. Mindezek szorosán az ún. természetes női szerepek szintjén érvényesülnek. Okai: a diszharmonikus családszerkezetben nevelkedés, a negatív anyaidentifikáció, az anyaszerep vállalásának ambivalenciája, illetve eme szerep érzelmi elutasítása. Inkább a férje és a felnőtt családtagok igényének tesz eleget. Az anyaszerep és a Gyes-helyzet vállalá-



sa így nem belső azonosulásból történik. A részben megélt önértékelési zavart és kapcsolati feszültségeket egyrészt irracionális – mágikus, így természetesen kudarcra ítélt – elvárásrendszerrel próbálják feloldani. (A gyermek „eszköz” a férj rossz tulajdonságainak megváltoztatására.) Másrészt a számukra feszültséget okozó szituációikból kívánnak kilépni (munkahely, v. s. Gyes-preferencia), amelyet motivál, hogy nemiszerep-tulajdonságai az emancipáltabb értékrend irányába eltérnek az ún. hagyományos feminin tulajdonságokról, és a Gyes-helyzetet, az otthonorientált feladatköröket monotonnak, unalmasnak, ennyiben feszültségkeltőnek élik meg. Mindezek mellett jelentősen módosítják a személyiség alakulását a szélesebb értelemben vett mikro- és a makroszociális hatások is, amelyeket vizsgálatunk csak nagyon érintőlegesen tárhatott fel.

E bonyodalmak interperszonális és interpszichés konfliktussorozatok, amelyek összefüggésrendszerként alkotnak. A neurózisra predisponáló hatások és az aktuális neurotizáló tényezők, azaz a Gyesben kiélezetten jelen lévő ún. hagyományos női szerepkör, és ezen belül az elsődleges anyaszerep számukra kevés örömet okoz, inkább csak súlyos terheknek megélt negatív élmény.

A vizsgálat eredményei alapján tett megállapításaink részben általánosságában ragadják meg a nők neurotizálódásának mechanizmusát. Ugyanis az ellentmondásos, igen sok tradicionális elemet tartalmazó társadalmi hatások következtében a hagyományos női szerepek (anya-ság, feleség szerep, otthonon belüli feladatok ellátásának betöltése) a nők számára általában ma is külső és egyben társadalmi követelményként jelenhetnek meg. Ha ezeknek a feladatoknak az ellátására a nő kevésbé alkalmasnak bizonyul (mások, de elsősorban önmaga előtt), ez olyan tartós külső és belső konfliktussorozatot okoz, amely neurózist eredményezhet. Mindez nem jelenti azt, hogy azok a nők, akik harmonikusan illeszkednek az anyaszerepbe, elutasítják az otthonon kívüli feladatok (munka, közéletiség stb.) fontosságát. Természetesen eredményeinkkel a témát korántsem tekintjük lezártnak: a nőiszerep-vállalás bonyolult kérdésköre további intenzív kutatómunkát igényel.

## A SZEREPIDENTITÁS VIZSGÁLATA (ÉNKÉP, ÉNIDEÁL, ANYAKÉP)

### A SZEREPIDENTITÁS (ÉNKÉP) VIZSGÁLATI MÓDSZERE

Az általunk vizsgált legfontosabbnak tartott 6 szerep mindegyikét egymással szembeállítottuk. Ezek 15 párt alkottak. Azt kellett a vizsgálati személynek eldöntenie, hogy pl. inkább anyának vagy háziasszonynak érzi-e magát a jelenlegi Gyes-helyzetben stb. Minden döntésére 1 pont értéket kapott. Attól függően, hogy egy-egy szerepet hányszor preferált a többi 6 szerephez viszonyítva (0–6 pontértékek), alakítottuk ki az egyén énképére jellemző szerepidentitás-skálát a pontértékek alapján csökkenő sorba helyezve.

### SZEREPFONTOSSÁGI IGÉNY (ÉNIDEÁL) VIZSGÁLATI MÓDSZERE

Az előbbieken leírt – nem túlságosan finom – módszert alkalmaztuk az énídeál vizsgálata során is. A kérdéseket azonban úgy tettük fel, hogy melyik szerepet választaná és melyik jellemezné

elképzelt, ideális „önmagát” (pl. anya szeretnék lenni vagy inkább dolgozó nő stb.).

#### AZ ANYÁRÓL KIALÁKÍTOTT KÉP (ANYAKÉP) VIZSGÁLATA

A vizsgálati személy az általunk vizsgált 6 szerepkategória fontossági sorrendjével jellemezte az anyját, a benne élő, az anyjáról kialakított kép alapján. A vizsgálati eljárás megegyezik az énkép, énídeál vizsgálatának módszerével. (Pl. Mi jellemezte inkább saját anyámat? Anya volt-e inkább vagy feleség? stb.)

#### A SZEREPIDENTIFIKÁCIÓS FOLYAMAT NÉHÁNY ELEMÉNEK FELTÁRÁSA

Vizsgálati módszert alakítottunk ki a szerepidentifikációs folyamat néhány lényegesebb háttértényezőjének felmérésére. Ezen belül elsősorban a vizsgálati személyek anyjukhoz kapcsolódó kognitív-emocionális viszonyulását vizsgáltuk. Az anyjáról mint a női szerepviselkedés modelljéről kialakított véleményéből következtettünk az anyával kapcsolatos identifikációs folyamat jellemzőjére (pozitív v. s. negatív anyaidentifikáció).

#### A GYERMEKKORI CSALÁD FŐBB JELLEMZŐI

Vizsgálatunk kiterjedt a vizsgálati személy gyermekkori családjának főbb jellemzőire is. Ezen belül a saját szülei házasságáról alkotott véleményét vizsgáltuk (direkt kérdés formájában, majd annak indoklását is kértük).

#### Harmonikus szülőkapcsolat

A vizsgálati személy minősítése alapján a gyermekkori családját és ezen belül szülei kapcsolatát harmonikusnak („egymást segítő”, „konfliktusok megoldására törekvő” stb.) tartotta.

## Diszharmonikus szülőkapcsolat

A vizsgálati személy gyermekkori és ezen belül elsősorban szülei kapcsolatát diszharmonikusnak („egymással indulatos”, „feszült”, „szeretetlen”, „ellenséges”, „nemtörődöm”, „szélsőséges indulatokkal terheltnek” stb.) minősítette. Ide soroltuk a válás vagy haláleset miatt a csonka családban vagy állami gondozásban nevelkedett vizsgálati személyeket is, akik emiatt minősítették diszharmonikusnak gyermekkori nevelkedésüket.

## AZ ANYÁVAL KAPCSOLATOS IDENTIFIKÁCIÓS FOLYAMAT VIZSGÁLATA

Az általunk vizsgált 6 női szerep mindegyikét egy-egy állításba foglaltuk. Pl. „Olyan feleség akarok lenni, mint az anyám” stb. Öt fokozatú skálán ítélte meg a kérdezett, hogy a követés vagy nem követés fokozatai reá mennyire jellemzők.

Mint az anyám:

- teljesen olyan akarok lenni
- lényeges dolgokban olyan akarok lenni
- nem tudok dönteni (arra kértük a kérdezetteket, hogy ezt a választ, ha lehet, inkább kerüljék el)
- több dologban nem akarok olyan lenni
- egyáltalán nem akarok olyan lenni.

A válaszokat két szempontból értékeltük.

Az anyamodell értékképző ereje. (Az anya – szerepviselkedése – nem követendő dimenziókkal értékelt, az 5 fokozatú skála első két fokozata jelzi a követést, a másik három a nem követést.)

Az anyával kapcsolatos identifikáció jellemzője: a válaszok finom szerkezetét mind az 5 válaszlehetőség külön figyelembevételével vizsgáltuk. Az 5 válaszlehetőséget rendre +2,5, +1, -0,5, -1, -2 értékkel súlyoztuk, majd a választási összpontszám alapján alapcsoportokat képeztünk.

- *Magas anyamodell-követő csoport* (az összpontszám +15 és +4 között). A magas anyamodell-követés mutatóból az anyával kapcsolatos pozitív, pszichoszociális énefejlődést segítő identifikációs folyamatra következtettünk (*Erikson 1969 nyomán*).
- *Alacsony anyamodell-követő csoport* (összpontszám +3,5 és –12 pont között). Az alacsony anyamodell-követés mutatóból az anyával kapcsolatos ambivalens, illetve negatív érzellemmel kísért identifikációs folyamatra következtettünk, amely hátráltatja, illetve kedvezőtlenül befolyásolja a pszichoszociális énefejlődést (*Winch 1974 nyomán*).

## AZ ADATOK FELDOLGOZÁSÁNAK MÓDSZERE

Az előbbieken leírt mutatók, vagyis:

- szerepidentitás (énkép)
- szerepfontossági igény (énideál)
- az anyjáról kialakított kép (anyakép)
- a gyermekkori család főbb jellemzői közül a szülők kapcsolatának minősítése.

Az anyjával kapcsolatos identifikációs folyamat jellemzőjének értékeit az egyének szintjén – a mutatók szerint – kiszámítottuk. A következő lépésben a csoportba tartozás alapján összesítettük az értékeket. Az így kapott adat a csoportmutató. A csoportmutató értékeket állítottuk szembe egymással és értékeltük a matematikai statisztika módszereivel.

Mivel az anyasággal és a Gyes-helyzettel kapcsolatos pszichológiai-szociálpszichológiai okok vizsgálata során szignifikáns eltérések csak a neurotikus (84 fő) és a sine morbo (73 fő) adatai közt adódtak, ennél a vizsgálatunknál a neurotikus diszpozíciót mutató csoport vizsgált mutatók szerinti értékeit ugyan feltüntettük, de az elemzéseket csak a neurotikus és sine morbo csoport adatainál végeztük el. Az elemzéseket a szignifikancia- és a Wilcoxon-próbával végeztük. Az elemzés célja annak a vizsgálata, hogy a neurotikus és sine morbo csoportok eltérnek-e az alkalmazott szempontok szerint.

## HIPOTÉZISEK

### AKTUÁLIS NEUROTIZÁLÓ TÉNYEZŐK

Szerepidentitás és énkép adatai vonatkozásában. A neurotikus csoport tagjai jelenlegi Gyes-helyzetükben anyaszerepüket kevésbé értékelik, azaz szerepidentitásukban az anyaszerep nem az első helyen áll, kevésbé fontos számukra ez a feladat.

A másik legfontosabb, hogy az otthonon belüli feleségszerepükben kevésbé érzik önmagukat fontosnak, megbecsültnek.

Női önértékelésük bizonytalan (női szerep – pszichofizikai eroticizmus).

A neurotikus csoport tagjai számára a dolgozónő-szerep fontosabbá válik. Mivel az otthonon belüli szerepeiben magát elégtelennek éli meg, frusztrálódik, és ettől a munkába menekülne.

A szerepfonosságai igény (énideál) adatai között lényeges eltéréseket nem vártunk a két csoport között.

### NEURÓZISRA PREDISZPONÁLÓ TÉNYEZŐK

A neurotikus csoport tagjait inkább jellemzi, hogy általuk diszharmonikusnak minősített családszerkezetben nevelkedtek: „feszült”-nek, „ingerült”-nek, „szeretetlen”-nek stb. minősítik a szülők kapcsolatát.

Az anyával kapcsolatos identifikációs folyamat: a neurotikus csoport tagjait dominánsan ambivalens, illetve negatív érzellemmel kísért anyaérzelem, anyaidentifikáció jellemzi.

– az anya nőiszerep-viselkedését a neurotikusok inkább elutasítják,

– a neurotikus csoport tagjait alacsony anyamodell-követés igénye jellemzi. (Persze ha az anyamodell negatív, akkor e reakciót nem minősíthetjük negatívnak, de a pozitív modellhiánnyal számolnunk kell.)

## AZ AKTUÁLIS ÉS A NEURÓZISRA PREDISZPONÁLÓ TÉNYEZŐK ÖSSZEFÜGGÉSE

Feltételezzük, hogy a neurotikus csoport tagjai az ambivalens, negatív anyaidentifikáció talajáról nem, vagy alig tudják meghaladni az anyjuknál tapasztalt és általuk elutasított modell szereppreferenciáját.

### EREDMÉNYEK

#### AZ AKTUÁLIS NEUROTIZÁLÓ TÉNYEZŐK

A szerepidentitás-éncép adatai. Az egyén szintjén kapott szereppreferencia-értékeket csoport szinten összesítettük, szerepenként külön-külön, majd szerepenként megvizsgáltuk, hogy az adott szerepeket a csoport hány tagja preferálta az I., II., III., IV., V., VI. helyen. A neurotikus és a sine morbo csoport preferenciaértékeinek összehasonlítását khi négyzetpróbával végeztük.

Eredményeinket az alábbi táblázat foglalja össze (2. táblázat).

Az elemzés az aktuális neurotizáló tényezők pszichológiai okaira vonatkozó hipotéziseinket egy kivétellel igazolta. Kivételt képez a dolgozónő-szerep, ugyanis ezt a szerepet a neurotikus csoport tagjai a jelenlegi Gyes-helyzetükben, a szerepidentitásukban ugyanolyan fontosságúnak értékelték, mint a sine morbo csoport tagjai. Ez látványosan ellentmond annak a hipotézisnek, mely szerint a kérdőívben megadott válaszalternatívák alapján a neurotikusokra a munkahely preferálása a jellemző. De már ott is utaltunk arra, hogy a választások mögött a Gyes-szituációból való kilépés igénye húzódik meg. Az idevonatkozó hipotéziseink közül a többi igazolódott be, a neurotikus csoport tagjait labilis szerepidentitás jellemzi.



## 2. táblázat

Az énkép összehasonlításának adatai (abszolút számban) N = neurotikusok,  
SM = sine morbiók, NB = nem besorolhatók  
(a további táblázatokon is ezt a jelölést alkalmazzuk)

Szerep	Neuroticitás	Szereprangsor csoportjai						khi négyzet- próba
		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	
Anya	N	53	14	11	6	0	0	p = 0,05
	SM	57	13	2	1	0	0	
	NB	32	4	3	2	0	0	
Feleség	N	8	25	28	19	3	1	p = 0,05
	SM	6	39	18	5	1	0	
	NB	5	20	13	1	2	0	
Háziasszony	N	12	31	20	12	4	5	nem szignifikáns
	SM	3	23	26	15	4	2	
	NB	3	16	13	4	5	0	
Barátságok	N	0	0	7	4	24	49	nem szignifikáns
	SM	0	1	2	8	15	47	
	NB	0	5	0	3	8	25	
Női vonzerő	N	1	1	8	17	40	17	p = 0,08
	SM	1	3	8	17	41	3	
	NB	0	0	4	9	19	9	
Dolgozó nő	N	1	15	19	28	17	4	nem szignifikáns
	SM	1	8	24	28	8	4	
	NB	2	7	6	17	4	5	

## ANYASZEREPEK

A két csoport eloszlása  $p = 0,05$  szinten szignifikánsan eltér. Az anyaszerepeknek a neurotikus csoport tagjai kisebb jelentőséget tulajdonítottak. Számukra nem olyan fontos az anyaszerep, azaz szerepidentitásuknak kevésbé kiemelt része.

Ez az eredmény ugyanakkor olyan interpretálásra is lehetőséget ad, hogy a Gyes időszaka alatt azok az anyák válnak neurotikusok-

ká, akik számára az anyaság kevésbé fontos. Ez az adat megerősíti a kérdőív feldolgozása során kapott eredményeinket, amelyek szerint a neurotikus csoport tagjai inkább külső nyomásra, a férj manipulálása céljából vállalták a terhességet. A Gyes-helyzetet nem önálló döntések tartják. Ezzel szemben a sine morbo csoport tagjai számára az anyaság a szerepidentitás fontos és az önértékelés integráns része.

#### FELESÉGSZEREP

A feleségszerepben szignifikáns különbség van a két csoport között  $p = 0,05$  szinten. A neurotikus csoport tagjai a másik legfontosabb otthon-orientált szerepkörükben elégtelennek érzik magukat, a feleségszereppel kevésbé érzik jellemezhetőnek szerepidentitásukat a sine morbo csoport tagjaihoz viszonyítva.

A sine morbo csoport tagjai, mint az a számokból kitűnik, dominánsan a második helyen preferálják a feleségszerepet, amely biztonságosan illeszkedik szerepidentitásukba. Itt előzetesen utalnánk azokra az évideál adatokra, amelyek bizonyítják, hogy a neurotikus csoport tagjai elégedetlenek a sine morbo csoport tagjai elégedettek feleségszerepükben. Ez az adatunk megerősíti a kérdőív feldolgozása során kapott eredményeket, amelyek szerint a neurotikus csoport tagjai férjük tulajdonságaival – objektív vagy szubjektív ítélet alapján – elégedetlenek, illetve férjük apai viselkedését sem tartják kielégítőnek.

#### NŐI SZEREP (PSZICHOFIZIKAI EROTICIZMUS = NŐI VONZERŐ FONTOSSÁGA)

Ezen szerepfonosság önértékelésében a két csoport között gyenge  $p = 0,08$  szinten különbség mutatkozik. A neurotikus csoport tagjai szerepidentitásukban aláértékelik női mivoltukat, amely a női önbi-zalom hiányára enged következtetni. A terhesség és anyaság „mítoszai” gátat is képeznek az erotikus-szexuális férfi–nő kapcsolat terü-

letén. Az ifjú szülőknek szinte újra kell tanulniuk egymás testi kihívásait. Sok esetben a nőnek újra meg kell barátkoznia a saját testével is, és elfogadni, hogy partnere vonzónak találja. Ez az újra egymástartalás fontos feladat, különben könnyen az anyaság okozta „fáradtságba” menekül az erotikus szexuális igény elől.

Ezt támasztja alá, hogy a neurotikus csoport tagjai közül 84-ből 39-en vallották, hogy „a gyermek megszületése óta szexuálisan elhidegültem a férjemtől”, illetve a terhesség alatt is az okozott problémát, hogy „úgy éreztem, nem vagyok vonzó nő”. Tehát a nőszerep fontosságának értékelése intrapszichés és a férjjel kapcsolatos interperszonális kapcsolat szerint alakul.

#### A DOLGOZÓ (NŐ)-SZEREP

Ezt a hipotézisünket a kvantitatív elemzés nem igazolta. A neurotikus csoport és a sine morbo csoport tagjai közel azonos fontosságot tulajdonítottak eme szerepkörüknek. A kérdőív idevonatkozó itemjeinek feldolgozása – munkahely v.s. Gyes-preferencia – eredmények alapján a neurotikus csoport tagjai erőteljesebben vonzódnak a munkához és a munkahelyhez. Már ott felvetettük azt az interpretálási lehetőséget, hogy a neurotikus csoport tagjait jobban jellemzi a munka, a munkahely vonzása, mint a többi csoportét. Önértékelésük pozitív változását a munka ismételt felvételétől várják. Ebben motiváló tényezőként a számukra kínosnak, frusztrálónak megélt szituációból való kilépés, „menekülés” is szerepet játszik.

#### HÁZIASSZONYSZEREP, BARÁT(NŐ)-SZEREP (TÁRSAS KAPCSOLATOK)

Ezeknek a szerepeknek a fontosságátélésében szignifikáns eltérés – várákozásunknak megfelelően – nincs a két csoport között. Mindkét csoport szerepidentitásában azonos súllyal integrálódtak ezek a szerepek.

## A SZEREPFONTOSSÁGI IGÉNY (ÉNIDEÁL)

A csoportmutatót itt ugyanúgy képeztük, mint a szerepidentitás (énkép) esetében. A szakmailag fontos két csoport értékeit állítottuk szembe egymással és elemeztük khi négyzet próbával mind a hat szerepben külön-külön (3. táblázat).

Eredményeink szerint – várakozásunknak megfelelően – a két csoport között egyik szerepben sincs szignifikáns különbség. Tehát az ideálisnak és kívánatosnak elgondolt szerepfontosság értékelésében (énideál szinten) a két csoport értékrendje azonos.

3. táblázat

*Az énídeál összehasonlításának adatai (abszolút számban)*

Szerep	Neuroticitás	Szereprangsor csoportjai						khi négyzet-próba
		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	
Anya	N	55	12	10	5	2	0	nem szignifikáns
	SM	49	15	6	3	0	0	
	NB	34	4	1	1	0	1	
Feleség	N	12	44	16	10	1	1	nem szignifikáns
	SM	8	24	9	2	0	0	
	NB	6	24	9	2	0	0	
Háziasszony	N	3	13	27	14	11	16	nem szignifikáns
	SM	2	12	28	9	13	9	
	NB	0	10	13	6	8	4	
Barátság	N	2	2	7	8	19	46	nem szignifikáns
	SM	1	5	3	11	11	42	
	NB	0	2	4	4	4	27	
Női vonzerő	N	1	6	12	16	39	10	nem szignifikáns
	SM	2	7	10	15	35	4	
	NB	2	3	10	7	12	7	
Dolgozó nő	N	4	12	16	34	12	6	nem szignifikáns
	SM	4	12	12	28	10	7	
	NB	1	6	10	16	8	0	

Joggal vetődik fel a kérdés, hogy miért adódnak csoport szinten eltérések az énkép elemzésében, és miért nem jelentkeznek az énídeálban. Ezért a két vizsgálati szempontot hasonlítottuk össze.

#### A SZEREPIDENTITÁS (ÉNKÉP) ÉS A SZEREPFONTOSSÁGI IGÉNY (ÉNIDEÁL) ADATAINAK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

A következő lépésben külön a neurotikus és külön a sine morbo csoporton belül vetettük egybe, és a khi négyzetpróbával elemeztük az énkép és énídeál adatait, szerepenként külön-külön.

A neurotikus diszpozíció mutató csoport ide vonatkozó adatait megadjuk, de az elemzéseket ennél a csoportnál nem végeztük el, mint ahogy azt korábban indokoltuk (4. táblázat).

#### A FELESÉGSZEREPE

A neurotikus csoporton belül szignifikáns különbség van  $p = 0,05$  szinten. A számok azt tükrözik, hogy fontosabbnak kívánnák feleségszerepüket, mint amennyire az énképük alapján átélik.

Ezzel szemben a sine morbo csoport eme szempontok szerinti összehasonlítása szignifikáns eltérést nem mutat. Tehát a feleségszerepben sikeresnek, elégedettnek érzik magukat. Ezek az adatok nagy valószínűséggel megerősítik a szerepidentitás (énkép) összehasonlítása során tett megállapításunkat.

#### A HÁZIASSZONYSZEREPE

Ebben a szerepkategoriában a szerepidentitás (énkép) és a szerepfontossági igény (énideál) összehasonlító adatai között mindkét csoportnál szignifikáns különbség van  $p = 0,05$  szinten. A különbség iránya mindkét csoportnál arra mutat, hogy a jelenlegi Gyes-helyzetben vágyaikhoz képest nagyobb szerepet kap a háziasszonyi

## 4. táblázat

Az énkép és énídeál eltérésének adatai (abszolút számban)

Szerep	Neuroticitás	Énkép énídeál	Szereprangsor csoportjai						khi négyzetpróba
			I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	
Anya	N	énkép	53	14	11	6	0	0	nem szignifikáns
		énídeál	55	12	10	5	2	0	
	SM	énkép	57	13	2	1	0	0	nem szignifikáns
		énídeál	49	15	6	3	0	0	
	NB	énkép	32	4	3	2	0	0	
		énídeál	34	4	1	1	0	1	
Feleség	N	énkép	8	25	28	19	3	1	p = 0,05
		énídeál	12	44	16	10	1	1	
	SM	énkép	6	39	18	5	1	0	nem szignifikáns
		énídeál	8	45	15	3	0	0	
	NB	énkép	5	20	13	1	2	0	
		énídeál	6	24	9	2	0	0	
Háziaszony	N	énkép	12	31	20	12	4	5	p = 0,05
		énídeál	3	13	27	14	11	16	
	SM	énkép	3	23	26	15	4	2	p = 0,05
		énídeál	2	12	28	9	13	9	
	NB	énkép	3	16	13	4	5	0	
		énídeál	0	10	13	6	8	4	
Dolgozó-nő	N	énkép	1	15	19	28	17	4	nem szignifikáns
		énídeál	4	12	16	34	12	6	
	SM	énkép	1	8	24	28	8	4	p = 0,10
		énídeál	4	12	12	28	10	7	
	NB	énkép	2	7	6	17	4	5	
		énídeál	1	6	10	16	8	0	

feladatkör, amely mindkét csoportot közel azonos erővel terheli. Ebből következtetjük, hogy az ún. Gyes-neurózis nem szimplifikálható egyértelműen a tradicionális női szereppel kapcsolatos intoleranciára, mint a neurotizáló faktorra. Úgy véljük, ez az adatunk is megerősíti azt, ahogyan operacionalizáltuk a vizsgált jelenségkört. Ezen belül az anyaszerep-vállalás konfliktusára helyeztük a hangsúlyt, azaz amennyiben az anyaszereppel ambivalens, illetve elutasító, általában ebből fakad a Gyes-szituáció rossz türése, ellentmondásos, személyiségkárosító frusztrációja.

#### A DOLGOZÓ(NŐ)-SZEREP

A neurotikus csoport tagjai között a dolgozó(nő)-szerep fontosságának értékelésében az énkép és énídeál összehasonlításában nincs szignifikáns eltérés.

A sine morbo csoportnál  $p = 0,10$  szintű szignifikáns különbség van. A megoszlásokból leolvasható, hogy közülük többek igénye, hogy dolgozó nőként fontosnak, értékesnek érezzék magukat, míg néhányan szívesen lemondának erről a szerepükről. Az eltérés ebből a megoszlásból adódik.

#### ANYASZEREP, NŐSZEREP (PSZICHOFIZIKAI EROTICIZMUS), BARÁT(NŐ)-SZEREP (TÁRSAS KAPCSOLATOK)

A fenti szerepekben az énkép és énídeál összehasonlítási adatai között sem a neurotikus, sem a sine morbo csoport tagjainál nincs szignifikáns eltérés.

Az alábbi táblázatban szereplő  $>$  és  $<$  jelek  $p = 0,05$  szignifikáns különbségeket, illetve azok irányát jelzik, pl. a neurotikusok kevésbé tartják fontosnak anyaszerepüket stb., míg a 0 azt jelzi, hogy nincs szignifikáns különbség (5. táblázat).

## Szerepfontosság eltérések

Szerep	Szerepidentitás (énkép)		Szerepfontosság (énideál)		Énkép-énideál eltérés	
	N csoport	SM	N csoport	SM	N csoport	SM
Anya	< a.		0		0	0
Feleség	< b.		0		< c.	0
Háziasszony	0		0		>	> f.
	↓		↓		↓	↓
Barátság	0		0		0	0
Női vonzerő	< d.		0		0	0
	↓		↓		↓	↓
Dolgozó(nő)	0		0		0	< e.

Mi olvasható ki ebből a táblázatból?

Megállapíthatjuk, hogy a Gyes időszaka alatt neurotikusnak bizonyuló állapot a következő nőiszerep-identitászavarokkal mint aktuális neurotizáló faktorokkal mutat összefüggést.

- A Gyesen lévő anyák közül azok bizonyultak neurotikusnak, akik számára az anyaszerep kevésbé fontos (a). Tehát a Gyessel elvállalják ugyan az anyaságot mint elsődleges feladatkört, azonban vállalt feladatuknak szubjektíve kevésbé tudnak megfelelni, fontosságát nem élik át.
- A neurotikusok másik legfontosabb otthon-orientált feladatkörükben, feleségszerepben elégtelennek érzik magukat (b).
- Vágyaik szerint eme szerepük megemlése a legerősebb törekvésük (c).
- A neurotikusok a női önértékelésükben bizonytalanok (d).
- A jövőre irányultságukban a dolgozó(nő)-szerep kevésbé hangsúlyozott, illetve a jelenben azonos fontosságúnak tartják, mint a vágyaikban. A sine morbo csoport tagjai számára viszont a feladatkör fontosságigénye (az énkép énídeál összehasonlítása) jobban szór (e).



– Mindkét csoport tagjait azonos erővel terheli a Gyes-időszak alatt a háziasszonyi teendők súlya (f).

Mindezekből azt a következtetést vonjuk le, hogy a Gyes-időszak alatt a neurotikus állapot a női szerepekkel kapcsolatos identitás-zavar talaján alakul. Ezek objektív átélése természetesen nem választható el egy sor életmódtényezőtől sem. Ezzel szemben a sine morbo állapot integrált szerepidentitást mutat. Harmóniában érzi magát vállalt szerepeiben, a szituációkból adódó háziasszonyszerep megterhelését is jobban tudja elviselni. (Kérdőív ide vonatkozó itemei: a Gyes-helyzetet nem érzik monotonnak, hanem kielégítőnek.)

## NEURÓZISRA PREDISZPONÁLÓ TÉNYEZŐK

### A NŐISZEREPI-IDENTITÁS KIALAKULÁSÁT BEFOLYÁSOLÓ FŐBB CSALÁDI TÉNYEZŐK

A következőkben ismertetjük azokat a neurózisra prediszponáló tényezőket, amelyek eredményeink szerint a nőiszerepi-identitás zavarának kialakulásában szerepet játszanak, és a vizsgált életciklusban a harmonikus közérzet kialakítását megzavarják, a Gyes és az azzal járó feladatokat – gyermekgondozást, -nevelést, -ellátást – részben gátolják. Ehhez a tételünkhöz a következő mutatókat vizsgáltuk: az anyaképet, a gyermekkori család főbb jellemzői közül a szülők kapcsolatának minősítését, az anyával kapcsolatos identifikációs folyamat jellemzőjét, továbbá az aktuális és neurózisra prediszponáló tényezők összefüggése szempontjából az anyamodell és a szerepidentitás összefüggését.

Eme mutatók értékeit első lépésben az egyének szintjén számítottuk ki, majd a csoportba tartozás alapján összesítettük. A továbbiakban eme csoportmutatókat a neurotikus és sine morbo csoport szerint egymással szembeállítva értékeltük.

A neurotikus diszpozíciót mutató csoport idevonatkozó adatait megadjuk, de az elemzéseket erre a csoportra nézve nem végeztük el, mint ahogy azt az előzőekben is indokoltuk (6. táblázat).

Az anya szerepviselkedésének megítélése (abszolút számban)

Szerep	Neuroticitás	Szereprangsor						khi négyzetpróba
		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	
Anya	N	45	19	13	3	2	2	nem szignifikáns
	SM	37	16	15	5	0	0	
	NB	22	8	5	2	3	1	
Feleség	N	3	15	23	26	7	10	nem szignifikáns
	SM	0	26	21	16	2	8	
	NB	4	9	14	9	1	4	
Háziasszony	N	21	24	21	10	4	4	nem szignifikáns
	SM	10	28	28	4	2	1	
	NB	12	19	8	1	1	0	
Barátság	N	0	1	3	4	22	54	nem szignifikáns
	SM	0	2	2	6	16	47	
	NB	1	0	1	1	9	29	
Női vonzerő	N	0	1	6	15	46	16	nem szignifikáns
	SM	0	1	5	11	39	17	
	NB	0	4	7	9	13	8	
Dolgozó nő	N	12	21	21	19	5	6	nem szignifikáns
	SM	12	19	15	16	3	8	
	NB	6	8	10	9	1	7	

A neurotikus csoport és a sine morbo csoport anyakép-értékelése között nincs szignifikáns eltérés. Az anyamodell szereppreferenciájában különbség nem volt kimutatható, azaz a szakmai szempontból fontos két csoport kognitív-emocionális anyakép-értékelése közel megegyezik. (Ez az eredményünk lényeges, a továbbiakban erre még visszatérünk.)

## A GYERMEKKORI CSALÁD FŐBB JELLEMZŐI, A SZÜLŐK KAPCSOLATÁNAK MINŐSÍTÉSE

A vizsgálatba bevontaknak azt a direkt kérdést tettük fel (majd rövid indoklást is kértünk arra vonatkozóan), hogy szubjektíven:

- harmonikusnak vagy
- diszharmonikusnak minősíti-e szülei kapcsolatát.

Tudjuk, hogy mind a harmonikus, mind a diszharmonikus besorolásban sok bizonytalansági tényező lehet, de vizsgálatunk szempontjából jól operacionalizálható fogalomnak minősült. Ezenkívül a kérdezettek szubjektív ítéletét fogadtuk el, annak alapján, hogy a szubjektív valóság is valóság. Az objektív megítélésre nem volt módunk.

A neurotikus csoport tagjai túlnyomó többségükben diszharmonikusnak jellemezhető érzelmi struktúrájuknak ítélték a szülők kapcsolatát, vagy csonka családban nevelkedésüket minősítették diszharmonikusnak.

### A neurotikus csoport megoszlása

- Diszharmonikus 39 fő szülei nem váltak el; 11 fő csonka családban nevelkedett (válás, illetve egyik szülő meghalt); 1 fő állami gondozott volt;
- Harmonikus 39 fő szüleivel nevelkedett.

A sine morbo csoportba tartozó kérdezettek, mint ahogy ez a számokból is leolvasható, döntő többségében harmonikusnak minősítették szüleik kapcsolatát.

7. táblázat

*A gyermekkori család megítélése (abszolút számban)*

Minősítés	N	SM	khi négyzetpróba	NB
Harmonikus	33	59	p = 0,05	24
Diszharmonikus	51	14		17

## A sine morbo csoport megoszlása

- Diszharmonikus 9 fő szülei nem váltak el; 4 fő csonka családban nevelkedett; 1 fő állami gondozásból nevelőszülőkhöz került, akik a kérdezett 12 éves korában elváltak, ő nevelőanyjánál maradt.
- Harmonikus 57 fő szülei között nevelkedett; 2 fő szülei a kérdezett kisgyermekkorában elváltak, az anyák új házasságot kötöttek, a kérdezettek a nevelőapát szerették.

Ez az eredményünk olyan interpretációra is lehetőséget ad, hogy a neurotikus élmény- és hangulatvilágban olyan erőteljesen megemelkedik a vele, személyével kapcsolatos negatív események, élmények súlya, hogy a régmúlt történéseket majdhogynem a jelenidejűség szintjén őrzi tovább. Érzelmi torzítás munkál bennük, amely miatt hajlamosak „sötét színben látni” és így feltüntetni az őket érintő eseményeket. A valóság egészéből annak valamely részletét kiszakítva azt eltúlzottan kezelhetik. Mindezek mellett megállapíthatjuk, hogy a diszharmonikus szülőkapcsolat neurózisra prediszponáló tényező.

## ANYAMODELL-KÖVETÉS

A kérdezettek tudatos szándékát az anyamodell (nem) követés igényéről két lépcsőben elemeztük.

Első lépcsőben a válaszokat két dimenzióban értékeltük, szerepként külön-külön.

- Az anyját az adott szerepben pozitív követendő dimenziókban (az 5 fokozatú skála első két válaszlehetősége) értékelték (a továbbiakban követő = K). Ebből az anyával kapcsolatos zavartalan identifikációs folyamatra következtethetünk, amely elősegíti az egészséges pszichoszociális énefejlődést.

– Az anyát az adott szerepben negatív, nem követendő dimenziókban (az 5 fokozatú skála másik három választáslehetősége) értékelte (a továbbiakban elutasítja = E). Ebből a megzavart, a fejlődést gátló identifikációs folyamatra következtetünk.

A továbbiakban a neurotikus és sine morbo csoportok adatait állítottuk szembe és elemeztük (8. táblázat).

A Wilcoxon-próbával a két csoport között  $p = 0,03$  szinten szignifikáns különbség van. A neurotikus csoport tagjai a 6 szerep viszonylatában, a sine morbo csoport tagjaihoz viszonyítva az anyát nagyobb százalékban minősítik nem követendő modellnek.

Ezzel szemben a sine morbo csoport tagjai az anyamodellt pozitív, követendő példának minősítik. Ezen adatok igazolták hipotézisünket. A neurotikus csoportba tartozó személyek tudatosan inkább elutasítják az anyamodellt. Az anyával kapcsolatos identifikációs folyamat ambivalens, illetve negatív érzellemmel kísért jellegzetességeit mutatja. Mindezek alapján a megzavart anyaidentifikációs folyamatot neurózisra predisponáló tényezőnek minősítjük.

A khi négyzetpróbával azt vizsgáltuk, hogy az anyamodell elutasítása – szerepenként – mely szerepek vonatkozásában mutatkozik szignifikáns különbség a neurotikus és sine morbo csoport tagjai között.

Eredményeink szerint a neurotikus csoport tagjai a háziasszony-szerepben  $p = 0,05$  szinten, a feleségszerepben  $p = 0,06$  szinten szignifikáns különbséggel utasítják el az anyamodell viselkedését.

8. táblázat

*Anyamodell-követés igénye (abszolút számban)*

Szerep	N		SM		Wilcoxon-próba	khi négyzetpróba
	K	E	K	E		
Anya	67	17	62	11	$p = 0,03$	nem szign.
Feleség	42	42	48	25		$p = 0,06$
Háziasszony	61	23	64	9		$p = 0,05$
Barátság	44	40	45	28		nem szign.
Női vonz.	46	38	45	28		nem szign.
Dolgozó nő	65	19	56	17		nem szign.

Ezzel szemben a sine morbo csoport tagjaira jellemző, hogy az anyamodellt minden szerepben nagyobb százalékban követendőnek tartják.

Visszaautalunk arra az adatunkra, hogy a két csoport anyaképe különbséget nem mutat. Azaz a közel azonos szereppreferenciát mutató anyák esetében jelentkeztek az értékelési dimenziók szerinti lényeges eltérések. Ezt úgy is interpretálhatjuk, hogy a neurotikusok és a sine morbók közötti különbség az anya-lány viszony érzelmi struktúrájában, azaz az identifikációs folyamat jellegzetességeiben mutatkozik. Tehát egymáshoz közel hasonlóan jellemzett anyai szerepviselkedések bizonyos esetekben pozitív, más esetekben negatív modellként értékelődnek. Joggal vetődik fel a kérdés, hogy milyen tényezők módosítják az anya-leány érzelmi viszonyulás rendszerét. Tehát milyen tényezők módosítják az identifikációs folyamatot, és milyen okok játszanak közre a negatív és a pozitív identifikációs folyamat alakulásában, szerveződésében. Hogy erre választ kapjunk, második lépcsőben finomított eljárást dolgoztunk ki.

## A GYEREKKORI CSALÁDSZERKEZET A SZÜLŐKAPCSOLAT ÉS AZ ANYAMODELL-KÖVETÉS INTERAKCIÓBAN

Az anyamodell (nem) követésére adott válaszokat a tartalomnak megfelelően +2,5, +1, -0,5, -1, -2 pontértékekkel súlyoztuk. A 6 szerepkövetés pontértékeit összesítettük. Az összpontszám alapján alapszerepeket képeztünk:

- Alacsony anyamodell-követők, akikben negatív érrezelemmel zajlott az identifikációs folyamat (továbbiakban = AAK). Összpontszám: -13 és +3,5 között.

- Magas anyamodell-követők, akikben pozitív érrezelemmel jellemezhető az identifikációs folyamat (továbbiakban = MAK). Összpontszám: +4 és +15 között.

Első lépésben megvizsgáltuk teljes populációnkon (198 fő) az anyamodell-követési mutató és a gyermekkori családstrukturát (szülőkapcsolat) interakcióját (9. táblázat):

## 9. táblázat

## Az anyamodell-követés (abszolút számban)

Anyamodell-követés mutatója	Családszerkezet		khi négyzetpróba
	harmonikus	diszharmonikus	
AAK	40	55	p = 0,01
MAK	76	27	

Az anyamodell-követés jellemzője és a gyermekkori családszerkezet összefügg. Szignifikáns különbség van  $p = 0,01$  szinten, azaz a diszharmonikus szülőkapcsolat alacsony anyamodell-követéssel jár együtt. Viszont a harmonikus szülőkapcsolat a magas anyamodell-követéssel mutat összefüggést.

Joggal vetődik fel a kérdés, hogy mutatkozik-e összefüggés a neuroticitás, az anyamodell-követés és a gyermekkori családszerkezet jellemzői között. Ahhoz, hogy ezt megválaszoljuk, a csoportbontás szintjén is vizsgáltuk a lehetséges összefüggéseket (10. táblázat).

A vizsgálatot külön a neurotikus és külön a sine morbo csoporton belül végeztük el.

A neurotikus csoporton belül dominál a diszharmonikus szülőkapcsolat, amely  $p = 0,05$  szinten szignifikánsan összefügg az alacsony anyamodell-követéssel, a negatív anyaidentifikációval. Ezzel szemben a sine morbo csoporton belül dominál a harmonikus szülőkapcsolat, és az  $p = 0,05$  szinten szignifikánsan összefügg a magas anyamodell-követéssel, a pozitív anyaidentifikációval.

## 10. táblázat

## Neuroticitás, anyamodell-követés és gyermekkori családszerkezet interakcióban (abszolút számban)

Anyamodell-követés mutatója	Neurotikus		khi n. pr.	Sine morbo		khi n. pr.
	harm.	diszh.		harm.	diszh.	
AAK	11	34	p = 0,05	19	11	p = 0,05
MAK	22	17		40	3	

A táblázatból hasonlóképpen az is leolvasható, hogy az alacsony anyamodell-követőknél a diszharmonikus családstruktúra és a neurotikusság összefüggése dominál. A magas anyamodell-követőknél a harmonikus családstruktúra és a sine morbo állapot mutat összefüggést.

A gyermekkori családstruktúra az anyamodell-követési mutató és a neuroticitás interakcióinak vizsgálata alapján megállapíthatjuk, hogy az anyaidentifikációs folyamat alakulását a szülőkapcsolat döntően befolyásolja. Továbbá ez az adat megerősíti előbbi állításainkat, és igazolja azt is, hogy a közel azonos szereppreferenciával jellemzett anyához viszonyulnak érzelmileg és tudatosan másképp a neurotikus és a nem neurotikus csoportba tartozók.

Mindezek alapján az anyával kapcsolatos negatív identifikációs folyamatot neurózisra prediszponáló tényezőnek tartjuk. Ezzel egyben választ kapunk arra is, hogy a diszharmonikus családstruktúra (szülőkapcsolat) talaján szerveződik dominánsan a labilis nőszerep-identifikációs folyamat. (Nyilván a szélesebb értelemben vett értékzavar, életmód- és szokásrendszer-változások is hatnak az identifikációs folyamatra, ezeknek a vizsgálatára azonban jelen kutatásunkban nem térhettünk ki.)

Joggal felvetődik az a kérdés, hogy milyen összefüggés mutatkozik a neurózisra prediszponáló és az aktuális neurotizáló faktorok között.

## AZ ANYAMODELL ÉS SZEREPIDENTITÁS (ÉNKÉP) ÖSSZEFÜGGÉSE

Hogy választ kapjunk kérdésfeltevésünkre, a neurotikus és sine morbo csoporton belül mind a 6 szerepben külön-külön egymással szembeállítottuk és matematikai statisztikai módszerrel elemeztük a szerepidentitás- (énkép-) és anyakép-adatokat.

(A neurotikus diszpozíciót mutató csoport adatainak közlésétől ebben az összehasonlításban eltekintünk.)

A táblázatban > és < jelek  $p = 0,05$  szintű szignifikáns különbséget és azok irányát jelzik. Pl. a feleségszerepben a neurotikus csoport énképe magasabb, mint az anyjáról kialakított kép (11. táblázat).



## Anyamodell és szerepidentitás összefüggése

Szerep	Neurotikus csoport		Sine morbo csoport	
	énkép	anyakép	énkép	anyakép
Anya		0		>
Feleség		>		>
Háziasszony		0		<
Barátság		0		0
Női vonzerő		0		>
Dolgozó nő		<		<

Mindkét csoport a feleségszerepben pozitívabbnak, dolgozó(nő)-szerepben negatívabbnak tartja magát az anyjánál. A barát(nő) társas kapcsolatos fontosság értékelésében lényeges eltérés nincs.

A táblázat első oszlopából leolvasható, hogy a neurotikusoknál az anya-, a feleség- és a nőszerepekben énképük és anyaképük nem mutat eltérést. Itt emlékeztetünk arra, hogy ez a csoport lényegében nem akarja követni az anyját ezekben a szerepekben sem. A táblázat második oszlopából kitűnik, hogy a sine morbo csoport énképe pozitív irányban eltér az anyaképtől az anya-, a feleség- és a nő-(pszichofizikai eroticizmus-)szerepekben. Emlékeztetünk arra, hogy ez a csoport az anyát nagymértékben pozitív követendő mintának tartja.

Első pillanatra ugyanazt az ellentmondásos jelenséget tapasztalhatjuk a két csoportnál. Nevezetesen azt, hogy mást mondanak a modellkövetés kérdésében, és mást a lényegében ugyanazt mérő énkép és anyakép összehasonlításakor. A jelenségnek ugyanakkor a két csoportnál más és más a háttere. A neurotikusok többsége nem akarja követni az anyját, de ezt az elutasítást életvitelben nem tudja megvalósítani. Az anyamodellt nem tudják elképzeléseik és vágyaik szerint meghaladni (hiszen a szerepfontosság kérdésében a szerepek többségében nem jellemzik magukat az anyától különbözőnek). A sine morbo csoport többségére az a jellemző, hogy az anya magatartását, szerepviselkedését követni akarja. Ugyanakkor magukat a saját anyjuktól különbözőnek tartják a szerepek többségében. Saját

életvitelükben (az anyához viszonyítva) az anya-, a feleség- és a nőszerepeket előtérbe, a háziasszony feladatkört háttérbe helyezik. Az előtérbe helyezett szerepek azok, amelyekben az anyamodellt pozitívan meghaladják. Ennek háttérben az anyával kapcsolatos pozitív identifikációs folyamat érvényesül, amely elősegíti a pszichoszociális énefejlődést, a harmonikus szerepidentitás alakulását.

Ezen adataink alapján a neurózisra predisponáló tényezők közé soroljuk a szubjektíve negatív, nem követendőnek tartott anyamodellt. A negatív anyaidentifikációs folyamat hátráltatja, megzavarja a pszichoszociális énefejlődést. Ez a folyamat kihatással lehet a későbbi életévek során arra is, hogy az egyénben labilisan szerveződik a nőszerep-identitás. Ezért tartjuk fontosnak azt a kognitívemocionális korrekciós munkát (tematikusan orientált csoport-pszichoterápia), amely támogatja a szülőszerep átélését.

Az adatok matematika statisztikai elemzéséért köszönetet mondok Sipos Mihálynak, az MTA Pszichológiai Intézet matematikusának, aki e kutatómunka során maximálisan segítségemre volt.

