



ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA

2017/3

ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA

2017/3

Alapítás éve: 1998

Megjelenik a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem,
az Eötvös Loránd Tudományegyetem
és a Debreceni Egyetem együttműködésének keretében,
a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával.

A szerkesztőbizottság elnöke

Prof. Oláh Attila

E-mail: olah.attila@ppk.elte.hu

Szerkesztőbizottság

Demetrovics Zsolt	Faragó Klára
Jekkelné Kósa Éva	Juhász Márta
Kalmár Magda	Katona Nóra
Király Ildikó	Kiss Enikő Csilla
Molnárné Kovács Judit	N. Kollár Katalin
Münnich Ákos	Szabó Éva
Urbán Róbert	

Főszerkesztő

Szabó Mónika

E-mail: szabo.monika@ppk.elte.hu

A szerkesztőség címe

ELTE PPK Pszichológiai Intézet

1064 Budapest, Izabella u. 46.

Nyomdai előkészítés

ELTE Eötvös Kiadó

E-mail: info@eotvoskiado.hu

Kiadja

az ELTE PPK dékánja

ISSN 1419-872 X

TARTALOM

EMPIRIKUS TANULMÁNYOK

A social egg freezing és a munkaerőpiaci nemi egyenlőtlenség kapcsolata.....7

Keglovits Barbara, Kovács Mónika

Extrém kis súlyú koraszülöttek kisgyermekkorai fejlődése és a fejlődés
háttértényezői37

Nagy Anett, Beke Anna Mária, Gráf Rózsa, Kalmár Magda

MŰHELY

A digitális történetmesélés (DST) technikájának alkalmazási lehetőségei
a modernkori rabszolgaság következtében traumát szenvedett túlélőkkel
folytatott segítői munka keretein belül59

Szemán Dénes, Szabó Mónika

MÓDSZERTAN

A PAIR-H párkapcsolati kérdőív magyar nyelvű adaptációja87

Kövér Lili, Balázs Katalin, Frecska Ede, Égerházi Anikó

KÖNYVISMERTETÉS

Pszichológiai tőke: az emberi kiválóság fejlesztése113

Nagy Péter

EMPIRIKUS TANULMÁNYOK

A SOCIAL EGG FREEZING ÉS A MUNKAERŐPIACI NEMI EGYENLŐTLENSÉG KAPCSOLATA

MEGÁLLÍTHATÓ-E A BIOLÓGIAI ÓRA, VAGY CSAK A KETYEGÉS HALKÍTHATÓ?



KEGLOVITS Barbara

ELTE PPK Interkulturális Pszichológiai és Pedagógiai Intézet
keglovits.barbara@gmail.com

KOVÁCS Mónika

ELTE PPK Interkulturális Pszichológiai és Pedagógiai Intézet
kovacs.monika@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Az Apple és a Facebook bevezette a social egg freezing (SEF) anyagi támogatását a munkavállalók körében. Így a nők fiatalabb korban krioprezerváltathatják petesejtjeiket és később ezeket a petesejtet felhasználhatják fel gyermeknemzéskor. A cégek ezzel az intézkedéssel szeretnék több női tehetséget az IT szektorba vonzani, valamint így biztosítanák a nemi egyenlőséget a reprodukcióban és a karriertervezésben. A kutatás magyar nők (1) SEF iránti és (2) a petesejtjeiket krioprezerváltató nők iránti attitűdjét vizsgálta. Továbbá arra kereste a választ, hogy (3) a megkérdezett nők a SEF-et karriertervezési lehetőségként értelmezik-e, ami elvezet a munkaerőpiaci nemi egyenlőséghez, vagy más értelmezési kereteket használnak.

Módszer: Négy, félig strukturált fókuszcsoporthoz készült (A) gyermekkel nem rendelkező (n = 10) és (B) gyermekvállalás után álló (n = 10) nővel. *Eredmények:* Egy modell összegzi a legjellemzőbb aspektusokat, amelyek meghatározzák a résztvevők attitűdjét az attitűdtárgyokról. Összességében a résztvevők nem határolódtak el a SEF módszerétől, habár kiemelték az eljárás természetellenességét. A petesejtjeiket krioprezerváltató nők jellemzésekor négy jellegzetes típust találtunk: (a) önző nők; (b) a férfiak által dominált társadalom áldozatai; (c) bölcs vagy (d) bátor nők. A SEF-et inkább definiálták a női munkavállalók manipulációjaként, mint a nemi egyenlőség szimbólumaként. *Következtetések:* A feltevés, mely szerint a SEF lesz a következő generációk reprodukciós trendje, függ attól, hogy a társadalom milyen értelmezési keretben gondolkodik róla, illetve attól, hogy milyen más alternatívák válnak elfogadottá a gyermek- és munkavállalás jelenleg fennálló biológiai és szociális konfliktusára.

Kulcsszavak: social egg freezing, petesejt-krioprezerválás, asszisztált reprodukciós eljárás, reprodukciós trend, társadalmi nemi egyenlőség

BEVEZETÉS

Az Egyesült Államokban két ismert, sikeres és befolyásos IT cég, az Apple és a Facebook egy újabb fizetésen felüli juttatási csomagot vezetett be munkavállalói számára 2015 januárjától. A szolgáltatások között szerepel az úgynevezett social egg freezing (SEF) anyagi támogatása is. Ez azt jelenti, hogy női alkalmazottjaik lefagyasztathatják petesejtjeiket, majd a későbbiekben az így fiatalon maradó petesejtjeiket használhatják fel gyermeknemzéskor. Ennek a módszernek egyrészt azért van nagy jelentősége, mert a nőknél 35 év felett jelentős csökkenés tapasztalható a termékeny petesejtek számának és minőségének tekintetében. Másrészt számos genetikai probléma előfordulásának valószínűségét a petesejt genetikai állományának kora határozza meg, nem pedig a nő biológiai kora a fogantatáskor és a magzat kihordásakor. A két nemzetközi cég a családtervezés szabadabbá tételével, a gyermekvállalás lehetséges elhalasztásával kívánja a karriertervezést egyszerűsíteni női dolgozóinak, és az IT szektort népszerűbbé tenni a nők körében. (Bundschuh és Ohlendorf, 2015; Wolff, 2013a)

A jelen kutatás elsősorban a SEF kontextusából, azon társadalmi jelenségekből indul ki, amelyek ezen technológia elterjedéséhez vagy éppen megakadásához vezethetnek: társadalmi nem kategóriája, nők helyzete a munkaerőpiacon, gyermekvállalás elhalasztása. Majd bemutatásra kerülnek a potenciális reprodukciós trenddel kapcsolatos nemzetközi diskurzusok és tanulmányok, amelyek magát az eljárást, a nők megítélését, döntéshozataluk kontextusát és a reprodukciós autonómiát elemzik. A petesejtfagyasztás technológiai és orvostudományi háttere adott, a termék piacképes, és számos európai

uniós országban elvégzik. Habár Magyarországon a SEF nem egy elérhető reprodukciós technológia, és kevésbé ismert módszer, a társadalmi kihívások, amelyekre a SEF megoldást ígér, Magyarországon is megfigyelhetők. Tehát a jelen kutatás nem elsősorban az új reprodukciós technológia orvostudományi sikeressége miatt releváns, hanem a reprezentációs tér miatt, amelyben értelmeződik ez a jelenség. Valamint az, hogy miként ítéli meg az egyén a potenciális megoldást, jelen esetben a SEF-et, segíthet annak a megértésében, hogy a résztvevő miként vélekedik magáról a problémáról, a társadalmi kihívásokról. A feltáró jellegű kutatás célja az volt, hogy a fókuszcsoporthoz interjú módszerét alkalmazva vizsgálja gyermekkel nem rendelkező és gyermekvállalás után álló nők attitűdjét a SEF-technológiával és a technológiát alkalmazó nőkkel kapcsolatban attól függetlenül, hogy az eljárás egy elterjedt reprodukciós rendszerrel válna-e a közvetlen környezetükben. Azt is vizsgáltuk, hogy a kutatás résztvevői hogyan vélekednek a SEF-ről mint a munkaerőpiaci és karriertervezésbeli nemi egyenlőség lehetőségéről. A kutatás egy további fontos célkitűzése volt, hogy feltárja, melyek azok az aspektusok, amelyek befolyásolják a nők vélekedését a SEF-ről.

