

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM  
BÖLCÉSZETTUDOMÁNYI KAR  
PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA  
FEJLŐDÉS- ÉS KLINIKAI PSZICHOLÓGIA PROGRAM**

Sz. Makó Hajnalka

**„DÖNTÉS ÉLETRŐL – HALÁLRAÓL”  
A MŰVI ABORTUSZ PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI  
Doktori (Ph. D.) értekezés tézisei**

**Témavezető:** Prof. Dr. Péley Bernadette



Pécs, 2013

<b>I. A művi abortusz pszichológiai vonatkozásainak feltárásával foglalkozó kutatás összefoglalása.....</b>	<b>3</b>
1. Problémafelvetés.....	3
2. A kutatás folyamata.....	8
3. A vizsgálati minta demográfiai jellemzői.....	9
4. Alkalmazott módszerek.....	11
5. A kutatási eredmények megvitatása.....	12
5.1. <i>A művi abortuszt kísérő rövid távú pszichológiai jellemzők.....</i>	<i>12</i>
5.1.1. A nők mentális állapota a művi vetélés idején.....	12
5.1.2. Szituatív tényezők a nők mentális állapotával összefüggésben.....	12
5.1.3. Kapcsolati változók és a nők mentális állapota a beavatkozás idején.....	17
5.1.4. Egyéni jellemzők és a nők mentális állapota a beavatkozás idején.....	22
5.1.5. Élettörténeti események és demográfiai jellemzők a művi abortusz rövid távú pszichológiai kimeneteleivel összefüggésben.....	24
5.2. <i>A művi abortusz hosszú távú pszichológiai jellemzői.....</i>	<i>25</i>
5.2.1. A fél évvel későbbi utánkövetéshez való viszonyulás, azaz a megjelenéssel vagy elutasítással összefüggésben álló tényezők.....	26
5.2.2. Szorongás és depresszió fél évvel a művi abortuszt követően.....	27
5.2.3. Pszichológiai tünetek és panaszok, distressz jellemzők fél évvel az abortusz követően.....	28
5.2.4. A PTSD tünetei fél évvel a beavatkozást követően.....	30
<b>II. Összefoglalás és kitekintés.....</b>	<b>30</b>
<b>Irodalom.....</b>	<b>33</b>

A művi abortusz lélektani vonatkozásainak megismerését célzó témaválasztást indokolja, hogy Magyarországon az élveszületések számának folyamatos csökkenése mellett számottevő a várandóssághoz kapcsolódó veszteségélmények – úgy, mint az érintett nő által kezdeményezett vagy orvosi-egészségügyi indikáció alapján végzett abortusz, ezt követik a spontán illetve habituális vetélés, az extrauterin graviditás, és a perinatális mortalitás - előfordulásának gyakorisága is; valamit igen kevés olyan, hazánkban született kutatás ismert, mely a nők és partnereik terhességi veszteségre adott pszichológiai reakcióit és következményeit vizsgálná. A felsorolt magzati veszteségek számos tekintetben – úgy, mint például a gesztációs hét a veszteség idején; a gyermekvállalási szándék; a kimenetel feletti kontroll; az esemény felvállalhatósága és megoszthatósága - eltérnek egymástól, mely az adott veszteségélmény megélésének pszichológiai különbözőségeiben, a feldolgozási folyamatok sajátosságaiban is megmutatkozhat.

A negatív terhességi kimenetek közül a művi vetélések előfordulása a legmagasabb. A többi veszteségélménnyel ellentétben itt a nő beleegyezésével, tervezett módon, kontrollált feltételek között kerül sor a beavatkozásra, mely olyan kérdéseket vet fel, mint hogy veszteség-e az anya és vagy a pár számára egy nem kívánt terhesség megszakítása; milyen pszichológiai következményekkel járhat az élet kioltása mellett hozott döntés; lehet-e gyászolni egy saját döntésből kifolyólag meg nem született gyermeket; milyen pszichológiai reakciók kísérik a művi vetélést; milyen rövid és hosszú távú lélektani következményekkel járhat az esemény.

Jelen munka elsődleges célja, hogy - a témában született nemzetközi szakirodalom feldolgozásán- és a terhességmegszakításon átesett nők beavatkozás idején mutatott és fél évvel későbbi, eseményhez kapcsolódó pszichológiai reakcióinak mérésén és elemzésén alapulva - kiemelt figyelmet fordítson a művi abortusz lélektani vonatkozásainak átgondolására.

## **I. A művi abortusz pszichológiai vonatkozásainak feltárásával foglalkozó kutatás összefoglalása**

### **1. Problémafelvetés**

A művi abortusz hivatalos engedélyeztetése világszerte az 1950 és 1970-es évek közé tehető, mellyel párhuzamosan az esemény nők mentális állapotára gyakorolt hatásának vizsgálatával

foglalkozó pszichológiai és pszichiátriai tanulmányok száma több országban is ugrásszerűen megnőtt (ld. USA, skandináv országok). Magyarországon a művi abortuszok előfordulása a beavatkozás hivatalos engedélyeztetése óta jelentősnek mondható, tárgyévtől függően 206.817 és 40.449 között alakult, s még napjainkban is közel minden harmadik fogantatás végződik a terhesség megszakításával. A statisztikai adatok figyelembevételével valószínűsíthető, hogy a fogamzóképes nők többsége élete folyamán valamikor érintetté válik a kérdésben. Mindezek ellenére hazánkban az eseményt kísérő pszichológiai folyamatok és állapotok feltárása a mai napig várat magára, s eddig nem születtek olyan kutatások, melyek a terhesség megszakításával járó pszichológiai folyamatok megismerését céloznák.

A nők nagyszámú érintettsége mellett a művi abortusz lélektani következményeinek megismerését azért is tartjuk kiemelt fontosságúnak, mert egyetértünk a témával foglalkozó azon szerzőkkel, akik felhívják a figyelmet a beavatkozás nők mentális állapotát érintő negatív következményeire, különböző pszichiátriai problémák – például depresszió, szorongásos rendellenességek, szexuális diszfunkciók – eseményt követő megjelenésének nagyobb kockázatára.

Kutatásunk célja, hogy magyarországi mintán tanulmányozva ismerhessük meg a beavatkozást kísérő pszichológiai reakciókat, s olyan kérdésekre keressünk választ, melyek láthatóvá teszik a művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt hatásának átmeneti és/vagy tartós következményeit. Ezzel összefüggésben fontosnak tartjuk megkülönböztetni a terhesség megszakítására adott rövid és hosszú távú, illetve a normatív és patológiás feldolgozást valószínűsítő reakciókat. Átmeneti és rövid távú következmények között tartjuk számon az érintett nők fokozottabb szorongás- és depresszió jellemzőit a beavatkozás idején; hosszú távú kimeneteli lehetőségek között pedig a komplikált gyász jegyeként megjelenő, főként neurotikus és depresszív tünetképződést.

A terhesség művi megszakítását az érintettek az egyéni jellemzők, élethelyzetek és az abortusz mellett meghozott döntés háttérében álló okok sokféleségéből eredően nagyon különböző minőségű és intenzitású érzések kíséretében élhetik meg. Ezzel összefüggésben úgy véljük, hogy a nők egy részénél a művi vetélés átmeneti következményekkel bír, míg egy másik részük tartós, elhúzódó reakciókat mutat. A veszteség komplikált és egyben elhúzódó feldolgozásának jelzői lehetnek az érintetteknek hónapokkal az eseményt követően is fennálló vagy megjelenő szorongásos zavarok, abortusszal összefüggő poszt-traumás stressz reakció (továbbiakban MAB-PTSD) és az érzelmi-hangulati élet rendellenességei. Az idői paraméterek meghatározásánál a BNO X. diagnosztikus rendszerét alapul véve a beavatkozást követő hat hónapot jelöltük meg, mint azt az intervallumot, melyet követően azonosítható

pszichés problémákat a hosszú távú komplikált kimenetek között tárgyaljuk. Ez összhangban áll azon nemzetközi kutatási eredmények figyelembevételével is, melyek a normatív feldolgozás idejét a beavatkozás utáni 1-3 hónapban állapítják meg (ld. Adler, 1975; Cohen és Roth, 1984; Cozzarelli, 1993; Faure és Loxton, 2003; Mueller és Major, 1989).

Jelen munkában kiemelt figyelmet szentelünk a rövid és hosszú távú pszichológiai reakciókkal összefüggésben álló és azokat befolyásoló tényezők azonosítására is. Az eddigi kutatásokkal ellentétben, - melyek egyidejűleg csak néhány változó vonatkozásában vizsgálták ezeket a kapcsolatokat, - a lehetséges moderáló tényezők komplex és rendszerezett áttekintésére törekedtünk. Ennek megfelelően szituatív-, kapcsolati-, valamint egyéni jellemzők mentén csoportosítottuk a valószínűsítetten abortusz-kimenettel összefüggést mutató egyes változókat. Szűkebb értelemben vett szituatív tényezők alatt értjük a tehességmegszakítás helyzetéhez kötött olyan specifikumokat, mint például az abortusz kapcsán megjelenő félelmeket vagy a döntés meghozatalának nehézségét, s az abortusz mellett és ellenében megfogalmazott érveket. A kapcsolati változók között kerültek kiemelésre a partnerrel és a szülőkkel való kapcsolati jellemzők, valamint az általánosságban vett társas támasz mennyiségi és minőségi paraméterei. Az abortusz pszichológiai következményeinek kontextusában tárgyalt egyéni változók között pedig a személyiség stresszhelyzettel szembeni eredményességét és ellenálló képességét meghatározó coping-mechanizmusokat és reziliencia jellemzőket, míg a sérülékenységgel összefüggésben a szorongásos reakciókra való hajlamot, a neuroticizmust vizsgáltuk. Úgy véljük, a fentiekben csoportosított változók - elősegítve vagy éppen gátolva a feldolgozási folyamatot - együttesen gyakorolnak hatást az abortuszra adott reakciókra, illetve a rövid és hosszú távú kimenetekre.

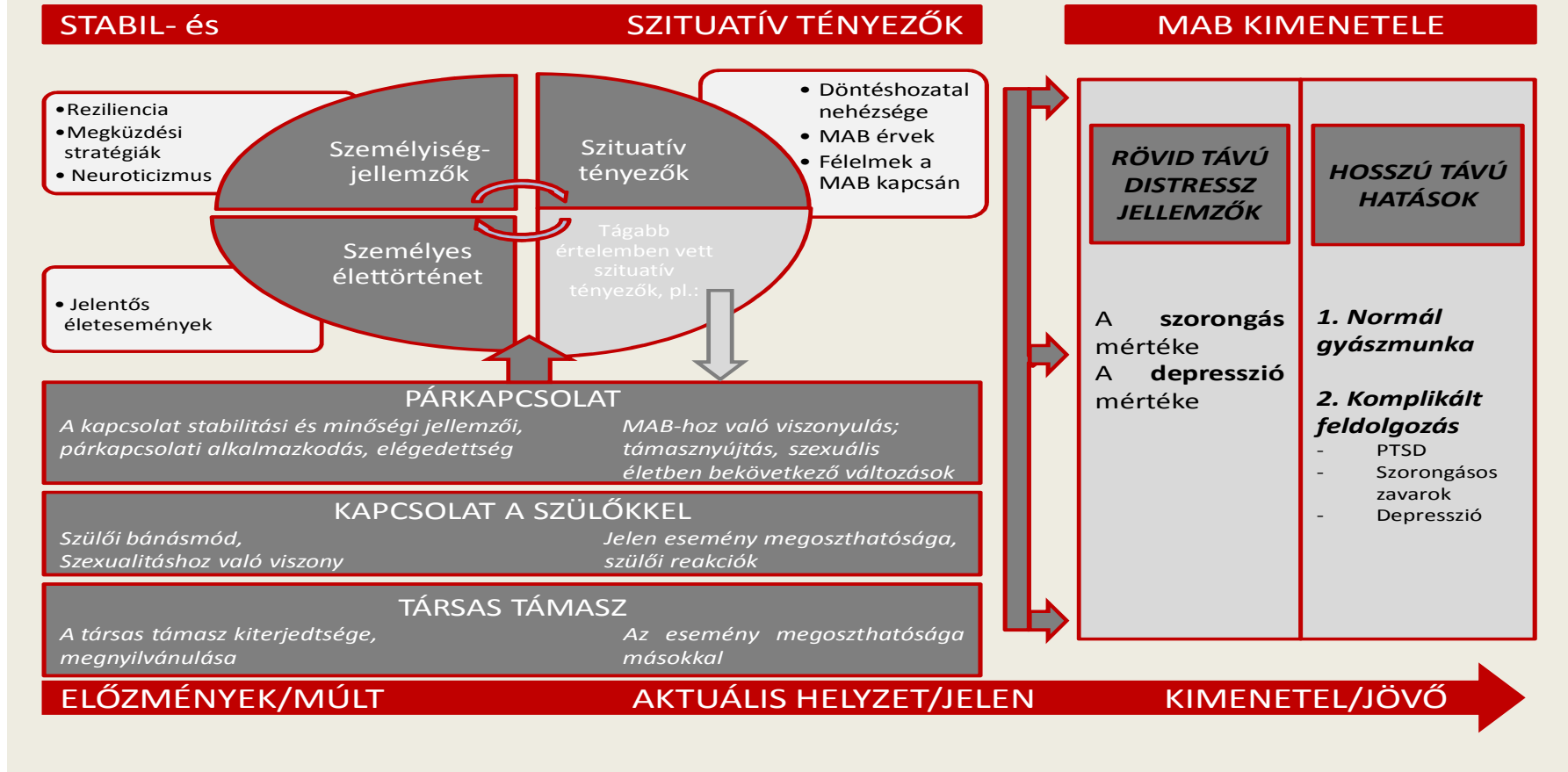
A feldolgozás módját és folyamatát számos, a helyzetre jellemző specifikus tényező teszi eltérővé a hagyományos értelemben vett gyász munkától. Közülük csak néhányat kiemelve, az, hogy az érintett nő dönt a terhesség megszakítása mellett, azaz közvetlen okozója az embrió/magzat halálának; az, hogy a helyzet nem teszi lehetővé a veszteséggel járó érzések nyílt kifejezését és megélését, a magzattól történő elbúcsúzást; az, hogy az esemény sokszor a közvetlen családi kapcsolatokat is konfliktusokkal terheli, úgy véljük, hozzájárul az elhúzódó, visszatérő vagy túlzott pszichológiai reakciókban és pszichiátriai zavarokban megmutatkozó komplikált feldolgozás megnövekedett kockázatához. A nők mentális egészségének támogatása szempontjából kiemelt jelentőségűnek tartjuk az abortusz miatt súlyos pszichológiai reakciókat mutató érintettek akut kríziskezelését, s a későbbi problémák megjelenése szempontjából magas rizikójú csoportba tartozók korai szűrését és számukra a pszichológiai segítségnyújtás elérhetővé tételét. Ez utóbbi munka feltételét képezi,