## IRODALOM

- Erikson, E. H. (1965): Identifikáció és identitás. In: Huszár Tibor és Sükösd Mihály (szerk.): Ifjúságszociológia, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 68–84.
- Erikson, E. H. (1973): In Search of Common Ground. Conservation with E. H. Erikson and H. P. Newton. W. W. Norton and Company, Inc. New York.
- Erikson, E. H. (1974): Identity Youth and Cisis. Faber and Faber, London.
- Eysenck, H. J. – Eysenck, S. B. G. (1975): Eysenck Personality Questionnaire. Hoder and Stoughton, London.
- Horváth I. – Ranschburg J. (1980): Maszkulin–feminin értékelő dimenzió serdülőknél. Magy. Pszich. Sz., XXXII. 4. sz. 323–333.
- Juhász P. (1973): Neurózis. In: Trencsényi Tibor (szerk.): A gyakorló orvos enciklopédiája. Medicina Könyvkiadó. Bp. 1358–1392.
- Juhász P. – Kopp M. – Veér A. (1978): Módszer a neurózis szűrővizsgálathoz In: Idegyógy. Sz., 7, 292–299.
- Kun M. (1974): A szerep fogalma. Az orvos–beteg kapcsolat. Az orvos szerepe és személyisége. Etikai kérdések. In: Orvosi Pszichológia. OTKI jegyzet, 92–99.
- Winch, R. F. – Gordon M. T. (1974): Familial Structure and Function as Influence. Lexington Books, D. C. Heath and Company, Toronto–London.

## A SZÜLETÉS ELŐTTI ÉLET ÉS A TERHESSÉG PSZICHOLÓGIÁJA

### A PSZICHOANALÍZIS METAPSZICHOLÓGIAI FELTEVÉSEI A SZÜLETÉS ELŐTTI ÉLETRŐL

A klasszikus pszichoanalitikusok (S. Freud, O. Frank, G. Groddeck, K. Horney, Ferenczi S., Hermann I.) munkáiban fel-felbukkannak utalások vagy kibontott elméleti megfontolások a magzat pszichés struktúráira vonatkozóan. Valamennyien egyetértenek abban, hogy a magzat már rendelkezik pszichével, az ösztöndinamikai és az énstrukturák Es-vonatkozásait tekintve. Egyetértenek abban is, hogy az anya-magzat duálunió a legtökéletesebb egység, amelyre az egyén egész életében visszavágyik. (Erre utal a magyar szólásmondás is „az anyja hasában volt utoljára ilyen jó dolga”.) Ezt a tökéletes harmóniát először a születés traumája zavarja meg, így az első szorongásélmény a születés maga.

S. Freud 1923-ban kiadott „Az Ősvalami és az Én” című munkáját Freud maga nevezte metapszichológiai feltevéseknek, mellyel megteremtette a praenatalis pszichológia elméleti alapját. Hangsúlyozta ugyanis, hogy a „lélekelemzés a lelkinék a lényegét nem helyezheti a tudatba, hanem a tudatosságot a psziché oly tulajdonságának kell tekinteni, amely annak egyéb tulajdonságaihoz csatlakozhatik vagy elmaradhat ... a tudattalan és a tudatelőtti képzet (vagy gondolat) között az a tulajdonképpeni különbség, hogy a tudattalan valamely oly anyagon megy végbe, amely ismeretlen marad, míg a tudatelőtti szóképzetekhez kapcsolódik”.

Freud a tudattalan, az Es fogalmával nyitott lehetőséget arra, hogy megértsük a magzat pszichoszomatikus szükségleteit és arra vonatkozó reakcióit, amelyeket ma az experimentális kutatások is vizsgálnak. Freud előbb említett művében hangsúlyozza, hogy a szükségle-

tek, a fájdalom is tudattalan maradhat, és „ilyenkor tudattalan érzétekről beszélünk... az érzékelőrendszerből kiinduló lelkit a tudat-előttesség „Én”-nek, a másik lelkit pedig, amelyben ez folytatódik, Groddeck szóhasználata szerint „Es”-nek nevezzük”.

G. Groddeck (1926) a tudattalan megjelenését a születés előtti életre teszi, így fogalmaz: „Az emberi ivarsejt és petesejt által embrió teremődik és nem egy kutya vagy egy madár: már létezik az Es, amely érvényt szerez az emberinek és emberi testet és lelket épít.” Ő veti fel a 20-as években elsőként, hogy a magzat a méhben érzékel, nevezetesen érzékeli és hallja az anya szívritmusát, és erre megszületése után emlékezik. Ezért megnyugtató számára az anya ölelése, szívhangja és a ringató mozgás, mert az a magzatvízben való ringatózás biztonságának emlékét eleveníti fel.

Freud ösztönelméleti munkájában a topikai és dinamikai mozzanat mellett ökonómiai szempontból is értékeli az ösztönfolyamatokat. A lelki folyamatokat az örömelv szabályozza, „a lefolyása mindenkor kínos feszültség következtében indul meg, és olyan irányban halad tova, hogy végeredményben ennek a feszültségnek a csökkentésével, tehát a kín elkerülésével vagy öröm előidézésével essék össze... az örömet és a kínt a lelki életben jelen lévő – és nem valamiképpen megkötött – ingerület mennyiségével hozzuk vonatkozásba”. „Az örömelv az állandósági elvből vezethető le... a lelki készüléknek ez az általunk feltételezett törekvése nem más, mint sajátos esete a stabilitásra való törekvésnek.” Freud eme munkájában – „A halálösztön és az életösztönök” – kifejti, hogy „az ösztönvezérelt megszállás (kathexis) elsődleges folyamatként a tudattalanban zajlik. A magzat, miután minden szükségletét anyjától biztosítottan megkapja, ösztöndinamikai szempontból elsőként saját testét szállja meg, saját testével lép kathexisbe. A lelki élet legkorábbi és legfontosabb funkciói egyikének ismertük föl azt, hogy megkösse az érkező ösztönrendületeket, a bennük uralkodó elsődleges folyamatot másodlagossal helyettesítve, szabadon mozgó megszállási energiájukat túlnyomóan nyugvó (tonikus) megszállássá változtassa át. Nem lehet az átváltoztatás ideje alatt tekintettel lenni a kényszer létrejöttére, de ez még nem jelenti azt,

hogy az örömev ezáltal fel volna függesztve... a megkötés előkészítő cselekmény, amely előkészíti és biztosítja az örömev uralmát.”

*H. Thoma, – H. Kächele* (1987) „A pszichoanalitikus terápia tankönyve” c. munkájukban egyebek mellett Freud kathexisről kifejtett gondolatainak összegezését is megadják.

A freudi teória szerint a magzat pszichés funkciókkal bíró lény, akit ösztöndinamikai szempontból a kínterülés és örömev vezérel, és miután szükségleteit az anya biztosítja, kathexisbe saját testével lép. A magzat tárgymegszállása saját maga. Az érzések bipolárisak, érzékelés csak differencia alapján működik, így a magzat érzékeli saját testi változásait, melyekre önreflexióval reagál. Miután a magzat teste szoros szimbiotikus, pszichoszomatikus egységben él az anyjával, joggal feltételezhetjük, hogy az önreflexió egyben jelzés is az anya számára. Eme önreflexiók működés bizonyítékát a modern kísérleti kutatások adják meg.

*O. Rank* (1924) dolgozta ki részletesen Freud „Álomfejtés” (1909) és „Az Ősvalami és az Én” (1923) munkáiban érintett születési szorongás mint az első reális szorongás élményét, amit az én saját erejéből megoldani nem képes, az anyáról való leszakadás drámáját. *O. Rank* a „Das Trauma der Geburt”-ban arra hívja fel a figyelmet, hogy a neurotikus megbetegedés végső búvóhelye a meg nem oldott születési trauma. Pszichoterápiás rendszert dolgozott ki eme trauma feloldására, annak érdekében, hogy eme alapélmény persistálását feloldja. Praenatalis pszichológiai szempontból lényeges, hogy feltételezi: a személyiség meghatározó elemei az anyamagzat interakciókban alakulnak és szerveződnek.

Itt említenénk meg, hogy egyes hipnóziskutatók ún. korregressziós mélyhipnózisban kívánják feltárni azokat az emléknymokat, amelyeket az egyén mint engrammokat őriz az intrauterin életéből és a születés élményéből (*Mészáros I.* 1984). Véleményünk szerint bár az eredmények meggyőzőek, mégis vitathatóak, ugyanis a kisgyermek előszeretettel érdeklődnek életük kezdeti szakaszáról, születésük körülményeiről stb. Kérdéses tehát, hogy a korregressziós mélyhipnózisban átélt események valódi emlékek-e. Lehetséges,

hogy csupán a hallottak alapján a kapott információk képzetszerű megjelenései és átélései jelennek meg.

A Budapesti Iskola kiemelkedő alakja, *Ferenczi S.* „Katasztrófák a nemi működésben” c. munkájában fejti ki a magzati élet és a születési trauma személyiségformáló hatását. Szemlélete biologisztikus, azaz az embrió fejlődését analógiába hozza a törzsfejlődés eseményeivel. Párhuzamba hozza a filogenezis nagy katasztrófáit és az egyedfejlődés fokozatait. A születési traumát abban látja, hogy a magzatvízből mint őstengerből a születéssel az újszülött kiszakad, és a szárazföldi körülményekhez kell alkalmazkodnia. Az ember emléknymokat őriz magában az ősi, általa „óceanisztikusnak” nevezett magzati létből, amikor az anyával duálunióban az „omnipotens” érzelmi állapotot tapasztalta. Nézete szerint az egyén egész életében ennek az óceanisztikus érzésnek az ismétlésére vágyik, melynek részleges átélése a felnőtt kori szerelem „uniomisztika” élménye, a „thalassalis regressio”, a belemerülés a másik testébe. Nézete szerint eme szükséglet önnállósulása adekvát szituáció nélkül pathogenetikus faktor. Rankhoz hasonlóan ő is hangsúlyozza a maternalis regressio fontosságát az egyén életében.

A thalassalis regressió szükségletből vezeti le a nők gyermek utáni vágyát.

„A magzati állapot regressió élményének megélésére a nők is képesek a szexuális aktus folyamán. Ennek első lépése, hogy a nő azonosítja magát a férfival, majd identifikálódik a méhben fejlődő magzattal, így éri el az elveszett paradicsomot.”

*Hermann I.* (1984) a megkapaszkodás ösztönét biológiai megalapozottságú érzelmi alapszükségletként értelmezi, melynek kiélégitése a korai anya–gyermek duálunióban létfontosságú. A megkapaszkodási ösztön frusztrációja súlyos torzulásokat idéz elő a személyiségben. Hermann teóriájának bizonyítékát későbbi kutatások, pl. *R. Spitz* (1946), *Harlow* (1965), *Bowlby* (1960) már megadták, de az experimentális prae- és perinatalis pszichológiai kutatások még új adatokat szolgáltatnak.

A különböző pszichoanalitikus iskolák megegyeznek abban, hogy a korai anya–gyermek kapcsolat minősége döntően meghatározó az

egyén személyiségének alakulásában, abban azonban nem egységesek, hogy milyen személyiségalakulási folyamatok szükségesek az anyai személyiségrész és magatartás mobilizálásához, és ebben a kérdésben minek tulajdonítanak elsődleges szerepet. Freud a „Bevezetés a pszichoanalízisbe” (1943) és a „Lélekelemzés legújabb eredményei” (1943) című művében a lányok gyermek utáni vágyát az Ödipusz-komplexusból és a péniszirigység motívumából vezeti le.

K. Horney (1967) ezzel szemben a „Feminine Psychology” c. művében cáfolja Freud nézeteit az anyaság kialakulásáról. Horney a férfiakban tételez fel irigységmotívumot a nők biológiai kreativitása iránt. „Az érett nő soha nem akar férfi lenni, a péniszirigység sem irigység a kislányoknál, hanem egyszerű felismerése a testi különbségnek. A nő büszke biológiai kreativitására, amit az élet nagy szerencséjének tart.” Az anyaszereppel kapcsolatos ambivalenciának, férfias attitűdnek minősíti a terhességi hányást. Horney eme nézetét a modern pszichoanalitikus megfigyelések és interpretációk finomítják (Ringer és Krimantiss 1984, 1985, id. Chemberlain 1988). Megfigyeléseik szerint a korai terhességi hányás nem az anyaszerep ambivalenciájának a jele, hanem „ennek a kellemetlen tünetnek kifejezetten fiziológiás okai vannak, amely az anya számára jelző funkció is egyben”. Figyelmezteti az anyát a másállapothoz szükséges életmód- és szemléletváltoztatás szükségességére, amely megfelel a terhesség folyamatának, csak az extrém súlyos vagy elhúzódó panaszok esetében lehet ez az anyaszereppel kapcsolatos ambivalencia jele.

## A MODERN PRAE- ÉS PERINATOLÓGIAI KUTATÁS EREDMÉNYEI

Bécsben 1971-ben megalakult Praenatalis és Perinatalis Pszichológia és Medicina Nemzetközi Egyesület serkentette a kutatókat nemcsak a kutatási eredmények publikálására, hanem ezen keresztül a terhesség és az anyaság jobb megértésére és a megfelelő pszichoterápiás módszerek kidolgozására is. Ebben az értelemben látott napvilágot 1988-ban Peter Fedor-Freyberg és M. L. Vogel szerkesztésében a

„Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Encounter with the Unborn” (A születés előtti és körüli élet pszichológiája és orvostana. Találkozás a születendő gyermekkel) című monográfia, amely 699 oldal terjedelemben 5 témablokkban 55 tanulmányt közöl. A tanulmányok összegzik a legmodernebb kutatási eredményeket és terápiás kísérleteket, amelyekkel segítik a családot az anya- és apaszerep mobilizálásban. Ezen a monográfián kívül is számos folyóiratban jelentek meg tanulmányok a fenti témában, sőt hazánkban is szórványosan ugyan, de műhelymunkák indulnak, melyek célja a téma jobb megértése. Hazánkban úttörő munkát végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinikája Lampé L. és Szeverényi P. vezetésével, a SOTE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Szülésfelkészítő Munkacsoportja Paál M. és Tiba J. vezetésével, Kelen I. és munkacsoportja és új a Madonna-műhely team Bálint S. és Varga K. vezetésével, valamint az 1992-ben megalakult Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság is egyik részfeladatának tartja a magzat, az anyaság és család pszichoprofilaxis-programok fejlesztését.

Az MTA Szociológiai Intézet Losonczy A. vezetésével 1987–90 között kutatta és vizsgálta a „terhesség-szülés-születés mikro- és makrokörnyezetét, az erre szakosodott intézményrendszert, az erre épülő szakmát és az erre készülő szülők külső és belső tárgyi és viszonyt jelentő feltételeit, azt, hogy hol adják és hol nem adják meg az ép emberré nevelés, az egészséges növekedés feltételeit és módját”. A terhesség-szülés-születés jelen magyar viszonyait tükröző 23 tanulmányt 2 kötetben összegzik. A szociológiai szempontú elemzések segíthetik a pszichoprofilaxis-programok fejlesztését is.

## PRAENATALIS EXPERIMENTÁLIS PSZICHOLÓGIAI KÍSÉRLETEK

A kísérletek a magzati viselkedés megértését célozzák. Ezt két irányból közelítették meg, az egyik a magzat spontán viselkedésének a megfigyelése és magatartásának elemzése, a másik a magzat különböző ingerekre adott reakcióinak regisztrálása és analizálása.



A legelső, kezdeti vizsgálatokat abortált magzatokon végezték, figyelve a reflexek, az idegrendszer és az érzékszervek működésének megjelenését. A különböző érzékszervek közül a leghamarabb az egyensúlyszerv és az ízérzékelés fejlődik ki. Az ízérzékelő bimbók a 15. gesztációs hétre, a szopóreflex a 22. hétre alakul ki.

*D. B. Chamberlain* (1988) kutatásai szerint az alapvető érzékszervek már az intrauterin életben kifejlődnek és reagálnak stimulusokra, ugyanúgy, ahogyan az a felnőtt egyedre jellemző. Vizsgálatai szerint pl. az ízérzékelésre adott reakció ugyanolyan jellegzetességeket mutat közvetlenül születés után, mint a felnőttéknél. Előnyben részesítik az édes és a sós ízt a keserűvel és a savanyúval szemben. Ezt Chamberlain a magzati életben tapasztalt izmintákkal hozza összefüggésbe. Érdeemes végiggondolni – mondja –, „hogyan az orális funkciók milyen hamar megjelennek. A magzat az ízérzékelés útján detektálja a magzatvízben megjelenő különböző anyagokat. A szopóreflexszel szájba kerülő magzatvízből különböző információkhoz juthat. A magzatvíz változásain keresztül a szájon keresztül érzékelhetők az anya fizikai és ezen keresztül pszichikai változásai is”.

*Brinholz* és más kutatók (1983, *id. Chamberlain* 1988) vizsgálatai szerint a 20. gesztációs héttől kifejlődik a hallás. A 24. héttől már mozgásban megjelenő úton (detektálhatóan, ultrahanggal monitorizáltak) érzelmileg differenciáltan reagál akusztikus élményekre. Ez a reagálás a 24–25. héttől sporadikusan, a 28. héttől konzisztensen jelenik meg. A kutatók megfigyelése szerint a hirtelen kellemetlen vibrációs-akusztikus ingerre a fej és a végtagok összeránduló mozgását adja a magzat, melyet ismeretlen ingerre adott „startle” (összezerzési) reakcióval azonosítottak. A legtöbb vizsgálat a magzat hallás- és mozgásreakcióinak összefüggésére irányult.

*H. Morooka* (1974) 8 mm-es mikrofonnal hatolt be a méhüregbe és vezette el és regisztrálta a méhüri hangokat, nevezetesen 4 különböző típust: az aorta I., II., együtt a kettőt, véna és diffúz méhüri hangokat. Az elvezetések a magzat füle mellől közvetlenül vezette el. Vizsgálatai alapján megállapította, hogy a magzatmozgások összefüggenek avval is, hogy „ha adott hangmintából már telítettsége van a magzatnak, akkor megfordul, azaz öningerlés is jellemzi”.

Számos szerző számol be arról, hogy a magzat differenciáltan reagál a zeneművekre. Azokat a zenéket „kedveli”, amelyek ritmusa és hangfekvése közeli az anyai szívhangokhoz, és az attól erősen eltérőket nehezebben viseli. A kutatók többsége megegyezik abban, hogy Mozartot és Bachot kedvelik, lágy, ringatózó mozgással felelnek, szemben Brahmszal, a rockkal, melyekre erős, összehúzó magzatmozgás a felelet (Chamberlain 1988).

A magzatmozgás és a cardiotocograph adatai közötti összefüggés kutatása a magzat állapotának megítélése miatt fontos. Az akcelerációk jó oxigéntartalmat és magzatmozgás-összefüggést mutatnak, szemben a decelerációval, amely hypoxiás jel és a magzat distress állapotát mutatja. A magzat jó oxigénreserv mellett rövid ideig tartó hypoxiát is elvisel. Az azonban bizonyos, hogy mind a magzatmozgás, mind az akceleráció koordinált folyamat, a központi idegrendszer funkciójának az eredménye (Csapó Zs. 1985).

Timor-Titschler J. E. és mtsai (1978) kutatásai hívták fel a figyelmet arra, hogy a magzati és újszülött kori mozgások többsége kapcsolatban van az idegrendszer működésével, az alvás-ébrenlét változásaival, amelyek az érett magzatban az újszülöthöz hasonlóan az érett központi idegrendszer meghatározott működéséhez kötött viselkedés, magatartási jellegzetesség behaviour state-ek megnyilvánulásai. A 38. gesztációs hét előtt szabályos behaviour state-ek nem mutatnak ki. Ezen idő előtt a nyugalmi és izgalmi állapotok nem ritmusan váltják egymást. Az izgalmi állapotoknak felelnek meg a mozgások és a CTG-n az akcelerációk, illetve a distress állapotot jelző decelerációk.

Vihuis J. G. és mtsai (1981) feltételezése szerint a magzati életben is megjelenik a Prechtl által 1974-ben leírt, újszülötteknél megfigyelhető 5 behaviour state (B.s.1.: a szemek zártak, csoportos mozgás nincs, légzés egyenletes és a szem-, illetve arcizommozgás csupán a felriadások átmeneti minimális izgalmi jelenségeként észlelhetőek. B.s.2.: a szemek zártak, de a szem- és arcizommozgások gyakoriak és gyakoriak az egyes mozgások, mint pl. felriadás, vonulás, nyújtózkodás. Rövid ideig 1–6 mp-ig tartó generalizált nagy csoportos mozgások is előfordulnak. A légzés irreguláris. B.s.3.: a

szemek nyitottak. Egyes mozgások előfordulnak, de csoportos nem. A légzés irreguláris. B.s.4.: hosszan tartó, generalizált nagy csoportos mozgások 6–20 mp-en át és azok gyakori egymásutánja. B.s.5.: sírás. (A sírás a magzati életben is mint az idegrendszer munkája a kiáltással együtt ultrahanggal megfigyelhető, l. lentebb).

A Nijhuis Prechtl által leírt 5 újszülöttkori behaviour state-et a magzati életben 2 szakra osztja. Behaviour state 1.: alvási és nyugalmi szak és behaviour state 2.: ébrenléti szak. Az ébrenléti szak jellemzője, hogy 6–20 mp időtartalmú, és rövid, 6–20 mp nyugalmi szak után ismétlődik. A mozgás védi a magzatot a keringési pangás ellen, azaz az önreflexió megnyilvánulása.

A modern color Doppler-készülékek új utat nyitottak az embriónális és a fetalis behaviour state-ek fejlődésének és szerveződésének megfigyelésében.

*Natsuyama E.* (1991) a 7–22 mm nagyságú embriók, szám szerint 1166 mozgását detektálta. Megállapítása szerint az intrauterin életben „a neurológiai struktúrák és a lokomotorikus jelenségek szoros összefüggésben fejlődnek, és szorosan összefüggenek a magzat fejlődésével”. A 16–17 mm-es embriónál már megjelennek 5 mp-en belül a nyugalmi és mozgási periódusok. Az alvás és a mozgás (16 féle mozgás, 10 testrész variabilitása) megjelenésének okát a szív és gerincvelői előszinapszis megjelenésével hozza összefüggésbe. Ez az az első szak, amikor az embrió saját testében változást érzékel, azaz ez az önreflexió az első jele és elengedhetetlen feltétele a fejlődésnek. Az önreflexió alapja az érzéskvalitás bipolaritása (nyugalom mozgás váltakozása).

*Ishii T. Horiguchi, Kato, Watari, Hirose, Hirota* (1991) abból a kérdésfeltevésből indultak ki, hogy az újszülött első életmegnyilvánulása a sírás és a hangadás képessége, és ez vajon csak neonatalis szinten jelenik-e meg, avagy az már in utero is működik-e? Bonyolult technikai apparátus beiktatásával kutatták a kérdést, és kimutatták, hogy már a magzati életben is megjelenik a hangadás, amely a magzatvíz jelenléte miatt csak mint vibráció mérhető a 30–50 Hz tartományban.

Hasonló kérdéskört vizsgált a *Watanabe, Mizukami, Kobayashi* munkacsoport (1991) is. Megfigyelésük szerint 1–17 napos újszülöt-

tek mozgásanalízise alapján megállapították, hogy a sírást megelőzi egy ritmusos karmozgási szak, mely a sírás alatt is persistál. A mozgásanalízis alapján ezt a kar mikromozgás-sírás együttesét az interpersonális szükséglet megjelenésének és annak biológiai alapjának értékelik. Ultrahangvizsgálattal megállapították, hogy a magzati életben is megjelennek ilyen ritmusú karmozgások. Feltételezik, hogy ezek szinkronitásban működnek a hangadással – vokalizációval – is. (A hermanni megkapaszkodási ösztön pszichoanalitikus teóriához ez az eredmény jelentős bizonyítékot szolgáltat.)

*Maeda, K. Tatsumura, Nakajima* (1991) ultrahang- és color Doppler-készülék alkalmazásával a mozgás és szívfrekvencia analízisével a magzat közérzetét, distress állapotát mérték. Kutatásaik alapján az a véleményük, hogy ez a vizsgálati módszer a magzat fejlődésének megítéléséhez nyújt támpontot.

## AZ UTEROPLACENTÁRIS KERINGÉS MINŐSÉGE ÉS A MAGZAT ÁLLAPOTA

*Paulin F. és mtsai* (1989) egyes szülés alapján 1975 és 1980 között született 37 492 újszülött adatai alapján vizsgálták az intrauterin növekedési retardáció (továbbiakban IUGR) gyakoriságát és okait. A retardáció kritériumát a nemzetközi standardok alapján összeállított súlypercentilisek alapján 10 percentilis alatt állapították meg. Az általuk vizsgált újszülött populáció 11,67%-a volt intrauterin retardált. Az IUGR magzatok és újszülöttek perinatalis mortalitása lányoknál hétszer, fiúknál ötször nagyobb volt, mint a nem retardált csoporté. Az IUGR kialakulásában familiáris, génikus és pszichoszomatikus okok, pl. gesztációs hipertonia mellett ma még kevésbé ismert okok is szerepet játszanak. Ugyancsak *Paulin és mtsai* (1988) teletermogrammal becsülték meg az uteroplacentáris perfúzió alakulását, és megállapították, hogy az IUGR kialakulásában az uteroplacentáris keringés minősége döntő szerepet játszik.

*Benkő P. és mtsai* (1992) 1989 és 1990 között született 21 233 újszülött adatait perinatológiai adatbázis alapján dolgozták fel, és

megállapították, hogy különbséget kell tenni a könnyen felismerhető diszproporcionált és a nehezebben felismerhető proporcionált retardáció között. Mind a két típus a perinatalis mortalitás és a szülési szövődmények miatt veszélyeztetett. Az IUGR klinikai diagnosztikájában az inspekció, a laboratóriumi vizsgálatok fontosságára hívják fel a figyelmet.

A modern ultrahang- és color Doppler-készülékek alkalmasak az IUGR korai diagnosztizálására, a biometriai adatok és az uteroplacentáris keringés viszonyainak mérésére.

Angol és magyar kutatók *Szabó I.* (1991, 1992) a color Doppler flowmetriai adataiból arra a megállapításra jutottak, hogy a 18–22. gesztációs hetéig fiziológiás az arteria jobb és bal oldalán a korai dystolés kimélyülés, azonban ha ez a jel a 22. gesztációs hét után tovább persitál, akkor a magzati fejlődés elmaradásának (IUGR), illetve primer toxaemia fellépésének előjele az esetek 80–90%-ában. Az uteroplacentáris keringés zavara következtében a magzat többszörösen szenved, éhezik, és ha a magzatvíz kevés, kényszertartás alakul ki.

Az anya–magzat vérkeringés becslésére alkalmas noninvasív eljárás az anya carotis communisán mért ejekciós szög értéke. A carotis-görbéből szerkesztett ejekciós szög és a véráramlás perctérfogatértéke között konzekvens, pozitív összefüggés van. Az ejekciós szög értéke alkalmas a perctérfogat becslésére. A terhesség alatt az uteroplacentáris, a shunt keringés miatt a perctérfogat a gesztációs idő függvényében változik. A normál értékektől való eltérés oka lehet az anya egészségi állapota, pl. diabetes vagy gesztációs diabetes, mely esetekben az ejekciós szög értéke a normáltól magasabb, vagy a hypertonia, illetve gesztációs hypertonia, mely esetekben az ejekciós szög értéke a normáltól alacsonyabb irányba tér el. A normáltól extrém mértékben negatív irányba való eltérés a magzat betegségét, pl. fejlődésben való elmaradását (IUGR) vagy elhalását jelzi (*Genong* 1990, *Herpai Zs.*, *Holl É.*, *Szép J.* 1982, *Varga I.* 1992).

Az eddigi kutatások egyértelművé tették, hogy a magzat pszichológiai szempontból nem „tabula rasaként” jön a világra. A magzati életből, a szülés élményéből emocionális engramok rögzülnek, me-

lyek hatnak a későbbi életben. „Sőt a magzati életben sem passzívan, csak testileg fejlődő lény, hanem szükségletei, reakciói vannak a külvilágra, melyet aktívan közöl. A magzat emocionális szükségleteinek jobb megértése hozzásegít a prevencióhoz.” (Freyberg és Vogel 1988.) Az azonban bizonyos, hogy a kialakult idegrendszeri és érzékszervi struktúráknak a magzat számára kellemes stimulálása segíti a magzat fejlődését, születés utáni adaptálódását. Ezek a kísérletek bizonyították továbbá, hogy a magzat rendelkezik önreflexiós képességgel, mellyel mintegy szabályozni is képes – bizonyos határok között – a fejlődéséhez szükséges inger mennyiséget, elsősorban a mozgás útján, ami a fejlődés elengedhetetlen feltétele. A mozgás védi a magzatot a keringési pangás ellen. Az ujjszopás, a garatreflex működése nemcsak önstimulálás, hanem előkészület a megszületés utáni táplálék felvételére (fejlődéstanilag orális fázis), sőt már az intrauterin életben megjelennek az interperszonális szükséglet biológiai alapjaként működő ún. mikro karmozgások, a hermanni „megkapaszkodási ösztön”.

## AZ ANYA–MAGZAT DUÁLUNIÓ, A TERHESSÉG PSZICHOLÓGIÁJA

A magzat kiszolgáltatott az anyának, az anya testi-lelki állapotának. Az anya stress v.s. distress állapotai a ma még kevésbé ismert hormonok, neurotransmitterek és más polypeptid struktúrákon keresztül elérik és befolyásolják a magzat állapotát, centrális idegrendszeri fejlődését, karakterét stb.

*Szeverényi P.* (1986) tanulmányban foglalta össze a terhesség pszichológiáját. A témával foglalkozó szerzők valamennyien egyetértenek abban – írja –, hogy a terhesség pszichológiai szempontból krízisszituáció, amely során a személyiségben rejtett konfliktusok újraéledhetnek, illetve konfliktusok alakulhatnak ki. A krízishelyzet adekvát megoldása, a megfelelő pszichés alkalmazkodás biztosítja a nő számára személyisége további fejlődését, az anyaszerep kialakulását és annak integrálódását. A terhesség nemcsak a testi változás

befogadását, hanem a megváltozott pszichés állapot feldolgozását is jelenti. Önértékelésében, belső világában „a végtelen kitágulás – én vagyok a világ – és a végtelen összezsugorodás – én nem vagyok semmi – között változik”. Egész lénye a terhesség alá rendelt. A terhesség folyamán átrendeződik a kapcsolatrendszere. Először is a magzatot mint benne élő objektív lényt a szeretet érzésével el kell fogadnia. Változik kapcsolata a férjével, új szerepre, a szülőszerepre kell készülniük. Átrendeződik saját anyjával is a kapcsolata, a gyermekszerepből az egyenrangú „partner” helyzetébe kerül. Változik önmagához való viszonya és saját nőiességéről kialakult képe. Megváltozik tágabb szociális környezete reagálása, társadalom- és rétegfüggő módon, hogy hogyan fogadják, ítélik meg a terhes állapotot. Mindezen változások mellett erősödik – a terhesség előrehaladtával egyre nagyobb mértékben – a gyöngédség és biztonság iránti igénye. A terhesség pszichés változásait befolyásolják még a trimeszter változások, melynek függvényében más és más érzések kerülnek előtérbe.

A trimeszterek modifikálják a magzattal való identifikációs folyamatot. „Az első trimeszter alatt az orális identifikálódás... orális konkurensként” is megélheti magzatát. A második trimeszter alatt, a magzatmozgások megjelenésétől érzi igazán terhesnek magát. „Introvertálódik, a pszichés erők koncentrálsáról van szó, ami a végrehajtandó feladatra irányul.” Érzelmi labilitás, pszichoneurotikus tünetek, félelmi reakciók felerősödhetnek. A harmadik trimeszterben terhessé válik a terhesség viselése. „Utolsó szakaszban a hangulatváltozás a gyermek miatti örömtől a halálfélelemig terjedhet.”

Természetesen a terhességgel járó pszichés feszültségeket a nő személyiségén, kapcsolatrendszerén túl még egyéb hatások is befolyásolhatják. Az anya lelkiállapotát a magzat átveszi, lereagálja.

A nő életében a terhesség maga krízisszituáció, melynek során a személyiségben rejlő konfliktusok újraéledhetnek, új konfliktusok alakulhatnak ki. A szervezeti megterheléssel együtt a latensen rejlő pszichoszomatikus betegségekészség is manifesztálódhat, pl. gesztációs diabetes, gesztációs hipertónia, kialakulhat toxaemia is. Az anya organikus vagy pszichoszomatikus betegsége nélkül is elég

gyakori a magzatot veszélyeztető állapot előfordulása, melynek háttere ma még kevésbé ismert. Ilyen pl. a korai vagy középidős vetélés, az IUGR. Az IUGR esetében az anya normál időre, kis súlyú újszülöttnek (10 súlypercentilis alatt) ad életet, vagy a retardáció olyan súlyos fokú is lehet, hogy a magzat elhal. Sok esetben nem mutatható ki organikus eltérés, infekció, például Cytomegalovírus, életmódbeli probléma (pl. alultápláltság, dohányzás), vagy familiáris és génikus tényezők sem találhatók az IUGR, a korai vagy középidős vetélés hátterében. A koraszülés ténye is, különösen kis súly esetében (1000 g alatt) nemcsak az újszülött életesélyeit veszélyezteti, hanem az anya-gyermek kapcsolat alakulását is kedvezőtlenül befolyásolhatja. Ugyanis az anyai örömök helyett az aggodás, féltés, reménykedés ambivalenciáját, sőt szorongást él át, arról nem is beszélve, hogy a koraszülött hiányolja az anyai szeretetet, törődést, gondoskodást és nem részesülhet a szopás örömeiben sem.

Joggal merül fel az a feltételezés, hogy ezekben az esetekben egy ma még kevésbé ismert pszichoszomatikus folyamat működhet, amikor is az anyában működő pszichés feszültségek tünete a magzat. Az anyát pszichésen a terhesség kimenetele feletti szorongás jellemzi. Ezt a folyamatot csak pszichoszomatikus szemlélettel lehet megérteni és kezelni, ugyanis az anxiolitikumok és az antidepresszansok a gesztáció miatt ellenjavalltak. A pszichoszomatikus szülészeti-nőgyógyászati szemléletnek hazánkban több úttörője volt.

*Császár Gy.* 1980-ban és 1989-ben megjelent könyveiben a pszichoszomatika széles és pontos értelmezési keretét adja a betegség keletkezésének, megértésének területén és a gyógyítási folyamatban.

*Buda B.* (1986) tanulmányaiban a pszichoterápiás szemlélet, ezen belül a kommunikációelmélet fontosságát hangsúlyozza a szülészeti munkában. A nőgyógyászok más organikus szakág orvosaihoz képest jobban kommunikálnak a betegekkel, mert „a nőgyógyászati orvos-beteg kapcsolat áttöri a személyiség intimitási barrierjét... könnyebb tehát, hogy eljusson a beteg pszichés valóságához, és hogy ezáltal a betegben feszültséglevezetődést, esetleg katartikus élményt idézzen elő... Az elmondás maga ún. kognitív katalizációt hoz létre”. A kommunikációelméleti megfontolásokon túl a hipnózisnak és



a szuggesztív befolyásolásnak tulajdonít nagy lehetőségeket ezen a szakterületen. A pszichoterápiás formák közül Buda a strukturált munkatípust javasolja.

*Bagdy E. és Koronkai B. (1978)* a pszichoterápiás relaxáció különböző módszereit könyvben összegzik. A pszichoterápiás relaxációnak gyakorlatilag minden típusú pszichoszomatikus betegség gyógyításában helye van. Azonkívül, hogy hangulatilag kedvező, áthangolja a beteget, a relaxáció mélyebb fiziológiás szinten is az egészséges folyamatok irányába hat.

*Bagdy E. (1986)* a pszichoszomatikus szemlélet fontosságát hangsúlyozza a nőgyógyászat és a szülészet területén is. Ezt írja: „A 80-as évek ún. korrelációs pszichoszomatikája már félreterzi az oly sok vitára alapot adó – ok, velejáró vagy következmény – kérdését, és e betegségeket rendszerelméleti felfogásban ún. amboceptorikus folyamatokként szemléli. Az emberi teljességen, az egészen belüli körkörös, visszacsatoló szabályozó mechanizmusokban koncipiált és bizonyított rendszerfolyamatok megismerése messzebbre vezetheti ismereteinket, mint a lineáris okságelven alapuló.”

Különböző terhespathológiai kórforma pszichogén hátterével hazánkban is több kutató foglalkozott. Valamennyien egyetértenek abban, hogy a terhespathológiai esemény nem választható el a személyiségstruktúrától, a szocializációs folyamattól, a kapcsolatrendszertől, sőt a szélesebb értelemben vett társadalmi hatásoktól (az anya- és a nőszerep megítélése) sem, éppen ezért a folyamat csak pszichoszomatikus szemléleti keretben értelmezhető.

*Orbán Gy., Szőnyi M. (1970)* „A szokványos vetélések pszichoszomatikus vizsgálata” c. tanulmányban arra a következtetésre jutnak, hogy a vetelő nők nemcsak magzatjukat veszítik el, hanem éretlen személyiségük, döntési bizonytalanságuk szándékaik ellenére megnyilvánul az élet más területén is, azaz esélyeiket is „abortálják”. Vizsgálataik alapján megállapítják, hogy a vetelő nők személyiségüknél fogva permanens szorongás állapotában élnek (idézik R. J. Weil és L. C. Stewart kutatásait, akik a nyolcadik terhességet viselő és előző terhességeiket elvetélt asszonyok körében jutottak erre a megállapításra). Ezeket az asszonyokat pszichoterápiába von-

ták és vizsgálták a pszichoterápia hatására bekövetkező hormonreakciókat (48 órás gyűjtött vizelet chorion-gonadotropin, pregnandiol, 17 ketoszteroid és kreatinin szintjei), és megállapították, hogy a vizsgált paraméterek esetében a pszichoterápia kedvező hatása lehet.

Lux E. (1986) „A vetélés és a koraszülés pszichés háttere” c. munkájában 834 eset kapcsán elemzi a korai vagy középidős vetélés hátterében működő pszichés faktorokat, és megállapítja, hogy „az anya-státus tudatos háritása az anticonceptio, amelynek tudattalan megfelelője a funkcionális meddőség. Az anya-szerep tudatos háritási lehetősége a művi abortusz, míg a tudattalané az immanens panaszok és tünetek (emesis gravidarum, a spontán és habituális vetélés, illetve a koraszülés)”. Kutatásai és terápiás tapasztalatai alapján arra a következtetésre jut, hogy „az anya-szereppel kapcsolatos ambivalencia szorosan összefügg a partnerkapcsolat érzelmi jellemzőivel és a nő szexuális érettségével. Az ambivalens partnerkapcsolatban élő és éretlen szexualitású nők tudattalan szinten ambivalensek az anyasággal is, ahol a tudatos szintet az anya-szerep aspirációja jellemzi, míg a tudattalan szinten egyaránt félnek a magzat elvesztésétől, ugyanúgy, mint annak megmaradásától, és a konfliktus megoldása az ellentétes érzelmek dominanciájának függvénye”. Lux véleményével több pontban egyetértünk, azt azonban vitathatónak tartjuk, hogy a nő szexuális éretlensége és a vetélés ilyen szorosan összefüggene. Juhász P. és mtsai (1978) a neurózis-kutatás kapcsán épp ellenkező következtetésre jutottak: „előbb váltak a nők anyává, mint szexualitásukban érett nővé”.

Orosz Á. (1986) „A terhességi toxæmia pszichoszomatikus megközelítése” c. munkájában 34 EPH gesztózisos és 22 egészséges terhes pszichológiai vizsgálatainak eredményeit hasonlította össze, és megállapította, hogy a „gesztózisos terhesek körében szignifikánsan gyakoribb a neurózis, amely nem a gesztózis következménye. A premorbid személyiség az, amely amúgy is rosszul tolerálja a stresszeket, és avval már eleve terhelt volt (életesemények). A terhességgel járó változások további stresszt jelentenek, amelyre a szervezet pszichoszomatikus úton EPH gesztózissal reagál”.

*T. F. Hau* (1973) pszichoanalitikus tapasztalatairól számol be. Vizsgálatait magzatelhalással végződő terhes asszonyok körében végezte, és megállapította, hogy ezek az asszonyok tudattalan szinten a terhesség kezdetétől elutasítják a magzatot. „Ez az elutasítás olyan erős fokú volt, hogy a magzat elhalt.” A jelenséget intrauterin hospitalizációnak nevezte el.

*Tiba J.* (1986) gyakorló szülész- és nőgyógyászati tevékenységének és kutatómunkájának tapasztalatát és célját frappánsan így öszszegzi: „Az asszonyokat meg kell tanítani terhesnek lenni és szülni.” Figyelmeztet arra, hogyha pszichológiailag mérlegelnék, jobban megértenénk a terheseket. A terhespathológiai esetekben gyakran magunk is rontjuk a kórképet a veszélyeztetett terhes jelzővel. Kutatómunkája a terhességi szorongás és oldásának lehetőségeire vonatkozott (1988). A terhesség alatti szorongás mérésére adaptálta a Pregnancy Anxiety Skálát (PAS). Mérési eredményeiből azt a következtetést vonja le, hogy a terhesség elején és a szülés közeledtével magasabb a szorongás mértéke, mint középidőben. Munkájában hivatkozik *Spielberger* (1978) vizsgálataira, melyek szerint „a fokozott anyai szorongás és distress emeli a vérplazma katekolamin szintjét, és szignifikánsan gyakrabban vezet magzati hypoxiához a méh kontrakciói alatt”. Olyan módszert keresett, amely a terhesség ideje alatt megtanítható, és a szülés alatt a szorongás, félelem csökkentésén keresztül csökkenti a szülési fájdalmat és kedvezően hat a szülés lefolyására. Ezt a módszert először a hipnózisban kereste, de mivel az egész szülés alatt kivitelezhetetlen a hipnózisban tartás, amelyre amúgy sincs folyamatosan szükség, a relaxációs és imaginációs módszerekkel kombinálta a hipnózistechnikát.

*Van den Bergh* (1988) kísérletet tervezett, hogy megfigyelje, hogy az anya szorongása milyen hatást vált ki a magzattól. Kísérletében egészséges kismamáknak szülésről szóló filmet vetített azt követően, hogy a csoportot a State-Trait Anxiety-Inventory alkalmazásával tesztelte, majd a film levetítése után ultrahanggal monitorizálta a magzatmozgásokat. Eredményei alapján megállapítja, hogy nem a külső esemény – filmvetítés – gyakorolt hatást, hanem az anya szorongáskészsége az, ami a külvilági ingerre működésbe lép és hat a

magzatra. Ugyanis a magasan szorongó anyák magzatai mutattak szignifikánsan magasabb nyugtalan mozgásaktivitást, szemben az alacsony szorongáspontszámot elérőkkel.

Rossi és *mtsai* kísérletében (in: Kiss A. 1992) a szorongást kiváltók valódi volt. Olyan anyákat vizsgált, akik aminocentesisre vártak és valóban aggódhattak. Egyrészt a vizsgálat az invazív jelleg miatt 1%-os abortálási veszélyt jelent (Papp Z. 1986). Másrészt, ha a vizsgálat eredménye a magzat fejlődési rendellenességét mutatja, az újabb feszültség, mert döntési szituációt jelent az anya és a család számára, nevezetesen, hogy megtartják-e a beteg magzatot, avagy a terminált Ab. mellett döntenek. Vizsgálatukban a magzatmozgásokat Birnholz-kategóriák alapján csoportosították (mozgáscsoportok: fejmozgás, kéz és arc együttes mozgása, különálló végtagmozgás, végtagok együttes mozgása és összerezzenési reakció). Összehasonlító adatként azonos gesztációs korban lévő egészséges terhes csoporttal dolgoztak. Eredményeik alapján megállapították, hogy a vizsgált csoportban a magzatok a kontrollcsoportéhoz képest intenzívebben és nyugtalanabban mozogtak a mozgás számában, intenzitásában és időtartamában.

A szerző és munkatársa, *Csabay L.* 1991 óta az Ultramark 9 ATL típusú color Doppler-készülékkel monitorizálják kísérleti célból a magzat állapotát ún. kellemes pszichés behatásokra, összehasonlítva spontán magzatmozgásokkal. Vizsgálati mintájukban szerepelt olyan asszony is, aki méhszáj-elégtelenség, fenyegető vetélés miatt méhszájzáró műtéten esett át, amely altatásban történik. Az anya állapotának rendeződése után kb. 6 óra múlva került sor a monitorizálásra. A várakozással ellentétben – az altató kihat a magzatra, emiatt nyugalmi periódust találtunk – azt találtuk az 1 óra hosszat tartó monitorizálás alatt, hogy intenzív, szinte folyamatos, egész testre kiterjedő ún. startle (összerezzenési reakció) magzatmozgás a jellemző, miközben az anya még kissé szomnolens az altatás utóhatásaként. Természetesen tisztában vagyunk avval, hogy eme megfigyelés nagyobb populáción történő utánvizsgálatokat igényel annak megállapítására, hogy a műtéti beavatkozásra a magzat valóban mint distress élményre reagál-e.

A koraszülés ténye önmagában is rontja az életkilátásokat és -esélyeket. *De Mylder* és *S. Wesel* (1988) vizsgálták az anyai attitűd jellemzőit és a koraszülés összefüggéseit. Kérdőívet szerkesztettek, amellyel az anyaszerep elfogadását vizsgálták, és a 24. gesztációs hétben lévő terheseikkel töltették ki. Az eredményeket a szülést követően értékelték. Vizsgálataik alapján megállapították, hogy az anyaszerep elfogadásának mértéke nagyban összefügg az érett vs. koraszülés tényével.

A szerzők által vizsgált kérdéskörök: terhesség kívánása, anya-magzat kommunikáció, a terhességgel kapcsolatos álmokban megjelenő szorongások és félelmek, függetlenség igénye, saját nőiességgel kapcsolatos elképzelések, a férj és a család támogató attitűdje, az anya saját anyjához fűződő kapcsolatának érzelmi jellemzői, nőgyógyászati betegség karrierje. A vizsgálatból azt a következtetést vonták le, hogy a koraszülés és az anyai attitűd összefügg a következő kérdések mentén.

Elsődleges szerepet játszik a nőszereppel való azonosulás hiánya, melynek következtében ezek az asszonyok kevesebbet vagy alig kommunikálnak magzatukkal, és ennek következtében az anyaszereppel nem azonosulnak. Természetesen nem tételeznek fel egyenes összefüggést az anyaszereppel való identifikáció és a koraszülés között, de vizsgálataik alapján megállapítják, hogy a pozitív, a magzattal kommunikáló, jó kapcsolat, kedvező prognózis a jó anya-gyermek kapcsolat alakulásához.

## A TERHESSÉG HATÁSA A KORAI ANYA-GYERMEK KAPCSOLAT ALAKULÁSÁRA

*Ranschburg J.* (1984) Lynch vizsgálatait idézi, aki sokgyermekes családokat vizsgált, ahol csak az egyik gyermeket bántalmazták a szülők, elsősorban az anya. Megállapításai szerint az anya azt a gyermeket bántalmazza, akivel a következő életesemények valamelyikét átélte: a terhesség rendellenes lefolyása, szülési komplikáció, az anya vagy a gyermek betegsége miatti tartós hospitalizáció az élet első felében és így tartós távollét egymástól.

