

**Eötvös Lóránd Tudomány Egyetem Pedagógia és Pszichológia Kar**  
**Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés szakdolgozata**

**Várandósság alatti kötődés**

**Összefoglaló tanulmány a mentális nehézségek és prenatális kötődés  
kapcsolatáról**

Tóth Rita Julianna

2020. Budapest

Témavezető: Dr. Andrek Andrea PhD

egyetemi adjunktus

# *Tartalom*

Témaválasztás indoklása és bevezetés .....	3
1. A kötődés .....	4
1.1. A kötődés definíciója .....	4
1.1.1. A kötődés szakaszai .....	5
1.1.2. Kötődési mintázatok .....	6
1.2. Prenatális kötődés .....	7
1.2.1. Prenatális kötődést befolyásoló tényezők .....	8
2. Várandósság, mint normatív krízis .....	10
2.1. Mentális zavarok a várandósság során.....	10
2.2. Szorongás és a várandósság alatti megnyilvánulásai.....	12
2.3. Várandósság alatti hangulati változások .....	15
2.4. Intervenciós és terápiás lehetőségek .....	17
3. Prenatális kötődés és az affektív zavarok kapcsolata.....	18
4. Mit tehetünk perinatális területen dolgozó szakemberként? .....	21
5. Köszönetnyilvánítás .....	25
Irodalomjegyzék.....	26
Eredetiségnyilatkozat .....	32
Konzulensi igazolás .....	33

## Témaválasztás indoklása és bevezetés

Klinikai szakpszichológus jelöltként és szülészetben dolgozó segítőként gyakran találkozom kétségbeesett kismamákkal, akik nem értik miért esik nehezükre kapcsolódni magzatukhoz, akit a szívük alatt hordanak; hiszen várták és készültek a jöttére. A legtöbb nő, aki ilyen nehézségekkel fordult hozzám, gyakran számol be várandósság előtti vagy a várandósság kezdetével egyidőben megjelenő pszichés zavarokról, mint a szorongás, hangulat ingadozás, pánik jellegű tünetek. Ennek mentén kezdtem szakirodalmi háttérrel keresni ehhez a jelenséghez, hogy ezek a zavarok hogyan befolyásolhatják a nők magzathoz való hozzáállását és a magzati kötődést mind az anya, mind a magzat szempontjából. Meglepődve tapasztaltam hogy az eddigi kutatások szinte kivétel nélkül a szülés utáni kimenetelekre koncentráltak, annak ellenére hogy egyre több kutatás a prenatális időszakban kialakuló anya- magzat kapcsolat fontosságát hangsúlyozza, amely megalapozhatja a kötődés minőségét anya és újszülöttje között. A várandósság alatti mentális nehézségek befolyással vannak az anya szülés utáni mentális állapotára és magzatához való kötődési készségére. Erre a gondolatra alapozva fontos lenne megvizsgálni a mentális nehézségek hatását a várandósság során a prenatális kötődésre és ennek hatásait a posztnatális anya-gyerek kapcsolatra.

Jelen dolgozatban a témában megjelent és releváns irodalmakat kíséreltem meg összefoglalni, kitérve a kötődés kialakulásának folyamatára és a gyakoribb várandósság alatt is előforduló mentális zavarokra és összekötni a két jelenség jellemzőit a várandósság alatti időszakban. Kitekintésként a preventív és intervenciós lehetőségek összegzését szeretném megfogalmazni a rendelkezésre álló szakirodalmak és intervenciós technikák alapján.

## *1. A kötődés*

Először szeretném bemutatni a kötődés fogalmát, jelentőségét a klasszikus elméletekből kiindulva, majd az azóta jelentősebbnek mondható mérföldköveket kiemelni a témában. Megemlítem a kötődési mintázatokat és kialakulásukat befolyásoló tényezőket. Ehhez kapcsolom hozzá a prenatális kötődés fogalmát és emelném ki ennek különbözőségét a klasszikus kötődés fogalmától, jelentőségét és milyenségét a jelenlegi tudományos álláspontok szerint.

### *1.1. A kötődés definíciója*

A kötődés a fejlődés egyetemes jellemzője (Thomson, 1998, idézi Cole & Cole, 2006). John Bowlby 1958-ban írta le először a kötődés fogalmát, hospitalizált gyermekek szülőtől való szeparációjának negatív hatásainak megfigyelése nyomán. Elméletét etológiai, kognitív viselkedés tudományi és pszichoanalitikus alapvetésekre alapozta. A későbbiekben a kötődés elméletet a pszichoanalitikus tárgykapcsolat elmélet alternatívájaként emlegették (Bretherton, 1985). A kötődés nem egy szociális kapcsolat és nem fedi le a szülő-gyerek kapcsolat teljes spektrumát sem. Hinde (1976; idézi Bretherton, 1985) összefoglalása szerint a kötődés több tartalmi elemet foglal magában amelyek közé tartozik a biztonság, ahol az egyik személy biztonságot, megnyugtatót, védelmet és segítséget keres és kap a másiktól, akihez kötődik. A kapcsolat aszimmetrikussága néhány kivételes helyzettől eltekintve időnként kölcsönös és kiegészítő jellegű lehet a kapcsolat. Illetve fontos tényező még a kapcsolat minősége, amelyet az alapján határozhatjuk meg, hogy a felek milyen gyakran, milyen élenken és mélyen kerülnek egymással interakcióba.

A kötődés kialakulását és jelentését a különböző pszichológiai iskolák más-más megközelítésben írták le.

A tanuláselmélet szerint a gyermek primer szükségletét (éhség) az anya (vagy a gondozó) elégíti ki. Eszerint a megközelítés szerint nem a szülő a kötődés tárgya, hanem az étel, a szülő csak másodlagos megerősítő és az irányába kialakuló ragaszkodás (a szükségletek kielégítése mentén) lesz a kötődés, amely folyamat a klasszikus kondicionális szabályait követi (Watson & Rayner, 2000 idézi Andrek, 2019; Józsa, 2013(Bányai könyv)).

A pszichoanalitikus ösztöntan és fejlődéselmélet a szeretetet a tanuláselméletben megfogalmazottakhoz hasonlóan az táplálkozás igényének kielégítéséhez köti. Eszerint az elmélet szerint a szeretet első tárgya nem az anya, hanem az anyamell. Az anyamell fog a későbbiekben az anya személyévé kiteljesedni (Freud 1940/1982, idézi Bányai & Varga, 2013).

Ezeket tekintik a kötődés drive- redukciós elméletének, amelyeket későbbi elméletek és kutatások megcáfoltak, hiszen a kötődés nem csupán az éhség kielégítése mentén alakul ki (Cole & Cole, 2006; Andrek, 2019).

Erikson pszichoszociális magyarázata szerint az emberek fejlődésük során nyolc szakaszon haladnak keresztül, és minden szakasznak van egy sajátos megoldandó konfliktusa. A fejlődési konfliktus megoldása új lehetőségeket tár fel a személy fejlődési folyamatában. Ennek a folyamatnak az első szakasza a bizalom - bizalmatlanság konfliktusának feloldása, amely az anya- gyermek kapcsolatra vonatkozik. Ennek a sikeres megoldása után a következő

szakaszban az autonómia- szégyen, kétely konfliktusa következik. Az első két szakasz egybeváág Bowlby elméleti megközelítésével.

Herman Imre a kötődés viselkedés egy fontos elemét a "megkapaszkodást" emelte ki mint fontos elem, Harlow (1958) rhesus majmokkal végzett híres kísérlete nyomán (Hermann, 1943/1984). A jellegzetes kapaszkodási igény még a csecsemők alváása közben is megfigyelhető. Hermann szerint az ember személyiségfejlődésével párhuzamosan fejlődik a megkapaszkodás ösztöne is, és később ebből fog kialakulni a szeretet (Hermann, 1984).

Bowlby szerint a kötődési viselkedést a szopás, a kapaszkodás, a követés, a sírás ás a szociális mosoly alkotják (Bowlby, 1969) amelyek a csecsemő kapcsolatfelvételi és fenntartási szándékát mutatják. Bowlby szerint a kötődés egy viselkedésrendszer mentén szerveződik, amely egy rugalmas rendszer és ennek aktiválódása a kontextustól és a körülményektől függ (Cassidy, 1999, idézi Bányai & Varga, 2013). A gyermek kötődés rendszer más viselkedéses rendszerekkel is kapcsolatban áll, mint az explorációs viselkedésrendszer, a félelmi viselkedésrendszer vagy az anya gondozó viselkedésrendszere. A gyermek kötődés viselkedése kölcsönhatásban van a többi viselkedésrendszerrel, amelyek alapjai, serkentői vagy éppen gátlói lehetnek ennek a kötődő viselkedésnek. Célja, hogy a gyermek mindig a számára megfelelő közelségbe tudjon kerülni vagy maradni az anyával (Bretherton, 1985).

### *1.1.1.Kötődés szakaszai*

A kötődés Bowlby (Ainsworth, 1969, idézi Bányai & Varga, 2013) elmélete szerint nem egy velünk született tulajdonság, nem egyezik a kötődési viselkedéssel. A kötődés kialakulásának folyamata négy szakaszra osztható:

- A kötődés előtti szakasz, amely a születéstől a csecsemő 2-3 hónapos koráig tart. Bowlby szerint a csecsemő a körülötte lévő emberek közelségére kapcsolódást kialakító, fenntartó viselkedéssel reagál - mosollyal, odanyúlással, kezdetben válogatás nélkül minden személlyel szemben.
- A kötődés formálódásának a szakasza, amely 2-3 hónapos kortól 7 hónapos korig tart. Itt már elsősorban az anyára, illetve 1-2 kitüntetett személyre reagál a gyermek, amely azt mutatja hogy kezdi kiemelni a hozzá közel álló személyeket, kezdi megkülönböztetni őket az idegenektől.
- A valódi kötődés szakasza, 7 hónapos kortól 2 éves koráig tart. Ebben a szakaszban alakul ki a gyermek motoros fejlődésének köszönhetően az explorációs rendszer aktivitása. Az anya (vagy az elsődleges gondozó) biztonságos alapot fog nyújtani ahhoz, hogy a gyermek fel tudja fedezni a körülötte lévő világot és vissza tudjon térni ha nyugtatásra, védelemre van szüksége.
- A kötődés utáni szakasz, amely a 2 éves kor utáni időszak. Ebben a szakaszban megnő a gyerek autonómia igénye, valamint a kognitív fejlődésnek köszönhetően már tud következtetni a szülői viselkedésre és egyre tudatosabban reagálni erre.

Míg Bowlby elmélete szerint az első két év során alakul ki a kötődés, más a témával foglalkozó szakemberek abban egyet értettek vele hogy a kötődés kialakulása a korai időszakra tehető és kiemelt szerepet játszik benne az anya- gyermek között lezajló interakció. A gyermekkorban

kialakított kötődési mintázatok később a felnőtt életünk során igen meghatározóak baráti, családi és párkapcsolatainkban is. Bowlby és Ainsworth a "belső munkamodell" fogalmát használva írták le azt a jelenséget, amely a csecsemő és anyja közötti interakciók tapasztalásait vegyíti. Ez a modell fogja a későbbiekben befolyásolni az egyén viselkedését közeli kapcsolataiban (Simpson, Rholes & Nelligan, 1992, idézi Beyder-Kamjou, 2004). Egyes kutatók szerint (Franley, 2002) a csecsemőkorban kialakult mintázatok újabb impulzusok, élmények hatására sem változnak, míg mások szerint ezek a mintázatok bizonyos mértékig változtathatóak, alakíthatóak, egyéni változók mentén (Carver & Scheier, 2006).

### *1.1.2. Kötődési mintázatok*

Mary Ainsworth (1978, idézi Carver & Scheier, 2006) három kötődési stílust különböztetett meg: a biztonságosan kötődő, a bizonytalan- elkerülő és a bizonytalan- ellenálló/ambivalens kötődési stílust. Ezt egészítette ki Main és Solomon (1986) egy negyedik típussal, a zavaradott vagy dezorganizált kötődési stílussal.

A **biztonságosan kötődő** gyermek számára az anya egy biztonságos bázis akihez mindig visszatérhet amikor nyugtatásra van szüksége. Szeparáció hatására észlelhető a viselkedésében a változás, azonban újra találkozás hatására a gyermek könnyen nyugtatható. Ez azt feltételezi, hogy az anya érzékenyen és a gyerek igényei mentén megfelelően reagált a gyerekük jelzéseire.

