

A koraszülés lelki okai

Koraszülő és időre szülő anyák érzelemszabályozásának, korai maladaptív sémáinak és pszichés jóllétének összehasonlító vizsgálata

Tartalomjegyzék:

Bevezetés.....	4
1. Témafelvetés.....	5
2. A koraszülés.....	6
2.1. A koraszülés epidemiológiája.....	6
2.2. A koraszülés meghatározása.....	6
2.3. A koraszülés interdiszciplináris megközelítése.....	6
3. Korai maladaptív sémák, érzelmszabályozás és pszichés jóllét.....	14
3.1. Korai maladaptív sémák.....	14
3.2. Érzelmszabályozás.....	15
3.3. Pszichés jóllét.....	17
3.4. A három dimenzió összekapcsolása.....	19
4. Kérdésfelvetés és hipotézisek.....	20
5. A kutatás bemutatása.....	22
5.1. Vizsgálati eszközök.....	22
5.1.1. Young Sémakérdőív.....	22
5.1.2. Érzelmszabályozási Nehézségek Kérdőív.....	23
5.1.3. Pszichés Jóllét Kérdőív.....	23
5.2. A kutatás résztvevői.....	24
5.3. Módszertan.....	25
6. Eredmények.....	26
6.1. Hipotézis I. eredményei.....	26
6.2. Hipotézis II. eredményei.....	27
6.3. Hipotézis III. eredményei.....	29
7. Eredmények értelmezése.....	31
8. Javaslatok, következtetések.....	33
9. Összefoglalás.....	35
Irodalomjegyzék.....	37
Mellékletek	

„Sajnálom, hogy nem ismerik a terhes szó jelentését. Ez a szó ugyanis nem terhet jelent. Sokkal szebb az eredete. Kazinczy nyelvújítása a „tereh” ősi magyar szónak, melynek jelentése: térben-időben kiterjedő gyönyörűség... Így a terhes nő jelentése: térben-időben kiteljesedő, gyönyörűségben lévő.”

(C. Molnár Emma)

Bevezetés

A legtöbb nő életében elérkezik egyszer az időszak, amikor úgy érzi, hogy gyermeket szeretne vállalni. Ideális esetben ez egy nagyszerű, várakozásokkal, tervezgetésekkel, reményekkel teli időszak, melynek végén a kismama testileg és lelkileg is éretté válik arra, hogy anyává váljon.

Sajnálatos módon azonban, a várandós nők közel 10%-a idő előtt ad életet gyermekének (Papp, 2009), anélkül, hogy készen lenne a gyermektől való fizikai elválásra, hiszen sok esetben már nincs lehetősége megélni a terhesség harmadik trimeszterét (Varga és Suhai-Hodász, 2002).

A koraszülés, napjainkban egy összetett népegészségügyi problémává vált, melynek megelőzésén és megszüntetésén rengeteg szakember munkálkodik (Görbe, 2004). Bár sokáig csak orvosi nézőpontból közelítettek a jelenség felé, a hatvanas évektől kezdve a szakérdeklődés egyre nagyobb jelentőséget tulajdonított a betegségek (és a koraszüléshez hasonló egészségügyi problémák) kialakulásában, a lélektani tényezőknek is (Bagdy, 1986).

Ennek okán merült fel bennem a kérdés, hogy mégis milyen pszichés tényezők játszhatnak szerepet a koraszülésben?

Csupán a terhességgel járó fokozott stressz állapot (Belső, 2005), vagy más pszichés faktorok is közre játszhatnak a gyermekek korai világrajövetelében?

Vajon feltárhatóak-e ezek a tényezők, és van-e mód arra, hogy megszüntessük őket? Rendelkezésünkre áll-e valamilyen eszköztár, mellyel segítséget nyújthatunk a veszélyeztetett kismamáknak?

Dolgozatomban ezekre, a társadalmi szempontból is jelentős, kérdésekre kerestem a választ.

1. Témafelvetés

A koraszülés jelenségét, igen magas és növekvő előfordulása okán, számos kutató vizsgálta (és vizsgálja mind a mai napig) eltérő nézőpontokból. A genetika és szociológia, a pszichológián belül a szociálpszichológia, fejlődés-, és személyiséglélektan is egyaránt tanulmányozza a koraszülés hátterében álló lehetséges oki tényezőket. Napról-napra újabb és újabb összefüggésekre világítanak rá, mindig más szempontból közelítve a probléma felé, ezáltal gyarapítva a koraszülés irodalmát.

Mindazonáltal úgy vélem, hogy a koraszülés jelenségének vizsgálata bár kétségtelenül sokrétű és széles palettán mozog, mégis, kissé hiányos. Meggyőződésem, hogy a gyermekvállalás előtt álló nők, illetve a kismamák személyiségének, egyfajta mélyebb dimenzióját is érdemes alapos vizsgálatnak alávetni. Ilyen mélyebb dimenzió alatt értem elsősorban az érzelemszabályozás, korai maladaptív sémák és a pszichés jóllét vizsgálatát.

Az évek során bebizonyosodott, hogy az érzelemszabályozási problémák és korai maladaptív sémák válaszokat adhatnak a szorongásos zavarok, karakter-problémák, de még a személyiségzavarok kialakulására is (Mennin, Heimberg, Turk, és Fresco, 2002, idézi, Gratz és Roamer, 2004; Young, Klosko és Weishaar 2010; Linehan, 1993). Emellett, pedig az is világossá vált, hogy a leendő anya szorongása és distressz állapota nagy valószínűséggel idéz elő koraszülést (C. Molnár, 1996; Raffai, 1997).

Ennek alapján vizsgálatomban annak jártam utána, hogy valóban magyarázhatják-e a koraszülést a lélek olyan mélyebb szintű mechanizmusai, mint a korai maladaptív sémák vagy az érzelemszabályozás. Ezt követően pedig közelebről is megnéztem, hogy a szülés nem túlságosan pozitív élménye, vajon befolyásolja-e a koraszülő nők önmegvalósítását, pszichés jóllétét.

Kutatási témámat persze nem véletlenszerűen választottam, hiszen az elmúlt másfél évben önkéntesként dolgoztam a DE OEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika neonatális intenzív centrumában, ahol a Dr. Kovács-Pászthy Balázs neonatológus orvos kezdeményezése nyomán létrehozott és Dr. Török Zsuzsanna klinikai szakpszichológus által vezetett anyacsoport munkájában segédkeztem. Itt találkoztam a nehéz helyzetben lévő koraszülő édesanyákkal, akiket pszichésen is rendkívül megviselt, hogy gyermekük idő előtt látta meg a napvilágot. Ez a személyes tapasztalat motiválta munkámat.

2. A koraszülés

2.1. A koraszülés epidemiológiája

Napjainkban az újszülöttek közel 90%-a normál testtömeggel születik és többségük később is problémamentesen fejlődik (Aszmann, 2006). Még Németországban, Ausztriában és Svájcban a szülések 6%-ában érkezik idő előtt világra a gyermek (Müller-Rieckmann, 2001), jelenleg Magyarországon ez az arány 8-9%-ra tehető (Papp, 2009). Köszönhetően a hazánkban vezetett Tauffer- statisztikának, amely világszerte egyedülálló módon gyűjti a szülészeti eseményekről, szülészeti tevékenységekről szóló információkat (Csákány, 2006), pontosan kimutatható, hogy az 1950-es évekre jellemző 5-6%-os koraszülési arány a 70-es évekre 11% fölé emelkedett, majd csökkent, jelenleg 8-9%. Ezen belül a spontán koraszülés csökkenő tendenciát, míg az anyai és/vagy magzati okból elindított, ún. elektív koraszülés emelkedő gyakoriságot mutat (Papp, 2009).

2.2. A koraszülés meghatározása

Koraszülésről beszélünk akkor, ha az újszülött a 37. terhességi (gestációs) hét előtt születik. Mivel a terhességi kort sokszor nem, vagy nem pontosan tudják megállapítani, így a születési súly szerinti osztályozás az elterjedtebb. Ennek alapján megkülönböztetünk kis súlyú újszülöttet (2500 g alatt), igen kis súlyú újszülöttet (1500 g alatt), és igen-igen kis súlyú újszülöttet (1000 g alatti születési súly). Sajnos a teljes születéskörüli halálozás 80%-a a koraszülött gyermekeket sújtja, azonban az orvostudomány mai fejlettsége mellett, már igen nagy az esély az élve születésre, ha az újszülött a 24. terhességi hét, illetve 499 g-nál nagyobb testsúllyal látja meg a napvilágot (Görbe, 2004).

2.3. A koraszülés interdiszciplináris megközelítése

A továbbiakban a koraszülés, szerteágazó és több tudományterületre kiterjedő szakirodalmát kívánom részletesen áttekinteni.

Számos kutatóorvos foglalkozik a veszélyeztetett állapotos nők genetikai vizsgálatával, figyelemmel kísérik a terhesség során esetlegesen előforduló organikus elváltozásokat, a

koraszülésre hajlamosító tényezőket. Ilyen tényezők lehetnek az anya részéről, többek között, a korábbi koraszülések, művi és vagy spontán vetélések az anamnézisben, a méh fejlődési rendellenességei, a bakteriális vaginosis, húgyúti fertőzések, ikerterhesség, anyai fogágybetegség, vese-, szív-, és cukorbetegség, anémia stb. A magzati eredetű okok közé tartozhatnak például a különböző fertőzések, a lepény anatómiai, tapadási és beágyazódási rendellenességei (Papp, 2009).

Mindezek ellenére a szülészorvosok sok esetben értetlenül állnak a koraszülés előtt, hiszen az esetek kb. 50%-ában nem mutatható ki kockázati tényező, így a legtöbb állapotos nőnél fennállhat a koraszülés veszélye. Ezek a várandós nők a megfelelő felkészítés és tájékoztatás híján nem teszik meg a szükséges lépéseket, nem fordítanak gondot a koraszülés megelőzésre (Görbe, 2004).

Az elmúlt évtizedekben, az orvoslásban is egyre inkább eluralkodott a bio-pszichoszociális, vagyis egyfajta holisztikus szemlélet, minek következtében ma már az orvosok is vallják, hogy a genetikai eredetű, vagy elsősorban szervi elváltozásokon túl, a szociális tényezők és a lélektan is rendkívül fontos szerepet töltenek be a betegségek kialakulásában. Ennek értelmében a terhesspatológiai folyamatok sem választhatók el az anya kapcsolatrendszerétől, személyiségstruktúrájától, a különböző társadalmi hatásoktól, így a folyamatot is csak egyfajta pszichoszomatikus szemlélettel lehet megérteni és kezelni (Bagdy, 1986).

Az elsősorban szociológiai jellegű kutatások értelmében a várandós nő közvetlen környezete, vagy a tágabb értelemben vett társadalmi közege, jelentősen befolyásolja a terhesség kimenetelét, negatív volta növeli a koraszülés kockázatát. Az alacsony szocioökonómiai státusz, az állapotos nő alacsony keresete, a várandós nők lakhelyének ellátatlansága (például szupermarketek hiánya) is magasabb számban vezetnek koraszüléshez, a kontrollcsoporthoz viszonyítva. A szegénységnek illetve annak a ténynek a következtében, hogy sajnos sok esetben, a nagy áruházak gyakorlatilag teljesen hiányoznak, az asszonyoknak nincs lehetőségük a magzat egészséges fejlődését biztosító, választékos, vitamindús ételleket vásárolni/fogyasztani (Vinikoor-Imler, Messer, Evenson és Laraia, 2011).

Ezen kívül Messer és munkatársai (2008) megállapították, hogy az alacsony iskolázottság és foglalkoztatottság valamint az instabil lakhatási körülmények is pozitívan korrelálnak a koraszüléssel (Messer és mts., 2008).

Ugyancsak megnövekedett koraszülést találtak egy vizsgálatban, ahol a szomszédságban elkövetett bűncselekmények és a szülési kimenetel közötti kapcsolatot figyelték meg. Az elsősorban blokkokban élő, többnyire afroamerikai terhes nők szignifikánsan nagyobb arányban hozták idő előtt világra gyermeküket, mint azok a nők, akik nyugodt környezetben éltek meg a terhességüket. A jelenség hátterében feltételezhetően a megnövekedett stressz, illetve a kevés testmozgás állhat (Messer, Kaufman, Dole, Savitz, és Laraia, 2006).