A szerző témához kapcsolódó kutatásai alapján (1982 és 1988), melyek a korai anya–gyermek kapcsolat időszakában az anyasághoz kapcsolódó neuroticitás szűrése témában történt, megállapítható, hogy ebben az időszakban azok az anyák mutatnak magas neuroticitást, akiknek saját anyjukkal való kapcsolata a negatív anyaidentifikáció mentén jellemezhető. Ezek az asszonyok saját anyaszerepükkel sem identifikálódtak, nem mobilizálódtak bennük a pozitív anyai attitűd, mely feszültség levezetésére több út kínálkozik:

a) Betegszerepbe menekülés. A vizsgált 200 fős mintából 47% mutat magas neuroticitást, közülük 2% követett el ebben az időszakban suicid tentament.

b) Énrészesség tagadása. A pozitív anyai érzések hiányáért gyermekét teszi meg felelőssé, pl. 2% „rosszaság miatt” nappal is altatót adott gyermekének.

c) Túlkompenzáló anyai attitűd. Az ún. mártír anya, aki más női szerep betöltéséről mond le az anyaság kedvéért, pl. 6% vált, illetve volt válófélben a vizsgált időszakban.

*K. Van de Carr, R. Van de Carr és M. Lehrer* (1988) azt vizsgálták az újszülött észlelési kérdőívvel (Neonatal Perception Inventory, melyet Broussard és Hartman dolgozott ki 1970-ben), hogy a jó anya–magzat kommunikáció hogyan befolyásolja a korai anya–gyermek kapcsolatot. Megállapítják, hogy magzattal jól kommunikáló anyák pozitívabban értékelik újszülöttjüket, könnyebben értik meg és reagálnak újszülöttjük viselkedésére.

Ez a kérdés azonban átvezet bennünket a következő témakörünkhöz.

## PRAENATALIS PSZICHOLÓGIAI MEGFONTOLÁSOKKAL KIDOLGOZOTT ANYA–MAGZAT KAPCSOLAT PSZICHOPROFILAXIS PROGRAMOK

Az előbb idézett *K. Van de Carr és mtsai* (1988) kidolgoztak egy praenatalis kommunikációt erősítő programot, és annak eredményét vizsgálták. A módszert részletesen nem ismertetik, csak közlik, hogy a program szenzoros ingerlésből és szóasszociációs tréningből állt,

melyben 20 terhes asszony vett részt. Megállapításaik szerint azokra az asszonyokra hatott jól a program, akik nem először szültek, és így újszülöttjükkel való kapcsolatukat alkalmuk volt összehasonlítani a már élő gyermekükkel való kapcsolatuk alakulásával. A programot kedvezőnek ítélték a korai anya-gyermek kapcsolat alakulása szempontjából.

*Jenberg M.* (1988) a terheseknek kísérleti szituációt szervezett, melyben vizsgálta a szülői attitűdöt, és a vizsgálat eredményét verbális és nem verbális analízissel értékelte. A vizsgálat lényege: az anya egyedül ült a vizsgálati helyiségben, az instrukciókat kártyákon kapta meg. Reakcióit videón rögzítették, ezt elemezték. A feladatok: rajzolja le önmagát és gyermekét, mesélje el életének kezdetét, készítsse fel magzatát a terhességgel és szüléssel kapcsolatos nehézségekre, majd kérték az anyát, hogy énekeljen magzatának, végül ismét a magzat és az anya lerajzolása következett. A vizsgálat második szakaszában az apának is a fent felsorolt vizsgálaton kellett résztvennie úgy, hogy egymás arcát ne láthassák, ezt újságolvasási feladat kiadásával érték el. Az értékelés fő szempontja az volt, hogy a szülők hogyan szólítják meg a magzatot: élőként, melyre név, ő vagy te személyes névmás használatából következtek, vagy személytelen, élettelenre utaló névmást használtak a szülők (ez az, ott bent stb.). Ez volt a verbális analízis fő szempontja. Feltevésük szerint kedvező, ha a szülő személyes lényként és nem tárgyként kezeli magzatát. A nonverbális analízis szempontja az anya testhelyzetének relaxáltsága, a magzattal való testi kontaktus megteremtésének gyakorisága volt (simogatta-e a magzatot, amikor beszélt hozzá). A vizsgálati eredmények alapján azok a szülők kommunikálnak kevésbé a magzattal, akik bizonytalanok voltak a megtartásában. A projektben részt vevők arról számoltak be, hogy a kísérlet után kedvezően alakult kapcsolatuk a terhességgel és a magzattal. Ezt a szülői véleményt támasztotta alá, hogy a vizsgálat elején és végén készített rajzok között eltérés volt, a végén készült rajzok bensőségebb viszonyt tükröztek.

*Freud, W. E.* (1988) S. Freud kathexis-elméletét szélesebb körben értelmezi „The concept of cathexis and its usefulness for prenatal

psychology” című tanulmányában. Hangsúlyozza, hogy a terhesekkel foglalkozó szakembereknek figyelniük és segíteniük kell a kathexis folyamatát, nevezetesen az anyának kathexisbe kell lépnie magzatával és a magzat is kathexisbe lép nemcsak saját testével, hanem anyjával, pl. anyja hangjával, szívritmusával stb. Ennek a kathexis folyamatnak elősegítése az anyai attitűd kialakulását és a pozitív anya–gyermek kapcsolatot támogatja az egészségben kihordott terhesség mellett.

*E. Bowen*, (1988) „A program to facilitate prebirth bonding” című munkájában megpróbál szintézisre törekedni a terhesség előrehaladása és az anya–magzat kapcsolat facilitást segítő programmal. Programjának lényege – melyről azt állítja, hogy az anya hamarabb érzi meg a magzatmozgást, javítja a terhesség közérzetét, a szülés lefolyását és a korai anya–gyermek kapcsolatot, a következő: első lépés a „Nyugalom”, amikor a szülők napi 10 percben a születendő gyermekről és ezzel kapcsolatos érzéseikről beszéljenek. A program megkezdése után kb. 2 héttel lép be a következő fázis, melynek neve „Örülj gyermekednek!” Ekkor a szülők a gyermek nevét, környezetét tervezgetik. A harmadik fázisra a terhesség 30–40. napjától kerülhet sor. Jelszava: „Teremts kapcsolatot magzattal!” Ekkor a szülők nemcsak a magzatról, hanem a magzathoz is beszéljenek. Hallgassanak olyan zenét, amelyet mind a hárman kedvelnek. Negyedik lépésben azt javasolja, hogy a szülők hangosan is beszéljenek a magzathoz, ez már a családdá szerveződés kezdeti szakasza. Ötödik lépésben azt tanácsolja, hogy „Vond be a magzatot a mindennapokba!” Ezen azt érti, hogy ismertessék meg a magzatot a környezettel, piac, műhely, családtagok stb. Hatodik gondolatsor, amikor arra kéri a szülőket, hogy pontosan képzeljék el, mint egy filmet, azt a folyamatot, amikor a gyermek, az ő gyermekük megszületik. Csak ezek után javasolja Bowen azt, hogy az asszony ismételtén, ebben a szakaszban megtudakolja saját születésének történetét. Végül az orvossal a szülésre való utolsó egyeztetés a záróakkordja a felkészülésnek. A szülés következik.

*Leboyer* (1975) „Birth without Violence” című munkájában összegzi több mint egy évtizedes, az irodalom által szelíd szülésnek



nevezett szülészeti eljárásának módszerét és lényegét. Szülészeti gyakorlatának célja, hogy csökkentse a születés traumáját (Leboyer nem hivatkozik pszichoanalitikus szerzőkre). Ennek érdekében kerüli az erős fényt, zajokat a szülőszobában. Az újszülöttet nem rázza annak érdekében, hogy felsírjon, véleménye szerint „a születés, az első lélegzetvétel csöndben is történhet”. Gondot fordít arra is, hogy milyen az a környezet, amelyet az újszülött meglát, ezért építészeti szempontokat is figyelembe vesz, pl. kerüli a szögletes formákat.

A szerző abból a kérdésfeltevésből kiindulva, hogy az újszülött szenzitív periódusban tanulja-e meg az anyját, avagy az újszülöttre is jellemző az imprinting időszak, kísérleti szituációt teremtett. Aból a kísérleti és tapasztalati tényből indult ki, hogy az újszülött 18–20 cm-en belül jól fókuszál és kontúrt percipiál. Az újszülöttet hasra helyezés – bőrkontaktus –, majd a köldökszínór elvágása és a köldökellátás után – szemellátás előtt – face to face helyzetbe hozta az erre előre felkészített anyáknál, kérve az anyát, hogy közben beszéljen is a megszületett magzatához. Az volt a tapasztalat, hogy az újszülött az anya arcát balról fentről az arckontúr vonalán, szemmel első alkalommal kb. 75 mp időtartam alatt körbepásztázza, majd hirtelen szemmozgással, szem-szem kontaktust teremt, amelyet kb. 16 mp-en át fixál, majd ismét hirtelen szemmozgással az anya arcának kontúráját bal felső indulásból ismét körbepásztázza kb. 60 mp időtartam alatt, majd ismét szem-szem kontaktust létesít. Ez a folyamat valamivel rövidebb idő alatt megismétlődik, és a harmadik vagy negyedik alkalom során a szem-szem kontaktus időszakában szopóreflex reakciót ad. Kísérletünkben a szopóreflex megjelenését követte a mellre helyezés, amely így minden esetben sikeres volt. Ezek alapján hajlunk arra, hogy az újszülött egy komplex vizuális, hallási és szagélmény alapján imprinting folyamatban kezdi meg rögzíteni az anyját. Természetesen tisztában vagyunk avval, hogy ennek bizonyításához nagyobb számú vizsgálati adatok szükségesek.

*Simon A.* (1991) több mint egy évtizede pszichoterápiás relaxáció és imagináció módszerével dolgozik egészséges és különböző terhespatológiai terhescsoportokkal. Alkalmazott módszerével – szimbolikus interakció – sikeres pszichoprofilaxis tevékenységet tölt be.

*Pál M.* (1988) magasan iskolázott terhesek körében projektív teszt és célorientált exploráció alkalmazásával pszichoterápiás és egyben kutatómunkájáról számol be.

Eredményei alapján megállapítja, hogy ez a populáció, bár tudatosan kívánja a terhességet és az anyaságot, tudattalan szinten veszélyeztetettnek érzi addigi egzisztenciáját, szakmai karrierjét, életformáját, és emiatt szorong. Ez a feszültség az embrió integrációjával csökkenthető, mely az Énben felkeltett narcisztikus kathexis útján érhető el.

A szerző kutatómunkájának tapasztalatai alapján, mely a korai anya-gyermek kapcsolat időszakában neurotikusnak minősíthető anyák körében végzett szülőszerepre felkészítő, 32 ülésből álló, tematikusan orientált, aktív-analitikus, imaginatív elemeket tartalmazó csoport-pszichoterápiás módszert dolgozott ki az anyaságra készülő, de még nem terhes és a terhesség korai szakaszában lévő asszonyok számára. A project célja az volt, hogy az anyasággal kapcsolatos – akár egymásnak ellentmondó – élményeket, vágy- és elutasító motívumokat imaginatív módon felidézze, majd azokat a kognitív-emocionális szisztéma kontrollja alatt pozitív attitűddé ötvözze. A tapasztalatok alapján megállapítható, hogy az anyai személyiség rész alapjai diszregulatív fejlődésűek, és a vágymotívumot az eredeti családon belül az anyához való kapcsolat döntően befolyásolja. A másik döntő motívum a partnerhez fűződő kapcsolat. Azok az asszonyok mutattak pozitív anyai attitűdöt, akik jövőendő gyermekükben férjüket kívánják kicsiben újra látni (1989, 1990).

## MEGBESZÉLÉS

A pszichoanalitikus szerzők pszichoterápiás tapasztalataikból le-szűrt metapszichológiai feltevéseinek bizonyítékait a modern experimentális prae-natalis pszichológiai kutatások részben megadták. A magzat fejlődése során az idegrendszer és érzékszervek kifejlődésével részben spontán öningerlés, részben a külvilágból – anyai test és anyai külvilág – származó információkra adekvát módon reagál, sőt

biopszichikai szinten interakcióba lép. A pszichofiziológiai alapú énsztruktúrák már a magzati életben megjelennek, sőt magzati élményei tárolódnak is. Így a magzat pszichológiai szempontból nem „tabula rasaként” jön a világra. A magzati életben az anyai érzelmi hatásokra adott válaszok – mozgási és keringési viszonyokból – detektálhatók, melyek befolyásolják a magzat személyiségstruktúráinak alakulását, egy ma még nem eléggé ismert organikus rendszer útján.

A terhesség maga, a sajátos pszichoszomatikus változásaival az új szociális szerep, az anyaszerep mobilizálódásánál fogva amúgy is pszichoszociális krízissituáció, amely egészséges esetekben is szorongást mobilizál. Az anyai szorongás kedvezőtlenül befolyásolja a magzat pszichoszomatikus fejlődését, sőt a magas szorongás, az anyaszerep elutasítása a magzat létét is veszélyeztetheti.

Eme új tudományágnak: a prae- és perinatalis pszichológiának és orvostannak az eredményei arra serkentik az evvel a populációval foglalkozó szakembereket, hogy olyan magzat, anyaság és család pszichoprofilaxis programokat dolgozzanak ki, amelyek érett, egészséges utódok világrajöttét, az anyai attitűd pozitív változását elérve, harmonikus anya-gyermek kapcsolat és családi élet kialakítását segítik elő. Ennek kerete ma még a terhesgondozás és a szülésfelkészítő tanfolyamok. A cél az, hogy a szülésfelkészítéssel és terhesekkel foglalkozó szakemberek ismereteit a prae- és perinatalis pszichológiai ismeretével és módszertanával bővítsük, annál is inkább, mert a pszichopathológiás folyamatok esetleges megjelenésekor a gesztáció miatt az adekvát antidepresszáns és anxiolitikus gyógyszeres kezelés nem jöhet számításba. Így egyetlen prevenció eszköz az elméletileg jól megalapozott és alkalmazott, problémára koncentrált pszichoterápiás beavatkozás, illetve a prevenció.

- Bagdy E.–Koroknai B.* (1978): Relaxációs módszerek. Medicina Könyvkiadó, Bp.
- Bagdy E.* (1986): A pszichoszomatika értelmezési koncepciói. Szülészet-nőgyógyászat és pszichoszomatika I. Szerk.: Lampé L. A DOTE Női Klinikájának kiadványa, Debrecen.
- Berkő P.–Gávai M.–Kondi L.–Szüts A.* (1992): Az intrauterin növekedési retardáció klinikai jelentősége. Orv. Hetilap, 133. 30.
- Bowen E.* (1988): A program to facilitate prebirth bonding. In: F. Freyberh P.–Vogel V. (szerk.): Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Parthenon, Lancs.
- Bowlby J.* (1960): Separation anxiety. Int. J. Psychoanalysis, 41.
- Buda B.* (1986): Orvos–beteg kapcsolat a nőgyógyászatban és ennek pszichoterápiás lehetőségei. Szülészet-nőgyógyászat és pszichoszomatika. I. Szerk.: Lampe L. A DOTE Női Klinikájának kiadványa, Debrecen.
- C. Molnár E.* (1982): Anyaság és társadalmi adaptáció. Kandidátusi értekezés, kézirat. Bp.
- C. Molnár E.* (1989–90): Szülő-szerepre felkészítő tematikusan orientált aktív-analitikus csoportpszichoterápia. Támogatott pályamunka az Eü. és Szociális Minisztérium Egészségvédelmi Tanácsa Mentalhygienes pályázatokon.
- Chamberlain, D. B.* (1988): The mind of the newborn: increasing evidence of competence. In: F. Freyberh, P.–Vogel, V. (szerk.): Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Parthenon, Lancs.
- Csapó Zs.* (1985): Az elektronikusan monitorizált magzat és újszülött jó állapotára utaló jelek és vizsgáló módszerek értékelése a perinatalis időszakában. Kandidátusi értekezés, kézirat. Bp.
- Császár Gy.* (1989): Pszichoszomatika a gyakorlatban. Pszichoteam, Bp.
- Császár Gy.* (1980): Pszichoszomatikus orvoslás. Medicina Könyvkiadó, Bp.
- De Muylder, X.–Wesel, S.* (1988): Maternal attitudes and preterm labor. In: F. Freyberh, P.–Vogel, V. (szerk.): Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Parthenon, Lancs.
- Ferenczi S.* (é. n.): Katasztrófák a nemi működés fejlődésében. Panthenon Kiadás.
- Ferenczi S.* (1982): Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében. Magvető Könyvkiadó, Bp.
- Freud S.* (1991): A halálöszön és az életöszönök. Múzsák, Bp.
- Freud S.* (1915): Az álomról. Bp.
- Freud S.–Dick M.* (1943): A lélekelemzés legújabb eredményei. XXXIII. A nőiesség. Ampelos könyvek, Debrecen.
- Freud S.* (1943): Bevezetés a pszichoanalízisbe (huszonnyolc előadás). A XX. Az ember nemi élete. A XXII. Libidó fejlődés és nemi megszerveződése. Som Béla Kiadó, Bp.
- Freud S.* (1991): Az Ösvalami és az én. Reprint ex Hungaria. Hatágú Síp Alapítvány, Bp.

- Freud, W. E.* (1988): The Concept of Cathexis and its Usefulness for Prenatal Psychology. In: F. Freyberh, P.-Vogel, V. (szerk.): Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Parthenon, Lancs.
- Freyber, F.-Vogel, V.* (1988): (ed): Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Encounter with the Unborn. A Comprehensive Survey of Research and Practice. Parthenon, Lancs.
- Genong, W. F.* (1990): Az orvosi élettan alapjai. Egyetemi tankönyv. Medicina Könyvkiadó, Bp.
- Groddeck, G.* (1926): Das Buch vom Es. Int. Psychoanalytischer Verlag. Leipzig.
- Harlow, H. F.* (1965): Sexual Behavior in the Rhesus Monkey. In: Beach F. A. (szerk.): Sex and Behavior, Wiley and Sons INC. New York.
- Hermann I.* (1984): Az ember ősi őstőnei. Magvető, Bp.
- Herpay Zs.-Noll É.-Szép J.* (1982): Térfogatfüggést mutató új grafikus non-invasiv haemodinamikai paraméter az ejekciós szög. A Föv. Bajcsy Zs. Kh Rend. Int. jubileumi évkönyve, Bp.
- Horney, K.* (1973): Feminine Psychology. The Norton Library, New York W. W. Norton and Company INC.
- Ishii, T.-Horiguchi, S.-Kato, T.-Waturi, N.-Hirose, M.-Hirota, K.* (1991): If the Fetus can Vocalize. How can we detect it? Biol. Neonatal
- Issa, Ih. Al.* (1980). The Psychopathology of Women. Prentice-Hall INC Englewood Cliffs, N. J.
- Jermberg, M.* (1988): Promoting Prenatal and Perinatal Mother-child Bonding: A psychoterapeutic assessment of prenatal attitudes. In: F. Freyberh P.-Vogel, V. (szerk.): Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Parthenon, Lancs.
- Kato, T.* (1991): Follow-up Study on the Behavioral Development of Japanese. Neonates Biol. Neonate.
- Kiss A. M.* (1992): A születés előtti élet pszichológiája. ELTE BTK. szakdolgoz., kézirat, Bp.
- Kobayashi, N.* (1991): The Significance of Fetal and Neonatal Behavior. Research in Japan Biol., Neonate.
- Losoncz Á.* (1988): Társadalmi változások-életfordulók. I. Terhesség-szülés-születés. MTA Szociológiai Kutató Intézet kiadványa, Bp.
- Losoncz Á.* (1988): Társadalmi változások-életfordulók. II. Terhesség-szülés-születés. MTA Szociológiai Kutató Intézet kiadványa, Bp.
- Maeda, K., Tatsumura, M., Nakajima, K.* (1991): Objective and Quantitative Evaluation of Fetal Mouvement with Ultrasonic Doppler Actocardiogram. Biol. Neonate.
- Mészáros I.* (1984): Hipnózis. Medicina Könyvkiadó, Bp.
- Morooka, H.* (1974): Lullaby from the Womb. Toshiba EMI, Capitol.
- Natsuyama, E.* (1991): In-utero Behavior of Human Embryos at the Spiral-Cord Stage of Development. Biol. Neonate.

- Nijhuis, J. G.–Precht, H. F. R.–Martin, C. B.–Bots, R. S.* (1982): Are there Behavioural States in the Human Fetus? *Early Hum. Dev.* 6.
- Pál M.* (1988): The conscious and unconscious elements of the experience of pregnancy. In: *Freyberh, P.–Vogel, V.* (szerk.): *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine.* Parthenon, Lancs.
- Papp Z.* (1986): Szülészeti genetika. Medicina Könyvkiadó, Bp.
- Paulin F.–Csordás T.–Irtó I.–Bebik I.–Csömör S.* (1988): Telehermography: A non-invasive Method for the Estimation of Uteroplacental Perfusion. *Acta Chirug. Acad. Sci. Hung.* 22.
- Paulin F.–Rigó J.–Bebik I.–Silhavy M.–Fazekas L.* (1989): Intrauterin retardáció gyakorisága és jelentősége a I. sz. Női Klinika 14 éves anyagának tükrében. *Magyar Nőorv. L.*, 52.
- Rank, O.* (1924): *Das Trauma der Geburt.* Int. Psychoanalytischer Verlag, Leipzig.
- Ranschburg J.* (1984): Szeretet, erkölcs, autonómia. Gondolat Könyvkiadó, Bp.
- Simon A.* (1991): Pszichoterápiás relaxáció és imagináció a születésfelkészítésben. SOTE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Születésfelkészítő tanfolyam, előadás.
- Spitz, R. A.–Wolf, K. M.* (1946): *Analytic Depression: An inquiry into the genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood.* Psychoanalytic Study of Child 2.
- Szabó I.–Csabay L.–Német J.* (1991): Examination of placental circulation by color Doppler. Budapest Symposium on Prenatal Diagnosis, SOTE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika.
- Szabó I.* (1991): A méhlepény real-time és color Doppler ultrahangvizsgálata. Baross utcai Szülészeti Esték, előadás.
- Szeverényi P.* (1986): A terhesség pszichológiája. In: I.: Szülészeti-nőgyógyászati és pszichoszomatika. II. A terhesség pszichoszomatikája. Szerk.: Lampé L. A DOTE Női Klinikájának kiadványai, 13. 2.
- Thoma H.–Kachele H.* (1987): A pszichoanalitikus terápia tankönyve. I. Alapfok. Kiadja a MIET Pszichoterápiás munkacsoportja, Bp.
- Tiba J.* (1986): Pszichológiai szüleselőképzés. In: Szülészeti és nőgyógyászati pszichoszomatika. II. A terhesség pszichoszomatikája. Szerk.: Lampe L. A DOTE Női Klinikájának kiadványai, 13. 2.
- Tiba J.* (1988): Születésfelkészítés, szülés alatti pszichogen fájdalomcsillapítás klinikuma, kutatása és szervezése. Kandidátusi disszertáció, kézirat, Bp.
- Tiba J.* (1989): A terhesség alatti szorongás mérése (PAS ismertetése). *Magy. Nőorv. L.*, 52.
- Timor-Trisch, I. E.–Dierker, L. J.–Zador, I.–Hertz, R. H.–Rosen, M.* (1985): Fetal movements associated with Fetal Heart Rate accelerations and decelerations. In: *Csapó Zs.: Az elektronikusan monitorizált magzat és újszülött jó állapotára utaló jelek és vizsgáló módszerek értékelése a perinatalis időszakában.* Kandidátusi értekezés, kézirat, Bp.

- Van de Carr, K.* (1988): Effects on a prenatal interventional program. In: F. Freyberh, P.-Vogel, V. (szerk.): Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Parthenon, Lancs.
- Van den Bergh, B. R. H.* (1988): The relationship between maternal development of the fetus and neonatus. In: F. Freyberh, P.-Vogel, V. (szerk.): Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Parthenon, Lancs.
- Varga I.-Paulin F.-Rigó J.* (1992): Anyai keringésvizsgálatok egészséges és kóros terhességben. I. Az ejakciós szög változása egészséges terhesség alatt. Megjelenés alatt.
- Watanabe, T.-Mizukami, K.-Kobayashi, N.* (1991): Quantitative Analysis of Neonatal Intrapersonal Synchrony between Crying vocalization and Arm Movement. Biol. Neonate.





## ANYASÁGBAN „MEGÁTKOZOTTAK”

(Esettanulmány)

### A BABONÁS-MISZTIKUS GONDOLKODÁS GYÖKEREI

#### A MISZTIKUS-MÁGIKUS VILÁGKÉP

Az emberiség őstörténetében, a világ megismerésének igényével és a világ adott ismeretfokán jelenik meg a misztikus-mágikus világkép, világmagyarázat és kultúra (vallás, művészet, tudomány). Ennek a világképnek töredékei (rítusok, szokások stb.) megjelenhetnek a mai történelmi ember gondolkodásában is. *Seligmann* a „Mágia és okkultizmus az európai gondolkodásban” című könyvében írja: „az okkult gondolkodásnak – a gyakorlati mágia elméletének – három alapelve van, úgymint:

- korrespondenciák elve,
  - az emberi akarat mint önálló fizikai erő feltételezése,
  - asztrális fény-erő, amely egy formátlan és láthatatlan energia”
- (*Seligmann, K. 1987*).

A mágikus gondolkodás számára a szó (mantra) objektív létező. Ugyanúgy megváltoztathatatlanul létezik és hat, mint a fizikai világ maga.

Az ember a világnak, az ismeretlennek, a véletlennek kiszolgáltatva érzi magát. A misztikus, mágikus gondolkodás pont a véletlent küszöböli ki a jóslások, a szó erejével, így egységessé, érthetővé, beláthatóvá és kiszámíthatóvá válik a lét. „A jóslás művészetének lényege, hogy a mágusok számára nem létezik véletlen esemény; minden egyetlen törvénynek engedelmeskedik, amelyet nem kényszerként viselnek el, hanem úgy üdvözölnek, mint a véletlen zsarnokságától való megszabadulást.” (*Seligmann, K. 1987*).

A misztikus-mágikus-okkult gondolkodás központi kérdése az élet és a halál. A halál elhárítására pl. az i. e. V. sz. közepe előtt

íródott Vendidad XVII. fejezete foglalkozik az élet megőrzésének, illetve a halálokozásnak a mágiájával, amely a körmök és a haj őrzésén vagy éppen eltulajdonításán keresztül hat. A levágott körmök és haj, a kiesett fog őrzésének vagy éppen eltulajdonításának mágiájához hasonló hiedelmek a mai napig is élnek, sok esetben a cselekvés mögött elhalványulva, vagy átfogalmazva – írja Seligmann.

A szerző szórványos, de korántsem egyedi megfigyelései szerint az anyák gyermekük vonatkozásában gyakorolják ezt a „mágiát”. Természetesen nem mágiának fogalmazzák meg, hanem „szokásnak”, „emléknek” minősítik cselekvésük motivációját.

— Például: több anya csecsemője körmét nem ollóval vágja, hanem foggal lerágja és azt megeszi. Ilyen szokást gyakoroló anyát megkérdeztünk, miért teszi ezt? Cselekvését így indokolta: „nem szabad ollóval vágni, mert akkor gyorsabban nő.” Nagyon sok család teszi el a gyermek első hajvágásából származó tincset „emlékbe”, mint mondják. A tincset gyakran medalionba helyezik, amelyet aztán az anya visel. Ugyanilyen emléktárgyat képez sok családnál a gyermek első kihullott foga. Több családnál láttuk, hogy a két első metszőfogot nemesfém foglalatra tetetik és egy-egy fogat visel az anya is, az apa is. Emlékké szelídíti a mai kor embere a régi mágiát akkor is, amikor a szerelmesek egymás hajából egy-egy tincset levágnak és azt kölcsönösen elteszik, őrzik. A szerző értelmezése szerint ezekben a rítusokban fölcillan a régi mágia: ha az anya birtokolja és őrzi gyermeke körmét, haját, fogát, birtokában tartja az életét is. Védheti a rontás (betegség, halál) ellen. Ugyanezt teszi a szerelmes is, birtokolja a másikat, de rontást is küldhet rá.

— A mágikus gondolkodás a betegséget az anyagi test határain kívülre helyezi, *Hamvas B.* a „Scientia Sacra” című könyvében (1988) írja: „az emberi testen egyetlen tűszúrás és egyetlen karcolás sem eshet meg az anyagi természetből érthetően és magyarázható okból. Mert az, amit véletlennek hívnak, démonikus hatalom és a sorsnak éppen olyan ereje és tényezője, mint bármelyik más... a betegség sohasem lehet valamely szerv elszigetelt betegsége, hanem mindig az egész életet, vagyis az egész embert érinti.” Emiatt a mágikus gondolkodás-rendszernek megfelelően a betegség gyógyítása is csak

mágikus úton lehetséges. A mágikus gyógyítást az analógiás gondolkodás irányítja. A gyógyítás magas, fontos eszköze volt a mantra – az ige. „Az ige feltámasztotta a betegben szunnyadó egészségerőt, és a parazita démonikus hatalmát el tudta űzni... Ezért minden betegségben része van a szégyentelen életéhségnek, amely az embert a sötétség hatalmainak kiszolgáltatja. A betegség ezért egyben bűn és bűnhődés és büntetés is. A gyógyításban a lényeg, hogy a rossz katabasist jó anabasissá kell fordítani. Erre néha elég a mantra alkalmazása.”

## MÁGIKUS GONDOLKODÁS AZ EGYEDFEJLŐDÉSBN

### A MISZTIKUS, MÁGIKUS SZEMÉLYISÉGRÉSZ KIALAKULÁSÁNAK KLASSZIKUS PSZICHOANALITIKUS ELMÉLETE

A klasszikus nagy pszichoanalitikusok (Freud, Ferenczi, Rank) egyaránt foglalkoznak a valóságérzék kialakulásával, és valamilyen egyetértenek abban, hogy a realitáselv az Ego kialakulásával veszi kezdetét, amely a személyiség fejlődésének egy későbbi szakaszára esik.

*Ferenczi S.* „A valóságérzék fejlődésfokai és patológikus visszaterésük” című tanulmányában Freud elméleti alapjaiból indul ki, de a gondolatot továbbviszi. Elemzi a magzati, újszülött- és csecsemőkori élmények jellegét és továbbélését. „Az újszülöttkori elsődleges, kezdetleges lelki állapotot jellemzi, hogy pozitív és negatív hallucinációk segítségével próbálja a csecsemő a szükségleteit fedezni, melynek a csalódás, a remélt kielégülés elmaradása vet véget. Így a lélek rész rákényszerül arra, hogy a valóságot érzékelje és a valóság megváltoztatására törekedjék.” Ferenczi a vizsgálat hangsúlyát a kezdeti misztikus, mágikus mint elsődleges lelki rész, és a valóságelv mint másodlagos lelki rész fejlődési folyamataira helyezi. Azt vizsgálja, hogy ez a fejlődés lineárisan vagy lépcsőzetesen halad-e, illetve azt, hogy a neurotikus beteg lelki életében a korábbi fejlődési fokok vagy azok nyomai kimutathatóak-e. Mint pl. a kényszerneu-

rotikus, aki belső kényszer hatására meghatározott varázsformulák (gondolati vagy cselekvésbeli) rituálék szerint éli életét. A rituálékat bár énidegennek éli meg, mégis az általa kialakított babonáság szerint él, mert meg van „győződve” személye és gondolatai mindenható voltáról. A babonás ceremónia által ő védi meg általában közeli hozzátartozója (a szerző megfigyelései szerint sok esetben önnön) életét, egészségét. E babonás meggyőződésében az annak ellentmondó ismételt tapasztalatai sem ingatják meg. Azaz a kényszerneurotikus egyidejűleg valóságelvű is (énidegenség) és babonás is (rituálék).

Ferenczi a mágikus, misztikus személyiség rész gyökereit a magzati állapotra, az akkori mindenhatósági érzésre való visszavágyódással hozza összefüggésbe. A csecsemő pozitív hallucinációk, inadekvát jelzések útján jut kielégüléshez. Az őt figyelő, gondoskodó környezet (anya) erre az inadekvát jelzésre vágyteljesítő módon reagál, ugyanis az intrauterin élethez hasonló körülményeket, élményeket biztosít, ezáltal a mindenhatóság érzetét meg is erősíti.

Ferenczi szerint ez a fejlődési stádium jelenik meg a hisztériás neurózisban, amikor is a beteg inadekvát taglejtésekkel az elfojtott vágyait adja tudtára a környezete számára.

A normális ember is tesz babonás vagy hatásosnak hitt taglejtéseket (átkozódó, áldó mozdulatok, szimbolikus babonás mozdulatok, vallásos cselekvések stb.). Ezek maradványai a valóságérzék eme fejlődési szakaszának, amikor is a mozdulat a vágy eléréséhez elegendő volt. Az egyedfejlődésben a mozgásszimbolizációt követi a beszéd-szimbolika. A gondoskodó környezet ebben az időszakban hasonlóan jár el, mert a beszéd-szimbolikával közölt vágyakra ugyancsak vágyteljesítő módon reagál, azaz tovább él a mindenhatósági érzés a kialakuló valóságelv mellett. Erre a szakra jellemző, hogy a gyermekben kialakul egy érzés és tudat, hogy a tőle függetlenül élő „isteni” hatalmak kedvében kell járnia és akkor az ő vágyai teljesülnek.

Ferenczi szemléletében a valóságérzék filogenezise mellett az egyénben ott él tovább a mágikus mindenhatósági motívum. A tudomány feladata, hogy „sikerüljön párhuzamot vonni az Én egyes fejlődésszakaszai és ezek neurotikus visszaesési alakzatai, másfelől az emberiség fajfejlődésének etapjai között...”

## A GONDOLKODÁS EGYEDFEJLŐDÉSÉNEK MODELLJE

A gyermek lelki-gondolkodási fejlődésének kezdeti szakaszára az egocentrizmus jellemző. Piaget (1969) az egocentrizmusról a következőket írja: „A gyermeki egocentrizmusra jellemző, hogy nem fejt ki a saját magyarázatát. Eleinte azért hallgat róluk, mert azt hiszi, mindenki ismeri azokat, később pedig azért, mert szégyelli magát. De főleg azért hallgat róla, mert magyarázatai az övéi, így ezek tűnnek számára a legtermészetesebbnek és az egyedül lehetségeseknek.” „A szót (jelet) a gyermeki gondolkodás a dolgokban lévőnek tartja, a dolgokból származnak és nem a gondolkodó alanyéi.”

Piaget a gyermek gondolkodásának fejlődését vizsgálva megállapítja, hogy a művelet előtti szinten a gyermek a véletlen fogalmát nem érti meg, azt kiküszöböli. „A gyermek tehát szubjektivitásának tudata nélkül, mind társadalmi, mind fizikai síkon egocentrikus... Éppen azért, hogy a kezdeti egocentrizmus az ego és az alter megkülönböztetésének hiányából fakad, a személy ebben az időszakban ki van szolgáltatva a környezet minden sugallatának és kényszerének, amelyhez kritika nélkül alkalmazkodik, minthogy nincsen tudatában szempontja saját, személyes jellegének.”

Sajátos módon az egyedfejlődésben megismétlődik az ontogenetikus gondolkodás fejlődési folyamata (antropomorf centrikus-ság, egocentrizmus; misztikus-mágikus gondolkodási szakasz). Az egyed pszichológiai fejlődése nem szakaszos, hanem folyamatos. Az új folyamat bár minőségileg új, de ráépül és meg is őrzi az előző folyamat jellemzőit. Érzelmileg rendkívül fontos stresszhelyzetekben visszaléphet az egyén egy régebbi fejlettségi szintre. Ezt a lelki folyamatot nevezi a pszichológia regressziónak, mely érzelmi és gondolkodási szinten egyaránt megjelenhet.

## A BIOLÓGIAI KREATIVITÁSHOZ KAPCSOLÓDÓ MÁGIKUS, MISZTIKUS TARTALMAK

A biológiai kreativitás az embernél nem csupán szexus és utódlás, hanem hosszú pszichoszomatikus fejlődés és szocializációs folyamat eredménye. A folyamatok kölcsönhatásban fejlődnek.

A lányok és a fiúk szocializációja – nézetünk szerint – eltérő abból a szempontból, hogy a fiúk szocializációjában a nemi szerep (gender-role) egyértelműen férfi identitás, jellemzőbben megfogalmazott. Ezzel szemben a lányok szocializációjában a nemi szerep, a női identitás nem egységes képben megfogalmazható. A szocializáció a női nemiszerepet részs szerepekre bontja, úgymint anyaszerep, feleségszerep, háziasszonyszerep stb. A felsorolás nem véletlen társadalmi értékrangsort tükröz. A nőszerep (pszichofizikai eroticizmus) csak szűk keretek között támogatott. Az egységes női nemi identitás a fentiek miatt nehezebben kialakítható. Talán emiatt érzékenyebb, sérülékenyebb, befolyásolhatóbb. A lányokat végső soron az anyaszerepre szocializálják, evvel együtt a terhesség, szülés, korai anyaság időszaka kiérzékenyített, önértékelés szempontjából is lényeges időszak. Az anyaság elérése társadalmi feltételekhez kötött, emiatt elérését késleltetik. Ennek egyik eszköze lehet a különböző, biológiai kreativitáshoz kötött félelmek beépítése is. Horrorisztikus rémtörténetek forognak közkézen a közgondolkodásban a terhesség és a szülés veszélyeiről (pl. belehal, beleőrül stb.). Ebben a többszörös érzelmi szorításban alakulnak az anyai személyiség rész alapjai:

- a) vágyat ébresztenek a lányokban, nőkben a gyermek mint örömforrás után,
- b) magasan kiemelt értékrendű az anyaság, amelynek elérése nemcsak érték, hanem feladat, sőt kötelezettség is,
- c) a terhességet, a szülést mint életveszélyt, fenyegetett állapotot sugallja.

A terhesség, a szülés, a korai anyaság az egyén életében – hasonlóan más, nagy életfordulópontot jelentő pszichés, pszichoszomatikus változásokhoz – pszichológiai értelemben krízisszituáció. A kríz-

zisszituáció maga nem pathológiás, sőt sikeres megoldása esetén a személyiségfejlődés új, fejlettebb szintjét jelenti. Sikertelen megoldás vagy a krízisszituáció perzisztálása pszichopathológiás folyamatok felszínre bukkanását idézheti elő. A krízisszituációban a személy érzelmileg kiérzékenyített, bizonyos regressziós készség állapotában van. Ha óvó, védő környezeti hatások helyett plusz érzelmi megterhelést kell elviselnie az egyénnek, illetőleg személyisége nem elég érett, a krízisszituációból krízisállapotba kerülhet. A krízisállapot már pszichopathológiai vagy pszichoszomatikus megbetegedés folyamatot indít be.

## A PSZICHOLÓGIAI PREVENCIÓ LEHETŐSÉGEI

A reprodukcióhoz kapcsolódó pszichológiai prevenció lehetőségeit *Oppenheim G. B.* (1985) tekinti át, aki *Hamilton* (1962), *Gordon* és *Kapostins* (1965) szemléletét, elveit viszi tovább. Hangsúlyozza, hogy a reprodukciós időszakban jelentkező hangulati labilitás, a „Maternity blues”, a pszichiátriai epizód és a megbetegedés sem magyarázható csupán biológiai változásokkal (hormonok, ionok stb.). Ezek a folyamatok csak az egyén élettörténetével (családi életesemények, a személyiség szerkezete, szociális helyzet és a házastársi kapcsolat minősége stb.) szoros összefüggésben értelmezhetők és kezelhetők. Az ebben az időszakban fellépő pszichés zavarok, megbetegedések tartalma az aktualitás képét mutatja, azaz általában az élethelyzethez kapcsolódó életveszélyre vonatkoznak, az újszülött világrahozatalának, ellátásának, gondozásának képtelenségére. Emiatt a prevenciónak ki kell terjednie a szülőszerep és az anyai attitűd kialakítására is.

*Trixler M.* és *mtsai* (1981) az 1936-tól 1980-ig tartó időszak 18 762 női elmeosztályi felvétele között 230 post partum pszichiátriai beteget találtak, ami 1,23%-os gyakoriságnak felel meg. Ezen megbetegedettek közül 223 esetben alkalmuk volt katamnesztikus vizsgálatokra is, amelyek alapján megállapították, hogy „mind az affektív, mind a schizophren típusú post partum pszichózisok gene-

तिकai terheltsége magasabb, mint a nem post partum indítású azonos típusú pszichózisoké. Pozitív genetikai anamnézis esetén a pszichózis korai manifesztálódásával kell számolni”.

A SOTE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 1982 óta működik szülésfelkészítő program. Célja az, hogy felkészítse a terhesség időszaka alatt a jelentkezőket a terhesség, a szülés és a gyermekágy természetes, fiziológiás folyamatainak megértésére, az újszülött gondozására és a szoptatás módszerére. A relaxációs módszerrel kombinált légzés és terhestorna megtanításával növelhető az asszonyok aktivitása és kooperációja saját szülőmunkájukban. Az így vezetett programok fokozzák az anya–magzat kapcsolatot és ezen keresztül elősegítik az anyai attitűd kialakulását. Tapasztalataink szerint az így felkészített kismamák terhességi szorongása csökken. Könnyebben vállalkoznak együttszülésre. A korai gyermekágyas időszakban igénylik a rooming-in ellátási formát.

Eddigi tapasztalataink birtokában az irodalmi adatokra támaszkodva célul tűztük ki a szülésre felkészítő program további finomítását, célunk, hogy nagyobb szerepet kapjon az anyai attitűd mozgósítása. Ennek érdekében az anya–gyermek duálunió kialakulását és megszilárdulását maximálisan segítő rendszert és módszert fejlesztettünk ki. A program további része a rooming-in rendszer bővítése és a szülőszobai rooming-in kialakítása. Hazánkban jelenleg már a rooming-in részben elfogadott ugyan, elsősorban intellektuálisan, de attitűd szinten kevésbé befogadott, mind az egészségügy, mind az anyák részéről. Ennek az ambivalenciának a logifikációja másképp hangzik az egészségügy és másképp az anyák részéről. Az egészségügy kb. így fogalmaz: „A magzat és az újszülött épségéért az egészségügy a felelős. Az anya ügyetlen is lehet, elejtheti a gyermekét stb.” Az asszonyok kb. így fogalmazzak: „A szülés félelmetes és nagyon fárasztó. A szülés fáradalmait ki kell pihenni, otthon, ha hazamegyünk úgyis permanens szolgálatot jelent a gyerek ellátása.”

Ha az anya–gyermek valódi pszichológiai szükségletei alapján határozzuk meg az egészségügy felelősségét, akkor azt a duálunió működésének elősegítésében kell meghatároznunk, már a terhesség alatt, a szülés folyamán és a gyermekágy időszakában egyaránt.



Ennek a célnak az elérése érdekében szükséges, hogy feltárjuk és feloldjuk a reprodukcióval kapcsolatos kognitív disszonancia elemeit mind az egészségügy, mind az anyák részéről. Eddigi tapasztalataink alapján a reprodukcióhoz kapcsolódó félelemteli, ambivalens attitűdnek a háttere a következőkben összegezhető:

### 1. Az anyák részéről,

#### a) kollektív félelem:

– az egyik kollektív félelem a „megörüléstől”, a „haláltól” való félelem. Ezt a két alapszorongást a kollektív tudat a reprodukcióhoz szorosan kapcsolja. Ennek a félelemnek a felerősödése az egyénben függ az életeseményektől és a partnerkapcsolat érzelmi bizonytalanságától.

– a másik kollektív félelem a betegségtől és a fogyatékoságtól való félelem, amely a reprodukcióban gyakran az utódra projicálódik. Az anya fél attól, hogy nyomorék, és ami még ennél is fontosabb, értelmi fogyatékos újszülöttet szülhet. Az ilyen típusú irreálisan magas szorongás háttérben sok esetben a bűnösségérzés munkál. A reprodukciós időszakban fókuszba kerülhet az addig csak a tudat perifériáján szunnyadó aggodalomtömeg. Az anya nemcsak gyermekéért, hanem önmaga testi és pszichés veszélyeztetettségétől egyaránt szoronghat, és ezt az érzést terheli még a biológiai, hormonális változás is. A terhesség, a szülés, a gyermekágy labilis állapotában könnyen regresszív énéllapotba és gondolkodási szintre kerülhet. Szinte „alkudozik a sorssal”, hogy kinek az élete maradjon meg: a gyermekéé, akit kíván vagy a sajátja. Imaginárius szinten úgy érzi, hogy egy új élet egy másik élet megszakadását „követeli”.

b) az autonómia – és a függőségigény ambivalenciája – az anyában a duálunió, a felelősség igénye és tudata mellett működik az autonómiaszükséglet is. Gesztációs időszakban egyidejűleg jelenhet meg a kötődés és a kötődésből való menekülés kettősségének a feszültsége, akár phobiás mechanizmusok, gondolatok formájában. Pl. „nehogy ártsak majd neki”, „nehogy kárt tegyek majd benne stb.” Ez a feszültség a férj felé is megjelenhet akár gyűlölet, akár elutasítás

formájában. Férjét vádolja élethelyzetéért, melyben ezt az érzelmi feszültséget átéli.

– a duálunió kialakulása, a függés és a függetlenség kettőssége a mélylélektani rétegekből kannibalisztikus ötleteket is megmozgathat, amelyeknek tudatszinten való megjelenése pánikot, rémületet vált ki az egyénből (pl. az egyik anya súlyos szorongással járó kannibalisztikus fantáziája a következő volt: „*tudom, hogy soha meg nem tenném, de néha arra kell gondolnom és ez iszonyatos, hogy mi lenne, ha a kicsinyemet bedugnám a mikrohullámú sütőbe egy kicsit*”). Ennek a feszültségi formának is megvan a kollektív félelmi és tudati oldala, amely nyomon követhető mind a mitológiában, mind a népmesék világában, sőt nyelvi fordulatokban is fellelhető. Pl. „úgy szeretlek, majd megeszlek”, „ennivaló”, „cukorfalat” stb.

Ha az egyén nem eléggé érett a duálunió befogadására, az abból való menekülés ötletbetörései fel-felbukkanhatnak, illetve egy-egy ötlet állandósulhat. Ez lehet a halálfélelmen túl az újszülött tagadása vagy annak idegenként való látása is, amely szintén szorongást keltező, énidegen gondolat.

### c) Énvédő mechanizmusok:

– a gesztációhoz kapcsolódó krízisállapot turbulens érzelmi hatásai ellen énvédő mechanizmusok lépnek működésbe. Ezek közül leggyakoribb a tudatbeszűkült vagy kiürült, disthymiás állapot, a hezitáló és döntésképtelen cselekvési gátlás, illetve az ezektől való félelem.