A **bizonytalan- elkerülő** gyermek szinte alig reagál a szeparációra, és visszatéréskor nem keresi -elkerüli- a szülővel való kapcsolódást. Gyakran a szemkontaktust is kerüli, mással foglalkozik. Ez vélhetően az anya elégtelen gyermekre gyakorolt interakcióinak az eredménye lehet, ahol a gyermek jelzéseire kevésbé adekvát vagy semmilyen választ nem kapott.

A **bizonytalan- ellenálló/ambivalens** kötődésű gyermekek számára az anya nem tud menedéket biztosítani, jelenlétében is szorong. A szeparáció nyugtalanságot, ellenállást vált ki belőle, újra találkozásakor nehezen nyugtatható, szinte vigasztalhatatlan. Kontaktust keres az anyával és közben elutasítja azt. Az anyák viselkedése általában nem vagy nehezen kiszámítható, nem következetes és a közös interakciók nincsenek összhangban a gyermek igényeivel.

A **dezorganizált kötődésű** gyermekekre az jellemző hogy viselkedésük az adott helyzetben értelmetlennek vagy céltalannak tűnhet, szülőtől való nyílt félelem megjelenése tapasztalható, esetenként dezorientáció, a többi típussal ellentétben a koherens kötődési stratégia itt nem jelenik meg. Folyamatos közeledés és távolodás ambivalenciája jelenik meg. Ennek hátterében gyakran bántalmazás áll vagy pszichiátriai kezelésben részesülő anya (vagy szülők) (Solomon & George, 2016).

## 1.2. Prenatális kötődés

A klasszikus kötődélmélet szerint a kötődés a születést követően kezd kialakulni, az intrauterin időszak sajátosságaival nem számol. Varga és Suhai (2010), Antoine (2010), Erikson (1996), Alhusen (2008), Canella (2005, idézi Andrek, Kekecs, Hadházi, Boukydis és Varga, 2014) kutatásai és munkássága a prenatális kötődés meglétével és milyenségével foglalkozik. Szerintük a kötődés anya és magzat között már a várandósság során kialakul a köztük zajló interakciók révén. Az interakciók három csatornán keresztül történhetnek a várandósság során: a placentán keresztül, anya- magzat érintés/magzatmozgás dimenzióján keresztül és verbális (hangos vagy "belső") kommunikáció által (Varga & Suhai, 2010).

A várandósság alatt kialakított erősebb kapcsolat a későbbiekben a gyermek biztonságosabb kötődésének kialakítását támogatja. Allhausen, Havat és Gross (2013) szerint a várandósság alatti időszak és a szülés utáni kapcsolat között valamilyen folytatólagos kapcsolat van. Condon és Corkindale (2014) kutatásai is ezt a vonalat erősítették, miszerint azok az anyák akik a várandósság alatt erősebb kötődést alakítottak ki a magzatukkal, a szülés utáni időszakban könnyebben hangolódtak rá a gyermekük igényeire és elégtették ki azokat.

A prenatális kötődést mint fogalmat nehéz meghatározni. Az elmúlt 50 évben több kísérlet is volt a jelenség definiálására, azonban a legtöbb csak az anya kapcsolatát definiálja a magzatával és az általa végrehajtható interakciós lehetőségeket szövi bele az elméletbe.

Az elsők közt Rubin (1976) fogalmazta meg az anyai szerep kialakulásának folyamatát, az anyaság "mátrixát", amely négy alappilléren nyugszik: a magzat számára biztonságos környezet kialakításán, a család érzékenyítésén, a magzattal való azonosulás, azaz a "mi" vagyunk ketten együtt érzésének a kialakításán, mely a későbbiekben a gyerekre való érzékenyebb reagálást teszi lehetővé és ezzel egyhuzamban megkezdődik a saját igényekről való lemondás a gyermek érdekében, mely a negyedik pillérét adja ennek a folyamatnak.

Deutch, Bibring és Benedek (1959, idézi Brandon & mtsai, 2009) szerint a magzat egyre emberibb lesz az anya számára a várandósság előrehaladtával. Először a szelf részeként, majd individuumként kialakul a szeretet a magzat irányába.

Lumley (1972) primiparákat vizsgált a várandósság három trimesztere során, ahol azt figyelte meg, hogy az idő előrehaladtával az anyák egyre inkább "kis emberként" tudtak a magzatukról gondolkodni, fantáziálni. Az ultrahang megjelenésével (Lumley, 1980) pedig a kismamák könnyebben tudták egy, a saját testüktől különálló lénynek tekinteni a magzatukat, amely segítette a hozzá való kötődésük kialakítását. Ez a látásmód a kismamáknál az első trimeszterben 30%, a másodikban 62%, a harmadik trimeszter vége közeledtével 92%-ra emelkedett. A késleltetett kötődés a várandósság alatti kellemetlen tünetekhez és a partner részéről való támogatás vagy érdeklődés hiányához volt kapcsolható.

Az egyik első definíció Cranley (1981) nevéhez fűződik, amely szerint a prenatális kötődés az anyai bevonódás és a magzat iránti viselkedés mintázata. Nevéhez fűződik a "maternal-fetal attachment" (MFAS- anya magzat kötődés skála) kialakítása.

Müller (1992) Cranley elméletét az anya magzatával kapcsolatos gondolataival és fantáziáival egészítette ki. Szerinte az anya és magzata közötti kapcsolat növekedésének ezek a mutatói az anyai viselkedés mellett. Továbbá a várandós nő saját anyjával való korai kötődése hatással van a későbbi kapcsolataira, majd a magzatához való kötődés kialakítására is.

A legfrissebb elmélet Doan és Zimmerman (2003) nevéhez fűződik, amely szerint a prenatális kötődés kognitív, viselkedéses és érzelmi megközelítést is kell hogy tartalmazzon. Elméletük szerint a prenatális kötődés még a várandósság előtt kezdődik. Feltételezi, hogy az emberek képesek kognitív és érzelmi képességeik segítségével egy másik ember és a magzata (Andrek, 2019) elképzelésére (mentalizáció).

A prenatális kötődéssel foglalkozó legfrissebb kutatások egyike sem használja következetesen az összegzett definíciókat (Brandon & mtsai, 2009).

A kiemelt elméletekben közös, hogy az anyai viselkedést és érzelmi gondoskodást, a magzatról való fantáziálás valamilyen módját helyezik előtérbe, azonban egyik elmélet sem veszi figyelembe a kötődés másik résztvevőjét: a magzatot. A magzat a második trimeszter végére a szinte teljesen kialakult érzékszerveinek segítségével képes érzékelni az anya testében zajló és a külvilág felől érkező ingereket. A magzat kognitív, érzelemvilágának és reakcióinak vizsgálata módszertani és technikai nehézségekbe ütközik. Támpontként a Lumley által is kiemelt ultrahang vizsgálatok szolgálhatnak, ahol az anya reakcióira adott magzati válasz könnyebben megfigyelhető.

A jelenlegi kutatások fókuszában az anya és magzata közötti kötődés természete és az anya korai szülői tapasztalatai, az anya kapacitása egy belső munkamodell kialakítására a magzatával kapcsolatban (Bowlby), a saját felnőttkori kötődési mintázata, szociális támogatottsága, a perinatális szorongás és depresszió, valamint a posztnatális kötődés (Canella, 2005) állnak. A prenatális kötődés mérésére több eszköz is kialakításra került, ezek közül a gyakorlatban Cranley MFAS (Cranley, 1981) és Condon MAAS (Condon, 1993) mérőeszközei bizonyulnak a legmegbízhatóbbnak, ebből kifolyólag ezek a legszéleskörűbben alkalmazottak.

### *1.2.1. Prenatális kötődést befolyásoló tényezők*

A prenatális kötődés kialakulását több tényező is befolyásolja, erre a fent már említett nehezítettség miatt leginkább az anyát befolyásoló tényezőkön keresztül tudunk következtetni. A magzati kötődéssel kapcsolatba hozható tényezők közül a szocio-demográfiai, pszichoszociális és a várandósság körülményeire fókuszáló kérdések kapják a nagyobb figyelmet.

A szociodemográfiai tényezők közül ezek az *anyai életkor, iskolázottság, kapcsolati állapot, szociális támogatottság és az anyagi helyzet*. Ezen tényezők bizonyos esetekben pozitív, más kutatások szerint negatív együttjárást mutatnak az anya- magzat kötődéssel. Egyes vizsgálatok szerint az *idősebb anyák* nehezebben kötődnek magzatukhoz (Rubertsson & mtsai, 2015, Hjelmstedt, 2006; McFarland, 2011) más kutatások ezzel kapcsolatban nem találtak szignifikáns eltérést idősebb és fiatalabb anyák között (Kuo & mtsai, 2013). Az iskolázottsági szint hasonló ambivalenciát mutatott, bizonyos kutatások nem találtak összefüggést a kötődéssel, mások szerint az egyetemi diplomával rendelkező várandósok kevésbé tudtak kötődni a magzatukhoz (Rubertsson, 2015).

A *kapcsolati elégedettség* pozitívan befolyásolja a kötődést, magasabb MFA eredmények inkább biztonságos felnőtt kötődési mintázattal jártak együtt (Alhusen, 2013; Mazzeschi, 2015). Chrzan-Dętkoś (2015) szerint az anya felnőttkori kötődési mintázata a szülés előtti kötődés bejósolója lehet azonban a posztpartum időszakbeli kötődésé nem. A szociális támogatottság hiánya negatívan befolyásolja a kötődést (Rubertsson, 2015, Kuo, 2013).



Az *anyagi helyzettel* kapcsolatban is eltérő eredményeket találtak, egyes kutatások megerősítették, mások pedig cáfolták az összefüggést a két változó között (Canella, 2005).

A várandósság körüli tényezők közül általában kiemelik a fogantatás módját, a tervezettségét, a gesztációs kort, a magzat nemét és testvérsorrendben elfoglalt helyét, az UH vizsgálatok hatását, a magzati mozgásokat és a korábbi perinatális veszteségeket.

Egyes kutatások szerint a várandósság kialakulásáig eltelt idő és ennek módja (természetes vagy IVF) nem befolyásolja a kapcsolatot (Kuo, 2013; Hjelmstedt, 2006), azonban ezzel ellentétes eredmények is születtek, miszerint az IVF beavatkozás negatív hatással van a kapcsolatra (Kuo, 2013). Az, hogy hányadik várandóssága az anyának nem feltétlenül befolyásolja a kötődést (McFarland, 2011), azonban ha többedik várandósságról beszélünk akkor a kötődés nem annyira szoros a magzattal (Rubertsson, 2015; Rowe, 2009).

A várandósság alatti monitorozás, kiemeltképpen az ultrahang, az első trimeszter végén inkább erősíti a kapcsolatot, majd a későbbiekben kevésbé befolyásolja (Kleinveld, 2007). A magzatmozgások számolása egy 2011-es kutatás szerint egyáltalán nem áll kapcsolatban a kötődéssel (Saastad, 2011), míg egy korábbi kutatás szerint szignifikánsan pozitív hatással van a kötődésre (Yoshikawa, 2008).

Perinatális veszteségek esetében is több ellentmondásos adat található. Egyes kutatások nem találtak összefüggést a korábbi veszteségek és a kötődés között (Tsartsara, 2006; Cataudella & mtsai, 2016), mások ezzel ellentétben negatív együttjárást állapítottak meg (Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008, idézi Andrek, 2019).

Az eredmények kettőségére magyarázat lehet, hogy az alkalmazott kérdőívek, a kutatási ország és a vizsgált populáció változhatnak és változnak kutatásonként.

A pszichoszociális tényezők az anya lelki állapotára fókuszálnak, amelyek közé a mentális egészsége, a párkapcsolata, családi kapcsolatai (társas támasz) tartozhatnak. Az anya mentális állapotának kapcsolata a magzatához való kötődéssel alulkutatott terület, inkább a posztnatális kötődést helyezik fókuszba a kutatások. A kötődés pozitív kapcsolatban áll a szellemi érettséggel (Camberis, 2014). A hangulati zavarokkal negatív kapcsolatot találtak (Rubertsson, 2015; Dubber, 2015; Spinelli, 2013; McFarland, 2011, Galeshi & mtsai, 2016). Több kutatásban azonban a szorongással ugyanez a fordított összefüggés nem igazolódott be (Kuo, 2013; Hjelmstedt, 2006; McFarland, 2011). Más kutatások igazolták, hogy a szorongás is negatív hatással van a magzat és anya közötti kötődés kialakulására (Galeshi & mtsai, 2016; Daglar & Nur, 2018).