hogy meghatározásra kerüljenek az egyes pszichés problémák megjelenését valószínűsítő rizikótényezők. A műteti időszakban történő szűrés, tájékoztatás és a pszichológiai támogatás felajánlása hozzájárulhat ahhoz, hogy a komplikált feldolgozás szempontjából veszélyeztetett nők felismerjék önmagukon a figyelmeztető jeleket, s szükség esetén időben szakember segítségét kérhessék. Összefoglalóan kutatásunk kiemelt célja a művi abortusszal összefüggő rövid és hosszú távú pszichológiai reakciók leírása, és az azokkal összefüggésben álló, valamint a komplikált feldolgozást valószínűsítő pszichés zavarok megjelenésének kockázatát növelő szituatív-, kapcsolati- és egyéni tényezők azonosítása.

Munkánk a témában született eddigi kutatások zömétől az alábbiakban felsorolt egy vagy több szempont valamelyike mentén különül el:

- közvetlen adatgyűjtésen alapul, mely lehetővé teszi a nők aktuális mentális állapotának leíró jellegű meghatározását; szemben az adatbázis alapú kutatásokkal, melyek egyes pszichiátriai zavarok meglétére pusztán az egészségügyi szolgáltatások igénybevételekor kapott diagnózisok alapján következtetnek;
- prospektív longitudinális adatgyűjtésen alapul, mely lehetővé teszi az abortuszra adott rövid távú és az azt követő pszichológiai reakciók változásának nyomonkövetését és objektív szempontú felmérését; szemben azokkal a kutatásokkal, melyek pusztán retrospektív beszámolókra alapozva vonnak le következtetéseket a nők beavatkozás idején mutatott reakcióira és az eseményt követő változási folyamatokra vonatkozóan;
- a pszichés problémák valószínűsítésére az erre a célra kidolgozott mérőeszközök felhasználásával törekszik; szemben azokkal a kutatásokkal, melyek egyes zavarok meglétére vagy hiányára kizárólag egyéni beszámolók alapján, a tüneti jellemzők gyakoriságának és intenzitásának meghatározása nélkül következtetnek;
- a művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt rövid és hosszú távú hatásait és az esemény feldolgozásának jellemzőit meghatározó változókat egy modellben kezeli (ld. 1. ábra), szemben azon kutatásokkal, melyek a terhesség megszakításával összefüggésben a kimeneteli és/vagy az azt meghatározó változók egy szűk szegmensét vizsgálják.

## A művi abortusz nők pszichés státuszára gyakorolt rövid és hosszú távú hatása



1. ábra. A művi abortusz pszichológiai kimenetelével összefüggésben álló tényezők (Forrás: Sz. Makó).

## 2. A kutatás folyamata

<i>Előkészítő fázis</i>	<i>Első fázis</i>	<i>Második fázis</i>	<i>Adatfeldolgozás és elemzés</i>
<p><i>Terápiás tapasztalatokból kiinduló kérdésfeltevés és a kutatás előkészítése</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A kérdésfeltevés megfogalmazása</li> <li>• Kutatás módszertanának előkészítése</li> <li>• Etikai engedélyeztetés</li> <li>• Együttműködés kialakítása a befogadó intézménnyel</li> <li>• Az adatgyűjtés protokolljának kialakítása</li> <li>• Az adatfelvételben közreműködő, végzős pszichológia szakos hallgatók felkészítése a munkára</li> </ul>	<p><i>Adatgyűjtés a terhesség megszakításának idején</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Művi abortusz mellett döntő nők önkéntes bevonása a kutatásba</li> <li>• Adatgyűjtés: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vizsgálati adatlap – kitöltése személyes beszélgetésen alapult</li> <li>○ Kérdőívek – kitöltésük önbeszámolón alapult</li> </ul> <i>Személyiség kérdőív - NEO-PI-R</i>  <i>Coping – MMPK</i>  <i>Reziliencia – CD-RISC</i>  <i>Szülői bánásmód – HPBI</i>  <i>Párkapcsolati alkalmazkodás – DAS</i>  <i>Társas támasz – MOS-SSS</i>  <i>Szorongás, depresszió – HADS</i>  <i>Életesemények – Paykel féle LES</i> </li> <li>• Rendszeres konzultáció az adatgyűjtésben közreműködő hallgatókkal</li> </ul>	<p><i>Adatgyűjtés a terhességmegszakítást követő 6. hónapban</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Az első kutatási fázisban résztvevők megkeresése és</li> <li>• Adatgyűjtés: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interjú és/vagy</li> <li>○ Kérdőívek – kitöltésük önbeszámolón alapult</li> </ul> <i>Párkapcsolati alkalmazkodás – DAS</i>  <i>Szorongás, depresszió – HADS</i>  <i>Derogatis-féle tünetlista SCL-90R</i>  <i>Poszttraumás stressz - PDS</i> </li> </ul>	

1. táblázat. A művi abortusz pszichológiai vonatkozásainak vizsgálatát célzó kutatás szakaszai (Forrás: Sz. Makó).



### **3. A vizsgálati minta demográfiai jellemzői**

A célcsoportot a művi abortusz mellett - válsághelyzetre történő hivatkozással - döntő, 18. életévüket betöltött, felnőtt nők alkották. A kutatásban történő részvételre 130 nő vállalkozott, azonban az egyes kérdőívek hiányos kitöltése miatt 11 résztvevő kizárásra került.

A disszertációban részletezett elemzések alapját 119 művi abortusz mellett döntő nő adatai szolgáltatták. A vizsgálati minta átlagéletkora 30,2 év (SD: 6,94; min.: 18,45; max.: 44,79) volt. A beavatkozás típusa szerint 69 nőnek (58%) volt már korábban valamilyen szülészeti eseménye, így a műtét miatti kórházi tartózkodása egy napos volt; míg 50 nőnek (42%) nem volt, így a beavatkozás és annak előkészítése két napos kórházi protokoll szerint történt.

A minta főbb demográfiai jellemzőit az alábbiakban közölt táblázatokban foglaljuk össze (ld. 2., 3., 4. táblázat).

### **Iskolai végzettség és munkaviszony**

<i>Alapfokú végzettség</i>	<i>Középfokú végzettség</i>	<i>Felsőfokú végzettség</i>	
14,3% (N=17)	53,8% (N=64)	31,9% (N=38)	
<i>Munkaviszonyban áll</i>	<i>Tanuló</i>	<i>Gyermekkel tartózkodik otthon</i>	<i>Munkanélküli</i>
51,3% (N=61)	18,5% (N=22)	15,1% (N=18)	13,4% (N=16)

2. táblázat

### **Családi állapot**

<i>Házastársi kapcsolat</i>	<i>Élettársi kapcsolat</i>	<i>Párkapcsolat</i>	<i>Egyedülálló</i>
26,9% (N=32)	22,7% (N=27)	26,9% (N=32)	23,5% (N=28)

3. táblázat

### **Korábbi terhességi események**

<i>Nem rendelkezik gyermekkel</i>	<i>Egy gyermekkel rendelkezik</i>	<i>Kettő gyermekkel rendelkezik</i>	<i>Kettőnél több gyermekkel rendelkezik</i>
42% (N=50)	22,7% (N=27)	25,2% (N=30)	10,1 (N=12)
<i>Nem volt terhességmegszakítása</i>	<i>Volt terhességmegszakítása</i>	<i>Egy terhességmegszakítása volt</i>	<i>Kettő vagy több terhességmegszakítás volt</i>
68,9% (N=82)	31% (N=37)	25,2% (N=30)	5,8% (N=7)

4. táblázat

#### 4. Alkalmazott módszerek

Interjú és kérdőíves eljárások.

Kérdőív* *betűrendben	Szerzők <i>Magyar adaptáció</i>	A mérőeszköz főbb jellemzői				Adatfelvétel		
		Mért változó	x <sup>1</sup> :y <sup>2</sup>	Tételek	Értékelés	Cronbach- $\alpha^3$	I. fázis	II. fázis
<b>CD-RISC</b>	Conor és Davidson (2003) <i>Gy. Kiss és mtsai. (2012)</i>	<b>Reziliencia</b> Alsk. pl. Szívósság, Kontroll	1:5 -	25	5 fokú Likert- skála <sup>4</sup> (0-4)	0,89 <i>0,94</i>	✓	
<b>DAS</b>	Spanier (1976) <i>Sz. Makó és Deák (2013)<sup>5</sup>, Vajda (2011)<sup>5</sup></i>	<b>Párkapcsolati alkalmazkodás</b> Alsk. pl. Konszenzus, Elégedettség	1:4 u.a.	32	5-6-7 fokú Lks., (0- 4,5,6), 2 item dichotóm	0,96 <i>0,95</i>	✓	✓
<b>HADS</b>	Zigmond és Snaith (1983) <i>Muszbek és mtsai. (2006); Tringer és mtsai. (2008)</i>	<b>Szorongás, Depresszió</b>	2:0 u.a.	14	4 fokú Lks. (0-3)	0,83; 0,82 <i>&gt;0,82; &gt;0,81</i>	✓	✓
<b>HPBI</b>	Parker, Tupling és Brown (1979) <i>Tóth és Gervai (1999)</i>	<b>Szülői bánásmód</b> Szeretet, Túlvédés, Korlátozás	2:0 3:0	25	4 fokú Lks. (0-3)	0,74 - 0,88 <i>0,82 – 0,92</i>	✓	
<b>MMPK</b>	Oláh (2005)	<b>Coping stratégiák</b> Alsk. pl. Problémacentrikus, Önbüntető	8:0	51	4 fokú Lks. (1-4)	0,5 – 0,75	✓	
<b>MOS SSS</b>	Shebourne és Stewart (1991) <i>Sz. Makó (nem publikált)<sup>5</sup></i>	<b>Társas támasz</b> Alsk. pl. Érzelmi/információs, Kapcsolati	1:4 u.a.	19+1	5 fokú Lks. (1-5)	0,97 <i>0,96</i>	✓	
<b>NEO-PI-R<sup>6</sup></b>	Costa és McCrae (1992) <i>Juhász (2002)</i>	<b>Személyiségjellemzők</b> Sk. pl. Neuroticizmus	5:30 u.a.	240	5 fokú Lks. (1-5)	0,86-0,92 <i>0,73-0,87</i>	✓	
<b>PDS</b>	Foa, Cashman, Jaycox és Perry (1997) <i>Perczel Forintos és mtsai. (2005)</i>	<b>Poszttraumatikus stressz betegség</b>	1:0 u.a.	49 17+5	4 fokú Lks. (0-3)	- -		✓
<b>P-LES</b>	Paykel, Prusoff és Uhlenhurth (1971) <i>Tringer és Veér (1977)</i>	<b>Stressz-hatású életesemények</b>	1:0 1:5	61 64 (28)	21 fokú Lks. (0-20) 7 fokú Lks. (1-7)	- -	✓	
<b>SCL-90R</b>	Derogatis (1977) <i>Unoka és mtsai. (2004)</i>	<b>Pszichés- és szomatikus szimptomák<sup>7</sup></b>	9:0 u.a.	90	5 fokú Lks. (0-4)	0,71-0,85 <i>0,73-0,97</i>		✓

5. táblázat. A művi abortusz pszichológiai vonatkozásait vizsgáló kutatásban alkalmazott kérdőívek főbb jellemzőinek összefoglaló táblázata (Forrás: Sz. Makó).