## 2. Az egészségügy részéről:

a) Az egészségügyi dolgozóknak is élnek a kollektív félelemből fakadó aggodalmak.

b) Tanulmányaik révén pszichopathológiai ismeretekkel is rendelkeznek.

c) Munkájuk során találkoztak már a gesztációs időszakhoz kapcsolódó pszichés zavarokkal, pszichiátriai tünetekkel. A tüneteket felismerik, azonban pszichológiai szintű oldására csak kevesen felkészültek.

d) Az egészségügyi szisztéma évtizedeken át arra irányult, hogy ezeket a veszélyeket lehetőség szerint kiküszöbölje és nem arra, hogy megelőzze. Az utóbbi időket jellemző preventív szemlélet, a családcentrikus szülészet új attitűd kialakítását igényli az egészségügy és a családok részéről egyaránt. Csak ezen keresztül csökkenthetők vagy bonthatók le az irracionális félelmek, és ebben a munkában a pszichoszomatikus szemlélet szakembereinek továbbra is nagy szerepük van.

## ESETISMERTETÉSEK

Jelen dolgozatunkban a biológiai kreativitással járó krízisszituációban „halálátokkal” és emiatt halálfélelemmel megterhelt négy beteg esetismertetését közöljük, akikkel klinikánkon kb. egy év alatt találkoztunk.

### *Sz. J. beteg esetismertetése*

Sz. J. 19 éves (roma származású) beteg esete (átlagos intellektus, 8 általános iskolai végzettség), aki 1991 tavaszán 8. gesztációs hétben került klinikánkra felvételre súlyos hyperemesis tüneteivel kahexiás állapotban. Az elvégzett vizsgálatok sem a terhességgel kapcsolatos, sem a beteg testi állapotára vonatkozó betegséget nem találtak. Az alkalmazott medikációk (infúzió, vitaminok stb.) ellenére a hyperemesis nem csökkent. Spontán folyadékot sem volt képes fogyasztani. Azonnal hányt. Kahexiás állapota súlyosbodott. A beteg viselkedése konvenciókat betartó, de rendkívül félszeg, viszszahúzó volt. A befolyásolhatatlan hyperemesis, a beteg szomatikus állapotának romlása miatt felvetődött a graviditás megszakításának lehetősége is. Ebben a problémás helyzetben történt a pszichológiai konzultáció kérése.

A pszichoterapeuta, tekintettel a beteg legyengült állapotára, a kórteremben kereste fel Sz. J.-t. A pszichoterapeuta szerint a beteg viselkedése konvencionálisan beszabályozott volt. Beszéde halk, szűkszavú. Enyhe paramímia figyelhető meg (a mosoly álarca mö-

gött semmibe elkalandozó, üres tekintet). A terapeuta több napon keresztül naponta rövid találkozásokat létesített Sz. J.-vel abból a célból, hogy megszokja a „beszélgetés” szituációt és a terapeuta személyét. Tekintettel arra, hogy a beteg spontán soha semmit nem mondott (tüneteinek kivül), kérdésekre szükszavúan válaszolt, életrajzi adataiból csak töredékeket lehetett kihámozni. Nevezetesen: tizenketten vannak testvérek. Szüleivel és élettársával („*aki magyar*”) él közös háztartásban. „*Szeretik egymást.*” Ennek ellenére csak a „*baba megszületése után*” kötnek házasságot, ezt a tervét avval indokolja, hogy „*félek, hogy ez a terhesség is elmegy*” (1990 őszén 12 hetes gesztációs korban spontán abortus zajlott le). Mindkét terhessége élettársától volt. A terapeuta kérdésére, hogy miért csak a baba megszületése után akar férjhez menni, feltűnően elsápadt, majd titokzatos mosollyal, rémülettel tekintetében, megnyúlt reakcióidővel azt felelte: „*Csak.*”

A terapeuta a beteg tünete, az anamnesztikus adatok és a viselkedés alapján feltételezte, hogy a félelme, rémülete, titokzatossága (lásd viselkedés) mögött irracionális tartalmak működnek. A következő pszichoterápiás foglalkozás alkalmával ezért a következő kérdéssel indított: „*Ki az, aki magának rosszat akar?*” E kérdés után lépett Sz. J. először szem-szem kontaktusba a terapeutával. Elmélyült komolysággal válaszolta: „*Hát tudja?*” (a párbeszéd további folyamatát az elhangzott dialógusban adjuk meg).

Terapeuta (továbbiakban T.): Tudni nem tudom. Csak látom, hogy ez történt. Mesélje el.

Sz. J.: *Nálunk, cigányoknál mindig van rosszakaró.*

T.: Magának hogyan okoztak rosszat és miért?

Sz. J.: *Megátkoztak.*

T.: Látom. Ki? (Megjegyzés: A beszélgetésnek ettől a szakaszától Sz. J. viselkedése változott, oldott lett, beszédes.)

Sz. J.: *Az a cigány fiú, akivel régen jártam, el akart venni feleségül. De én nemet mondtam, nekem nem ő kellett. Beleszerettem ebbe a fiúba.*

T.: Ezért átkozta el? Honnét tudja?

Sz. J.: *Ő mondta nekem meg tavaly, nevetve, az Ab. után, amikor mentem haza. Hogy soha nem lesz élő gyermekem, mert ő is, és a nagynénje is közösen megátkoztak. Megátkoztak (lacrimál), ha akarok, akkor én halok bele. Nagyon félek, hogy így lesz. A bátyám is egy magyar lánnyal él, és nekik sem lett gyermekük. Van ez így, hogy cigánynak magyartól nem lesz gyereke.*

T.: *Hogy csinálták az átkot? Tudja?*

Sz. J.: *Azt nem tudom, de a fiú nagynénje tud mindenfélét, varázsigét.*

T.: *Akarja, hogy megtörjem magán az átkot?*

Sz. J.: *Akarom!*

T.: *Akkor magának segíteni kell nekem ebben.*

(Megjegyzés: őszintén be kell vallania a terapeutának, hogy lelke mélyén fohászkodni kezdett, hogy csak most jusson az eszébe valami megoldás. Hiszen nem járatos sem az okkult tudományokban, sem boszorkányságban. És jött a mentő ötlet.)

Tudja-e, hogy hol lakik a fiú és a nagynénje? Ismeri a házat?

Sz. J.: *Igen, jártam ott.* (Megnevezi a helységet).

T.: *Nos. Akkor rajzolja le a házat. Pont éjfélkor vegye elő a rajzot és ceruzával keresztbe húzza át. Közben azt kell mormolnia, háromszor egymás után, hogy „HULLJON A FEJÉRE VISSZA AZ ÁTOK ANNAK, AKI MONDTA!” Értette? Nem fél megcsinálni?*

Sz. J.: *Igen. Megcsinálom. Félek, de megcsinálom.*

T.: *Tehát pont éjfélkor kell áthúzni és elmondani háromszor a varázsigét. Holnap délben jövök és megnézem a rajzot.*

Másnap, ebéd közben kereste fel a terapeuta a beteget, aki széles mosollyal, örömmel a szemében hálásan mondta: *Meggyógyultam! Eszem!*

A rajzot megmutatta. Olyan erővel volt áthuzigálva, hogy még a papír is átszakadt.

A beteg hyperemesise megszűnt. Terhességét egészségesen 40. gesztációs hétig viselte. Terminuskor jött be ismét a klinikánkra. Ápolt küllemmel, kiegyensúlyozott hangulatban. Beszámolt arról, hogy élettársa elhagyta, *„beleszeretett egy másik nőbe, én újtára engedtem, nekem itt a gyermekem, akit nagyon akartam”*. Partnere nincs.

V. M. gimnáziumban érettségizett (magyar származású), 22 éves, másodszor terhes, másodszor szülő beteget vajúdas megindulásakor mentő szállította klinikánkra.

A szülészoba V. M. artikulálatlan kiáltozásaitól volt hangos. Az artikulálatlan kiáltozások, a szülőágyról való menekülési kísérlet jellemezte a viselkedését. A kiáltozásokat csak akkor hagyta abba, amikor hol hangoskodva, hol könyörögve követelte, hogy azonnal hagyják elmenni, vagy „császárműtsenek meg” (sic!). „Meghalok! Jaj, jaj! El akarok mennni! Hagyjanak elmenni! Jaj! Jaj! Meghalok, jaj, meghalok! Császárműtsenek meg, különben elmegyek, nem tudok szülni, nem akarok szülni! Jaj! jaj! Meghalok!”

A szülés vezetése, a magzat állapotának regisztrálása a beteg viselkedése miatt lehetetlen volt. Pszichológus konzultációt kértek.

A pszichológustól V. M. szintén a „császárműtét” elvégzését követelte. A pszichológus lány-anyai magatartást vett fel. Csitítgatva magyarázta a betegnek, hogy ő nem szülész, hanem pszichológus, beszélgetni jött.

V. M. – valószínűleg – az attitűdre reagálva gyermeki módon bújít és kapaszkodott a pszichológusba. Sajátos fülbe súgó párbeszédbe kezdtek, melynek lényege a következő: V. M.-et anyja kiskorban elhagyta, kapcsolatuk nincs. Apja új családot alapított. Nagyanyja nevelte (budapesti lakosok). V. M. 19 éves korban, már terhesen házasságot kötött. Férjéhez költözött. A férj – az asszony jellemzése szerint – „iszákos, durva” ember volt. V. M. 7 hónapos terhesen „beleszeretett” jelenlegi élettársába. Még terhesen elhagyta a férjét és azóta élettársával együtt él, akivel együtt neveli első házasságából származó, jelenleg 2 éves fiát. A nagyanya „haragszik” V. M.-re „nem tud beletörődni”, hogy a fiatalasszony elhagyta a gyermek apját, sőt ebből a „törvénytelen” kapcsolatból is gyermeket vár. A nagyanya átkozta meg V. M.-et: „Azt mondta nekem nagyfi, hogy aki ilyen k..., az haljon meg a szüléskor!” V. M. félt, hogy a nagyanyai átok valóra válik, ezért előre kimunkált magában egy átkot elhárító manővert. V. M. ezt az átkot elhárító manővert saját szavaival így

fogalmazta meg: „Nekünk kell ez a gyerek, tehát előre kigondoltam. A császárműtét nem szülés, hanem műtét. Ha megműtenek, nem halhatok meg. Ugye?”

Párbeszédünket követően ismét követelni kezdte a „császárműtétet”, amit tekintettel a kooperáció hiányára, indikáltak. V. M., mihelyt megtudta, hogy kívánsága teljesül, boldogan, elégedetten nyugtázta a hírt. Viselkedése megváltozott, megnyugodott. V. M.-et áttolták a műtőbe. A beavatkozás előtt a rutin hüvelyi vizsgálat megállapította, hogy a magzat koponyája már beékelődött a szülőcsatornába. Célszerűbb lenne hüvelyi úton levezetni a szülést, de akkor megint előáll az előző dilemma, a beteg nem kooperál.

Ekkor a pszichológus ismerve a beteg császármetszésre beszűkült gondolkodását „akcióba lépett”. Ígéretet tett a betegnek, hogy megtörténik vele, amit kívánt. Azonnal elkezdik az altatást, majd a császármetszést. De felszólította a beteget, hogy az orvosi beavatkozás előtt, mivel beöntést nem kapott, spontán defekáljon. A beteg szabadkozott, nincs ingere. Ekkor a pszichológus, folytatva a lányanyai attitűdöt, elmagyarázta a betegnek, hogy: „a belekben mindig van egy picit maradék. Azt kell most kinyomni. Ha kinyomta, csak akkor teljesül a kívánsága.” Evvel a lány persuasióval sikerült a kitolási szak szülőmunkáját beindítani. Szerencsére kb. 2 perc múlva felsírt az egészséges, 3500 g-os fiú újszülött.

V. M. döbbenet nézett körül és örömtől könnyes szemmel első szava ez volt: „ÉLÜNK!” Ahogy megtört a „rossz varázs”, V. M. viselkedése, gondolkodásmódja teljesen konvencionális lett. A szülést követő másnap, reális önkritikával értékelte saját viselkedését, amiért mindkenkitől elnézést kért. Köszönte a kapott segítséget.

#### *N. J.-né beteg esetismertetése*

1990 telén, terminus előtti napokban került klinikánkra felvételre. N. J.-né 36 éves ötödször terhes, vidéki nagyvárosban élő, főiskolai végzettségű (magyar származású) beteg. A terminustúllépés első hetének végén kértek pszichológus konzultációt, mert a beteg semmilyen formájú szülemegindításhoz nem járult hozzá. Sőt kijelentette: „szülni sem vagyok hajlandó, lesz, ami lesz.”

Az exploráció alapján ismertetjük anamnéziséét, melynek lényege: N. J.-né 24 éves korban kötött házasságot, élete első szerelmével. Az alábbiakat soha senkinek, még férjének sem merte bevallani – mint mondta. 16 éves korában „*egy cigányasszony tenyeréből jóslott*” neki. A jóslást eleinte nem gondolta komolyan, de később egyre jobban bevésődött gondolatai közé. „*Azt mondta a cigányasszony, hogy valamelyik szülésbe bele fogok halni. Emiatt az első két terhességemet elvetettem. Mindent kitaláltam... magyarázatként, hogy miért. Szakma, meg ilyenek... A harmadik teherbeesésemkor már 32 éves voltam. A férjem a sarkára állt, válással fenyegetett, ha nem szülök. Nem is tudom, hogy éltem át. Azt a félelmet senkinek sem kívánom... Még a gyereket is utáltam eleinte érte. Aztán jött a második. Ugyanaz a szituáció, ugyanaz a félelem. A férjem akart három gyereket, hát itt állok. Nem akarok szülni... vissza a egészszet.*”

A pszichoterápiás beszélgetés folyamatát nem részletezzük, csak az eredményét közöljük. N. J.-né „elhitte”, hogy sorsát maga alakítja, „ne megtörténjék vele a szülés, hanem ő maga aktívan akarja azt”, azaz a beteg saját „mágikus hatalmát” emelte meg a terapeuta. Kérte a beteget, hogy ő maga jelölje meg az időpontot, amikor a vajúdás kezdődjék. Ő a foglalkozásunk estéjét jelölte meg.

Valóban az este 19 órakor kezdődő jósló fájások után 22 órakor egészséges gyermeknek adott életet. Szülést követő nap saját maga spontán elemezte és hasonlította össze előző szülései és korai anyaságélményeit a jelenlegivel. A beteg a saját „mágikus hatalmának” tudatában vett részt saját szülőmunkájában, amelyet „felemelőnek”, gyermekét pedig „gyönyörűnek” értékelte.

### *Sz. I. beteg esetismertetése*

Sz. I. 26 éves, először terhes, először szülő asszony, már a terhesség alatt kezelőorvosának jelezte, hogy „halálfélelem” miatt szorong a szüléstől. Az orvos megnyugtatóssal próbálta ezt az érzelmi állapotot oldani, engedélyezve az együttszülést, holott a pár a kötelező szülésfelkészítésen nem vett részt.

Az asszony a szülőszobán tudatbeszűkült állapotba került, nem kooperált. Sikoltozott, partnerébe kapaszkodott. Sikoltozásai között



azt kiabálta: „*meghalok!*”, „*Jaj! Jaj! meghalok!*” „*segítség! a derekam*” „*altassanak!*” „*császározzanak!*” A pszichológust közvetlenül a kitolási szak előtt hívták a beteghez.

Az aszony és partnere kapcsolata (együttszülés indult) a partnerkapcsolati feszültség jellegzetességeit mutatta. Sz. I. félig lecsúszva a szülőágyról a férfiába kapaszkodott, az ő fülébe kiabált, miközben partnere szabadulni igyekezett a görcsös szorításból, rémülettel és szégyennel vegyes tekintettel. A pszichológus felkérte a jövődő apát, hogy hagyja el a szülőszobát. Az asszonnyal konvencionális hangot ütött meg. Az anamnesztikus adatok kikérdezése után partneréhez fűződő kapcsolata iránt érdeklődött. Sz. I., mint akit kicseréltek, nyugodt hangnemben, pontos adatokkal válaszolt. A nyugodt hangnemet sikoltozásai csak akkor szakították meg, ha orvosa a látóterébe került.

A rövid párbeszéd alatt a következő élettörténet volt kibontható: anyja Svédországban, apja Romániában él, mindketten élettársi kapcsolatban. Sz. I. egyedül, kb. 2 éve jött át Romániából Magyarországra. Azóta nincs se munkája, se lakása. Partnerével kb. másfél éve ismerkedett meg, és szinte azonnal élettársi kapcsolatot alakítottak ki. Partnerre feleségül akarta őt venni, de ő halogatta a döntést, miközben terhes lett. Eleinte mindketten örültek a terhességnek, de partnere – mint mondta – „*megijedt a felelősségtől, már nagyon sokat veszekedtünk, úgyhogy ma már nem akar sem engem, sem a gyermekemet*”. Majd sírva, szakadozott közlésmóddal a következő „vallomást” tette: „*Azóta csak arra gondolok, hogy vannak, akik belehalnak a szülésbe. Nekünk is az lenne a legjobb, ha meghalnánk, mert a halál is jobb, mint az, hogy nincs hová mennünk, mert neki mi már nem kellünk.*”

A kitolási szak kezdete szakította félbe az explorációt. Ismét elkezdődött a kétségbeesett jajveszékélés. Orvosával alig-alig kooperált. Az újszülött világra jött. Amikor felsírt, az anya megkönnyebült. Boldogan, érdeklődve fogadta a csecsemőjét. Kérte, hogy a gyermek apja visszajöhessen a szülőszobába. Az apa viselkedése tartózkodó volt, a család együttmaradása bizonytalan – véleményünk szerint.

Ennek az asszonynak a szülés alatti magatartása két szempontból is elemzésre méltó. Egyfelől az érzelmi és az egzisztenciális bizonytalanság miatt extrém magas szorongás lépett fel a terhesség alatt, így merült fel „a mindent megoldó halál” gondolata és a gondolat megvalósulásától való félelem. A regresszív állapot, a mágikus gondolkodás egyre jobban felszínre tört és uralkodóvá vált. Másfelől, és ez szintén szorosan témánkhoz kapcsolódik, a viselkedésből nyilvánvalóan kiolvasható, hogy a szülés alatt fellépő kontrollvesztésnek, tudatbeszűkültség állapotnak vágyteljesítő célja is volt. Nevezetesen: az elviselhetetlen fájdalom és szenvedés megmutatásával mozgósítani kívánta partnerében a szeretet és az apaság érzését, hátha ezáltal mint társat is megtarthatja. A partnerben is ambivalencia működött, ugyanis míg verbálisan befejezettnek nyilvánította a kapcsolatot, aközben vállalta az együttműködéssel járó érzelmegosztást. Ez is elősegíthette a célképzet által felerősített tudatbeszűkültség állapotot, tüneti viselkedést.

## MEGBESZÉLÉS

A misztikus-mágikus szintre regrediált személyiség rész és gondolkodási szint hatására gravis pszichoszomatikus, szomatikus történések indukálódhatnak (az anya testi állapotát, illetve a magzat életét veszélyeztető szituáció). A közgondolkozásban – mint az esetismertetésekben is látszik, nem rétegspecifikus módon – mai napig is sok babonáság, misztikus-mágikus gondolkodási tartalom fűződik a biológiai kreativitáshoz. Érdekesnek tartottuk erre a jelenségre felhívni a figyelmet. Tapasztalataink szerint a betegek ezen állapotokról, félelmekről spontán beszámolni nem képesek. Az elhallgatásnak részben az az oka, hogy vagy azt gondolják, hogy amit ők gondolnak, azt más is tudja (egocentrikusság), részben az ép felnőtt személyiség rész szégyelli, ezért azt eltitkolni igyekszik. Előfordulhat az is, hogy az egyén ellenmanővereket (szómágia) is kimunkálhat, amelyeket aztán a valóságban kér számon, azaz Ferenczi koncepciója alapján érzelmi szinten az elsődleges lelki tartalmak dominálnak.

Érdemesnek látnánk összegyűjteni a ma még élő és működő, terhességhez, szüléshez, születéshez, korai anyasághoz kapcsolódó mítoszokat-mágiákat, illetve azok szelídített, finomított töredékeit, amelyek a mai történelmi kor emberére jellemzőek.

## IRODALOM

- Ferenczi S.* (1982): A valóságérzék fejlődésfokai és patológikus visszatérésük. In: *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében*. Magvető Könyvkiadó, Bp. 124–147.
- Hamvas B.* (1988): *Scientia Sacra*. Magvető Könyvkiadó, Bp. 136–142.
- Oppenheim, G. B.* (1985): *Psychological Disorders of Pregnancy and Puerperium in Psychological Disorders in Obstetrics and Gynaecology*. Butterworth, London.
- Piaget J.* (1969): Válogatott tanulmányok. Gondolat Könyvkiadó, Bp. 17–69.; 327–440.
- Seligmann K.* (1987): *Mágia és okkultizmus az európai gondolkodásban*. Gondolat Könyvkiadó, Bp. 14–28.; 320–340.
- Trixler M.–Jádi F.–Wagner M.* (1981): *Post partum psychosisok: katamnesztikus vizsgálatok, 1936–1980*. Ideggyógy. Sz., 34.



## KATHEXIS\* PSZICHOTERÁPIA

(Az anyai személyiség rész mobilizálása, az anya–magzat kooperáció és kommunikáció fejlesztése)

### A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIA JELLEMZŐI

Mind az egészséges terhesek szorongásának csökkentése, mind az organikus okokkal nem jellemezhető különböző pszichoszomatikus terheshatológiai esetek kezelése érdekében szükséges volt egy olyan módszert kimunkálni, amely a magzat egészségének védelmét, az anyai személyiség rész mobilizálását és a családdá szerveződés folyamatát egyaránt kedvezően befolyásolhatja. Praenatalis és terhességpszichológiai és természetesen pszichoterápiás ismeretek alapján dolgoztuk ki a kathexis pszichoterápiás módszert, amely különböző módszerek célzott ötvözete. A különböző eljárások alkalmazására azért van szükség, mert mindegyik más-más szinten képes elősegíteni a fő célt, a harmonikus anyaság és család kialakulását. Ennek érdekében első lépésben az anya distress állapotának oldása a cél, majd a pozitív anya–magzat kooperáció és kommunikáció kialakítása és folyamatának biztosítása következik. Ezt követi az anya–szülő szerep anticipációja, végül a szülési szorongás oldása, a szülésre felkészülés.

A terápiát a klinikán működő anyaságra felkészítő tanfolyam is támogatja (7 foglalkozásból álló tanfolyam és terhestorna, valamint szoptatási készség facilitáló program).

A befejező lépés az anticipált szűkebb és tágabb családi életforma, kapcsolatrendszer „megtervezése”, és ami a legfontosabb, az

\* Kathexis (görög) jelentése: megszállás, elvezetés. Freud terminológia, az ösztönfolyamatok dinamikájának része. Freud a libidóelméletben alkalmazza, amely a libidinózus tartalmak elvezetését és a tárgymegszállást biztosítja.

anyai és apai, azaz a szülőtársi együttműködés attitűdjének átérzése, átgondoltatása.

A kitűzött cél elérése érdekében a kathexis pszichoterápia, melybe az asszonyok a terhesség korai időszakától a gesztáció 32. hete között kapcsolódhatnak be az önkéntesség elve alapján, a következő módszerekből építkeznek. (A 33. gesztációs hetet mint felső határt azért határoztuk meg, mert orvosi tapasztalat alapján ezt követően a magzat állapotában kialakult kedvezőtlen elváltozásokat már alig lehet befolyásolni.)

## AKTÍV-ANALITIKUS EGYÉNI PSZICHOTERÁPIA\*

A terhességgel összefüggő érzelmi feszültségek feltárása, fókuszba helyezése és feldolgozása annak érdekében történik, hogy felszabaduljanak azok a pszichés energiák, amelyek a magzat felé fordulást megakadályozták, ugyanis a magzatban működő megkapaszkodási ösztön feltételezi – szerintünk – az anyában működő megkapaszkodást adó ösztön működését is, amelyet a distresst okozó pszichés problémák gátolnak. Azaz ilyen esetekben az asszony objektíve terhes, szubjektíve azonban nem másállapotos.

\* W. Stekel nevével fémjelzett aktív-analitikus pszichoterápiás iskola tagja *Szinetár E.* (1992) összegezte az aktív-analitikus módszer módszerspecifikusságát, melyben hangsúlyozza, hogy ez a módszer nem tagadja a más analitikus iskola által kidolgozott elméleteket, hiszen maga is hermeneutikai módszerrel dolgozik, azonban a terapeuta aktivitásának a terápiás folyamatban – szemben más iskolákkal – lényeges szerepet tulajdonít. Emiatt a gyógyító folyamatot a beteg és a betegség természetének figyelembevételével irányítja. Ennek érdekében, szükség esetén a betegnek feladatot ad, azaz pszichopedagógiai szerepet is vállal. Lényegesnek tartja a terápiás óra alatt a dialógus fenntartását, annak érdekében, hogy a beteg önmaga iránti érdeklődését, kíváncsiságát facilitálja. A terápia folyamatát nem csupán a múlt feltárása és feldolgozása jellemzi – csak annyiban, amennyiben ez a betegség szempontjából feltétlenül szükséges –, a cél a jövőre irányultság felkeltése és a beteg feszültség- és konfliktuskezelési eszköztárának növelése. Hangsúlyozza, hogy ebben a terapeutának modell szerepe van. A pszichoterápia hatékonysága abban mérhető, hogy a betegben sikerül-e a hibásan rögzült kathexis folyamatokat az élete szempontjából hasznos kathexis tárgymegegyeztetési folyamatba átranzformálni. Ennek érdekében meg kell tanítani a beteget arra, hogy „csinálni és szeretni kell az életet!”

A gesztáció miatt a terápiás folyamatban ügyelni kell arra, hogy a pszichoterápia a pozitív indulatáttétel mentén haladjon, az anyamagzat és az új család értékét folyamatosan szem előtt tartsa, ennek érdekében az énrészességet hangsúlyozza.

Az aktív-analitikus pszichoterápia az egyén problémájától függően heti 2 alkalommal 1–1 óra (a foglalkozások száma nem kötött), az esettől és a gesztációs időtől függően 5–20 ülésben történik. A graviditással járó lelkiállapot (szenzitív, regresszív, testileg és érzelmi-  
leg kiérzékenyített, ún. krízisszituáció időszaka) figyelembevételével tartuk föl azokat az érinthető, sikertelenül elfojtott emocionális tartalmakat, problémákat, amelyek akadályai a harmonikus, egészséges ambivalenciát túlhaladó anya–magzat kapcsolat kialakulásának és működésének. Az egyéni pszichoterápia folyamán kerültük az aktuális élethelyzet miatt releváns, fontos partnerkapcsolat elemzését, így az abból származó feszültségek feltárását is. Sőt, inkább a partnerkapcsolat megerősítésére, annak pozitív oldalának visszacsatolására törekedtünk.

A fentiekből értelemszerűen következik, hogy pszichoterapiás céllá az eredeti családhoz kapcsolódó komplexek, valamint az aktuális, a terhességgel és az anyaszerep betöltésével kapcsolatos szorongások és ambivalenciák feltárását és feldolgozását tettük meg, amelyek akadályozták az anyai személyiségrész működését. Pl.: az egyik résztvevő, nevezzük N. Gy.-nének, aki 8. terhességével klinikánkon kezelt beteg, habituális vetélő. Vetélései hátterében organikus okot nem találtak, a 6. terhességéből már van egy fia, aki 3 és fél éves. Nála az egyéni pszichoterápia során a következő állt a feltárás és a feldolgozás fókuszában: csecsemőkorától kb. 5 éves koráig nagyszülei nevelték. Emlékei szerint egész élete során kizárólag a nagyanyjával volt „biztonságos és meleg” kapcsolatban. Nagyanyja halálát követően került vissza szüleihez. Anyját is, de különösen apját „kemény, hideg, rideg, követelőző, indulatos” természetűeknek jellemezte. Apjától – mint mondta – a mai napig fél. Anyjával, aki idősebb korára szívbeteg lett és emiatt N. Gy.-nére szorul, a betegség időszaka óta „szeretetteljes” kapcsolatba került. A beteg szavait idézve „A mai napig sem értem, miért nem szeretett anya,

amíg rám nem lett utalva? Lehet, hogy ő is félt apától, aki nem ve-rekedett, csak olyan, hogy félni kellett...” Házasságot 19 éves korá-ban kötött. Férjét is, de különösen annak nagypját, akivel közös háztartásban élnek, a saját apjához hasonló tulajdonságokkal és viszonyal jellemezte „*indulatosak, szeretetet és gyöngédséget adni nem tudók*”. Az egyik pszichoterápiás foglalkozáson a következőket mondta: „*Hát G.-nek (aki a 3 és fél éves fia, aki a 6. terhességéből született) megkegyelmeztem. Igaz, őt sokáig lánynak gondoltam. Magamban Lujzának hívtam. Annyira megszokhatta szegény a ha-samban ezt a nevet, hogy a mai napig is, ha sír és meg akarom vi-gasztalni, így kell őt szólítanom.*” (kérdés) „*Igen, akkor nyugszik csak meg. Én akkor szeretem, ha olyan cicás. Nem bírom, ha agresz-szív, mint a férfiak.*” (kérdés) „*Igen, most, hogy itt bent vagyok, a férjem mondta, hogy az óvónő panaszkodott, hogy G. mennyire megváltozott, durva lett. Pedig én tudom, hogy ő is kislányos szeret-ne lenni, hiszen most karácsonyra kislányruhát kért...*”.

A továbbiakban a gyermekéhez fűződő nemi kívánsága állt a te-rápia fókuszában. Feltárhatóvá és feldolgozhatóvá vált, hogy miért csak leánygyermekre vágyik (minden vetélése fiúmagzat volt). A vágymotívum hátterében a következő volt kibontható: „*Igen, ez a mostani terhességem akár sikerül, akár nem – mert tudom, hogy ez is fiú, mint a többi volt, amit (sic!) elvetéltem – addig kísérletezek, amíg nem lesz egy lányom.*” (kérdés) „*Mi lesz velem öregkoromra, ha nem lesz nekem is egy lányom. Anyával sem törődik sem az öcsém, sem a felesége, csak én...*”.

A pszichoterápia fókuszában a benne élő, pozitív nagymama anyaminta és annak aktivizálása, aktualizálása állt a pozitív, magza-tát elfogadó anyai személyiségrész mobilizálása céljából. Megjegyzés: N. Gy.-né a 33. gesztációs hétben, spontán szüléssel, hüvelyi úton 1680 g-os (10 súlypercentilis) egészséges koraszülött fiúnak adott életet. (A koraszülés előtt 1 héttel influenzás, lázas beteg volt, ami a koraszülés beindulásához hozzájárulhatott.)



## ZENETERÁPIÁS RELAXÁCIÓ ÉS SZEMISTRUKTURÁLT IMAGINÁCIÓ

Az anyai test ritmusához és hangjaihoz közel álló, klasszikus zeneművet választottunk ki. A zeneműhöz első szakaszban relaxációt elérő instrukciót adunk, második szakaszban ezt az anya–magzat kapcsolat elmélyítését célzó, kooperációt és kommunikációt sugalló, lágy instruálás követi, amely átvezet az imaginációba, majd zárószakaszként a realitásba való átvezetés következik. Az anya–magzat kooperáció és kommunikáció a magzati spontán és interaktív behaviour state-ek interoceptív és képzet szintű felérésére épülnek. A zeneterápiás relaxációt és szemistrukturált imaginációt hangszalagra rögzítettük, amely kb. 45 perc időtartamú. A hanganyagot, a terapeuta jelenlétében, a pszichoterápiás projektben részt vevő anyák naponta, ugyanabban az időpontban hallgatják meg – relaxációt elősegítő biofeedback készülékkel –, majd élménymegbeszélés következik. A terapeuta csak az élmény kibontását segíti elő és megerősíti a pozitív tartalmakat mind verbális, mind nonverbális szinten. Az interpretációtól tartózkodik. A compliance fokozása érdekében zeneterápiás napló vezetését kérjük a résztvevőktől, melyet a terapeuta folyamatosan dokumentál. (Megjegyzés: az azonos időpontot azért tartjuk fontosnak, hogy lehetőség szerint kiküszöböljük az anya és a magzat vonatkozásában is a cirkadián ritmusból fakadó napszaki eltéréseket.)

Az anyák többsége szinte a hangszalag első meghallgatása során intenzív érzelmi kapcsolatba került magzatával. Felerősödött a magzattal kapcsolatos interoceptio és mindez imaginatív szinten is megjelent. Egymástól függetlenül többen imaginálták a következőket: *„Kívülről is, és belülről is látom magamat. Szinte bent voltam a magzatom mellett, csodálatos narancsos-rózsaszín fényben láttam és simogattam a saját magzatom.”* Valamennyien intenzív és kellemes magzatmozgás-élményről számoltak be pl. *„Éreztem a mozgásáról, hogy biztat, csináljam még, mert jó neki.”* A foglalkozás folytatását várták pl. *„Boldog voltam. Amikor elbúcsúztam tőle, biztonságot adott, hogy holnap folytatjuk”.* Ezek az imaginatív tar-

talmak jól mutatják, hogy az anya képes felérezni és érzelmileg kielégíteni a magzat „megkapaszkodási” szükségletét. Véleményünk szerint nemcsak a hermanni értelemben vett megkapaszkodási ösztön működik. Annak fennmaradása feltételez olyan személyt, akiben megkapaszkodhat, ez pedig csak akkor harmonikus, ha működik készség szinten a megkapaszkodást biztosító, adó ösztön. Azaz – a mi populációnk vonatkozásában – az anya magzatával (később gyermekével) az igenelt és kölcsönös függés állapotát átéli. A pozitív imaginációk ezt az igenelt és kölcsönös függésállapotot tükrözik a menekülés, a szorongás ambivalenciája nélkül.

Ezzel szemben azok az asszonyok, akik gyermekkorukban anyahiány miatt frusztrálódtak, ami lehet szubjektív ítélet is (negatív anyaidentifikációval jellemezhető), vagy objektív (anya korai halála), azok ezen a foglalkozáson eleinte önmagukat mint kisgyermeket imaginálták a magány és a félelem állapotában. Pl. az előzőekben már ismertetett N. Gy.-né első zeneterápiás relaxáció- és szemisstrukturált imaginációs élménye a következő volt: *„Kicsi voltam, talán 3–4 éves. A nagyanyám kertjében voltam a kútnál. Tudtam, hogy nem szabad odamennem, mert abba a kútba már befulladt egy kisgyerek.”* A későbbiek során az aktuális, negatív életérzései jelentek meg az imaginációs tartalmakban, pl. *„Hóban botorkáltam árván a kisfiammal, így terhesen, és odaérve a házunk elé az ajtóban állt a dédnagypapa. Égett a ház...”*. Ő és a hasonló sorsú asszonyok (frusztrált gyermekkor) csak a negatív élmények lereagálása után találtak rá a pozitív anya–magzat kommunikációkra. Pl. N. Gy.-né későbbi imaginációi: *„Csodálatos napfényben ringatóztam a bébimmel egy csónakban, aki nagyon érdekes módon még belül is volt, és a karomban is. Jó volt érezni, hogy ő ugyanúgy ring a hasamban, mozdul velem együtt... Ott volt velünk a férjem is, aztán egy kicsit átnyújtottam őt neki...”*

Megjegyzés: az imaginatív tartalmakat nem interpretáltuk, az egyéni és csoportfoglalkozásokon is kerültük azok felelevenítését. A pozitív tartalmakat közvetlenül azok elmondása után erősítettük meg mind verbális (pl. ez szép volt, vagy ugye, jólesett stb.), mind non-verbális módon.

## TEMATIKUSAN ORIENTÁLT AKTÍV-ANALITIKUS CSOPORT-PSZICHOTERÁPIA

A foglalkozásokat heti egy alkalommal, 2 órás időtartamban tartottuk. Az élmények és tapasztalatok naplószerű vezetését – a compliance fokozása és értékelése érdekében – szintén kértük az asszonyoktól. A foglalkozásokat kiscsoport-létszámmal, nyitott csoportformával működtettük. A tematika részben a résztvevőkben élő, aktuális érzelmi feszültséget okozó témából, részben a terapeuta praenatalis, terhesség és anyaság, valamint családpszichológiai ismeretei alapján került egy-egy foglalkozás fókuszába. Ez a terápiás forma segíti az egyéneket abban, hogy a bennük élő problémákat „sorstársak között” feltárva, megoldásokat keressenek és találjanak a kognitív-emocionális szisztéma kontrollja alatt. A csoport amúgy is a realitáselvet képviseli, így a csoporttagok egymás között facilitálni, megemelni képesek a terhesség, az anyaság, a jövő apa és a család értékét. Nem engedik egymást a „szorongásban elmerülni”. A terapeuta feladata egy-egy téma fókuszban tartása és a pozitív megoldások megerősítése.

Mint a rövid felsorolásból is látszik, a tematikusan orientált aktív-analitikus csoport-pszichoterápia keretén belül is az anya–magzat kapcsolat kognitív-emocionális együttműködésének, az azt gátló okoknak a feltárása és feldolgozása állt, mind a gesztáció időszakára, mind a szülési stratégia anticipált vonatkozásában. Megjegyzés: az anyaságra felkészítő tanfolyamok keretében több mint 100 asszonyt kérdeztünk meg – közöttük volt gyermekes anya is –, hogy „véleménye, érzése szerint mire kell figyelnie a szülés folyamatában? Mire számíthat, ki segít majd neki?” A válaszok sorrendje a következő volt: szülészorvosban, szülésznőben, az együttszülésre készülők, ezt követően férjüket, végül önmagukat jelölték meg. Lényeges, és ezt hangsúlyozni szeretnénk, hogy a felsorolásból az aktív fél, maga a magzat maradt ki, és a magzatot segítő anya az utolsó helyre került, holott ők a főszereplők. A valóságban a magzat „akar” megszületni, és a természet szülőmunkáját a magzatra figyelve az anyának kell(ene) segítenie. Ez is mutatja, hogy a mai kor asszonyainak

minimális a ráhangolódásuk érzelmileg a szülés folyamatára. Azt inkább külső „erők” beavatkozásának, az egészségügynek kiszolgáltatott állapotnak élik meg. Ez is okozhatja, hogy a szüléstől való szorongás jellemzi a terhesek legnagyobb részét.

Véleményünk és tapasztalataink szerint – a csoportban is ezt képviseltük – a harmonikus, jó anya–magzat kapcsolat és kommunikáció előfeltétele az aktív szülésélményre hangolódásnak. A résztvevők kialakították magukban ezt a hozzáállást, és így szorongásmentesen gondoltak a továbbiakban a szülésre.

A csoport tagjaiban az aktuális élethelyzetből adódó és a várható életmódváltozásokkal kapcsolatos félelmek munkáltak. Ezek közül néhányat röviden ismertetünk. Az asszonyokban él a vágy az autonómiára, melyet a szakmai munkával azonosítanak, a gyermek utáni vágy mellett. Több esetben merült föl a kérdés, hogy a szakmai előrejutás szempontjából „*jókor jött-e a gyerek?*”. Ez a kettős kötés különösen az egészségügyben dolgozó nőknél vetődik föl élesen. Pl. a csoport két orvos foglalkozású tagja hozta ezt a feszültségét a csoport elé. Egyikük, nevezzük Cs. E.-nek, „*utolsó percig*” akart dolgozni, mert a szerződés meghosszabbítása előtt állt. A másikat, nevezzük P. J.-nek, közvetlenül teherbe jutása előtt nevezték ki vezető beosztásba és félt, hogy (fenyegető vetélés tünete miatti) klinikai kezelése miatt „*munkájában csalódnak*”. A csoport többi tagjában is élt ez a konfliktus és rezonáltak a témára. Méltatlankodtak, hogy férjeiket ez a gond nem sújtja, majd közös erővel munkáltak a szerepkonfliktus feloldásán. (A terapeuta a témát az anyaszereppel kapcsolatos ambivalencia okainak feltárásáig mélyítette.) Végül a csoport kollektív állásfoglalása, ismét az általánosítás szintjére emelve, így hangzott: „*a mai korszellem nem kedvez a terhesség örömének. Azt várják, hogy amíg valaki terhes, ugyanúgy teljesítsen, mintha nem lenne az. Anyává nem a szülés után válunk, a gyermek és az anyaság nem lehet a teljesítmény egyik formája. A másállapot öröme aktuálisan mindennél fontosabb.*” A csoport hatására P. J. is feldolgozta konfliktusát, melyet így fogalmazott: „*Végre, életem utolsó terhessége alatt (két leánygyermek van, mindkettővel toxaemiás terhes volt. Terhességei koraszüléssel vég-*

zódtek, kisebbik leánya IUGR volt) *csak egy boldog, várandós kismama akarok lenni és nem egy, a hivatásának élő nem is tudom micsoda...*" Cs. E. nem értett egyet, kitartott elhatározása mellett, melyet kényszerként fogalmazott meg: „*nekem muszáj törnöm magam...*”

(Megjegyzés: P. J. esetében a fenyegető vetélés tünetei megoldódtak, de Chr. hypertóniája miatt ismét toxæmia alakult ki, elektív császármetszéssel ismét kis súlyú koraszülöttnek adott életet. Cs. E. rövid időn át – 31. és 34. hét között – vett csak részt a projektben. Kimaradt a 34. héten, amikor megtudta, hogy a biometria a magzati fejlődés elmaradását, azaz IUGR-t mutat. Gesztációs hypertóniáját annullálta, kezelőorvosát is kerülte. A 38. gesztációs hétben terhessége in utero elhalással végződött. 1993. januárban második terhessége I. trimeszterében jelentkezett ismét a pszichoterápiára, melyben aktívan, szüléséig vett részt. Ebben a szakaszban vált feltárhatóvá és feldolgozhatóvá az anyaszereppel kapcsolatos ambivalenciája.)

Minden csoportpszichoterápiás foglalkozás végén egy bölcsődalt tanítottunk meg, majd énekeltek el saját magzatuknak. Végezetül a magzat reakcióit beszéltük meg. Eleinte többen „kínosnak” érezték az éneklést. Ennek jó oldása volt Morooka 1972-ben publikált hanglemeze a lejátszása. Ez a lemez a méhúri hangokat tartalmazza, melyet 8 mm-es mikrofonnal a méhürbe hatolva, a magzat füle mellől rögzítettek. Az anyák a lemez meghallgatása után kifejezetten „*sajnálatot*” érezték magzatuk iránt, hogy ilyen „*monoton, kellemetlen zajban*” élnek. Elfogadták javaslatunkat, hogy szüksége van a magzatnak (miután kb. 4 hónapos kortól hall és hangingerre adekváтан reagál) a kellemes, lágy, szeretetteljes és kifejezetten neki szóló hangingerre, pl. énekhangra is. Ez fokozta éneklőkedvüket, sőt rádöbrentek arra, hogy ezekkel a dalokkal kedvezhetnek is újszülöttjüknek, síró csecsemőjüket bölcsődallal elringathatják, megnyugtathatják. Ráadásul ezek a dalok az anya oldott, ellágyult hangulatát is elősegítik.

(Megjegyzés: A kathexis pszichoterápiás folyamatot a kutatási céllal alkalmazott különböző, noninvazív vizsgáló eljárások eredményeinek visszacsatolásával az egyének szintjén is facilitáltuk. A vizsgáló eljárásokat lásd később.)

## SZÜLÉSTÁMOGATÁS ZENETERÁPIÁS RELAXÁCIÓ ÉS STRUKTURÁLT IMAGINÁCIÓ MÓDSZERÉVEL

A résztvevők által jól ismert zeneműre – a résztvevők naponta hallgatták – a vajúdás és szülés folyamatát támogató szöveget applikáltunk, melyet szintén hangszalagon rögzítettünk. Ezt a hangszalagot az ezt a módszert választó, per vias naturales szülő asszonyok a szülés megindulása, a vajúdás és a tágulási szak alatt hallgatták. A módszer célja a szülés során fellépő méhkontrakciók kognitív-émocionális szinten történő befogadása, „igenlése”, az anya–magzat együttes szülőmunkájának élmény szintű elmélyítése. Ezt a módszert „fájdalomigenlő” szülési formának neveztük el, és eddigi tapasztalataink alapján – mint ahogy ezt vártuk – fájdalomcsökkentő módon hat. (Első megközelítésre talán szokatlan az a gondolat, hogy a fájdalom igenelhető, sőt vágyható, mármint ha az ember nem mazochista.) A projekt tagjaiban a foglalkozások során megerősödött, hogy figyeljék és kielégítsék magzatuk érzelmi szükségletét. Tudatába kerültek annak, hogy a megszületés élménye a magzatnak is fáj, és az anya feladata, hogy segítse a magzat szülőmunkáját. Ez az együttműködés nemcsak a test használatában (anyaságra felkészítő tanfolyamra, terhestornára jártak), a légzéstechnika alkalmazásával történik, hanem az „együttlégzés” a „fájdalom megosztásában”, sőt „a fájás várásában, megszeretésében” is megnyilvánulhat. A fájdalom megszerethetőségének élményéhez egyszerű, a mindennapi életben tapasztalt és gyakorolt – egyénre szabott – szokásokból merítettünk. Pl. sokan szeretik a kifejezetten erős, csípős fűszereket: tormát, erős paprikát. Ezek szinte fájdalmat okoznak, a könny is kicsordul tőle. Többen szívesen játsszák a kamaszkorból jól ismert játékot: a kölcsönös erős kézszorítást vagy a szkanderezést. Ezekben az étkezési szokásokban és játékokban a fájdalomra való rákészülés, a fájdalom várása alapvetően lecsökkenti a fájdalom élményét és annak intenzitását.

Ezt a viszonyulást kiegészítettük az érzelemmozgás együttjárásának törvényéből (James-Canon) a szülési szituációra kidolgozott mozgásstratégia-elvünkkel. Nevezetesen, a fájdalomból menekülő

testi pozícióra jellemző, hogy a gerincoszlop ív alakban megfeszül. A szülés fekvő helyzetében ez opiszthotonusnak felel meg. Ez a mozgás átmenetileg valóban csökkenti a fájdalom intenzitását, azonban – megfigyelésünk szerint – sok esetben a szülési folyamatban szekunder fájásgyengeséget eredményezhet. A fájásgyengeség elhúzódó szülési folyamatot hozhat létre, amely a magzat oxigénellátása szempontjából káros stb. Mindez a kockázat a fájdalomhoz való pozitív érzelmi odaállással és megfelelő mozgásstratégiával csökkenthető. A gerinc ívszerű megfeszítése könnyen kivédhető az állnak a mellcsúcsra szorításával, relaxáció mellett, már a vajúdástól kezdve a szülési folyam fázisaiban. Az állnak a mellcsúcsra szorításával lehetetlen kivitelezni a gerincet feszítő, „menekülés a fájdalomtól” reakciót. A fájdalomba történő akaratlagosan előidézett érzelmi „elmerülés”, a magzatra beszűkült és vele együttérző figyelem az aktív szülőmunka élményét adja az anyának. Előnye még, hogy kevésbé merül ki. Érzelemtelen tudja fogadni első találkozását gyermekével. Az így szülő nők valamennyien közvetlenül a kitolási szak után spontán felültek és becéző szavakkal üdvözölték gyermeküket – még annak felmutatása előtt.