Kutatás elméleti háttere: a SEF társadalmi kontextusa

Társadalmi nem és szexizmus

A társadalmi nemi kategória kiemelkedő szerepet tölt be az egyén identitásának kialakulásában, és a szociális kategorizáció során is elsőként és automatikusan jelenik meg. A szocializáció során az egyének minden kultúrában szembesülnek a nőkre és a férfiakra vonatkozó eltérő szerepelvárásokkal, amelyek aztán vonatkoztatási pontként befolyásolják gondolkodásmódjukat, érzéseiket

és viselkedésüket (Eckes és Trautner, 2012; Kovács, 2007). A nemi sztereotípiák – a nőkre vagy a férfiakra jellemzőbbnek tartott tulajdonságok – a két nemtől elvárt szerepekből levont általánosítások (Best és Williams, 2006). Szexizmusnak azt az ideológiát nevezzük, amely igazolja a nemek közti társadalmi egyenlőtlenséget. Fiske és Glick (1996) megkülönböztette az *ellenséges* és a *jóindulatú* szexizmust, amelyek együttesen tartják fenn a férfiak és nők eltérő társadalmi státuszát. Az ellenséges szexizmus a nőket leértékelő negatív attitűdöket jelenti (domináns paternalizmus, versengő nemi differenciáció, ellenséges heteroszexizmus), míg a jóindulatú szexizmus a nőket szubjektíven pozitívan értékelt szerepeknek megfelelő tulajdonságokkal ruházza fel, és a hagyományos szerepeket elfogadó nőkre irányul (védelmező paternalizmus, kiegészítő nemi differenciáció, heteroszexuális intimitás). A jóindulatú szexizmus veszélye abban rejlik, hogy pozitív felhangja eltereli a figyelmet előítéletes mivoltáról és arról, hogy a nők hagyományosan alárendelt szerepének konzerválásával ez az ideológia is a patriarchális társadalmi rend fenntartását szolgálja (Eckes, 2002; Fiske és Glick, 1996; Kovács és Szabó, 2017).

Munkaerőpiaci szegregáció

A nemi sztereotípiák a férfiakat inkább cselekvő (*agentíc*) tulajdonságokkal jellemzik, a nőket pedig inkább közösségiként (*communal*), ezért eltérő kompetenciákat vár el a társadalom férfiaktól és nőktől (Carli és Eagly, 2007). A szocializáció során fiúk és lányok eltérő szerepelvárásokkal szembesülnek a szülőktől, a tanároktól és a kortársaktól, és a médiában is eltérő szerepeket látnak (Pálóczi és Nagy, 2017). Ez befolyásolja a továbbtanulási preferenciáikat és így a későbbi mun-

kaerőpiaci szerepvállalásukat. Az, hogy el tudják-e magukat képzelni az egyének egy szerepben, attól is függ, hogy a társadalom elképzeleli-e őket az adott szerepben (Kay és mtsai, 2015). A szakmai és a munkaerőpiaci sikert meghatározza, hogy egyáltalán megpróbálkozik-e az egyén a feladattal vagy a munkakörrel, pozícióval (Kovács, 2007).

A munkaerőpiaci nemi szegregáció két dimenzió mentén vizsgálható. A horizontális szegregáció azt jelenti, hogy a nőket és a férfiakat nem egyenlő arányban foglalkoztatják a különböző munkaterületeken, így kialakulnak a tipikusan „nőies” és „férfias” szakmák a munkaerőpiacon. A tipikusan nőies szakmák általában alacsonyabb presztízzsel, alacsonyabb fizetéssel és kevesebb társadalmi elismertséggel járnak. A vertikális szegregáció a két nem kiegyensúlyozatlan jelenlétét jelenti a szervezeti hierarchiában. A szakirodalom üvegplafonként (*glass ceiling*) írja le azt a láthatatlan akadályt, amely nem engedi a nőket egy bizonyos szinten feljebb jutni a hierarchiában (Nguyen, 2005). A nyugati társadalmakban a munkaerőpiacon jelen van a horizontális és a vertikális szegregáció is. Annak ellenére jellemző a maskulin szervezeti kultúra, hogy a nemi diszkrimináció törvényileg tiltott. A nők felső vezetésbeli alulreprezentáltságáért pedig általában a két nem eltérő reprodukatív szerepét teszik felelőssé, nem pedig a szervezeti kultúrát vagy a társadalmi berendezkedést (Nagy, 2007; Miller, 2006; Kovács és Vida, 2017). Ez a szervezeti attitűd pedig intézményi szexizmushoz vezet. Ez azt jelenti, hogy hiába rendelkezik egyre több nő felsőfokú végzettséggel, ér el szakmai sikereket, töri át az üvegplafont és van jelen a középvezetésben (Dreyer, 2011), továbbra is kimaradnak az elsőrangú, elit döntéshozatalból, testületi bizottságokból, a felső vezetésből

és kevesebb jövedelmet kapnak, mint a férfiak (Strauss, 2014).

*A női karrier és a gyermekvállalás
konfliktusa*

A karrier tágabb értelemben magában foglalja az egyén életpályájának minden eseményét, a gyermekvállalást is. Ezzel szemben a karrier szűkebb értelemben csak a munka világában történt eseményekre vonatkozik. Koncz (2005) azzal érvel, hogy a nők hátránya a karrierépítésben alapvetően abból adódik, hogy a kariert általában csak a szűk értelemben használják és csak a kereső munkát értik alatta. A férfiaknak előnyt jelent, hogy a munkaerőpiaci értékek megegyeznek a férfiak szocializációs mintáival és tradicionális szerepeivel: a pénz és a hatalom a karrier sikerességét mérő eszközök. *Ideális munkavállalónak* nevezi a szakirodalom azokat a személyeket, akik a háztartásbeli kötelességektől mentesen vannak jelen a munkaerőpiacon. Ez az ideál is a tradicionális szerepmegosztásból indul ki, amely szerint a férfi az elvárásoknak megfelelően a keresőmunkára koncentrálhatott, míg az otthoni feladatok alól tehermentesítve volt (Nagy, 2017).

Utasi (2011) a női karrier három típusát különböztette meg. A *családi karrier* a háztartásbeli és családgondozási munkák sorozata, amelynek előnye a családra fordítható idő, hátránya pedig a saját jövedelem hiánya és az anyagi kiszolgáltatottság. A *munkaerőpiaci kariernél* a fizetett munka kap főszerpet, nagyobb lehetőség van önmegvalósításra és szakmai sikerre is, ugyanakkor gyakoribb a szingli életforma és a gyermektelenség. A *kettős kötésű karrierre* a családi és a munkaerőpiaci karrier összehangolása jellemző, így a karrierút nem egyoldalú és az egyén rendelkezik saját jövedelemmel. Azon-

ban nagy kihívást jelent a kettős leterheltség (*double burden*), ugyanis a tradicionális szerepminták és a modern gazdasági szerepvállalás konfliktusa sok esetben feszültséget okoz és negatívan hat mind a munkahelyi, mind az otthoni munkateljesítményre és közérzetre.

Magyarországon, mint a többi posztoszocialista államban, jellemző, hogy habár a nők jelen vannak a munkaerőpiacon, a házimunka és a gyermekekről való gondoskodás elsősorban a nők feladataként van számon tartva (Neményi és Takács, 2016). Továbbá „sok magyar családban csak a fizetett munkát tekintik igazi munkának, a házimunka fontossága főként akkor értékelődik, amikor valamilyen okból nincs elvégezve” (Takács, 2012: 150). Neményi és Takács (2016) magyarországi hagyományos szerepmegosztástól eltérő családban élő nőkkel készítették interjúkat, ahol a fő „kenyérkereső” a nő. A legtöbb esetben (15/22) a tradicionális szerepek megfordultak, és sokszor a családfő szerepe is a nőhöz kerül. Ugyanakkor a megkérdezettek erre a szerepcserére vezettek vissza számos családi konfliktust. Azok a női résztvevők, akik idejüket elsősorban munkával töltik, és nem gyermekgondozással, a karrierista és a „szörnyeteg anya” megbélyegzéssel szembesültek.

A strukturált karrierépítésre vonatkozó elméletek az egyén harmincas éveit tartják a legmeghatározóbbnak karrierfejlesztés szempontjából. Ez az évtized azonban a gyermekvállalás szempontjából is kiemelkedő a diplomás szakemberek esetében (Hartl, 2003). A tradicionális női szerep feladati közül a gyermeknevelés ütközik leginkább a pénzkereső munkával, ezért a nők gyakran átmenetileg vagy véglegesen megszakítják munkaviszonyukat. A két szerep konfliktusa vezethet a késői gyermekvállaláshoz vagy

a gyermektelenséghez is (Friedman, 2013; Koncz, 2005).