## **5. A kutatási eredmények megvitatása**

### ***5.1. A művi abortuszt kísérő rövid távú pszichológiai jellemzők***

#### **5.1.1. A nők mentális állapota a művi vetélés idején**

Eredményeink – más nemzetközi tanulmányokkal összehangban (ld. Bradshaw és Slade, 2003; Freeman és mtsai., 1980; Lauzon és mtsai., 2000) - megerősítették, hogy a preabortusz időszak a nők egy jelentős részénél pszichés megterheléssel járó, distresszel teli életesemény. Jelen kutatásban résztvevők 68,6 százalékánál az átlagosnál magasabb, klinikai határértéket meghaladó szorongásszintet, míg 35,6 százalékánál depresszív állapotot lehetett azonosítani közvetlenül a műtéti beavatkozást megelőzően.

A kórházi tartózkodás idején mért szorongás átlaga a teljes vizsgálati csoportra nézve 10,04; míg a depresszióé 7,08. Más, várandóssági illetve nőgyógyászati beavatkozás tekintetében érintett csoportokkal összehasonlítva ezen átlagokat, megállapítható, hogy a terhességmegszakítás tekintetében érintett nők körében mind a szorongás, mind a depresszió magasabb értékeket mutat, mint várandós nők esetén; s közel hasonló mértékű olyan nők csoportjában mérttel, akik valamilyen diagnosztizált funkcionális vagy szervi betegség miatt nőgyógyászati műtét előtt állnak. A teljes csoportra nézve szorongás esetén a klinikai zavart igazoló jelzőérték felett húzódik az átlag, míg a depresszió vonatkozásában megközelíti azt.

#### **5.1.2. Szituatív tényezők a nők mentális állapotával összefüggésben**

Bár ismertek olyan kutatások, melyekben a műtétet megelőző időszakban emelkedett szorongásszintet és magasabb depresszió értékeket találtak terhességüket megszakítani szándékozók körében (ld. Freeman és mtsai., 1980; Urquhart és Templeton, 1991; Wells, 1991), azonban ezen munkák többségében nem differenciálták a háttérben álló lehetséges okokat. Kritikai észrevételként fogalmazódhat meg, hogy a művi abortusz körüli időszakban jelentkező szorongás nem a terhesség megszakításából, hanem más tényezők miatt, így például annak nem kívánt voltából ered. Ennek cáfolataként Cougle és mtsai. (2005) nem kívánt terhességüket végül kihordó és megszakító nők csoportját összehasonlítva, ez utóbbiaknál talált magasabb szorongásértéket. Azonban ez a kutatás sem tért ki un. „abortuszspezifikus” tényezők feltárására és szorongással, depresszióval mutatott

összefüggéseinek vizsgálatára. Kutatásunkban ilyen szituatív vagy helyzetspecifikus tényezőként tartottuk számon a terhességmegszakítás kapcsán fellépő félelmet, aggodalmakat; vagy az abortusz melletti döntési folyamat jellemzőit.

Így többek között arra is választ kerestünk, hogy a preoperatív időszakban milyen, a művi vetélést kísérő félelmet lehet azonosítani, s ezek kapcsolatba hozhatók-e a beavatkozás idején mért szorongással és depresszióval. A nők jelentős többsége (82,2%) valamilyen félelmet megjelölt az abortuszhoz kötődően, s csak kisebb százalékuk (17,8%) nyilatkozott úgy, hogy nem tart semmitől. A két csoport között a szorongás mértékében jelentős különbség mutatkozott. Bár mindkét esetben a klinikai határ feletti érték volt mérhető, annak mértéke a félelmet megfogalmazók körében lényegesen magasabb volt. Azaz, ha a terhességmegszakítás előtt álló nők valamilyen abortuszhoz köthető félelemmel küzdenek, magasabb szorongást élnek át. A depresszió tekintetében a félelmet jelző illetve nem jelző csoportok között ez a különbség nem volt igazolható.

Elemzéseink során lehetővé vált a félelmek típusainak azonosítása is, melynek alapján 6 kategória volt megkülönböztethető. A nők egy része (20,3%) az invazív beavatkozással (1) – például altatással, túsúrással - kapcsolatos félelmet nevezett meg. 23,7 százalékuk a lehetséges későbbi szövődményektől (2), azon belül is a majdani esetleges gyermekvállalást negatívan befolyásoló kimeneteli lehetőségektől tartott. A résztvevők 12,7 százaléka az invazív beavatkozástól és a későbbi reprodukciós sikerességet negatívan meghatározó következményektől (3) egyaránt félt. S végül voltak olyan nők, akik a haláltól való félelmet (13,6%) nevezték meg, vagy önmagában (6,8%) (4), vagy valamely fentiekben szereplő más tényezővel együttesen (6,8%) (5). A nők 11,9 százaléka egyéb-, vagy a fenti kategóriákba nem besorolható tényezőket (6) említettek. Az abortuszhoz köthető félelmek egy része *beavatkozás-specifikus*, azaz a művi vetüléshez kapcsolódó egészségügyi-kórházi ellátáshoz kötődik elsősorban (ld. invazív beavatkozás); míg más részük *következmény-specifikus*, azaz az anya életére vagy a későbbi gyermekvállalási esélyeire nézve hordoz magában kockázatot (ld. a halál, illetve a későbbi reprodukciós sikerességet negatívan befolyásoló szövődmények), és végül ezek együttesen is megjelenhetnek. Amennyiben *idői perspektíva* szempontjából elemezzük a félelmet, a beavatkozás-specifikusak valószínűsíthetően sokkal inkább azonnali/rövid távú, míg a következmény-specifikusak tartós/elhúzódó hatásokkal bírnak. A *veszélyeztetettség- és az egészségügyi következmény mértéke* szerint pedig beszélhetünk helyzethez kötött (ld. invazív beavatkozás), az élet egy jelentős területét érintő (ld. negatív reprodukciós kimenetel) és teljes megsemmisüléssel járó (ld. halál) félelmekről. A helyzethez kötött félelmek tárgya a művi abortusszal járó műtéti beavatkozás valamely konkrét eleme

vagy elemei; míg az élet jelentős területét érintő félelmek esetén a női reprodukciós képesség és a gyermekvállalás lehetőségének-, a halál esetén pedig az élet elvesztésének félelme áll a középpontban, azaz veszteséghangsúlyúak.

Valamely félelem/félelmek meglétekor – annak típusától függetlenül - minden esetben a klinikai határérték feletti szorongás átlag jellemezte a nőket. A normál övezetnél magasabb depressziót a haláltól és bármely más tényezőtől való félelmet megfogalmazók mutattak, de ezt a klinikai szintű problémát jelző értéket az invazív beavatkozástól és a későbbi szövődményektől együttesen tartók átlagai is megközelítették.

A félelmek meglétével vagy hiányával – a szorongás és depresszió mértékén túl – a döntéshozatali nehézség is összefüggésben állt, azok, a nők, akik félelmekről számoltak be, nehezebbnek ítélték az abortusz melletti döntést. Jövőbeni kutatás tárgyát képezhetné az itt igazolt összefüggések lehetséges ok-okozati relációinak további feltárása, azaz, hogy például a döntéshozatali nehézséggel együtt jár-e az egyes félelmek felerősödése; vagy a félelmek megléte és mértéke befolyásolja-e a döntéshozatali nehézséget; vagy esetleg további változók - mint például a magzat elutasítása, az abortusz miatt érzett büntudat, vagy éppen a gyermekvállalás elutasításával egyidejűleg meglévő igenlése – következtében jelennek-e meg együttesen bizonyos típusú félelmek és a nehezített döntéshozatal.

A megkérdezett nők egy 1-től 5-ig terjedő skálán átlagosan 3,76 pontra értékelték az abortusz melletti döntés nehézségét, ezen belül a jelentős többség (63,9%) számára nehéznek vagy nagyon nehéznek; 16 százalékuk számára közepesen nehéznek bizonyult a döntés és ugyancsak 16 százalékuk jelezte azt, hogy egyáltalán nem vagy csak enyhe mértékben volt nehéz meghozni a beavatkozás melletti elhatározásukat.

Minél nehezebbnek élte meg az érintett nő a művi vetélés melletti döntési folyamatot, annál fokozottabb szorongást és depressziót élt át a beavatkozás idején. Éppen ezért fontosnak tartottuk a döntési folyamathoz szorosan kapcsolódó további változók - mint hogy kivel beszélte meg az érintett nő a művi beavatkozás melletti elhatározását, vagy mennyi és milyen típusú érveket hozott fel a művi abortusz mellett illetve ellenében - és a döntéshozatali nehézség közötti lehetséges kapcsolat vizsgálatát is.

Azok a nők, akik döntésüket megbeszélték szüleikkel (44,5%), vagy közeli hozzátartozójukkal (24,4%), nehezebbnek ítélték a döntéshozatalt, szemben azokkal, akik ezt nem tették meg. Ezzel ellentétben, azok számára, akik orvosukkal (13,4%) beszéltek meg, könnyebbnek bizonyult az abortusszal kapcsolatos döntés. Lehetséges, hogy az érintett nők a szüleikhez vagy közeli hozzátartozójukhoz már csak akkor fordulnak, ha eleve bizonytalanabbak döntésükben; de az is elképzelhető, hogy ezekben a kapcsolatokban

megbeszélve a kimeneteli lehetőségeket, több kétely, vagy morális dilemma és ellenvetés fogalmazódik meg a beavatkozással szemben, mely fokozhatja a döntési nehézséget. Az eredményinek egyben felhívják az orvossal történő konzultáció fontosságára is a figyelmet, különös tekintettel arra, hogy azon nők csoportja, akik megbeszélték kezelőjükkel a döntést szemben, azokkal, akik ezt nem tették meg, alacsonyabb mértékű depressziót mutattak a beavatkozás idején. Ha egy nő orvosát bevonhatja a döntési folyamatba, olyan bizalmi kapcsolatot valószínűsít, mely a szomatikus orvosláson túl foglalkozik az eseményeket kísérő pszichológiai komponensekkel is.

Az abortusz melletti döntés okinak részletes elemzésével csak néhány tanulmány foglalkozik (ld. Finer és mtsai., 2005; Turay és mtsai., 1997), ugyanakkor e munkák sem vizsgálják az egyes érvek döntési jellemzőkkel és a nők mentális állapotával mutatott összefüggéseit. Emellett úgy véljük, hogy a döntéshozatal kapcsán megélt nehézség, ambivalencia lehetséges forrásai közé tartozhatnak a terhességmegszakítás ellenében megfogalmazott érvek, melyeket a témával foglalkozó tanulmányok – pusztán az abortusz melletti döntés okaira fókuszálva - ugyancsak figyelmen kívül hagynak. Eredményeink értelmében a nők átlagosan 1,91 érvet neveztek meg a terhesség megszakítása mellett; ezen belül 36,1 százalékuk egy; 39,5 százalékuk kettő; 20,2 százalékuk három és 3,4 százalékuk négy terhességmegszakítás melletti indokot említett. A beavatkozás ellenében hozott érvek számának átlaga pusztán 0,6 volt; az esetek 48,7 százalékában nem fogalmazódott meg ellenérv; a nők 42 százaléka egy; 7,6 százaléka kettő, s 0,8 százalék három abortusz ellenében szóló okot említett. Minél több ellenérvet fogalmazott meg egy nő, annál nehezebb volt számára a döntéshozatal, s annál inkább szorongott és jelzett depresszív állapotot a beavatkozás idején. Azt is várhatnánk, hogy a terhesség megszakítása melletti érvek száma ellentétes hatást kiváltva mérsékelhetné a döntéshozatali nehézséget, illetve csökkenthetné a szorongás és depresszió mértékét, azonban eredményeink ezt nem támasztották alá. Megítélésünk szerint az abortusz szakirodalmában gyakran hivatkozott ambivalencia, mint az esemény feldolgozását és nők későbbi mentális állapotát negatívan befolyásoló, döntési helyzetet jellemző tényező, elsősorban az ellenérvek meglétének mértékéből fakad.