Evvel a módszerrel a szülő asszonyoktól kértük, hogy a szülésükről élménybeszámolót írjanak, valamint véleményt kértünk a szülésvezető szakembertől, amely a szülés haladására, a magzat és újszülött állapotára vonatkozott. Példaként ismertetjük F. K. primipara (anamnesisében extrauterin graviditás szerepel) élménybeszámolóját: „*Nekem csodálatos élmény volt. Végig élveztem, ahogy együtt tudtam működni a babámmal. Igaz, éreztem, volt egy pillanat, amikor belém hasított, hogy jaj!, de vissza tudtam magam vinni abba az élménybe, hogy Neki még rosszabb. Neki kell segítenem. Gyorsan leszegtem a fejem és máris éreztem, hogy tolnom kell. Ez volt az egyetlen pillanat, amikor majdnem kicsúsztam a Vele való együttműködésből. Végig Őt figyeltem. Amikor megéreztem, hogy kint van, pedig még nem is mondták, hirtelen fel kellett ülnöm. Boldogság öntött el, megsimogattam, Ő meg gyorsan lepisilte az anyukáját. Gyönyörű a fiam!*” A szülésvezető szakemberek (szülész orvos, szülésznő) véleménye pl. ugyanerről az esetről: „Nagyon szép

szülés volt. Jól kooperált, egy jajszót sem hallottunk. A magzat állapota végig kifogástalan volt. Az anyán látszott, hogy örül az egészsnek...”

## A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIA HATÉKONYSÁGÁT VIZSGÁLÓ MÓDSZEREK

A kathexis pszichoterápia hatékonyságának kritériumát végső fokon az újszülött érettségében (10 súlypercentilis vagy azon felüli születési súly és egészségi állapot) állapítottuk meg.

Érdekelt bennünket azonban az a kérdés is, hogy a kathexis pszichoterápia közvetlen hatására megjelennek-e az anya–magzat szomatikus viszonyban változások, és ha megjelennek, milyen szinten ragadhatóak meg. Ennek a kérdésnek a megválaszolása érdekében – közvetlen hatásra bekövetkező változások – a komplex módszerből kiválasztottuk a zeneterápiás relaxáció és szemistukturált imagináció módszert, részben, mert abban az anyák naponta, azonos időpontban vesznek részt, részben azért, mert ezen terápiás foglalkozás előtt, alatt és után, az általunk kiválasztott szomatikus változásokat mérő noninvazív eljárásokkal vizsgálhatóak a testi változások az érzelmi elmélyülés megzavarása nélkül. Az elért változások visszacsatolásával az anya–magzat kooperáció és kommunikáció tovább mélyíthető, az anyai személyiség rész megerősíthető.

### *A noninvazív vizsgáló eljárások*

#### 1. A relaxáció fokának mérése:

- légzésszám alakulása,
- vérnyomás értékeinek alakulása,
- pulzusszám alakulása.

2. A nagy vérköri keringés volumenét a carotis communison mért ejekciós szög értékével becsültük meg. Az ejekciós szög értékét a terápiás foglalkozás előtt és utána közvetlenül mértük meg. A szögértéktartomány-változása az uteroplacentáris keringés változását jel-



zi. (Az egészséges nők ejekciós szög értékhatárai: nem terhesek 0 fok és +5 fok között, graviditás esetében a gesztációs idő függvényében változik, úgymint: a 12–18 hét között 0 fok és +10 fok és +20 fok között; 28–38. hetekben +20 és +30 fok között; majd a 38. héttől csökkenő tendenciát mutat.) A normál értéktől való eltérés terhespathológiai megbetegedésre utal. A magasabb irányba való eltérés diabetes vagy gesztációs diabetes, az alacsonyabb irányba való eltolódás hypertonia vagy gesztációs hypertonia, míg az extrém alacsony érték intrauterin retardáció (IUGR) vagy in utero elhalás jelzésére alkalmas (Varga I. 1992).

3. A magzat állapotának jelzésére (szívfrekvencia, alvás-ébrenlét, oxigénellátottság: akceleráció, decelerációs jelek) a CTG lelet elemzésével következtettünk. Annak érdekében, hogy a pszichoterápia hatására következtetni tudjunk, a terápia megkezdése előtt 5 perccel és befejezését követő 5 percen át még regisztráltuk a CTG adatait, természetesen a pszichoterápia alatt folyamatosan. „A magzat számára kellemes magzatmozgás jó oxigenizáció mellett akcelerációs, míg a magzat distress állapota decelerációs jeleket mutat, az alvás állapota ún. beszűkült CTG-jelekben mutatkozik...” (Csapó Zs. 1975).

4. A prae-natalis diagnosztika modern eszköze az ultrahang és a color Doppler-készülék, mely egyaránt alkalmas a magzat aktuális állapotának (magzati behaviour state-ek, szívfrekvencia, légzőmozgás, biometriai adatok becslésére, magzati szervek állapotának és működésének, a véráramlási viszonyainak becslésére, a rezisztencia- és pulzációs-értékek (a továbbiakban RI és PI) vizsgálatára.

Alkalmas továbbá az uteroplacentaris keringés mérésére az artéria uterina jobb és bal oldalának RI és PI értékeinek meghatározása révén (normál érték, magas RI és PI érték, centralizált keringés, végdiasztolés stop) (Szabó I., Csabay L., Német J. 1991).

Annak érdekében, hogy a pszichoterápiára adott változásokat értékelhessük, a pszichoterápiás folyamat előtt 5 perccel megkezdjük és a befejezését követően még 5 percen át folytatjuk, így kb. 1 órán át monitorizáltuk – az összehasonlíthatóság érdekében – a folyamatot, melyet videoszalagra rögzítettünk és a változásokat analizáltuk. A pozitív

anya-magzat kooperáció és kommunikáció fokozása, az insight készség megerősítése érdekében az eredményeket az anyával minden egyes esetben megbeszéltük a videofelvétel közös megtekintése során.

(Megjegyzés: A vizsgálatokat a következő készülékekkel végeztük: a relaxáció elmélyítését segíti, a légzésszám mérésére alkalmas a Relaxa kft. biofeedback készüléke. A haemodinamikai paraméter alakulását, az ejekciós szög kialakításához szükséges vizsgálatokat a Miktomed ER. 661. Polygraph készülékkel; a CTG-leletek a Hawlett Packard 8041. készülékkel; az ultrahang és flowmetriai vizsgálatokat az Ultramark 9. ATL. típusú color Doppler-készülékkel.)

## A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIÁS PROJEKT BEN RÉSZT VEVŐK ÖSSZETÉTELE

1991 szeptembere és 1993 júliusa között a klinika beteganyagából 73 asszony került a pszichoterápiás projekt tagjai közé. Részben orvosi indikáció alapján a terheshathológiai beteganyagból (48 fő) és az anyaságra felkészítő tanfolyam résztvevői közül (25 fő). A szülészeti-nőgyógyászati szempontból sine morbo csoport tagjai szorongó terhesek voltak. (Közülük 3 főnél a kutatómunka során terheshathológiai megbetegedés előjeleit találtuk, őket a terheshathológiai csoportba soroltuk. Így a terheshathológiai csoport 51 fő és a sine morbo csoport létszáma 22 fő.) A pszichoterápiás munkában valamennyien az önkéntesség elvének betartásával vettek részt.

### Terheshathológiai betegek összetétele:

Az orvosi indikáció fő szempontja az volt, hogy lehetőség szerint olyan terhesek kerüljenek a projektbe, akiknél az organikus ok megfigyelő vizsgálatok után kizárható volt. Kísérleti célból azonban, annak érdekében, hogy támpontokat kapjunk a kathexis pszichoterápia hatékonyságára – vizsgálva a terápiás compliance szintjét is – organikus, illetve a terhességhez kapcsolódó pszichoszomatikus tünetképződéssel jellemezhető asszonyok is bekerültek a terheshathológiai osztály beteganyaga közül.

1. táblázat  
Néhány szülészeti, nőgyógyászati esemény

Terhespathológiai osztályon kezelték			Anyaságra felkészítő tanfolyamról		
		51			22
Életkor 30 év	alatt 31	fölött 20	Életkor 30 év	alatt 17	fölött 5
Művi abortusz nem volt	30	18	Művi abortusz nem volt	15	2
volt	1	2	volt	2	3
Paritas először terhes	19	7	Paritas először terhes	16	2
többeszer ter.	12	13	többeszer ter.	1	3
Élő gyermeke van	8	8	Élő gyermeke van	1	0
nincs	4	5	nincs	0	3

2. táblázat  
Diagnosztikai besorolás és organicitás főbb jellemzői

Terhespathológiai betegek	Organikusan pozitív	Organikusan negatív	Összesen
Intrauterin retardáció	5 (1 chr.hyp. 4 gest.hyp.)	13	18
Rendszeres korai és középidős vetélők	3 (1 gest. hyp. 1 ut.bicorn. 1 St.p.op.ut.b.)	8	11
Fenyegető vetélés, ill. koraszülés	5 (2 St.p.op.gyn. 1 ut.myom. 2 ut. bicorn.)	14	19
Chr. hypert. és gest. diab.	3	0	3
Összesen	16	35	51

Megjegyzés: a sine morbo csoport tagjai gravis terhességi, szülési és az anyaszeppel kapcsolatos szorongás miatt kérték részvételüket a kathexis pszichoterápiás programban

Az asszonyok többsége ambuláner körülmények között volt kezelhető, míg néhányuknál hospitalizációra és a szülészetben használatos kórforma szerint alkalmazott medikációt is alkalmaztak (infúzió, elsősorban glucose és vitaminok, magnézium, Bricanyl, Diaphyllin, Seduxen tabl. stb.), egy esetben méhszájzáró műtét is történt. Az orvosi kezelést kiegészítően, vagy önállóan, más orvosi beavatkozás nélkül alkalmaztuk a kathexis pszichoterápiás módszert, több esetben súlyos terhespathológiai betegnél is.

A résztvevők néhány jellemző adatát az alábbi táblázatban összegezzük, abszolút számban megadva.

## A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIA HATÉKONYSÁGVIZSGÁLATA

### A PSZICHOTERÁPIÁS COMPLIANCE SZEMPONTJÁBÓL

Eddigiek során a 73 résztvevő közül 1 asszony maradt ki a programból, orvosát sem kereste. Az ő terhessége a 38. gesztációs héten in utero morssal végződött, valószínűsíthetően intrauterin retardáció miatt. (Megjegyzés: ez az asszony a következő terhessége folyamán folyamatosan, jó compliance mellett vett részt a projektben.) A többi 72 asszony jó compliance-t mutatott. A kathexis pszichoterápiás munkában szülésig vagy az állapot rendeződéséig vettek részt.

Eddigiek során 15 terhespathológiai beteg utasította el a projektben való részvételt.

(Megjegyzés: Ezek a betegek csak a szülészetben használatos orvosi kezelésben részesültek. Ezeket a eseteket is figyelemmel kísérjük, mert az ő adataikat és a kathexis pszichoterápiában részt vevők adatait a jövőben össze kívánjuk hasonlítani, mert ezen a szinten is vizsgálni kívánjuk módszerünk hatékonyságát.)

## A PSZICHOTERÁPIA HATÁSÁRA BEKÖVETKEZŐ PSZICHOSZOMATIKUS SZINTEN MEGJELENŐ VÁLTOZÁSOK

(Az általunk kiválasztott paraméterek és vizsgáló eljárások alapján a következő változások voltak detektálhatóak.)

A relaxáció fokának mérése:

Sikeres, jó relaxációt értünk el, melyet mutatott a légzésszám és a vérnyomás értékeinek csökkenése, szekunder tachicardia nélkül.

Az asszonyok néhány gyakorlás, illetve a negatív érzelmi élmények lereagálása után pozitív anya–magzat kooperáció- és kommunikációélményről számoltak be. A magzat iránti insight készségük jelentősen növekedett.

A magzat állapotának mérése CTG monitorizálással:

Az anya–magzat kooperáció, kommunikáció szak alatt dominánsan jó oxigenizációt mutató akcelerációs jeleket detektáltunk. Több esetben észleltük, különösen IUGR esetekben, hogy a kezdeti decelerációs jel megszűnt és akcelerációs jelek jelentek meg.

A haemodinamikai viszonyokat jelző ejekciós szög értékeinek alakulása:

Ezen méréseink során különösen két kórforma elemzése igényel figyelmet, nevezetesen a korai és középidős vetélők, illetve a fenyegető vetélők és az IUGR betegek adatai.

A korai és középidős vetélők, illetve erre veszélyeztetett terhes csoport tagjai között az előzetes és kezdeti mérési eredmények között szélsőséges értékigadozásokat találtunk, a naponkénti ingadozás 5–12 fok között is előfordult. A pszichoterápia hatására a gesztációs kornak megfelelő vagy annak alsó értékhatárai mentén az ejekciós szög értéke stabilizálódást mutatott, azaz kiegyenlítettebbé váltak a haemodinamikai viszonyok. Az IUGR esetében az előzetes és kezdeti adatok a gesztációs időhöz képest extrém alacsony értéktartományban mozogtak (volt  $-4^\circ$ -os értékű is), mely értéktartomány a pszichoterápia hatására emelkedett és az anya emocionális állapotát tükrözte. Az esetek többségében normál értéktartományon belüli

stabilizálódás is elérhető volt. (Pl. az egyik IUGR magzatot viselő asszony a 36. hétben még csak  $+15^{\circ}$ -os értéken mozgott, mely érték néhány pszichoterápiás foglalkozás után  $+20^{\circ}$ -ra emelkedett és stabilizálódott.)

A magzat állapotát, fejlettségét és az uteroplacentáris keringési viszonyokat vizsgáló ultrahang és flowmetriai vizsgálatok:

(Megjegyzés: a kathexis pszichoterápia egyik módszerét, a zenerápiás relaxáció és szemisstrukturált imagináció hatását color Doppler-vizsgálatokkal teszteltük. Azt a megoldást választottuk, hogy a módszer összetevőit külön-külön alkalmaztuk és összehasonlítottuk a vizsgált paraméterek mentén a kapott értékeket, amelyeket csak a relaxációval, csak az általunk kiválasztott zeneművel, valamint az anya spontán imaginációjával értünk el. Azt találtuk, hogy ennek a módszernek az összetevői közül egyik sem hozott létre jelentős változást.)

#### a) A magzati behaviour state-ekben bekövetkező változások:

A magzati behaviour state-ekben bekövetkező változások vizsgálata során azt találtuk, hogy intenzív magzatmozgás volt jellemző jelentős szívfrekvencia- és légzőmozgás-változások nélkül. Több esetben detektáltunk ujjszopás-reakciót, ülő helyzetbe kerülést és minden esetben egész a testre és a fejre, a végtagokra kiterjedő folyamatos mozgást az anya-magzat interakció hatására bekövetkezően.

#### b) Az uteroplacentáris keringés változásai:

Az uteroplacentáris keringés minőségét mérő artéria uterina jobb és bal oldalának flowmetriai adatai közül az IUGR és korai, illetve középidős vetélők rezisztenciaérték- (RI) mutatója érdemel figyelmet.

A korai és középidős vetélők artéria uterina RI értékei szélsőséges ingadozást mutattak néhány percen belül (pl. 0,54–0,91 változás). Ezt a szélsőséges ingadozást a pszichoterápia mérsékelte, és az esetek többségében a terhességi kornak megfelelő tartományban (0,60–0,80) között stabilizálta. Az IUGR betegeknel a gesztációs korhoz

képesten magas induló RI érték a pszichoterápia hatására normál övezeti tartományba csökkent (RI 0,83-ról 0,72-re), mely csökkenés jelzi a magzati vérellátottságot, és emiatt jelentős. A sine morbo csoport tagjai közül 2 esetben, valamint Cs. E. második terhessége esetében szűrtük ki a 22. gesztációs hét után perzisztáló korai diasztolés kimélyülés (KDM) és magas RI értéket. A KDM és magas RI az IUGR, illetve toxaemiás terhességet 80–90%-ban előre jelzi. Mind a három esetben pszichoterápia közvetlen hatására a KDM csökkent, illetve egyik oldalon nem mutatkozott és csökkent az RI érték is. Annak érdekében, hogy a pszichoterápia közvetett hatását is mérjük, 4 hetes kontrollra határoztuk el magunkat, mely során normál flowmetria-értékeket találtunk. (Mind a három asszony terminusban érett egészséges újszülöttnak adott életet.)

c) Az újszülöttek fejlettsége és egészségi állapota:

A kathexis pszichoterápia hatékonyságát, mint már említettük, végső fokon az újszülött egészségével, érettségével mérjük.

A 73 főből 9-en még terhesek, valamennyien panasz- és tünetmentesek. Terhességi, szülési és anyaszereppel kapcsolatos szorongás sem jellemzi őket.

Vizsgálataink alapján megállapíthatjuk, hogy azokban az esetekben, amikor az anya a terhességet megelőzően is organikus beteg (pl. chr. hypertonia), vagy már toxaemiás állapotba került, a pszichoterápiás beavatkozás nem sikeres. A korai és középidős vetélés eseteiben, ha az anyának társult betegsége is van, pl. gesztációs hypertonia, uterus bicornis, a pszichoterápiás beavatkozás csak részben eredményes. Ugyanis a vetélés kockázatát csökkenti, de a koraszülés kockázata megmarad. Pl. a projekt tagjai közül három asszony terhessége a 33., 35., illetve 36. hétben koraszüléssel végződött. A koraszülöttek 10, vagy afölötti súlypercentilissel jöttek a világra, élnek, egészségesek. Miután mindhárom asszony többször terhes, a geszt. hypertoniás asszony 8. terhességéből az ut. bicornis anamnesisű beteg 4. terhességéből szült, ezeket az eseteket is sikeresnek minősítjük. Arra is felhívjuk a figyelmet, hogy különböző nőgyógyászati problémák (a mi beteganyagunkat tekintve: uterus bicornis,

myoma uteri, St. p. op. myoma ut. methroplastica, St. p. conisationem ppter CIN III stb.) esetekben, amikor is az anya organikus állapota miatt – vetélésre vagy koraszülésre – veszélyeztetett terhes, a kathexis pszichoterápia kedvezően befolyásolhatja a terhesség alakulását azáltal, hogy az anya szorongását és az esetleges hospitalizációs syndromát csökkenti.)

Az organikus háttér nélküli kialakuló pszichoszomatikus terhspathológiai esetekben (IUGR, habituális vetélés, fenyegető vetélés, illetve koraszülés, gesztációs diabetes és a gesztációs hypertonia) a terhesség folyamatát, a magzat állapotát a kathexis pszichoterápia kedvezően befolyásolhatja. (A rövid eseteírásokat mellékletben közöljük.) Eredményeinket a 3. táblázatban összegezzük.

Mint a táblázatból is leolvasható, eddigi eredményeink biztatóak.

3. táblázat

Diagnózis	Terhes (fő)	Sikeres (fő)	Sikertelen (fő)	Összesen (fő)
IUGR	0	14	4 (1 iu. mors. 2 koraszülött + 1 koraszülött él)	18
Korai és középidős vetélők	2 panaszmentes	6 érett 3 koraszülés	0	11
Fenyegető vetélők, ill. koraszülés-veszélyeztetettek	3 panaszmentes	15 érett 1 koraszül.	0	19
Chr. hypertonia, fenyegető toxæmia	1	2 érett	0	3
30 év feletti primipara	0	5 érett	0	5
Sine morbo csoport	3 panaszmentes	14 érett	0	17
Összesen	9	60 érett	4	73



## MEGBESZÉLÉS

Az eddigiek során kis esetszámmal dolgoztunk, de széles körű noninvasív módszerekkel vizsgáltuk, hogy a terhesség folyamán az anyát érő pszichoterápiás hatás következtében fellépnek-e szomatikus változások és milyen szinten, valamint azt is, hogy ezek a változások képesek-e befolyásolni a magzat állapotát és fejlődését.

Eddigi vizsgálataink alapján összefüggést találtunk a flowmetriai vizsgálat során az artéria uterina mindkét oldalán mért RI érték és a haemodinamikai paraméter, az anya carotis communisán mért ejekciós szög értéke között. A magas RI érték és az alacsony ejekciós szögérték összefügg, mindkettő a magzat szempontjából elégtelen uteroplacentáris keringési viszonyokat jelzi. A pszichoterápia hatására ezek a paraméterek – az esetek többségében, közvetlen és tartós szinten egyaránt – normalizálódtak, így feltételezhető, hogy a kathexis pszichoterápia az uteroplacentáris keringési viszonyok javításán keresztül kedvezően befolyásolni képes a magzat állapotát is.

Esettanulmányaink alapján ez azonban több tényezőtől függ:

- az anyában felkelthető vagy működő pszichoterápiás motivációtól
- az anya organikus állapotától (eddig eredményeink alapján a chr. hypertonia vagy a már kialakult toxæmia, valamint a chr. diabetes stb. esetekben a kathexis pszichoterápia nem hatásos)
- lehetőleg még a tünetszerveződés időszakában legyen megkezdhető a pszichoterápiás munka.

Eddigi vizsgálataink alapján kiemelt fontosságúak az anyai és magzati oldalról egyaránt organikus háttér nélkül fellépő IUGR körében szerzett tapasztalataink. Ezek az asszonyok különböző életesemények (pl. közeli hozzátartozó halála a terhesség korai időszakában, férj tartós távolléte, illetve válás a terhesség korai időszakában) miatt depresszív állapotban voltak a depresszió manifeszt tü-

netegyüttese nélkül. Ez alapján felvetődik bennünk az a gondolat, hogy ezekben az esetekben a depresszió „tünete” az IUGR magzat. Ezekben az esetekben ugyanúgy, mint az anxiousus állapotban az adekvát gyógyszeres kezelés a gesztáció miatt kontraindikált. Ezért a pszichoterápiás beavatkozás látszik célravezetőnek mind az anya, mind a magzat egészségvédelme érdekében. Eddigiek során, a 73 eset alapján 4 esetben volt csak sikertelen a kathexis pszichoterápiás módszer, 9-en panasz és tünetmentes terhesek, és 56 esetben érett, egészséges újszülöttek, 4 esetben a 33. gesztációs hét után jól fejlett koraszülöttek (habitualis vetélőktől, akiknél organikus háttér is szerepelt) születtek.

Ez az új módszer nemcsak szorongó sine morbo terhesek, hanem a pszichoszomatikus terhespathológiai kórformákban is alkalmasnak mutatkozik. Több esetben önállóan alkalmazva, ambuláns körülmények között – terhespathológiai esetekben is –, más esetekben a szülészetben használatos medikáció, műtéti beavatkozás és tartós hospitalizáció mellett.

A kathexis pszichoterápia munka- és időigényes ugyan, de pénzben ki sem fejezhető az, hogy érett, egészséges újszülött jön a világra. Ez a módszer hathatósan képes elősegíteni az anyai személyiség-rész mobilizálását és ezen keresztül a harmonikus anya-gyermek és családi élet kialakulását.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton is szeretnék köszönetet mondani minden szülész-nőgyógyász kollégámnak a munka támogatásáért. A terhespathológiai betegek kiválasztásáért és az együttműködésért Dr. Ben Ali Nour E. H., Dr. Rigó János, Dr. Ádám Zsolt kollégáknak, Dr. Varga Istvánnak az ejekciós szög méréséért. Az ultrahang- és flowmetriai vizsgálatok és az adatok analizálásáért Dr. Csabay Lászlónak. A CTG-leletek elemzéséért Dr. Ben Ali Nour E. H.-nak és Dr. Csapó Zsoltnak. A CTG-leletek felvételéért és a vérnyomás monitorizálásáért Dr. Tamási Ferencnének. Megkülönböztetett tisztelettel köszönöm Dr. Papp Zoltán egyetemi tanárnak, a klinika igazgatójának a támogatást és a biztatást, melyben munkám során részesít.

## MELLÉKLET

1991. októbertől a kathexis pszichoterápia projekt tagjai:

### INTRAUTERIN RETARDÁCIÓ (IUGR) CSOPORT TAGJAI

*B. M.* (27 éves). Második terhesség, egy élő, egészséges leánygyermeke van. Jelen terhesség 30. gesztációs hétben diagnosztizálták az IUGR-t, oligohydramnion mellett. Az IUGR háttérében organicitás nem volt kimutatható. A pszichoterápiás munkát a 30. gesztációs hétben kezdtük meg. Jó compliance jellemezte. (Apja abban a hónapban halt meg, amikor jelen terhessége fogant.) Terminusban spontán szülés során 2850 g (10 percentilis) leánymagzat született, él, egészséges.

*B. É.* (32 éves). Ötödik terhesség, négy élő, egészséges gyermeke van. (A negyedik terhesség iker volt, az egyik a 28. gesztációs hétben elhalt, a másik a 36. hétben koraszülöttként jött világra). Jelen terhesség 28. hetében diagnosztizálták az IUGR-t, oligohydramnion, magzat kényszertartásban, placenta praevia mellett. Az IUGR háttérében organicitás nem volt kimutatható. A pszichoterápiás munkába a 29. gesztációs hétben kapcsolódott be, jó compliance jellemezte. Placenta praevia miatt terminusban elektív S. C-vel 3200 g (25 percentilis) fiúmagzat született, él, egészséges.

*B.-né V. R.* (32 éves). Ötödik terhesség, első művi Ab., második és harmadik középidős vetéléssel, a negyedik iu. morssal végződött. Jelen terhessége 27. hetében diagnosztizálták az IUGR-t, a magzat kényszertartásban, oligohydramnion mellett. Az IUGR háttérében organicitás nem volt kimutatható. A pszichoterápiás munkába a gesztáció 29. hetében kapcsolódott be. Jó compliance jellemezte. A

38. hétben spontán megindult szülés fenyegető magzati asphyxia miatt S. C-vel fejeződött be, mely során 2650 g (10 percentilis felett) leánymagzat született, él, egészséges.

*F.-né K.* (25 éves). Második terhesség, egy élő, egészséges leánya van. Jelen terhesség 27. hetében diagnosztizálták az IUGR-t, melynek hátterében organicitás nem volt kimutatható. A pszichoterápiás munkába a gesztáció 27. hetében kapcsolódott be, hullámzó compliance-t mutatott. Spontán szülésből a 38. hétben 2500 g (10 percentilis) leánynak adott életet, él, egészséges.

*K. B.* (22 éves). Első terhesség. A sine morbo csoport tagjai közül, a kutatómunka során, a 22. gesztációs hétben szűrtük ki az art. ut.-án mutató KDM és magas RI miatt. A pszichoterápiás munkában a 17. gesztációs héttől vett részt, jó compliance mellett. Az ellenőrző vizsgálatok norm. flowmetria-értékeket és a biometriai vizsgálatok egészségesen fejlődő magzatot mutattak. A 39. hétben, spontán szülés során 2800 g (10 percentilis) fiúmagzat született, él, egészséges.

*P. Zs.* (21 éves). Először terhes. A terhesség 35. hetében súlyos IUGR-t, oligohydramniont, kényszertartást diagnosztizáltak negatív organikus status mellett. Hospitalizáció és infúziókezelés mellett a 36. héttől vett részt a pszichoterápiás munkában. Jó compliance jellemezte. Terminusban spontán megindult szülésből, mely harántfekvés miatt S. C-vel fejeződött be, élő, érett 3250 g leánymagzat (50 percentilis) született, él, egészséges.

*G.-né Á.* (37 éves). Harmadszor terhes (két egészséges gyermeke van, akikkel veszélyeztetett terhes volt, tartós hospitalizációra, méhnyílás záró műtétre volt szükség). Jelen terhessége 16. hetétől vett részt a pszichoterápiás munkában, jó compliance mellett. A kutatómunkánk során, a sine morbo csoport tagjai közül szűrtük ki a gesztáció 21. hetében az art. ut.-án mutató korai diasztolés kimélyülés és magas RI értékek alapján. A kontrollvizsgálatok norm. flowmetria- és RI értékeket, a biometriai vizsgálatok jól fejlődő magzatot mutat-

tak. Terminusban, hüvelyi szüléssel érett, egészséges, 3200 g fiú-  
gyermeknek (25 súlypercentilis) adott életet, él, egészséges.

*Cs. E.* (29 éves). Első terhesség. A sine morbo csoport tagjaként,  
alacsony compliance mellett a 31. gesztációs hétben kapcsolódott be  
a pszichoterápiás munkába. Az ellenőrző vizsgálat során a 34.  
gesztációs hétben diagnosztizálták az IUGR-t, geszt. hypertoniát.  
Ezt követően kimaradt a pszichoterápiás munkából, orvosát is kerül-  
te. A 38. hétben iu. morssal végződött terhessége. 1993. februárban,  
a második gr. 15. hetében kérte bekapcsolódását a projekt tagjai  
közé, melyben jó compliance mellett szüléséig vett részt. A protokoll  
szerint a 23. geszt. hétben a flowmetria KDM-et és magas RI értéket  
(0,89) mutatott az art. ut. jobb o.-án induló értéként, mely a pszi-  
choterápia közvetlen hatására, majd a 26. hétre a kontrollvizsgálat  
igazolta, szanálódott. Terminusban, tekintettel az előző S. C-re,  
elektív S. C-vel élő, érett 3550 g fiú- (50 súlypercentilis) magzatot  
segítettek világra, él, egészséges.

*P. J.* (37 éves). Harmadszor terhes. Két leánygyermek koraszülött,  
a kisebbikkel toxaemiás terhes – a koraszülött IUGR volt, aki szo-  
ciális adaptációs zavarral kezelés alatt áll. Jelen terhessége 15. hete-  
ben alhasi görcsök, fenyegető vetélés miatt került klinikánkra felvé-  
telre. A projektben jó compliance mellett a terhesség 17–22. hete  
között vett részt, ezen idő alatt alhasi görcsei megszűntek. Terhessé-  
ge 27. hetében állapították meg az IUGR-t, melynek hátterében a 20  
éve fennálló chr. hypertonia szerepel. A fenyegető toxaemia,  
praeenclampsia miatt a terhesség 29. hetében S. C. történt, mely  
során 800 g (10 percentilis alatt) leánymagzat született, él.

*T.-né B. É.* (31 éves). Harmadszor terhes, egy élő, egészséges gyer-  
meke van. A második terhessége középidős vetélés volt. Jelen ter-  
hessége 29. hetében diagnosztizálták a diszproporcionált IUGR-t,  
melynek hátterében organicitás nem volt kimutatható. A pszichote-  
rápiás munkában 1 hétig vett részt, változás nem volt elérhető,  
emiatt magzati profilaktikus célból a 30. hétben S. C. történt, mely

során 700 g (5 percentilis alatt) leánymagzat született, aki 17 napos korban exitált.

*O. F.-né Sz.* (22 éves). Másodszor terhes (első terhességéből egy 2,5 éves kislánya van). Jelen terhessége 29. hetében állapították meg az IUGR-t súlyos oligohydramnion mellett. A projektbe ekkor kapcsolódott be, melyben jó compliance-szal vett részt. (Férje potator, megverte és otthagya, amikor ő 5. hónapos terhes volt.) Terminusban, hüvelyi úton egészséges 3360 g fiú (25 súlypercentilis) újszülöttnek adott életet, él, egészséges.

*K.-né Sz. J.* (26 éves). Harmadszor terhes. (Első leánygyermeké koraszülött – 33. hétben – volt, jelenleg 1,5 éves. Ezt követően vetélt.) Jelenlegi harmadik terhessége 30. hetében állapították meg az IUGR-t oligohydramnion mellett, valamint geszt. hypertonia alakult ki. Ekkor kapcsolódott be a projektbe, melyben jó compliance mellett vett részt. Vérnyomása néhány alkalom után rendeződött. Terminusban, 38. hétben hüvelyi úton, élő, érett 2750 g leánynak (25 súlypercentilis) adott életet, él, egészséges.

*M. M.* (28 éves). Első gr. Terhessége 29. hetében súlyos fokú geszt. hypertonia. IUGR (becsült magzatsúly 900 g), fenyegető koraszülés dg.-val került klinikánkon felvételre és kapcsolódott be a projektbe. Vérnyomása gyógyszeres kezelésre, majd gyógyszermentesen átmenetileg rendeződött. A magzat növekedésnek indult, azonban hirtelen kialakult toxaemiás állapot miatt terhességét S. C-vel fejezték be, mely során 1200 g leány (10 súlypercentilis) koraszülött született, aki 14 napos korban exitált.

*R. M.* (41 éves). Először terhes. Terhessége 28. hetében oligohydramnion mellett IUGR alakult ki, került klinikánkra. Csak pszichoterápiás kezelésben részesült (anyja halálával azonos hónapban fogant terhessége. Klimaxra és nem terhességre gondolt, majd a neg. magzati genetikai eredmény után terhességét örömmel fogadta). Terminusban, hüvelyi úton élő, érett, 3450 g leány újszülöttnek (50 súlypercentilis) adott életet, él, egészséges.

*M. L.-né S. É.* (22 éves). Először terhes (meddőségi kezelés hatására). Férje elhagyta, amikor ő 5 hónapos terhes volt. Terhessége 31. hetében súlyos IUGR és oligohydramnion dg.-vel került klinikánkra és kapcsolódott be a projektbe. Jó compliance jellemezte. Terhessége 37. hetében, spontán, hüvelyi úton 2500 g fiú újszülöttnak (10 súlypercentilis) adott életet, él, egészséges.

*T. L. K.* (26 éves). Először terhes. Terhessége 24. hetében kérte a projektben való részvételét anxiosus állapota miatt. Jó compliance jellemezte, szorongása oldódott. Terhessége 27. hetében a biometria magzati növekedés elmaradást és emelkedett RI értékeket mutatott, amely a későbbi kontrollvizsgálatok alapján rendeződött. Terminusban, hüvelyi úton élő, érett 3750 g fiú újszülöttnak (75 súlypercentilis) adott életet, él, egészséges.

*D. J.-né* (29 éves). Harmadszor terhes (két fia van, mindkettő terminusban iu. sorvadtként – 2400 g és 2600 g – születtek). Jelen terhessége 33. hetétől állt klinikánkon kezelés alatt geszt. hypertonia és IUGR miatt és kapcsolódott be a projektbe, jó compliance mellett. A gesztáció 37. hetében spontán szülés során 2700 g (25 súlypercentilis) fiú újszülöttnak adott életet, él, egészséges.

*M.-né B. K.* (24 éves). Első terhesség. Terhessége 32. hetében diagnosztizálták az IUGR-t oligohydramnion mellett és került klinikánkra. Jó compliance mellett 34–40. hét között vett részt a projektben. Terminusban élő, érett, 3250 g (25 súlypercentilis) fiú újszülöttnak adott életet, él, egészséges.

#### A KORAI ÉS KÖZÉPIDŐS HABITUÁLIS VETÉLŐ CSOPORT TAGJAI

*N. Gy.-né* (28 éves). Nyolcadszor terhes (hatodik terhességéből 1 élő, egészséges gyermeke van, a többi vetéléssel végződött). Jelen terhessége során méhszájzáró műtét történt. Alhasi görcsök miatt terhessége 24–30. hete között vett részt a pszichoterápiás munkában

(anyaszerep-vállaló készsége leánymagzathoz kötődött). Alhasi görcsei megszűntek, gesztációs hypertóniája rendeződött, normotoniás lett. Terhessége 33. hetében spontán megindult szülés során 1680 g (10 percentilis) fiú újszülött született, él, egészséges.

*H.-né E.* (30 éves). Negyedszer terhes, gyermeke nincs. Vetélése háttérében ut. bicornist állapítottak meg, műtetet indikáltak. Jelen terhessége miatt a műtetre nem került sor. Alhasi görcsök, fenyegető vetélés miatt terhessége 17–31. hete között vett részt a pszichoterápiás munkában, jó compliance mellett. A gesztáció 33. hetében spontán megindult szülés fenyegető magzati asphyxia miatt S. C-vel fejeződött be, mely során 1580 g (10 percentilis) leánymagzatot segítettek világra, él, egészséges.

*F. M.-né K.* (28 éves). Harmadszor terhes, gyermeke nincs. A gesztáció 14. hetétől szülésig, jó compliance mellett vett részt a pszichoterápiás munkában (anyaszerep-szorongás). Terminusban, spontán szülésből 3700 g (75 percentilis) leány újszülött született, él, egészséges.

*Sch. G.* (33 éves). Ötödik terhesség, gyermeke nincs. (Első terhesség művi Ab., majd a következő három vetéléssel végződött.) Jelen terhessége során fenyegető vetélés miatt méhszájzáró műtét történt. Nagyfokú szorongás, alhasi görcsök miatt került a pszichoterápiás munkába (női szerep és anyaszerep-feszültség), terhessége 17. héttől a 34. hétig, amikor spontán szülés során 2400 g (50 percentilis) fiú lett) fiú újszülöttnek adott életet, él, egészséges.

*B.-né Sz. I.* (31 éves). Negyedszer terhes, gyermeke nincs. A második és harmadik vetélést követően ut. bicornis miatt műtét, illetve reoperáció történt. Jelen terhessége alatt alhasi görcsök és nagyfokú szorongás miatt a 13. gesztációs héttől vett részt, jó compliance mellett a pszichoterápiás munkában. Terminusban, elektív császármetszéssel 3200 g (50 súlypercentilis) leánymagzatot segítettek világra, él, egészséges.



*T.-né B.* (27 éves). Harmadszor terhes, gyermeke nincs. Vetélés háttérében organikus ok nem szerepel. Nagyfokú szorongás miatt terhessége 6. hetétől vesz részt, jó compliance mellett a pszichoterápiás munkában (negatív anyaidentifikáció). Terminusban élő, érett, 3000 g leány újszülöttnak adott életet, él, egészséges.

*A.-né G. K.* (29 éves). Ötödik terhesség. (Első művi Ab., második terhességéből egy élő, egészséges gyermeke van, aki S. C-vel született, majd kettőt elvetélt.) Jelen terhessége során hyperaemesis, alhasi görcsök, neurotikus tünet (globus sy.) miatt a gesztáció 8. hetétől vett részt, jó compliance mellett a pszichoterápiás munkában (negatív anyaidentifikáció). Panaszai, tünetei hamar oldódtak. Terminusban 3250 g (50 percentilis) leány újszülöttnak adott életet, spontán szülés során, él, egészséges.

*V.-né É.* (25 éves). Negyedszer terhes. (Első terhességéből egy élő, egészséges gyermeke van. A második vetéléssel végződött. Harmadik terhességét hyperemesis, cahexiás állapot miatt megszakították.) Jelen terhessége alatt hyperemesis, alhasi görcsök, fenyegető vetélés miatt a 10. gesztációs héttől panaszai megszűntéig vett részt a pszichoterápiás munkában (anyaszerep-szorongás). Terminusban, spontán szülésből 3400 g (50 percentilis) fiú újszülöttnak adott életet, él, egészséges.

*H.-né B. I.* (29 éves). Második terhesség (első vetélés). A terhesség 15. hetében alhasi görcsök, vérzés, fenyegető vetélés miatt rövid ideig hospitum. Intenzív szorongástünetekre beszűkült állapot miatt került a projekt tagjai közé. Jó compliance jellemezte (negatív anyaidentifikáció, intenzív anyaszerep-ambivalencia), terminusig vett részt. Terminusban 3550 g (75 súlypercentilis) leány újszülöttnak adott életet, él, egészséges.

*F. N.-né A. Cs.* (28 éves). Harmadszor terhes. Két terhessége korai vetéléssel végződött. Jelen terhessége során a 12. hétben alhasi görcsök, fenyegető vetélés miatt hospitum. Szorongása miatt került a

projektbe. Hullámzó compliance mellett vett részt (anyóskonfliktus). Jelenleg a II. trimeszterben van.

*Ny. A.-né* (40 éves). Hatodszor terhes. (Első 3 terhességéből egészséges gyermekei vannak. Válás után ismét házasságot kötött. 4. és 5. terhessége koraszüléssel végződtek, a koraszülöttek életjelenséget nem mutattak.) Jelen terhessége 13. hetétől fenyegető vetélés tünetei miatt tartós hospitum és életkor miatt magzati genetikai vizsgálat. Szorongás miatt került a projektbe. Jó compliance mellett vett részt (psych. okok miatt percentuált, férje jelentősen fiatalabb. Az „anyaság az aktív nőiesség bizonyítéka”). Jelenleg a III. trimeszterben van.

#### CHR. HYPERTONIA CSOPORT TAGJAI

*J. J.-né* (27 éves). Második terhesség. Első, toxaemiás terhességéből egy mozgásszervileg és szellemileg is sérült gyermeke van. Két éve chr. hypertonia miatt áll kezelés alatt. Jelen terhességében, a 26. hétben fellépő geszt. hypertonia, fenyegető toxaemia miatt került a pszichoterápiás munkába, melyben jó compliance-szal vett részt. Vérnyomása rendeződött, toxaemia nem alakult ki. Elektív S. C. során 3450 g (50 percentilis) fiúmagzatnak adott életet, él, egészséges.

*S. T.-né* (25 éves). 3 éve chr. hypertonia miatt áll kezelés alatt. Első terhesség, Rh incompatibilitás, 23. gesztációs hétben manifesztálódott geszt. hypertonia és geszt. diabetes (insulin dep. forma), a 24. héttől vett részt a pszichoterápiás munkában, jó compliance mellett. Vérnyomása rendeződött. Spontán megindult szülés során, a 38. hétben, 2750 g (25 percentilis) leánymagzatnak adott életet, él, egészséges.

*M. J.-né H. E.* (24 éves). Második terhesség. (Elsőből egészséges 4 éves lánya van.) 1991-ben agyvérzés, chr. hypertonia miatt rendszer

res kontroll alatt áll. Válás, majd élettársi kapcsolatot alakított ki, második terhességet a kapcsolat miatt vállalja – saját felelősségére – határozott orvosi tanács ellenére. Fenyegető vetélés, súlyos hypertóniás krízisállapotában került klinikánkra terhessége 12. hetében, majd kapcsolódott be a projektbe. Jó compliance jellemezte (élettársa elhagyta, megnősült stb.). Vérnyomása egyensúlyban tartható, de a gesztáció 28. hetében gesztációs diabetes alakult ki, mely szintén egyensúlyban tartható. Jelenleg a III. trimeszterben van.

#### ALHASI GÖRCSÖK, FENYEGETŐ VETÉLÉS, ILLETVE KORASZÜLÉS CSOPORT TAGJAI

G. I.-né K. (26 éves). Először terhes. Terhessége 30. hetében alhasi görcsök, fenyegető koraszülés tüneteivel rövid ideig hospitalizált. Súlyos szorongás (neur. phob.) miatt került a projektbe, melyben jó compliance mellett terminusig vett részt (anyja meghalt, apjával „ellenséges” a kapcsolata). Terminusban 4100 g (95 súlypercentilis) fiú újszülöttnak adott életet.

H.-né Sz. Á. (31 éves). Először terhes. (Anamn. ut. bicornis P: 3 cyt. szerepel.) Terhessége 30. hetében alhasi görcsök, fenyegető koraszülés tünete miatt hospitum. Intenzív szorongás, tüneteire beszűkült figyelem miatt került a projektbe. Terminusig jó compliance mellett vett részt. Tekintettel gyn. statusra terminusban elektív S. C-vel 3600 g (75 súlypercentilis) leánymagzatot segítettek világra.

G. Gy.-né K. E. (30 éves). Először terhes. (Meddőségi vizsgálat gyermekfőnyi nagyságú myomás ut.-t diagnosztizáltak, methroplasztika történt. Műtétet követően esett teherbe.) Gyn. állapot miatt veszélyeztetett terhesség és extrém mértékű szorongás miatt került a projekt tagjai közé. Jó compliance mellett terminusig vett részt (nagyfokú anyaszerep-ambivalencia jellemezte). Terminusban tekintettel gyn. állapotra elektív S. C-vel segítették a 3500 g (50 súlypercentilis) leánymagzatot világra.

Sz. (29 éves). Először terhes. Terhessége 30. hetében fenyegető koraszülés panaszával rövid ideig hospitum. Familiáris konfliktus miatt saját kérésére került a projektbe. Jó compliance jellemezte. Konfliktusának feldolgozásáig (terhesség alatti féltékenység) vett részt a projektben. Terminusban 2850 g (10 súlypercentilis) leány újszülöttnek adott életet.

T. A.-né D. Cs. (26 éves). Másodszor terhes. (Első terhessége S. C. koraszüléssel végződött, gyermeke 7 napig élt.) Jelen terhessége 20. hetétől fenyegető vetélés miatt tartós hospitum. Nagyfokú szorongás, tüneteire beszűkült állapot miatt került a projektbe, melyben terminusig, jó compliance mellett vett részt. Tekintettel előző S. C-re, valamint alapbetegségére terminusban elektív S. C-vel 3280 g (50 súlypercentilis) leánymagzatot segítettek a világra. Él, egészséges.

R.-né K. Zs. (26 éves). Első terhesség. Terhessége 24. hetében fenyegető vetélés, nyitott méhszáj miatt tartós hospitum. Szorongás, anyaszerep-ambivalencia miatt került a projektbe és vett részt szülésig, jó compliance mellett (32. geszt. hétre méhszáj zárttá vált). Spontán szülésből a geszt. 38. hetében 2800 g (25 súlypercentilis) leány újszülöttnek adott életet.

K. F.-né M. J. (26 éves). Első terhesség. A terhesség 18. hetében jelentkező vérzés, alhasi görcsök, fenyegető vetélés miatt került klinikánkra és kapcsolódott be saját kérésére (anyaszerep-szorongás) a projektbe. Jó compliance-szal vett részt szülésig. Terminusban 3200 g (50 súlypercentilis) leány újszülöttnek adott életet.

E.-né F. E. (34 éves). Első graviditás. (Meddőségi tanácsadás, dg. myoma ut.). Terhessége 15. hetétől fenyegető vetélés tünetei miatt hospitum. Nagyfokú szorongás, tüneteire beszűkült figyelem miatt került a projektbe. Jó compliance mellett vett részt terminusig (negatív anyaidentifikáció). Terminusban gyn. statusra tekintettel elektív S. C-vel 2900 g (25 súlypercentilis) leánymagzatot segítettek a világra.

E.-né T. E. (31 éves). Első terhesség. Terhessége 30. hetében fenyegető koraszülés, nyitott méhszáj miatt hospitum. Szorongás miatt került a projektbe, melyben jó compliance-t mutat (nőszerep- és anyaszerep-feszültség). Méhszáj statusa rendeződött a 34. hétre, jelenleg terhes.

N. Z.-né K. G. (36 éves). Harmadszor terhes. (Első terhességéből egy 16 éves lánya van, második terhessége vetéléssel végződött.) Jelen terhessége 10. hetétől ambulanter vett részt a pszichoterápiás munkában (anyaszerep-válság lányával). Alhasi görcsei hamar szánálódtak. A II. trimeszterben van.