A felsoroltakból látszik, hogy nagyon sok tényező van hatással az anya- magzat kötődés kialakulására, abban az ambivalens eredmények miatt nincs arról konszenzus hogy melyik faktorok azok amelyek biztosan részt vesznek ennek a folyamatnak a kialakításában. Valószínűleg az eredményeket együttesen célszerű figyelembe venni, hiszen bizonyos faktorok elősegíthetik, míg mások hátráltathatják a folyamatot. Vannak olyan tényezők melyek fejleszthetőek, és vannak amelyek genetikailag kódolva vannak.

## 2. Várandósság, mint normatív krízis

Ahogy korábban említettem, a nők életében három kiemelten érzékeny időszak van, amelyek mind egy- egy normatív krízisállapotot foglalnak magukba. A várandósság alatti krízisállapotot a serdülőkorhoz hasonló identitáskrízisként szokták emlegetni (Antoine, 2010; Szeverényi, 2014). Ebben az időszakban nem csak a magzat fejlődését követjük nyomon, de a saját anyává érésünk folyamatát is, amely a saját múltunkkal való szembesülést is magával hozza (Antoine, 2010).

Antoine (2010) szerint a várandósság egy fajta félig áteresztő hártvaként működik az anya jelene és a múltja között. A saját fejlődésén is végig halad, amely végül az anyává válásban teljesedik ki, miközben a magzat a hasában fejlett életképes újszülötté formálódik. Ebben a folyamatban az anyának lehetősége van a korábbi elakadásait újragondolni és újabb stratégiákat kidolgozni, ezáltal hatékonyabb eszközökkel megküzdeni ezzel a normatív krízisállapottal.

A krízis jelentése fordulat vagy válság, amely olyan változásokat hoz a személy életébe, amelyek új problémamegoldó eszközök és stratégiák kialakítására sarkallják az egyént (Hajduska, 2015).

Caplan volt a kríziselmélet megalkotója, amelyben a krízisről és ennek feloldásáról szóló korábbi tapasztalatokat integrálta egy egységes definícióba: "A krízishelyzet olyan lélektanilag kritikus szituáció, amely a személy számára érzelmileg hangsúlyos, kiemelten fontos az adott időszakban. Semmiképpen nem elkerülhető, az egyén kénytelen szembenézni vele, minden figyelme és erőfeszítése a megoldásra irányul, de a szokásos problémamegoldó eszközökkel az illető számára nem leküzdhető" (1964, idézi Hajduska, 2015).

Ezt kiegészítve emelném ide Selye stresszelméletét miszerint a stressz szükséges feltétele a fejlődésnek, azonban csak bizonyos mértékig hatékony és serkentő hatású, túl magas szintje debilizáló hatású lehet (Hajduska, 2015).

Ez azért fontos, mert maga a várandósság egy természetes stressz szint növekedéssel jár, amely alapesetben segíti a kismamát a megváltozott helyzettel való megküzdésben (Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007; Hajduska, 2015; Antoine, 2010).

### 2.1. Mentális zavarok a várandósság során

A perinatális időszakban fellépő hangulati zavarok kutatása az elmúlt évtizedekben egyre kiemeltebb szerepet kapott a magzat fejlődésére gyakorolt hatása és a posztpartum időszakban a szülői gondoskodás és kötődés kialakításának gátlása illetve megnehezítése miatt. A várandósság alatti mentális változások vizsgálata a 2000-es évek második felétől kezdett fokozott figyelmet kapni és több kutatásnak is a középpontjába került, különös tekintettel a depresszióra. Ez valószínűleg arra a tényre vezethető vissza miszerint korábban úgy gondolták hogy a kismamák védve vannak a pszichológiai zavaroktól a hormonális változásoknak köszönhetően (Spinelli, 1997, idézi Lee & mtsai, 2007).

Az **affektív zavarok** mellett fontos megemlíteni a **pszichotikus zavarokat**, **addikciós problémákat**, **evés-**, **disszociatív** és **szomatiform** zavarokat is. A mentális zavarok spektruma igen széles. Jelen dolgozatban az affektív zavarok hatásait vizsgáló kutatásokat részesítettem előnyben, azonban a felsorolt zavarok is befolyással lehetnek a kötődés kialakítására, ennek

ellenére a pre- és posztnatális kötődés vonatkozásában a kutatások szegényesek. Bizonyos kutatások vizsgálják ezeket a zavarokat a várandósság kimenetével kapcsolatban, úgymint a magzat születési súlya, fejlettsége, genetikai és neurológiai faktorok valamint a posztnatális kapcsolat kialakításának tekintetében (Gold & Marcus, 2014; Swanson, Beckwith & Howard, 2000).

Az **evészavarok** tekintetében fontos megemlíteni megjelenési formáit: anorexia nervosa (AN) és bulimia nervosa (BN) valamint a kevert típusú evészavart mely a kettőt vegyíti. AN esetén a vezető tünetek kóros soványság, magas kalóriatartalmú ételek elutasítása, elhízással kapcsolatos félelem, amenorrhoea és testképzavar, míg BN esetén a falási rohamok, az elhízás kerülése különböző praktikákkal (purgálás, öngyógyszerelés, beöntés, diétázás, testedzés) és itt is megjelenik az elhízástól való kóros félelem (Ormay, 2006). Nem szigorúan a kötődéshez kapcsolódik, azonban az evészavarokban szenvedőknél nehézséget jelent már a teherbe esés is: AN esetén az amenorrhoea és a nem megfelelő táplálékbevitel miatt, BN esetén pedig a szélsőséges, a testsúly megtartására irányuló viselkedések és a falási rohamok nehezítik a folyamatot.

A **pszichotikus zavarok** alatt általában a klasszikus pszichiátriai kórképeket értjük amelyek a szkizofrénia, szkizofreniform zavar és a paranoid zavarok. Ezek közös jellemzője a téveszmés gondolkodás, a viselkedés megváltozása, érzéksalódások alakulnak ki és affektív tünetek is megjelenhetnek (Zámbori, 2006). A várandósság kapcsán kiemelten a szülés utáni pszichózist vizsgálják leginkább, mely a várandósság alatt fennálló affektív zavarok (leginkább a depresszió) szövődménye lehet. Erre az állapotra is jellemzőek a klasszikus pszichózissal járó tünetek illetve az anyánál jelentkező, az újszülöttjével illetve magával kapcsolatos agresszív gondolatok (Kovácsné TZS, 2010; Zámbori, 2006). Ritka jelenség, első szülőknél gyakrabban jelenik meg, 1/500 szülés (Kovácsné TZS, 2010).

A **disszociatív és szomatiform zavarok** említése azért fontos mert a nőgyógyászatban sokszor találkozni vele, testi betegség képében. Gyakran a lelki konfliktust testi jelenségbe fordítja a páciens, melynek következtében tudatalattivá és nehezen hozzáférhetővé válik az eredeti konfliktus (ez a konverzió jelensége). **Disszociatív zavarok** egészséges emberek esetében is előfordulnak, lényege az emlékezés, a tudat motoros és szenzoros működésének időszakos szétválása. A disszociatív állapotról a várandósság vonatkozásában nem található szakirodalom.

A szomatiform zavarokra más néven szomatizációs zavarra jellemző hogy a páciens testi panaszai hátterében nem található testi betegség. Ide tartozik az egészségsszorongás (hipochondriasis) mely szüntelen aggodás egy súlyos betegség miatt. Várandósoknál a fokozott stressz és új helyzet hatására a saját testükkel való foglalkozás fokozottan jelenhet meg (Szakács, 2006; Uglík, 2016; Lee & mtsai, 2011).

A várandósság alatt végbemenő természetes szomatikus változások könnyen összekeverhetők a depresszió és a szorongás leggyakoribb tüneteivel, ilyen például a fáradékonyság, testsúly változások vagy étkezési szokások megváltozása, az észlelés változása és a hangulati változékonyság (Lee & mtsai, 2007; Uglík, 2016).

Kopp Mária (1997) átfogó kutatása szerint a magyar lakosság 31,8% érintett hangulati zavarokban. A 16 év feletti nők 33,3%-a él át valamilyen mértékű hangulati zavart. Kutatási adatok, amelyek nem csak hazánkra korlátozódnak azt mutatják hogy a nők kétszer olyan gyakran érintettek a hangulati zavarokban mint a férfiak, és gyakran a gyermekvállalás idejére tehető az első megjelenésük (Belső, 2006).

A női élelciklus során három kifejezetten érzékeny periódus van a hangulati zavarok kialakulása tekintetében: ez a serdülőkor, a gyermekvállalás időszaka (kiemeltképpen a posztnatális időszak) és a klimax időszaka. Ezekben az időszakokban történnek a legnagyobb hormonális változások a nők szervezetében, amelyre az idegrendszer érzékenyen reagál, ennek hatására a hangulati állapotban és az érzelmi életben is megfigyelhetőek változások (Szádóczy, 2001, idézi Kovácsné TZS, 2010).

A perinatális időszakhoz kapcsolódó mentális zavarok hazai szakirodalma három nagyobb csoportra osztható. Az egyik csoport a *várandósság alatti pszichés eltéréseket vizsgálja* (Belső, 2004; Szakács, 2007; Török, 2004), a másik a *különböző orvosi beavatkozások által kiváltott zavarokat* (Szádóczy, 2001, idézi Kovácsné TZS, 2010; Trixler, 2000), a harmadik csoport pedig a *szakembereknek szánt útmutatókat* foglalja össze.

Fontos megjegyezni, hogy a szakirodalmak többsége a mentális zavarok magzati fejlődésére gyakorolt hatását és az anyai kimeneteket helyezte előtérbe, míg az elmúlt 10 évben már a posztnatális kötődésre gyakorolt hatásai is előtérbe kerültek. Azonban a várandósság során az anya-magzat kötődésre gyakorolt hatásáról a kutatások igen szegényesek nem csak hazai, de nemzetközi viszonylatban is.

Azok a kutatások melyek mégis ezt a kapcsolatot veszik a kutatás alapjául, leginkább a hangulati zavarokat veszik fókuszba annak ellenére hogy a szorongásos megbetegedések sokkal súlyosabb kimeneteket mutattak a szülés utáni kötődési sémával és az anyai mentális egészségre gyakorolt hatásával kapcsolatban is (Lee & mtsai, 2007; Kovácsné TZS, 2010; Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007; Bödecs, & mtsai, 2011; Gavin & mtsai, 2005).

## 2.2. Szorongás és a várandósság alatti megnyilvánulásai

Az előző pontban a prenatális szorongás természetes voltát mutattam be, de emellett a várandósság alatti szorongás szintjének felismerése és vizsgálata is nagyon fontos. A posztpartum kimenetekre vonatkozó vizsgálatok kiemelték, hogy a várandósság alatti szorongásos és hangulati változások egyaránt erős bejósolói lehetnek a posztpartum depresszióknak (Martini & mtsai, 2010; Bowen & mtsai, 2009; Lee & mtsai, 2007).

A szorongásos zavarok az affektív rendellenességek csoportjába tartoznak a pszichológiai diagnosztikai rendszer szerint (DSM-V), amelyek az affektusok (érzelmelek) szabályozásának zavarát jelzik (Bányai, 2013). A szorongás a leggyakoribb stresszreakció és ezáltal az egyik legáltalánosabb emberi élmény (Atkinson & Hilgard, 2005; MacKinnon, Michels & Buckley, 2006).

A szorongás egy tárgy nélküli félelem, és amint ez a zsigeri érzés tárgyra lel, azaz megfogalmazódik, hogy milyen ingerre vagy ingerekre irányul, onnantól kezdve félelemnek nevezzük. A félelem evolúciósan adaptív, valós veszélyhelyzetekre adott reakció, míg a szorongás a tudattalan félelmekre irányul (MacKinnon, Michels & Buckley, 2006).

A szorongással foglalkozó kutatások az 1900-as évek elejére nyúlnak vissza, ebből mutatnám be a fontosabbakat.

Freud a szorongást egy olyan érzésként határozta meg, amely feszültséggel, idegességgel, aggodással jár és pszichológiai arousal kapcsolódik hozzá (Gabbard, 2005).

Tillich (1952, idézi Lazarus & Averill, 1972) később úgy fogalmazott, hogy a szorongás egy fajtája a félelemnek, amely a "semmisségből" és a "nem létezésből" fakad.

Spilberg (1966) szerint a szorongás egy drive mutató, melyet Spence és Spence kutatásai is megerősítettek (1966, idézi Lazarus & Averill, 1972). Lazarus (1972) szerint a szorongással járó védekező reakciók nem a szorongás miatt alakulnak ki, hanem külön tényezők melyek kiválthatják a szorongást.

Kandel (1983) a szorongást egy velünk született alapvető válaszreakciónak tartja amelyet egy külső fenyegetésre adunk, esetleg személyek vagy bizonyos tárgyak hiányára amelyek a biztonságot jelentenék.