Reprodukciós trendek és alternatív gyermek(nem)vállalási lehetőségek és megítélésük Magyarországon

Gyermekvállalás elhalasztása és gyermektelenség

A gyermekvállalásra a *megfelelő idő* kiválasztását meghatározza a párok stabil társadalmi helyzete, a stabil párkapcsolat, a megfelelő kor és a párok közös vágya a gyermekre (Olafsdottir és mtsai, 2011). A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2011-es jelentéséből kiderül, hogy Magyarországon a nők egyre idősebb korban vállalják az első gyermeküket. 2009-ben az első gyermeküket szülő anyák átlagéletkora 27,9 év volt. Általánosságban az a tendencia figyelhető meg, hogy a gyerekvállalás a nők húszas éveiről áthelyeződik a harmincas éveikre. A nők reprodukciós trendje az országon belül nem egyenletesen változik; a későbbi gyermekvállalás inkább Budapesten és vonzáskörzetében, valamint a vidéki nagyvárosokban figyelhető meg. A KSH jelentése két okot említ, amely a jelenség háttérében állhat: a nők közül sokan nem élnek tartós kapcsolatban, vagy a nők még úgy érzik, hogy nem találták meg a gyermeküknek a megfelelő apát. A jelentés szerint Magyarországon nem elfogadott az akaratlagos gyermektelenség, ennek ellenére azt feltételezik, hogy a jelenlegi fiataloknál a gyermektelenség aránya nőni fog. Itt nemcsak az akaratlagos gyermektelenség játszhat szerepet, hanem az a jelenség is, hogy a nők túl későn szeretnének gyereket vállalni, amikor már biológiai akadályokba ütköznek a terveik. Annak ellenére, hogy a KSH által megnevezett két ok a gyermekvállalás elhalasztására a tartós kapcsolat hiánya és a megfelelő apa hiánya, a jelentés nem tér ki a szü-

letett gyermekek édesapjának életkorára, nem beszél a férfiak gyermekvállalási trendjéről és a férfiak szerepéről ezen reprodukciós problematikában. Sándor (2014) is felhívja arra a figyelmet, hogy a népességcsökkenéssel és demográfiai változásokkal kapcsolatos diskurzusokban rendszerint csak a nők hibáztatása jelenik meg Magyarországon.

Szalma és Takács (2015) tanulmányukban azt állapították meg, hogy a gyermekvállalás elhalasztásának, amely akaratlagos vagy akaratlan gyermektelenséghez vezetett, háttérében általában a stabil párkapcsolat hiánya áll. A gazdasági tényezők inkább csak az első gyermek későbbi érkezésére vannak hatással, de nem a gyermektelenségre. Takács (2012) a 21. századi termékenységi korlátokat a következő okokra vezette vissza Magyarországon: házasság intézményrendszerének meggyengülése, bizonytalan munkaerőpiaci helyzet, felsőoktatás népszerűsége, női karrier felértékelődése, térítésmentesen hozzáférhető gyermekintézmények korlátozottsága és a gyermekvállalás „túlhalasztása”. Összességében elmondható, hogy a végleges gyermektelenség korántsem egy homogén jelenség, leginkább az egyéni életutak komplex tényezőinek összessége, ezért tovább differenciálható a gyermektelenség fogalma: *biológiailag meghatározott gyermektelenség, gyermeknemvállalási helyzet vagy gyermekmentes életmód-preferencia* (Szalma és Takács, 2014).

Asszisztált reprodukciós eljárások Magyarországon

„A magyar társadalom attitűdbeli *gyermekközpontúsága* közismert” (Neményi és Takács, 2015: 68). Tehát a gyermekvállalás egy társadalmilag elfogadott és megszokott lépés egy család életében, ezért a gyermeknemzésre való képtelenség krízist jelenthet mind

a család, mind az egyén szintjén (Bauer, 2013). Magyarországon körülbelül 150 000 párt érint a meddőség valamilyen formában, azaz minden hetedik párt. 2009-ben 6721 meddőségi beavatkozást regisztráltak az országban (Karajcic és mtsai, 2014). Asszisztált reprodukciós eljárásra azonban csak akkor kerülhet sor, ha már bebizonyosodott, hogy minden más eljárás sikertelennek bizonyult és az eljárás orvostudományi szempontból indokolt (Sándor, 2010). Az aktuális jogi szabályozások alapján asszisztált reprodukciós eljárások csak házaspároknak, heteroszexuális regisztrált párkapcsolatban élő pároknak, illetve idősödő, termékenységi problémával küzdő egyedülálló nőknek elérhető. Az orvosi eljárást vagy maguk finanszírozzák az egyének, vagy bizonyos esetben jogosultak meghatározott számú és típusú kezeléseket esetében anyagi támogatásra az államtól (Bauer, 2014). Bauer elemzése alapján az asszisztált reprodukciós eljárásokhoz való hozzáférés a következő dimenziókban alkalmas megkülönböztetést: kor, szexuális orientáció, párkapcsolati státusz, egészségügyi státusz és gazdasági státusz.

A reprodukciós technológiák társadalmi aspektusának kutatása mindeddig nem volt a magyar társadalomtudományi kutatások középpontjában, Bauer 2013-as publikációjában arra hívja fel a figyelmet, hogy számára nem ismert olyan kvalitatív szociológiai kutatás, amelynek a fókuszában a reprodukciós technológiát alkalmazók állnak. Annak ellenére, hogy az *in vitro* fertilizációs eljárások már több mint harmincéves múltra tekintenek vissza Magyarországon, az átlagembereknek még mindig kevés tudása van ezekről az eljárásokról (Sándor, 2010). Az, hogy az egyén

hogyan ítéli meg az asszisztált reprodukciós eljárásokat vagy akár az embriót (pl. összejtutatók kapcsán), függ az egyén vallási meggyőződésétől és a társadalmi kontextustól is (Gergely és Vicsek, 2011). A katolikus egyház nevében XVI. Benedek pápa egyértelműen állást foglalt a ivarsejtek adományozása és az *in vitro* fertilizáció eljárása ellen, így ez a hívők reprodukciós döntését és attitűdjét befolyásolhatja (Karajcic és mtsai, 2014). Továbbá a magyar kulturális kontextus inkább materiális fókuszú, ami azt jelenti, hogy posztmateriális értékek – mint az emberi jogok vagy éppen a globális felmelegedés kapcsán a környezet védelme – kevésbé fontosak az emberek számára, mint a materiális javak. A posztmateriális értékek közé sorolhatjuk a biotechnológia vívmányait is (Gergely és Vicsek, 2011).

A potenciális megoldás: social egg freezing

Különböző társadalmi és pszichológiai okokból manapság egyre több ember dönt a gyermekvállalás elhalasztása mellett, és így gyakran fordul elő, hogy a harmincas éveik végén, negyvenes éveik elején álló párok fogantatási nehézségekkel állnak szemben.¹ A nők termékenysége – a petesejtek számának és minőségének tekintetében – 22–26 év között biológiai értelemben a legkedvezőbb, majd egyenletesen csökken 35 éves korukig, és 39 év felett erősen gyengül (Auslander és mtsai, 2011). A reprodukciós orvosi beavatkozások kapcsán folytatott megfigyelések rámutattak arra, hogy a reprodukció sikerességét leginkább a petesejt genetikai állományának kora határozza meg, nem pedig a nők biológiai kora a fogantatáskor és a magzat kihordása-

¹ Habár mind a nők, mind a férfiak termékenysége a kora arányosan csökken, a módszer érintettsége miatt elsősorban a női termékenység áll az elemzés középpontjában.

kor (Jain és Paulson, 2006). A reprodukciós orvostudomány megteremtette a petesejt krioprezerválásával, más néven az egg freezing módszerével a technológiai feltételeket ahhoz, hogy a nők saját maguknak tudjanak petesejtet adni a jövőben tervezett gyermekvállalásukhoz. A módszer kezdetben azoknak a nőknek kínált segítséget, akik betegségük, illetve annak (például sugár-) kezeléte miatt elveszíthették termékenységet. Így a kezelés előtt krioprezerváltathatták petesejtüket, hogy gyógyulás után ezekkel a petesejtekkel vállalhassanak gyermeket. Ma azonban azon nők számára is elérhető a módszer, akik termékenységet a későbbiekben a kor előrehaladtával fogják elveszíteni, ebben az esetben beszélhetünk social egg freezingről (Wolff, 2013a).

Diskurzusok és etikai aggályok

A petesejtjeiket krioprezerváltató nők megítélése

A SEF megjelenését követő etikai diskurzusokban a módszert alkalmazó nőket illetően háromféle ábrázolásmód figyelhető meg. A nőket *önző*, *karrierista* jelzőkkel illetik, a nőket hibáztatják termékenységük elvesztéséért, ugyanis korai gyermekvállalás helyett tanulmányaikra, karrierépítésükre koncentráltak. Más megközelítések a nőket a *férfiközponitú társadalom áldozataiként* ábrázolják, mert a nők nem kapnak elegendő támogatást a társadalomtól, hogy a munkaerőpiaci és a családi szerepeket összeegyeztethessék. Továbbá a petesejtjeiket krioprezerváltató nők megjelennek mint *bölcs*, *előrelátó* nők, akik a társadalmi és személyes tényezők miatt elhalasztják a gyermekvállalást és tudatosan használják ki a reprodukciós orvostudomány adta lehetőségeket (Mertes, 2013).