Amennyiben az érvek tartalmi jellemzőit is figyelembe vesszük, azok a nők élték meg nehezebbnek a művi abortusz melletti döntéshozatalt, akik a beavatkozás mellett szóló érvek között párkapcsolati problémákat, vagy a környezet felől érkező pressziót érzékelték a terhesség megszakítására; könnyebbnek pedig azok tartották, akik a várandósságra való ráhangolódás problémájáról számoltak be. A döntéshozatali nehézséggel összefüggésben álló, abortusz mellett szóló első két érv külső, környezeti tényezőkhöz kötött, mindkét esetben a

gyermekvállalás optimális kapcsolati feltételeinek hiányáról beszélhetünk. A partnerkapcsolati problémák megléte, vagy a várandósság családtagok felől érkező nyílt elutasítása – felülírva akár az anya szándékát, vagy gyöngítve a döntés feletti kontrollját - közvetett vagy közvetlen kényszerítőerőként hathatnak a művi abortusz vállalása mellett. Ezzel szemben, az, ha az érintett nő az abortusz melletti döntés okaként azt jelzi, hogy nem tud ráhangolódni az aktuális várandósságra, az az anyai szerepek és/vagy a gyermekvállalás belső, személyes tényezőikön alapuló aktuális elutasítását valószínűsíti.

Az ellenérvek és a döntéshozatali nehézség összefüggésében két indok bizonyult meghatározónak. Amennyiben a kutatásban résztvevő nő azt jelezte, hogy anya szeretne lenni, vagy kötődik magzatához, nehezebben hozta meg döntését a művi abortusz mellett. Az anyaság élménye és az anya-magzat kapcsolat erősödése révén megjelenő emóciók – a döntési nehézség fokozódásában is megmutatkozva - a művi abortusz vállalásának ellenében hatnak. A gyermekvállalás irányában mutatott érzelmi elköteleződéssel szemben meghozott abortuszdöntés megítélésünk szerint növelheti az eseményhez kapcsolódó veszteségélmény mértékét, és a különböző pszichés problémák megjelenésében manifesztálódó komplikált gyász kockázatának valószínűségét, melynek igazolásával a későbbiekben még foglalkozunk.

Az anyasághoz kötődő érvek megléte által implikált veszteségélményt látszanak megerősíteni, azok szorongással és depresszióval mutatott összefüggései is. A nők, akik a terhességmegszakítás ellenében a magzathoz való kötődéssel és a későbbi reprodukciós sikerességhez kapcsolódó aggodalmakkal érveltek, súlyos szorongásos és hangulati problémákkal küzdöttek a műtétet megelőző időszakban. Fontosnak tartjuk mindkét érv veszteségközpontú vetületét hangsúlyozni, egyik esetben az anya számára jelentős kapcsolat, míg másik esetben annak újbóli megélési lehetősége, s ezzel együtt a női identitás egy jelentős meghatározója, a reprodukciós képesség jelenti a veszteség valós illetve potenciális tárgyát.

Emellett azok a nők, akik párkapcsolati okokra hivatkoztak, - a fentiekben már részletezett döntési nehézségen túl – ugyancsak a depresszió magasabb szintjét mutatták. Ők egyben a párkapcsolati alkalmazkodás minden egyes dimenziójában – úgy, mint a konszenzus, az érzelmek kifejezése, a párok közötti kohézió és a kapcsolattal való elégedettség – ugyancsak rosszabb értékeket értek el. A partnerkapcsolatban jelentkező problémák, konfliktusok önmagukban is sérülékenyebbé tehetik az érintett nőket különböző pszichológiai problémák megjelenésének irányában, mely hatás egy krízishelyzetben – amilyen az abortusz időszaka lehet - méginkább fokozódhat olyan tényezőikön keresztül, mint hogy például a terhesség megszakításával megjelenő érzelmek megélése és kifejezése gátolt,



vagy nem megfelelő módon működik a kapcsolatban; vagy a partner nem nyújt megfelelő támaszt az érintett nő számára a döntéshozatali és/vagy a műtét körüli időszakban. Ezt támasztja alá, hogy a párkapcsolati problémákat abortusz melletti érvként felhozó nők lényegesen alacsonyabb mértékű partneri támaszt érzékeltek a beavatkozás idején, mint az ezt az érvet nem jelzők. A párkapcsolati jellemzők további összefüggéseivel a következő fejezetben még részletesen foglalkozunk.

Végezetül, azok a nők, akik a várandósságot, mint a céljaikban, terveikben történő akadályozó tényezőt jelölték meg az abortusz melletti döntésük egyik érvként, alacsonyabb szorongást és depressziót mutattak. A személyes érdekek dominanciája, és az aktuális életszakaszban a gyermekvállalással interferáló értékek preferenciája révén valószínűsíthetően az abortusz melletti elhatározás egyértelműbb és kevésbé terhelt intrapszichés konfliktusokkal, kételyekkel az érintett nők számára.

### 5.1.3. Kapcsolati változók és a nők mentális állapota a beavatkozás idején

A művi abortusz mellett döntő nők a párkapcsolati alkalmazkodásban és annak egyes dimenzióiban is – úgy, mint a konszenzus, az elégedettség és kohézió területén – kevésbé jellemezték jónak kapcsolatukat szemben olyan nőkkel, akik épp gyermeküket várták. A vizsgálati minta ugyanakkor a kapcsolati jellemzők egyikében sem tért el a műteti beavatkozás előtt állóktól. Valószínűsíthető, hogy a különbség a várandós nők emelkedettebb értékeiből is adódik, melyet alátámaszt, hogy egy másik kutatásunkban ugyancsak a gyermeket várók érték el jobb értékeket a más kapcsolati ciklusban – például kezdődő párkapcsolatban, vagy „üres fészek” időszakában - lévő nőkkel összehasonlítva (Vajda, Sz. Makó, Deák és Tóth, 2011). Elképzelhető, hogy a gyermekvállalás melletti döntés egy jobb partnerkapcsolati működésben születik meg, illetve hiánya gyengébb minőségű párkapcsolati funkcionálást feltételez; de azt is valószínűsíteni tudjuk, hogy a várandósság melletti elköteleződés és gyermekvárás mobilizálólag hat a párkapcsolati erőforrásokra, növelve egyben az alkalmazkodással, illetve a kapcsolattal való elégedettséget is.

A partnerkapcsolat minőségi jellemzői, és az azokkal való elégedettség összefüggést mutatott a nők mentális állapotával a műteti beavatkozás idején. Minél jobb alkalmazkodással jellemezte kapcsolatát egy nő, annál kevésbé szorongott és mutatott depresszív jegyeket a preoperatív időszakban. Emellett minél jellemzőbb volt a kapcsolatban az érzelmek kifejezése, az elégedettség, a konszenzusra való képesség és kohézió, az ugyancsak a szorongás és depresszió mérsékeltebb megjelenésével járt együtt. Az eredmények alapján

valószínűsíthető, hogy egy jól működő párkapcsolat - fontos erőforrást jelentve a helyzettel való megküzdésben - protektív tényezőként szolgál a műtéti beavatkozás idején. Ezt látszanak megerősíteni a párkapcsolati alkalmazkodás, valamint egyes dimenziói és a fentiekben tárgyalt, abortuszhoz kapcsolódó szituatív tényezők közötti összefüggések is, így az abortusz kapcsán félelmeket nem jelző nők magasabb kapcsolati elégedettségéről számoltak be. Emellett könnyebbnek ítélték a döntéshozatalt, akik jobbnak jellemezték párkapcsolatukat, s elégedettebbek voltak azzal.

A párkapcsolat stabilabb jellemzői egyben meghatározói lehetnek az abortusz idején mutatott kapcsolati-szituatív működéssel is, úgy, mint a partner döntéshez való viszonyával, vagy a partneri támasz mértékével. Emellett úgy véljük, hogy ezen időszakban megélt krízis is visszahat a párkapcsolati működésre.

Kutatásunkban azt találtuk, hogy a szexuális élet gyakorisága és a szexuális együttlétekllel való elégedettség is jelentősen csökkent a terhességtől a beavatkozásig tartó időszakban. A szexuális aktivitásban bekövetkező változások háttérében a fizikai rosszulléteken túl, olyan, az érzelmi-emocionális működéssel összefüggő okok is megfogalmazásra kerültek, mint negatív érzések, nemi vágy csökkenése, vagy zavaró gondolatok, párkapcsolati problémák. Azok a nők, akik csökkenésről számoltak be - szemben azokkal, akik nem jeleztek változást - lehangoltabbak voltak a beavatkozáskor; azaz, az együttlétekllel számának esése a depresszív állapot tüneteként is értelmezhető.

Az érzelmek kifejezése jobb színvonalú volt azon nők körében, akik a nemi életük gyakoriságában nem jeleztek változást, szemben azokkal, akiknél átmenetileg teljesen megszűntek az együttlétekllel. Ennek alapján valószínűsíthető, hogy az érzelmek megoszthatósága és kifejezhetősége - a pszichológiai intimitás fenntartásán keresztül - hozzájárul a párkapcsolati működés stabilitásának fenntartásához ebben az időszakban.

Az érzelmek kifejezése más, az abortusz idején jellemző párkapcsolati működés - mint például az esemény megoszthatósága és az ezzel összefüggésben álló, terhességmegszakítással kapcsolatos döntéshozatali jellemzők - terén is meghatározónak bizonyult. Azon nők párkapcsolatában, akik azt jelezték, hogy partnerük egyetértett a terhesség megszakításával, vagy a terhesség kimenetelével kapcsolatos bármely irányú döntést támogatta, jobb hatékonyságú volt az érzelmek kifejezése, mint akik nem mondták el partnerüknek, hogy gyermeket várnak. Az érzelmek és ezzel összefüggésben akár egyes élethelyzetek - mint adott esetben az aktuális terhesség tényének - megoszthatóságát meghatározó kapcsolati deficit további negatív spirált folytatva járulhat hozzá a partnerek közötti problémák generálásához. Így Holmes (2004) egy esztanulmányon keresztül részletezi,

milyen, a pszichés működésre gyakorolt negatív következményeket és életkrízist tud előidézni a férfiak életében, ha csak utólag értesülnek az őket is érintő eseményről. De ezekben az esetekben a nő is elesik a partner felől érkező lehetséges támogatástól az abortusz idején. A párkapcsolatban feszülő titok pedig további gátját képezheti a felek közötti bizalmi kapcsolat és intimitás optimális „működésének”. Ugyancsak a partner döntéshez való viszonyulásával összefüggésben azt találtuk, hogy azok a nők, ahol a partner akarta a terhesség megszakítását, alacsonyabb elégedettséggel jellemezték kapcsolatukat, mint akik partnere egyetértett a művi vetélés melletti döntéssel. Azaz, azokat a kapcsolatokat, ahol a partnerek között nincs egyetértés a kérdésben, és a kimenetel feletti döntés kontrollja a férfi kezében van, már előzetesen is alacsonyabb párkapcsolati elégedettség jellemzi.

Az, hogy valaki mennyire találta partnerét támogatónak a művi abortusz idején, szintén összefüggésben állt a párkapcsolati működés stabilabb jellemzőivel. Minél jobbnak jellemezte kapcsolatát egy nő partnerével, azaz minél magasabb volt az alkalmazkodás, a konszenzusra való készség, az érzelmek kifejezése, az elégedettség és a kohézió mértéke, annál inkább támogatónak élte meg társát a beavatkozás idején. A beavatkozáskor mutatott partneri támasz jellemzőinek azonosítását azért is tartjuk fontos kérdésnek, mert - más szerzőkkel ellentétben (ld. Major és mtsai., 1985) – úgy véljük összefüggésben áll a nők pszichés állapotával a terhességmegszakítás idején. Azon kutatások, melyek nem igazolták fontosságát, a támasz meglétét vagy hiányát pusztán annak alapján azonosították, hogy a férfi elkísérte-e partnerét a beavatkozásra vagy sem. Jelen vizsgálatban az érintett nők nyilatkozhattak arról, mennyire tartják támogatónak társukat az aktuális élethelyzetben. Eredményeink alapján megerősítést nyert, minél támogatóbbnak érezte az abortusz előtt álló nő párját, annál kevésbé szorongott és mutatott depresszív jegyeket a preoperatív időszakban.

Az elméleti bevezetőben is hangsúlyozott prevenciósz szemléletű klinikai pszichológiai és pszichiátriai szakellátás lépéseinek megtervezéséhez nyújt jelentős segítséget annak igazolása, hogy mind a tartós, mind a helyzethez kötött párkapcsolati jellemzők és működési sajátosságok összefüggésben állnak a művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt rövid távú hatásaival.