Roy-Byrne, Geraci & Uhde (2004, idézi Gabbard, 2005) összefoglalva azt mondja hogy a szorongás egyben egy érzelem és egy állapot is, amelyet averzív kognitív, viselkedéses és pszichológiai összetevők alkotnak. A kiváltó ingerre túlzott reakció tovább tart mint az eredeti kiváltó inger.

A szorongásról alkotott modellek ma már úgy vélekednek hogy genetikai és pszichológiai meghatározottsága is van és nem lehet csak biológiai tényezőkre visszavezetni (Gabbard, 2005).

A normál populációban a szorongásos zavarok megjelenése körülbelül 20%-ra tehető, ezáltal az egyik leggyakoribb pszichológiai zavarnak tekinthetők. A pszichológiai diagnosztikai kézikönyv 11 különböző szorongásos állapotot különböztet meg, a szülészet- nőgyógyászat szempontjából ezek közül a *generalizált szorongás*, a *pánikzavar* és a *poszttraumás stressz zavar* (PTSD), *szociális szorongás*, a *kényszerbetegség* és a *specifikus fóbiák* érdemelnek kiemelt figyelmet (Ágoston, 2006).

A **generalizált szorongás** nem egy helyzetre korlátozódik hanem egy általános feszültségállapotot ír le, amely során a személy folyamatos rettegésben (szorongásban) él, amely idegességgel, izomfeszüléssel, remegéssel és izzadással jár a kiváltó ingerekkel teli helyzetben.

A **pánikzavar** esetén visszatérő szorongásos rohamok jelentkeznek, melyek nem szűkíthetők egy adott helyzetre vagy körülményre, ezért bejósolhatatlanok. Egyéb szorongásos állapotokhoz hasonlóan a szívdobogásérzés, nehéz légzés, szédülés tartoznak a főbb tünetei közé.

A **PTSD** traumatikus események után késleltetve jelenik meg jellemzően. Várandósság tekintetében ez korábbi veszteségekhez vagy balesetekhez, esetleg perinatális szövődményekhez köthető. Jellegzetes az elszenvedett trauma újraélése emlékbetörések és álmok formájában amelyek kifejezett stresszt okoznak a várandós számára (BNO-10; DSM-V). A várandósság alatti PTSD, ahogy a szorongásos zavarok többsége, megnehezíti a magzathoz való kapcsolódást. Alacsonyabb születési súlyt és gesztációs kort eredményezhet (Rogal & mtsai, 2007). A várandósság előtt már fennálló PTSD a várandósság alatti tünetek megjelenésének valószínűségét emeli, míg a várandósság alatt kialakuló PTSD általában ezen időszak alatt elszenvedett trauma vagy a szülés miatti szorongás miatt alakul ki. A várandósság alatt erősebb tünetekkel rendelkező nők a szülés után kitettebbek voltak a depresszióknak és a kötődési nehézségeknek (Muzik & mtsai, 2016). Ezt erősítheti Schwedtfeger és Nelson Goff

(2007) kutatási eredménye is miszerint a személyes trauma nehezíti az intauterin kötődés kialakítását.

Több kutatás is kiemeli, hogy a várandósság alatt megélt váratlan események legyenek azok a várandóssággal kapcsolatosak vagy a várandós közvetlen környezetében kialakuló helyzetek, amennyiben a vélt vagy valós fenyegetettség nem múlik el, megnövelik a poszttraumás stressz zavar létrejöttének valószínűségét (Levine, 2017; Lee & mtsai, 2011).

A **kényszeres zavar** esetén kényszerszorongások, cselekvések, vagy a kettő egyszerre jelennek meg. Ezek a gondolatok és/vagy cselekvések kifejezetten időigényesek (DSM-5). A kutatások a kényszeres zavarokat általában nem emelik ki külön, a szorongás egy altípusaként kezelik. Jellemzője hasonlóan a szorongásos zavarokhoz, hogy megnehezíti a gyermek ellátását (Chelmow & Halfin, 1999), a prenatális kötődésre vonatkozó kutatást nem találtam.

Ezek mellett említést érdemel még az **akut stresszreakció** illetve a **hipochondriázis** (egészség szorongás) mely várandósok esetén fokozottan jelen van az alapvetően emelkedett stressz szint miatt, ezért nehéz elkülöníteni a természetes és klinikai szintű állapotokat egymástól.

A várandósság fiziológiás változásait figyelembe véve érthetővé válik hogy a patológiás mértékű szorongás észrevétele miatt okozhat nehézséget a szakemberek számára: a kiemelkedő esetektől (pánikzavar, PTSD) eltekintve lefolyásukat nézve könnyen összekeverhetőek a magzat növekedése okozta természetes tünetekkel, illetve a fokozott aggodás és félelem könnyen a várandósság okozta krízishelyzet számlájára írható.

Újabb kutatások szerint a kismamák 5-20%-a él át klinikai szintű szorongást vagy depressziós epizódot a várandósság alatt. A prenatális szorongás egy specifikus szorongás, amelyhez a várandósság, szülés, szülőség és a gyermek egészségének témái okozta félelmek tartoznak (Huinzik & mtsai, 2004, idézi Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007). Ez a megközelítés normalizálja a jelenséget és pontosabban fogalmazza meg azt ami ilyenkor a nőkben zajlik, mint az általános szorongásos tünetek (Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007).

Az anya-magzat kötődés kialakulásának befolyásoló tényezői között szerepeltek a várandósság alatti affektív zavarok. Alapvetően a várandósság affektív változásokkal jár ami a folyamat természetes része, ez serkentően hathat az újabb megküzdési módok kialakítására és az anyává válás folyamatára, ezáltal a magzathoz való egészséges kötődésre is (Antoine, 2010; Hajduska, 2015).

A klinikai szintű affektív zavarok azonban gátolhatják ezt a folyamatot és maladaptív viselkedési formákhoz fordulhatnak melyek tovább rontják a magzathoz való kötődés esélyeit. Ilyenek a dohányzás, alkoholfogyasztás, tudatmódosító szerek használata, valamint a kihagyott prenatális vizsgálatok (Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007; Döme, Rihmer & Gonda, 2005, idézi Bödecs, Horváth, Szilágyi, Gonda, Rihmer & Sándor, 2011).

A szorongás hatására megemelkedett stresszhormonok kedvezőtlen hatással lehetnek a magzat fejlődésére is, illetve szélsőséges esetben koraszülést is okozhatnak, amely változók szintén kedvezőtlenül hathatnak az anya- magzat kapcsolat alakulására (Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007).

A 3. pontban fogom részletezni azokat a kutatásokat és hatásokat melyek a szorongás hatásait vizsgálják az anya-magzat kötődés tekintetében.

### 2.3. Várandósság alatti hangulati változások

A várandósság alatti depresszió a nők 10-20%-át érinti (Kovácsné TZS, 2010), más területeken ennél magasabb arányt találtak (Lee & mtsai, 2007). A várandósság alatti depresszív tünetek előfordulása nagyobb arányban jelenik meg, mint posztpartum időszakban (Lee & mtsai, 2007; Kovácsné TZS, 2010).

A depressziós tünetek aluldiagnosztizáltsága fakadhat abból a tényből hogy a standardizált depressziót mérő kérdőívek a várandósság sajátosságait figyelmen kívül hagyják így egy torzított képet mutathatnak a várandós aktuális állapotáról. Gyakran emiatt a szorongásos tüneteket is depresszív tünetkörbe sorolják (Lee & mtsai, 2007).

A depressziót a hétköznapi nyelve a szomorúság, levertség kifejezésére használja, klinikai értelemben egy alkalmazkodási nehézségeket mutató betegség amely lefolyása során negatív hangulattal és csökkent problémamegoldó készséggel, befelé fordulással járhat (McKinnon, Michels & Buckley, 2006; Perczel & Mórotz, 2010).

A mániás és depressziós állapotokat soroljuk a hangulatzavarok körébe, valamint ezen állapotok váltakozását. Ennek alapján megkülönböztetünk unipoláris és bipoláris depressziót.

Unipoláris depresszió esetén csak depressziós epizódokat él át a személy, míg bipoláris depresszió során a mániás és a depresszív epizódok váltogatják egymást (Atkinson & Hilgard, 2005; DSM-V).

A szorongás mellett a másik leggyakoribb mentális zavar, a lakosság körében 8%-os az előfordulása (McKinnon, Michels & Buckley, 2006). A nőknél kétszer gyakrabban jelenik meg és gyakran a várandósság idejére tehető (Belső, 2006; Shaw, 1996, idézi Kovácsné TZS, 2010).

Az 1997-es Kopp Máriaék által végzett kutatás szerint Magyarországon a lakosság 31,8%-nál jelentkeznek depressziós tünetek és 7,1% súlyos depresszióval küzd. Eszerint a felmérés szerint a nők 33,3% él át hangulatzavart. Nemzetközi szakirodalmak a várandósság alatti depresszió kialakulását 5-25% közé teszik (Lee & mtsai, 2007; Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer- Brody, Gartlehner & Swinson, 2005).

A depresszió kialakulásában a környezetnek körülbelül 60%-os szerepe van míg a géneknek 40%-os (Nemeroff, 2003, idézi McKinnon, Michels & Buckley, 2006). A környezeti tényezők közül a közelmúlt megterhelő eseményei a legjobb előrejelzői az állapotnak.

A szorongáshoz hasonlóan a depresszió kialakulásának folyamata és az erre való sérülékenység az 1900-as évek eleje óta foglalkoztatja a kutatókat. A dinamikus elméletalkotók szerint a gyermekkori veszteségek miatt alakul ki egyfajta sérülékenység a későbbiekben.

Erre alapozva született az a feltételezés, miszerint a szeretet- tárgyával kapcsolatos veszteség egy szadisztikus felettes énné változik (Jacobson, 1971, idézi McKinnon, Michels & Buckley, 2006). A pszichodinamikus elméletek a narcisztikus sérülékenységet és az önértékelés bizonytalanságát emelik ki a depresszióval kapcsolatban (McKinnon, Michels & Buckley, 2006).

A depresszió súlyosságától függően az állapot gondolkodási és viselkedési zavarokkal jár, jellemző a társas kapcsolatokról való elhatárolódás, az érdeklődés elvesztése korábban örömet

okozó tevékenységek iránt, a gondolkodás beszűkül, a figyelmet az egyén saját problémái kötik le. Gondolkodásban kialakulhatnak tartalmi zavarok, a fokozott befeléfordulás miatt a depressziós gyakran aggódik, szorong az egészsége miatt. Leggyakoribb testi tünetek depresszió esetén az étvágytalanság, alvászavar, fáradtság, levertség és súlygyarapodás (vagy vesztés) (McKinnon, Michels & Buckley, 2006).

Ezeket a tüneteket végignézve nem meglepő hogy a várandósság alatti hangulati zavarok felismerése nehézséget okoz, hiszen a testi és a pszichológiai tünetek jórésze megegyezik a várandósság alatti változásokkal. A korábban említett diagnosztikai nehézségeket tovább nehezíti hogy a depressziót szűrő kérdőívek középpontjában ezekre a változásokra való rákérdezés áll. A várandósok a hormonális változások miatt gyakran élnek át hangulat ingadozást, a testük fokozott monitorozása megjelenik a várandósság előrehaladtával, a súlygyarapodás szinte elkerülhetetlen, kiemeltképp a harmadik trimeszterben jellemző a befeléfordulás és beszűkülés, fáradtság, alvászavarok és a szexuális vágy csökkenése (Lee & mtsai, Uglík, 2016).

Ide tartozik az a tényező is hogy amennyiben a várandós észleli a negatív irányú változást, gyakran nem mer segítséget kérni mert tart a stigmatizációtól (Craighead & Nemeroff, 2004) vagy úgy érzi hogy rajta úgysem lehet segíteni és ez az állapot (a depresszió) természetellenes (McKinnon, Michels & Buckley, 2006; Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer- Brody, Gartlehner & Swinson, 2005).

A prenatális hangulati változások kutatásai korábban egy-egy trimeszterre helyezték a hangsúlyt, majd egyre jobban megnövekedett az igény a longitudinális vizsgálatokra az egyre ismertebb szövődmények minél pontosabb feltérképezése érdekében (Lee & mtsai, 2007).

A kutatási eredmények többsége annyiban konzisztens hogy az első és a harmadik trimeszterben a legmagasabb a szorongás szintje, valamint a szorongásos és depressziós tünetek kialakulásának valószínűsége ezekben az időszakokban a legmagasabb.