A legtöbb megközelítés még ma is a sztereotípiának megfelelő, kedves és gondoskodó anyából indul ki, és az ebbe a képbe nem illő nőket karrierista, egoista, törtető nőként bélyegzi meg. Az idősebb korban gyermeket vállaló nők ráadásul szembesülnek a korrallal kapcsolatos előítéllettel (*ageism*) is. Ilyenkor az egyént kronológiai kora vagy idősnek, öregnek tűnő külseje alapján ítélik meg, vonatkoztatva rá az idős szereppel kapcsolatos negatív sztereotípiákat és előítéleteket (Iversen és mtsai, 2009). Egy interjúszorozat eredményei szerint a 35 évnél idősebb nők ugyan bizalommal keresik fel a reprodukciós klinikát, de döntésüket diszkrétan kezelik, félnek a társadalmi megbélyegzéstől (Harwood, 2009). A gyermekvállalást és a reprodukciós szabadságot ugyanis nemcsak formális törvények szankcionálják, hanem informálisan a társadalmi normák is, amelynek eszköze lehet a pletyka, a megvetés és a gúny. Ezáltal nemcsak a nő, de a terhesség és a születendő gyerek is előítélet tárgyává válhat (Szalma, 2014). A korrallal kapcsolatos előítélet kapcsán is megjelenik a társadalmi nemi egyenlőtlenség: míg a magyar társadalom a nőknél 39 éves korig tartja elfogadottnak a gyermekvállalást, addig a férfiaknál megengedőbbek, 45,7 éves korig tartják a gyermekvállalást ideálisnak (Paksi és Szalma, 2009).

Ugyanakkor a későbbi gyermekvállalás mellett is lehet számos érvet felsorakoztatni. MacDougall és munkatársai (2012) kutatásukban olyan párokat kérdeztek késői gyermekvállalásukról, akik először 35–45 éves koruk között lettek szülők. A résztvevők a döntéseiket azzal indokolták, hogy nekik ez a kor volt a legmegfelelőbb időszak a gyermekvállalásra, mert összességében érettebbnek, nyugodtabbnak és tudatosabbnak tartották magukat, mint fiatalabb korukban.

Annak ellenére vélték így, hogy az esetükben in vitro fertilizációra volt szükség és tartottak az „idős szülő” stigmától (MacDougall és mtsai, 2012). A kutatók arra hívták fel a figyelmet, hogy az átlagosnál később gyermekeket vállaló szülők csoportja meglehetősen heterogén, ugyanis a késői gyermekvállalásnak számos oka lehet, és párok különbözően élnek meg a terhességet és a gyermeknevelést is (Canavarró és Guedes, 2014).

A krioprezerváltatás oka a nők és a SEF megítélésében

A társadalmi megítélésben szerepet játszik a krioprezerváltatás eltérő oka is; ebből a szempontból a nők két csoportba sorolhatók. Egyrészt vannak azok a nők, akik várható terméketlenségében a *betegségük*, illetve annak kezeltetése játszik közre (*disease-related infertility*), valamint azok a nők, akik termékenységüket a későbbiekben a *kor előrehaladtával* veszíthetik el (*age-related infertility*). A legtöbb diskurzus a betegséget felmentő okként említi, és ezeket a nőket nem vagy kevésbé ítéli el (Petropanagos, 2010). Ezt az érvet olvashatjuk Kovács (2014: 4) cikkében is, ahol a betegségre visszavezethető krioprezerválást erkölcsileg igazolhatónak nevezi. Azonban ha „élettervi indok” áll a krioprezerválás háttérben, akkor a módszer „az életpálya feletti korlátlan uralom hamis képzetét keltheti”, és ebben az esetben felhozza érvként az orvostudományilag nem garantált kimenetelét a krioprezerválásnak. Petropanagos (2010) rámutat arra, hogy a petesejtek krioprezerválásának módszere mindkét esetben megegyezik, és négy érveléssel támasztja alá, hogy a nők döntéshozatalában miért nincs lényegi különbség. (1) Mind a két esetben a nők még termékenyek, amikor a petesejtjeiket krioprezerváltatják, és a terméketlenség a belátható jövőben fog bekövetkezni.

(2) A krioprezerválás mindkét esetben reményt jelent a későbbi reprodukcióra, tehát motivációjuk azonos. (3) Mindkét csoport élhet a technológia adta lehetőséggel, hogy megóvják magukat a gyermektelenségtől, és csökkentsek a gyermekvállalásra vonatkozó elvárások okozta lelki stresszt. Továbbá (4) a nők ugyanazon az orvosi eljáráson esnek át, így ugyanolyan kockázatnak vannak kitéve. Így Petropanagos etikátlannak tartja, hogy az egészséges nőket figyelmeztetik az eljárás kockázataira, kísérleti jellegre és esetenként törvényi szabályozással tiltják számukra ezt a módszert, míg a beteg nőket nem óvják, annak ellenére, hogy az eljárás kimenetele kétséges. Goold és Savulescu (2009) két tényezőt említenek, amelyek megkülönböztetik a betegség és a kor okozta terméketlenséggel szembesülő nők csoportját. A *terméketlenség időpontja* a beteg nőknél a kezelés után egyből vagy rövid időn belül következik be, míg az egészséges nőknél ez a jövőben következik majd be. Egy további különbség a *terméketlenség oka*: az egyik csoportnál a terméketlenséget az orvosi kezelés okozza, míg a másik csoportnál a menopauza. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a *terméketlenség időpontja és oka* nem olyan tényezők, amelyek a nők döntésének megítélésében morális különbségekhez kellene vezessenek.

A nők döntéshozatalának kontextusa

A nyugati országok fontos társadalmi értéke a reprodukciós autonómia, amely garantálja, hogy mindenki maga dönthet arról, hogy szeretne-e gyermeket vállalni, és ha igen, akkor kivel, mikor és hogyan. Azonban az orvostudomány és a technológia fejlődésével az *emberi reprodukció* fogalma megváltozott, és jogi értelemben is paradigmaváltás történt. A *magánélethez való jog* (*right to privacy*)

helyett a *meddőségi kezelésekhez való jog (right to infertility treatment)* került a diszkurzusok központjába (Sándor, 2002). A reprodukciós autonómiát tehát befolyásolják jogi szabályozások, a technológia fejlettsége és maga a biológia is. Ezek a tényezők pedig nem mindig egyformán hatnak a két nem reprodukciós szabadságára. Petropanagos (2010) megkérdőjelezi a nők szabad választását és elemzi az autonóm *választás* és a morális felelősség kapcsolatát a patriarchátus kontextusában. Azt a vádat, hogy a nők felelősek a késői gyermekvállalásukért, és azt a felvetést, hogy ezt a problémát maguknak kell megoldani, meglehetősen szexista és hibás elképzeléseknek tartja. Véleménye szerint figyelembe kell venni ugyanis a társadalom felépítését, amely befolyásolja és korlátozza a nők döntéseit általában, és a reprodukciós döntésekben egyaránt.

Azok az egyedülálló nők, akik a harmincas éveik közepén termékenységük elvesztéséhez közelednek, de még szeretnének biológiai értelemben vett saját gyereket, alapvetően két választási lehetőség előtt állnak (a krioprezerválást leszámítva). Rövid időn belül megállapodnak egy partner mellett és gyermeket vállalnak, vagy spermadonor segítségével lesznek egyedülálló anyák.² Előfordulhat, hogy az elhamarkodott, nyomás alatt meghozott döntés a párválasztásról is ugyanide vezet, és a nő végül egyedül neveli fel a gyermekét. Az egyedülálló szülők terhe lényegesen nagyobb, főleg a rosszabb gazdasági helyzetben élők. A társadalmi elvárások és normák is inkább a nukleáris családfelelőtlenséget támogatják és diszkriminálják a normától eltérő családformákat, ahogy azt a „csonka család” megnevezés is mutatja. A társadalmi

normák inkább részesítik előnyben a biológiai értelemben vett saját gyermekeket, ezért a nők visszariadhatnak a sperma- vagy petesejt-donor alkalmazásától és az örökbefogadástól (Dondorp és de Wert, 2009; Petropanagos, 2010).

Ugyanakkor félrevezető azt a látszatot kelteni, hogy a krioprezerválás egy rutineljárás lenne és a siker is garantált (Sándor, 2014). Tehát a nők autonóm döntéséhez elengedhetetlen a késői gyermekvállalásról és a SEF módszerről való pontos informálás. Ezzel kapcsolatban nem elhanyagolható a média felelőssége sem, amely gyakran beszámol a hírességek késői gyermekvállalásáról, így hamis reményképet kelthet a nőkben. A SEF módszerével kapcsolatos cikkek címe ezzel szemben rendszerint negatív megítélést sugall (Wunder, 2013; Harwood, 2013). Ráadásul a páciensek kiszolgáltatottak, hiszen az átlagembereknek nincs olyan orvosi szaktudásuk, amelynek segítségével felismernék az olykor manipulatív és tisztességtelen marketingfogásokat az orvoslással kapcsolatban. Ezért a szakemberek és a reprodukciós klinikák felelőssége a páciensek pontos és személyre szabott tájékoztatása (Liemán és Rybak, 2009; ESHRE, 2012).