A partneri viszonyulás mellett más jelentős kapcsolatok, mint a szülőkkel való viszony is befolyással lehetnek az esemény megélésére és feldolgozási módjára. Ezalatt értjük, hogy részben a kapcsolati működés egészére vonatkozó statikusabb jellemzők - mint amilyen a gyermekkori tapasztalatokból merítkező szülői bánásmód -, részben pedig a szülők aktuális élethelyzetre adott reakciói meghatározóak lehetnek a nők abortusz kapcsán megélt érzelmi reakcióinak szempontjából.

Jelen kutatásban résztvevő nők szüleikkel való gyermekkori kapcsolatukat korlátozóbbnak és kevésbé túlívónak értékelték, az országos reprezentatív minta női tagjaihoz képest. A szülői bánásmód az érintett nők szexuális neveltetésével is összefüggést mutatott. Azon kutatásban résztvevők, akik úgy nyilatkoztak, hogy szüleik tabuként kezelték a szexualitást, kevésbé jellemezték a velük való kapcsolatot szeretettelinek és törődőnek, s sokkal inkább tartották őket korlátozónak, illetve túlvédőnek, mint akik arról számoltak be, hogy családjukban a szexualitást érintő kérdésekről nyitottan lehetett beszélni. Úgy véljük, a szülő-gyermek kapcsolat és az abban például szexuális kérdések megbeszélhetőségével összefüggésben megtapasztalt nyitottság versus zártság meghatározó lehet a későbbi nemi élet jellemzőinek alakulásában is. Ezt támasztja alá, hogy azok a nők, akik serdülőkorukban nem tudták megbeszélni szüleikkel a szexualitással kapcsolatos kérdéseiket, a terhességet megelőző időszakban ritkábban voltak együtt partnerükkel, és kevésbé voltak elégedettek a szexuális együttléteikkel. Ezen eredményeinkkel összefüggésben fontosnak tartjuk egy későbbi kutatásban annak vizsgálatát is, hogy vajon a szülő-gyermek kapcsolati jellemzők, valamint a pszichoszexuális nevelés egyes sajátosságai összefüggésbe hozhatóak-e olyan rizikómagatartásokkal, melyek növelik a művi abortusz bekövetkeztének kockázatát egy nő életében.

A művi vetélés idején a nők eltérően nyilatkoztak arról, hogy szüleik tudtak-e az aktuális terhességről, vagy sem, illetve hogyan reagáltak vagy reagálnának a megszakítás szándékára. Azok a nők, akik édesanyjukkal megosztották jelen várandósság tényét, szeretetteljesebbnek és törődőbbnek jellemezték kapcsolatukat, s kevésbé tartották őt korlátozónak és túlívónak, mint akik nem beszéltek anyjukkal aktuális élethelyzetükről. S mint ahogyan az várható volt, a tehességmegszakítás megosztása összefüggött a serdülőkori szexuális kérdésekben mutatott szülői nyitottsággal; illetve „elhallgatása” a szexuális kérdések tabuként kezelésével.

A szülői bánásmód az anya terhességmegszakításra adott reakcióival is kapcsolatban állt. Az abortuszhoz kötődően elutasító és ellenző viszonyulást jelzők kapcsolata volt legkevésbé szeretetteljes anyjukkal. Emellett a művi vetélésre adott negatív, elutasító anyai reakciókat jelzők és azok között, akik édesanyja nem élt, négyszer, illetve kétszer annyian voltak, akik családjában a szexualitással kapcsolatos kérdések tabunak számítottak; míg a támogató, elfogadó anyai reakciók nagyobb gyakorisággal jártak együtt a nyitott, nyílt módon szexualitásról beszélni tudó kamaszkori tapasztalatokkal.

A szülői bánásmód egyes dimenziói nem mutattak összefüggést a nők abortusz idején mért szorongás és depresszió jellemzőivel, azaz az abortusz nők mentális állapotára gyakorolt

rövid távú kimeneteli következményeivel. A szorongás és depresszió mértékében ugyancsak nem volt különbség a nők között, attól függően, hogy szüleik valamelyikével megosztották az eseményt vagy sem. A szülői reakciókat az elfogadás; elutasítás vagy a viszonyulás hiánya mentén értékelve, azok a nők, akik az eseményt nem tudták megosztani édesanyjukkal, mert az nem él, depresszívebbek voltak a beavatkozás idején, mint akik elfogadó, de akár a terhesség megszakítása miatt elutasító anyai reakciókat tapasztaltak. A nők 5,9 százaléka jelezte, hogy az abortusz előtti egy éven belül veszített el közeli hozzátartozót, s 33,6 százalékuk életük folyamán valamikor; azonban ezen esemény egy éven belüli vagy azon túli megtapasztalása önmagában nem járt együtt magasabb szorongással és depresszív hangulattal a beavatkozás idején. Ennek alapján valószínűsíthető, hogy az eseményt édesanyjukkal - annak korábbi elvesztése miatt - megosztani nem tudók depresszió átlaga nem a gyász munka következtében haladja meg a klinikai határértéket. Vélhetően az anya hiánya, elérhetlensége az adott krízishelyzetben az, ami indokolja a fokozottabb negatív hangulati érintettséget.

Az abortusszal kapcsolatos döntéshozatalt, az eseményt édesanyjukkal megosztók érezték nehezebbnek. Egyrészt elképzelhető, hogy eleve a döntési nehézség következményeképpen vonják be nagyobb valószínűséggel anyjukat az érintettek; amit megerősíteni látszik, hogy a döntési nehézség pozitív kapcsolatot mutatott a támaszkereséssel, mint a problémahelyzetekkel való megküzdés egyik formájával, illetve, hogy – a döntéshozatali nehézséggel ugyancsak összefüggésben – a beavatkozás kapcsán félelmeket, aggodalmakat jelzőkre jellemzőbb volt a támaszkeresés. Másrészt a jelenség azzal is magyarázható, hogy az anyával történő megosztás során a kételyeket és ambivalenciát tovább növelő szülői szempontok, abortusz elleni érvek merülnek fel.

Összességében elmondható, hogy bár a szülői, azon belül is az anyai bánásmód és a szexualitáshoz való viszony abortusz idején mért szorongással és depresszióval mutatott összefüggése nem nyert igazolást, azaz úgy tűnik, ezen kapcsolati jellemzők az abortusz nők mentális állapotára gyakorolt rövid távú negatív hatásaival nem állnak összefüggésben; eredményeink megerősítik, hogy az anyával való korábbi kapcsolat jellemzői meghatározzák, milyen mértékben vonja be aktuális élethelyzetének megoldásával kapcsolatos kérdésekbe az érintett nő édesanyját.

A harmadik, abortusszal összefüggésben vizsgált, általánosabb kapcsolati változó a társas támasz volt. A művi abortuszon átesett nők alacsonyabb kézzelfogható és affektív támogatásban részesültek, mint a várandósok, azonban ezen eredmény abortusszal összefüggő értelmezése óvatosságra int, elképzelhetőnek tartjuk, hogy a gyermekvárás időszaka a környezet felől érkező támogatás különböző formáira stimulálólag hat.

Ugyanakkor a társas támasz minden egyes formája – mint az érzelmi-információs, a kézzelfogható, a pozitív szociális interakción alapuló és az affektív – negatív kapcsolatban állt a beavatkozás idején nőket jellemző szorongással. Az érzelmi-információs támasz kivételével ez a tendencia volt megfigyelhető a depresszió és a társas támasz típusai között is. Ennek alapján elmondható, hogy azok a nők, akik a környezetüket támogatóbbnak élték meg a különböző élethelyzetekben, alacsonyabb mértékű szorongást és depressziót mutattak a preoperatív időszakban. A művi vetélés előtt állók körében – a nőgyógyászati műtétesekhez képest - egyben kevesebb volt azon személyek száma, akiktől segítségre számíthattak, vagy akikre támaszkodni tudtak különböző helyzetekben. Ugyanakkor sem a támaszforrások kiterjedtsége, sem az abortusz kapcsán beavatottak száma nem volt összefüggésben a nők aktuális mentális állapotával, azaz nem a mennyiségi, sokkal inkább a minőségi kapcsolati jellemzők bizonyulnak meghatározónak az abortusz rövid távú kimenetelével összefüggésben. Felvetődik a kérdés, hogy az abortusz ellentmondásos megítélése ellenére a környezet egyes szereplői képesek-e érzékelni, ha egy nőnek szüksége van ebben az időszakban a támogatás valamilyen formájára; s a stigmatizációtól való félelem, vagy a történetek mihamarabbi „elfelejtésének” igénye ellenére az érintett nő képes-e vállalni és ezáltal „láttatni” esetlegesen nehéz helyzetét, s képes-e a segítség kérésére. Mint ahogyan azt az elméleti bevezetőben is kifejtettük, úgy véljük a pszichológiai munka egyik hangsúlyos szerepe ebben az időszakban éppen a támasznyújtásban rejlik.

#### 5.1.4. Egyéni jellemzők és a nők mentális állapota a beavatkozás idején

Kutatásunkban olyan, az abortusz helyzetével való megküzdést valószínűsíthetően támogató, vagy éppen nehezítő személyiségtényezőket is vizsgáltunk, mint a rezilienciát, vagyis a lelki ellenálló képességet, a különböző coping mechanizmusokat, valamint a szorongásos reakciókkal kapcsolatos beállítottságot és az emocionális instabilitást jelző neuroticizmust.

Az egyéni jellemzők mentén valószínűsítettük, hogy egyes tényezők – mint a személyt jellemző reziliencia, vagy bizonyos megküzdési mechanizmusok – protektív tényezőként hatnak az aktuális élethelyzetben, míg mások – mint a neuroticizmus, vagy az önbüntetés – együtt járhatnak az abortusz rövid távú negatív kimeneteleivel.

A beavatkozás során alacsonyabb mértékű szorongással vagy depresszió értékekkel járt, ha valaki reziliensebb volt, vagy problémahelyzetekben feszültségeit jól tudta kontrollálni, illetve csak a depresszió vonatkozásában meghatározónak bizonyult még az emóciófókusz is. A reziliencia – magában foglalva a személy találékony, adaptív és rugalmas

módon történő reagálását - feltételezi a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodást (Gy. Kiss, 2012). A kutatásunkban rezilienciával összefüggésben álló alacsonyabb szorongás és depresszió értékek megerősíteni látszanak ezen személyiségjellemző megküzdésben játszott protektív szerepét abortusz idején. A feszültségkontroll - mint a nehéz helyzetekkel való megküzdési mód – ugyancsak együtt járt a beavatkozás idején megélt szorongás és depresszió mérsékeltebb megjelenésével. Ezen coping mechanizmusra jellemző a fenyegetettség keltette impulzusok, emóciók kontrollálására való törekvés. Alapvető célként jelenik meg a személyiség stabilitásának megőrzése és helyzetmegoldás során a tárgyilagosság fenntartása. Az alacsonyabb depresszió értékekkel összefüggő emóciófókusz esetén pedig a személy erőfeszítései elsősorban a fenyegetettség keltette negatív, kellemetlen érzelmi állapot megszüntetésére irányulnak, az egyén aktívan tesz állapotának javulása érdekében. Mindhárom tényező magában hordozza a megoldás érdekében erőfeszítést kifejtő, a problémaszituáció keltette feszültség és emóciók kontrollálására és szabályozására törekvő, adaptív alkalmazkodást.

A fentiekkel ellentétben magasabb szorongást élt át vagy depresszívebb volt abortusz idején a vizsgálatban résztvevő nő, ha megküzdést igénylő, nehéz helyzetekben emóció kiürítés jellemezte, s önbüntető volt, valamint ha vonás szintjén jelent meg a szorongásra való hajlam és emocionális instabilitás. Emóció kiürítés során a személy a fenyegetettség során keltett feszültséget nem tudja szabályozni, levezetése gyakran nem célirányos, acting-out reakciók vagy kontrollálatlan düh, harag formájában történik meg; érzelmei elsodorják. Az önbüntetésre, mint a problémahelyzetekhez való viszonyulásra jellemző az önvád, az egyén önmagát okolja a történetekért, s a negatív következményeket büntetésként éli meg. S végül a szorongásra való hajlam és emocionális instabilitás a stresszorokra való fokozottabb érzékenységet és a félelem, szomorúság, bűnösség és más negatív érzelmek gyakoribb átélésére való hajlamosságot feltételez. A neuroticizmusra hajlamos egyének nehezebben képesek kontrollálni impulzusaikat, adaptív megküzdési mechanizmusaik szegényesebbek. A beavatkozás idején mért magasabb szorongás és depresszió értékekkel összefüggő személyes diszpozíciók egymást erősítő jellemzői közé tartozott az emocionális instabilitás, a stresszorok következtében megélt feszültség kontrollálásának problematikája, valamint az önvád és önbüntetés hangsúlyossága.