K. É. (27 éves). Először terhes. A terhesség 20. hetére a kezdet  $C = 3000$ -ról  $C = 1000$ -re megrövidült porció, alhasi görcsök, fenyegető vetélés, nagyfokú szorongás miatt a 20. héttől vett részt a pszichoterápiás munkában, jó compliance mellett (negatív anyaidentifikáció). Alhasi görcsei megszűntek, méhszáj statusa a 26. hétre  $C = 1500$ -ra változott. Zárt méhszáj mellett viselte terhességét. A 36. hétben, spontán szülésből 2600 g (25 percentilis) fiúmagzatnak adott életet, él, egészséges.

O. É. (22 éves). Először terhes, alhasi görcsök, fenyegető koraszülés miatt a 32. hétben került a pszichoterápiás munkába (anyaszerep-szorongás). Panaszai csökkentek. Spontán szülés folyamán, a 37. hétben 2500 g (10 percentilis) fiúmagzatnak adott életet, él, egészséges.

B.-né I. (26 éves). Második terhesség, elsőből élő, egészséges gyermeke van. Anamnesisben st. p. conisationem ppter CIN III. Ezt követően viselte második, ikerterhességét. Alhasi görcsök, fenyegető vetélés, magas fokú szorongás miatt került a pszichoterápiás munkába, a 26. héttől, jó compliance jellemezte (jelen terhességét „férje kívánságára gyn. st. való tekintettel” vállalta). Panaszmentes lett. Anamnesisre való tekintettel a 39. hétben elektív S. C. történt, melynek során 2900 g és 2850 g (50 percentilis) fiú ikermagzatoknak adott életet, élnek, egészségesek.

*T.-né R.* (29 éves). Első terhesség, a 19. hétben kialakuló alhasi görcsök miatt vett részt a pszichoterápiás munkában. Panaszai gyorsan oldódtak, jelenleg panasz- és tünetmentes lett (nőszerep és anyaszerep ütközés). Terminusban spontán szülés során 3000 g fiúmagzatnak (25 percentilis) adott életet.

*Sz.-né E. C.* (32 éves). Először terhes. Terhessége 30. hetében alhasi görcsök, fenyegető koraszülés tünetei alakultak ki, melynek háttérében fejlődési rendellenesség (ut. bicornis et vag. duplex) állt. Intenzív szorongása miatt került a projekt tagjai közé. Terminusig vett részt, jó compliance mellett (anamnesisben pszichiátriai hospitum, pszichoterápiás kezelés szerepel Borderline dg. miatt). Tekintettel gyn. statusra terminusban elektív császármetszés során 3450 g fiúmagzatot (50 percentilis) segítettek a világra. Az újszülött szívfejlődési rendellenesség miatt kezelésre szorult. Állapota rendeződött, műtéti beavatkozásra nem volt szükség.

*P.-né A.* (26 éves). Először terhes, 16. hétben manifesztálódó pánik sy. (claustrophobiás tünetképződés), alhasi görcsök miatt került a pszichoterápiába (anyaszerep-ambivalencia), melynek hatására 24. héttől panasz- és tünetmentes lett. Terminusban élő, érett, 3000 g (25 súlypercentilis) leány újszülöttnak adott életet.

*Cs. E.* (23 éves). Először terhes. Terhessége 32. hetében alhasi görcsök, fenyegető koraszülés miatt került klinikánkra és nagyfokú szorongás miatt került a projektbe, jó compliance jellemezte (gyermeke apjával, aki nő, szakított, titokban tartotta mindenki előtt a terhességét a 7. hónapig). Terminusban 3550 g (75 súlypercentilis) leány újszülöttnak adott életet.

*P. M.* (30 éves). Harmadik terhesség. (Két egészséges leánygyermeke van.) Jelen terhessége 8. hetében kéri a projektben való részvételét (anyaszereppel kapcsolatos magatartászavar, negatív anyaidentifikáció, előző terhességekben jelentkező fenyegető vetélés és koraszülés panaszai miatt). A munkában hullámzó compliance jellemezte. A III. terminusban van.

*A) Idős primiparák*

*P. K.* (34 éves). Először terhes. Terhességtől, szüléstől való szorongás miatt a 12. héttől szülésig vett részt jó compliance mellett a pszichoterápiás munkában (negatív anyaidentifikáció, anyaszerep-szorongás). A 39. hétben, spontán megindult szülés, mely relatív téraránytalanság, fenyegető magzati asphyxia miatt S. C-vel fejeződött be, mely során 3600 g (75 percentilis) fiúmagzat született, él, egészséges.

*K. E.* (31 éves). Először terhes. Az anyaszerep jó betöltése céljából vett részt a 20. héttől, jó compliance mellett a pszichoterápiás munkában. A 38. hétben, spontán szülésből 2650 g (10 percentilis) fiúmagzatnak adott életet, él, egészséges.

*W. M.* (39 éves). Másodszor terhes, első művi Ab. volt. Ezt követően 8 éven át meddőség miatt kezelésre járt, eredménytelenül. Két éve örökbe fogadtak egy gyermeket. Az örökbefogadást követően esett teherbe. Súlyos fokú szorongás miatt vett részt a pszichoterápiás munkában, panaszai mérséklődtek. Terminusban 38. gesztációs héten spontán megindult a szülés, mely harántfekvés miatt S. C-vel fejeződött be, 2750 g (10 percentilis) fiúmagzatnak adott életet, él, egészséges.

*B. N. K.* (36 éves). Másodszor terhes, első művi Ab. volt. Terhessége 18. hetétől, terhességi, szülési szorongás miatt vesz részt, jó compliance mellett a pszichoterápiás munkában. A terhességgel és a szüléssel kapcsolatos szorongásai gyorsan oldódtak. Terminusban spontán szülésből 3000 g leány újszülöttnek (25 percentilis) adott életet.

*R. É.* (31 éves). Először terhes. Húga, R. K. hatására kéri bekapcsolódását a projektbe terhessége 8. hetében. Terhességi, szülési és anyaszerep-szorongása oldódott (negatív anyaidentifikáció). Terminusban 4200 g (95 súlypercentilis) fiú újszülöttnek adott életet.

P. A. (36 éves). Másodszor terhes (első művi Ab.). Terhessége 12. hetében kérte bekapcsolódását a projektbe. Jó compliance mellett vett részt (anyaszereppel kapcsolatos szorongás, negatív anyaidentifikáció). Szorongása oldódott. Terminusban 3400 g (50 súlypercentilis) leány újszülöttnak adott életet.

#### B) *Fiatal felnőtt csoport tagjai*

B. K. (22 éves). Először terhes, terhességi és szülési, valamint anyaszerep-szorongás miatt a 12. héttől vett részt a pszichoterápiás munkában. Szorongásai gyorsan oldódtak. Terminusban, spontán szülésből 3400 g (50 percentilis) fiúmagzatnak adott életet, él, egészséges.

D. I. (23 éves). Először terhes, magas fokú terhességi és szülési szorongás miatt, a 10. gesztációs héttől vett részt, jó compliance mellett szülésig a pszichoterápiás munkában. Terminusban, spontán megindult szülés, fenyegető magzati asphyxia miatt S. C-vel fejeződött be, melynek során 3200 g (25 percentilis) fiúmagzatot hoztak világra, él, egészséges.

Ö. K. (26 éves). Először terhes, szülési szorongás miatt 35. héttől vett részt a pszichoterápiás munkában. Terminusban, spontán szülésből 3000 g (10 percentilis felett) fiú újszülöttnak adott életet, él, egészséges.

F. K. (28 éves). Másodszor terhes (első extraut. gr.). Nagyfokú terhességi szorongás miatt a 18. héttől szülésig vett részt, jó compliance mellett a pszichoterápiás munkában. Terminusban, spontán szülés során 3550 g (50 percentilis) fiú újszülöttnak adott életet, él, egészséges.

Zs.-né Zs. (26 éves). Először terhes, a harmadik trimeszterben terhességi „türelmetlenség” miatt kapcsolódott be a pszichoterápiás munkába. Terminusban, spontán szülésből 4000 g (90 percentilis) élő, egészséges fiú újszülöttnak adott életet, él, egészséges.



*E. Cs.-né* (25 éves). Először terhes, aki terhességi és szülési szorongás miatt vett részt a pszichoterápiás munkában a 20. héttől. Terminusban spontán szülésből 3200 g (25 percentilis) egészséges fiú újszülöttnek adott életet.

*R. É.* (27 éves). Először terhes, anyaszerep-bizonytalanság, terhességi szorongás miatt a 20. geszt. héttől vett részt a pszichoterápiás munkában. Feszültségei oldódtak. Terminusban 2900 g (10 súlypercentilis) leány újszülöttnek adott életet.

*L. V.* (28 éves). Először terhes. Anyaszerep-bizonytalanság miatt a terhesség 16. hete óta vett részt a pszichoterápiás munkában. Terminusban 3000 g (25 súlypercentilis) fiú újszülöttnek adott életet.

*V. Á.* (29 éves). Először terhes. Terhessége 27. hetében kéri felvételét a projektbe terhességi, szülési szorongás miatt. Jó compliance mellett vett részt (munka és anyaszerep ütközése). Szorongásai oldódtak. Terminusban relatív téraránytalanság, magzat harántfekvése miatt elektív S. C-vel 3500 g (50 súlypercentilis) leánymagzatot segítettek a világra.

*R. K.* (24 éves). Először terhes. Hyperemesis, anyaszereptől való szorongás miatt 8. terhességi héttől vett részt folyamatosan a pszichoterápiás munkában. Terminusban 4050 g (95 súlypercentilis) leány újszülöttnek adott életet, él, egészséges.

*H. A.* (28 éves). Második terhesség (első művi Ab.). Az anyaszerep jó betöltésének igénye, szüléstől való szorongás miatt kérte bekapcsolódását a projektbe terhességének 25. hetében (negatív anyaidentifikáció). Feszültségei oldódtak. Terminusban 3500 g (50 súlypercentilis) fiú újszülöttnek adott életet, él, egészséges.

*A.-né K. E.* (24 éves). Először terhes. Anyaszerep jó betöltésének igénye miatt kérte a projektben való részvételét. Jó compliance jellemezte (szülei meghaltak, amikor ő 9 éves volt). Feszültségei ol-

dódtak. Terminusban 3500 g (50 súlypercentilis) fiú újszülöttnek adott életet, él, egészséges.

*K. K.* (27 éves). Másodszor terhes (első művi AB). Súlyos anyaszerep-szorongás (negatív anyaidentifikáció, labilis partnerkapcsolat) miatt terhessége 22. hetétől vesz részt a projektben. A II. trimeszterben van.

*K. M.* (25 éves). Először terhes. Anyaszerep-szorongás (anyja és apja meghaltak, amikor kamaszkorú volt) miatt vesz részt a projektben. A II. trimeszterben van.

*Z. K.* (24 éves). Először terhes. Az anyaszerep jó betöltésének igénye miatt kéri a projektben való részvételét. Jó compliance jellemzi (anyóskonfliktus). Feszültségei oldódtak. A II. trimeszterben van.

*F.-né K. A.* (27 éves). Először terhes. Terhessége 23. hetében kéri a projektben való részvételét, intenzív terhességgel és anyaszereppel kapcsolatos szorongások, vegetatív tünetek (álmatlanság) miatt. Jó compliance jellemzi. Panaszai szanálódtak. A II. trimeszterben van.

*V. K.* (27 éves). Másodszor terhes. (Első terhességéből egészséges 1,5 éves lánya van.) Jelen terhességgel kapcsolatos anyaszerep és leányával már működő anyaszerep betöltésének konfliktusa miatt kérte a projektbe való bekapcsolódását terhességének a 10. hetében. Jó compliance jellemzi. A II. trimeszterben van.

## IRODALOM

*Bálint A.* (1941): Anya és gyermek. Pantheon kiadás, Bp.

*Szabó I.–Csabay L. V.–Német J.* (1991): Examination of placental circulation by color Doppler. Budapest Symp. on Prenatal Diagnosis.

*Szabó I.* (1991): A méhlepény real-time és color Doppler ultrahangvizsgálata. Baross utcai Szülészeti Esték, előadás.

*Szinetár E.* (1992): Az aktív-analitikus pszichoterápia módszerspecifikussága. I., II., III. előadás az Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete ülésén. (kézirat, megjelenés alatt).

*Varga I.–Paulin F.–Rigó J.* (1992): Anyai keringési vizsgálatok egészséges és koros terhességben. I. Az ejekciós szög változásai a terhesség alatt (megjelenés alatt).

## A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIA LEHETŐSÉGEI AZ INTRAUTERIN RETARDÁCIÓ KEZELÉSÉBEN

### ELŐZMÉNYEK

Az organikus vagy pszichoszomatikus (pl. chr. vagy gesztációs hipertonia), infekció (pl. Cytomegalovírus), életmódbeli (pl. dohányzás, alultápláltság) vagy fejlődési rendellenesség nélkül előforduló intrauterin retardáció (a továbbiakban IUGR) mint a magzatot veszélyeztető állapot elég gyakori. Familiáris és génikus tényezők is okozhatják, hogy az anya normál időre kis súlyú újszülöttnak (10 súlypercentilis alatt) ad életet. Ezekben az esetekben a következő terhességek kimenetele is hasonló lehet. Ritkábban fordul elő, hogy az anya érett, normál súlyú (10 vagy azon fölüli súlypercentilis) gyermek szülése után a következő terhességében IUGR magzatot visel terminusig vagy koraszül, illetve eme betegség miatt a terhessége elhal.

*Paulin F.* és *mtsai* (1988, 1989) vizsgálták az IUGR gyakoriságát és kialakulásának hátterét, okait, egyes szülések alapján 37 492 szülés adataiból 1975 és 1988 között. Az IUGR kritériumát a nemzetközi standardok alapján összeállított születési súlypercentilisek alapján 10 súlypercentilis alatt állapították meg. Az általuk vizsgált újszülött populáció 11,67%-a volt intrauterin retardált. Az IUGR magzatok és újszülöttek perinatalis mortalitása lányoknál hétszer, fiúknál ötször nagyobb volt, mint a nem retardált csoportban. Az IUGR kialakulásában az anya geszt. hypertóniája – oedéma nélkül – nagyban felelős.

Teletermogrammal, ugyancsak *Paulin* és *mtsai* (1981) becsülték meg az uteroplacentáris perfúzió alakulását. Eredményeik szerint az IUGR kialakulásában az uteroplacentáris keringés döntő szerepet játszik.

Berkő P. és mtsai (1992) 1989–1990-ben 21 233 újszülött perinatológiai adatait dolgozták föl abból a célból, hogy az IUGR klinikai jelentőségét elemezzék. Vizsgálataik alapján megállapítják, hogy az IUGR nemcsak a magzat elhalása miatt veszélyes, hanem szülészeti szövödményeket (medencevégű és harántfekvés, pozitív amnioszkópos lehet szülés előtt és kóros NST a szülés előtt 48 órával, oligohydramnion, mekóniumos magzatvíz, szülés alatt szívműködésrendellenesség) is okozhatnak. Emiatt nő a császármetszés szükségessége. Az IUGR újszülöttek életesélyei rosszabbak, mint az éretteké, magasabb a perinatalis morbiditás (asphyxia és egyéb hypoxiás agyi szövödmény) és mortalitás miatt. A szerzők elkülönítik a proporcionált és diszproporcionált IUGR-t, kiemelve, hogy a proporcionált forma fölismerése nehezebb. Kiemelt jelentőségű kórképnek értékelik és hangsúlyozzák, hogy az IUGR diagnosztikájában az inspectio és a laboratóriumi vizsgálatok döntőek.

A modern ultrahang és flowmetria, a color Doppler-készülékek a perinatalis diagnosztika elengedhetetlen eszközei. Ezek a vizsgálatok ma már pontos képet tudnak adni a magzat biometriai adatairól és a magzati, valamint az uteroplacentáris keringési viszonyokról. Így az IUGR diagnózisának megállapítása a magzati életszakaszban könnyebb. Angol és hazai szakemberek, Szabó I. és mtsai (1991 a, b.) nagy populáción végeztek color Doppler-készülékkel (ultrahang és flowmetria) követéses vizsgálatokat, és megállapították, hogy az artéria uterina egyik vagy mindkét oldalán a terhesség 18., max. 22. hetéig fiziológiás a korai diasztolés kimélyülés (továbbiakban KDM) és ezzel együtt a magasabb rezisztenciaérték (továbbiakban RI). A KDM-nek és az emelkedett RI értéknek a 22. gesztásciós hét után korrigálnia kell. Amennyiben fennmarad, az esetek 80–90%-ában IUGR és/vagy primer toxaemia várható. Az artéria uterina RI értékei a gesztáció függvényében változnak, azonban a magasabb RI érték a magzat veszélyeztetettségét jelzi (centralizált keringés, végdiasztolés stop).

A diagnosztikai biztonságot azonban nem követte az IUGR eredményes gyógykezelése, mivel az organikus, familiáris, génikus aetiológián kívül az IUGR kialakulásának hátterében ma még kevésbé ismert jelenségek is állnak.

# AZ ALKALMAZOTT MÓDSZER ÉS A BETEGEK KIVÁLASZTÁSÁNAK SZEMPONTJAI

## A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIA RÖVID ISMERTETÉSE

Az első szerző (1992, 1993) prae-natalis, terhesség- és családpszichológiai és az aktív-pszichoanalitikus pszichoterápia szempontjainak figyelembevételével alakította ki a kathexis pszichoterápia módszert, amely különböző eljárások célzott ötvözete.

A cél első lépésben az anya distress állapotának oldása, majd ezt követi az anyai személyiségrész mobilizálása a pozitív anya-magzat kapcsolat, kooperáció és kommunikáció kialakítása és folyamatának biztosítása és végül az anyaszerep és a családdá szerveződés szociális szintű megerősítése. Ezen célok elérése érdekében a kathexis pszichoterápia a következő elemekből építkezik:

*Aktív-analitikus egyéni pszichoterápia:* heti két alkalommal 1 óra időtartamban. A foglalkozások száma az egyén pszichés státusától függő (személyenként átlag 20 foglalkozás).

*Zeneterápiás relaxáció és szemisstrukturált imagináció:* amely klasszikus zeneműre applikált lágy instrukciókat tartalmaz kb. 45 perc időtartamban. Ezt a módszert hangszalagra rögzítettük és a projektben részt vevők naponta ugyanabban az időpontban hallgatják meg (annak érdekében, hogy a cirkadián ritmusból fakadó szomatopszichés változásokat – lehetőség szerint – kiküszöböljük az anya és a magzat vonatkozásaiban egyaránt) a terapeuta jelenlétében, majd élménybeszámoló következik. A módszer alkalmazása egyéni vagy csoportfoglalkozás formában történik (személyenként átlag 50–100 alkalom).

*Tematikus orientált aktív-analitikus csoportpszichoterápia,* melyben heti egy alkalommal 2 óra időtartamban vesznek részt az asszonyok (átlag 10 alkalom).

*Szüléstámogatás zeneterápiás relaxáció és strukturált imaginációval,* melyre csak a szülés beindulásakor, ezt a módszert választó asszonyoknál kerül sor. Célja a vajúdás és a szülés folyamatában az anya-magzat együttes szülőmunkájának élményszintű elmélyítése. Ezt a módszert „fájdalomgigenlő” stratégiának neveztük el.

## A BETEGEK KIVÁLASZTÁSÁNAK SZEMPONTJAI

A klinika betegforgalmából 1991. szeptember és 1993. július között (az egyik asszony – Cs. E. – sikertelen első terhessége után a második terhessége folyamán ismét a projekt tagja volt, ezért az adatfeldolgozás érdekében 19 fő alapján dolgozunk) 19 fő IUGR diagnózisú beteg (közülük 15 fő a terhespathológiai osztályról és 4 fő, akiket a szorongó sine morbo csoport tagjai közül a kutatómunkánk során szűrtünk ki a 22. geszt. hét után KMD és magas RI alapján) került a kathexis pszichoterápia projekt tagjai közé. (A pszichoterápiás munkában való részvétel minden esetben az önkéntesség elvének betartásával történik.)

Eddigiek során 1991 óta 74 asszony vett részt a projektben, közülük 19-en voltak IURG magzattal terhesek. Különböző terhespathológiai megbetegedés miatt 33 fő állt még kezelés alatt és további 22 fő szülészeti–nőgyógyászati szempontól sine morbo, de magasan szorongó terhes volt. A terhespathológiai betegek közül eddigiek során 15 asszony zárkózott el a projektben való résztvételtől, közülük 7 fő volt IURG magzattal terhes. (Az ő szülészeti adataikat használjuk föl kontrolladatként.)

A betegek kiválasztásánál szempontunk volt, hogy IUGR tekintében negatív organikus státus jellemezze az anyát és a magzatot, azonban kísérleti célból (a kathexis pszichoterápia hatékonysága) organicitás szempontjából pozitív 4 főt (chr. hypertonia 1 fő, kezdődő toxaemia geszt. hypertonia talaján 1 fő, geszt. hypertonia 1 fő és 1 anya, akinek diszproporcionált IURG volt a magzata) is beválasztottunk a projektbe. A többi 15 fő organicitás szempontból – vizsgálatokkal igazolt – negatív volt. A projektet elutasító 7 fő organicitás szempontból a következőképp oszlott meg: 1 fő chr. hyperonia, 2 fő geszt. hypertonia és 4 fő organikusan negatív volt.

## A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIA HATÉKONYSÁGÁT VIZSGÁLÓ NONINVAZÍV MÓDSZEREK

A kathexis pszichoterápia hatékonyságának kritériumát végső fokon az újszülött érettségében (10 vagy azon felüli súlypercentilis) állapítottuk meg.

Érdekelt bennünket azonban az a kérdés is, hogy a kathexis pszichoterápia elér-e szomatikus változásokat, és ha igen, azok milyen szinten ragadhatóak meg. A közvetlen hatás vizsgálata céljából a komplex módszerből kiválasztottuk a zeneterápiás relaxáció és szemistrukturált imagináció módszert. Ez a módszer több szempontból is alkalmas arra, hogy a noninvazív vizsgáló módszerekkel összekapcsoljuk. Egyrészt mert az asszonyok azonos időpontban hallgatják, másrészt az anya olyan érzelmi elmélyülésben van, hogy abban az általunk választott vizsgáló eljárások alig zavarják meg. Az általunk választott noninvazív vizsgálatokat minden esetben úgy alkalmaztuk, hogy a vizsgálat megkezdése előtt 5 percen át, a terápia alatt folyamatosan, majd a terápia befejezése után még 5 percen át, tehát kb. 1 órán át folyamatosan rögzítettük az adatokat.

(Megjegyzés: Az asszonyokkal a vizsgálatok eredményét minden esetben megbeszéltük, ezáltal is elősegítve az anya–magzat kooperáció és kommunikáció folyamatának megerősítését.)

### 1. A relaxáció mélysége:

- légzésszám alakulása,
- vérnyomás értékeinek alakulása,
- pulzusszám értékeinek alakulása.

### 2. A haemodinamikai paraméter mérése:

A nagy vérköri keringés volumenét a carotis communison mért ejekciós szög értékével becsültük meg. Az egészséges nők értékhatárai: nem terhesek 0 fok és +5 fok között mozog. Graviditás alatt a gesztáció függvényében változik: 12–18 hét között 0 fok és +10 fok között, a 18–28. hetekben +10 és +20 fok között, a 28–38. hetekben +20 és +30 fok között, majd a 38. gesztációs héttől csökkenő tendenciát mutat. A normál értéktől való eltérés terhespatológiai megbetegedésre utal. Az IUGR esetében a gesztációs időhöz viszonyított értékelmaradás extrém mértékű is lehet (Varga és mtsai 1992; Ganong 1990; Herpai 1982).

### 3. A magzat állapotának alakulása:

A magzat állapotának jó mérőeszköze a CTG, ezért arra a lelet elemzésével következtettünk. A magzat szív működésének leleteit analizáltuk, összehasonlító adatként a rutin CTG leletek adatait is fölhasználtuk az egyének szintjén.

### 4. A magzati behaviour state-ekben bekövetkező változások és a flowmetria értékeinek alakulásai:

A vizsgálat eredményeit videoszalagra rögzítettük, és az eredményeket analizáltuk. Az összehasonlításához egyének szintjén a rutin vagy ellenőrző ultrahang- és flowmetriai vizsgálat adatait is fölhasználtuk.

A vizsgálatokat a következő készülékekkel végeztük: a relaxációt segíti a Relaxa kft. Biofeedback készüléke, amely a légzésszám mérésére is alkalmas. Az ejakciós szöveget a Micromed ER. 661. Polygraph készülék lelete alapján szerkesztettük. A CTG leleteket a Hawlett Packard 8041 A. Cardiotokograph készülékkel rögzítettük. Az ultrahang- és flowmetriai vizsgálatok az Ultramark 9. ATL típusú color Doppler-készülékkel történtek.

## A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIA HATÉKONYSÁGVIZSGÁLATA

(Az IUGR diagnózissal a projektben részt vevő 19 fő, és az azt elutasító – a munkánk szempontjából kontrollcsoport – 7 fő adatait, úgymint életkor, a paritás szempontjából fontos előző betegségek, graviditás alatt kialakult betegségek, a fetus állapota, mediáció, gynekológiai műtéti beavatkozás, intrauterin diagnosztika eredményei, a kathexis pszichoterápiában való részvételének fő jellemzőit, a szülés és születés körülményeit és lefolyását, az újszülött, illetve a koraszülött állapotának jellemzőit mellékletben megadjuk.)



# A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIA HATÁSÁRA BEKÖVETKEZŐ KÖZVETLEN SZOMATOPSZICHÉS VÁLTOZÁSOK

## 1. *A relaxáció mélysége*

A relaxáció mélységét a légzésszám (21–24-ről 7–11-re) és a vérnyomás értékeinek csökkenése (10–20 hgmm) mutatta, szekunder tachicardia nélkül. A pozitív anya–magzat interakció időszakában voltak a legalacsonyabb értékek, mely eredményeket normotenzio eseteiben konzekvensen kaptunk. A geszt. hypertonia esetében az anya pszichés állapotától, a chr. hypertonia esetében az anya általános állapotától függött a vérnyomáscsökkenés. A légzésszámcsökkenés őket is jellemezte.

## 2. *A haemodinamikai paraméter, az ejekciós szög értékeinek alakulása*

Mint már említettük, az IUGR esetében az ejekciós szög értéke a normál értékekhez viszonyítva extrém mértékben alacsony lehet. Organicitás szempontjából negatív résztvevők esetében a sikeres, jó anya–magzat interakciót követően +10–+20 fokos ejekciós szög emelkedést is elértünk pl. a gesztáció 35. hetében az induló +8 fokhoz képest +19 fokot. A folyamatos mérési eredményeink szerint az emelkedett érték, újabb distress hatás nélkül, stabilizálódott. Az így elért értékek közelítettek a normál értékhatárokhoz, és ott stabilizálódtak az utolsó trimeszterben +20 fok körül. A chr. és geszt. hypertonia esetekben is elértünk ejekciós szög emelkedést (amely nem függött össze az aktuális vérnyomás értékével), az azonban nem stabilizálódott.

Miután a populációban voltak olyanok, akik csak kathexis pszichoterápiában részesültek és voltak olyanok is, akik ún. expanzív medikációban (500 ml Glucose vagy Fructose infúzió, Diaphillin) is részesültek, kísérleti célból, ugyanazon személyeknél megvizsgáltuk, hogy a perctérfogat volumenének alakulását melyik beavatkozás hogyan befolyásolja. Eddigi eredményeink azt sugallják, hogy a jó compliance-ban lévő betegek pozitív anya–magzat interakció hatására min. szinten ugyan, de hatékonyabban reagálnak. Illusztrálásként bemutatjuk B-né V. R. 34. gesztációs hétben mért adatait:

Terápia formája	Előtt	Után
Medicatio	+ 9 fok	+10 fok
Pszichoterápia	+10 fok	+13 fok

### 3. A CTG vizsgálat eredményei

A magzatmozgások a 38. hét előtt nem mutatnak ritmicitást, csak nyugalmi és mozgásjeleket. A CTG-n a jó oxigenáció mozgással együtt akcelerációs, míg az alacsony oxigenáció decelerációs jelekben mutatkozik. Az alvásszakra az ún. beszűkülés-jelekből következtetünk.

Az IUGR magzatok CTG leletei az esetek többségében beszűkülést és decelerációs jeleket is mutatnak. A normotenziós asszonyok esetében a kathexis pszichoterápia közvetlen hatására a sikeres anya-magzat interakció alatt jó oxigenációt mutató akcelerációs jeleket regisztráltunk magzati tachicardia vagy bradycardia nélkül. Ugyanezt a változást regisztráltuk a geszt. hypertonia esetében, míg a chr. hypertonia esetében csak elvétve. (A diszproporcionált magzat esetében ilyen CTG vizsgálatra nem volt módunk.)

### 4. A magzati állapot és az uteroplacentáris keringés (ultrahang- és flowmetria) vizsgálatok eredményei

#### a) Az IUGR szempontjából veszélyeztetettek adatai:

Mint már jeleztük, kutatómunkánk során 4 esetben szűrtünk ki a fiziológiás határon túl az artéria uterina egyik vagy mindkét oldalán KDM-et és ezzel együtt magas RI induló értéket. Ezek az induló kóros értékek a pszichoterápia közvetlen hatására részben normalizálódtak, majd a 4 hetes kontrollvizsgálat teljes rendeződést mutatott. A terhesség további ellenőrző vizsgálataiban a biometriai adatok is, és a flowmetria adatai is egészséges magzatot mutattak. Az asszonyok terminusban élő, érett újszülötteknek adtak életet. (Az egyik asszony, Cs. E. első terhessége folyamán kimaradt a projekt-

ből. Nála a 32. hétben IUGR-t állapítottak meg. Terhessége a 38. hétben in utero morssal végződött. Második terhessége 17. hetétől szülésig jó compliance mellett vett részt a projektben. Második terhessége 23. hetében ismét mutatkozott KDM és magas RI érték, mely a pszichoterápia hatására rendeződött. Panaszmentes terhességből terminusban S. C-vel 3550 g fiúmagzatot segítettek világra.)

Illusztrálásként bemutatjuk az egyik beteg, G. Á. adatait:

2. táblázat

Mérés időpontja	Art. ut. jobb o.	Art. ut. bal o.
Pszichot. előtt	KDM mély konzekvens RI: 0,75	KDM konzekvens RI: 0,71
Pszichot. után	KDM jelzett, nem konzekvens RI: 0,69	KDM szanálódott  RI: 0,63
Kontroll (4 hetes)	norm. flowmetria	norm. flowmetria

Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a fiziológiás határon túl perzisztáló KMD és magas RI értékek esetében a kathexis pszichoterápia hatékony. Természetesen tudjuk, hogy ennek bizonyításához nagy populáció vizsgálata lenne szükséges, ugyanis, mint már említettük, a fiziológiás határon túl is működő KDM és magas RI csak az esetek 80–90%-nál manifesztál IUGR vagy toxaeiás szövődményt.

b) *A pszichoterápia közvetlen hatására bekövetkező szomato-pszichés változások az ultrahang- és a flowmetriai vizsgálatok (IUGR-rel diagnosztizált csoport):*

– A magzati behaviour state-ekben megjelenő reakciók tükrözték a jó anya–magzat kooperációt és kommunikációt. Az anya relaxált állapota alatt kevés magzatmozgás, majd a szemisstrukturált imagináció alatt a magzat egész testére kiterjedő, nagy, csoportos mozgásokat regisztráltunk jelentős légzőmozgás vagy szívfrekvencia növekedése (max. 20/min.) nélkül, amely a magzat jó közérzetére utal.

(Megjegyzés: egyik betegünk, P. J. [chr. hypertoniás] a projektbe fenyegető vetélés panaszai miatt került. Ezen panaszait és szorongását a kathexis pszichoterápia mérsékelte. A projekt protokollja szerint ultrahang- és flowmetria monitorizálásra került sor. Ez arra a napra esett, amikor a méhszájzáró műtét történt. Várakozásunkkal ellentétben – az anya az alatató hatásától még kissé somnolens volt, és ugyanezt találjuk a magzatnál is – a magzat folyamatosan „összerenzenési” reakciót produkált. Célunk a továbbiakban vizsgálni az anyát érő különböző beavatkozás magzatra gyakorolt hatását.)

– A flowmetria adatai a magzati és az uteroplacentáris keringés viszonyait mutatják. Mi a hangsúlyt az uteroplacentáris keringés viszonyainak vizsgálatára helyeztük. A harmadik trimeszterben az arteria uterina RI értéke egészséges esetben 0,60 és 0,80 között mozog. Ez az érték az IUGR esetében az egyik vagy mind a két oldalon megemelkedett.

Vizsgálataink során, a pszichotrápiás beavatkozás előtt, magas RI értéket – általában 0,80 és 0,90 között – találtunk, mely értékek a pozitív anya–magzat kooperáció és kommunikáció hatására a normál övezeti tartományba kerültek, azaz 0,60–0,80 közé. Ezek az értékek az ellenőrző flowmetriai vizsgálatok alapján a normotenziós esetekben 3–4 hetes pszichoterápia után konzekvensen maradtak.

Valószínű, hogy az uteroplacentáris keringés javulása következtében az oligohydramnion megszűnt, a magzatvíz mennyisége normalizálódott. Ennek következtében a magzat kényszertartása a legtöbb esetben megszűnt, illetve mérséklődött (pl. P. Zs. esetében).

A kathexis pszichoterápia közvetlen szomatikus változásait vizsgáló eljárások alapján azt a következtetést vonjuk le, hogy az anyát érő pszichés hatás és a pozitív anya–magzat interakció következtében elsősorban az uteroplacentáris keringés áramlásának a minősége javul, melyre a magzat jó oxigenáció mellett aktív, jó közérzetet jelző mozgással reagál. Mint tudjuk, a magzati életben a mozgás a fejlődés elengedhetetlen feltétele.

A folyamatos pszichoterápia, jó compliance mellett elősegíti, hogy a kedvező szomatikus változások stabilizálódjanak.

# A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIA HATÉKONYSÁGA

## 1. A BIOMETRIA ÉRTÉKEINEK ALAKULÁSA

A gesztáció 28–32. heteiben diagnosztizált betegek a biometria értékei alapján a magzatok a gesztációs korhoz képest jelentős elmaradást mutattak. Az IUGR 9 esetben oligohydramnióval és a magzat kényszertartásban társult volt. Az IUGR 18 esetben proporcionált, 1 esetben diszproporcionált volt.

A kathexis pszichoterápia hatására 16 esetben jelentős magzatnövekedés indult meg, a magzat mintegy in utero behozta a lemaradását. A magzati növekedés mértéke az átlagosnál jelentősen erőteljesebb, elérheti a heti 350–450 g-ot is. Pl. B. M. magzatának becsült súlya a 32. hétben 1100 g  $\pm 10\%$  volt. A projektbe a 33. hétben került és a 36. hétben a becsült súly 1700 g  $\pm 10\%$ , a 38. hétre már 2580 g  $\pm 10\%$  nagyságúra növekedett, aki terminusban 2850 g (10 súlypercentilis) leány újszülött volt.

A diszproporcionált magzat és a chr. hypertoniás beteg esetében súlynövekedést nem értünk el.

## 2. A MAGZATI ÉS AZ UTEROPLACENTÁRIS KERINGÉS VÁLTOZÁSAI

A flowmetriai adatai IUGR esetében kórosak, beszűkült keringési viszonyokat (magas RI, centralizált keringés, végdiasztolés stop) mutattak. A mi populációnk valamennyi tagjának a flowmetria adatai a projektbe kerüléskor kórosak voltak. A kathexis pszichoterápia hatására, a normotenziós esetekben tartósan javultak a flowmetria által mért értékek, ami lehetővé tette a terhesség további viselését.

A chr. hypertonia és a diszproporcionált magzat esetekben változást nem értünk el. A geszt. hypertonia esetében átmeneti javulás mutatkozott, de a kialakult toxæmia miatt a geszt. 30. hetében S. C. történt. (M. M. a geszt. 28. hetében 900 g becsült súlyú magzata 1200 g-mal született.)

### 3. AZ EREDMÉNYEK AZ ÚJSZÜLÖTT ÁLLAPOTA ALAPJÁN

A kathexis pszichoterápia hatékonyságának kritériumát végső fokon, mint már jeleztük, az újszülött állapotával, érettségével (10 vagy afölötti súlypercentilis) mérjük. Ennek alapján – megjelölve az IUGR kialakulása szempontjából lényeges organicitást – eredményeinket táblázatban összegezzük (3. táblázat).

Mint már jeleztük, 7 IUGR magzatot viselő asszony elutasította a projektben való részvételét. Összehasonlító adatként – megjelölve az IUGR kialakulása szempontjából lényeges organicitást – a szülészeti adataikat ugyancsak táblázatban összegezzük (4. táblázat).

Amint az a 3. és 4. táblázatból leolvasható, az IUGR szempontjából veszélyeztetett populáció tagjai elsősorban a chr. hypertonia és geszt. hypertonia betegek, akiknél felléphet a toxaemia, amely a terhesség sürgős befejezését, császármetszés alkalmazását teszi szükségessé. A méhen belül sorvadt, sok esetben igen kis súlyú koraszülött életkilátásai bizonytalanok. Ennek tudatában is a világra hozataluk mind magzati profilaktikus célból – iu. mors veszélye –, mind az anya egészségének és életének védelme érdekében szükséges.

A projektben részt vevő sikertelen esetek 3 tagjánál az anya állapota csak részben, átmenetileg volt pszichoterápiával befolyásolható. Egy esetben a magzat diszproporcionált volt. (Megjegyzés: A projektben szereplő chr. hypertonia beteg, P. J. esetében – akinek előző 2 terhessége is koraszülés, illetve második gyermeke IUGR beteg volt – összetett anyai és magzati indikáció alapján a 29. gesztációs hétben császármetszés során 800 g [10 súlypercentilis

3. táblázat

Sikertelen	Koraszülött állapot	Sikeres	Újszülött állapot	Összesen
4 fő		15 fő		19 fő
1 fő chr. hyp.	él	org. neg.	érett, egészséges	
1 fő toxaemia	meghalt			
1 fő geszt. h.	iu. mors			
1 fő diszpr.	meghalt			

## 4. táblázat

Sikertelen	Koraszülött állapota	Összesen
7 fő		7 fő
1 fő chr. hyp.	1 él	
2 fő geszt. h.	2 meghalt	
4 fő org. neg.	2 él és 2 meghalt	

alatt] leánymagzatot segítettek világra. Ennél a koraszülöttnél, kísérleti célból, a megszületést követően folyamatosan, végtelenített magnószalaggal, az inkubátorba bejátszottuk *Morooka* 1984-es hanglemezén kiadott méhúri hangokat. A szerző 8 mm-es mikrofonnal a méhbe hatolva a magzat füle mellől rögzítette az aorta I. és II., a véna és a diffúz méhúri hangokat. A koraszülött légzéstámogatásra, anaemia miatt többször transzfúzióra szorult. Az orrszonda melletti légzéstámogatás mellett, megfigyeléseink alapján, erre a hanganyag-  
ra a koraszülött kedvezően reagált. Következésképpen felkúszott a hangforrás irányába, alig-alig sírt és ami ezeknél a látható közérzeti jeleknél még fontosabb, légzést reguláló hatásának imponált. Csak rövid ideig igényelte az orrszondán történő légzéstámogatást, spon-tán lélegzett. További célunk, hogy ezt a módszert több koraszülött-nél is kipróbáljuk, előző megfigyeléseink vizsgálata céljából.)

A kathexis pszichoterápia hatékonyságának vizsgálata szempont-jából lényeges az organikusan negatív státusú, a projektben részt vevő és az azt elutasító betegek szülészeti adatainak az összehasonlí-tása.

A projektben részt vevő valamennyi negatív státusú beteg termi-nusban élő, érett (10 vagy afölötti súlypercentilis) újszülöttnak adott életet, szemben a kontrollcsoport tagjaival, akik mindegyike in utero sorvadt koraszülöttet hozott a világra.

## MEGBESZÉLÉS

Az IUGR kialakulásával és okaival foglalkozó tanulmányok között nem találtunk olyant, amelyik a pszichogén aetiológiát fölvetné.

A kathexis pszichoterápia során a distress állapot oldása, az azt kiváltó érzelmi feszültségek feltárása, fókuszba helyezése és feldolgozása állt. Eddigi adataink és az azokból leszűrt tapasztalataink alapján mind a gesztációs hypertonia kialakulása következtében, mind a negatív organicitás, azaz pszichoszomatikus talajon kialakuló IUGR eseteiben az asszonyok vagy a terhességet megelőzően, vagy a terhesség kezdeti szakában különböző életesemények miatt depresszív szindrómaként jellemezhető állapotban voltak, többnyire a depresszió manifeszt tünetei nélkül.

Az általunk kezelt populáció esetében a következő életesemények és az arra adott pszichés reakciók voltak kibonthatóak és feldolgozhatóak:

– közeli hozzátartozó halála, ehhez társuló büntudat érzése, gyászdepresszió (B. M., B. É., T.-né B. É., R. M., F. K. az utóbbinál elhúzódó gyászreakció),

– magányosság érzése a terhességhez kapcsolódóan, elsősorban a férj tartós munkavállalása miatt, illetve a férjet az apaszerepben elégtelennek érzi, és emiatt harag, illetve bűnvád és büntudat érzése munkál (B. M., F. K., B.-né V. R., P. Zs.),

– házastársi feszültség, válás tervezése, elsősorban az asszony kezdeményezésére (O. F.-né Sz., M. L.-né S. É.),

– egzisztenciális bizonytalanság, professziójában önmagát insuficiensnek, vagy munkahelyét, munkában előrejutását az anyaság által veszélyeztetettnek érzi (P. J., K. B., G. Á., M. M., L. T.-né, T.-né L. K., M.-né B. K.).

A projekt tagjai közül hét fő egészségügyi dolgozó (hatan magasan kvalifikáltak, illetve egy egyetemista és egy főiskolai végzettségű). Eddigiek során olyan tanulmánnyal nem találkoztunk, amely a terhespathológiai történések és a szocioökonómiai státus összehasonlítására vonatkozna. A projekt tagjainak ez az összetétele azt mutatja, hogy az egészségügyben dolgozó asszonyok terhespathológiai szempontból esetleg veszélyeztetettebbek. Ez az adat azonban arra hívja föl a figyelmet és megerősíti azokat a kutatási eredményeket, amelyek azt igazolják, hogy az egészségügyben dolgozók morbiditási veszélyeztetettsége magas.



A fentiek alapján feltételezzük, hogy az IUGR kialakulásában pszichogén faktor, elsősorban a depresszió és a szorongás is szerepet játszhat. A gesztáció miatt azonban az adekvát antidepresszáns és anxiolytikus medikáció kontraindikált. Feltételezésünk szerint a depresszió „tünete” az IUGR magzat. A pszichoszomatikus talajon kialakuló IUGR kezelésében a kathexis pszichoterápia – ha az IUGR előjelzésétől vagy a kialakulásától rövid időn belül alkalmazzuk és jó compliance alakítható ki – akár önállóan vagy a szülészetben már bevált medikáció mellett hatékony módszernek ígérkezik.

Jelentőségét emeli, ha figyelembe vesszük, hogy hazánkban a szülések 11,67%-a IUGR magzat. Az esetek többségében orvosi kezelést is igényelnek. A kathexis pszichoterápia munka- és időigényes ugyan – egy fő kb. 100 órát igényel –, de pénzben ki sem fejezhető, hogy orvosi kezelést nem igénylő, érett, egészséges újszülött jön a világra. Az asszonyok anyai személyiségrésze fölszabadul, ami nemcsak a jó anya–gyermek kapcsolatnak, hanem a harmonikus családi élet kialakulásának is alapja.

## MELLÉKLET

1991. októbertől a kathexis pszichoterápia projekt tagjai:

### INTRAUTERIN RETARDÁCIÓ (IUGR) CSOPORT TAGJAI

(L. előző fejezet mellékletében: B. M.; B. É.; B.-né V. R.; F.-né K.; K. B.; P. Zs.; G.-né Á.; Cs. E.; P. J.; T.-né B. É.; O. F.-né Sz.; K.-né Sz. J.; M. M.; R. M.; M. L.-né S. É.; T. L. K.; D. J.-né; M.-né B. K.)

### KONTROLL SZEMÉLYEK (IUGR)

*L. T.-né* (34 éves). Harmadszor terhes, 2 élő, egészséges gyermeke van. Jelen terhesség 31. hetében állapították meg az IUGR-t, amely chr. hipertonia talaján alakult ki. A pszichoterápiás munkát néhány próbálkozás után elutasította. Terhessége 38. hetében a spontán megindult szülés a fenyegető magzati asphyxia miatt S. C-vel fejeződött be, melynek során 1280 g leánymagzat (5 súlypercentilis alatt) jött világra, aki életben van.

*G.-né H. M.* (35 éves). Az előző terhességei Ab.-val végződtek. Jelen terhessége 33. hetében diagnosztizálták az IUGR-t és a geszt. hypertoniát. A pszichoterápiában való részvételt elutasította. Terhessége 38. hetében a flowmetria kóros értékeket (végdiasztolés stop) mutatott, ezért S. C-vel világra segítették az intrauterin sorvadt 2500 g fiú magzatot (10 súlypercentilis alatt), aki 1 hét múlva exitált.

*H. A.* (39 éves). Hatodik terhesség (1 lánya, 3 fia van és 1 spontán Ab.). Jelen terhességét nem kívánta, partnere kívánságára tartotta

meg. Terhessége 31. hetében állapították meg az IUGR-t. Pszichoterápiában való részvételt elutasította. Kóros flowmetria alapján a terhesség 34. hetében S. C-vel iu. sorvadtt leánymagzatot segítettek világra. A koraszülött él.

*P. J.-né* (37 éves). Hetedik terhesség (3 szülés, 2 művi és 1 Ab. szerepel az anamnesisben). Válás, majd ismét házasság miatt jelenlegi terhességet „tervezték”. Terhessége 25. hetében diagnosztizálták az IUGR-t. Pszichoterápiát elutasította. Kóros flowmetria miatt a terhesség 28–29. hetében S. C-vel 670 g leánymagzatot segítettek világra, aki exitált.

*Sz. G.-né Gy. Gy.* (25 éves). Első terhesség. Terhessége 24. hetében KDM magas RI értékek miatt hospitalizált. A pszichoterápiába nem volt bevonható, csak a szülészetben használatos medikációban részesült. Terhessége 30. hetében spontán megindult koraszülésből 650 g súlyosan dismaturus magzat született, életjelenséget nem mutatott.

*S. M.* (25 éves). Először terhes. (Partnerre, aki nő, családost, tiltakozott a terhesség ellen, a beteg súlyosan ambivalens volt.) A terhesség 28. hetében geszt. hypertonia és IUGR alakult ki. A pszichoterápiát elutasította. Kóros flowmetria miatt a terhesség 29. hetében S. C-vel 730 g súlyosan sorvadtt fiúmagzatot hozott világra, aki életjelenséget már nem mutatott.