Mertes és Pennings (2011) szerint egy felelősségteljes médiumnak vagy egy krioprezerválással foglalkozó honlapnak négy fontos üzenetet kellene megfogalmaznia. (1) A nők terméketlenségének csökkenése jóval a menopauza előtt kezdődik. Ezt azt jelenti, hogy (2) nemcsak természetes úton van kevesebb esélyük a 35 év feletti nőknek a megtermékenyülésre, hanem asszisztált reprodukciós eljárások alkalmazásával is. (3) Amennyiben a nők esélyt látnak rá, hogy 35 éves koruk

² Amennyiben ezt az utóbbi lehetőséget biztosítja az adott ország jogrendszere.

előtt nem vállalnak gyereket, fiatalon van lehetőségük, hogy petesejtjeiket krioprezerváltassák. (4) Ha pedig a nők mégis 35 éves koruk felett döntenek petesejtjeik krioprezerváltatása mellett, tudniuk kell, hogy lényegesen kevesebb valószínűsége van annak, hogy a módszer segítségével gyermekük szülessen, mint fiatalabb társaiknak. Összességében azt sugallja a két szerző a nőknek, hogy vagy vállaljanak gyermeket „időben”, vagy krioprezerváltassák petesejtjeiket „időben”.

Amennyiben a SEF módszeréről kellőképpen informálták az eljárás iránt érdeklődő nőket, akkor tisztában lesznek a módszer kimenetelével, a várható siker valószínűségével, a kockázatokkal, ismerik a módszerrel kapcsolatos kutatások eredményeit. Ha ennek fényében úgy döntenek, hogy számukra ez a megfelelő módszer termékenységük megőrzésére, gyermekvállalásra, akkor Harwood (2009) szerint elfogadható a döntésük. Egy nő termékenységének időbeni meghosszabbítása azonban csak abban az esetben növeli az egyén autonómiáját, ha az illetőnek lehetősége van reflektálni saját valódi érdekeire és a módszerből származó előnyökre (Bittner, 2009). Bittner meglátása szerint a számos lehetőség megteremtése nem feltétlenül növeli az egyén autonómiáját, ugyanis a lehetőségek széles tárháza az autonómia csak egy alkotóeleme. Szintén nélkülözhetetlen, hogy az egyén azon lehetősége mellett szabadon dönthessen, amely az ő valós céljait szolgálja. Továbbá az anyagi érdek és a technológia ebben a reprodukciós kérdéskörben is változásokat indíthat el a társadalomban, amely befolyásolhatja a nők reprodukciós jogait (Sándor, 2014). Más szerzők szerint a SEF lehetősége nagyobb reprodukciós autonómiát ad a nőknek, akik így szabadon dönthetnek, hogy élnek-e a technológia adta lehetőséggel.

Ez az érvelés meglehetősen hasonlít azokhoz a diskurzusokhoz, amelyeket a fogamzásgátló tabletta vagy az in vitro fertilizáció bevezetésekor hallhattunk (Wolff, 2013b). Harwood (2009) szerint, amennyiben ezt a logikát követjük, akkor a SEF tulajdonképpen csak a következő lépés a tudatos gyermektervezés és a szexuális szabadság történetében.

Social egg freezing mint a munkaerőpiaci társadalmi nemi egyenlőség elérésének eszköze

1. A SEF a biológiai különbségek kompenzálásával járul hozzá a munkaerőpiaci egyenlőséghez

Az ember várható élettartamához képest a nők meglehetősen hamar elveszítik természetes termékenységüket (Dondorp és de Wert, 2009), míg a férfiaknál a hímivarsejtek minősége és mennyisége csak negyven év felett mutat csökkenést (Dain és mtsai, 2011). Ez a két nem biológiai egyenlőtlenségét jelenti a termékenységben, és erre a jelenségre kínál megoldást a SEF. Így a munkaerőpiaci szerep legjelentősebb időszaka és a termékenység időszakok okozta konfliktus feloldhatóvá válhat (Goold és Savulescu, 2009), a nők a férfiakhoz hasonlóan hosszabb intervallumban vállalhatnak gyermeket, így a nőket kevésbé vagy nem figyelmeztetnék az úgynevezett biológiai óra ketyegésére (Sándor, 2014). Az orvostudomány és a technológia a férfiaknak már eddig is lehetővé tette a hímivarsejtek krioprezerválását mind orvosi, mind egyéni döntés alapján. Megjegyzendő, hogy ez nem váltott ki a női krioprezerválás kérdéséhez hasonló etikai vitákat (Dondorp és de Wert, 2009). A SEF alkalmazásával a nők is vállalhatnak idősebb korban biológiai értelemben saját gyermeket, ők is élvezhetik a technológia adta előnyöket, és krioprezerváltathatják ivarsejtjüket.

2. *A munkaerőpiaci társadalmi nemi egyenlőség kettőssége a SEF kapcsán*

Kovács (2014) szerint az az érv, hogy a nők nemzőképességének intervallumát a férfiakéhoz kellene igazítani, figyelmen kívül hagyja a nők biológiai és történeti valóságát. Különböző eszközökkel (pl. fogamzásgátlás) a társadalmi termelést hozza előtérbe, a magánéletet csak „szükséges rossznak tekinti”, de azért a lehetőséget fenntartja (pl. SEF, ART), hogy egyszer mégis igényt tartson a magánéletre. A SEF, vagy ahogy Kovács (2014) fordította: „a petesejt élettervi okból végzett fagyasztása”, figyelmen kívül hagyja a nemek reprodukciós szerepét, a nemek közti különbségeket és háttérbe szorítja a magánéletet. Habár a gyermeknemzéshez mind a férfi, mind a női ivarsejtre szükség van, a vitákban gyakorta kihagyják a férfiak szerepét, döntéseit és vélekedéseit az elemzésből, ha reprodukcióról van szó, és ez a SEF esetében sincs másképpen. Amikor a SEF megjelenik a magazinok címlapján, akkor a szerzők a nőket rendszerint a korral járó terméketlenségük miatt hibáztatják, és a gyermekvállalás elhatalasztását önző, önérdékű célokra vezetik vissza (felsőfokú tanulmányok, karrier) (Mertes, 2013). A diskurzusok középpontjában a nők „reprodukciós felelőssége” áll, az ő döntéseik feletti ítélkezés, az ő életstílusuk (*lifestyle*) hatása a reprodukciós trendekre. Azt azonban ritkán említik, hogy a férfiak hozzáállása a hosszú távú párkapcsolati elköteleződéshez és a fiatalabb korban történő gyermekvállaláshoz is hatással van a nők döntéshozatalára. Így nem kizárólag a nők morális felelőssége, ha később vagy egyáltalán nem vállalnak gyermeket (Petropanagos, 2010). A társadalmi nemi egyenlőtlenség a SEF diskurzusaiban valójában abban gyökeredzik, hogy egyfelől a résztvevők nem szakadnak el a nemi sztereotípiáktól, másfelől a gyermek-

vállalást és a gyermeknevelést nem társadalmi felelősségként, hanem a nők feladatként értelmezik. Ez összhangban van a tradicionális nemi szerepek ideáljaival, miszerint a gyermekes nők azért nem alkalmasak vezetői pozícióra, mert a gyermeknevelés a munkahelyen nyújtott teljesítmény kárára lesz. Így a terhesség, szülés és gyermeknevelés nem illeszthető be akadálymentesen a nő karrierjébe, nincs ideális időpont a gyermekvállalásra, ami így mindig kihívás elé fogja állítani az anyát életkorától függetlenül (Wunder, 2013). Ezért okoz nehézséget a karriert építeni kívánó nőket „beilleszteni” a rendszerbe. Jogi és társadalmi intézkedések tehetik csak lehetővé a korábbi gyermekvállalást, nem pedig a nők reprodukciós lehetőségeinek korlátozása (Goold és Savulescu, 2009).

3. *A SEF a mélyen gyökeredző társadalmi problémákra csak egy felszíni válasz*

Sándor publikációjának egy gondolatmenetében (2014) mint „munkáltatói fondorlat” kerül elő a két IT cég felajánlása, miszerint a munkáltató egyértelműen előnyben részesíti a munkavállalást a gyermekvállalással szemben. A SEF jelensége beleilleszthető Rottenberg (2011) neoliberais feminista leírásába, miszerint a rendszer figyelmen kívül hagyja a társadalmi, kulturális és gazdasági tényezőket, amelyek hozzájárulnak az egyenlőtlenségekhez, és a kedvező munka és magánélet egyensúlyát abszolút költség-haszon elemzés alapján állapítja meg. Harwood (2009) szerint a SEF nem más, mint egy gyors, felszíni megoldás egy mélyen gyökeredző társadalmi egyenlőtlenségre, amely a nemek között figyelhető meg. Így meglehet, hogy a SEF többet árt, mint használ a nemek egyenjogúságának tekintetében, ugyanis eltereli arról a problémáról a figyelmet, hogy

miért is ekkora kihívás egyszerre anyának lenni és szakmai sikereket elérni. Ráadásul attól, hogy a nők később vállalnak gyermeket, csak a karrier és a gyermekvállalás konfliktusa tevődik későbbre, így a SEF nem vezet strukturális változásokhoz (Wunder, 2013; Bernstein és Wiesemann, 2012). A SEF legrosszabb lehetséges forgatókönyve mind a nők, mind a társadalom szempontjából, ha a nők súlyos összegeket fizetnek ki, hosszadalmas orvosi procedúráknak teszik ki magukat, hamis reményekkel a szemük előtt, abból a célból, hogy beilleszkedjenek a patriarchális társadalomba (Mertes, 2013; Mertes és Pennings, 2011). Paradox kimenet lenne, ha a SEF – az eljárás, amely a két nem biológiai egyenlőtlenségét szeretné kompenzálni – a „nőket sújtó medikalizációs kényszerre” válna (Sándor, 2014).