Amennyiben az érintett nőre jellemzőbb a lelki ellenálló képesség és a személyiség stabilitásának fenntartására irányuló aktív törekvés, a döntéshozatalt könnyebbnek ítélte. Ezzel szemben, ha valakinek a nehézségek megoldásában, a problémahelyzet keltette fenyegetettség elhárításában szüksége van más, közreműködő személyekre, azaz az egyént

fokozottabb támaszkeresés jellemzi, vagy önbüntető módon éli meg felmerülő problémáit, az abortusz melletti döntéshozatalt nehezebbnek tartotta. Elképzelhető, hogy a támaszkeresés szükséglete ebben a döntési helyzetben a nő azon érzéséből fakad, hogy egyedül nem képes a helyzettel való megbirkózásra, nem képes egyedül jó megoldást találni. Az önbüntetés pedig a kimenetelhez kapcsolódó fokozottabb büntudati feszültséget feltételezi. Emellett mindkét tényező áttételesen kötődik a felelősségvállaláshoz, egyik esetben az abortusz melletti döntéshozatallal járó felelősség megosztására törekszik a nő, míg a másikban a döntéshozatallal járó fokozottabb felelősségvállalás jelzőjeként is felmerülhet az önbüntetés.

#### 5.1.5. Élettörténeti események és demográfiai jellemzők a művi abortusz rövid távú pszichológiai kimeneteleivel összefüggésben

Úgy véljük, bizonyos életesemények megtörténte ugyancsak összefüggésben állhat az abortuszra adott pszichológiai reakciókkal.

Az abortusz melletti döntéshozatali nehézséggel kapcsolatba hozható események egy része az életet érintő kapcsolati krízisek és veszteségek köré csoportosult. Abban az esetben, ha a nő élete folyamán előfordult öngyilkosság a közvetlen környezetben vagy közeli hozzátartozót veszített el az elmúlt egy évben, nehezebbnek ítélte a döntéshozatalt. Ezen élethelyzetek abortusz idején megélt krízissel mutatott hasonlósága egyrészt a vérségi kapcsolat elvesztésének, ezen keresztül az élet értékének, másrészt az élet-halál melletti döntés dilemmájának kérdésköre mentén fogalmazható meg. Az életesemények másik része anyagi-egzisztenciális létbizonytalanságot feltételez, azaz ha az érintett nő valaha megélt már partnere munkanélküliségét, nehezebbnek ítélte a döntéshozatalt. De az is elképzelhető, hogy ezen tényező közvetve párkapcsolati problémákat is valószínűsít. A párkapcsolatban fokozódó viták, nézeteltérések, konfliktusok, vagy a partnertől történő különválás, szakítás megtapasztalása esetén ugyancsak magasabb döntési nehézséget éltek meg a nők. Úgy véljük, egyrészt azért, mert a partnerkapcsolati problémák következtében az abortusszal járó érzelmi nehézségek kezelése-, valamint a döntési dilemma során egy fontos támaszforrástól esik el az érintett nő, másrészt mert a nem kielégítő párkapcsolat – esetenként akár a nő szándékával ellentétben – direkt (pl. partner akarja a terhesség megszakítását) vagy indirekt (pl. a nő a partnerhez köthető valamely jellemző miatt nem látja biztosítottnak a gyermekvállalás feltételeit) kényszerítőerőként hathat az abortusz vállalásának irányában.

A fokozódó párkapcsolati problémák és konfliktusok, valamint a válás és különélés megtapasztalása fokozottabb szorongásos és depresszív reakciókkal is együtt járt a



beavatkozás idején. S ehhez hasonlóan, azok a nők, akik életszínvonalbeli változásokat jeleztek, ugyancsak magasabb szorongást életek át és depresszívebbek voltak a preoperatív időszakban. Hasonlóan a döntéshozatali nehézségnél leírtakhoz, úgy véljük ezen összefüggések a partneri támasz hiányával és a külső, környezeti tényezők kényszerítőerejével magyarázhatók.

Abban az esetben, ha a nő korábban átélt várandóssághoz kapcsolódó veszteségélményt – úgy, mint spontán vetélést vagy művi abortuszt –, az esemény érzelmi érintettségének mértéke együtt járt az aktuális várandóssági kimenetelhez kapcsolódó döntéshozatali nehézséggel. A vetélés vagy az abortusz érzelmi terhének korábbiakban történő megtapasztalása az aktuális terhesség megszakításának ellenében hatott. A családtag súlyos és tartós betegségének érzelmi hatása ugyancsak pozitív kapcsolatban állt a döntés meghozatalának nehézségével, valamint a beavatkozás idején mért szorongás és depresszió mértékével. Ez utóbbi életesemény intenzív megélése mobilizálhat az élet értékével kapcsolatos kérdéseket, de akár érzékenyítőleg is hathat másoknak kiszolgáltatott személyekkel kapcsolatban.

Az abortuszkutatások egy része foglalkozik néhány demográfiai változó és terhességi előzmény valamint a művi vetélésre adott pszichológiai reakciók összefüggéseinek vizsgálatával. Így egyesek például a fiatal életkort (ld. Franz és Reardon, 1992; Rue, V. M. és mtsai., 2004), vagy a még gyermektelen státuszt (ld. Adler és mtsai., 1992), vagy a gyakorló vallásosságot (ld. Adler, 1976; Söderberg és mtsai., 1998) rizikótényezőként valószínűsítik a döntéshozatali nehézséggel, a műtét során megélt súlyosabb pszichológiai distresszel, és/vagy a terhességmegszakítás további negatív következményeivel összefüggésben. Kutatásunkban vizsgált demográfiai jellemzők – úgy, mint életkor, iskolai végzettség, családi állapot, korábbi szülési események, vagy a nő életében előforduló korábbi abortuszok - egyikével sem mutatott kapcsolatot a döntéshozatali nehézség és a beavatkozás idején mért szorongás és depresszió.

## ***5.2. A művi abortusz hosszú távú pszichológiai jellemzői***

A művi abortuszra adott normatív pszichológiai reakciókon túl – melynek lezajlását a beavatkozástól számított három hónapra teszi a témával foglalkozó szakirodalom – felmerül, hogy az eseménynek a nők bizonyos csoportjaira nézve elhúzódó, a műtétet követően három hónapon túli, vagy hosszú távú, a terhességmegszakítás után hónapokkal később jelentkező

negatív pszichológiai kimenetekben megmutató hatása is van (ld. Colemann és mtsai., 2005).

Ennek igazolása azonban számos módszertani problémába ütközik. A művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt negatív következményének vizsgálatával foglalkozó kutatások egyik jelentős nehézségét jelenti, hogy a célcsoport nehezen hozzáférhető az utánkövetéses adatgyűjtés számára. A lemorzsolódás szélsőséges esetekben 90 százalék feletti is lehet (ld. Adler, 1976). A kutatók egy része anyagi juttatásokkal, vagy az utánkövetéses időszak néhány hétre vagy 1-2 hónapra történő „lerövidítésével”, vagy az abortusz után néhol kötelező jelleggel beiktatott orvosi kontrollvizsgálatokhoz rendelt adatgyűjtéssel próbálja mérsékelni a résztvevők számának jelentős csökkenését.

Ha az adatgyűjtésre hónapokkal a beavatkozást követően kerül sor, a műtét körüli időszak jellemzőire sok esetben pusztán retrospektív beszámolók alapján próbálnak következtetni az egyes szerzők. A hosszú távú kimeneteli lehetőségek tanulmányozása közé tartoznak még az egészségügyi adatbázisok feldolgozásán alapuló tanulmányok is, melyekben bár nagyszámú mintán végeznek az abortusz negatív pszichológiai következményeivel kapcsolatos vizsgálatokat, az adatgyűjtés természetéből fakadóan csak kevés változó kontrollálására képesek.

Jelen kutatásunkban a beavatkozást követően fél évvel később vizsgáltuk a művi abortusz esetleges hosszú távú negatív következményeit. A második szakasz fókuszában a komplikált gyász jegyeként megjelenő pszichiátriai problémák és az őket valószínűsítő abortuszhoz kötődő szituatív, kapcsolati, személyes és élettörténeti vonatkozások feltárása állt. Mint ahogyan azt már korábbiakban írtuk, az adatgyűjtés az érintett nő beleegyezésétől függően kérdőívek és/vagy interjú felvételen alapult. Jelen munka kereteit meghaladja az interjúk tartalmi elemzésének és az így nyert eredményeknek a bemutatása, mellyel egy külön tanulmányban igyekszünk foglalkozni. Az alábbiakban elemzésre kerülő adataink a kérdőívek feldolgozásából származnak.

#### 5.2.1. A fél évvel későbbi utánkövetéshez való viszonyulás, azaz a megjelenéssel vagy elutasítással összefüggésben álló tényezők

Nem ismert olyan kutatás, mely a résztvevők személyes- és kapcsolati jellemzői mentén hasonlítaná össze az egyes csoportokat a vizsgálathoz való viszonyulásuk függvényében, továbbá ezek a munkák a lemorzsolódó nők csoportját minden esetben homogén mintaként kezelték.

Munkánkban a második fordulóhoz való viszonyulás és a felkeresésre adott reakciók függvényében három csoportba soroltuk a vizsgálatban résztvevőket. Ennek alapján együttműködők voltak azok, akik a kérdőíveket kitöltötték és/vagy az interjúban részt vettek; elutasítók csoportjába tartoztak, akik vagy már a beavatkozás idején, vagy a későbbi megkereséskor jelezték, hogy nem kívánnak a továbbiakban együttműködni, illetve akiknek csak postai elérhetősége volt meg és nem küldték vissza a kérdőíveket; s végül a nem elérhetőkhöz kerültek besorolásra azok a nők, akik a megadott címen vagy telefonszámon nem voltak elérhetőek.

A csoportok között elsősorban a coping mechanizmusok és a párkapcsolati jellemzők, valamint a szülői bánásmód tekintetében mutatkozott különbség. Szemben a másik két csoportba tartozó nőkkel, az elutasítók támaszkeresőbbek voltak, a nem elérhetőkre pedig az emóció kiürítés volt jellemzőbb. Ezen megküzdési mechanizmusok kevésbé bizonyultak adaptívnak az abortusz rövid távú kimenetele során, így joggal feltételezhető, hogy negatív befolyással lehetnek a hosszú távú állapotot meghatározó feldolgozási folyamatokra is. Meg kell említeni, hogy a nem elérhetőket az emóciófókusz is inkább jellemezte, mint az együttműködőket, mely a kellemetlen, negatív érzelmi állapotok megszüntetésére irányuló törekvés révén hozzájárulhat a beavatkozás keltette feszültségek mérsékléséhez.

A nem elérhetőkhöz számos további kapcsolati és demográfiai jellemző mentén különböztek a másik két csoporttól, így esetükben volt legalacsonyabb a párkapcsolati kohézió, valamint a szülői bánásmód szeretet törődés dimenziója. A szülővel való kapcsolat problematikáját erősíti még meg, hogy közülük többen jelezték szüleikkel szemben fennálló tartós konfliktust. Emellett fiatalabbak voltak és több volt közöttük az alacsonyabb iskolai végzettségű, s gyakrabban előfordult már, hogy partnerük elveszítette munkahelyét. Az eredmények implikálják, hogy azok a nők, akik közvetett módon utasítják el a vizsgálatban való további részvételt, azaz nem elérhetőkhöz, kapcsolati nehézségekkel küzdenek, és/vagy fiatalabbak, és/vagy alacsonyabb szocioökonómiai státuszúak. Elképzelhetőnek tartjuk, hogy ezen tényezők önmagukban is indokolják a kutatásban való együttműködés hiányát. Egyben az elutasítókat és nem elérhetőket inkább jellemző inadaptív megküzdési stratégiák felhívják a figyelmet a komplikált feldolgozás magasabb kockázatára.

### 5.2.2. Szorongás és depresszió fél évvel a művi abortuszt követően

A műtétet követően néhány héten belül már kimutatható az abortuszt kísérő szorongás és depresszió csökkenése (ld. Cohen és Roth, 1984; Cozzarelli, 1993; Faure és Loxton, 2003;

Mueller és Major, 1989; Shusterman, 1979). Ezzel összhangban jelen kutatásban is megerősítést nyert, hogy a művi abortuszt követően fél évvel mind a szorongás, mind a depresszió mértéke jelentősen csökken a megjelentek körében.

Az abortusz idején megélt szorongás és depresszió összefüggésben állt a beavatkozást követő fél évvel későbbi pszichés állapottal is. Minél inkább szorongott egy nő a preoperatív időszakban, annál jellemzőbb volt rá ez az állapot fél évvel az eseményt követően is; valamint a fokozottabb lehangoltság együtt járt a szorongás és depresszió magasabb értékeivel a későbbiekben is. Az együttműködő nők egy jelentős részénél fél évvel az abortuszt követően is a klinikai határérték feletti szorongás és depresszió értékeket mértünk, a résztvevők 53,4 százalékát szorongásos, míg 17,1 százalékát depresszív állapot jellemezte.