Hasonló eredményre jutottak kínai kutatók is, akik, vizsgálatukban kimutatták, hogy a magas stresszel járó életeseményeknek kitett várandós nőknél (különösen az első és második trimeszterben), sokkal magasabb volt a későbbi koraszülések aránya. Bár ebben a tanulmányban nem találtak közvetlen kapcsolatot az anya alacsony társas támasza, nem megfelelő coping stratégiája és a koraszülés között, mégis úgy vélik, hogy egyfajta közbülső változóként hathattak a szülés kimenetelére azzal, hogy növelték az anya distressz állapotát (Zhu, Tao, Hao, Sun és Jiang, 2010).

A stressz hatását a szülészeti eseményekre egyébként, sok szempontból és kultúrában vizsgálták. Az Amerikai Egyesült Államokban például kimutatták, hogy egy állapotos fekete nőnek kétszer akkora, egy várandós spanyol ajkú nőnek pedig 25%-al nagyobb eséllyel fog koraszülött gyermeke születni, mint egy fehér nőnek. Ezt a különbséget pedig a kutatók elsősorban nem fizikai vagy genetikai tényezőkre vezették vissza, hanem itt is az alacsony szociökönómiai státusszal, és a nem megfelelő lakhatási körülményekkel együtt járó stresszt tették felelőssé (Reagan és Salsberry, 2005).

A koraszülés okait kutatva, azonban nemcsak környezeti tényezőkkel találkozhatunk. Kutatások bizonyítják, hogy az anya alacsony önértékelése is hatással lehet rá, feltételezhetően azért, mert az alapvetően bizonytalan, saját személyiségükkel kevésbé megelégedett várandós nők nem fogadják el a terhes gondozást, nem rendelkeznek támogató, segítőkész családi köteléssel (Jesse, Seaver és Wallace, 2003). Továbbá, az anya, terhesség iránti attitűdjeinek vizsgálata során megállapítást nyert, hogy a véletlen vagyis, nem tervezett, illetve nem kívánt terhesség is szignifikáns kapcsolatot mutat a koraszüléssel. Ez utóbbi esetben, tragikus módon kétszer akkora az esélye annak is, hogy az újszülött nem éli túl életének első 28 napját (Orr, Miller, James, és Babones, 2000; Bustan és Coker, 1994). Az anya elvárásainak rendkívül nagy hatása fordítva is igazolódott, hisz, azok az anyák, akik egy

boldog, pozitív várakozással teli állapotban élték meg a terhességüket, jóval kisebb arányban születtek meg korábban gyermeküket (Jesse és mts., 2003).

Az ide vonatkozó szakirodalom mindemellett kiemeli a terhes gondozás jelentőségét. Azok az állapotos nők, akik nem részesültek ilyen irányú felkészítésben gyakrabban születtek a 37. hét előtt (Orvos és mts., 2002).

A terhes-gondozás pedig a tapasztalatok alapján elengedhetetlen lenne a koraszülés megelőzésében is. Kimutatták, hogy az a terhes nő, aki nem részesül ilyen szaktanácsadásban, legyen az orvosi vagy pszichológiai, az, az esetleges korábbi terhességének és szülésének negatív tapasztalatát sem lesz képes feldolgozni (Mamelle, Segueilla, Munoz és Berland, 1997). Már pedig nagyon sok nő számolt be váratlan szülési komplikációkról, nem jó gondozó és segítő személyzetről, intenzív fájdalomérzetről és az észlelt kontroll hiányáról szülés közben (Latva, Korja, Salmelin, Lehtonen és Tamminen, 2008).

Ráadásul a koraszülött gyermeknek életet adó nők gyakran érezték úgy, hogy pszichésen nincsenek még felkészülve, életükből kimaradt a szülésre való ráhangolódás időszaka. Mindezen események, feldolgozatlan traumatikus tapasztalatok pedig nagy valószínűséggel stresszhez, szorongáshoz és végső soron koraszüléshez vezethetnek (Mamelle és mts., 1997; Latva és mts., 2008). Sajnos ezt a megállapítást későbbi kutatások is bebizonyították. A szakemberek azt találták, hogy azok az állapotos nők, akiket gyermekkorukban szexuálisan zaklattak, jóval gyakrabban lettek koraszülők, mint azok, akiket nem ért ilyen trauma (Leeners, Stiller, Block, Görres és Rath, 2010).

A testi-lelki felkészítés természetesen azért is elengedhetetlen egy koraszülő nő életében, mert jó esetben segít megbirkózni a szülés előtti elvárások, és a szülést követő tapasztalatok közötti különbségekkel. A későbbiekben pedig ennek köszönhetően óriási mértékben erősíti az anya-gyermek kötődést, kialakít az anyában egy megfelelő válaszkészséget gyermeke irányába (Evans, Whittingham, és Boyd, 2012).

Ugyancsak fontosnak tartom megemlíteni az anyaság, mint női szerep kérdéskörét, és koraszüléssel való kapcsolatát. A mai modern nő nyugodtan dolgozhat, akár egyedül eltarthatja családját, betölthet magas pozíciójú állásokat, vezethet autót, megvalósíthatja önmagát, szexuális életében is felszabadult lehet, azonban anyaként pontosan ugyanazt és ugyanúgy tegyen, mint évszázadokkal ezelőtt. Párjuk, családjuk, de a társadalom részéről is a legkonzervatívabb elvárások az anyaszerep köré összpontosulnak. Így nem csoda, ha az anyasággal kapcsolatban sok nő egész egyszerűen válságosnak érzi a helyzetét (Belső, 2005).

Mit tegyen a nő, ha ugyan, tisztában van azzal, hogy biológiai órája könyörtelenül ketyeg, mégis úgy érzi, hogy még nem akar akkor gyereket szülni, amikor párja, családja elvárja az tőle? Megpróbálja halasztani a gyermekvállalást? És mi történik, ha mégis teherbe esik?

Ezekre a kérdésekre kereste a választ többek között Szeverényi Péter (1986) is, aki úgy vélte, hogy bár a koraszüléssel, terhességgel foglalkozó kutatók nézetei és végkövetkeztetése eltérő lehet, mindannyian egyetértenek abban, hogy a terhesség az anya számára pszichológiai szempontból krízisállapotnak tekinthető, mivel a személyiség rejtett konfliktusai újraéledhetnek, vagy új konfliktusok alakulhatnak ki. A normatív krízishelyzetet, akkor lehet adekvát módon megoldani, hogyha a nő pszichés szinten elkezd egyre alkalmazkodóbbá válni, barátkozik az anyaszereppel. Nem csak fizikálisan, de pszichés szinten is feldolgozza a benne végbemenő változásokat, miközben kapcsolatrendszerének átrendeződésével is megbirkózik. A magzatot a szeretet érzésével veszi körbe, férjével együtt megéli, hogy hamarosan szülővé válik. Mindeközben a szeretet, gyöngédség, és biztonság iránti igénye erősödik. Akárcsak a serdülőkorban, itt sem tekinthető adekvátnak, ha a nőt a nyugtalanság teljes hiánya jelzi, hiszen az csak annak a jele, hogy a várandós nő megtagadja a benne szükségszerűen végbemenő változásokat (Szeverényi, 1986).

A krízisállapot akkor válik patológiássá, ha a terhesség megállapítását követően a nő képtelen lesz döntéseket hozni, magányossá válik, úgy érzi, hogy elidegenedik a környezetétől. A terhességét valamilyen óriási, megoldhatatlannak tűnő problémaként fogja fel, és ha nem is tudatos szinten, de elkezd hátrítani a krízist. Az anyasággal kapcsolatos érzelmi ambivalencia pedig terhesség megszakításhoz (akár illegálisan is), spontán vetéléshez, halvaszületéshez és koraszüléshez vezethet (Tímár, 2005).

Lux Elvira úgy véli (1986), hogy az anyaszerep tudattalan hátrítása állhat a koraszülés hátterében. Amennyiben a leendő édesanya szexuálisan éretlen és ambivalens párkapcsolatban él, az anyasággal kapcsolatban is tudattalanul ambivalens. Tudatos szinten vágyik az anyaságra, de tudattalan szinten épp annyira fél a gyermek megtartásától, mint az elvesztésétől (Lux, 1986). Muylder és Wesel (1992) is hasonlóan vélekedik, hiszen szerintük a koraszülő nők a nőszereppel nem azonosulnak, így terhességük ideje alatt a magzatukkal is jóval kevesebbet kommunikálnak. A csökkent kommunikációs aktivitásuk azonban visszahat rájuk, és ezáltal az anyaszereppel sem képesek azonosulni. Úgy tartják, hogy még ha nincs is lineáris, egyenes összefüggés a koraszülés és az anyaszereppel való csökkent azonosulás között, mégis kimutatható, hogy a magzattal jól kommunikáló anyák nagyobb

valószínűséggel alapozzák meg a későbbi jó anya-gyerek kapcsolatot. (Muylder és Wesel, 1992).

Számos tanulmány bizonyította, hogy az anyai szorongás magas volta is hozzájárul a koraszülések növekedéséhez. C. Molnár Emma (1994) úgy tartja, hogy amennyiben az anyát pszichésen a terhesség kimenetele feletti szorongás jellemzi, a pszichés feszültségének tulajdonképpen a „tünete” lehet a magzat megszületése (C. Molnár, 1994).

Rottmann (idézi Raffai, 1997) is hasonló szellemben és hipotézisekkel végezte kutatását, ahol az anyák tudatos és tudattalan beállítódását vizsgálta a terhességükkel kapcsolatban. Ennek alapján négy csoportot különített el:

- 1.) Ideális anyák: tudatosan és tudattalanul is elfogadják terhességüket
- 2.) Hideg anyák: tudatosan elutasítják, tudattalanul elfogadják terhességüket
- 3.) Ambivalens anyák: tudatosan elfogadják, egyidejűleg tudattalanul elutasítják terhességüket
- 4.) Katasztrofális anyák: tudatosan és tudattalanul is elutasítják terhességüket

Az ideális anyákat a terhességükkel kapcsolatos pozitív beállítódásukon kívül, a szüléshez, szoptatáshoz és gyerekneveléshez való pozitív hozzáállás is jellemezte. Emocionálisan stabilak, terhelhetőek, szomatikusan egészségesek voltak (Rottman, idézi Raffai, 1997).

Az ambivalens anyákat megnövekedett agresszivitás, emocionális labilitás, depresszió és szorongás jellemezte. Bár szomatikusan egészségesek voltak, terhességüket pszichésen nagyon nehezen viselték, gyakran „túljátszották”, „túldimenzionálták” azt. Gyakori volt náluk a koraszülés (Rottman, idézi Raffai, 1997).

A hideg anyákat is hasonlóan jellemezte a depresszió, szorongás, emocionális labilitás. Nyíltan elutasították a terhességüket, a szülést és szoptatást, bár náluk a koraszülések száma minimális volt (Rottman, idézi Raffai, 1997).

A katasztrofális anyák mutatták a legsúlyosabb zavarokat. Nyílt és kifejezett agresszivitás, depresszió, intolerancia és ingerlékenység jellemezte őket. A terhesség elutasításának kifejeződéseként súlyos terhességi panaszokat, tüneteket fejlesztettek ki. Ezzel összhangban náluk találták a legkomplikáltabb szüléseket, legnagyobb mértékű gyógyszereszedést, és a legtöbb koraszülést (Rottman, idézi Raffai, 1997).

Természetesen a terhesség során jelenlévő pszichés feszültségeket a magzat maximálisan megérzi. Az anya terhességi beállítódásából, környezetéből, vagy személyiségzavarából származó szorongása a születendő gyermekre is hatással lesz, ami korábban meginduló szülésben, vagy későbbi fejlődési deficit kialakulásában nyilvánulhat meg (C. Molnár, 1994; Raffai, 1997).

Német kutatók kimutatták, hogy a kismamák, DSM-IV szerint diagnosztizált szorongásos zavarai kapcsolatba hozhatók az anyák szülés utáni depressziójával, és olyan szülés körüli komplikációkkal, mint a császármetszés, az alacsony születési súly, illetve a koraszülés (Martini, Knappe, Beesdo-Baum, Lieb és Wittchen, 2010).