Attitűd és motivációs kutatások

Szingapúri orvostanhallgató nők között a SEF-ről végzett attitűdfelmérés (Tan és mtsai, 2014) eredménye szerint a megkérdezettek (N = 129) 36,4%-a hallott már erről a reprodukciós lehetőségről, kb. 70%-uk megfontolná a módszer lehetséges alkalmazását, és az állam anyagi támogatása tovább ösztönözné őket az eljárás alkalmazására. A kutatás résztvevői két okot tudtak elképzelni a gyermekvállalás elhalasztására: az egyik a karrier volt (37,2%), a másik a megfelelő partner hiánya (46,5%). A nők fele (50,4%) leginkább a 30-as éveit választaná petesejtjei krioprezerváltására. Egy másik kutatás a Leeds-i Egyetemen (Gorthi és mtsai, 2010) orvostanhallgató nők és nem orvostanhallgató nők attitűdjét vizsgálta a SEF módszerével kapcsolatban. Eredményeik szerint az orvostanhallgató nők (85,7%) inkább halasztanák el a gyermekvállalást, mint a nem orvostanhallgató nők (49,5%). A gyermek-

vállalás elhalasztását tervező orvostanhallgató nők 80,9%-a, míg a nem orvostanhallgató nők 45,8%-a venné fontolóra a petesejtjei krioprezerváltását. Ebben a kutatásban is társadalmi okokkal magyarázták a gyermekvállalás elhalasztását: karriertervezés, anyagi biztonság megteremtése, házasság és stabil párkapcsolat.

Hasonló eredményre jutott három másik tanulmány is (Stoop és mtsai, 2014; Hodes-Wertz és mtsai, 2013; Gold és mtsai, 2006), amelyek a petesejtjeiket krioprezerváltató nők motivációját vizsgálták. A SEF módszerével több időt biztosítanak maguknak a nők, és így csökken a pszichológiai nyomás a megfelelő partner megtalálásában (Stoop és mtsai, 2014). A megkérdezett nők a gyermekvállalás elhalasztásával kapcsolatos döntéseiket a következő okokra vezették vissza: megfelelő partner hiánya (88%), szakmai okok (24%), anyagi okok (15%), és 15%-uk a gyermekvállalást túl nagy elkötelezettségnek ítélte meg. A nők 19%-a fontolóra vette volna a korábbi gyermekvállalást, ha a munkáltatójuk rugalmasabb munkafeltételeket biztosított volna számukra (Hodes-Wertz és mtsai, 2013). Gold és munkatársai (2006) tanulmányában a megkérdezettek fele úgy érezte, hogy a biológiai óra nyomással van az életére, és 15%-uk szerint a krioprezerválás csak egy biztosíték, de nem áll feltétlenül szándékukban felhasználni a petesejtet. A megkérdezettek átlagéletkora 38,6 év volt, 75%-uknak volt felsőfokú végzettsége és 20%-uk élt tartós párkapcsolatban.

A kutatás célja, kutatási kérdések, eszközök, menete

A SEF asszisztált reprodukciós eljárás még nem volt elterjedt reprodukciós módszer a kutatás idején (2015) Magyarországon; alig jelenik meg a téma a médiában vagy a repro-

dukciós központok honlapján. A kutatás elsődleges célja az volt, hogy feltárja a magyar nők attitűdjét a SEF-ről, mielőtt a reprodukciós módszer esetlegesen elterjedne. Várhatóan a résztvevők nem rendelkeztek SEF-ről stabil attitűddel, ezért a kevéssé ismert attitűdtárgyokról való vélekedés során asszociálnak más, bármilyen módon ide kapcsolódó jelenségekre, majd tudatosan vagy tudattalanul előhívhatják az ezekkel kapcsolatos tudásukat is az attitűdalkotás folyamán (van Giesen és mtsai, 2015). A kutatás azt vizsgálta, hogy lehet-e a SEF-et karriertervezési lehetőségként értelmezni, amely elvezet a munkaerőpiaci nemi egyenlőséghez. A kutatás a következő kérdésekre irányult: (1) hogyan vélekednek nők a SEF módszeréről, illetve azokról a (2) nőkről, akik ezt az eljárást társadalmi jelenségekre visszavezethető okok miatt igénybe veszik. Továbbá (3) a SEF-et a karriertervezés és a munkaerőpiaci nemi egyenlőtlenséget csökkentő lehetőségként értelmezik-e a megkérdezett nők. A kutatásban tehát három attitűdtárgyat (SEF; SEF-et alkalmazó nők; SEF mint a nemi egyenlőség elérésének eszköze) definiáltunk, amelyekkel kapcsolatban vizsgáltuk a résztvevők kognitív reprezentációit és attitűdjeit (McGuire, 1969).

A kutatás feltáró jellegéből adódóan a fókuszcsoporthoz interjú módszerét választottuk: ez a módszer lehetővé tette a még kevéssé ismert jelenségről az elsődleges attitűdök vizsgálatát. A fókuszcsoporthoz interjú módszerénél csak a beszélgetés váza, az irányító kérdések kötöttek, a résztvevőknek ezek alapján van lehetőségük a véleménynyilvánításra, amelynek során interakcióba lépnek egymással, inspirálják egymást és kérdéseket tehetnek fel egymásnak is. Mivel résztvevőink az attitűdtárgyokról limitált tényszerű tudással rendelkeztek, egy egyéni interjúban hiányozhatott volna a téma közös feltárásának folyamata

és a résztvevők egyénileg esetleg kevesebb szempontból vizsgálták volna meg az attitűdtárgyakat. A fókuszcsoporthoz interjú során a vélekedések sokszínűsége érték, így nem törekedtünk konszenzusra az interjúk során (Shamdasani és Stewart, 2015). Kutatásunkban két célcsoportot jelöltünk ki; egyrészt (A) a gyermekkel nem rendelkező nők, másrészt (B) a gyermekvállalás után álló nők attitűdjeit vizsgáltuk. A gyermekkel nem rendelkező nők tízfős csoportja az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karának hallgatói, míg a gyermekvállalás után álló nők szintén tízfős csoportját a hallgatók ismerősei, valamint az internetes felhíváson keresztül érkezett nők alkották. 2015 márciusában került sor Budapesten csoportonként két-két, összesen négy fókuszcsoporthoz interjúra, mind a négy csoportot Keglovits Barbara vezette.

A résztvevők az interjúidőpontjukat megelőzően két nappal egy kétoldalas leírást kaptak a SEF-ről. Az írásos tájékoztató ismertette a téma aktualitását, az orvosi eljárást, célcsoportját és anyagi vonzatait. Három kép is kiegészítette a tájékoztatót, amelyek publikált, nem tudományos cikkek illusztrációi voltak. A tájékoztató célja egyrészt a részvételhez szükséges, a témával kapcsolatos minimális tudás megalapozása volt, valamint a gondolatébresztés. Közvetlenül az interjú előtt anonim demográfiai kérdőívet is kitöltöttek a jelenlevők. A kérdőív kvantitatív elemzése szolgált a résztvevők demográfiai beazonosítására. A kérdőívet követően irányított kérdések alkalmazásával folytak a hozzávetőleg hetvenperces fókuszcsoporthoz interjúk. Az interjú négy blokkból állt. Az első blokkban a résztvevők rövid bemutatkozásával a megfelelő légkör kialakítása volt a cél. A második blokkban bevezető kérdéseket kaptak, és csak a harmadik blokkban hangzottak el a kutatás

kulcskérdései, illetve a vizsgálat vezetője által írt idézet, melynek célja a beszélgetés beindítása volt. A lezáró blokkban a résztvevők irányító kérdések nélkül oszthatták meg a témával kapcsolatos még el nem hangzott gondolataikat. Az interjúk után a jelenlevőknek lehetőségük volt a beszélgetéssel kapcsolatos élményeik megosztására.