Az anyai depresszió kialakulását erősítő tényezők közé a társnélküliség, szociális támogatás hiánya, párkapcsolati elégedetlenség, alkoholfogyasztás, dohányzás, korai gyermekvállalás, alacsony önértékelés, alacsonyabb jövedelem és iskolai végzettség, anamnesztikus adatokban szereplő korábbi affektív zavarok tartoznak. Továbbá a nehéz gyerekkor, 3 vagy több gyermek vállalása, nem kívánt várandósság, valamint a várandósság során fellépő esetlegesen komplikációhoz vezető jelenségek ismerete (Lee & mtsai, 2007; Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007; Martini, Knappe, Beesdo-Baum, Lieb & Wittchen 2010; Spinelli & Endicott, 2003; Orth, Robins, Trzesniewski, Maes & Schmitt, 2009; Bödecs, Horváth, Szilágyi, Gonda, Rhimer & Sándor, 2011; Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer- Brody, Gartlehner & Swinson, 2005).

Ahogy az anya-magzat kötődést gátló faktorokat végigvettük korábban, az affektív zavarok kialakulásában is hasonló tényezők játszanak szerepet, ilyen módon lehet kapcsolat a két jelenség között. Valamint az affektív állapotokban a saját testtel megjelenő kóros fixáció és a saját egészséggel való túlzott foglalkozás is nehezítheti a magzat felé fordulást és az anya-magzat kötődés kialakítását. A beszűkült gondolkodásnak köszönhetően a saját nehézségek felnagyításra kerülnek és az egyéb faktorok (mint a magzati növekedés és vele kapcsolatos változások) a perifériára kerülhetnek. A fáradtság és örömképesség lecsökkenése is kedvezőtlenül hathat erre a folyamatra.



A szorongásos állapotok mentén pedig különböző diszfunkcionális én-védő viselkedések alakulhatnak ki a kudarc elkerülésére illetve a szorongás csökkentésére, amely szintén megnehezíti a magzattal való kapcsolat kialakítását.

## *2.4. Intervenciós és terápiás lehetőségek*

Ebben a részben az affektív zavarok terápiás lehetőségeit tekintem át, kifejezetten a várandósság alatti időszakra fókuszálva.

Korábban is említettem hogy a várandósság alatti affektív zavarok könnyen összekeverhetőek a várandósság alatt természetes módon végbemenő változásokkal, ezért gyakran nem ismerik fel őket, esetleg bagatellizálásra kerülnek (Klein, 1994, idézi Kovácsné TZS, 2010). Ehhez társul az anyák stigmatizációtól való félelme és ebből fakadó vonakodás a szakszerű segítség kérésére (Kovácsné TZS, 2010).

A korai felismerés és kezelés nagyon fontos, a visszajelzések és kutatások alapján hatékonyan lehet támogatni a kismamákat ezeknek az állapotoknak a leküzdésében (Kovácsné TZS, 2010).

Ebben fontos szerepe van a várandósság körül dolgozó szakembereknek. A védőnőknek, szülésznőknek, orvosoknak, pszichológusoknak, perinatális szaktanácsadóknak, pszichiátereknek, akik ebben támogatást tudják nyújtani a várandósoknak.

Az affektív zavarok kezelése tanácsadás, terápia, pszichoterápia és farmakoterápia formájában történhet meg. Enyhe vagy közép súlyos esetben a követendő irányelvek az egyéni vagy a csoportos terápiás lehetőségeit foglalja magában, a farmakoterápia a magzatra és az anya egészségére gyakorolt negatív hatásai miatt csak végső esetben javallott (MacQueen & mtsai, 2016; Smith & Dubovsky, 2017; Faludi & Döme, 2018).

A teljesség igénye nélkül szedtem össze ezeket a lehetőségeket, koncentrálna a kiemelten ajánlott terápiás intervenciós módszerekre:

- **Kognitív viselkedés terápia:** egyre nagyobb teret nyer magának az affektív zavarok kezelése területén. Sikerét a rövid idő alatt történő gyors intervenciós hatásának köszönheti, ezért a perinatális időszakban megjelenő szorongásos és hangulati zavarok kezelésének egyik legkiemeltebb módszere. A problémamegoldást és a zavaró ingerek kezelést helyezi előtérbe (Misri & Kendrik, 2008; Faludi & Döme, 2018).
- **Interperszonális terápia:** a Rogersi módszert foglalja magába, mely elfogadó és megtartó terápiás eszközkészletével támogatja a pácienseket a probléma hatékony megoldásában (Misri & Kendrik, 2008; Faludi & Döme, 2018).
- **Dinamikus pszichoterápia:** az affektív zavart kiváltó helyzetet célratörően, a tisztázás-szembesítés-értelmezés eszközeivel korrigálja. Az ott megélt élményt segíti átalakítani egy könnyebben feldolgozható és viselhető élményréteggé (McKinnon, Michels & Buckley, 2006).
- Az **autogén tréning** módszer rendelkezik várandósokra szabott eszköztárral, amely kifejezetten pánik jellegű tünetek enyhítése esetén javallott terápiás módszer. Az autonóm idegrendszer nyugtatásán keresztül a páciens tudja saját szorongását oldani,

miközben a magzattal való kapcsolatteremtést is elősegíti ezáltal támogatva az anyamagzat kötődés kialakítását (Toureche & mtsai, 2011).

- **Csoportterápiás** lehetőségek segíthetnek csökkenteni az affektív tüneteket, emellett az érzelmek kifejezését és a viselkedés megváltoztatását is serkentik a sorstársakkal való találkozás és kommunikálás által (Clark, 1993, idézi Kovácsné TZS, 2010).
- **Alternatív módszerek**, melyek a megfelelő alvás biztosítását, a testmozgás jelentőségét hangsúlyozzák, de ide sorolható az akupunktúra vagy a fényterápia is.
- A **farmakoterápia** csak a legvégső esetben javallott a magzatot károsító hatásai miatt, az első trimeszterben általában - amennyiben erre lehetőség van- teljesen mellőzni kell. Azonban súlyos depresszió és/vagy szorongás esetén is alkalmazzák, közepesúlyos állapotokban ha az egyéb pszichoterápiás lehetőségek nem használnak vagy nem elérhetőek a várandós számára illetve amennyiben korábbi depressziós állapot áll fenn vagy a várandós mindenképpen ragaszkodik a farmakoterápiához (Faludi & Döme, 2016; MacQueen & mtsai, 2016).

Az elsődlegesen ajánlott terápiás intervenciók eszközei a kognitív terápia, interperszonális terápia (Faludi & Döme, 2018), a dinamikus terápiák (Kovácsné TZS, 2010), illetve pánikzavarok esetén az autogén tréning terápia (Perczel & Mórotz, 2010) a legkiemeltebb módszer (a kognitív viselkedés terápia mellett). Mindezek mellett a csoportterápiás módszerek is hatékonyan tudják csökkenteni az enyhe vagy közepesúlyos tüneteket. Farmakoterápiát gyakran alkalmaznak a gyakorlatban, azonban külföldi guideline-ok is csak végső megoldásként javasolják a gyógyszeres kezelést, illetve hazai kutatások is erre az eredményre jutottak (Faludi & Döme, 2016, 2018).

A mentális betegségek széles spektrumának csak egy részét hozták összefüggésbe a várandósság alatti kötődéssel, a kutatások középpontjában kiemelten a posztnatális kötődés áll. A fejezetben összefoglaló jelleggel és a meglévő szakirodalom segítségével ismertettem a jelenlegi eredményeket a várandósság és mentális zavarok kutatása kapcsán. A következő fejezetben kiemelten az affektív zavarok szakirodalmát néztem át a prenatális kötődéssel kapcsolatban, azonban a többi mentális zavar is fontos mutatója lehet ennek a kapcsolatnak és további kutatások és vizsgálatok lennének szükségesek a téma mélyebb áttekintéséhez és megértéséhez.

### *3. Prenatális kötődés és az affektív zavarok kapcsolata*

Ahogy korábban is láthattuk a várandósság alatti affektív zavarok vizsgálata egyre nagyobb teret nyer és az utóbbi 20-30 év kutatásai egészen gazdag szakirodalmat hoztak létre a témában. A kutatások fókuszában általában a depresszió áll, esetleg ezzel komorbiditásban a szorongás mint általános affektus zavarral, azonban például a szorongás tekintetében a különböző diagnosztikai kategóriák különválasztása nem gyakori. A depresszió előkelő helyen áll a várandósság alatti nehézségek és negatív faktorok kutatásai között. Kapcsolata a posztnatális kötődéssel szintén gazdag szakirodalmat ölel fel, azonban a prenatális kötődéssel való összefüggései alulkutatott témának minősülnek. Az utóbbi években néhány kutatás elkezdte feszegetni a témát nemzetközi viszonylatban, itthon nem találtam erre vonatkozó irodalmat. Az affektív zavarok rizikótényezői és a kötődést gátló tényezők nagyon hasonlóak.

Az alábbiakban a megjelent vonatkozó szakirodalmak egy részét fogom bemutatni.

Honjo és munkatársai (1995) által végzett kutatás nem talált korrelációt a várandósság alatti depresszió és kötődés között. A nők 58,1%-a határérték feletti pontszámot kapott a Zung-féle depresszió kérdőívén. A nyugati vizsgálatokhoz képest a kínai mintán nem ugyanazok a szociodemográfiai tényezők voltak negatív hatással az affektív kibillenésre. Az anya életkora, a háztartás bevétele, a teljes állásban való munka, társas támogatottság, valamint a korábbi pszichiátriai problémák mind rizikó tényezői a depresszió kialakulásának. Honjo kutatásában ezek közül egyik faktor sem állt kapcsolatban vele, ellenben a részmunkaidő veszélyeztető faktornak tűnik, amelyet a helyzet bizonytalanságával magyaráznak a szerzők. A kutatás során a "Maternal Antenatal Attachment Scale" segítségével mérték az anya- magzat kötődést, a depressziót pedig a Zung-féle depresszió kérdőívvel. A korreláció hiányát a túl korai tesztelésre vezetik vissza. Korábbi tanulmányokhoz hasonlóan a MAAS magasabb pontszámai pozitív együttjárást mutattak a társas támogatással, illetve a depresszió magas együttjárást mutatott a reggeli rosszullétekkel és a menstruációt megelőző hangulati ingadozással.

Lindgren (2001) vizsgálata során 252 várandóssal dolgozott akik a 20-40 gestációs hét között töltötték ki a kérdőíveket, amellyel az anya- magzat kötődés, depresszió és a szociodemográfiai tényezők és a személyiség kapcsolatát vizsgálta. A depressziót a Depresszió Kérdőívvel (CES-D), a kötődést pedig a Cranley- féle kötődés kérdőívvel vizsgálta (MFAS). A depresszió itt is negatív korrelációban áll a várandósság alatti kötődés kialakulásával, melyre a várandósság veszélyeztettsége és az alacsony jövedelem is hatással van.

Misri & Kendrik (2008) irodalmi összefoglalója a várandósság alatti és a posztnatális depresszió hatásait vizsgáló kutatásait összegezte, illetve a kezelési lehetőségeit. Gyűjtésük alapján a kutatások többsége a várt eredményre jutott: a depresszió negatívan befolyásolja a kötődést. Ezzel ellentétesen bizonyos kutatások nem találtak összefüggést a két változó között (Chazott, Freda, Elovitz & Youchan, 1995; Honjo & mtsai, 2003).

Chazott és munkatársainak (2009) kutatása a diabéteszre koncentrált, emellett vizsgálta a depresszió és a prenatális kötődés minőségét. Kutatásuk során három csoportban vizsgálták a tényezőket: 1) diabéteszes várandósok; 2) veszélyeztetett várandósok (koraszülés); és 3) egészséges várandósok. Eredményeik alapján mind a három csoportban magas volt a depresszió átlaga, viszont eltérést a magzathoz való kötődésben nem találtak. A depresszió mérésére szintén a Depresszió Kérdőívet (CES-D) használták Daglar és Nur (2018) kutatásához hasonlóan és a kötődés mérésére a Cranley- féle kötődés kérdőívet az MFAS-t.

Seimyr, Sjörgen, Welles-Nyström és Nissen (2009) kutatásában várandósokkal és párjukkal is felvették a magzati kötődés kérdőív anyai és apai változatát (MFA és PFA), illetve a nőekkel az Edinburgh Posztnatális Depresszió Kérdőívet (EPDS) is a 30-32 gestációs hét között. A svéd kutatók nem csak a kötődést vették figyelembe, hanem azon belül azt is nézték hogy mely faktorok állhatnak erősebb kapcsolatban a depressziós tünetekkel. A nők MFA eredményeit faktoranalízisnek vetették alá és a depresszió tekintetében két faktort találtak kiemelendőnek: a várandósság alatti tapasztalatok és a magzatmozgások skálái mutattak kapcsolatot a depressziós tünetekkel. Azok a nők akik enyhébb depressziós tüneteket mutattak, kevésbé pozitívan jellemezték a várandósságukat, de a magzatmozgásoknak több figyelmet szenteltek.