Alessandra Piontelli (2010) is megfigyelte, hogy milyen romboló hatása lehet az anya folyamatos szorongásának gyermekére nézve. A várandós kismama szüntelen aggódása okán, egy a fejlődésben visszamaradt, félénk, szorongó, kontaktusképtelen kisfiú jött a világra, aki akárcsak az anyaméhben, a külvilágban is bezárkózott, fizikailag és lelkileg egyaránt (Piontelli, 2010). Természetesen előfordulhat, hogy az anyai szorongás a gyermek későbbi viselkedésében, „ellenkező előjellel”, hiperaktivitásban és csökkent proszociális magatartásban fog megnyilvánulni (Loomans és mts., 2011).

Az anyai szorongás és a koraszülés kapcsolatának kicsit specifikusabb vizsgálatát végezte el Warren, Racu, Gregg és Simmens (2006), akik pánik zavarban szenvedő kismamákat néztek meg. Azt találták, hogy a pánikzavarban szenvedő nők szignifikánsan gyakrabban adtak életet alacsony testsúlyú újszülöttnak, valamint tendenciaszerű kapcsolatot mutattak ki a koraszüléssel kapcsolatban is (Warren és mts., 2006).

A koraszülés anyai eredetű okainak vizsgálata egészen a pszichózis tanulmányozásáig terjed. Kutatások bizonyítják, hogy a skizofréniában szenvedő kismamák (különösen azok, akiknek terhességük ideje alatt skizofrén epizódjuk volt), szignifikánsan gyakrabban voltak koraszülők, mint azok a kismamák, akiknek nem volt ilyen jellegű betegségük (Bennedsen, 1998; Nilsson, Lichtenstein, Cnattingius, Murray és Hultman, 2002). Valamint alátámasztást nyert a kutatók azon elképzelése is, hogy a tipikus antipszichotikumokat szedő várandós nők nagyobb eséllyel lesznek koraszülők, az ilyen gyógyszert nem szedőkhöz képest (Lin, Chen, Chen, Lee és Wu, 2010). Hasonló eredményekre jutott Eelman, Huttunen, Lönnqvist és Cannon is (2007), akik a skizofrén nők gyakoribb koraszülése mögött, a rájuk jellemző intenzívebb dohányzás szerepét hangsúlyozták (Eelman és mts., 2007).

A koraszülés hátterét vizsgáló szakirodalom természetesen nemcsak az orvosi utasításra szedett, de az illegális szerekkel való visszaélés és a koraszülés között is pozitív korrelációt talált (Kelly és mts., 2002).

Sőt a legfrissebb kutatások szerint, a kismama által rendszeresen megélt migrén és krónikus fejfájás is potenciális előidézője lehet a spontán koraszülésnek (Marozio és mts., 2012).

A fentiek fényében kijelenthető, hogy a koraszülés témáját sokan és sokféleképpen vizsgálták, azonban tudomásom szerint sem hazánkban, sem pedig külföldön nem végeztek még olyan irányú kutatásokat, amely az anyai lélek szorongásának gyökereit járta volna körbe, ezáltal keresve magyarázatot a koraszülésre. Így, dolgozatomban, erre a kihívásokkal teli feladatra vállalkoztam, a korai maladaptív sémák, érzelemszabályozási nehézségek és pszichés jóllét tanulmányozása által.

A következő fejezetben kutatásom e három kulcsfogalmát ismertetem röviden, majd saját vizsgálatomat mutatom be részletesen.

3. Korai maladaptív sémák, érzelmszabályozás és pszichés jóllét

3.1. Korai maladaptív sémák

Korai maladaptív séma alatt olyan átfogó mintázatokat, témákat, emlékekből, érzésekből, és gondolatokból álló sűrítményeket értünk, amelyek a személy önmagáról kialakított képére és másokkal való kapcsolatára vonatkoznak. Gyermek-, és serdülőkorban alakulnak ki, ugyanakkor egész életünk során módosulnak és jelentős mértékben diszfunkcionálisak (Young, 1999, idézi Unoka, 2004).

A sémák Young (2010) szerint, abban az esetben alakulnak ki, ha az öt gyermekkori fejlődési alapszükséglet (biztonságos kötődés, autonómia és kompetenciaigény, a szükségletek és érzelmek szabad kifejezése, korlátok állítása a primer vágyteljesítés elé, spontaneitás és szabad kezdeményezés) nem, vagy nem megfelelő mértékben elégül ki (Young, Klosko, és Weishaar, 2010).

A szükségletek sérülése mentén öt sématartomány és 19 specifikus séma alakulhat ki egy személyiségen belül (Young és mts., 2010).

Ennek alapján, az öt sématartomány a következő: (1) Elszakítottság és elutasítottság; (2) Károsodott autonómia és teljesítőképeség; (3) Határok (korlátok) károsodott volta; (4) Kóros másokra irányultság; (5) Aggályosság és gátlás (Young és mts., 2010).

A sématartományokhoz tartozó specifikus sémák pedig az alábbiak: (1) Érzelmi depriváció, Elhagyatottság, Bizalmatlanság-abúzus, Társas izoláció-elidegenedés, Csökkentértékűség-szégyen, Elutasítottság; (2) Kudarca ítéltég, Dependencia, Sérülékenység, Összeolvadtság; (3) Behódolás, Önfeláldozás, Elismerés hajszolás (4) Feljogosítottság, Elégtelen önkontroll; (5) Pesszimizmus-negativizmus, Érzelmi gátoltság, Könnyörtelen mércék, Büntető készenlét (Young és mts., 2010).

A sémákra jellemző, hogy nagyon jól leképezik a gyermekkori környezetet, hiszen, amikor a séma koragyermekkorban kialakul, akkor még teljesen adaptív és jól működik. Maladaptívvá akkor válik, ha a gyermek, felnőttként is viszi tovább sémáit, és olyan kapcsolatokra húzza rá őket, amelyek már másról szólnak/szólhatnának. Például, ha valaki többszöri elhagyásélményt kénytelen megélni gyermekkorában, a szülei válása, kiszámíthatatlansága vagy halála miatt, akkor egy idő után, egyfajta védekezésként, megérik benne az a megingathatatlan alaphit, hogy ha elérhetőnek tűnik is egy jó kapcsolat, az

semmiképpen sem tartható fent hosszan. Az elhagyás séma így adaptív, hiszen megvédi a gyermeket a további csalódásoktól, fájdalomtól. Probléma akkor keletkezik, ha ez a séma felnőttkorban is (immár maladaptívva válva) fent marad, hiszen a személynek olyan (sokszor alaptalan) félelmei lesznek, hogy a párja súlyosan megbetegszik, elhagyja őt egy értékesebb másikért, vagy meghal egy balesetben (Young és mts., 2010).

A sémák kialakulását a veleszületett temperamentumvonások és a környezeti (nem feltétlenül traumatikus) tapasztalatok együttesen befolyásolják. Sokszor lappangva vannak jelen a személyiségben, amíg egy, a séma kialakulásához nagyon hasonló esemény, egy kulcsinger, nem aktiválja őket. Aktiválódásuk után, magas hőfokú, szétziláló affektusokat váltanak ki az egyénből (Young és mts., 2010).

A sémáknak különböző súlyossági fokozatai vannak. Minél súlyosabb egy séma, annál több helyzet fogja aktiválni és minél több van belőle, annál több területen hat negatívan az egyén életére (Young és mts., 2010).

Mindemellett e gondolat sűrítmények önfenntartóak, hiszen egyfajta szűrőként működve, csak a sémával konzisztens tapasztalatokat engedik be, a sémának ellentmondó információkat kiszűrik, hatásukat pedig érvénytelenítik (Young, 1999, idézi Unoka, 2004).

3.2. Érzelemszabályozás

Mások érzelmeinek leolvasásának, saját érzelmeink kontrollálásának egyre növekvő képessége a társas-érzelmi kompetencia. A kisgyermek, növekedése során, fokozatosan képessé válik arra, hogy tudatosítsa magában saját érzelmeit és másokéit (vagyis képes lesz mentalizálni). Felismeri, hogy egy belső érzelmi állapothoz nem feltétlenül kapcsolódnak külső megnyilvánulások és, hogy vannak olyan helyzetek, amelyben társadalmilag nem megengedett érzelmeinek szabad kifejezése. Folyamatosan tanulja, hogy hogyan kell az erőteljes negatív érzésekhez alkalmazkodni önszabályozó stratégiák által, és megtapasztalja az általános érzelmi elégedettséget is (Saarni, 1999, idézi Cole, 2010).

Mindezen képességek a jól működő korai anya-gyerek kapcsolatban alakulnak ki, hiszen a gyermek egy „kapcsolatban bontakozó lélek”. Az anya nevesíti a gyermek érzéseit, átveszi azokat, amelyekkel egyedül nem tud megbirkózni, és módosított formában adja azt vissza a csecsemőnek (Winnicott, 2004). Az érzelmek diádikus szabályozása alapozza meg tehát az érzelmek önszabályozási képességeit (Gross, Richards és John, 2006).

Azonban a felnőttkori érzelemszabályozás tanulmányozásával a 80-as évekig gyakorlatilag nem foglalkoztak. Kezdetben magának a fogalomnak sem született meg egy egységes meghatározása. Thompson (1994) az elsők között volt, aki az érzelemszabályozást megkülönböztette az érzelemkontrolltól. Még az érzelemkontroll elsősorban a negatív érzelmek szabályozására vonatkozik, addig az érzelemszabályozás nem korlátozódik csupán ezekre, ugyanúgy magában foglalja a pozitív érzelmek kontrollját is (Thompson, 1994).

Ennek alapján Gratz és Roemer (2004) megalkották az érzelemszabályozásnak egy átfogó definícióját. Szerintük az érzelemszabályozás kifejezi, hogy a személy mennyire van tisztában az éppen átélt érzelmeivel, mennyire képes elfogadni azokat, hogyan tudja impulzív viselkedéseit kontroll alatt tartani, illetve mennyire képes a helyzethez legjobban illő érzelemszabályozó technikát kiválasztani, és azt működtetni (Gratz és Roemer, 2004).

Amennyiben ez az egyébként fejleszthető képesség nem, vagy nem jól működik, úgy általános szorongásos zavar, poszttraumás stressz zavar vagy akár borderline személyiségzavar is kialakulhat (Mennin és mts., 2002, idézi Gratz és Roemer, 2004; Cloitre és Rosenberg, 1998; Linehan, 1993).

Mindemellett fontosnak tartom megemlíteni, hogy az érzelmek szabályozása különbözik az érzelmek mentalizációjától. Az érzelmek mentalizálása, vagyis a mentalizált affektivitás nem az érzelmekhez való intellektuális hozzáállást jelenti (annak ellenére, hogy az elnevezésből először tisztán kognitív tevékenységre következtetnénk), sokkal inkább az érzelmi élmények világos felismerését, megértését értjük alatta, legyen ez akár sajátunk, akár egy másik emberé (Allen, Fonagy és Bateman, 2008).

Az érzelmek igen összetettek, számos komponensből állnak. Az érzelmeket átfogó fogalomként lehet használni, hiszen velük egy időben kognitív kiértékelés, pszichés arousal, viselkedéses tendenciák is kifejeződnek, amiket mind kísérhet egy szubjektív élmény. Az érzelmi élmények különböző oldalait, amelyeket gyakran az érzés szóval illetünk, eltérő mértékben mentalizáljuk, vagyis érezzük vagy ismerjük fel. Az érzés pedig egyaránt lehet érzet, készlet, az érzelem megélése (amit implicit mentalizálásnak is nevezhetünk), vagy az ezeket kísérő érzelmi gondolat (Allen és mts., 2008).

Az érzelmek mentalizálására való törekvés különösen fontos a klinikai gyakorlatban, hiszen érzelmeinknek adaptív előnyei lehetnek. Egyrészt bizonyos érzékletek alapján adaptív reakciókat válthatnak ki (pl.: fight or flight) (Cannon, 1953 idézi Allen és mts., 2008), másrészt intencionális struktúrájuk révén szervezik is az ítéletalkotást, harmad részről

egzisztenciális értéket is képviselhetnek (Grayling, 2002, idézi Allen és mts., 2008). Végül pedig „episztemikus” szerepük révén (Goldie, 2004, idézi Allen és mts., 2008), ráhangolhatnak a körülöttünk lévő világra, ezáltal segítenek „jól eltalálni a dolgokat”. Ez az adaptivitás nyilván csak potenciális, attól függ, hogy ki mennyire tudja mentalizálással szabályozni, elaborálni érzelmeit (Parrott, 2002 idézi Allen és mts., 2008).