Az interjúkról videó- és hangfelvételek is készültek, amelyek kizárólag az átirat elkészítésére szolgáltak. Az elemzés egysége egy interjú volt, és a fókuszcsoporthoz tartozó interjúkat egy narratívaként értelmeztük. Az átiratot tematikus, kvalitatív tartalomelemzés módszerével dolgoztuk fel. Az elemzés során, az irányított kérdéssor alapján, meghatároztuk, hogy mely mintázatok járulnak hozzá a kutatási kérdések megválaszolásához, majd bejelleltük az egyes témák határvonalát és esetleges ismétlődéseiket. A továbbiakban definiált deduktív kódok és további induktív kódok létrehozása volt a cél, majd ezen kódok kategóriákhoz és kategóriacsoporthoz rendezése. További analitikus olvasás után reflektáltunk a kialakított kódokra és kódrendszerre, majd változtatásokat vittünk véghez, amennyiben szükségesnek láttuk. A kódgyűjteményben definiáltuk az egyes kódokat, típusait, és példát emeltünk ki az átiratból. A kialakított kódrendszer alapján pedig elemeztük a négy interjú átiratát. Az eredmények alapján egy összegző modellt készítettünk el.

A VIZSGÁLAT

Résztvevők

A kutatásban részt vevő nők két csoportot alkottak: (A) gyermekkel nem rendelkező nők és (B) gyermekkel rendelkező nők. Csoportonként kettő-kettő, összesen négy fókusz-

csoport-interjúra került sor. Az egyes csoportokban azonos vagy közel azonos létszámú résztvevő volt, az A csoport esetén 5–5 fő, a B csoport esetében pedig 6–4 fő. Az A csoport résztvevői 18–30 évesek voltak, míg a B csoportot 41–55 évesek alkották, így az eltérő életkor is megkülönböztette a két csoportot, nem csak a gyermekkel rendelkezés van nem rendelkezés aspektusa. A B csoport tagjainak átlagosan 1,7 (min. = 1; max. = 3) gyermeke volt, a gyerekek átlagéletkora közel 22 év. A demográfiai kérdőív alapján megállapítható, hogy a csoporttagok közül hárman terveztek még gyermeket vállalni, és heten már nem. Az A csoportból nyolcan terveztek a jövőben gyermeket vállalni, és ketten pedig nem. A SEF-ről a vizsgálatban részt vevő nők közül tizenketten még nem hallottak a vizsgálati tájékoztató elolvasását megelőzően. Hat ember hallott már a módszerről korábban, de nem ismerte a social egg freezing kifejezést. További két ember hallotta a kifejezést, de nem tudta pontosan, hogy mit takar. A kutatáshoz való csatlakozás előtt egyetlen résztvevő sem ismerte a social egg freezing módszerét. Ez az eredmény arra utal, hogy a social egg freezinget Magyarországon még nem lehet ismert asszisztált reprodukciós eljárásnak vagy trendnek nevezni.

Az attitűdtárgyak megítélése

1. A SEF megítélése

Mivel a SEF nem volt egy ismert módszer a résztvevők körében, ezért a fókuszcsoporthoz tartozó interjúk során a SEF eljárásról való vélekedés dominálta a beszélgetéseket, ez volt a három attitűdtárgy közül a leghangúlyosabban elemezhető kategóriacsoporthoz tartozó. A résztvevők vélekedését a SEF-ről a következő kategóriák határozták meg: (1) *gyermekvállalás elhatalasztása*, (2) *asszisztált reprodukciós eljárás*, (3) *reprodukciós autonómia*, (4) *társadalmi*

hasonlatok, (5) potenciális *cselekvések* és az attitűdtárgy által kiváltott (6) *érzések*. Az első négy kategória az attitűdtárggyal kapcsolatos kognitív információkat tartalmazta, az ötödik (*cselekvés*) kategória a viselkedéses információkat, míg a hatodik (*érzés*) kategória az affektív információkat. A (1) *gyermekvállalás elhalasztása* tulajdonképpen az a látható jelenség, amelyben a SEF iránti igény megszületett. A vizsgálati csoportok, azaz a (A) gyermekkel nem rendelkező nők és a (B) gyermekkel rendelkező nők ugyanazokra az okokra vezették vissza a gyermekvállalás elhalasztását ma Magyarországon. Mind a négy interjúban elhangzott a párválasztás problematikája és az egyre elterjedtebb szingli életforma. A résztvevők megítélése szerint a gyermekvállalás elhalasztásához hozzájárul az, hogy az emberek tudatosan döntenek a gyermekvállalásról és nem bízzák azt a véletlenre, és az a tény is, hogy a felsőoktatásbeli tanulmányok és a karrierépítés kezdeti szakasza egybeesik a nők biológiai-lag legtermékenyebb életszakaszával. A résztvevők szerint ez eredményezi a gyermekvállalás és a karrier úgynevezett konfliktusát. További tényezőként említették a biztos egzisztencia problémáját is. Egyrészt az életminőség folyamatos emelkedésével a hétköznapi élet költségei is emelkedtek, valamint a hosszabb és egyre népszerűbb felsőoktatási tanulmányok miatt a fiatalok többsége később helyezkedik el a munkaerőpiacon, mint az az előző generációkban megszokott volt. A későbbi gyermekvállalás következménye, hogy a szülők idősebb korban néznek szembe a gyermeknemzés, -szülés és -nevelés kihívásaival. Az idősebb szülők megítélésében mind társadalmi, mind biológiai szempontból inkább a nők, mintsem a férfiak megítélésén volt a hangsúly az összes fókuszcsoportban.

„Férfiaknál ez már nagyon elfogadott. (Késői gyermekvállalás.)

Nőknél azért nem, mert pont azért nem, mert sokkal több olyan biológiai dolog nehezedik rá (...) és a megszületett gyerekkel járó teher.” (A csoport)

A résztvevők legtöbbször nem határoztak meg konkrét kort, hanem idős anyákról beszéltek, így nem lehetett pontosan definiálni, mely életkorig tartják elfogadottnak a gyermekvállalást.

A SEF is egy (2) *asszisztált reprodukciós eljárás* (Assisted Reproductive Technology = ART), így magáról az ART-ról való vélekedés befolyásolja a SEF iránti attitűdöt. A beszélgetések során kiderült, hogy egyes résztvevők szerint az ART természetellenes és kockázatos eljárás, és ezért a SEF-et is negatívan ítélték meg. A vásárláshoz hasonlították, mintha csak bemenne az egyén a boltba és megvenné a gyereket, kielégítve fogyasztói igényeit. Vagy az élet tudatos, részletes megtervezése negatív értelemben is felmerült: „(...) »szép új világ«-féle vízió sejlett fel, (...) csak a saját szemszög és csak a saját érdek maximalizálása, (...) ütemezni és rendszerezni az életet” (A csoport). Továbbá felmerült a résztvevők között, hogyan fogja a gyermek az ilyen módon elért fogantatását később feldolgozni: „felteszik-e maguknak a kérdést, hogy nekem meg se kellett volna születnem” (A csoport). A résztvevők leginkább a családot tették felelőssé ezért a traumáért, bár megjelent a társadalom hibáztatása is, hogy éppen az ART negatív megítélése az, amely létrehozta azt a helyzetet, hogy egy ART fogantatást egyáltalán fel kell dolgoznia az egyénnek. Az egyik csoportban egy résztvevő vélekedését egy SEF módszerével születendő gyermekről gúny formájában fejezte ki, amire a csoport is intenzív nevetéssel reagált: „onnan lehet megismerni, hogy mindig fázik” (B csoport).

A vizsgálatban részt vevő nők manipulációt véltek felfedezni az anyagi támogatást felajánló cégek részéről. Úgy értelmezték, hogy ezzel a juttatással kívánják a cégek befolyásolni a nők (3) *reprodukciós autonómiáját*. A résztvevők szerint így egyszerre használják ki a nők félelmét (idősebb korban nem képesek teherbe esni), és fejeznek ki egy kimondatlan elvárást: amennyiben anyagi támogatást kapnak a nők SEF-hez, akkor meghatározatlan ideig ne vállaljanak gyermeket. Szintén a reprodukciós autonómia kérdésköréhez tartozik, hogy a SEF eljárást milyen mértékben kívánták a vizsgálatban részt vevők törvényileg szabályozni. Erre vonatkozóan a beszélgetésekben három opció merült fel: (a) biológiai és társadalmi okokból a SEF-et törvényileg szabályozni kell; (b) mivel a technológia biztosítja a SEF-et, az egyén jogában áll eldönteni, hogy alkalmazza-e; (c) szigorú orvosi ajánlások mellett ugyan, de az egyéné legyen a döntés joga.

A vizsgálat során minden beszélgetésben megfigyelhető volt, hogy a SEF módszerét úgy próbálták megítélni a résztvevők, hogy más jelenségekhez igyekeztek illeszteni, azaz (4) *társadalmi hasonlatokat* kerestek. Felmerült, hogy a plasztikai műtétek is kezdetben „jó célért jöttek létre” (A csoport), például balesetet szenvedett egyéneknél szépészeti korrekciót végeztek, hasonlóan, mint a petesejtek krioprezerválásánál, hiszen a módszer eredetileg a betegségük kezelése miatt termékenységüket elvesztő nőknek próbált segítséget nyújtani. Ma pedig egészséges nők is élnek és visszaélnek vele. Két beszélgetésben a köldökzsinórvér krioprezerválásával állították párhuzamba a SEF-et, mely szerint az eljárás ugyanúgy egy „szükséges rossz”, tehát „elteszed, mert ne kelljen, de elteszed” (B csoport). A fogamzásgátló tablettá is „gyerekkéféreztés”-ként (B csoport) emlegetve ke-

rült elő az egyik interjúban, valamint az abortusz felelőssége, jogi szabályozása, káros biológiai hatását is párhuzamba állították a SEF módszerével.