A hosszútávon megjelenő szorongás prediktorának a kapcsolati tényezők közül a szülői túlvás, személyes jellemzők közül az emóció kiürítés és a reziliencia, míg a szituatív változók közül az abortusz elleni érvek száma bizonyult. A túlvédő anyai bánásmód, vagy a stresszhelyzet keltette feszültség kontrollálatlan, nem adekvát reakciókban történő levezetése, illetve az abortusz elleni érvek száma növelték a valószínűségét a fél évvel későbbi szorongás megjelenésének, míg a reziliencia a fentiekkel ellentétben, a szorongás mérséklődését jósolta be.

A depresszív reakciók prediktorai között a párkapcsolatot jellemző érzelemkifejezés és az anyai túlvó bánásmód, a neuroticizmus, valamint a terhesség körüli időszakot jellemző szexualitással való elégedettség szerepelt. A túlvédő anyai bánásmód, a neuroticizmus, azaz az emocionális stresszorokra való fokozottabb érzékenység, az emocionális instabilitás, a negatív érzelmek gyakoribb átélése növelték a valószínűségét a terhességmegszakítást követő fél évvel későbbi depresszió meglétének; míg ha a beavatkozáskor az érintett nő kapcsolatában az érzelmek kifejezésének jó színvonaláról számolt be, illetve ha a szexuális együttlétekel való nagyobb elégedettséget jelzett a terhesség időszakában, kisebb volt a valószínűsége a depresszív állapotnak fél évvel az eseményt követően.

### 5.2.3. Pszichológiai tünetek és panaszok, distressz jellemzők fél évvel az abortusz követően

A szorongás és depresszió mellett az abortusszal összefüggésben vizsgáltunk olyan pszichés problémákat, mint a szomatizáció, kényszeresség, interperszonális érzékenység, ellenségesség, fóbia, paranoia és pszichoticizmus. A kutatásban résztvevők aszerint értékelték a különböző kórképek háttérében álló tüneteket, hogy azok a terhesség megszakítása óta milyen mértékben jelentek meg. A vizsgálati csoport eredményeinek normatív- és klinikai

mintákkal történő összevetése valószínűsíti, hogy a kutatás második fordulójába résztvevő nők többségét nem érintik a felsorolt kórképek; azaz az együttműködők körében a fentiekben felsorolt szindrómák abortusszal összefüggő megjelenése nem volt igazolható. A hazai mintán végzett faktorelemzés a kérdőív unidimenzionalitását erősítette meg (Unoka és mtsai., 2004), így az abortusz egyes kórképekkel mutatott összefüggéseinek hiánya ezen ténynek is betudható.

A nőknek egyben arra is lehetőségük nyílt, hogy az egyes tünetek kapcsán jelöljék, ha annak megjelenését egyértelműen az abortusznak tulajdonítják. Az érintettek legalább 15 százalékánál előforduló panaszokat figyelembe véve, elsősorban hangulati- (pl. „Könnyen sírva fakad.” - 17,2%; „Szomorúság érzése.” – 24,1%; „Reménytelenség a jövőre nézve.” – 20,7%) és poszttraumatikus stresszre utaló (pl. „Akaratlan dolgok, szavak, amelyeket nem tud a gondolataiból kizárni.” – 27,6%; „El kell kerülnie bizonyos dolgokat, helyeket, vagy tevékenységeket, mert azok zavaróak Önnek.” – 17,2%) érintettség valószínűsíthető. Illetve vannak olyan szimptómák, melyek önmagukban is jelentős életterületeket vagy egyéni működési jellemzőket érintenek, de egyben részét képezhetik valamely kórképnek is. Így többen jeleztek a szexuális életet érintő problémákat (pl. „Szexuális érdektelenség, örömtelenség.” - 20,7%), vagy büntudati feszültséget (pl. „Önvádolás különböző dolgok miatt.” – 17,2%; „Bűnösnek érzi magát.” – 17,2%), melyek tulajdoníthatók az abortuszra adott depresszív reakcióknak is; vagy az érzelmi-indulati életben jelentkező feszültségeket és szabályozási problémákat (pl. „Olyan hangulatkitörés, melyet nem tud kontrollálni.” – 17,2%; „Idegesség, belső bizonytalanság érzése.” – 24,1%), melyek a PTSD tüneteként is értelmezhetők.

A tüneti érintettséget (kiterjedtséget) és annak mértékét befolyásoló prediktorok között szerepelt az anyai túlvédés és emóció kiürítés, melyek magasabb mértéke valószínűsítette az abortusz utáni panaszok számának és súlyosságának növekedését, míg ezzel szemben a lelki ellenálló képesség vagy reziliencia csökkentette azt. A helyzeti jellemzők közül a tünetek abortuszt követő megjelenési valószínűségét növelte, ha az érintett nő szexuális együttlétekkel való elégedettsége csökkent a terhesség és műtét körüli időszakban, vagy ha az művi vetélés ellenében hozott fel érveket.

Az egyes szindrómák megjelenésének előrejelzésében a fenti változók eltérő mértékben játszottak szerepet; és pusztán két patológiás kimenetel, a kényszeres tünetképződés és az interperszonális érzékenység esetén jelent meg a neuroticizmus is, mint prediktor változó.

#### 5.2.4. A PTSD tüneteinek fél évvel a beavatkozást követően

Az abortusz vonatkozásában egyik leggyakrabban tárgyalt klinikai zavar a poszttraumás stresszreakció, mely a kiváltó eseményre emlékeztető helyzetek elkerülése, az újraélés és a hiperarousal szimptomák megléte mentén került diagnosztizálásra. Jelen kutatás második szakaszában együttműködő nők 65,5 százalékánál a PTSD-re utaló tünetek enyhe vagy közepes mértékű előfordulása volt jellemző, míg 24,1 százalékuknál közép súlyos, 10,3 százalékuknál pedig súlyos mértékű PTSD-t lehetett azonosítani. A nők közel harmada (31%) jelezte, hogy panaszai az elmúlt egy hónapban is jelen voltak, és több mint 65 százalékuknál negatív hatást fejtettek ki a munka- (65,5%), a társadalmi- (65,5%) és/vagy családi élet (69%) valamelyikére. A kutatásban résztvevők azt is értékelték, hogy milyen mértékben sikerült az eseménnyel megbirkózniuk. Ez esetben a nők pusztán 31 százaléka jelezte, hogy teljes egészében feldolgozták a történeteket. Eredményeink megerősítik azon nemzetközi kutatásokat (ld. Coleman és mtsai., 2008/b; Rue, V. M. és mtsai., 2004; van Emmerik és mtsai., 2008), melyek a PTSD megjelenésének kockázatát hangsúlyozzák az abortusszal összefüggésben.

Ezen klinikai zavar előrejelzőjének bizonyult a túlívó anyai bánásmód, a stresszhelyzetek keltette feszültség kontrollálatlan és inadekvát reakciókban történő levezetése, mint az egyénre jellemző coping stratégia, valamint az abortusz ellenében megjelenő érvek száma. A felsorolt tényezők növelték a stresszreakció előfordulásának valószínűségét. A lelki ellenálló képesség – csakúgy, mint a fentiekben tárgyalt más klinikai problémák esetén, a PTSD vonatkozásában is – a zavar alacsonyabb előfordulását valószínűsítette.

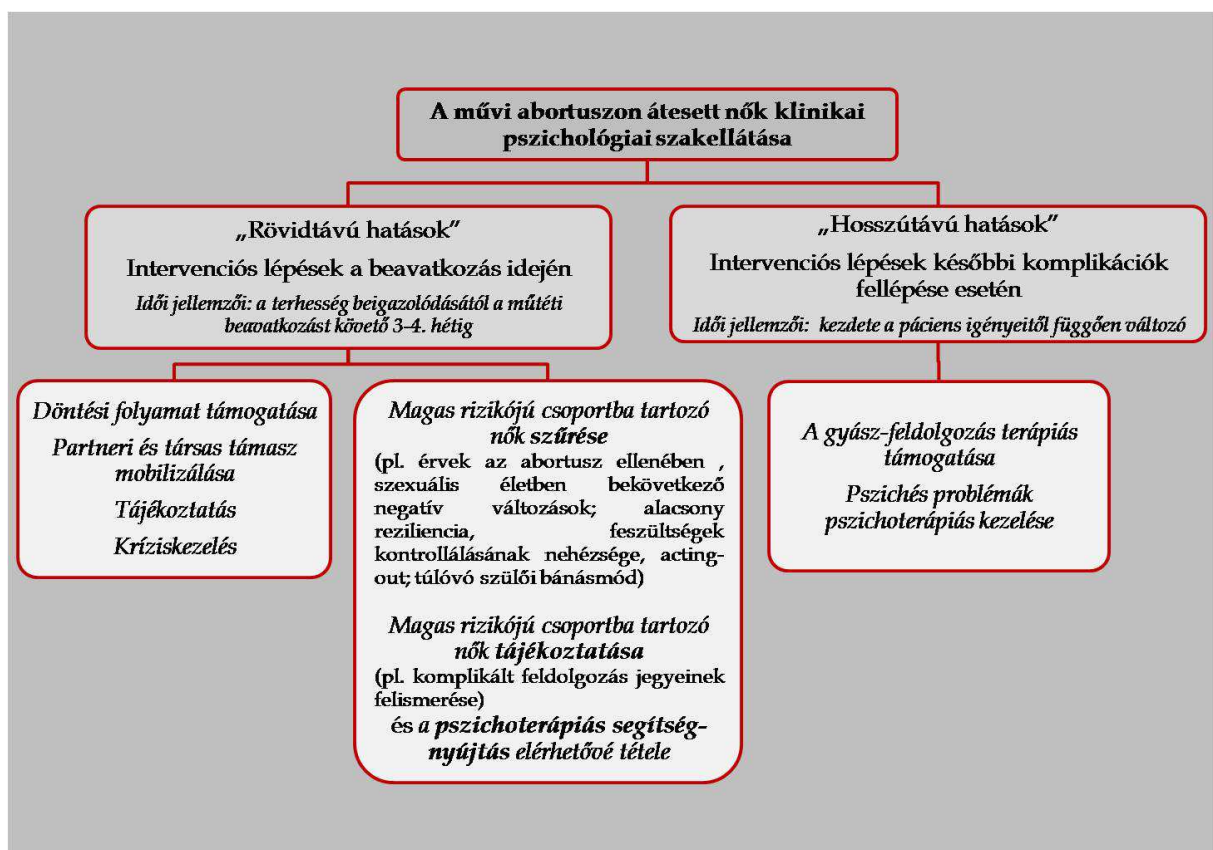
## II. Összefoglalás és kitekintés

A művi abortusz hosszú távú kimeneteli lehetőségeit összegezve a nők egy számottevő csoportja (10-50%) veszélyeztetett különböző pszichológiai, pszichiátriai problémák abortusszal összefüggő megjelenése kapcsán fél évvel a beavatkozást követően, melyek közül kiemelendő a depresszió, a szorongás, valamint a terhesség megszakítására adott poszttraumás stressz szindróma. Az egyes klinikai kórképek mellett – azokkal akár összefüggésben is – megjelennek olyan panaszok, melyek a pszichoszexualitás, vagy például a nők érzelmi-indulati életének szabályozása terén megmutatózó problémák meglétét ugyancsak alátámasztják.