Maga a folyamat az „érzelmi állapotban maradvá” zajlik, vagyis akkor gondolkodunk az érzésről, amikor konkrétan érezzük azt (Allen és mts., 2008).

Solomon (2008) értelmezése szerint jól mentalizálni nem csak azért kell, mert annak adaptív előnyei vannak, hanem mert az érzelmek jobba teszik, erősítik életünket. Amennyiben el tudjuk érni a teljes érzelmi integritást, vagyis az összetett érzelmi életünkben el tudunk érni bizonyos fokú egységet, elérhetjük a boldogságot. Ami nem egy konfliktusmentes állapot, inkább csak megtanuljuk saját belső világunkkal összhangban kezelni érzelmi konfliktusainkat (Solomon, 2008).

3.3.Pszichés jóllét

A tudományok fejlődése, a haladás korában, sokáig csak a betegségek, különböző patológiák érdemelték ki a pszichológusok figyelmét, amely a 20. századi háborús események, és az azok által okozott traumák miatt még kifejezettebbé vált. Az 1970-es évektől kezdve, azonban a pszichológián belül is egyre inkább erősödött az igény a pozitív lelki állapotok, és az azt működtető mechanizmusok megismerésére (Pikó, 2004). Annál is inkább, mert ma már bizonyított tényként kezelhető, hogy a pozitív és negatív lelki állapotok nem ugyanannak a dimenziónak a végpontjai, hanem egymástól függetlenek tekinthetők. Ebből kifolyólag pedig elmondható, hogy a negatív kogníciók gyengítése vagy megszüntetése, még nem jelenti a pozitív gondolkodás erősödését (Szondy, 2010).

A pozitív és negatív érzelmek elkülönítésére először Bradburn és munkacsoportja (1969) vállalkozott, akik elméletüket arisztotelészi *eudonomia* fogalomra építették. Bár Arisztotelész „*a legfőbb jó*”-t értette eudonomia alatt, Bradburn azt *boldogságnak* fordította (Ryff, 1989).

Carol Ryff (1989) szerint, ha az eudomoniát a személyiség kifejlődésének, tökéletesedésének és nem boldogságnak fordították volna, az elmúlt évek pszichológiai jóllét-kutatások más irányt vehettek volna. Véleménye szerint, a korábbi elemzések kihagyták a

pozitív pszichológiai funkcionalitás igen fontos aspektusait. Ennek a hiánynak a betöltésére egy olyan multifaktoriális modellt alkotott, amelyben számos kutatás elméleti és konceptuális alapjait ötvözte. Felhasználta Maslow (1968/2003) önaktualizációjának és Rogers (1951/1980) teljességgel működő személyiségének fogalmait, valamint modelljébe integrálta Jung (2008) individuációs folyamatát és Allport (1961, idézi Ryff, 1989) érettség kritériumait (Ryff, 1989).

Ennek értelmében, Ryff (1989) szerint, a pszichés jóllét magas fokán álló személy képes:

- pozitív kapcsolatok kialakítására másokkal,
- kontrollálni a komplex környezeti-, és élethelyzeteket,
- saját viselkedésüket belső kontroll alapján szabályozni és saját vélekedéseikre koncentrálni,
- saját magát jelentős létezőnek észlelni, akinek fontos céljai vannak az életben
- fejleszteni és kiterjeszteni szelfjét,
- teljességgel működő személlyé válni,
- elérni céljait és megvalósítani önmagát

Egyszóval a pszichés jóllét Carol Ryff (1989) szerint az egyén törekvése saját tökéletesítésére, az önmagában rejlő határtalan lehetőségek felismerése és azok realizálása által (Ryff, 1989).

3.4. A három dimenzió összekapcsolása

Kököneyi Gyöngyi (2008) vizsgálatában többek között a pszichés jóllét mértékét is vizsgálta különböző mintákon, és azt találta, hogy a maladaptív sémák jelenléte és az érzelmi labilitás összefügg a pszichés jólléttel, fordítottan arányos kapcsolatot mutatva. Minél több maladaptív sémája van egy személynek, illetve minél inkább jellemzi az érzelmi labilitás, annál alacsonyabb lesz a pszichés jólléte. Az eredmények alapján a sémák szignifikánsan jósolják a pszichés jóllétet és az érzelemszabályozási deficiteket is, ill. az érzelemszabályozási deficitek magyarázzák az alacsonyabb pszichés jóllét értékeket (Kököneyi, 2008).

Ebből kifolyólag döntöttem úgy, hogy e kapcsolatok vizsgálatát a koraszülő anyák mintáján is elvégzem, ezzel is elősegítve a koraszülés megértésére irányuló kutatásokat (1.ábra).



1. ábra- A korai maladaptív sémák, érzelemszabályozási nehézségek és pszichés jóllét közötti kapcsolat vizsgálata a koraszüléssel összefüggésben

4. Kérdésfelvetés, hipotézisek

A koraszüléssel és az anyai személyiséggel számos kutató foglalkozott (mely vizsgálatok a korábbi fejezetekben már részletesebben is bemutatásra kerültek). Az említett tanulmányok javarészt az anyai szorongást (Raffai, 1997, C. Molnár, 1994) vagy az anya megnövekedett distressz állapotát (Messer és mts., 2006; Zhu és mts., 2010) tették felelőssé, vagyis véleményem szerint egyfajta „tüneti” szinten elemezték a problémát, és a szorongást magyarázó tényezők vizsgálatára nem terjesztették ki figyelmi fókuszukat.

Éppen ezért döntöttem úgy, hogy saját vizsgálatomban egyfajta mélyebb szinten közelítek a jelenség felé. Konkrétan a korai maladaptív sémákat és érzelemszabályozási nehézségeket vettem górcső alá, méghozzá koraszülő és időre szülő anyák mintáján.

A korai maladaptív sémák természetüknél fogva, jó bejósolói lehetnek a későbbi szorongásos zavarok, karakter-problémák, illetve a személyiségzavarok kialakulásának (Mennin és mts., 2002; Young, 1999; Linehan, 1993).

Ugyanígy az érzelemszabályozási képesség nem megfelelő működése, fejletlensége esetén is kialakulhatnak, többek között, szorongásos zavarok vagy akár borderline személyiségzavar is (Mennin és mts., 2002, idézi Gratz és Roemer, 2004; és Linehan és mts., 1993).

Számos tanulmány pedig bebizonyította, hogy, a kismama szorongásos zavarai és distressz állapota nagy valószínűséggel idéz elő koraszülést (C. Molnár, 1996; Raffai, 1997, Warren és mts., 2006; Martini és mts., 2010).

Ennek megfelelően feltételeztem, hogy a korai maladaptív sémák és az érzelemszabályozási nehézségek befolyásolhatják, sőt kiválthatják a koraszülést.

Ezt követően teszteltem a két csoport pszichés jóllétét, a sémák és érzelemszabályozás függvényében, feltételezve, hogy a több aktív maladaptív séma, és a nagyobb arányban jelenlévő érzelemszabályozási nehézségek, rosszabb pszichés jóllét mutatókkal társulnak.

Vizsgálatomban tehát annak kívántam utánajárni, hogy először is egyáltalán mutatkozik-e valamilyen különbség a koraszülő és időre szülő anyák csoportja között a korai maladaptív sémák, illetve az érzelemszabályozás tekintetében? Valóban megállja-e a helyét az a feltételezés, hogy a koraszülő édesanyáknak több aktív sémájuk van, és érzelemszabályozásuk sem működik megfelelően? Az időre szülő anyukák ténylegesen jobb pszichés jólléttel rendelkeznek-e?

Kutatási kérdésfeltevéseim alapján tehát a konkrét hipotéziseim a következők:

- I. A koraszülő anyák az időre szülő anyákhoz képest szignifikánsan több korai *maladaptív sémával* rendelkeznek. A szignifikancia pedig a 15 korai maladaptív séma többségénél kimutatható.
- II. A koraszülő anyáknál szignifikánsabban gyakrabban fordulnak elő *érzelemszabályozási nehézségek*, mint az időre szülő édesanyáknál, és ez a különbség az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív mind a hat alfaktorában detektálható.
- III. A koraszülő édesanyák *pszichés jóllétüket* tekintve is szignifikánsan különböznek a kontrollcsoporttól a Pszichés Jóllét Kérdőív minden alfaktorában.

5. A kutatás bemutatása

5.1. Vizsgálati eszközök

Hipotéziseink megválaszolására a:

- Young –féle rövidített Séma Kérdőívet (Young, 1999),
(1. számú melléklet)
- Érzelmszabályozási Nehézségek Kérdőívet (Gratz és Roamer, 2003),
(2. számú melléklet)
- a Pszichés Jólét Kérdőívet (Ryff, 1989) vettem fel a vizsgálati személyekkel.
(3. számú melléklet)

5.1.1. Young-féle Sémakérdőív (YSK)

Young (1999) a korai maladaptív sémák mérésére dolgozta ki 244 itemes kérdőívét. Elképzelése szerint az öt ki nem elégített fejlődési alapszükséglet nyomán alakul ki a 19 specifikus séma, amelyeket öt magasabb szintű sématartományba sorolt (Young, 1999, idézi Unoka, 2004).

Vizsgálatomban, gyakorlati megfontolásokból, a 75 tételre rövidített sémakérdőívet használtam, amely 15 specifikus sémából és 5 sématartományból áll:

A sématartományok a következők: (1) Elszakítottság és elutasítottság; (2) Károsodott autonómia és teljesítőképesség; (3) Határok (korlátok) károsodott volta; (4) Kóros másokra irányultság; (5) Aggályosság és gátlás.

A sématartományokhoz tartozó specifikus sémák: (1) Érzelmi depriváció, Elhagyatottság, Bizalmatlanság, abúzus, Társas izoláció, Csökkentértékűség, (2) Kudarcra ítélttség, Dependencia, Sérülékenység, Összeolvadtság, (3) Behódolás, Önfeláldozás, (4) Feljogosítottság, Elégtelen önkontroll (5) Érzelmi gátoltság, Könnyörtelen mércék (Young, 1999, idézi Unoka, 2004).

Egy séma akkor tekinthető aktívnak, ha a maximálisan kapható pontok legalább a felét eléri (Young, 1999, idézi Unoka, 2004).

5.1.2. Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív (ÉNK)

A kérdőívet eredetileg Gratz és Roamer (2004) dolgozta ki, magyarra Kökönyei Gyöngyi és munkatársai (2008) adaptálták.

A kérdőív 36 tételt tartalmaz, amelyek hat alfaktorba rendeződnek:

- **Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága faktor:**
Tételei azt tükrözik, hogy a személy a megtapasztalt negatív érzelmeire intenzív negatív választ ad.
- **Nehézségek a célvezérelt viselkedés fenntartásában faktor:**
Arra vonatkozik, hogy a személy nehézségeket tapasztal a megkezdett feladatok végrehajtásában.
- **Impulzuskontroll nehézségek faktor:**
Az itt magas pontszámot elérők negatív érzelmek fellépésekor a viselkedés szabályozásában problémákat tapasztalnak.
- **Érzelmi tudatosság hiánya faktor:**
Tételei arra vonatkoznak, hogy a személy mennyire figyel az érzelmi jelzéseire, ill. mennyire ismeri el fontosnak azokat.
- **Érzelmi tisztaság hiánya faktor:**
Az itt magas pontszámot adóknál negatív érzelmek felbukkanása esetén az állapot hosszantartó lesz.
- **Érzelemszabályozási stratégiákhoz való csökkent hozzáférés faktor:**
Azt méri, hogy mennyire tudja a személy azonosítani az éppen átélt érzelmet (Kökönyei és mts., 2008).

5.1.3. Pszichés Jólét Kérdőív (PJK)

A Ryff (1989) által kidolgozott, Oláh Attila által adaptált (2005) kérdőív, 18 itemet tartalmaz és hat alskálát foglal magába. Minden alskála 3-3 itemet tartalmaz.