*T.-né B. M.* (26 éves). Először terhes. Terhessége 28. hetében kóros flowmetria mellett diagnosztizálták az IUGR-t. Pszichoterápiába nem volt bevonható. Terhessége 35. hetében kóros flowmetria miatt S. C-vel 1580 g leány koraszülöttet (5 súlypercentilis alatt) segítettek világra, aki él.

## IRODALOM

*Bennington, J. L., szerk.* (1978): Pathology of the placenta Volume VII. In the Series Major Problems in Pathology. W. B. Saunders Company Ltd. London-Philadelphia-Toronto, 50–56.

*Berkő P.–Gávai M.–Kondi L.–Szűts Á.* (1992). Az intrauterin növekedési retardáció klinikai jelentősége. Orv. Hetil., 133. 30.

- C. Molnár E.–Kaskó M. (1985): A zeneterápia a neurotikusok komplex pszichoterápiájában – egy imaginatív módszer. Zeneterápiás füzetek, Bp. 32–37.
- C. Molnár E.–Kaskó M. (1985): Di ruolo della Musicoterapia associata al rilassamento nel trattamento di pazienti nevrotici. V. Congresso Mondiale di Musicoterapia, Genova. Sintesi – Abstract. Edizioni Omega, Torino, 77–78.
- C. Molnár E. (1994): A prenatális élet és a terhesség pszichológiája. Miskolci Bölcsész Egyesület, Bölcsész Könyvek 2., Miskolc.
- Ganong W. F. (1990): Az orvosi élettan alapjai. Egyetemi tankönyv. Medicina Könyvkiadó, Bp. 588–589.
- Herpay Zs.–Noll É.–Szép J. (1982): Tértfogatfüggést mutató, új grafikus, non-invasív haemodinamikai paraméter, az ejekciós szög. A Föv. Bajcsy Zs. Kórház és Rend. Int. Jubileumi Évkönyve, 145–159.
- Maeda, K. V.–Tatsamura, M.–Nakajima, K. (1951): Objective and Quantitative Evaluation of Fetal Movement with Ultrasonic Doppler Actocardiogram. Bil. Neonate, 60, 41–51.
- Paulin F.–Csordás T.–Irtó I.–Borbik I.–Csömör S. (1988): Teletermography: A non-invasive Method for the Estimation of Uteroplacental Perfusion. Acta Chirurgica Academiae Scientiarum Hungaricae, 22, 226–244.
- Paulin F.–Rigó J.–Borbik I.–Silhavy M.–Fazekas L. (1989): Intrauterin retardáció gyakorisága és jelentősége az I. sz. Női Klinika 14 éves szülészeti anyagának tükrében. Magy. Nőorv. L., 52, 331–335.
- Szabó I.–Csabay L.–Németh J. (1991): Examination of placental circulation by color Doppler. Prenatal Diagnosis Symposium, Bp.
- Szabó I. (1991): A méhlepény real-time és color Doppler ultrahangvizsgálata. Baross utcai Szülészeti Esték, előadás.
- Varga I.–Paulin F.–Rigó J. (1992): Anyai keringésvizsgálatok egészséges és kóros terhességben. I. Az ejekciós szög változása egészséges terhesség alatt és II. Az ejekciós szög változása a terhespathológiai kórformákban (kézirát, megjelenés alatt).

## AZ INTRAUTERIN RETARDÁCIÓ KEZELÉSE KATHEXIS PSZICHOTERÁPIÁVAL

(esettanulmány)

### BETEGKIVÁLASZTÁS, AZ ALKALMAZOTT MÓDSZER ÉS ANNAK HATÉKONYSÁGVIZSGÁLATA

Az organikus vagy pszichoszomatikus (pl. gesztációs hypertonia), infekció (Cytomegalovirus), dohányzás, illetve alultápláltság és fejlődési rendellenesség nélkül előforduló intrauterin retardáció (továbbiakban IUGR) mint a magzatot veszélyeztető állapot elég gyakori. Hátterében familiáris, génikus tényezők is állhatnak. Ezekben az esetekben az anya normál időre kis súlyú újszülöttnek ad életet, és az esetek többségében a következő terhességek kimenetele is hasonló. Előfordul az is, hogy az anya érett, normál súlyú gyermek szülése után, a következő terhességében IUGR diagnózissal jellemezhető magzatot visel, illetve eme betegsége miatt terhessége elhal (*Paulin F.* 1988, 1989, *Berkő P.* 1992).

### A BETEG KIVÁLASZTÁSÁNAK SZEMPONTJA

Az organikus, pszichoszomatikus, familiáris, génikus eltérés nélküli IUGR hátterében kevéssé ismert jelenség áll. Tanulmányunkban egy, az előbb felsorolt eltéréssel nem jellemezhető „ismeretlen?” aetiológiájú IUGR-ben szenvedő magzat praenatalis pszichológiai megfontolásokkal történt pszichoterápiás kezelését ismertetjük. Természetesen maga a magzat közvetlenül pszichoterápiával nem kezelhető meg. Ezért a kathexis pszichoterápiás módszert alkalmaztuk és hatékonyságát vizsgáltuk.

## A KATHEXIS PSZICHOTERÁPIÁS MÓDSZER LÉNYEGE

A módszer különböző pszichoterápiás eljárások ötvözete. Célja az anya distressz állapotának csökkentése, és a pozitív anya–magzat kapcsolat kialakítása és biztosítása az anya–magzat kooperáción, kommunikáción keresztül. Az alkalmazott módszer a következő pszichoterápiás elemekből építkezik:

### A) ZENETERÁPIÁS RELAXÁCIÓ ÉS SZEMISTRUKTURÁLT IMAGINÁCIÓ

(melyet hangszalagon rögzítettünk).

A projektben részt vevő anyák ebben a kezelési formában naponta kb. 45 perc időtartamban, ugyanazon időszakban részesülnek. Az azonos időpontot azért tartottuk fontosnak, hogy lehetőség szerint kikerüljünk a cirkadian ritmusból fakadó pszichoszomatikus változásokat mind az anya, mind a magzat pl. behaviour state-ek vonatkozásában.

### B) AKTÍV-ANALITIKUS EGYÉNI PSZICHOTERÁPIA

A projektben részt vevő anyák heti két alkalommal 1–1 óras időtartamban, a probléma által szükséges ülésszámban részesültek ebben a pszichoterápiás formában.

### C) TEMATIKUSAN ORIENTÁLT, AKTÍV-ANALITIKUS CSOPORT-PSZICHOTERÁPIA

Ebben a terápiás formában heti egy alkalommal 2 óras időtartamban vesznek részt.

Az anya és magzat kölcsönös függését kiépítő és biztosító kathexis pszichoterápiás módszerünkben kiválasztottuk a zeneterápiás re-

laxáció és szemistrukturált imagináció módszert, abból a célból, hogy a pszichoterápiás beavatkozás közvetlen hatására létrejövő pszichés változásokat követő szomatikus változásokat vizsgálhassuk, ellenőrizhessük.

## A PSZICHÉS VÁLTOZÁSOKRA BEKÖVETKEZŐ SZOMATIKUS VÁLTOZÁSOK VIZSGÁLATÁNAK MÓDSZEREI

- a) *Relaxáció foka*
  - légzésszám
  - vérnyomás értékeinek alakulása
  - pulzusszám alakulása
  
- b) *A nagy vérköri keringés volumenét a carotis communison mért ejekciós szög értékeivel* becsültük meg. Az egészséges nők ejekciós szög értékhatárai: nem terhes nők 0 fok +5 fok, graviditás esetében 12–18. gesztációs hét között 0–+10 fok között, 18–28. gesztációs hét +10–+20 fok között, 28–38. gesztációs hetekben +20–+30 fok között, majd a 38. héttől csökkenő tendenciát mutat. A normál értékektől való eltérés terhespathológiai megbetegedésre utal. Az IUGR esetében az ejekciós szög értéke extrém mértékben alatta marad az egészséges terhesek értékeihez képest az elégtelen uteroplacentáris keringés következtében (Varga I. 1992).
  
- c) *A magzat állapotára a CTG lelet elemzésével* következtettünk.
  
- d) *A magzati behaviour state-ek változásait* az ULTRAMAR 9 ATL típusú color Doppler-készülékkel vizsgáltuk. A készülék nemcsak ultrahang monitorizálására alkalmas, hanem a vérkeringés-áramlás és -ellenállás viszonyait is méri a rezisztenciaérték mentén (továbbiakban RI). A flowmetria adatait is regisztráltuk. A 36–37. gesztációs hétben az anyai arteria umbilicalis RI normál értéktartománya 0,7–0,8 között van.

A készülékkel a mért adatokból kikalkulálható a magzat becslött súlya, méretei, és így nyomon követhető fejlődésének folyamata. A biometriai adatokat is regisztráltuk.

## A MUNKA HATÉKONYSÁGÁNAK VIZSGÁLATA

Az általunk választott noninvazív vizsgáló eljárásokkal a pszichoterápia közvetlen hatékonyságát, az anya–magzat pszichoszomatikus kölcsönhatását vizsgáltuk. A kathexis pszichoterápiás folyamat hatékonysága szempontjából a nyomon követett magzat neonatalis állapotát tartottuk döntőnek, így végső fokon az újszülött pszichoszomatikus állapotát és érettségét tekintettük a munka hatékonysága szempontjából értékmérőnek.

## ESETISMERTETÉS

1991. szeptember elején 32. gesztációs hétben került klinikánkra felvételre B. M. 26 éves betegünk IURG diagnózisával. B. M.-nek első terhességéből 3 éves egészséges leánygyermek van, aki 1988-ban 3600 g-mal terminusban, hüvelyi úton született. Jelen, második terhessége kívánt gyermekként fogant. 1991 augusztusában a Róbert Kórház II. Szülészeti Osztályán IURG diagnózisát állapították meg, és áthelyezték a progresszív betegellátás keretében klinikánk terhespathológiai osztályára. A szükséges kivizsgálási szak után megállapítást nyert, hogy az oligohydramnion mellett az IUGR súlyos fokú (32. gesztációs hétben 1100 g +10% a becsülhető magzatsúly, 5 percentilis alatt), melynek hátterében organikus, illetve pszichoszomatikus megbetegedést a klinikai vizsgálatok kizártak. A vizsgálatok a következők voltak: 24 órás RR monitorizálás eredménye normotensio; TORCH eredménye negatív; OGTT negatív. Hüvely, valamint vizelettenyésztés negatív. Anaemia és egyéb belgyógyászati betegség nem volt.

Ezt követően került B. M. a 33. gesztációs hétben az anya–magzat kommunikációt, kooperációt fejlesztő projekt tagjai közé, és vett



részt a protokoll szerint kidolgozott kathexis pszichoterápiás munkában és annak hatékonyságát vizsgáló pszichés változásokra bekövetkező szomatikus változásokat detektáló és regisztráló noninvasív vizsgáló eljárásokban.

## B. M. PSZICHOTERÁPIÁS FOLYAMATÁNAK FŐBB JELLEMZŐI

### ZENETERÁPIÁS RELAXÁCIÓ ÉS SZEMISTRUKTURÁLT IMAGINÁCIÓ

A terapeuta kérésére az első pszichoterápiás találkozás után B. M. a következő önéletrajzot és zeneterápiás élménybeszámolót adta át írásban (lásd 1. sz. a. és b. függelék). Az írásos anyaggal a terapeuta a compliance jelenlétét, mértékét is méri.

A zeneterápiás relaxáció és szemistrukturált imagináció végén minden alkalommal megkérdezzük betegeinktől, így B. M.-től is, hogy: a) hogyan érezte magát a pszichoterápiás folyamatban, b) mire gondolt, mire asszociált, imaginált közben.

B. M. hamar rátalált a pozitív anya-magzat kommunikáció, kooperáció imaginatív megoldásaira. A rendszeresen visszatérő imaginációs tartalom a következő volt: *„Láttam magamat kívülről is, belülről is. Nagyon meglepett, hogy megláttam őt. Nagyon szép fekete haja volt, lánynak láttam (mármint a magzatot). Ez azért érdekes, mert senkinek nincs fekete haja a családban. Ott bent szép narancsos piros fény derengett...”* (B. M.-nek a magzat nemére vonatkozóan nem adtunk információt.) Vagy egy másik alkalommal a következő volt az imagináció: *„Egy színpadon voltam, amelyről tudtam, hogy bennem van. Ugyanolyan narancsos-piros fény volt. Én terhesen, de mégis karomban a magzattal táncolni kezdtem. Mint a Szűz Mária, úgy voltam öltözve, a fátyol alatt volt a karomban a magzatom. Aztán hirtelen megjelent a színen a nagylányom, P. is. Őt a nyakamba véve táncoltam tovább, valahol a férjem is ott volt. Finom volt az egész. Kár hogy vége lett.”* Ehhez hasonló imaginációk jellemezték betegünket.

Az egyéni pszichoterápián a 35. gesztációs héttől a szülésig hetenként kétszer 1 órában, 20 alkalommal vett részt. Az egyéni pszichoterápiás foglalkozások folyamatában körvonalazódott az IURG kialakulásának pszichés háttere (itt az önéletrajzban leírt adatokra nem térünk ki). A feltárt és fókuszba helyezett pszichés problémákat, amelyeket a pszichoterápia folyamatában feldolgoztunk, a következőkben tömöríthetjük:

a) B. M. szubjektív anyahiánnyal jellemezhető állapotról számolt be: *„Anyu mindig a bátyámat szerette, neki ő volt a kedvenc, én meg apunak. Iszonyú volt, hogy apu pont akkor, abban a hónapban halt meg, amikor én terhes lettem. Reméltem, vágytam anyu szeretetét, hogy majd pótolja aput ő nekem, de nem. Most is csak ő (a bátyja) fontos neki. Neki adta apu ruháit, ő meg hordja, Borzasztó volt most is látni a testvéremet apu kabátjában, kalapjában, pláne hátulról, olyan, mintha aput látnám...”*

A szubjektív anyahiány feloldásában segítséget jelentett, hogy szoros, pozitív, „barátnői” természetű volt a kapcsolata anyósával. Anyósa érzelmileg lányává fogadta B. M.-et, aki tartózkodott eme érzelmi kapcsolat viszonzásától. A terápia folyamán elhelyezkedett ebben a relációban. (Megjegyzés: az obj. tárgyvesztésből – apa halála – fakadó gyászmunkát szabadon hagytuk, nem befolyásoltuk a feldolgozás folyamatát.)

b) A második konfliktus, amelyet a terápia fókuszába helyeztünk, a következő volt: B. M. férjét az apaszerepben nem érezte eléggé stabilnak, megbízhatónak, mert első gyermeküknél az apaszerepet a néhai nagyapa „kisajátította”. *„Apunak P., a lányom volt a kedvence. A férjem szinte hozzá sem fért a lányunkhoz. Ezt az eszemmel ma már tudom, mégis van bennem egy szorongás, hogy ezt a gyereket nem jó helyre szülöm. Van bennem egy olyan érzés, mintha nem lenne neki apja... stb.”* A beteg hospitalizációja alatt P.-t elsősorban a férj látta el. Hétfélig adaptációk alkalmával, valamint 2 heti otthon-tartózkodása alatt tapasztalta, hogy lánya és

férje között meleg, szoros a kapcsolat, ez szorongását feloldotta, férje iránti bizalma kialakult.

Az egyéni pszichoterápia folyamatát pozitív indulatáttétel medrében tartotta a pszichoterapeuta. A graviditás időszakában veszélyes lehet a konfrontatívabb metodika, a pszichoterápia iránti ambivalencia és az abból következő ellenállások felszínre hozatala, elsősorban a terhesség kimenetele szempontjából. Célunk nem is az volt, hogy önismeretfokozó pszichoterápiás megfontolásokkal dolgozzunk. Fő célunk az anyai személyiség rész működését gátló distress oldása és az ahhoz kapcsolódó kognitív-emocionális szintű korrekció.

#### TEMATIKUSAN ORIENTÁLT, AKTÍV-ANALITIKUS CSOPORT-PSZICHOTERÁPIA

A csoport-pszichoterápia a fenti módszer alapján jellemezhető, kiscsoport-létszámnak megfelelő (15 fő, a projektben részt vevők) nyitott rendszerrel működik. A csoport-pszichoterápia folyamatában a pozitív anya-magzat kapcsolat megerősítése; interoceptio és insight fokozása; ennek alapján a szülési stratégia kimunkálása (ún. fájdalomigenlő módszert dolgoztunk ki); az anyaszerepre felkészülés és anticipált családdá szervezés attitűdjének kimunkálása történik.

B. M. 34. gesztációs hétben kapcsolódott a csoport-pszichoterápiás munkába. A csoporttagok elé B. M. a családsszervezéssel kapcsolatos anticipált szorongásait hozta: „*Iszonyú volt most a hétvégén otthon. Anyu azon a címen, hogy engem kímélni kell, úgy rendezgette ennek a gyerekek a ruhákat, holmikat, mint én, amikor P. lányomat vártam. Mintha ő lenne az anyja... Hát nem volt nekünk elég, hogy apa kiszorította P.-nál a férjemet mint apát, most anya készül engem kiszorítani, megfosztani az anyaságtól? Nincs is kedvem ehhez az egészhez!*” (Mármint a gyerekekhez a terapeuta értelmezésében, amelyet nem osztott meg a csoporttal.)

A csoport tagjaiban is élt bizonyos fokú félelem attól, hogy „*anyaszerep-aspiránsokkal*” vannak körülvéve, akik majd „*kímélet*” címén ki akarják őket „*szorítani*”, „*semmizni az anyai feladatokból, örömeikből*”. Megfogalmazódott több csoporttagban is az a félelem, hogy a családtagok továbbra is „*gyermek státusba rögzítik*” őket.

(Megjegyzés: természetesen e mögött a félelem mögött húzódó vágymotívumot a terapeuta nem interpretálta). A csoport együttes munkájának eredményeképpen a következő kompromisszum született meg, amelyet az egyik csoporttag így fogalmazott: „*az természetes, hogy a gyermekünk körül lesznek olyanok, akik beakarják tölteni a mi helyünket. Ez lehet a saját anyánk, anyósunk, sőt még a férjünk is. Ezt tudomásul kell vennünk, ráadásul még nekünk is kényelmes lehet. Arra kell majd vigyáznunk, hogy ne helyettünk, ellenünk, a saját gyerekünkkel való kapcsolat ellenére tegyék. A megoldás, hogy nekünk erre is vigyáznunk kell. Kell lenni egy felkészültségünknek és megoldásmódunknak, hogy ők se sérüljenek, és mi sem.*” A csoport egyetértése után egy másik csoporttag konkretizálta az anticipált megoldását. A következőt mondta: „*Hogyha én akarom fürdetni a gyereket és mondjuk akkor akarja a férjem is, akkor én azt tenném, hogy magamat ajánlanám fel a férjemnek, hogy velem törődjön. Például megkérném, hogy főzzön nekem teát addig, amíg én fürdetek, mert olyan teát tud főzni, amit én szeretek. Vagy azt kérném, hogy addig ágyazzon meg, vagy mit tudom én. Szóval magammal törődtetném.*” A csoport és B. M. is intenzíven reagált erre a megoldásra (a terapeuta csak helyeselt). Megszületett a kollektív döntés, melynek lényege: az anyaság nem a felnőtttség bizonyítása, és a gyerek nem eszköze a felnőtttség bizonygatásának és a rivalizálásnak. A felnőtttség közérzete az anyaság mellett és a megőrzött gyermeki igények egyaránt jellemzőek az egészséges emberre. A gyermeki igények törődést, szeretetet adó személyeket feltételeznek. A másik személy törődést adó szükségletét nem szükséges csökkenteni, hanem adott esetben saját személye felé fordíthatja.

## A PSZICHÉS VÁLTOZÁSOKRA BEKÖVETKEZŐ SZOMATIKUS REAKCIÓK

A pszichoterápiás beavatkozások közül kiválasztottuk a zeneterápiás relaxáció és szemisstrukturált imagináció hatására közvetlenül jelentkező szomatikus változások vizsgálatát.

(Megjegyzés: mint fentebb jeleztük, a speciálisan anya–magzat kommunikáció és kooperáció facilitálása céljából klasszikus zeneműre applikált, pozitív anya–magzat kapcsolatot sugalló verbális tartalommal ellátott hanganyagot dolgoztunk ki. A hangszalagot a Relaxa Kft biofeedback készülékén hallgatták a projektben részt vevő személyek, így a noninvazív vizsgálatokat az anya érzelmi elmélyülésének megzavarása nélkül tudtuk végezni. Nyitott kérdés számunkra, hogy hogyan hallja, azaz reagál a magzat, miközben objektíve nem hallhatja, mert a hanganyagot az anya maga is fülhallgatón át kapja. Az esetlegesen működő csontvezetési hallás elégtelen magyarázó elv számunkra. Feltételezésünk szerint valamilyen neurohumoralis szisztéma működése lehet az, amely a magzat reakcióváltozásait előidézi, az anya pszichoszomatikus, szomatikus változásaival egyetemben.)

### A RELAXÁCIÓ MÉLYSÉGÉNEK VIZSGÁLATA

A zeneterápiás relaxációt és szemisstrukturált imaginációt összekötöttük a relaxáció mélységének fokát jelző testi jelenségek mérésével, úgymint:

– légzésszám regisztrálása: mély relaxációban az ébrenléti légzésszám kb. egyharmaddal csökken. B. M. légzésszáma relaxáció alatt 7–10 volt, amely imagináció alatt változatlan maradt.

– A zeneterápiás relaxációt és szemisstrukturált imaginációt összekötöttük a pszichoszomatikus változásokat jelző vérnyomás és pulzusszám alakulásának mérésével. Nyugalmi helyzetben, alvás vagy alvásközeli állapotban a vérnyomás és pulzusszám csökken. A vérnyomást és pulzusszámot a foglalkozás alatt 5 alkalommal monitorizáltuk, úgymint:

- a foglalkozás megkezdése előtt,
- a relaxáció kezdeti szakaszában,
- a szemisstrukturált imaginációban,
- az imagináció alatt,
- a zeneterápia befejezése után.

B. M. betegünk normotoniás volt. A pszichoterápiás relaxáció és imagináció alatt minimális hypotoniás értékeket mértünk szekunder tachycardia nélkül. Tekintettel a normotoniás állapotra, az adatokat külön nem részletezzük.

*Az anya carotis communisán mért véráramlás volumenének – ejekciós szög – értékeinek alakulása:*

A carotis görbéből szerkesztett ejekciós szög és a véráramlás perctérfogat értéke között konzekvensen pozitív összefüggés van; az ejekciós szög alkalmas a perctérfogat becslésére. A keringési állapotban bekövetkezett változások megjelennek az ejekciós szög értékében, jelezve a hypo- vagy hyperkinetikus keringési állapotot, és a medicatio hatására bekövetkező keringési változásokat is. Az egészséges nők ejekciós szög értéke 0 fok +5 fok között van. A terhesség alatt az uteroplacentáris, a shunt-keringés miatt a perctérfogat nő (Herpai Zs. 1982, Genong 1990, Varga 1992). Az egészséges terhessegre – a gesztációs idő függvényében – jellemző ejekciós szög értékeket előbbieken már megadtuk.

Az IURG diagnózisára jellemző, hogy az ejekciós szög értéke alatta marad az egészséges terhesség normál értékeinek. B. M. betegünknel pl. klinikánkra kerülésekor a 33. gesztációs hétben +11,5 fok volt az ejekciós szög értéke, szemben az egészséges terhességet jelző +20–30 fok közötti szögtartománnyal.

Protokollunk szerint az ejekciós szöget kétszer mértük minden alkalommal:

- a zeneterápia előtt,
- a zeneterápia után.

Feltételezésünk szerint az anyának a magzathoz való emocionális viszonya befolyásolja az anyai véráramlás minőségét, mennyiségét.

Az ejakciós szög értékeinek alakulásával ezt a folyamatot igyekeztünk megragadni.

Feltételezésünknek megfelelően B. M. betegünk ejakciós szög értékeinek alakulásában nyomon követhető volt nemcsak az anya aktuális pszichoszomatikus állapota (kezdeti ejakciós szög érték), hanem az ejakciós szög értékében megjelent az anya–magzat érzelmi kapcsolat minőségének változása is. Megfigyelésünk szerint erőteljes külső distressz behatás nélkül a gesztációs időnek megfelelőhöz közelítő ejakciós szög értéke stabilizálódást mutatott, az aktuális feszültség viszont az ejakciós szög értékének csökkenésében is megjelent. (A 2. függelékben megadjuk a gesztációs idő és a mért ejakciós szög értékeit.)

Vegyük példaként a 39. gesztációs héten az előző napi +21 fok értékről indulásként +8 fokra való ejakciós szög értékesítés háttérben feltárható folyamatot (lásd 2. függelék). Reggel vérvételen volt, amelytől mindig is félt, mint mondta. Lehangozott volt. Kérdésünkre a következőt válaszolta: „*unom már ezt a kórházi életet*”. Ezt követően imaginációja a következő volt: „*lány mozgással szólt a lányom VAGYOK. Elszégyelltem magam, hogy csak magammal törődöm. Elkezdtem őt figyelni, úgy éreztem, hogy ő nyugtatott meg, azt gondoltam, úgy éreztem, ő majd szól nekem, amikor majd meg akar születni.*” A pozitív sikeres anya–magzat kommunikáció, kooperáció után az ejakciós szög értéke +19 fokra emelkedett, amely érték a következő nap induló értékével azonos volt. A következő nap imaginációja szinte az előző folytatásaként fogalmazódott meg: „*ő azt mondta, legyek nyugodt. Ő majd egyértelműen jelzi nekem, ha meg akar születni. Aztán hirtelen gyönyörű hosszú hajú, vidám nagylánynak láttam őt. Végtelen szeretet öntött el iránta.*” Az ejakciós szög értéke mögött az anyai keringés viszonyaira a magzat felé is következtethetünk. A magzat felé való véráramlás minősége szoros összefüggésben áll a magzat fejlődését biztosító folyamatokkal. Ezért tartjuk lényegesnek ezt az eredményünket. B. M. ejakciós szög értékei a pszichoterápia hatására (pozitív anya–magzat kommunikáció, kooperáció) az egészséges terhességre jellemző normaértékekhez közelített és stabilizálódást mutatott.

A 38. gesztációs hét előtt a magzati behaviour state-ek nem mutatnak ritmicitást, csak a nyugalmi és izgalmi behaviour state állapotokat jelzik. Viszont a CTG vizsgálati leleten az akcelerációk mozgással együtt, vagy a mozgást követően (magzati behaviour state-ek) jelennek meg a CTG-en. Az akcelerációs jelek jó oxigenációt mutatnak, szemben az oxigénhiányt mutató decelerációs jelekkel.

B. M. magzatát a pszichoterápiás relaxáció és imagináció alatt CTG-vel monitorizáltuk. A projektbe bevonás előtt a magzat állapotát jelző CTG leletek beszűkülést mutattak néhány deceleráció DIP O jellel (contractio nélkül decelerációk, amelyek, ha tartósak, praeterminalis állapotot jeleznek).

Kérdés volt számunkra, hogy az anya–magzat kommunikáció, kooperáció facilitálására szerkesztett imaginatív tartalmak, amelyek a magzat „mozgás mint válasz” struktúráját célozták meg, megindítanak-e akcelerációs jelekben megmutatkozó magzati állapotváltozásokat. (Jó oxigenációt jelző akcelerációs jelek, szemben a hypoxiás decelerációs jellel.) Ennek érdekében a zeneterápia előtt 5 percen át, alatta folyamatosan, a befejezést követően 5 percen át CTG-vel monitorizáltuk a magzat állapotát.

Eredményeink szerint akcelerációs jelek dominánsan a szemistrukturált és szabad imagináció alatt jelentek meg. Az anya szubjektív megfigyelései szerint is intenzív, aktív magzatmozgás ezen idő alatt jelentkezik. *„Megfigyeltem, hogy milyen tapintatos. A relaxáció alatt, amikor magamat figyelem, csak finoman ringatózik bennem. Aztán az imagináció alatt intenzíven mozog. Talán tudja, hogy vele foglalkozom?”*

#### AZ ULTRAHANG- ÉS FLOWMETRIA-MONITORIZÁLÁS EREDMÉNYEI

Az ultrahang és flowmetria a praenatalis diagnosztika elengedhetetlen eszköze. Finom diagnosztikai eljáráshoz klinikánk ULTRAMARK 9 ATL készüléke áll rendelkezésre. A betegek eme vizsgáló eljárásban a sükségnek megfelelően részesülnek.



B. M. magzatának súlya a 32. gesztációs hétben  $1100 \text{ g} + 10\%$ , (5 percentilis alatt) oligohydramnióval jellemezhető IURG dg-t mutatott. (A projektbe a 33. gesztációs hétben kapcsolódott.) A nyomonkövető, ellenőrző ultrahangvizsgálat a 36. gesztációs hétben magzatsúly-gyarapodást,  $1700 \text{ g} + 10\%$ , de még oligohydramnion dg-vel jellemezhető graviditást mutatott. A 38. gesztációs hétben a magzatsúlya  $2580 \text{ g} + 10\%$  volt (10 percentilis) becsülhető, valamint az adatok szerint a magzativz mennyisége normalizálódott.

Az általunk kidolgozott protokollnak megfelelően B. M.-et is a zeneterápia előtt 5 percen át, alatta és a befejezést követően 5 percen át folyamatosan a color Doppler-készülékkel monitorizáltuk, hogy választ kapjunk a következő kérdésre:

- milyen magzati behaviour state változások jelennek meg a terápiás beavatkozás hatására? (*Maeda K.* 1991),
- valóban magzati behaviour state változások azok, amelyeket az anya döntően az szemisstrukturált és szabad imagináció alatt észlel, és/vagy az interocepció és insight készség fokozódása következtében a szokásos, amúgy is meglévő magzatmozgásokat éli át intenzívebben?
- a carotis communisból mért ejekciós szög értékváltozás az artéria uterina RI értékeiben megjelenik-e?

B. M. monitorizálásának (36–37. gesztációs hétben) adatai szerint is a zeneterápia előtt regisztrált magzatmozgásokhoz képest (amikor is az anya figyelmét lekötöttük abból a célból, hogy a magzat spontán behaviour state-jeit regisztráljuk és ahhoz viszonyítsuk a változásokat) változásokat észleltünk a magzat behaviour state-ekben. Nevezetesen a relaxáció alatt enyhe hullámzó és egyes mozgások, ritka csoportos mozgások voltak jellemzőek, míg az imaginatio alatt folyamatos, intenzív, csoportos, az egész testre kiterjedő (flexio-an-teflexio) mozgásokat – kis szünetekkel – detektáltunk. Értelmezésünk szerint a pozitív anya-magzat kapcsolat, „párbeszéd” befolyásolja a magzat behaviour state-jeit, azaz intenzív, aktív pszichoszomatikus kapcsolatba lép az anyával. Az anya ebben a magzat felé fordult, bensőséges állapotban (interoceptio és insight fokozott) egyértelműbben fölérzi a magzat állapotát, nemcsak a mozgását.

A 3. pontban megfogalmazott kérdésünk megválaszolására a következőképpen volt módunk. Ultrahangkészülékkel és ejekciós szög mérésére szolgáló Polygraph-készülékkel egyidejűleg nem volt alkalmunk dolgozni. Ezért azt a megoldást választottuk, hogy az ugyanazon a napon mért ejekciós szög értékét vettük figyelembe a zeneterápia folyamatát monitorizáló ultrahang- és flowmetria-vizsgálat során.

B. M. ejekciós szög értéke a vizsgálat napján +16 fokról az imagináció hatására +20 fokra emelkedett. A flowmetria adataiban a következő változást regisztráltuk. A pszichoterápiás beavatkozás előtt az arteria uterina RI értéke: 0,83 volt. A pszichoterápiás beavatkozás imaginációs szaka alatt mért arteria uterina RI értéke 0,73 volt, azaz csökkent. Ezt az adatunkat azért tartjuk fontosnak, mert az arteria uterina RI értéke egészséges esetben 0,7 és 0,8 között szór. B. M. induló értéke tehát magas RI tartományba tartozott (0,83), amely a pozitív anya-magzat imaginációs tartalmak hatására, azaz a pszichés változásra normalizálódott (0,73).

A fenti jelenség alapján feltételezzük – természetesen tudjuk, hogy további vizsgálatok szükségesek a bizonyításhoz –, hogy a carotis communison mért, egészségestől alacsony irányba eltérő ejekciós szög érték magas arteriás RI értéknek és v.s. magasabb ejekciós szög érték alacsonyabb RI értéknek felel meg, mindkét vizsgálat az uteroplacentáris keringési viszonyokat jelzi, ill. méri.

## AZ ALKALMAZOTT MÓDSZER EREDMÉNYE, A SZÜLÉS LEFOLYÁSA ÉS AZ ÚJSZÜLÖTT ÁLLAPOTA

B. M.-nél a terminus elérésekor, Prepidil gél előkészítést követően szülésindítást terveztek, azonban az előkészítést követő délelőtti spontán contractiókkal került a szülőszobára. A vajúdási és szülési szakot a terapeuta által kidolgozott metodikával támogattuk a pszichoterápiás munka folyamán alkalmazott zeneterápia módszerével, avval a különbséggel, hogy strukturált imaginációt tartalmaz. A strukturált imagináció a tágulási szak előrehaladását sugallja, azt fa-

cilitáló verbális szöveggel. A hanganyag-kazetta meghallgatása 9.30-kor kezdődött. Kétszeri meghallgatás után, a kezdeti bő 1 ujjnyi méhszáj bő 3–4 ujjnyira tágult, a fájdalomérzet „igenlése” mellett, amely szubjektíve a fájdalomérzetet csökkenti. A vajúdsági és szülési szakban fájásgyengesség nem következett be. Oxytocin adására nem volt szükség. A magzat állapotát folyamatos CTG monitorizálás mellett ellenőriztük, és az az egész időszak alatt jó állapotot mutatott. CTG eltérések nem mutatkoztak, még a kitolási szakban sem, annak ellenére, hogy az ultrahanglelet köldökzsinór-hurkolódást valószínűsített. A szülés folyamán mindössze 2 ampulla No-Spa i. m. beadására volt szükség az anatómiai méhszájmerevség miatt.

B. M. 14.05 perckor 2850 g-os (10 percentilis) érett, egészséges leánymagzatnak adott életet. (Az újszülött valóban *fekete hajú* volt.)

B. M. a szülőmunkát követően meg sem várta, hogy gyermekét felmutassák, azonnal felült és férjével együtt (együttszülés történt) gyönyörködtek leányukban, E.-ben, és gyöngéd szavakkal üdvözltek őt. Az újszülöttet a köldökellátás után – kidolgozott projektünknek megfelelően – az anya arcától 20 cm távolságban face to face helyzetbe hozva figyeltük a szemkontaktus kialakulását. (B. M.-et és férjét erre előre felkészítettük.) Az újszülött szemmel anyja arcának kontúrját milliméterről milliméterre „tapogatta körbe” 70 másodperc időtartamban, majd hirtelen szemmozgással szem-szem kontaktusba lépett, amelyet 15 másodpercen keresztül fixált. Ezt követte ismét az anya arckontúrjának szemmel történő „végigtapogatása”, ez valamivel rövidebb ideig tartott, 60 másodpercig. Ezt követte ismét a szem-szem kontaktus és fixálás létesítése, és megjelent a szopóreflex. A szopóreflex megjelenését követően történt csak a mellre helyezés. (B. M. szülésélményéről szóló, írásban adott beszámolóját a 3. számú függelékben közöljük.)

(Megjegyzés: hajlunk arra, hogy az újszülött a szag-, hang- és szemkontaktus-felvétel együttesével imprinting folyamatban is rögzíti az anyaképet, és nem csak egy szenzitív perióduson keresztül tanulja.)

A szülést követően a méhlepény makroszkópos vizsgálatával a következő volt megállapítható: a normálisnál valamivel kisebb mé-

retüből normál nagyságúra „újrafejlődött” 500 g lepény. Széli részét fibrotikus szegély övezi, melyen túl kb. 1 cm széles, ép szöveti szerkezetű parenchyma látható (kompenzatórikus jelenségnek tekinthető?). Ez a makroszkópos kép kezelt intrauterin retardációnak megfelelő lehet, azaz valószínűleg a 33. gesztációs héttől kezdve a pszichoterápiás beavatkozás szomatikus változásaihoz a placenta is alkalmazkodott. Tehát véleményünk szerint a placenta alkalmazkodott a fokozott keringési redistribúcióhoz azzal, hogy egyfajta „de Novo” szövetképződés révén tudta a terhességet a terminusig fenntartani. (A placenta kompenzatórikus jellegét *Benningtonn* [1978] monográfiában összegezte.)

## KÖVETKEZTETÉSEK

A pszichoterapeuta által kidolgozott kathexis pszichoterápia, mely anya–magzat kommunikációját és kooperációját sugalló, azt facilitáló és ötvözött pszichoterápiás metodika (aktív-analitikus egyéni pszichoterápia; tematikusan orientált, aktív-analitikus csoport-pszichoterápia: zeneterápiás relaxáció és szemisstrukturált imagináció), alkalmasnak mutatkozik bizonyos terhespathológiai esetek kezelésére. Eddigi tapasztalataink, amint ezt az esetismertetés is mutatja, hatékony módszer. Az IUGR esetismertetését azért tartottuk fontosnak, mert az irodalomban az eddigiek során nem találtunk utalást arra, hogy az IUGR pszichogén okok, jelen esetben – feltételezésünk szerint – depresszió (gyászállapot) is kiválthatják.

Eddigi munkánk kis esetszámra vonatkozik, de a pszichés változásokat széles körű, a pszichoszomatikus változásokat regisztráló eljárásokkal ellenőriztük. Célunk annak tisztázása, hogy a praenatalis pszichoszomatikus folyamatokat hogyan lehet befolyásolni. Eddigi munkánk több kérdést vetett fel, amelyek megválaszolása további team-munkát igényel. További célunk annak megértése, hogy hogyan, milyen úton lesz a pszichés állapotból szomatikus állapot.

# FÜGGELÉK

## 1. SZ. FÜGGELÉK

a)

### *Önéletrajz*

26 éves tanítónő vagyok, az 1990-es, 91-es tanévben tanítottam először, addig napközis nevelőként dolgoztam. Azt szokták mondanival, hogy „csak” napközis, én nem így érzem... sőt most, mikor már kipróbáltam ezt is, azt is, a jövőben inkább a napközizést választanám. Azon belül is sok szakkört, gyerekzsinópado tartanék szívesen. Azt hiszem, a kötetlenség miatt a gyerekekkel is könnyebb kontaktust teremteni ezeken a foglalkozásokon. A tanítás feszített, megsza-bott tempója engem kapkodóvá, feszültté tett. Biztos sok minden adódott a gyakorlatlanságomból is. De most minden: iskola, gyerek, tanítás olyan messze kerültek tőlem. Semmi más nem számít, csak mi, azaz ő, az én kisbabám, hogy minden rendben legyen. Egészsé-gesen megszülessen, és így ő meg én teljes emberként visszatérhes-sünk a családukba. 1987 óta vagyok férjnél, a házassággal még vártunk volna, mert férjem egyetemista volt, de hát terhes lettem... Nehéz napok voltak azok, mikor már tudtuk, hogy terhes vagyok, de azt még nem, hogy megtartjuk-e? Férjem nem nagyon lelkesedett, úgy érezte, nem elég érett még, hogy az egyetem mellett nem tudja vállalni a családfenntartó szerepét. Én akartam. Nem is annyira az anyaság miatt (ez az érzés csak jóval Pancsa születése után alakult ki bennem), mint az abortusztól való félelem érzésétől. Az a gondolat is munkált bennem, hogy a műtét miatt esetleg nem lehet többet gyerekem. Végül bevontuk a tágabb családot, apáinkat, anyáinkat és egy végső, nagy kupaktanácsot tartottunk. Az én javamra billent a mérleg. Persze a körülmények is döntöttek, hogy van otthonunk, helyünk a szüleim házában, és mindkét részről anyagi támogatás. Az

első hónapok nehézségei után egyre jobban élveztem a terhességet, mind testileg, mind lelkileg feltöltődtem energiákkal, nyugalom szállta meg az egész lényemet. A szüléstől sem féltem. Elhatároztuk, hogy együtt szüljük meg a gyermekünket. Ilyen szempontból választottunk orvost és kórházat is. Pancsa a Róbert Károly Kórház II. szülészeti osztályára, 1988. június 16-án jött a világra. A szülés mint élmény nagyon mélyen érintett, mondhatni megrázott, sokáig a hatása alatt voltam, álmaimban is gyakran visszatért. Nehezen tértem magamhoz testileg és lelkileg is. Idő kellett az anyaszerep feldolgozásához, de azután szépen beletanultam, és nagyon kellemes két évet töltöttünk itthon Pancsával. Ekkor határoztuk el, hogy egy évre visszamegyek dolgozni, ezután pedig vállalkozunk még egy csemetét. Minden olyan szépen alakult, jó munkahelyeket találtunk, a férjem is, én is. Anyukám nyugdíjas lett és vállalta Pancsát. Minden szép volt, de aztán az apukámnak volt egy kisebb infarktusa. Még ezt is átvészelte a család. Ezután itthon maradt az apu is anyuval és Pancsával együtt. Az apu és Pancsa kapcsolata egyre jobban mélyült ... most egy pár mondatot a családról. Egy egyszintes családi házban élünk, felső szinten a bátyám, feleségével, két gyermekével, Zsófiával (8 éves), és Danival (5 éves). Az alsó szinten a szüleim és mi élünk. Ez a ház az apukám nagy műve, ő hozta össze, ő építette fel a saját erejéből. Ő volt az egész család mozgatórugója, egy igazi családfő. Mindig lehetett rá számítani, nagyon sokat jelentett, biztonságot adott nekem. Igaz, nehéz volt együttélni vele, a betegsége sok mindenben megváltoztatta, egyre türelmetlenebb lett mindnyájunkkal, kivéve a gyerekeket, de az igazi kivételt Pancsa jelentette. Neki minden megengedett, vele mindig türelmes volt, ez egy igazi barátság volt kettejük között. Azután február elsején elment itthonról és soha többé nem jött haza. Valahol egy bűdös pesti utcán, idegen emberek között szívrohamban meghalt. Mi csak vártunk, vártunk. Este 9-kor a testvéremmel elindultunk, hogy megkeressük. A főkapitányságon, a mentőknél sehol senki nem tudott róla... hajnalban kaptuk a hírt. Ebben a februári hónapban estem teherbe. Nagyon vártam ezt a terhességet, vágyódtam egy újabb testi, lelki felemelkedés után. De hiába, lelkileg eleve meggyötört voltam és ehhez még az is társult,

hogy éreztem, állandó fáradtság és gyengeség érzése lett úrrá rajtam. Nagyon türelmetlen lettem mindenkihez, ráadásul jött a lakásátalakítás, komoly fizikai megterhelések, rumli, kosz ... egész nyáron ezen dolgoztunk, semmi lazítás. Mikor végre készen lettünk és jött volna a nyugalom, pihenés, a szabadságból visszatért orvosom felderítette, hogy retardált a magzatom. Befeküdtem a kórházba (Róbert II.), aztán egy hét után úgy döntöttek, nem vállalják értem a felelősséget. Az utolsó pillanatban közölték ezt velem, mikor is jött a mentő és átszállítottak a Klinikára. Egy idegen helyre, idegen orvosok közé kerültem, akik nem tudnak rólam semmit, csak a kórtörténetemmel foglalkoznak. Egyetlen ember figyelt oda rám, vette észre az állapotomat, vett emberszámba. Nour doktor. Aztán az ő jóvoltából kerültem haza, kezdtem újra bízni és hinni abban, hogy új, egészséges gyermeknek adhatok életet.

dátum

aláírás

b)

### *Benyomások, érzések a relaxáció-imagináció alatt és után*

Nem igazán bíztam benne, hogy képes vagyok ennyire az ellazulásra. A tudatomban végig olyan érzésem volt, hogy a testem a gondolataimon keresztül továbbra is feszült és görcsös állapotban van. Azt hiszem, a légzésemet nem sikerült igazán egyenletessé tennem, mert a sárga fény gyakran felvillant. A szöveget nem sikerült mindig ismételnem, a gondolataim el-elkalandoztak. Hol az ajtó előtt várakozó férjemre, hol az apukámra, anyukámra, hol erre az új, számomra ismeretlen szituációra. Ami teljesen megnyugtatót és feloldott, az volt, hogy magzatom az egész relaxáció alatt finom mozgásaival tudtomra adta, hogy létezik és jól érzi magát a testemben. Ringatózott bennem, mint egy bölcsőben. Mikor hazatértünk, egészen elalvásig kisebb pihenőkkel folyamatosan mozgott. Mintha ezzel is biztatott volna, hogy folytassam ezt az egészséget. A szövegben az a rész, ami kettőnk titkos párbeszédét mondja el, nagyon meghatott, kimondta helyettem a bennem élő gondolatokat, érzéseket. A rela-

xáció után meglepve tapasztaltam, hogy minden izmom, még az ujjaim is ellazultak, szinte remegtek, de ez jóleső érzés volt. A nyálam is megváltozott, sűrű lett és édeskés. Összefoglalva nagyon jó hatással volt rám és az intenzív mozgásból ítélve a magzatra is.

dátum

aláírás

## 2. SZ. FÜGGELÉK

*Ejekciós szög értékeinek alakulása a pszichoterápiás relaxáció-imagináció hatására*

(33. gesztációs héten mért érték +11,5 fok volt. A rendszeres mérést a gyakorlatok után, 2. héten kezdtük)

Gesztációs hét	Psz. relaxáció imagináció előtt	Psz. relaxáció imagináció után
35		+13
36		+20
37	+16 +16 +17	+20 +18 +17
38	+12 +15,5 +13 +21	+14 +13,5 +13 +20,5
39	+23 + 8 +19 +22	+21 +19 +14 +17,5
40	+18	+20



*Relaxációval-imaginációval segített szülésem*

Második napja vannak rendszeres fájásaim, tegnap N. doktor zselét tett fel, mely lazítja a méhszájat, segít a tágulásban. Reggel is egy erősebb fájásra ébredtem, mikor felkelek, érzem, hogy vérzek. Szólok a nővérnek, aki elkísér az ügyeletes orvoshoz. Megállapítja, hogy szűk két ujjnyira nyitva vagyok... borotválás, beöntés és irány a szülőszoba! Megkezdődött tehát, végre találkozunk, ma eljön a régen várt pillanat. Egyből a szülőágyra kerülök, hiába figyelem az órát, a fájások egyre ritkulnak ... mire megjön M. doktornő, alig vannak. Először hallgattam végig a vajúdó kazettát. Megnyugszom és érzem, hogy irányítani tudom a testemet ... másodszor is végighallgatom. A fájások rendszeresen 10 percenként jönnek, látom a méhszájamat, amint lassan nyílik szét. Érzem a magzatomat, amint halad ELŐRE... Megnéz egy doktornő, már bő két ujjnyira tartok. Kis pihenő után újra meghallgatom, a végénél tartok, mikor érzem, hogy itt van a férjem. Teljes biztonságban érzem magam, várjuk a fájásokat, érzem, hogy tágulok, érzem, hogy minden fájdalom ellenére jól van a babám ... néha elfog a vágy, hogy „kikapaszkodjak” a férjembe, de M. doktornő nem hagyja. Visszatérít az én utamra, amit csak én egyedül tudok végigjárni. A kazetta, a zene lüktetésének segítségével újra a testemre koncentrálok, mire megjön N. doktor és megnéz, már 3 ujjnyira kitágultam. Most, hogy ő is itt van, teljes lett a kör körülöttem. Most ez a 3 ember a legfontosabb számomra, körülvesznek, öntik belém az erőt és a nyugalmat, az izmaim engedelmesen ernyednek, összehúzódnak, ernyednek, összehúzódnak. Egyre jobban fáj, és én akarom, hogy fájjon, erősen, erősebben! Már 4 ujjnyira tágultam, végre halad a fejecske is előre, kifelé. Két vagy három tolás és megvan! itt van! megérkezett, beteljesült a vágy. Nagy, fekete haja van, ahogy megálmódtam.