McFarland és munkatársainak (2011) kutatása volt az egyik első amely a várandósság alatti depressziót negatív korrelációban tüntette fel a prenatális kötődéssel kapcsolatban, ezzel megalapozva azt a szemléletet hogy a posztnatális időszakban kialakuló gyenge anya- gyerek

kötődés a prenatális időszakban kezdődik és nem a születéssel kezd a kapcsolat kialakulni anya és magzata között.

Alhusen, Gross, Hayat, Rose és Sharps (2012) munkája kifejezetten a depresszió és a kötődés kapcsolatát vizsgálta a várandósság során. A kutatásukba bevont 166 nő 95%-a depressziós tüneteket mutatott. A kutatást a 24-28. gestációs hét között végezték és a kérdőíves kutatást személyes interjúkkal is kiegészítették. A kötődés mérésére a Cranley- féle Maternal- Fetal Attachment Scale-t használták, a depresszió mérésére pedig az Edinburgh Posztnatális Depresszió Skálát, amely egy 10 ítemes kérdőív a szülés utáni depresszió mérésére, azonban a várandósság alatt is használható. Lee és munkatársai (2007) azonban kétségbevonják ezt saját eredményeik alapján és a Kórházi Szorongás és Depresszió Kérdőív (HADS) használatát ajánlják, amely alkalmasabb a várandósság alatti depresszió és szorongás elkülönítésére és mérésére is. Az eredmények alapján az erősebb depressziós tünetkör alacsonyabb kötődéssel jár együtt. Az interjúk során arra is kitértek hogyan élük ezt meg a várandósok és ez hogyan hat a kötődésükre a magzatukhoz (a kérdőívben leírtakat fejtették ki szóban), valamint milyen szociodemográfiai tényezők hatnak erre a folyamatra és milyen módon.

Daglar & Nur (2018) kutatása során 277 várandóssal dolgoztak együtt a pre- és posztnatális időszakban. Kérdőívek segítségével vizsgálták a kötődés és affektív zavarok kapcsolatát. A kötődés mérésére a "Prenatal Attachment Inventory"-t alkalmazták, a szorongás mérésére a Beck Szorongás Leltárt, a depresszió méréséhez pedig a Depresszió Kérdőívet (CES-D). Az eredmények alapján a prenatális kötődésre nem volt hatással a prenatális szorongás azonban a depresszióval fordított együttjárást találtak. Konklúzióként a depressziót emelték ki mint veszélyességi faktort a prenatális kötődés tekintetében.

Göbel és munkatársai (2018) korábbi kutatásokat vetettek össze a témában és összegezték az adatokat az affektív zavarok és a prenatális kötődés tekintetében. Eszerint a prenatális szorongásnak nem volt kapcsolata az anya-magzat kötődéssel, amennyiben az a "Maternal Fetal Attachment Scale"-el vagy a "Prenatal Attachment Inventory"-val került mérésre. A "Maternal Antenatal Attachment Scale"-el kapott eredmények kevert adatokkal szolgáltak, laza együttjárást mutattak, emiatt a két faktor kapcsolatának eredményei elhanyagolhatóak. Azt mégis érdemes kiemelni hogy a gyermekhez fűződő pozitív érzelmeket és a gyermek elképzelését negatívan befolyásolta a szorongás. Az állapotszorongás kissé erősebb összefüggést mutatott a várandóssággal kapcsolatos szorongás tekintetében, azonban ezek a különbségek nem hoztak szignifikáns eltérést a korrelációban. A megvizsgált kutatások fele (körülbelül 15) talált kapcsolatot a szorongás és az anya-magzat kötődés között, illetve a szorongás megléte bizonyos faktorokat jobban befolyásol míg a kötődésnek más aspektusait nem érintette. A gyermekhez való közelség érzése kifejezetten sérül a prenatális szorongás hatására. Az állapot szorongás ("state anxiety") jobban befolyásolta az érzelmi kötődést, mint a vonás szorongás ("trait anxiety"). A negatív hatás magyarázható azzal hogy az anyát túlzottan lekötik a saját szorongásai ahhoz, hogy a magzatával tudjon foglalkozni. Fontos kiemelni, hogy a személyiség jelentős hatással lehet a kötődés folyamatára még extrém szorongás mellett is.

A bemutatott kutatások alapján láthatjuk hogy leggyakrabban fordított kapcsolatot találunk a depresszió és a prenatális kötődés között, a frissebb kutatások a szorongást is a repertoárba emelték. Ennek tekintetében nem találtak kapcsolatot a prenatális kötődéssel, azonban a posztnatális mentális egészséget és a posztnatális kötődést is erőteljesen befolyásolja. Más mentális zavarok tekintetében vonatkozó szakirodalmat csak a pszichózis és a pánikzavar tekintetében találtam, amelyek szintén negatív korrelációt mutatnak a posztnatális kötődéssel, a prenatális kötődésre vonatkozóan a szakirodalmi áttekintések hiányosak.

Az eredmények összehasonlítását nehezíti a kérdőívek különbözősége és alkalmazhatóságukban a szakemberek között is vita van. A várandósság alatti affektív zavarok vizsgálata a standard kérdőívekkel (Beck Depresszió Kérdőív (BDI), Depresszió Kérdőív (CES-D) és a Zung-féle Depresszió Kérdőív) bizonyos kutatások szerint nem pontos eredményt mutat (Lee & mtsai, 2007). Ez a korábban említett tényekre vezethető vissza, miszerint a várandósság során megjelenő természetes változások könnyen összekeverhetőek az affektív zavarok során bekövetkező változásokkal és a klasszikus depresszió szintet mérő kérdőívek ezt nem veszik figyelembe.

#### *4. Mit tehetünk perinatális területen dolgozó szakemberként?*

A szakirodalmi áttekintés alapján a perinatális területen dolgozó szakemberek által alkalmazható prevenció és intervenció lehetőségeit szeretném sorra venni. A legtöbb szakirodalom hangsúlyozta a további vizsgálatok fontosságát valamint azokat a lehetőségeket melyeket a legjobbnak gondolnak a helyzet javítására. Az átolvasott szakirodalmak között kevés az olyan amely a prevenció lehetőségeit és eszközöket vette volna figyelembe.

A várandósság során a depressziós tünetek megjelenésének valószínűsége egyes kutatások szerint a 30%-ot is megközelíti illetve meghaladja, a szorongásos zavaroké pedig ennél is magasabb. Lee és munkatársai (2007) szerint sokszor a várandósság alatti szorongást is depresszióként értelmezzük ezért ennek vizsgálatára nagyobb hangsúlyt kellene fektetni, hogy a kettőt jobban el lehessen különíteni egymástól.

Pszichológiai szempontból a legtöbb mentális zavar esetében a prevenció fontosságát hangsúlyozzák, külföldön a várandósságra felkészülés/felkészítés még a fogantatás előtt kezdődik. Ez általában orvosi konzultációval jár amely során az átbeszéltek közé tartoznak: krónikus betegségek, rendszeresen szedett gyógyszerek, öröklődő betegségek a családban, dohányzás, alkoholfogyasztás, az apa egészségi állapota, ajánlott vizsgálatok és vitaminok, testsúly, táplálkozás, sport és a termékeny napok (Czeizel, 1999; Mazza & Chapman, 2010). A gyakorlatban ez egy teljeskörű, az életmódra vonatkozó beszélgetést involvál, azonban hacsak az anyának nincsen pszichiátriai betegsége amire gyógyszert szedne se az ő se az apa mentális egészsége nem képi a felmérés/tájékoztatás részét.

Magyarországon a várandósság kapcsán az első találkozás általában a fogantatás utáni 4-8 hét között történik az első ultrahang vizsgálat során, ahol megállapítják hogy a magzat megfelelően beágyazódott-e és a fejlődése megfelelő ütemben halad-e. Ezután következik a védőnővel való első találkozás és a várandósság körüli "fontosabb" területek átbeszélése, illetve iránymutatás a további teendők tekintetében (Czeizel, 1999).

Amennyiben a szülők maguktól nem ismerik fel saját maguk vagy a környezetük nem hívja fel erre a figyelmüket, az enyhébb formában megjelenő mentális zavarok sokszor nem kerülnek felszínre és megnehezítik a folyamatot és a várandós következő hónapjait (Lee & mtsai, 2007; Uglík, 2016).

A pszichológus felkeresése és a mentális nehézségek is bizonyos körökben továbbra is negatív visszhangot kapnak Magyarországon (Kovácsné TZS, 2010). Ezért sokan nem mernek segítséget kérni ha észre is veszik magukon hogy probléma van, és maguk próbálnak változtatni az élethelyzet okozta nehézségeken (Craighead & Nemeroff, 2004).

A fentiek miatt és a szorongás és depressziós zavarok magas prevalenciája miatt (Magyarországon) is fontos lenne energiát fektetni a felismerésre és a megelőzésre (Kovácsné TZS, 2010; Faludi & Dömi, 2018). A protokollok többsége a felismert zavarok kezelésével foglalkozik. A már felismert enyhe és közepsúlyos affektív állapotokat elsősorban kognitív vagy interperszonális terápiával érdemes kezelni, amely gyors és hatékony módszerek bizonyult a külföldi gyakorlatban és itthon is egyre elterjedtebb a kórházi intervenció során. Súlyosabb esetekben pszichiáter bevonása fontos és farmakoterapiás ellátás is szükségessé válhat.

Az ajánlások szerint a farmakoterápia csak a végső megoldás lehet egy várandós esetében, bizonyos tanulmányok a farmako- és a pszichoterápia közös használatát javasolják. Más mentális zavarok esetén az adatok hiányosak a várandósságra gyakorolt hatásuk szempontjából. A pszichózissal járó betegségek többsége már várandósság előtt kezelésre kerül. Várandósság során kiemelt figyelmet érdemel gyógyszerelés és újra kialakulás szempontjából is. A pszichotikus állapotokat leginkább a posztpartum pszichózis tekintetében emelik ki a vizsgálatok és a szakembereknek ennek felismerésében lehet fontos szerepe (MacQueen & mtsai, 2016; Smith & Dubovsky, 2017; Faludi & Döme, 2018).

A **védőnő** látja a legtöbbet (általában) a várandóst a 40 hét során, az ő szerepük a felismerésben talán a legkiemelkedőbb lehetne. A kismamák velük osztják meg félelmeiket, szorongásaikat és kérdéseiket. A *perinatális szaktanácsadó* képzés felkészíti<sup>1</sup> ezeket a szakembereket arra, hogy könnyebben felismerhessék azokat a tényezőket amelyek a klinikai mértékű szorongásos és/vagy hangulati eltérés mutatják. A képzésnek köszönhetően megtanulják az alapvető krízis intervenciók technikáit, amellyel tudják a várandóst támogatni az aktuális élethelyzetében és adott esetben tovább irányítani őt olyan szakemberhez aki súlyosabb esetekben hivatott segítséget nyújtani. Magyarországon a védőnők számára az Edinburgh Posztnatális Depresszió Kérdőív használata elvileg kötelező lenne, azonban nem minden védőnői körzet alkalmazza a kismamákkal való találkozások során. A kérdőív a depresszió és szorongás (Lee & mtsai, 2007) szűrésére alkalmas eszköz lehetne, azonban mivel önkéntes alapon alapul, a kismamára van bízva hogy mennyire őszintén nyilatkozik az érzéseit illetően. Perinatális szaktanácsadó végzettséggel a védőnők is érzékenyítve vannak/lehetnének a pszichés finomságok kiszűrésére és azokat a veszélyeztető tényezőket is figyelembe tudnák venni, melyek a szociodemográfiai és pszichoszociális helyzetből adódnak (Doan & Zimmerman, 2003).

Az idejekorán felismert mentális zavarok esetében amennyiben ezek nem érik el a klinikai szintet, a védőnővel történő konzultáció, a megfelelő információ átadása és a nehézségek átbeszélése illetve megoldás keresés (krízis intervenció) hatalmas segítség lehetne kifejezetten az első gyermeket várók számára illetve a korábbi veszteségeket elszenvedett kismamák számára is (Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008, idézi Andrek, 2019).

Amennyiben ez nem elegendő a védőnő tudná a kismamát tovább irányítani pszichológus, illetve pszichiáter irányába aki célzottabb intervenciók segítségével támogathatja a várandósokat.