Az alfaktorok az alábbiak:

- Autonómia:

Ebben a faktorban magas pontokat elérő személyek saját viselkedésüket belső kontroll alapján szabályozzák, saját vélekedéseikre koncentrálnak, mások által kevésbé befolyásolhatók.

- Környezet feletti hatalom:

Tételei azt tükrözik, hogy mennyire képes az egyén kontrollálni a komplex környezeti, és élethelyzeteket.

- Személyes fejlődés:

E faktor arra utal, hogy a személy mennyire képes fejleszteni és kiterjeszteni szelfjét, teljességgel működő személlyé válni, elérni céljait és megvalósítani önmagát.

- Pozitív kapcsolatok:

Tételei arra vonatkoznak, hogy az egyén képes-e pozitív kapcsolatok kialakítására másokkal, amely kulcsfontosságú tényezője a mentális egészségnek, és a bizakodó, tartós kapcsolatok alapját képezi.

- Célok az életben:

Faktor arra utal, hogy mennyire képes az személy saját magát jelentős létezőnek észlelni, akinek fontos céljai vannak az életben

- Önelfogadás:

E faktor tételei ismétlődnek a leggyakrabban a pszichés jóllétben. Az önmegvalósítás kulcs-összetevőjének tekinthető, amely fokozza a pszichés funkcionalitást és fejlődést (Oláh, 2005).

5.2. A kutatás résztvevői

A vizsgálatban 100 nő vett részt, 50 koraszülő és 50 időre szülő édesanya. Életkoruk 18 és 40 év között volt.

A tesztfelvétel minden édesanya esetében a szülést követő hat hónapon belül történt. A koraszülő édesanyákkal a kérdőíveket a DE OEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, neonatális intenzív centrumában vettem fel. A kontrollcsoportot részben a Debrecenben lévő 41. számú házi gyermekorvosi rendelőben, részben pedig a kérdőívek online szerkesztett változata segítségével értem el.

5.3. Módszertan

Eredményeimet az R statisztikai program segítségével elemeztem. A Shapiro-Wilk normalitás teszt futtatása után a nem paraméteres eljárások közül a Mann-Whitney- Wilcoxon próbát alkalmaztam, valamint Khi-négyszet próbát futattam, majd a kapcsolatok erősségét a Cramer-féle V asszociációs mutatóval állapítottam meg.

6. Eredmények

6.1. Hipotézis I. eredményei

Annak a kérdésnek a megválaszolására, hogy van-e összefüggés a koraszülés és a korai maladaptív sémák megléte között, elsőként χ^2 próbát futattam.

Az összesen tizenöt korai maladaptív sémából *hat* séma esetében *szignifikáns* kapcsolatot találtam.

Statisztikailag is jelentős, közepesen erős kapcsolat mutatkozott az Érzelmi depriváció séma ($p=0,001$), Elhagyatottság séma ($p=0,013$), Kudarcra ítéltség séma ($p=2,659e-05$), Behódolás séma ($p=0,01$), Önfeláldozás séma ($p=0,008$), és Könyörtelen mércék séma ($p=0,01$) esetében.

Ezt követően mind az hat sémánál megvizsgáltam a kapcsolat erősségét is, a Cramer-féle V asszociációs mutató segítségével. Bár a teszt nem jelzett erős kapcsolatot, mégis jelentősnek tekinthető, különösen, ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy a sémák mellett sok egyéb tényező is befolyásolja a koraszülést. (A további értékeket az 1. táblázat szemlélteti).

1.táblázat- Korai maladaptív sémák vizsgálata próbával a koraszülő és az időre szülő anyák csoportjában

Sémák	Khi- négyzet	Cramer-V
Érzelmi depriváció	$\chi^2=10,74$ p-érték=0,001	0,33
Elhagyatottság	$\chi^2= 6,14$ p-érték=0,013	0,25
Kudarcra ítéltség	$\chi^2=17,65$ p-érték=2,659e-05	0,42
Behódolás	$\chi^2=5,99$ p-érték=0,01	0,25
Önfeláldozás	$\chi^2=6,83$ p-érték=0,008	0,26
Könyörtelen mércék	$\chi^2=5,77$ p-érték=0,01	0,24

Ennek értelmében, a koraszülő édesanyákat az időre szülő anyákhoz képest sokkal inkább jellemzi az a megingathatatlan hit, hogy *életük alapvetően kudarca ítéltetett, és minden erőfeszítésük fölösleges, hiszen másokkal szemben esélytelenek.*

6.2. Hipotézis II. eredményei

Az II. hipotézisem vizsgálatára először Shapiro- normalitás tesztet futtattam, faktoronként és csoportonként (koraszülő és időre szülő). Mivel az elemzés nem mindenhol mutatott normál eloszlást, így a nem paraméteres statisztikai eljárások közül Mann-Whitney próbával folytattam az adatok kiértékelését, amely lehetővé tette, hogy a két független csoportot összehasonlíthassam.

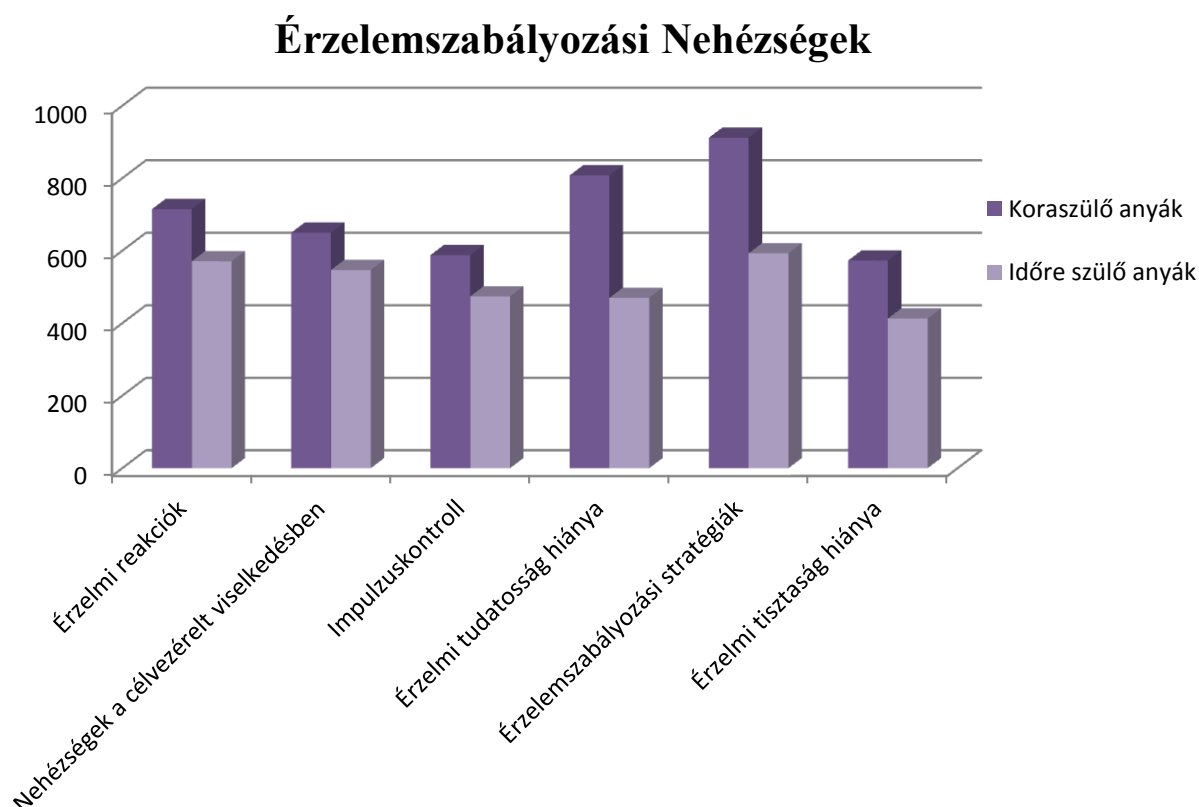
Az ÉNK statisztikai elemzése öt faktorban *szignifikáns* eredményt hozott. (Az első fajú hiba elkerülése végett csökkentettem a 0,05-ös szignifikancia szintet, 0,008-ra).

A legszignifikánsabb kapcsolat az *Érzelmi tisztaság hiánya*, és az *Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés* faktorban mutatkozott. A Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában faktor nem jelzett (p-érték= 0,01) (2. táblázat)

2. táblázat- Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív elemzése Mann-Whitney próbával

Faktorok	Mann- Whitney
Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága	W =1689.5 p-érték=0.0024
Impulzuskontroll nehézségek	W =1639 p-érték=0.0069
Érzelmi tudatosság hiánya	W = 2268.5 p-érték =1.798e-12
Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés	W =1921 p-érték=3.293e-06
Érzelmi tisztaság hiánya	W = 2095 p-érték =5.169e-09

A koraszülő édesanyák tehát öt faktor esetén is, jóval magasabb összesített pontszámot értek el az ÉNK-ban, mint a időre szülő édesanyák. Az említett különbségeket az 2. ábra szemlélteti:



2. ábra- Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív alfaktorainak összesített pontszáma a koraszülő és az időre szülő anyák csoportjában

Amennyiben eredményeimet röviden szeretném összefoglalni, akkor elmondható, hogy a koraszülő anyukáknál az esetleges negatív érzelmek felbukkanása esetén az állapot hosszantartóbb, valamint az éppen átélt érzelmeiket kevésbé képesek azonosítani, mint az időre szülő édesanyák.

6.3. Hipotézis III. eredményei

A Shapiro- teszt futtatása során megállapítottam, hogy nem mindenhol normál eloszlást követett a mintám, így ismételten Mann-Whitney próbával folytattam az adatok elemzését. (Az első fajú hiba elkerülése végett itt is csökkentett, 0,008-as szignifikancia szinttel dolgoztam).

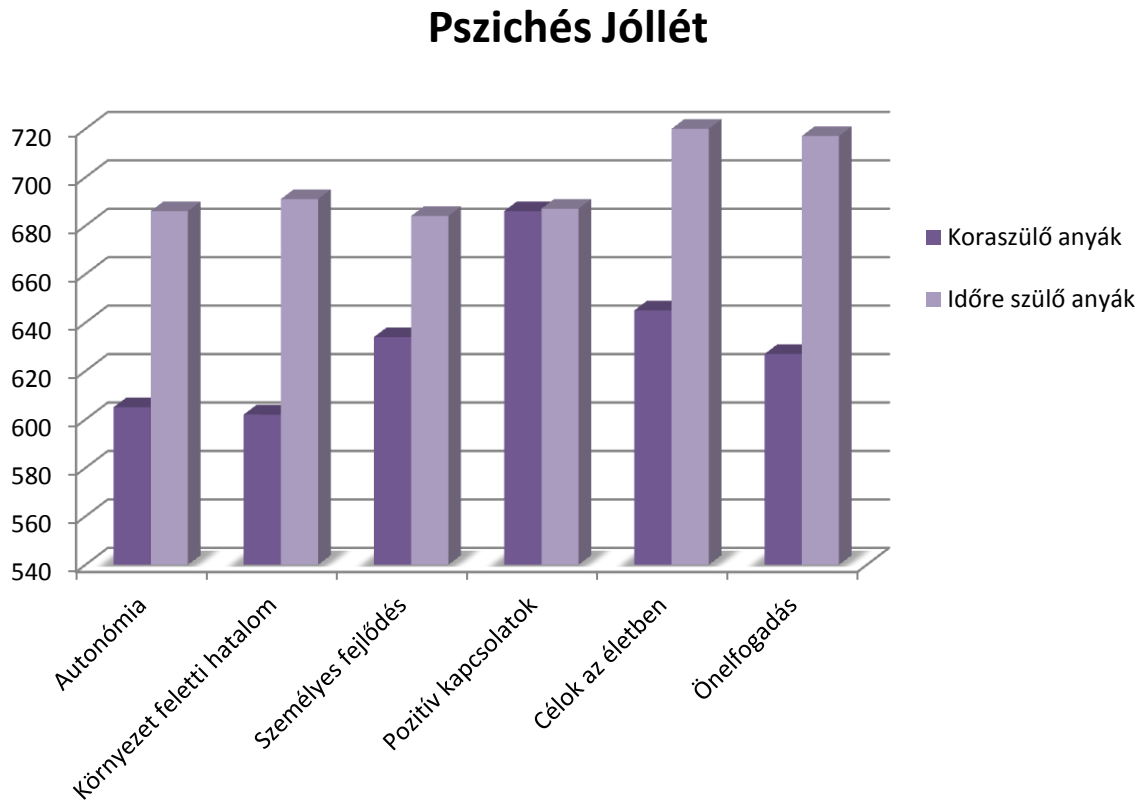
A statisztikai próbák *négy alfaktor* esetében támasztották alá előzetes hipotézisemet, mely szerint a koraszülő anyák pszichés jólléte az időre szülő anyákhoz képest alacsonyabb.