A művi vetéléssel járó veszteség patológiás feldolgozásának valószínűségét mind személyes, mind kapcsolati, mind pedig a beavatkozás időszakához kapcsolódó helyzeti tényezők egyaránt meghatározzák. Személyes jellemzők közül az emóció kiürítés és ritkábban a neuroticizmus – azaz az emocionális instabilitás és impulzuskontroll problémák, a negatív érzelmek gyakoribb átélése - növeli, míg a reziliencia csökkenti az esélyét a terhességmegszakítás nők mentális állapotára gyakorolt, klinikai kórképekben megnyilvánuló negatív hatásának. A kapcsolati változók közül az anyai túlvédés bizonyult a legjelentősebb prediktornak az egyes zavarokat illetően. Ha az érintett nő anyjával való kapcsolatában túlóvó, folyamatos kapcsolati függőséget fenntartani igyekvő és az autonómiatörekvéseket gátló szülői bánásmódot tapasztalt, nőtt a megjelenési valószínűsége az abortuszra adott patológiás reakcióknak. Úgy véljük, a túlóvásban megjelenő anyai kontroll erőteljesen gátolja a felnőtt szerep- és felelősségvállalást, csökkenti az egyén saját sorsa, döntései feletti önrendelkezés érzését, s egyben csökkentheti az énhatékonyság élményét, melyek mindegyike hozzájárulhat az életvezetésben felmerülő problémák inadekvát kezeléséhez, s növelheti a súlyos stresszt kiváltó helyzetek egészségi állapotra gyakorolt elhúzódó és tartós negatív következményeit. A párkapcsolati alkalmazkodás minőségét meghatározó jellemzőkön belül az érzelmek kifejezése csökkentette a depresszió valószínűségét. Végezetül a szituatív változók közül két tényező bizonyult meghatározónak a klinikai kórképek megjelenésével összefüggésben. Az abortusz ellenében szóló érvek száma, és a szexuális együttlétekkel való elégedettség csökkenése a terhesség beigazolódását követően előrejelzik számos pszichés zavar – úgy, mint a szorongás, a depresszió és a PTSD, valamint egyéb pszichiátriai szindrómák (részletesen ld. a 17., 20., 21. táblázatokat) – megjelenését. A szexualitással való elégedettség csökkenése részben a partnerek közötti intimitásban generál problémákat, részben korai előrejelzője és velejárója lehet az abortusz kapcsán megjelenő hangulati zavarnak, melyet alátámasztani látszik, hogy ezen szituációhoz kötött változó a fél évvel későbbi depresszió valószínűsítésében játszik elsősorban fontos szerepet. A művi abortusz kapcsán ugyancsak hangsúlyosabban jelenlévő PTSD esetén pedig a terhesség megszakítása elleni érvek száma az, ami bejósolta a tünetek gyakoriságát és intenzitását. Úgy véljük, az ellenérvek minden esetben a döntési helyzet ambivalenciáját fejezik ki, melynek háttérében a művi vetelés vállalásának ellenében olyan tényezők is megjelennek, mint a magzat irányában érzett érzelmi elköteleződés, vagy az anyaság élményének igénylése.

Kutatási eredményeink tükrében hangsúlyozni szeretnénk a beavatkozás idején nyújtott pszichológiai segítségnyújtás szükségességét, melynek feladatai közül az érzelmi és

információs támasznyújtást, a döntést kísérő érzések megélésének és megfogalmazásának támogatását, a pszichológiai stabilitás fenntartását szolgáló intervenciós lépések alkalmazását és a későbbi komplikációk szempontjából magas rizikójú csoportba tartozó nők szűrését emeljük ki. Emellett fontosnak tartjuk, hogy a későbbiekben abortusszal összefüggésbe hozható pszichés problémákkal küzdő nők számára elérhetővé váljanak a veszteség feldolgozását segítő, specifikus pszichoterápiás ellátási formák. Az abortusz előtt álló, vagy a beavatkozáson már átesett nőkkel folytatott klinikai pszichológiai és pszichiátriai munka kutatási eredményeink által is megerősített lehetőségeit a 2. ábrán szemléltetjük.



2. ábra. A művi abortusz kapcsán érintett nők klinikai pszichológiai és pszichiátriai szakellátásának lehetőségei.

Ehhez kötődően további céljaink között szerepel a komplikált feldolgozás és a pszichés problémák megjelenése szempontjából magas rizikójú csoportba tartozó nők szűrésére alkalmas mérőeljárás kidolgozása, valamint a nemzetközi gyakorlatban már alkalmazott terápiás technikák hazai szakellátásban történő meghonosítása.



## Irodalom

- Adler, N. E. (1975). Emotional responses of women following therapeutic abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 446-454.
- Adler, N. E. (1976). Sample attrition in studies of psychosocial sequelae of abortion: How great a problem? *Journal of Applied Social Psychology*, 6(3), 240-259.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion. *American Psychologist*, 47(10), 1194-1204.
- Bradshaw, Z., Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929-958.
- Cohen, L., Roth, S. (1984). Coping with abortion. *Journal of Human Stress*, 10(3), 140-145.
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Strahan, T., Cogle, J. R. (2005). The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology & Health*, 20(2), 237-271.
- Coleman, P. K., Rue, V. M., Spence, M., Coyle, C. T. (2008/b). Abortion and the sexual lives of men and women: In casual sexual behaviour more appealing and more common after abortion? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 77-91.
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1224-1236.
- Faure, S., Loxton, H. (2003). Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South African Journal of Psychology*, 33(1), 28-38.
- Finer, L. B., Frohwirth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., Moore, A. M. (2005). Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(3), 110-118.
- Franz, W., Reardon, D. (1992). Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence*, 27(105), 105-117.
- Freeman, E., Rickels, K., Huggins, G. R., Garcia, C. R., Polin, J. (1980). Emotional distress patterns among women having first or repeat abortions. *Obstetrics & Gynecology*, 55(5), 630-636.

- Gy. Kiss E. (2012). A személyiség pozitív erőforrásai. In Gy. Kiss E., Polyák L. (Szerk.), *A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában. Egészség rehabilitációs füzetek*. Budapest: Oriold és Társai, 107-119.
- Holmes, M. C. (2004). Reconsidering a “woman’s issue:” Psychotherapy and one man’s postabortion experiences. *American Journal of Psychotherapy*, 58(1), 103-115.
- Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A., Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician*, 46, 2033-2040.
- Major, B., Mueller, P., Hildebrandt, K. (1985). Attributions, expectations, and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(3), 585-599.
- Mueller, P., Major, B. (1989). Self-blame, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1059-1068.
- Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, 10(10), Letöltés helye: [http://www.MedSciMonit.com/pub/vol\\_10/no\\_10/4923.pdf](http://www.MedSciMonit.com/pub/vol_10/no_10/4923.pdf), Letöltés dátuma: 2011. 10. 20., 5-16.
- Shusterman, L. R. (1979). Predicting the psychological consequences of abortion. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 683- 689.
- Söderberg, H., Janzon, L., Sjöberg, N. O. (1998). Emotional distress following induced abortion. A study of its incidence and determinants among abortees in Malmö, Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 79(2), 173-178.
- Turay A., Horváth B., Kovács L., Kneffel P. (1997). Terhességmegszakítás és párkapcsolat. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 60, 227-230.
- Vajda D., Sz. Makó H., Deák A., Tóth L. (2011). A párkapcsolati elégedettség alakulása a családi életciklusok függvényében, különös tekintettel a gyermekvárás és a szülés körüli időszakokra. *A Magyar Pszichológiai Társaság Jubileumi XX. Országos Tudományos Nagygyűlése*. Budapest: Absztraktkötet, 175-178.
- van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G. (2008). Prevalence and prediction of re-experiencing and avoidance after elective surgical abortion: a prospective study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 378-386.

## **A kutatási témához kapcsolódó publikációs jegyzék**

### **Nemzetközi konferencia**

**Hajnalka Sz. Makó**, Anita Deák: Measuring Prenatal Attachment: The Hungarian Version of the Prenatal Attachment Inventory. In: ECPR & EACLPP 2012, Aarhus, Denmark, 27-30 June 2012

**Hajnalka Sz. Makó**, Erika Malét-Szabó, Bernadette Péley: Psychological aspects of induced abortion at the time of the intervention. In: ECPR & EACLPP 2012, Aarhus, Denmark, 27-30 June 2012

**Hajnalka Sz. Makó**, Anita Deák: The Hungarian Version of Maternal Antenatal Attachment Scale in Measuring Prenatal Attachment. In: 20th European Congress of Psychiatry, Prague, Czech Republic, 3-6 March, 2012

Anita Deák, **Hajnalka Sz. Makó**: Determinants of Perceiving and Rating Pregnancy-Related Emotional (IAPS) Pictures During Pregnancy. In: 20th European Congress of Psychiatry, Prague, Czech Republic, 3-6 March, 2012

**Hajnalka Sz. Makó**, Anita Deák: Partner Satisfaction, Maternal Attachment Quality and Depression in Pregnancy, In: 19th World Family Therapy Congress, Noordwijkerhout, The Netherlands, March 30-April 2, 2011, p: 20

Anita Deák, **Hajnalka Szentivanyi-Mako**: Emotional Reactions to Affective Visual Stimuli (IAPS) in Pregnancy, In: 19th World Family Therapy Congress, Noordwijkerhout, The Netherlands, , March 30-April 2, 2011, p: 20

**H. Sz. Makó**, B. Veszprémi, L. Várhegyi, N. Mészáros: Nature of Fears at the Time of Abortion and Possible Correlation to Anxiety and Depression, 19th European Congress of Psychiatry, Vienna, Austria, 12-15 March, 2011, p: 337

Anita Deák, **Hajnalka Sz. Makó**: Anxiety Corresponds with Emotional Responses to IAPS Pictures during Pregnancy, 19th European Congress of Psychiatry, Vienna, Austria, 12-15 March, 2011, p: 264

**Hajnalka Sz. Makó**, Anita Deák: Relationship between Prenatal Attachment, Satisfaction with Partner Relationship and Anxiety, In: 9th Alps Adria Psychology Conference, Klagenfurt, Austria, 16-18 September 2010, p: 85

## Hazai konferencia

Vajda Dóra – **Sz. Makó Hajnalka** – Kiss Enikő Csilla: Coping jellemzők a párkapcsolati elégedettséggel összefüggésben. Egészség rehabilitáció konferencia sorozat IV., Pécs, 2012. november 9-11.

**Sz. Makó Hajnalka**: Pre- és perinatális pszichológia – kérdések a várandósság körül (poszter műhely), In: A Magyar Pszichológiai Társaság Jubileumi XX. Országos Tudományos Nagygyűlése, Kivonatok, Budapest, 2011. május 25-27., 175-178. o.

**Sz. Makó Hajnalka** – Deák Anita: „A várandósság állapota” Az anya-magzat kötődést befolyásoló intra- és interperszonális tényezők, 176. o.

Deák Anita – **Sz. Makó Hajnalka**: A várandóssággal kapcsolatos érzelmi élmények vizsgálata az International Affective Picture System (IAPS) módszerrel, 176. o.

Vajda Dóra – **Sz. Makó Hajnalka** – Deák Anita – Tóth Laura: A párkapcsolati elégedettség alakulása a családi életciklusok függvényében, különös tekintettel a gyermekvárás és a szülés körüli időszakra, 177. o.

Tóth Laura – **Sz. Makó Hajnalka** – Deák Anita – Vajda Dóra: Várandós és nőgyógyászati műtét előtt álló nők körében mért szorongásjellemzők, 177-178. o.

**Sz. Makó Hajnalka** - Deák Anita: A prenatális kötődés alakulását befolyásoló intra- és interperszonális tényezők, Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság XXXIV. Kongresszusa, Pécs, 2010. november 18-20., 30. o.

**Sz. Makó Hajnalka** – Járai Róbert – Szabó Erika: A művi abortusz hatása a nők mentális egészségére, Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlése, Pécs, 2010. május 27-29.  
In: Egyén és kultúra – kivonatkötet, 169. o.

**Sz. Makó Hajnalka** – Bíró Kinga – Várhegyi Linda – Susenka Eszter – Mészáros Noémi: Párkapcsolat, sexualitás és művi abortusz, Magyar Szexuális Medicina Társaság I. Kongresszusa és Továbbképző Tanfolyama, Budapest, 2010. május 13-15.

**Sz. Makó Hajnalka**: Döntés az életről - a várandóssághoz kapcsolódó veszteségélmények és a krízis jellemzői, Paradigmák a szuicidológiában II. c. országos konferencia, Pécs, 2009. szeptember 18.

## **Könyv, könyvfejezet**

Vajda Dóra, **Sz. Makó Hajnalka**, Kiss Enikő Csilla (2013): Párkapcsolat és egészség a stressz és coping vonatkozásában. In: Kiss Enikő Csilla - Polyák Lilla (szerk): Sztómaterápiás eszközök befolyása az életminőségre, életvitelre és a lelki ellenállóképesség tényezői. 80-93. Kaposvár: Magyar ILCO Szövetség. ISBN 978-963-88361-5-1

## **Szakmai folyóirat**

**Sz. Makó Hajnalka**, Veszprémi Béla: A művi abortusz pszichológiai vonatkozásai; *Psychiatria Hungarica*, 2011

**Mako, H.**, Malet-Szabo, E., & Peley, B. (2012). Psychological aspects of induced abortion at the time of the intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 72; 494-494.

**Mako, Sz. H.**, & Deak, A. (2012). Measuring prenatal attachment: The Hungarian version of the Prenatal Attachment Inventory. In *Journal of Psychosomatic Research*, 72; 503-504.

**Mako, Sz. H.**, & Deak, A. (2012). Measuring prenatal attachment: The Hungarian version of the Prenatal Attachment Inventory. In *Journal of Psychosomatic Research*, 72; 503-504.

**Sz Mako, H.**, & Deak, A. (2012). P-1000-The hungarian version of maternal antenatal attachment scale in measuring prenatal attachment. *European Psychiatry*, 27, 1.

Deak, A., & **Sz Mako, H.** (2012). P-1462-Determinants of perceiving and rating pregnancy-related emotional (IAPS) pictures during pregnancy. *European Psychiatry*, 27, 1.