A korai felismerés és az intervenció hatására megelőzhető lehetne a későbbiekben súlyosbodó affektív állapotok kialakulása, illetve a magzattal való kötődés sérülése is. A szorongás fokozódása a szülés közeledtével csökkenthető lenne és ezáltal a posztnatális mentális zavarok kialakulása is elkerülhető lehetne és a posztnatális kötődés is kevésbé sérülne ezt a logikát

<sup>1</sup>[https://www.felvi.hu/felveteli/szakok\\_kepzesek/szakleirasok/Szakleirasok/index.php/szak/3137/szakleiras](https://www.felvi.hu/felveteli/szakok_kepzesek/szakleirasok/Szakleirasok/index.php/szak/3137/szakleiras) as (letöltve 2020. 11.18.)

követve.

A második legtöbbet látogatott személy a várandósság során az **orvos**. A jelenlegi gyakorlat során ahogy korábban is írtam, az első ultrahang során szokott az első találkozás megtörténni, kivétel nehezített megtermékenyülés vagy mesterséges megtermékenyítés során (inseminacio, IVF) (Kleinvel, 2007). Az orvos feladata a várandós tájékoztatása a vizsgálatok menetéről, eredményéről és az orvosi kompetenciát igénylő állapotok, kérdések magyarázata. A gyakorlatban erre ritkán van idő és lehetőség, csak a legfontosabb információk átadására szorítkoznak ezáltal bizonytalanságot kialakítva és a várandósság alatt egyébként is fokozottan szorongó kismamákat intenzívebb stresszhatásnak kitéve az ismeretek hiánya miatt (Huinzik & mtsai, 2004, idézi Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007).

Perinatális szaktanácsadó végzettséggel rendelkező orvosok könnyebben tudnak kommunikálni a pácienseikkel, felismerik, hogy a kommunikáció minősége ugyanolyan fontos lehet mint a tartalma és ezen keresztül tudják csökkenteni a várandósok bizonytalanságát. A képzés során érzékenyítve lesznek a pszichés finomságokra, amelyeket ha felismernek a védőnőkhöz hasonlóan információ átadással és alapvető krízis intervenciók technikákkal enyhíthetnek.

Az orvosi gyakorlatot gyakran támadják materialista szemlélete miatt, míg perinatális szaktanácsadóként a holisztikus szemléleten van a hangsúly. Ez abban segítheti a várandós gondozás folyamatát hogy a patológiák helyett a személy kerül a középpontba, az anya és a magzat egysége kerül előtérbe.

Korai felismerés terén szintén a vizsgálatok alkalmával történő kérdőíves szűrés gyakorlata lehetséges (Tőreki & mtsai, 2012). Az orvosi konzultációk hosszának növelése prevenciók jelleggel, a felmerülő kérdések megválaszolása lehetőséget adhat a bizonytalanság oldására. A szorongások alapja legtöbbször az ismeretek hiánya az adott állapottal/időszakkal kapcsolatban. Az orvos számára a várandóssággal kapcsolatos ismeretek többsége evidens és gyakran nehezen vagy egyáltalán nem ismerik fel hogy a másik fél számára ez ismeretlen és ez az ismerethiány az, ami a szorongást kiváltja. A várandósok kompetencia érzésének növelésével, az állapotukat érintő szorongás csökkentésével, a magzathoz való kapcsolódást könnyíthetik meg és ezáltal a pre és posztnatális komplikációk előfordulásának valószínűségét csökkenthetik.

A **szülésznők** általában az orvosi vizsgálatok során kerülnek a várandósok életébe. 2013 óta lehet szülésznőt választani a várandós gondozásra, nem feltétlenül szükséges orvost választani (Tőreki & mtsai, 2014). Ők azok a segítők akik felveszik az adatokat a vizsgálatok előtt, illetve a harmadik trimeszterben a CTG és szívhang vizsgálatok is általuk kerülnek elvégzésre. Ebből kifolyólag az ő munkájuk és hozzáállásuk is fontos momentuma a várandós gondozásnak (Huinzik & mtsai, 2004, idézi Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007, Tőreki & mtsai, 2014). Mint szakszemélyzet a várandósok kérdéseinek jó részét ők is meg tudják válaszolni, ezáltal csökkentve a bizonytalanságukat. Pozitív kommunikációval, a szükséges ismeretek átadásával és a szorongások felismerésével és figyelembevételével az orvosokhoz és a védőnőkhöz hasonlóan<sup>1</sup> hatékonyan csökkenthetik a szorongásokat és a bizonytalanság érzését. Amennyiben kórházi ellátásra szorul a várandós, a szülésznők segíthetnek felismerni a kialakuló szorongást, hangulati ingadozásokat, ezáltal nagyon fontos segítői lehetnek ennek a folyamatnak.

A **pszichológus** és/vagy **pszichiáter** felkeresése a várandósság során nem kötelező. Amennyiben veszélyeztető állapot (Kovácsné TZS, 2010) nem lép fel, pszichiáter felkeresése nem is merül fel általában.

A pszichológussal való találkozás is opcionális, sokan élnek a lehetőséggel annak érdekében hogy a változásokat amin keresztül mennek könnyebben tudják kezelni vagy jobban megértsék.

Több pszichológusnál is elérhetőek szülésre felkészítő programok, vannak olyan csoportok is amelyek a várandósságra való felkészülést támogatják, például a *Családi Szolgálatok Ligája Alapítvány* gondozásában<sup>2</sup>.

Perinatális szaktanácsadóként a pszichológus/pszichiáter teljesebb képet kap a várandósság fizikai és szellemi oldaláról is, ezáltal hatékonyan segíthet az ott fellépő nehézségek kezelésében és egyedi tudásának köszönhetően a várandósság alatti sajátosságokhoz tartozó lelki sajátosságokat is figyelembe veszi. A képzés az anya -magzat egységét és ennek sajátosságait hangsúlyozza, ennek következtében könnyebben tud a szakember ebben a dimenzióban gondolkodni és könnyebben felismerheti ennek a kapcsolatnak a sajátosságait valamint ennek köszönhetően hatékonyabb prevenció és intervenció eszközök is vannak.

Amennyiben intervencióra kerül sor, a pszichológus és/vagy pszichiáter rendelkezik azzal a módszerspecifikus eszköztárral amely a már kialakult nehézségeket kezelni tudja, például: kognitív viselkedés terápia, interperszonális terápia, autogén tréning, csoportterápiás eszközök, stb (Faludi & Döme, 2018).

A segítség néha egészen meglepő helyről is érkezhet. A várandósság körüli segítők közé sorolandó még **dietetikus, gyógytornász, korai fejlesztő, szociális munkás, szoptatási tanácsadó** is, akik mind fontos szerepet játszanak az elakadások kezelésében és tovább gördítésében. Perinatális szaktanácsadóként széleskörű tudásukkal a folyamat több különböző pontján tudnak segítséget nyújtani és nem feltétlenül lesz szükség pszichológus vagy pszichiáter beavatkozására, mert az enyhébb megbillenéseket ők is tudják észlelni és az adott helyzetben támogatni a várandóst (vagy újszülöttjét ápoló anyát).

A szakirodalmi áttekintés és összegzés során egyértelművé vált, hogy a téma nagyon szerteágazó, rengeteg különböző szemlélet és megközelítés vegyül benne. Abban mindannyian egyetértettek hogy a jövő érdekében fontos észlelni, változtatni és támogatni ebben a nagyon érzékeny állapotban, mert a korábbi elképzelésekhez képest igenis fontos szerepe van az anya -magzat kapcsolatnak a későbbi anya - gyermek kapcsolat kialakulásában és az érzékeny gondozói viselkedés létrejöttében.

A perinatális szaktanácsadók mind az egészségügyi, mind a szociális szférában nagyon fontos alapelemei lehetnek ennek a támogatásnak. Holisztikus szemléletükkel és specifikus tudásukkal nagy odafordulással tudják segíteni azokat a nőket, párokat akik ebben a nagyon érzékeny és érzelmekben gazdag időszakban szükségét érzik vagy akár csak egy pillanatra elbizonytalanodnak.

---

<sup>2</sup> Családi Szolgálatok Ligája Alapítvány Facebook oldalán rendszeresen meghirdetésre kerülnek várandós gondozásra és házasságra/várandósságra felkészítő csoportok (<https://www.facebook.com/Csal%C3%A1di-Szolga%C3%A1latok-Lig%C3%A1ja-Alap%C3%ADtv%C3%A1ny-150864268291300>, letöltve 2020. 11.18.)



## 5. Köszönetnyilvánítás

Köszönöm konzulensemnek Dr. Andrek Andreanak, hogy szakmai és gyakorlati tanácsaival és meglátásaival segítette a szakdolgozatom elkészítését és mindvégig támogatta a munkámat.

Köszönöm a szaktársaimnak a lelki támogatást az elmúlt hetekben és a képzés alatt mindvégig.

Hálás vagyok kollégáimnak és barátaimnak akik szakmai és praktikus ötleteikkel támogatták a szakdolgozatom elkészülését.

Szeretném megköszönni K. Annának, H. Rékának és V. Nórának, hogy támogattak és megtartottak amikor elveszettnek éreztem magam.

Köszönöm az édesanyámnak a rengeteg segítséget, amivel könnyítette a munkámat.

S végül köszönöm a páromnak, hogy végig mellettem állt, virrasztott velem és biztatott a dolgozat megírása közben.

## Irodalomjegyzék

1. Ágoston G. (2006). A szorongás nőgyógyászati vonatkozásai In: C. Molnár E., Füredi, J., Papp, Z. (szerk.): Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. 171-184 Medicina Könyvkiadó., Budapest,
2. Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37, 315-328.
3. Alhusen, J. L., Hayat, M. J. & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 521- 537.
4. Andrek, A., Kekecs, Z., Hadházi, É., Boukydis, Z. & Varga, K. (2016). Re-evaluation of the psychometric properties of the maternal fetal attachment scale in a Hungarian sample. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(5), 15-25.
5. Andrek A. (2019). A szülő-magzat kötődést befolyásoló tényezők vizsgálata párkapcsolati és intergenerációs kapcsolati jellemzők figyelembevételével (doktori disszertáció)
6. Antoine, C. (2010). A terhesség és az anyaság pszichológiája. Budapest: Saxum Kiadó.
7. Atkinson, R. L., Hilgard, E. J., Smith, E.E., Nolen-Hoeksema, S., Frederickson, B.L., & Loftus, G.R. (2005). Pszichológia. Budapest: Osiris kiadó.
8. Bányai É. (2013). Az affektív pszichológia tárgya, szemlélete és alapfogalmai. In Bányai É. & Varga K. (szerk.) (2013) Affektív pszichológia. Budapest: Medicina Kiadó
9. Bajkó G., Budai-Szabó K., Talabér, J., Balogh Sz., Frigyes D., Szemes Zs., & Tóth M. (2016). Szülés után fellépő mentális problémák vizsgálata és kapcsolata az anyagyermek kötődéssel. *Védőnő* 4 (2), 11-13.
10. Bányai É. & Varga K. (szerk.) (2013) Affektív pszichológia. Budapest: Medicina Kiadó
11. Belső, N., Rihmer, Z. (2004) A prenatális depresszió korai felismerése. *Nőgyógy Szül Továbbk Sz.* 11: 325-335.
12. Belső, N. (2006) A perinatális időszak pszichés zavarai. In: C. Molnár E., Füredi, J., Papp, Z. (szerk.): Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. 221-225 Medicina Könyvkiadó., Budapest,
13. Beyder-Kamjou, I. (2004). *Attachment style as a moderator of the relationship between level of perceived conflict and constructive and psychologically abusive behavior in clinic couples* (Doctoral dissertation).
14. Bowen, A., Stewart, N., Baetz, M., & Muhajarine, N. (2009). Antenatal depression in socially high-risk women in Canada. *Journal of epidemiology and community health*, 63(5), 414-416.
15. Bowlby, J. (1969/1997). *Attachment. Attachment and Loss* (Vol. I). London: Pimlico.
16. Bödecs, T., Horváth, B., Szilágyi, E., Gonda, X., Rihmer, Z., & Sándor, J. (2011). Effects of depression, anxiety, self-esteem, and health behaviour on neonatal outcomes in a population-based Hungarian sample. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 154(1), 45-50.
17. Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health: APPPAH*, 23(4), 201.
18. Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the society for research in child development*, 3-35.
19. Camberis, A. L., McMahon, C. A., Gibson, F. L., & Boivin, J. (2014). Age, psychological maturity, and the transition to motherhood among English-speaking Australian women in a metropolitan area. *Developmental Psychology*, 50 (8), 2154-2164.