Legerősebben az *önelfogadás* faktor jelzett (p-érték=0,0004), bár a másik három faktor is erős kapcsolatot mutatott. A személyes fejlődés faktornál (p-érték= 0,08) és a pozitív kapcsolatok faktor (p-érték=0,7) esetében, nem találtam szignifikáns összefüggést (3. táblázat).

3.táblázat- Pszichés jóllét vizsgálata Mann-Whitney próbával, a koraszülő és időre szülő csoportban

Faktorok	Mann- Whitney
Autonómia	W =755 p-érték=0,0005
Környezet feletti hatalom	W =770,5 p-érték=0,0008
Célok az életben	W = 779,5 p-érték =0,001
Önelfogadás	W =746,5 p-érték=0,0004

A két csoport közül tehát, a koraszülő anyáknál jóval alacsonyabb pszichés jóllét pontszámot találtam, mint a kontrollcsoportban (3. ábra).



3.ábra- A Pszichés Jóllét Kérdőív alfaktorainak összesített pontszáma a koraszülő és az időre szülő csoportban

Tehát a koraszülő anyukák *alacsonyabb önfogadással bírnak*, aminek következtében *kevésbé képesek az önmegvalósításra, így pszichés funkcionalitásuk alacsonyabb.*

6.4. Eredmények értelmezése

Dolgozatomban a koraszülés anyai eredetű okait vizsgáltam, pontosabban a koraszülő édesanyák személyiségdimenzióját kívántam részletesebben megismerni.

Először is annak a feltevésemnek jártam utána, hogy vajon az aktív korai maladaptív sémák összefüggnek-e a koraszülés tényével. A statisztikai elemzés alapján kijelenthetem, hogy igen, a koraszülő anyák ténylegesen több korai maladaptív sémával rendelkeznek, mint a gyermeküket időben világra hozó édesanyák. A koraszülés és a sémák jelenléte között pedig közepesen erős, ugyanakkor tényleges kapcsolat mutatható ki.

Az elemzés rávilágított arra, hogy a koraszülő anyákat sokkal inkább jellemzi az a megingathatatlan alaphit, hogy egész életükben csak kudarcot vallanak, másokkal szemben esélytelenek, mint az időre szülő anyákat. Úgy vélik, hogy minden változtatásra irányuló törekvésük abszolút felesleges, hiszen, ők soha nem lehetnek sikeresek.

Ezen kívül hajlamosabbak úgy vélni, hogy a normális szintű érzelmi támogatásra irányuló vágyuk nem találhat megértésre, vagy ha elérhetőnek is tűnik egy pozitív, jó kapcsolat, az semmiképpen sem tartható fent hosszan.

A koraszülő édesanyák gyakrabban engedik át másoknak a kontrollt életük felett, legyen szó igényeikről, választásaikról, vagy érzelmeikről. Jellemzően alkalmazkodóbbak másokhoz, sok esetben saját vágyaikról való lemondás árán is. Egész életükben saját, belső mércéiknek akarnak megfelelni, melynek alapján nemcsak másokkal, de önmagukkal szemben is hiperkritikusak, perfekcionistaik. Az időre szülő anyák esetében ez jóval ritkábban fordul elő.

A kapott eredmények második hipotézisemet is alátámasztották. Előzetes vélekedésem tehát, amely szerint, a koraszülő anyákat sokkal inkább sújtják érzelemszabályozási nehézségek, mint a nem koraszülő anyákat, bizonyítást nyert. Vagyis, a koraszülő anyák az időre szülő anyákhoz képest hajlamosabbak a megtapasztalt negatív érzelmeikre intenzív negatív választ adni. A negatív érzelmek fellépésekor a viselkedés szabályozásában problémákat tapasztalnak, sokszor nehezükre esik kontrollálni impulzusaikat. Ráadásul nem rendelkeznek olyan eszköztárral sem, amely segíthetné őket érzelmeik regulációjában. A nyomasztó érzelmek felbukkanása esetén többször vélik úgy, hogy az állapot hosszantartó lesz, vagyis következetesen túlbecsülik a negatív érzelmek időtartamát. Ezen kívül a koraszülő anyák gyakran figyelmen kívül hagyják érzelmeiket, vagy ha figyelnek is rájuk, nem képesek azonosítani őket. Továbbá, ezek az édesanyák hajlamosabbak arra is, hogy lényegtelennek minősítsék megtapasztalt affektusaikat.

Vizsgálatom harmadik részében a két csoport pszichés jóllétét hasonlítottam össze. Több ízben is szignifikáns eredményeket kaptam arra nézve, hogy a koraszülő anyák pszichés funkcionalitása alacsonyabb, mint a kontrollcsoporté.

A koraszülő édesanyákat ez alapján úgy jellemezhetnénk, mint akik nem bíznak a saját véleményükben, inkább elfogadják a határozottabbak álláspontját. Ez nem feltétlenül kompromisszumkészséget jelent, sajnos sokkal inkább jelzi az édesanyák könnyebb befolyásolhatóságát. Továbbá elmondható, hogy kevesebb kontrollt képesek gyakorolni saját környezetük és életük fölött is. Jóval nehezebben élik meg magukat egyedi és megismételhetetlen létezőnek, akinek célja van az életben. Valamint sokkal kevésbé vannak megelégedve saját személyiségükkel, mint azok az anyák, akik időben hozzák világra gyermeküket.

A kapott eredmények alátámasztották azt a korábbi feltételezést is, hogy a több aktív maladaptív séma, és az érzelemszabályozás problémás volta, fordított arányosságban állnak a pszichés jólléttel is. Minél több az aktív séma, és rosszabb az érzelemszabályozás, annál alacsonyabb lesz a pszichés jóllét.

Bár vizsgálatom nem terjedt ki az ok-okozati kapcsolatok elemzésére, az mindenképpen megállapítható, hogy a korai maladaptív *sémák predisponálhatják a kismamákat a koraszülésre amennyiben érzelemszabályozási nehézségeik is vannak, valamint ezen tényezők együttjárása kedvezőtlenül hat ki a pszichés jóllétükre is.*

7. Javaslatok, következtetések

Napjainkban már szinte minden kismama részesülhet terhes-gondozásban, és különböző típusú tornák és tréningek közül válogathatnak kedvük szerint. Ez egy nagyszerű lehetőség, amely a felkészítés mellett, megvédheti őket a szülés körüli komplikációktól is. Egy magyar vizsgálatban kimutatták, hogy azok a kismamák, akik nem részesültek semmilyen típusú terhes-gondozásban, nagyobb arányban adtak koraszülött gyermeknek életet (Orvos és mts., 2001).

A vizsgálatom során világossá vált, hogy milyen nagy jelentősége van a leendő édesanyák mentális egészségének is a szülés kimenetelére nézve. A kevesebb aktív maladaptív sémával rendelkező, illetve az érzelemszabályozás magasabb fokán álló kismamák gyakrabban élték meg problémamentesnek szülésüket, hiszen gyermekük egészségesen, és időben jött a világra.

Ennek okán felmerült bennem a kérdés, hogy a leendő anyukák pszichés felkészítése miért nem része a hazai szülészeti gyakorlatnak? Vizsgálati eredményeim alapján úgy hiszem, hogy nagyon fontos lenne, hogy a kismamák érzelemszabályozásának, (ezen belül is az érzelemszabályozási stratégiáiknak és mentalizálásának) fejlesztése a gyakorlatban is elérhetővé váljon. Ezek a képességek szakszerű segítséggel fejleszthetők, a maladaptív sémák korrigálhatók. Egy franciaországi tanulmány is alátámasztja ezt a véleményemet, hiszen Mamelle és munkatársai (1997) azt találták, hogy azok, az egyébként fizikálisan és mentálisan is egészséges, kismamák, akik szülésüket megelőzően pszichés támogatásban részesültek, sokkal ritkábban szültek idő előtt.

Meggyőződésem, hogy egy ilyen irányú pszichés fejlesztés segítségével a jövőbeni koraszülések csökkenthetőek, vagy megelőzhetőek lennének.

Mindemellett úgy gondolom, hogy a koraszülött gyermeknek életet adó édesanyákat sem szabad magukra hagyni, és már a neonatális intenzív centrumokban támogatni kell őket, nemcsak fizikailag, de lelkiileg is.

Svédországban és Norvégiában körülbelül egy évtizede fokozott figyelmet fordítanak arra, hogy a koraszülött intenzív osztályon még bent fekvő anyukák minél hamarabb túltegyék magukat a koraszüléssel járó érzelmi káoszon és veszteségélményen, és minél hamarabb, nemcsak fizikai értelemben érezhessék magukat anyának. Ennek érdekében az anyukák

bármikor és bármeddig bent lehetnek az inkubátorok mellett, és a lehető leghamarabb kézbe vehetik gyermeküket (Flacking, Ewald, Nyqvist, és Starrin, 2006).

A babát és mamát egyaránt segítő módszerek közé tartozik az úgynevezett kenguru módszer. A kenguru-gondoskodást eredetileg azért találták ki, hogy a koraszülött csecsemők túlélési esélyeit növeljék olyan országokban, ahol a technikai eszközök csak korlátozott mértékben állnak rendelkezésre. Azonban a folyamatosan zajló kutatások igazolták, hogy ez a módszer valójában hatékony, mind a koraszülött mind az időre született csecsemők ápolására. A módszer lényege, hogy az anyuka a meztelen mellkasán nyugtatja gyermekét, ezáltal melegítve őt. A bőrkontaktus, az anya ismerős szívverése biztonságérzetet nyújt a gyermeknek, ösztönzést kap a szopás elkezdésére, érzi az anya mellkasának mozgását, ami segít neki a légzésben. Az édesanya is megnyugszik a gyermeke közelségétől, fokozódik a tejtermelést elősegítő hormonok kiválasztása, megtanul figyelni a gyermek jelzéseire, megerősíti magát abban, hogy fontos a gyermeke számára. Mindezek mellett pedig ez a módszer lehetőséget teremt egy erős, pozitív érzelmi kapcsolat kialakítására az édesanyák és gyermekük között (Charpak és mts., 2004).

Magyarországon, szerencsére egyre több olyan kórházzal lehet hallani, ahol a kenguru módszert engedélyezik és támogatják, mégis a koraszülő anyákat segítő csoportok működtetése még gyerekcipőben jár. A jelen és a jövő pszichológusaira vár, hogy megfeleljenek ennek a kihívásnak.

Jelen kutatásomat a jövőben mindenképpen tovább szeretném fejleszteni. Ennek érdekében, kutatási terveimben szerepel a mintanagyság kibővítése, valamint célszerű lenne kitérni a különböző demográfiai tényezőkre is. Emellett úgy vélem, hogy számos értékes adattal szolgálna egy utánkövetéses vizsgálat, melynek segítségével az ok-okozati kapcsolatok, illetve a sémák és érzelemszabályozási faktorok közötti konkrétabb együttjárások is feltárhatóak lennének.

8. Összefoglalás

Szakedolgozatomban a koraszülés lélektani okait vizsgáltam, különös tekintettel a koraszülő édesanyák személyiségére. Vizsgálatom során a koraszülő és időre szülő édesanyák korai maladaptív sémáit, érzelemszabályozási nehézségeit tanulmányoztam, feltételezve, hogy a koraszülő anyák csoportjában nagyobb arányban találhatók meg ezek a problémák. Mindemellett kitértem a pszichés jóllét vizsgálatára is, ahol arra a feltevésekre kerestem a választ, hogy vajon a koraszülő nők ténylegesen rosszabb lelki egészséggel rendelkeznek-e.