Összehasonlítva ezt a szülésemet az előzővel, a relaxáció-imagináció hozzásegített, hogy nem egy passzív szenvedő voltam, akit a fájdalom megbénít, és szeretne megszabadulni mindentől, hanem igazán aktív részese voltam a szülésnek. Én hívtam a fájdalmat,

hogy minél nagyobbra tágítsam az utat a gyermekemnek, igazán segítettük egymást. De ehhez kellett az a sok hét, amíg az imaginációk segítségével megtanultunk beszélni és érezni egymást.

dátum

aláírás

## IRODALOM

- Bennington J. L.*, (1978): Pathology of the Placenta Volume VII. In the Series Major Problems in Pathology. W. B. Saunders Company Ltd. London, Philadelphia, Toronto, 50–56.
- Berkő P.–Gávai M.–Kondi L.–Szüts Á.* (1992): Az intrauterin növekedési retardáció klinikai jelentősége. *Orv. Hítel.*, 133. 30.
- C. Molnár E.–Kaskó M.* (1985): A zeneterápia a neurotikusok komplex pszichoterápiájában – egy imaginatív módszer. *Zeneterápiás füzetek*, Bp. 32–37.
- C. Molnár E., Kaskó M.* (1985): Di ruolo della Musicoterapia associata al rilassamento nel trattamento di pazienti nevrotici. V. Congresso Mondiale di Musicoterapia. Genova. Sintesi – Abstracts – Resumes. Edizioni Omega, Torino, 77–78.
- C. Molnár E.* (1984): A prenatalis élet és a terhesség pszichológiája. Miskolci Bölcsész Egyesület, Bölcsész–Könyvek, 2. köt.
- Ganong W. F.* (1990): Az orvosi élettan alapjai. Egyetemi tankönyv. Medicina Könyvkiadó, Bp. 588–589.
- Herpay Zs.–Noll É.–Szép J.* (1982): Térfogatfüggést mutató, új, grafikus, non-invasív hemodinamikai paraméter, az ejekciós szög. *A Föv. Bajcsy-Zs. Kórház és Rendint. Jubileumi Évkönyve*, Bp. 145–159.
- Maeda K.–Tatsumura M.–Nakajima K.* (1991): Objective and Quantitative Evaluation of Fetal Movement with Ultrasonic Doppler Actocardiogram. *Biol. Neonate*, 60. 41–51.
- Paulin F.–Csordás T.–Irtó I.–Bebik I.–Csömör S.* (1988): Telethermography: A non-invasive Method for the Estimation of Uteroplacental Perfusion. *Acta Chirurgica Academiae Scientiarum Hungaricae*, 22. 226–244.
- Paulin F.–Rigó J.–Bebik I.–Silhavy M.–Fazekas L.* (1989): Intrauterin retardáció gyakorisága és jelentősége az I. sz. Női Klinika 14 éves szülészeti anyagának tükrében. *Magy. Nőorv. L.*, 52. 331–335.
- Szabó I.–Csabay L.–Német J.* (1991): Examination of placental circulation by color Doppler. *Prenatal Diagnosis Symposium*. Bp.
- Szabó I.* (1991): A méhlepény real-time és color Doppler ultrahangvizsgálata. *Baross Utcai Szülészeti Esték*.
- Varga I.–Paulin F.–Rigó J.* (1992): Anyai keringésvizsgálatok egészséges és kóros terhességben. I. Az ejekciós szög változása egészséges terhesség alatt (megjelenés alatt).

## KORASZÜLÉS: A KORAI ANYA–GYERMEK KAPCSOLAT KIALAKÍTÁSÁNAK PSZICHOLÓGIAI TÁMOGATÁSA

### ELŐZMÉNYEK

Magyarországon a szülések kb. 17%-a koraszüléssel végződik. Klinikáinkon (Simmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika) a progresszív betegellátási profil miatt a szülések 25%-a végződik koraszüléssel. A klinikán működő Perinatalis Intenzív Centrum a koraszülöttek – különösen az igen kis súlyú, 1000 g alatti – megmentésében és gyógyításában tölt be jelentős szerepet.

Az intenzív betegellátásra nem szoruló koraszülöttek, illetve kis súlyú koraszülöttek anya–gyermek kapcsolatának támogatására több modell is kínálkozik, mint pl. a svéd V. Wahlberg által kidolgozott és alkalmazott ún. kengurumetódus, amikor is az anya bőr-bőr kontaktusban gyermekét keblére helyezve él koraszülöttjével, illetve kis súlyú újszülöttjével, ameddig ezt gyermekének az állapota szükségessé teszi. Debrecenben Ádám B. létesített intenzív betegellátásra nem szoruló kis súlyú újszülöttek számára anya–gyermek kapcsolatot is biztosító rooming-in rendszert. Ma már elterjedt gyakorlat, hogy az inkubátort igénylő és/vagy intenzív betegellátásra szoruló koraszülött(ek)et az anya meglátogathatja, és a gyermek állapotától függően foglalkozhat is koraszülöttjével (pl. az inkubátor falán keresztül beszélhet hozzá; benyúlhat és simogathatja; tisztába teheti stb.). Azaz a különböző, pszichológiai megfontolásokkal kialakított anya–koraszülött támogató módszerek elsősorban a koraszülött igényeire centráltak.

Tapasztalataink szerint a koraszülés ténye érzelmileg az anyát is megterheli, sőt többen krízisállapotba kerülhetnek.

## A KORASZÜLÉS KAPCSÁN FELLÉPŐ KRÍZISÁLLAPOT PSZICHOLÓGIAI JELLEMZŐI

A pszichológia krízisszituációnak nevezi a jelentős sorsforduló-, élethelyzet-változásokat, mint pl. a születés, a pubertás, a párválasztás, a terhesség, a szülés, a nyugdíjazás, a válás stb. Mint ahogy a felsorolásból is látszik, a krízisszituáció egyaránt tartalmaz biológiai és pszichés megterheléseket. A krízisszituáció nem patológiás folyamat, sőt sikeres megoldása a személyiségfejlődés szempontjából előrelépést jelent.

Előfordul azonban, hogy a krízisszituáció perzisztál, vagy sikertelen a megoldása, aminek következtében a személyiség dekompenzálódik, azaz krízisállapot alakul ki, amely már pszichopatológiai jelenség. Azaz a beteg tüneteket mutat, sőt fennáll a veszélye annak is, hogy pszichiátriai kórforma valamelyikébe csúszik át a krízisállapot. Ezért alapszabály ilyen esetekben, hogy adekvát krízisintervenciót kell alkalmazni.

Sok, koraszüléssel átesett anya krízisállapotba kerül, melynek oldása mind az ő, mind a koraszülöttje szempontjából (anya-gyermek kapcsolat miatt is) fontos. Pszichológiai szempontból azokkal az anyákkal szükséges foglalkozni, akik a koraszülést követően krízisállapottal jellemezhetőek, aminek leggyakoribb tünete a súlyos szorongás, a lehangoltság, a tehetetlenség bénultsága, különböző vegetatív tünetek és az önleértékelés különböző megnyilvánulásai. Gyakran önvád jellemzi őket, sőt ez az érzelmi állapot erősödik, amikor koraszülöttjükkel találkoznak. Ilyen esetekben mind az anya, mind a koraszülött számára frusztrált a korai anya-gyermek kapcsolat.

### A KORASZÜLÉSSEL ÖSSZEFÜGGŐ KRÍZISÁLLAPOT OKAI

1. A terhesség bensőséges állapota testi-lelki szinten egyaránt idő előtt szakad meg.
2. A koraszülött az anyaméh védettségéből „kemény” inkubátor helyzetbe kerül. Sok esetben a koraszülött éretlen a szopásra is. Az

is gyakori, hogy a koraszülöttségen kívül betegség is sújtja, ezért egyéb orvosi kezelés is szükséges.

3. Az anya az anyai örömök helyett csak passzívan szemléli csesemőjét, aki nem az ő, hanem az egészségügy kezében van. Tehetetlenül aggódik gyermekéért. Ez bizonyos esetekben olyan erős frusztrációt jelent, hogy az extrém magas szorongás mellett a vád és önvád érzése is megjelenik. Ezek mellett a distress emóciók mellett a reménykedés a pozitív érzelem, de teljes mértékben még ennek sem meri átadni magát. Félt az anyai személyiség rész mobilizálásától, sok esetben nem is indokolatlanul, védve önmagát az anticipált fenyegető tragédia – a koraszülött esetleges elvesztése miatti – fájdalomtól. Csak zárójelben jegyezzük meg, hogy halálkívánság is színezheti ezt az amúgy is érzelemterhes állapotot, amely gondolat fölbukkanása súlyos büntudati szorongást mobilizál.

A krízisállapottal jellemezhető, szenvedő anya családja, férje felé sem mer vigaszért, támogatásért fordulni, hiszen véleménye szerint úgyszólván „közös bajban” vannak. Önmaga számára is alig tudja megfogalmazni lelkiállapotát, csak szenved és szégyenkezik, sőt ambivalens érzelmei bevallhatatlanok.

4. A koraszüléssel világra jött újszülött „kemény” környezeti körülmények közé kerülve anyahiány-állapotban van a nap legnagyobb részében. Ráadásul a krízisállapottal jellemezhető anyának a koraszülöttjével való találkozás sem adja meg a mindkettőjük számára nélkülözhetetlen pozitív érzelem áramlását.

A fentiek miatt mind az anya, mind a koraszülött számára frusztrált a korai anya–gyermek kapcsolat, részben az anya lelkiállapota, részben az objektív körülmények miatt. A frusztrációból és/vagy ambivalenciából származó emocionális labilitás szinte sugárzik az anyából akkor is, amikor az inkubátorba helyezett koraszülöttjét meglátogatja. Találkozásukkor tapasztalható, hogy az anya „szinte három lépés” távolságban álldogál, kezét tördeli, szemé lesütve, alig-alig néz gyermekére, holott sok esetben ezt nem a koraszülött állapota, hanem az anya lelkiállapota magyarázhatja meg. Az anya az inkubátort „áttörhetetlen, áthághatatlan falnak”

(szinte nem is látja saját gyermekét, a készüléket nézi), önmagát pedig „illetéktelen betolakodónak” érzi a Perinatalis Intenzív Centrum „gyógyító szentélyében”.

## BETEGANYAG KIVÁLASZTÁSA ÉS AZ ALKALMAZOTT MÓDSZER

A SOTE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 1991-ben kezdtük meg kísérleti jelleggel a koraszülés kapcsán krízisállapotba került anyáknál alkalmazható, adekvát krízisintervenciós módszer kidolgozását, alkalmazását és hatékonyságvizsgálatát. A projektben a klinikán spontán vagy elektív császármetszés során igen kis súlyú (1000 g alatt), illetve beteg koraszülöttet szülő, krízisállapottal jellemezhető asszonyok vettek részt az önkéntesség elvének betartása mellett (17 fő).

A team pszichoterapeuta tagja által kimunkált módszer két, egymásra szervesen épülő lépcsőből áll:

1. Tematikusan orientált aktív-analitikus csoport-pszichoterápia, melynek céljai:

- az anyák pszichés dekompenzálódásának rendezése,
- az anyai magatartás mobilizálása.

2. Az anya–koraszülött kapcsolat hasznos működésének pszichológiai támogatása a koraszülöttel történő találkozás, foglalkozás folyamatában, melynek eszközei:

- emocionális facilitálás,
- verbális és nonverbális kommunikáció mélyítése.

A krízisintervenciónak rövid és gyorsan ható metodika felel meg. A koraszülést követő krízisállapot a szülést követő 2–3 napon alakul ki (szorongás, lehangoltság, önleértékelés, rigidség, beszűkült figyelem és gondolkodás, vegetatív reakciók stb.), amikor már találkozott koraszülöttjével, beszélt annak kezelőorvosával.

Megjegyezzük, hogy sok koraszülésen átesett anyát saját lelki egyensúlyteremtő készsége átsegíti ezen a nehéz perióduson. Pszichoterápiás támogatásra a krízisállapotba került asszonyok esetében van szükség.

A szervesen egymáshoz kapcsolódó, kétlépcsős metodikánk gyakorlatban való alkalmazását a következőkben összegezzük.

#### 1. Első fázis:

A projektben részt vevő asszonyok délelőttönként, általában 1,5 óra időtartamban csoport-pszichoterápiában részesülnek, kb. 8–12 alkalommal.

#### 2. Második fázis:

A terapeuta a koraszülött kezelőorvosával előzőleg megbeszéli azokat a lehetőségeket, amelyeket az anya a koraszülött dédelgetésében, esetleg ellátásában tehet. Ezt követően ugyanezen anyák a délután folyamán egyenként, a pszichoterapeuta jelenléte és támogatása mellett felkeresik koraszülöttjüket.

Ún. zárt csoport-pszichoterápiás foglalkozással dolgoztunk, egy csoportban maximum 4 asszony vett részt. Az alacsony csoportlétszámot a módszer igényelte, ugyanis a délutáni anya-koraszülött találkozás a szakember pszichológiai intervenciói mellett történik.

## A TEMATIKUSAN ORIENTÁLT AKTÍV-ANALITIKUS CSOPORT-PSZICHOTERÁPIA FOLYAMATÁNAK FŐBB JELLEMZŐI

#### 1. Első fázis:

a) A csoport-pszichoterápián csak koraszülésen átesett, igen kis súlyú és/vagy beteg koraszülöttnak életet adó, pszichésen dekompenzálódott anyák vettek részt, mint már említettük. Így az azonos sors, élmény, probléma közelebb hozta és nyitottabbá tette a csoport tagjait egymás iránt. Már ez is bizonyos fokig szorongáscsökkentő hatású.

b) A terapeuta aktívan, feladatorientáltan vezeti a csoport munkáját. Meghatározza és fókuszban tartja a célt: „a koraszülöttnak még inkább fontos a meleg-elfogadást, szeretetet sugárzó és adó anya”.

c) A csoport-pszichoterápiás ülések során lehetőséget biztosítunk, hogy az anyák egyéni érzéseiket, problémáikat ventilálják, sőt az ambivalens érzéseket „evidensnek” kezelve elősegítjük azok megfogalmazását (szorongás, önvád, büntudat stb.), így az anyának az emocionális nyomás alól is felszabadultak.

d) Ezáltal a terapeuta számára út nyílik az anyai személyiség rész mobilizálására. A mobilizálás módszere azoknak a gesztusnyelvi és nonverbális üzeneteknek a kimunkálása (érzelmi és tudati szinten egyaránt), amelyekkel az anya pozitív érzelmeit koraszülöttjének átadhatja.

## 2. Második fázis:

(A koraszülött kezelőorvosával az anya a terapeuta jelenlétében megbeszéli, hogy hogyan foglalkozhat koraszülöttjével, pl. csak az inkubátor kezelőnyílásán keresztül érintheti meg vagy felnyithatja, esetleg kiveheti rövid időre a bőrkontaktus biztosítása céljából, tisztába teheti stb.)

a) Az anya–koraszülött találkozás előtt közvetlenül a terapeuta ismét facilitálja az anya pozitív érzelmeit és azok kifejezésformáit, amelyeket az anya az első fázis során már átgondolt, átértékelte.

b) Továbbiakban a terapeuta a konkrét találkozás alatt a koraszülött reakcióit interpretálja az anyának, majd segíti az anyát abban, hogy ő maga is észlelje és megfogalmazni legyen képes gyermeke finom reakcióit (pl. „látja? a baba észrevette, hogy itt a mama... figyel... örül” stb.).

c) Ezen keresztül az anya pszichikailag le tudja bontani azt a „falat”, amelyet a koraszülött érdekében az inkubátor jelent. Azaz, lelkiileg is, és érintés útján is közvetlen, személyes kapcsolatba kerül gyermekével.

A tematikusan orientált aktív-analitikus csoport-pszichoterápiás foglalkozások során a verbális szint és a cselekvési szint integrációja, mélyítése és finomítása a cél.



## A MÓDSZER HATÉKONYSÁGA

A projektben részt vevő asszonyok rövid idő alatt (1–2 foglalkozás) emocionálisan kiegyensúlyozott állapotba kerültek. Tüneteik intrapszichés és viselkedési szinten egyaránt szanálódtak. A koraszülöttjükkel való találkozásokot kifejezetten várták, annak reakcióit megértették, és azokra adekvátan reagáltak.

Mivel igen kis súlyú, illetve beteg koraszülöttekkel (akiknek morbiditása és mortalitása igen magas) és azok anyjával foglalkoztunk, érdemesnek tartjuk megemlíteni, hogy – szerencsére – csak egy anya veszítette el gyermekét. Ez az asszony a következőképp fogalmazott: *„nagyon fáj, hogy elvesztettem őt, de az ad egy belső nyugalmat, hogy amíg élt, érezhette, hogy szerető anyja van...”*

A módszer hatékonyságát az egyik résztvevő rövid esetismertetésével és az anya önvallomásával illusztráljuk: L. A.-nak volt már egy egyéves, egészséges leánygyermek. A második terhességet nem tervezték. Ez a magzat a praenatalis diagnosztika alapján az alábbi betegség miatt elektív császármetszéssel, beteg koraszülöttként jött a világra. Dg.: Kelly + „c” isoimmunisatio Hydrops fetus universalis (Anaemia, hyperbilirubinaemia, hydrothorax, ascites, cardiomyopathia).

Az anya beteg koraszülöttjét (L.-t) elfogadni nem tudta, megnézni sem akarta. Sírt, zokogott. Krízisállapot alakult ki, fokozott vegetatív tünetek mellett a szorongás dominált. Az általunk kidolgozott metodikával részesült krízisintervencióban. Vallomása a következő, melyet a krízis lezajlása után spontán írásban adott át:

*„Életem első tragédiájával 26 éves fejjel kerültem szembe. Egy csodálatosan átélt terhesség és minden porcikámmal átélt első anyaság után a hirtelen jött második terhesség nem a várt második csodát, hanem L.-t hozta számomra, amelyre nem voltam felkészülve. Kétségek között vergődve próbáltam szembenézni a ténnyel, egyre kevesebb sikerrel. Annyira összekuszálódott bennem minden, hogy csak hirtelen támadt űrt éreztem. Ürességet, semmi mást. Attól féltem, hogy ez az űr engem is elnyel, pedig nekem van egy aranyos nagy – egyéves – lányom. Egy társam, akire a férj és apa szerep*

után mi vár? Elfogadni vagy elutasítani egy beteg gyermek létezését. Képtelen voltam kibeszélni, kisírni magam a férjem vállán, mert éreztem, hogy ő is legszívesebben ezt tenné. Sem a hely, sem az én egészségi állapotom ezt nem teszi lehetővé. Bánatunkból külön-külön felépített és nagyon reális rémlégvárainkat nem tudjuk ledönteni. (Ezek a sorok megrendítő megfogalmazása a krízisállapotba került anya szenvedéseinek.) Szükségem volt valakire, aki lehetőleg érintetlen félként segít elrendezni gondolataimat. Segít abban, hogy a testemből durván kiszakított emberi lényt először elfogadjam mint létezőt, mint akármilyen másik embert, aki iránt szánalmat érzek. Aztán segítsen abban, hogy ez az érzés többé váljon: anyai aggódássá az élet és halál között vergődő gyermekem felett. Végül elhitem velem, hogy az inkubátorban gépek és csövek között magatehetetlenül fekvő L.-t képes vagyok megérinteni, mert elhiszem, hogy szüksége van rá, mert visszajelez. Hogy igenli. Hogy ezzel segíték neki is, és magamnak is. Hogy ezzel a hirtelen támadt űrt, amely biztosan őt is nyomasztotta, áthidalhatjuk. Azzal, hogy megsimogatom a szememmel és örülök Neki. Hogy ő rám néz, hiszem, látom, hogy rám néz. Föléteszem a kezem, anélkül, hogy érinteném és mindketten érezzük, hogy vibrál a levegő jólesően, mint régen, amikor a testemmel védtem magzatként. Hiszem, hogy életben marad, úgy legyen!”

Befejezésül: L. 18 napi gépi lélegeztetés, intenzív terápia után spontán lélegzett, inkubátorkezelésen kívül más kezelést nem igényelt. A megfelelő testsúly elérése után édesanyja hazavitte. Mindketten jól vannak.

## IRODALOM

- Ádám B. (1991): A rooming-in rendszer. Előadás a SOTE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán.
- Bagdy E. (1977): Családi szocializáció és személyiségzavarok. Tankönyvkiadó, Bp.
- Erikson E. H. (1974): Identity Youth and Crisis. Faber and Faber, London.
- Wahlberg V. (1992): A koraszülöttek ellátása Svédországban. Előadás a SOTE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán.

## A DOWN-SYNDROMÁSOK ÉLETÚTJA

### ELŐZMÉNYEK

Az Egészségügyi Minisztérium 44.440-1969. rendelete értelmében a szülészeti osztályok az Országos Közegészségügyi és Járványtani Intézet felé jelenteni kötelesek a veleszületett fejlődési rendellenességgel születettek adatait. Az OKI utolsó összesített adata 1989-re vonatkozik, mely szerint 4214 fejlődési rendellenességgel született közül 111 volt Down szindrómás (a továbbiakban D-sy). Az 1990-es adatok összesítésére még nem került sor, de az előzetes összesítés alapján 3853 volt a fejlődési rendellenességgel született, akik közül 102 volt D-sy-s. Az elmúlt évtizedben D-sy-val foglalkozó tudományos felméréseket áttekintve megállapíthatjuk, hogy életútanalízis nem történt. Az 1992-es *American Journal of Medical Genetics*-ben *P. Mastroiacovo-R. Bertollini-C. Corchia* (1991) a Down sy-ok túlélését vizsgálta az 1978-84 között születettek (917 fő) körében Olaszországban. Eredményeik szerint az élveszületettek (905 fő) életesélyei több tényezőtől függenek, úgymint:

- a D-sy-hoz társulva más súlyos fejlődési rendellenesség is sújthatja,
- az egészségügyi ellátottság fejlettsége,
- a szocioökonómiai státus,
- az anya iskolázottsága stb.

A legmagasabb halálozás az első életév alatt következik be, ezt követően a túlélés esélye növekszik a szerzők által vizsgált populációban 0-8 éves korig.

Hazánkban a D-sy betegek testi és mentális fejlődéséről kitűnő összehasonlító tanulmányok jelentek meg, melyben úttörő munkát végeztek a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola tanárai.

A D-sy betegek testi fejlődését *Horváth I.–Buday J.–Eiben O.–Kaposi I.* (1987), a mentális fejlődés longitudinális vizsgálatait *Hay R. O.* (1988) végezte. Eredményeik pontosítják a nemzetközi irodalmi tapasztalatokat. A D-sy és egészséges újszülöttek születési adatait összehasonlítva 10%-os eltérést találtak abban a vonatkozásban, hogy a D-sy-okra jellemző, hogy rövidebb a gesztációs idő és a kisebb testsúly (a testi stigmatizációk mellett). A D-sy-ra jellemző testi dysproportionalitás kialakulása a 2–3 életév körül jelenik meg és a kora felnőtt élet évekre alakul ki teljes mértékben.

A mentális fejlődésre jellemző középsúlyos értelmi fogyatékoság és a szociális intelligencia differenciálatlansága az életkor előrehaladtával nő. A 0–6 éves kori longitudinális vizsgálat szerint a legkritikusabb időszak a 2–4 életév, akkor válik szembeötlővé az elmaradás, amely hiányállapot gyógypedagógiai eszközökkel nehezen befolyásolható (*Hay R. O.* 1988; *Illyés Gy.-né* 1987). A fenti vizsgálatok gyógypedagógiai intézetekben és egészségügyi gyermekintézményekben, valamint szociális intézmények beteganyaga alapján történtek. Az irodalom feldolgozása során elgondolkodtatott bennünket a következő. Születéskor a D-sy nemi megoszlása 1:1-hez. Ez az arány a szülést követő testi jellemzők vizsgálatában tükröződött. A szerzők 72 fiú és 72 lány újszülött testi jellemzőit vizsgálták. A 4–18 év közöttiek vizsgálati adataiban a nemi arány eltolódott 450 fiú és 250 leány adatait hasonlították, viszonyították az egészséges populációhoz. A felnőtt fiatalok vizsgálata szintén nemi arányeltolódást mutat, ugyanis 82 férfi és 43 nő D-sy-st vizsgáltak. A szerzők maguk is megemlítik, hogy a speciális intézetekben tapasztalható nemi eltolódásnak (több fiút, illetve férfit, és kevesebb lányt, illetve nőt ápolnak) magyarázata külön vizsgálat tárgyát kellene képeznie (*Horváth L.–Buday J.* 1987).

Mi magunk sem folytattunk ebben a témában vizsgálatokat, de feltételezésünk szerint a jelenség hátterében a következők állhatnak:

- a családok toleránsabbak, ha egy leány, illetve nő az, aki a többi családtag gondoskodására, irányítására rászorul. Ezzel szemben a fiúktól, férfiaktól elvárt a döntésképeség kialakulása: felnőtt korban irányító szerepet tudjon betölteni, sőt nemcsak önmagát, hanem másokat is legyen képes irányítani.
- a D-sy-nál a középsúlyos értelmi fogyatékoság, a szociális adaptáció fokozott gyöngesége mellett az explozív, agresszív kilengésekkel jellemezhető indulati élet is megjelenhet. Ennek a jelenségnek a kialakulása kb. a 3-4. életévre esik. Az a család, amely elhatározta, hogy beteg gyermekét családban neveli, legjobb elhatározása ellenére szembe találhatja magát avval, hogy a D-sy fiú (néha leány is) 3-4 éves kortól dühkitöréseiben fékezhetetlen, ön- és közveszélyes állapotba kerül. Ha a család evvel nem tud megbirkózni, előbb-utóbb D-sy-s gyermekét speciális intézménybe kényszerül adni. (A fiúk és lányok agressziójában egészséges gyerekek esetében is különbség van. A fiúk hajlamosak testi erejüket is használni, míg a lányok inkább verbális, hisztériás megnyilvánulásokra hajlanak akarataik érvényesítésekor. Ez a viselkedés egészségeseknél korrigálható, míg a D-sy-s betegek affektív élete alig befolyásolható.)

## D-SY BETEGEK ÉLETÚTJÁNAK JELLEMZŐI

### A D-SY ÚJSZÜLÖTT FOGADÁSA

Mint már említettük (az Eü. M. 44.440-1969. rendelet értelmében), a szülészeti osztályoknak jelenteniük kell a fejlődési rendellenességgel születetteket, a D-sy-val születetteket is az OKI felé, ahol csak számszerűségi adatokat tartanak nyilván. Már az a folyamat is nehezen felderíthető, hogy a szülészeti osztályon közlik-e a szülőkkel, hogy fogyatékos, azaz D-sy-s gyermekük született. Az ismeret birtokában dönthet a család, hogy lemond-e beteg gyermekéről, akit állami gondozásba adhat. Azok a szülők, akik a szülészeti osztályokon lemondanak D-sy-s gyermekükről – információink alapján –

azonos számban teszik ezt meg a fiú, illetve leány újszülöttekkel. A beteg gyermekek ezt követően átmenetileg csecsemőotthonba kerülnek.

Adatgyűjtésünk időszakában (1991 vége) az általunk felkeresett csecsemőotthonban 280 gyerekből 10 fő volt D-sy-s (5 fiú és 5 leány csecsemő). A csecsemőotthon vezetője szerint „*általában tíz beteg újszülött közül hatról lemondanak szülei. A döntésre gyakran maguk az orvosok beszélnek rá a szülőket*”.

A szerzőnek ezzel teljesen ellentmondó tapasztalatai is vannak, azaz nem az orvosok beszélnek rá a szülőket a beteg gyermekről való lemondásra. Az azonban biztos, hogy a beteg gyermek a szülőknek súlyos döntési időszakot jelent, amíg elhatározzák, hogy mi legyen a gyermek sorsa. Illusztrálásként felvillantunk két esetet.

#### *P. L.-né 24 éves beteg esetismertetése:*

P. L.-né 20 éves korban egészséges fiúgyermeknek adott életet. Tervezett második terhességéből 24 éves korban, 1992 elején szülte második fiát. A terhesség alatt ultrahangvizsgálat kimutatta, hogy a magzat feltehetően veleszületett vesefejlődési rendellenességben szenved. A neonatológiai vizsgálat igazolta, az újszülött valóban beteg volt (Hypoplasias tüdő és hátsó urethra billentyű Hydronephrosisban szenved). Eme fejlődési rendellenesség mellett az újszülött D-sy-val is sújtott volt. Az exploráció alapján ismertetjük az anya állapotát. Az explorációval kiderült, hogy P. L.-né édesanyja egészségügyi gyermekotthonban gondozónő. Így P. L.-nénak vannak ismeretei a D-sy-ról is. Ennek ellenére, amikor megtudta, hogy fia D-sy-s is, ismeretei nem elevenedtek fel. Teljesen tájékozatlannak mutatkozott, ugyanis elmagyaráztatta magának a D-sy lényegét. Az anyát súlyos ambivalencia jellemezte. Részben reménykedett abban, hogy beteg gyermeke nem éli túl a betegséget, viszont „*ha életben marad, akkor felnevelem, anyu majd segít*” – mondja. Majd így folytatja: „*Csak attól félek, hogy a férjem nem így dönt. Ő majd nem akarja, hogy hazavigyünk, mert akkor mi lesz az egészséges fiammal? Majd a férjem dönt.*” A sors döntött, az újszülött meghalt.

### A. A. beteg esetismertetése:

A szerző reméli, hogy a következő eset problémája egyedi jelenség csupán.

A. A. 23 éves medika post partum depressio diagnózissal került 1986-ban neurózis osztályon hospitalizációra. A pszichopatológiai történés háttérében a következő volt explorálható. A. A. első terhességéből született gyermekét a szülészeti osztály egészségesnek minősítette. A. A. (medika) újszülöttjén a D-sy-ra jellemző stigmatizációkat fedezett fel. Amikor aggodalmait: stigmatizációs jelek, újszülött testének tónusa, laza, ernyedte, túl aluszékony stb. közölte orvosával, ismét megnyugtatták, hogy az újszülött egészséges, ne aggodalmaskodjon. Otthonába hazatérve meg akart szabadulni aggodalmaitól, ezért gyermekét genetikai vizsgálatra vitte. A gyermek valóban D-sy-snak bizonyult. Nehéz döntési szak után úgy döntött, hogy a gyermeket állami gondozásba akarja adni, de férje és annak családja ezt a szándékát válással való fenyegetéssel, morális okokra való hivatkozással meggátolni igyekezett. Ebben az érzelmileg feszült állapotban került a pszichiátriai hospitalizációra sor.

### A DY-SY-SOKKAL FOGLALKOZÓ INTÉZMÉNYEK

Felvetett témánknak megfelelően különböző típusú gyógypedagógiai és gyógypedagógiai-foglalkoztató intézményeket kerestünk fel, úgymint: középsúlyos fogyatékos gyerekekkel foglalkozó gyógypedagógiai óvodát, iskolát, bentlakásos nevelő-foglalkoztató óvodát, iskolát és különböző típusú egészségügyi gyermekintézményeket.

A felkeresett intézményekben különböző életkorú (kisgyermek-kortól felnőtt korig) és különböző súlyosságú értelmi fogyatékosokkal, így D-sy-s esetekkel is foglalkoznak.

### GYÓGYPEDAGÓGIAI ISKOLA

Középsúlyos fogyatékos gyerekekkel foglalkozó gyógypedagógiai iskolák közül két intézményt kerestünk fel. Az egyikben 153 gyermek közül 62 fő (30 fiú és 32 leány) volt D-sy-s. A másik hasonló

típusú intézményben 72 gyermek közül 15 fő (8 fiú és 7 leány) volt D-sy-s. Ezekben az iskolatípusokban családjukkal élő, iskolás korú gyerekekkel foglalkoznak. A szülők naponta kísérik gyermeküket. A számadatokból leolvasható, hogy ebben az iskolatípusban a nemi megoszlás azonos.

#### BENTLAKÁSOS NEVELŐ-FOGLALKOZTATÓ GYÓGYPEDAGÓGIAI ÓVODA ÉS ISKOLA

Bentlakásos nevelő-foglalkoztató gyógypedagógiai óvodát és iskolát is felkerestünk. Az intézmény 187 fogyatékos gyermekkel foglalkozik. Az óvodás korúak közül 12 fő, az iskolás korúak közül 28 D-sy-s beteg. Ennél a típusú intézménynél a nemi aránymegoszlás már eltolódást mutat, ugyanis mind az óvodás, mind az iskolás korúak között  $\frac{2}{3}$  a fiú,  $\frac{1}{3}$  a lány.

Az intézmény rendjének megfelelően a gyermeket hétvégén a szülőknek elvileg haza kellene vinniük. Az intézmény dolgozója szerint a szülők gyakorlatilag nem vagy alig élnek evvel a kötelezettségükkel.

#### EGÉSZSÉGÜGYI GYERMEKINTÉZMÉNY

Kitűzött célunknak megfelelően felkerestünk két viszonylag eltérő típusú egészségügyi gyermekintézményt is, úgymint:

- a református szeretetszolgálat által fenntartott gyermekintézményt és
- megyei önkormányzati egészségügyi gyermekotthont és szociális foglalkoztatót.

A református szeretetszolgálat által fenntartott otthonban, amely 120 férőhelyes, különböző életkorú 52 fiú és 28 leány D-sy-s beteget ápolnak. Az intézet fő céljai közé tartozik, hogy igyekeznek a családot segíteni abban az új döntésben, hogy a beteget a családi körülmények közé visszavigyék. Az ott dolgozó beszámolója szerint



erőfeszítéseik ellenére csak 2 leány- és 2 fiúgyermeket sikerült a családhoz readaptálni. Tapasztalatuk szerint az intézetbe került gyerekeket a szülők egyre ritkábban látogatják. Egyre kevésbé veszik igénybe az 1 naptól 1 hónapig terjedő adaptációs lehetőséget.

Az egyik megyei Egészségügyi Gyermekotthon és Szociális Foglalkoztatóban fennállása, 1966 óta 44 fő D-sy-s beteg közül 1991 végén 20 D-sy-s beteget gondoztak. Az idők folyamán 23-an meghaltak, általában gyermek- vagy pubertáskorban. Fennállásuk óta 1 Dy-sy-s beteget sikerült a családba readaptálni. Az intézetbe legkorábban 2–3 éves kor körül kerülnek a betegek. Az intézet egyik legidősebb betege 44 éves D-sy-s nő, aki 2 éves kora óta él itt. (Erre később még visszatérünk.)

Jelenleg 14 fiú és 8 leány D-sy-s él ebben az intézetben. Közülük egy leányt a család rendszeresen, havonta 1–2 alkalommal, hétfővégre hazavisz. A többit néha vagy alig látogatják. Az egészségügyi dolgozók tapasztalata szerint inkább jeles alkalmakra üdvözlő lapot vagy levelet küld a család. Az ilyen szórványos látogatások és levél, képeslap, esetleg csomag megkapása után a D-sy-s napokon keresztül *„kétségbeejtő, alig megközelíthető, napokon keresztül alig megnyugtatható állapotba kerül, esetenként belázasodik.”* – számol be a tapasztalatokról az egyik egészségügyi dolgozó.

Megjegyzés: Az intézetbe tett látogatásunk alkalmával látogatta meg a 44 éves (2–3 éves kora óta él az intézetben és ő a legidősebb D-sy-s) nőbeteget anyja. Megfigyelésünk szerint a több órán át tartó találkozás folyamatában az anya kommunikációs kísérleteire a beteg látszólag nem reagált. Egész idő alatt az ajándékba kapott csokoládémikulást szorongatta. Ezt azért tartjuk fontosnak, mert ennek a betegnek a közeljövőben el kellene hagynia megszokott környezetét (okaira később visszatérünk).

Az intézeti rendtartás értelmében az ápoltak naponta 8–16 óra között látogathatók, látogatások alkalmával az intézetből kivihetők, hétfővégre vagy hosszabb időre hazavihetők. A családtagok ezekkel a lehetőségekkel nem vagy alig-alig élnek.

A szerző fontosnak tartja, hogy vázolja ezen intézmény helyzetét 1991 végén, az intézetben kapott információ és saját tapasztalása alap-

ján. Az intézmény megyei, tanácsi felügyelet alatt állt, melyet az önkormányzat átvett. Az önkormányzat anyagilag nem képes tovább vállalni az intézet fenntartását. Ezért az önkormányzat azt a megoldást választotta, hogy a kiskorú ápoltakat (100 fő) tovább vállalja, viszont a felnőtt korúak (100 fő) áttelepítése mellett döntött, akiket a közeljövőben elmeszociális intézménybe fognak áthelyezni. A felszabaduló épülettömbök hasznosításáról még nem döntöttek. Ez a változás az intézmény struktúraváltását is megköveteli, ugyanis az eddigi elhelyezés szerint idősebb és fiatalabb korúak együtt éltek, valamint a mozgáskorlátozottak és mozgásképesek elkülönítve. Ott történt látogatásunk éppen az ápoltak áthelyezésének időszakára esett. Az intézet betegei zaklatottak, nyugtalanok voltak. A mozgásképesek „ellenségnek”, „betolakodóknak” kiáltották ki a mozgáskorlátozottakat, akik tolókocsikban ültek, akik a változástól és állapotuktól következően is teljesen meg voltak rettenve. Féltak, sírtak. Az indulatok elszabadultak, verekedések törték ki. A belháború egyik vezére egy 16 éves D-sy-s leány volt. Explozív indulatkitörését 8 köbcm Seduxen intravénás adásával is csak annyira tudták mérsékelni, hogy mentővel pszichiátriai osztályra szállíthatóvá vált. Az épületrészben volt 3 értelmi fogyatékos, akik agressziójukat rendszeresen önmaguk ellen fordítják – közülük az egyik D-sy-s fiú volt. Ezt a 3 beteget fejtővel ellátva az ápolók kényszerültek kikötözni, nehogy kárt tegyenek önmagukban (fejüket a falba verik).

Az egészségügyi dolgozók közlése szerint az intézet életében „*a jelenleginél lényegesen kisebb változások, kideríthetetlen események hatására is előfordulnak a jelenlegihez hasonló, szinte egy-egy blokkra teljesen kiterjedő, alig fékezhető, agresszív, indulatvezérelt explóziók*”. A szerzőt az is elgondolkodtatta, hogy azok a nagykorúságot elért ápoltak, akiket át kell telepíteni elmeszociális intézetbe, hogyan fogják elviselni a változást. Az értelmi fogyatékosok általában nehezen tűrik a változást, adaptációjuk nehezített. Mi fog vajon történni avval a 2–3 éves kora óta ápolat nőteggel, aki ma már 44 éves, ha el kell hagynia az intézetet és új környezetbe kerül?

Megjegyzés: A fentiekben leírt agressziórobbanás nemcsak intézetben, hanem a családban nevelkedő D-sy-sokkal is előfordul. A szerző fogorvosi rendelőben – mint várakozó kliens – tapasztalta a

következőt: egy apa 19 éves D-sy-s fiát vitte a fogorvoshoz, aki a várakozási időt lecsökkentve került a rendelésre. Az apa és a fogorvos közösen magyarázták el a betegnek, hogy mi fog történni, beleegyezik-e a fogorvosi beavatkozásba. Ellenőrizték, hogy a beteg megértette-e a hallottakat. A beavatkozáshoz a fogorvos szájterpesztőt alkalmazott (volna). A beteg, mihelyt közeledett a fogorvos keze, azt súlyosan megharapta, majd törni-zúzni kezdte a berendezést.

## ÖSSZEGZÉS

Jelen felmérésünket kezdeti lépésnek tartjuk a D-sy-sok sorsának feltérképezéséhez. Jelen munkában nem foglalkoztunk a családban élő D-sy-s betegek helyzetével, csak a gyógypedagógiai intézeti és egészségügyi gyermekintézményben elhelyezettekével, néhány ilyen intézet felkérése kapcsán.

Az általunk, szűrőpróbaszerűen felkeresett intézményekben 219 Down sy-s beteg élethelyzetéről kaptunk információt.

Tapasztalatainkat az alábbi táblázatban összesítjük (n = 219):

1. táblázat

Intézménytípus	Fiú	Lány	Össz.
1. családban él és gyógyped. iskolába jár			
a) iskola tanulója	30	32	62
b) iskola tanulója	8	7	15
össz.:	38	39	77
2. Csecsemőotthon (születést követően állami gondozásba került)	5	5	10
3. ún. hetes gyógypedagógiai óvoda iskola és foglalkoztató	8	4	12
össz.:	20	8	28
össz.:	28	12	40
4. Egészségügyi gyermekotthon			
a) szeretetszolgálat működteti	52	28	80
b) önkormányzat működteti	14	8	22
össz.:	66	36	102

A mi tapogatózó vizsgálatunk eredményei szerint a D-sy-s betegek sorsának alakulásában a következők körvonalazhatóak:

– a fiúk és lányok aránya szinte azonos abból a szempontból, hogy a szülést követően a család lemond róluk, és így állami gondozásba kerülnek.

– az életkor előrehaladtával, amikor a D-sy-ra jellemző magatartásformákkal nem tud megbirkózni a család – és ez inkább a fiúkat sújtja –, a szülők előbb-utóbb gyógypedagógiai intézeti vagy gyermekegészségügyi intézeti elhelyezéshez folyamodnak.

– az intézeti elhelyezetteket a család egyre kevésbé látogatja – értelmezésünk szerint –, rejtett állami gondozott státusba kerül a beteg.

Ennek a témának reprezentatív feldolgozását két szempontból is fontosnak tartjuk. Egyrészt az értelmi fogyatékoság társadalmi megítéléséhez és az ahhoz kapcsolódó szemléletváltozás alakításához hozzátartozik a kérdés tisztázása. Másrészt a modern praenatalis diagnosztikai vizsgálati eljárásokkal szűrhető a 21. trisomia mint betegítő faktor jelenléte (*Papp Z.* 1986). A kiszűrt esetekben a szülőknek lehetőségük van eldönteni, hogy vállalják-e a beteg gyermeküket, avagy a vetélésindukció mellett döntenek-e. Eme döntés az ő életük szempontjából is kritikus. A döntési folyamatban nagy segítséget jelenthetnek a D-sy-s betegek életkarrierjének jobb ismerete.

Köszönetet mondok a felkeresett intézmények dolgozóinak az adatszolgáltatásukért. Közülük többen hangsúlyozottan kérték, hogy az intézmény nevétől tekintsünk el. Kérésüket tiszteletben tartottuk. Az adatgyűjtésben való munkájáért Dr. Nagy Katalin szociológusnak és a releváns hazai irodalom gyűjtéséért Dr. Gönczi Évának, a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola tanárának.

- Buday J.-Eiben O.-Kaposi I.* (1984): Felnőtt Down-kórosok testalkata. Gyógyped. Sz., 12. 102-110.
- Buday J.* (1984): Down-kóros gyerekek növekedésének néhány jellemzője. Gyógyped. Sz., 12. 276-282.
- Hay R. O.* (1988): Longitudinálisan nyomon követett Down syndromás gyermekek fejletlenségi szintje, teszteredmények alapján. Gyógyped. Sz., 15. 559.
- Horváth L.-Buday K.* (1987): Felnőtt Down-kóros születési adatai és testi fejlődésük. Gyógyped. Sz., 15. 161-167.
- Illyés Gy.-né-Illyés S.-Jankovich L.-né-Lányi M.-né* (1988): Gyógypedagógiai Pszichológia. Akadémiai Kiadó, 172-256.
- Mastroiacovo, P.-Bertolini, R.-Corchia, V.* (1991): Survival of Children with Down Syndrome in Italy. Am. J. of Medical Genetics, 42. 208-212.
- Papp Z.* (1986): Szülészeti genetika. Medicina Könyvkiadó, Bp. 67.; 89.; 96.; 168.; 285.; 190.; 258.; 441-444.; 522.



## UTÓSZÓ HELYETT

Köszönöm e tanulmánykötetet mindazoknak, akik szeretetükkel, megértésükkel támogatták munkámat. Köszönöm elsősorban családomnak (férjemnek, Parádi Lászlónak, tanítómesteremnek Dr. Szi-  
netár Ernőnek – aki apám mellett apám is), barátaimnak és szakmai barátaimnak.

E helyen is hálás szeretettel emlékezem meg kiváló tanárimról, Dr. Farkasházi Menyhérről, Mérei Ferencről, Prof. Dr. Popper Péterről és Dr. Ranschburg Jenőről, aki aspirantúravezetőm is volt.

Külön köszönet illeti meg munkatársaimat és megkülönböztetett tisztelettel adózom a klinika igazgatójának, Dr. Papp Zoltán egyetemi tanárnak azért az értő figyelemért, amellyel munkámat: a szülészet és nőgyógyászat és a pszichológia, pszichoterápia szakterületeinek integrálódását kísérik és segítik.

Sőt, ma már úgy érzem, köszönettel tartozom azoknak a szakmai kollégáknak is, akik közönyösen vagy elutasítóan kezeltek, mert ők is hozzájárultak ahhoz, hogy erre a „felfedező” útra térjek.

Hálás szívvel gondolok mindazokra, akik az elmúlt 20 év alatt gondjaikkal, bajaikkal, problémáikkal hozzám fordultak és beavattak sorsuk titkaiba. Tőlük sokat tanultam, általuk is fejlődtem. Nélkülük, az ő bizalmuk nélkül e tanulmánykötet soha nem születhetett volna meg.

És végül, Kedves Olvasó! Köszönjük a témának szentelt figyelmét és az ügy – a prae- és perinatalis pszichológia és medicina, valamint a szülészeti és nőgyógyászati pszichoszomatika – hazai fejlődése érdekében, és kérjük, tiszteljen meg építő véleményével.













THE  
SUN  
SHINE  
ON  
THE  
MOUNTAINS

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN  
AND  
THE  
VALLEYS  
ARE  
FLOWERS

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN

THE  
MOUNTAINS  
ARE  
GREEN