20. Cannella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 60-68A
21. Carver C. S. & Scheier M. F.(szerk.) (2006). Személyiségpszichológia. *Osiris kiadó*
22. Cataudella, S., Lampis, J., Busonera, A., Marino, L., & Zavattini, G. C. (2016). From parental-fetal attachment to a parent-infant relationship: a systematic review about prenatal protective and risk factors.
23. Chrzan-Dętkoś, M., & Łockiewicz, M. (2015). Maternal romantic attachment, and antenatal and postnatal mother–infant attachment in a sample of Polish women. *European Journal of Developmental Psychology*, 12(4), 429-442.
24. Chazotte C, Freda MC, Elovitz M, Youchah J. Maternal depressive symptoms and maternal-fetal attachment in gestational diabetes. *J Womens Health* 1995; 4: 375-80.
25. Chelmos, D., & Halfin, V. P. (1997). Pregnancy complicated by obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 6(1), 31-34.
26. Cole M., & Cole S. R. (szerk.) (2006). Fejlődéslélektan. *Osiris kiadó*
27. Coleman, P., & Watson, A. (2000). *Infant Attachment as a Dynamic System1. Human Development*, 43(6), 295–313.
28. Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
29. Condon JT, Corkindale C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychology*; 70: 359-72.
30. Condon, J. T., Boyce, P. & Corkindale, C. J. (2004). The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 56-64.
31. Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (szerk.). (2004). *The concise Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science*. John Wiley & Sons.
32. Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284.
33. Cranley, M. S. (1981). Roots of attachment: The relationship of parents with their unborn. *Birth Defects: Original Article Series*, 17(6), 59–83.
34. Czeizel, A. E. (1999). Ten years of experience in periconceptional care. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 84(1), 43-49.
35. Daglar, G., & Nur, N. (2018). Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 433-440.
36. Doan, H. McK., Cox, N. L. & Zimmerman, A. (2003). The Maternal Fetal Attachment Scale: some methodological ponderings. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health* 18, 167-188.
37. Döme P., Faludi G. (2018) Az antidepresszívumhasználat gyakorlati szempontjai a várandósság és az anyatejes táplálás időszakában. *Neuropsychopharmacol Hung*, 20(1): 26-34.
38. Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: The role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18 (2), 187-195.
39. Erickson, M. (1996). Predictors of maternal-fetal attachment: An integrative review. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 3(8).
40. Faludi, G., Döme, P., 2016. Gyakoribb pszichiátriai zavarok, In: Papp, Z. (Ed.), A várandósgondozás kézikönyve. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
41. Fraley, C. R. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and social psychology review*, 6(2), 123-151.



63. Lumley, J. M. (1980). Through a glass darkly: Ultrasound and prenatal bonding. *Birth*, 17, 214-217.
64. MacKinnon, R. A., Michels, R., & Buckley, P. J. (2010). *Pszichiátriai interjú a klinikai gyakorlatban*. Oriold kiadó.
65. MacQueen, G.M., Frey, B.N., Ismail, Z., Jaworska, N., Steiner, M., Lieshout, R.J., Kennedy, S.H., Lam, R.W., Milev, R.V., Parikh, S.V., Ravindran, A.V., Group, C.D.W., 2016. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *Can J Psychiatry* 61, 588-603.
66. Main, M., & Solomon, J. (1986). *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (p. 95–124). Ablex Publishing.
67. Marchesi, C., Ossola, P., Amerio, A., Daniel, B. D., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2016). Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 543-550.
68. Marc, I., Toureche, N., Ernst, E., Hodnett, E. D., Blanchet, C., Dodin, S., & Njoya, M. M. (2011). Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
69. Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early human development*, 86(5), 305-310.
70. Mazza, D., & Chapman, A. (2010). Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think?. *BMC Public Health*, 10(1), 786.
71. Mazzeschi, C., Pazzagli, C., Radi, G., Raspa, V. & Buratta, L. (2015). Antecedents of maternal parenting stress: The role of attachment style, prenatal attachment, and dyadic adjustment in first-time mothers. *Frontiers in Psychology*, 6, 1443.
72. McFarland, J., Salisbury, A. L., Battle, C. L., Hawes, K., Halloran, K. & Lester, B. M. (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archives of Women's Mental Health*, 14(5), 425-434.
73. Misri, S., & Kendrick, K. (2008). Perinatal depression, fetal bonding, and mother-child attachment: a review of the literature. *Current Pediatric Reviews*, 4(2), 66-70.
74. Monat, A., Averill, J. R., & Lazarus, R. S. (1972). Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(2), 237–253
75. Muller, M. E. (1992). A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 6(1), 5-22.
76. Muzik, M., McGinnis, E. W., Bocknek, E., Morelen, D., Rosenblum, K. L., Liberzon, I., ... & Abelson, J. L. (2016). PTSD symptoms across pregnancy and early postpartum among women with lifetime PTSD diagnosis. *Depression and anxiety*, 33(7), 584-591.
77. Náfrádiné Török A., Pál A. (2012). A perinatális pszichopatológiák kialakulását elősegítő pszichoszociális faktorok és szűrési lehetőségeik.
78. Ormay I. (2006) Evészavarok. In.: C. Molnár E., Füredi J, Papp Z. (szerk) *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria* 199-212. Medicina Könyvkiadó. Budapest
79. Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 472.

80. Perczel Forintos, D., & Mórotz, K. (2010). Kognitív viselkedésterápia. *Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.*
81. Rogal, S. S., Poschman, K., Belanger, K., Howell, H. B., Smith, M. V., Medina, J., & Yonkers, K. A. (2007). Effects of posttraumatic stress disorder on pregnancy outcomes. *Journal of affective disorders, 102*(1-3), 137-143.
82. Rowe, H., Fisher, J., & Quinlivan, J. (2009). Women who are well informed about prenatal genetic screening delay emotional attachment to their fetus. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30*(1), 34-41.
83. Rubertsson, C., Pallant, J. F., Sydsjö, G., Haines, H. M., & Hildingsson, I. (2015). Maternal depressive symptoms have a negative impact on prenatal attachment—findings from a Swedish community sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33*(2), 153-164.
84. Rubin, R. (1976). Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing, 1*, 367-376
85. Saastad, E., Israel, P., Ahlborg, T., Gunnes, N., & Frøen, J. F. (2011). Fetal movement counting-effects on maternal-fetal attachment: A multicenter randomized controlled trial. *Birth: Issues in Perinatal Care, 38* (4), 282-293.
86. Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical social work journal, 36*(1), 9-20.
87. Schwerdtfeger, K. L., & Goff, B. S. N. (2007). Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother–infant prenatal attachment. *Journal of traumatic stress, 20*(1), 39-51.
88. Seimyr, L., Sjögren, B., Welles-Nyström, B., & Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental–fetal attachment at the end of pregnancy. *Archives of Women's Mental Health, 12*(5), 269.
89. Smith, B., Dubovsky, S.L., 2017. Pharmacotherapy of mood disorders and psychosis in pre- and post-natal women. *Expert Opin Pharmacother 18*, 1703-1719.
90. Solomon, J. & George, C. (2016). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment* (pp. 366-399). New York, NY: The Guilford Press.
91. Spielberger, C. D. (Ed.). (2013). *Anxiety: Current trends in theory and research*. Elsevier.
92. Spinelli, M. G., Endicott, J., Leon, A. C., Goetz, R. R., Kalish, R. B., Brustman, L. E., Carmona, Y. R., Meyreles, Q., Vega, M., & Schulick, J. L. (2013). A controlled clinical treatment trial of interpersonal psychotherapy for depressed pregnant women at 3 New York City sites. *Journal of Clinical Psychiatry, 74* (4), 393-399.
93. Swanson, K., Beckwith, L., & Howard, J. (2000). Intrusive caregiving and quality of attachment in prenatally drug-exposed toddlers and their primary caregivers. *Attachment & human development, 2*(2), 130-148.
94. Szakács K. (2006). Disszociatív és szomatiform zavarok In.: C. Molnár E., Füredi J, Papp Z. (szerk) *Szülészet- nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria* 213-220. Medicina Könyvkiadó. Budapest
95. Szeverényi P. (2014). Szülészeti pszichoszomatika. In Pál A. (Szerk.). (2014). *A szülészet- nőgyógyászat egyetemi tankönyve*. Budapest: Medicina Kiadó.<sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>
96. Toureche Marc, I, Ernst. N., Hodnett E., Blanchet E. D., Dodin C., & Njaya, M. M. (2011). Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (7)*.
97. Töreki, A., Andó, B., Dudas, R. B., Dweik, D., Janka, Z., Kozinszky, Z., & Keresztúri, A. (2014). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in a clinical sample in Hungary. *Midwifery, 30*(8), 911-918.

98. Török Zs. (2004) Mi van a depresszió mögött? Egy abortusz utóélete. Erdélyi Pszichol Sz 4:
99. Trixler, M. (2000) Szülés utáni pszichés zavarok, pszichózisok. Házi orvos Továbbképző Szemle 5: 264-267/339-355.
100. Tsartsara, E., & Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 173-182.
101. Uglyik Sz. (2016). Testképváltozások a várandósság során. Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológia Intézet
102. Varga K. & Suhai G. (2010). Szülés és születés- A lélektanon innen és túl. Budapest: Pólya Kiadó.
103. Yoshikawa, N., & Konno, Y. (2008). Reduction of feelings of insecurity about pregnancy and enhancement of maternal-fetal attachment through perception of fetal movement during Dohsa-hou Relaxation. *Japanese Journal of Special Education*, 45 (6), 405-422.
104. Zámboi J. (2006). Pszichotikus zavarok In.: C. Molnár E., Füredi J, Papp Z. (szerk) *Szülészet- nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria* 185-198. Medicina Könyvkiadó. Budapest

#### **Internetes források:**

- Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés  
[https://www.felvi.hu/felveteli/szakok\\_kepzesek/szakeleirasok!/Szakeleirasok/index.php/szak/3137/szakeleiras](https://www.felvi.hu/felveteli/szakok_kepzesek/szakeleirasok!/Szakeleirasok/index.php/szak/3137/szakeleiras) Letöltve 2020. 11. 18.
- Várandós csoportokra vonatkozóan:  
<https://www.facebook.com/Csal%C3%A1di-Szolg%C3%A1latok-Lig%C3%A1ja-Alap%C3%ADtv%C3%A1ny-150864268291300> letöltve 2020. 11. 18.



**EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM**  
**PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR**

**EREDETISÉGNYILATKOZAT**

Alulírott *Tóth Rita Julianna*, az ELTE PPK *Perinatális szaktanácsadó képzés* hallgatója büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy a(z) *Várandósság alatti kötődés – Összefoglaló tanulmány a mentális nehézségek és a prenatális kötődés kapcsolatáról* című szakdolgozat/diplomamunka **saját, önálló szellemi munkám**, az abban hivatkozott, nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok általános szabályinak megfelelően történt.

Tudomásul veszem, hogy szakdolgozat/diplomamunka esetén plágiumnak számít:

- a szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- a tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem, és tudomásul veszem, hogy plágium esetén szakdolgozatom/diplomamunkám visszautasításra kerül, és ilyen esetben fegyelmi eljárás indítható.

Budapest, 2020. november 19.

aláírás





EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM  
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

SZAKDOLGOZATI KONZULTÁCIÓ IGAZOLÓLAPJA  
(Kitöltés után a szakdolgozat/diplomamunka részét képezi.)

A hallgató neve: TÓTH RITA  
A hallgató szakja: PERINATÁLIS SZAKTANÁCSADÓ  
A szakdolgozat/diplomamunka bejelentett témája: A VÁRANDÓSSÁG  
ALATTI KÖTŐDÉST BÉFOLYÁSOLÓ MENTÁLIS ZAVAROK  
A témavezető neve: DR. ANDREA ANDREA

a konzultáció időpontja	a konzultáció témája, megjegyzések, javaslatok	a témavezető aláírása
2019. 11. 18.	A TÉMA KIVÁLASZTÁSA, SZAKIRODALMI GYŰJTÉS	
2020. 05. 21.	DOLGOZATI STRUKTÚRÁJA, HANGSÚLYOK	
2020. 08. 7.	MENTÁLIS ZAVAROK SZÉLESEBB SPEKTRU- MÁNAK BEMUTATÁSA	
2020. 10. 13.	HÍVATKOZÁSOK FONTOSÍTÁSA, IRODALOM TEGSZÉK	
2020. 11. 2.	TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK KIBŐVÍTÉSE	
2020. 11. 16.	VÉGLEGES FORMA ÉS TARTALOM KIALAKÍTÁSA	

A szakdolgozat/diplomamunka benyújtásához hozzájárulok.

Budapest, 2020. 11. 16.

a témavezető aláírása