Eredményeim alátámasztották hipotéziseimet, vagyis, a koraszülés összefügg az aktív maladaptív sémák számával, illetve ugyanilyen kapcsolat mutatható ki az érzelemszabályozási nehézségek esetében is. A sémák magas száma, illetve a fejletlenebb érzelemszabályozási képességek, alacsonyabb pszichés jóllét értékekkel társulnak, fordítottan arányos kapcsolatot mutatva.

Tekintettel arra, hogy még sem hazánkban, sem pedig külföldön nem publikáltak olyan tanulmányt, amely a koraszülő anyák személyiségét ilyen mélyebb szinten elemezte volna, kapott eredményeimet, egy az egyben, nem tudtam más kutatásokhoz viszonyítani.

Mindazonáltal a kapott értékek összevágának az anyai szorongás és a koraszülés kapcsolatára fókuszáló vizsgálatokkal. A dolgozat első felében egyrészt ismertettem C. Molnár Emma (1994) eredményeit, aki azt találta, hogy koraszülés esetén az anya túlzott szorongásának „tüneteként” születhet meg hamarabb a gyermek. Másrészt pedig röviden vázoltam a szorongás kialakulásának gyökereit Gratz és Roamer (2004) illetve Young (1999) munkásságán keresztül, miszerint az érzelemszabályozás nem megfelelő volta és az aktív maladaptív sémák egyaránt vezethetnek szorongásos zavarokhoz.

Jelen dolgozat végeredménye, mely szerint a koraszülő anyáknak több maladaptív sémája van és éretlenebb az érzelemszabályozása, mint az időre szülő anyáknak, ezáltal összecseng a korábbi tanulmányokkal, és mélyebb szinten világít rá a koraszülést kiváltó tényezőkre. E két jelentős személyiségbeli „hátrány” pedig negatívan hat az anyák jóllétére, akadályozza őket abban, hogy kiteljesítsék önmagukat.

Emellett mindenképpen meg kell jegyeznem, hogy a vizsgált minta nagysága korlátozza az eredmények általánosíthatóságát, ezért a későbbiekben célszerű lenne megnövelni a vizsgálati személyek számát.

A külső validitás biztosítása érdekében, a jövőben érdemes lenne a vizsgálatot több helyszínen és időpontban is elvégezni, tekintve, hogy a koraszülő anyákkal történő vizsgálat egy intézményben folyt, körülbelül fél évig.

Irodalomjegyzék

- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2011): *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Allport, G. W. (1961): *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Aszmann, A. (2006): A nő-, anya-, csecsemő- és gyermek-egészségvédelem. In: Ádány R. (szerk.): *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Bagdy E. (1986): A pszichoszomatika értelmezési koncepciói. In: Lampé L. (szerk.): *Szülészet-nőgyógyászat és pszichoszomatika I. Pszichoszomatikus Szemlélet a betegellátásban*, 13, (1), 5-13. A DOTE Női Klinikájának Kiadványai, Debrecen.
- Belső N. (2006): A perinatális időszak pszichés zavarai (terhesség, szülés, gyermekágy). In: C. Molnár E., Füredi J., Papp Z. (szerk.): *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*, Medicina Kiadó, Budapest. 81-91.
- Belső N. (2006): Társadalom, kultúra és női szerepek. In: C. Molnár E., Füredi J., Papp Z. (szerk.): *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*, Medicina Kiadó, Budapest. 47-53.
- Bennedsen, B. E. (1998): Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. *Schizophrenia Research*, 33, 1-26. doi:10.1016/S0920-9964(98)00065-6
- Bradburn, N. M. (szerk.) (1969): *The structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Bustan, M. N., Coker, A. L. (1994): Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death. *American Journal of Public Health*, 84, (3), 411-414. doi: 10.2105/AJPH.84.3.411
- Cannon, W. B. (1953): *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement*. Boston, MA: Charles T. Branford Company.
- C. Molnár E. (1994): *A prae-natalis élet és a terhesség pszichológiája*. Bölcsész-Könyvek 2. Miskolci Bölcsész Egyesület, Miskolc.
- C. Molnár E. (1996): *Az anyaság pszichológiája*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

- Charpack, N., Ruiz, J. G., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., Cristo, M., Anderson, G., Ludington, S., Mendoza, S., Mokhachane, M., Worku, B. (2005): Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Pædiatrica*, 94, 514–522.
doi: 10.1080/08035250510027381
- Cloitre, M., Rosenberg, A. (2006): Sexual Revictimization. In: Follette, V. M., Ruzek J. I. (eds.): *Cognitive - behavioral therapies for trauma*. New York: The Guilford Press. 321-362.
- Cole, M., Cole, S. R. (2006): Fejlődéslelektan, Osiris Kiadó, Budapest.
- Csákány M. Gy. (2007): Él-e még a Tauffer-statisztika? Ha igen, mi ez, és mi a haszna? *Magyar Orvos*, 2007/9, 33-35.
- De Muylder, X., Wesel, S., Dramaix, M., Candeur, M. (1992): A woman's attitude toward pregnancy. Can it predispose her to preterm labor? *The Journal of Reproductive Medicine*, 37, (4), 339-342.
- Ellman, L. M., Huttunen, M., Lönnqvist, J., Cannon, T. D. (2007): The effects of genetic liability for schizophrenia and maternal smoking during pregnancy on obstetric complications. *Schizophrenia Research*, 93, 229-236.
doi:10.1016/j.schres.2007.03.004
- Evans, T., Whittingham, K., Boyd, R. (2012): What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behavior & Development*, 35, 1-11.
doi:10.1016/j.infbeh.2011.10.002
- Flacking, R., Ewald, U., Nyqvist, K. H., Starrin, B. (2006): Trustful bonds: A key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 62, 70-80.
doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.026
- Goldie, P. (2004): Emotion, reason and virtue. In: Evans, D., Cruse, P. (eds.): *Emotion, Evolution and Rationality*. New York: Oxford University Press. 249-267.
- Görbe É. (2004): *Koraszülött a családban*. White Golden Book, Budapest.
- Gratz, K. L., Roamer, L. (2004): Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Grayling, A. C. (2002): *The Reason of Things: Living with Philosophy*. London: Weidenfield & Nicolson.

- Gross, J. J., Richards, J. M., John, O. P. (2006): Emotion regulation in everyday life. In: Snyder, D. K., Simpson, J. A., Hughes J. N. (eds.): *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health*. Washington DC: American Psychological Association. 13-55.
- Jesse, D. E., Seaver, W., Wallace, D. C. (2003): Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery*, 19, 191-202. doi:10.1016/S0266-6138(03)00031-7/midw.2002.0358
- Jung, C. G. (2008): *A személyiség fejlődése*. Scolar Kiadó, Budapest.
- Kelly, R. H., Russo, J., Holt, V. L., Danielsen, B. H., Zatzick, D. F., Walker, E., Katon, W. (2002): Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 100, (2), 297-304.
Letöltve:
http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2002/08000/Psychiatric_and_Substance_Use_Disorders_as_Risk.16.aspx (2012. 02.12.)
- Kököneyi Gy. (2008): *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Doktori Disszertáció. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiatudomány Doktori Iskola, Budapest.
- Latva, R., Korja, R., Salmelin, R. K., Lehtonen, L., Tamminen, T. (2008): How is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants? *Early Human Development*, 84, 587–594. doi:10.1016/j.earlhumdev.2008.02.002
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., Rath, W. (2010): Pregnancy complications in women with childhood sexual abuse experiences. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 503–510. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.04.017
- Lin, H. C., Chen, I-J., Chen, Y-H., Lee, H. C., Wu, F. J. (2010): Maternal schizophrenia and pregnancy outcome: Does the use of antipsychotics make a difference? *Schizophrenia Research*, 116, 55–60. doi:10.1016/j.schres.2009.10.011
- Linehan, M. M. (1993): *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Loomans, E. M., Stelt, O., Eijdsen, M., Gemke, R. B. J. B., Vrijkotte, T., Bergh, B. R. H. (2011): Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human Development*, 87, 565–570. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.04.014

- Lux E. (1986): A vetélés és koraszülés pszichés háttere. In: Lampé L. (szerk.): *Szülészet-nőgyógyászat és pszichoszomatika II. A terhesség pszichoszomatikája*, 13, (2), 43-61. A DOTE Női Klinikájának Kiadványai, Debrecen.
- Mamelle, N., Segueilla, M., Munoz, F., Berland, M. (1997): Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor - The benefits of psychologic support. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 177, (4), 947-952.
doi: 10.1016/S0002-9378(97)70299-0
- Marozio, L., Facchinetti, F., Allais, G., Nappi, R. E., Enrietti, M., Neri, I., Picardo, E., Benedetto, C. (2012): Headache and adverse pregnancy outcomes: a prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 161, 140-143.
doi:10.1016/j.ejogrb.2011.12.030
- Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., Witthchen, 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, 305-310.
doi:10.1016/j.earlhumdev.2010.04.004
- Maslow, A. S. (1968/2003): *A lét pszichológiája felé*. Ursus Kiadó, Budapest.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., Fresco, D. M. (2002): Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85–90.
- Messer, L. C., Kaufman, J. S., Dole, N., Savitz, D. A., Laraia, B. A. (2006): Neighborhood Crime, Deprivation, and Preterm Birth. *Annals of Epidemiology*, 16, 455-462.
doi:10.1016/j.annepidem.2005.08.006
- Messer, L. C., Vinikoor, L. C., Laraia, B. A., Kaufman, J. S., Eyster, J., Holzman, C., Culhane, J., Elo, I., Burke, J. G., O'Campo, P. (2008): Socioeconomic domains and associations with preterm birth. *Social Science & Medicine*, 67, 1247-1257.
doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.009
- Müller-Rieckmann, E. (2001): *A koraszülött gyerekek*. Akkord Kiadó, Budapest.
- Nilsson, E., Lichtenstein, P., Cnattingius, S., Murray, R. M., Hultman, C. M. (2002): Women with schizophrenia: pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophrenia Research*, 58, 221– 229.
doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00370-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00370-X)

- Orr, S. T., Miller, A., James, S. A., Babones, S. (2000): Unintended pregnancy and preterm birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 14, (4), 309-313.
doi: 10.1046/j.1365-3016.2000.00289.x
- Orvos, H., Hoffmann, I., Frank, I., Katona, M., Pál, A., Kovács, L. (2002): The perinatal outcome of pregnancy without prenatal care. A retrospective study in Szeged, Hungary. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 100, (2), 171–173.
doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115\(01\)00471-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115(01)00471-7)
- Papp Z. (szerk.) (2009): *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2004): A pozitív pszichológia missziója a modern társadalomban. Paradigmaváltás a társadalomtudományokban? *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5, (4), 289-299.
- Piontelli, A. (2010): *A magzattól a gyermekig*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Raffai J. (1997): *Megfogantam tehát vagyok. Párbeszéd a babával az anyaméhben*. Útmutató Kiadó, Budapest.
- Reagan, P. B., Salsberry, P. J. (2004): Race and ethnic differences in determinants of preterm birth in the USA: broadening the social context. *Social Science & Medicine*, 60, 2217–2228.
doi:10.1016/j.socscimed.2004.10.010
- Rogers, C. R. (1951/1980): Személyiség és viselkedés-elmélet. In: Szakács F., Kulcsár Zs. (szerk.): *Személyiséglélektan szöveggyűjtemény II*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Ryff, C. D. (1989): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, (6), 1069-1081.
- Saarni, C. (1998): Issues of cultural meaningfulness in emotional development. *Developmental Psychology*, 34, (4), 647-652.
- Solomon, R. C. (2008): *True to Our Feelings: What Our Emotions Are Really Telling Us*. New York: Oxford University Press.
- Szeverényi P. (1986): A terhesség pszichológiája. In: Lampé L. (szerk.): *Szülészet-nőgyógyászat és pszichoszomatika II. A terhesség pszichoszomatikája*, 13, (2), 5-23. A DOTE Női Klinikájának Kiadványai, Debrecen.
- Szondy M. (2011): Optimizmus, életminőség és pozitív pszichoterápia. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66, (1), 203-223.

- Thompson, R. A. (1994): Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, (2/3), 25-52.
Letöltve: <http://www.jstor.org/stable/1166137>
- Tímár A. (2006): A nem kívánt terhesség. In: C. Molnár E., Füredi J., Papp Z. (szerk.): *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*, Medicina, Budapest. 227-233.
- Unoka Zs., Rózsa S., Fábán Á., Mervó B., Simon L. (2004): A Young-féle Séma Kérdőív: A korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 19, (3), 244-256.
- Varga K., Suhai-Hodász, G. (2002): *Szülés és születés. Lélektan innen és túl*. Pólya Kiadó, Budapest.
- Vinikoor-Imler, L. C., Messer, L. C., Evenson, K. R., Laraia, B. A. (2011): Neighborhood conditions are associated with maternal health behaviors and pregnancy outcomes. *Social Science & Medicine*, 73, 1302-1311.
doi:10.1016/j.socscimed.2011.08.012
- Warren, S. L., Racu, C., Gregg, V., Simmens, S. J. (2006): Maternal panic disorder: Infant prematurity and low birth weight. *Anxiety Disorders*, 20, 342-352.
doi:10.1016/j.janxdis.2005.02.007
- Winnicott, D. W. (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Young, J. E. (1999): *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2010): *Sématerápia*. Magyar Viselkedéstudományi és Kognitív Terápiás Egyesület (VIKOTE), Budapest.
- Zhu, P., Tao, F., Hao, J., Sun, Y., Jiang, X. (2010): Prenatal life events stress: implications for preterm birth and infant birthweight. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 203, (1), 34e1-34e8.
doi: 10.1016/j.ajog.2010.02.023

Mellékletek

1. számú melléklet- Young-féle rövidített Sémakérdőív

Tisztelt Válaszadó!

A Debreceni Egyetem hallgatójaként arra kérem Önt, hogy járuljon hozzá koraszüléssel kapcsolatos kutatásomhoz azzal, hogy kitölti az alábbi kérdőív-csomagot.

A kérdőív-csomag összesen három részből áll, a kitöltés körülbelül 20 percet vesz igénybe.

A kérdéseknél nincsenek jó vagy rossz válaszok, arra kérem, hogy a lehető legőszintébben válaszoljon vizsgálatom hitelességének megőrzése érdekében.

Szeretném hangsúlyozni, hogy a kitöltés névtelenül zajlik, az adatokat diszkréten kezelem.

Hálásan köszönöm segítségét!

Kérem, a pontozott vonalra írja be válaszát!

Életkora:

Hányadik terhessége a jelenlegi?.....

YSK

Az alábbi lista olyan állításokat tartalmaz, melyek segítségével bárki jellemezheti saját magát.

Kérjük, olvassa el az egyes állításokat, és értékelje, hogy mennyire illenek Önre és ezt a számot írja az állítás melletti bal oldali négyzetbe. Amennyiben bizonytalan, válaszát arra alapozza, amit igaznak érez, és ne mérlegelés alapján döntsön.

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

	1. Többnyire nem volt senkim, akihez tanácsért vagy érzelmi támogatásért fordulhattam volna.
	2 Általában nem voltak olyan emberek, akik melegséget, biztonságot, és szeretetet adtak volna.

	3 Életem során többnyire nem éreztem, hogy valaki számára különösen fontos vagyok.
	4 Többnyire nem volt olyan személy, aki valóban meghallgatott és megértett volna valódi szükségleteimmel, érzelmeimmel.
	5 Ritkán volt részem abban, hogy egy rátermett személy igazi tanácsot és útmutatást nyújtott volna, amikor nem tudtam, mihez kezdjek.
	6 Azt veszem észre, hogy a hozzám közel állókhoz betegesen ragaszkodom, mert attól félek, hogy el fognak hagyni.
	7 Aggódom, hogy szeretteim elhagynak vagy elhanyagolnak.
	8 Kétségbe esek, mikor azt érzem, hogy egy szeretett személy kezd eltávolodni tőlem.
	9 Néha annyira félek, hogy elhagynak, hogy inkább elüldözöm magamtól az embereket.
	10 Annyira szükségem van másokra, hogy aggódom mi lesz, ha elveszítem őket.
	11 Úgy érzem, ki akarnak használni.
	12 Úgy érzem, mások jelenlétében nem engedhetem el magam igazán, mert akkor szándékosan bántani akarnak.
	13 Csak idő kérdése, mielőtt valaki elárul
	14 Elég gyanakvó vagyok mások hátsó szándékait illetően.
	15 Általában próbálom kitalálni, mi lehet a másik hátsó gondolata.
	16 Nem illek sehova.
	17 Alapvetően más vagyok, mint a többi ember.
	18 Nem tartozom sehova; magamnak való vagyok.
	19 Úgy érzem, a többi ember számára idegen vagyok.
	20 Mindig csoporton kívülnek éreztem magam.
	21 Senki, akire vágyom, nem kívánná, nem szeretne, ha ismerné a hiányosságaimat.
	22 Senki, akire vágyom nem maradna a közelemben, ha megismerné valódi énemet.
	23 Nem érdelem meg mások szeretetét, figyelmét, megbecsülését.
	24 Úgy érzem, nem vagyok méltó a szeretetre.
	25 Alapvető tulajdonságaim túlságosan lefoglalnak ahhoz, hogy felfedjem magam mások előtt.
	26 Szinte semmi, amit a munkahelyemen (iskolában) csinálok, nem annyira jó, mint amit mások meg tudnak csinálni.
	27 Ha teljesítenem kell, nem tudok megfelelni.

	28 A legtöbb ember nálam többre képes a munka és a teljesítmény terén.
	29 Nem vagyok olyan tehetséges a munkámban, mint a legtöbb ember.
	30 Ha munkáról (iskoláról) van szó, nem vagyok olyan intelligens, mint legtöbben.
	31 Úgy érzem, egyedül nem tudok elboldogulni a mindennapi életben.
	32 Úgy gondolom, hogy a hétköznapi életben másoktól függő személy vagyok.
	33 Nincs józan ítélőképességem.
	34 A hétköznapi életben nem támaszkodhatom a saját véleményemre.
	35 Nem érzem magam képesnek a mindennapi életben felmerülő problémák megoldására.
	36 Úgy tűnik, nem tudok szabadulni a gondolattól, hogy bármelyik percben történhet valami.
	37 Úgy érzem, bármelyik percben jöhet valami katasztrófa (természeti, bűncselekmény, gazdasági vagy egészségügyi).
	38 Félek, hogy megtámadnak.
	39 Attól félek, hogy minden pénzemet elvesztem, és nyomorogni fogok.
	40 Aggódok, hogy valami komoly betegségem van, annak ellenére, hogy ilyesmit nem mondott az orvosom.
	41 Nem tudtam olyan mértékben leválni a szüleimről, mint ahogy ezt –látszólag- a velem egykorú emberek tették.
	42 A szüleim és én túlságosan is hajlamosak vagyunk beleszólni egymás életébe és problémáiba.
	43 A szüleimnek és nekem nagyon nehezen megy, hogy büntudat és csalódás érzése nélkül bármilyen intim apróságot elhallgassunk egymás elől.
	44 Gyakran érzem, hogy nincs saját identitásom, ami elkülönítene a szüleimtől vagy a partneremtől.
	45 Gyakran érzem, hogy a szüleim rajtam keresztül élnek –nincs saját életem, külön életem.
	46 Azt hiszem, sok bajom származna abból, ha azt csinálnám, amit akarok.
	47 Úgy érzem, nincs más választásom, mint hogy mások kérésére beadjam a derekam különben valamilyen módon megtorolnák, vagy elutasítanak.
	48 Kapcsolataimban hagyom, hogy a másik fél diktáljon.

	49 Úgy érzem, hogy életem legfontosabb döntéseit nem én hoztam.
	50 Nehezemre esik, hogy megköveteljem saját jogaim tiszteletben tartását, és érzelmeim figyelembe vételét.
	51 Legtöbbször végül én vagyok az, aki gondoskodik a hozzám közel állókról.
	52 Jó ember vagyok, mert másokkal többet törődöm, mint saját magammal.
	53 Annyira lefoglalt, hogy szeretteimről gondoskodjak, hogy magamra alig marad időm.
	54 Mindig is én voltam az, aki mindenki mást meghallgatott.
	55 Más emberek úgy látják, hogy túl sok mindent teszek meg másokért, és túl keveset magamért.
	56 Túlságosan zavarban vagyok, ha pozitív érzelmeimet ki kell fejeznem mások előtt (pl. szeretet, törődés kimutatása).
	57 Szégyellem kifejezni az érzelmeimet mások előtt.
	58 Nehezemre esik, hogy barátságos és spontán legyek.
	59 Annyira uralkodom magamon, hogy az emberek azt hiszik, nincsenek érzelmeim.
	60 Az emberek úgy látják, érzelmileg merev vagyok.
	61 Muszáj, hogy mindenben, amit csinálok, a legjobb legyek, nem fogadom el a második helyet.
	62 Próbálom a lehető legjobbat nyújtani, a „megfelelő” nem elég jó.
	63 Minden feladatomat teljesíteni kell.
	64 Úgy érzem, állandó nyomás alatt állok, hogy teljesítsek, és véghez vigyek dolgokat.
	65 Nem engedhetem meg magamnak, hogy könnyelműen elnézzek magamnak dolgokat, vagy kifogásokat találjak a hibáimra.
	66 Amikor akarok valamit másoktól, nagyon nehezemre esik elfogadni a visszautasítást.
	67 Különleges ember vagyok, és nem kell elfogadnom a többi emberre vonatkozó korlátokat.
	68 Utálom, ha korlátoznak, vagy visszatartanak attól, hogy azt csináljam, amit akarok.
	69 Úgy érzem, nem kellene elvárni, hogy betartsam a normális szabályokat és azokat a megkötéseket, amelyeket mások betartanak.
	70 Úgy érzem, amit én tudok nyújtani, az többet ér mások hozzájárulásánál.

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

2. számú melléklet- Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív

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

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

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

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

3. számú melléklet – Pszichés Jólét Kérdőív

Kérjük, az állítások mellé balra jelölje be, hogy milyen mértékben ért vagy nem ért egyet az állítások vonatkozásában az alábbiak alapján!

- 1: erősen egyetértek
- 2: nagyjából egyetértek
- 3: kicsit egyetértek
- 4: inkább nem értek egyet
- 5: többnyire nem értek egyet
- 6: egyáltalán nem értek egyet

	1. Személyiségem legtöbb oldalát szeretem.
	2. Amikor megvizsgálom életem történetét, elégedett vagyok azzal, ahogy a dolgok eddig alakultak.
	3. Néhány ember céltalanul vándorol egész életében, de én nem tartozom közéjük.
	4. Gyakran lehangolnak az élet mindennapi követelményei.
	5. Bizonyos tekintetben kiábrándultnak érzem magam az életben nyújtott teljesítményem miatt.
	6. Nehézséget és többnyire csalódással teli élményeket hoz számomra a szoros kapcsolatok fenntartása.
	7. Napról napra élem az életem és nem igazán gondolok a jövőre.
	8. Általában úgy érzem, hogy felelős vagyok azért a helyzetért, amelyben élek.
	9. Jól tudom kezelni a mindennapokban rám háruló kötelezettségeket.
	10. Néha úgy érzem, mintha már megtettem volna mindent, ami az életben megtehető.
	11. Az élet számomra a tanulás, a változás és a fejlődés szakadatlan folyamata.
	12. Úgy gondolom, hogy fontos olyan új élményeket és tapasztalatokat szerezni, amelyek kihívásokat jelentenek önmagunk és a világunk újra gondolására.
	13. Az emberek valószínűleg úgy jellemeznének engem, mint egy adakozó személyt, aki hajlandó időt szentelni másokra

	14.Régen feladtam a próbálkozást arra, hogy valami nagy javulást, vagy változást hozzak létre az életemben.
	15.Hajlamos vagyok arra, hogy elfogadjam a határozott véleményt képviselő emberek álláspontját.
	16.Nem valami sok melegséget és bizalmat tapasztalok a másokkal való kapcsolataimban
	17.Bízom a saját véleményemben még akkor is, ha az gyökeresen eltér mások álláspontjától.
	18. Azon értékek alapján ítélem meg magam, amelyeket én fontosnak tartok, és nem pedig azok alapján, amiket mások tartanak fontosnak.