A SEF lehetősége és potenciális megjelenése a társadalomban különböző (5) *cselekvésekre* készítetné a vizsgálatban részt vevőket. Néhányan alkalmazták a módszert, illetve alkalmazták volna, amennyiben elérhető lett volna, amikor az ő életükben aktualitása volt ennek az eljárásnak. Illetve ajánlanák ismerőseiknek, elsősorban egyedülálló nőknek, szakmai sikereiket fontosnak tartó nőknek, tudatos nőknek és meleg pároknak. Többen tehát a SEF-et biztosítékként értelmezték. Ugyanakkor egyes résztvevők semmiféleképpen sem használnák, és egyáltalán nem, vagy csak bizonyos esetben ajánlanák más nőknek az eljárást. Se a gyermekkel nem rendelkező, se a gyermekkel rendelkező csoportokban nem mutattak egységes mintázatot a vélemények e tekintetben. Többen további vizsgálatokat, kutatásokat szorgalmaztak, hogy több objektív adat álljon a rendelkezésükre, mielőtt állást foglalnak a SEF megítélésében. A résztvevőkből a SEF által kiváltott (6) *érzések* két kategóriába voltak rendezhetők: pozitív (inkább pozitív) és negatív (inkább negatív). Az előbbi kategóriába tartoztak a megnyugvás, felszabadulás, öröm, kíváncsiság, izgatottság, míg az utóbbi kategóriába a döbbenet, bizonytalanság, félelem, ijedtség. Összességében a résztvevők meglehetősen nehezen fogalmazták meg érzéseiket az attitűdtárggyal szemben.

2. SEF-et alkalmazó nők megítélése

A kutatásban a második attitűdtárgy a *SEF-et alkalmazó nők voltak*, szerettük volna megtudni, hogyan vélekednek női résztvevőink azokról nőkről, akik petesejtjüket nem egészségügyi okokból krioprezerváltatják. A meg-

ítélésekben két aspektus jelent meg; egyrészt a nők (1) *jellembrázolása*, másrészt a (2) *krioprezerválás* okának befolyása a nők megítélésére. A (1) *jellembrázolás* esetében az elemzés a Mertes (2013) tanulmányában meghatározott kategóriákból indult ki, és ezt egészítették ki további kategóriákkal. A jellemzésekben megjelentek az *önző nők* („egoista”, „saját érdek”, „élni akar”, „önző módon csak magával foglalkozik”), a *karrierjüket* előtérbe helyező nők („magasabb életszínvonalra törekvés”, „függetlenségre vágyik”, „karrierista”), a *férfi-központú társadalom áldozatai* [„bűjtatottan, de úgy megerősíti azt a hierarchiabeli különbséget, hogy a nőknek ennyire ilyen dolgokat kell megtenniük, hogy egyenlőnek érezzék magukat” (A csoport), „csak azért, mert a társadalom elvárja, hogy neked muszáj lennie gyerekednek” (B csoport)], a *bölcs, előrelátó nők* [„tudatosság” (A és B csoport), „preventíven gondolkodik” (A csoport), „biztosítékot tartanak” (B csoport)], valamint a *bátor nők* [„kockázatot vállal” (A csoport), „rizikózik” (A csoport), „vagány” (B csoport)]. Petropanagos (2010) tanulmányában felhívta a figyelmet arra, hogy másképpen ítélik meg azokat a nőket, akik betegségük, pontosabban betegségük kezelte miatt fogják elveszíteni termékenységüket, és ezért döntenek petesejtjeik krioprezerváltatása mellett, mint azokat, akik koruk előrehaladta miatt fogják elveszíteni termékenységüket. Tehát a (2) *krioprezerválás oka* meghatározza a nőkről való vélekedést. Ebben a tekintetben három tendenciát figyelhetünk meg a fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetésekben. A résztvevők (a) mind a két esetben (betegség és kor előrehaladtaival való terméketlenség) negatívan ítélték meg a nőket, (b) mind a két esetben pozitívan ítélték meg a nőket, illetve (c) betegség esetén pozitívan, míg a kor okozta

terméketlenség esetében negatívan ítélték meg a nőket. Ez utóbbi esetben a résztvevők úgy érveltek, hogy a betegségük miatt termékenységüket elvesztő nők a betegségük áldozatai, és számukra ez az egyetlen lehetőség. „(...) csak azért, hogy éppen most ne kem nem, (...) míg például a kemoterápiánál az egy tényleg egy hatalmas nagy lehetőség, hogy nem kell esetleg lemondani a gyermekvállalásról, hogy így ez a lefagyasztott pete egy jó célt tud szolgálni” (A csoport). Ellenben a kor előrehaladtaival termékenységüket elvesztő nőknél inkább a nőket hibáztatták terméketlenségükért. Egyik esetben a kiváltó okként a betegséget, a másik esetben pedig legtöbbször a karriert említették. Az eltérő megítélés az eltérő felelősség tulajdonításból eredt: az érvelés szerint az adott nő a betegséget nem maga választotta, a karriert viszont igen.

A SEF mint a nemi egyenlőség elérésének eszköze

A kutatás során a harmadik vizsgált attitűdtárgy a *SEF, mint a nemi egyenlőséget támogató intézkedés* volt. Ez összefüggött azzal, hogyan vélekedtek a résztvevők (1) a *munkaerőpiaci nemi egyenlőtlenségekről*, beleértve a sztereotipikusan női és férfi munkaerőpiaci pozíciókat, valamint a fizetésbeli különbségeket; hogyan vélekedtek az (2) *anyaságról* és annak társadalmi megbecsüléséről; az anyaság és munkavállalás okozta (3) *szerepkonfliktusról*. Továbbá azzal, hogy hogyan ítélték meg azt, hogy a munkáltató (4) *anyagi juttatással* támogatja a SEF módszerét, illetve milyen (5) *alternatív ajánlásokat* fogalmaztak meg a gyermekvállalás és karrier konfliktusának kezelésére. A (1) munkaerőpiaci egyenlőtlenség kérdéskörében nagy különbséget találtunk a csoportok között: amíg a gyermekkel nem rendelkező nők két csoportja és

a gyermekkel rendelkező nők egyik csoportja egyértelműen aktuális kihívásnak érzékelték a munkaerőpiaci nemi egyenlőtlenséget, addig a gyermekkel rendelkezők másik csoportja nem tartotta aktuális problémának ezt ma Magyarországon. Az első három csoportban úgy érveltek, hogy őket többször érte hátrányos megítélés a kinézetük miatt, ahelyett, hogy a kompetenciájuk alapján értékelték volna őket, illetve fiatalságuk, tapasztalatlanságuk nagyobb hátrányt jelentett nőként, mint férfitársaik esetében. Ezzel szemben a jelenséget nem relevánsnak tartó csoport a nemi egyenlőtlenséget „öröklött legenda”-ként definiálta, és úgy vélték, hogy ma „a társadalom nem nehezíti meg a dolgát” annak a nőnek, aki szakmai sikereket kíván elérni. Ennek a csoportnak a résztvevői a nők fizetési hátrányát sem tartotta valós problémának. Ugyanakkor az összes csoportban megfogalmazódott, hogy vannak sztereotipikusan nőies és férfias szakmák. Az (2) *anyaság* megbecsülése a társadalom részéről inkább azokban a fókuszcsoportokban merült fel, ahol a munkaerőpiaci egyenlőtlenséget aktuális társadalmi problémának tartották. Negatívumként élték meg, hogy a nőknek leginkább akkor jár társadalmi elismerés, hogyha jól kereső állásuk van. A gyermeknevelést sem teljes értékű anyagi támogatással, gyermeknevelési juttatásokkal nem ismeri el a társadalom, sem pedig munkaként. „(...) amikor azt mondja apuka, hogy anyuka nem csinál semmit, merthogy hát háziasszony. Amíg ott tartunk, hogy az, hogy valaki háziasszony és otthon van és gyereket nevel, és amúgy viszi az egész háztartást meg mindent rendben tart. Addig az semmit nem csinál, és lopja a napot, addig itt nem lesznek egyenlő dolgok” (A csoport). Továbbá megjelent a társadalmi nem előíró mi voltának problémája is, amikor arról beszél-

tek, hogy a háztartásbeli szerep annyira szigorúan nemhez kötött, hogy amennyiben férfi tölti be ezt a szerepet, akkor őt még negatívabban ítélik meg:

„Férfiaknál is nehéz, mert most oké, elmegyek, otthon maradok fél évig a gyerekkel, még anyuka dolgozik, tegyük fel, és én otthon vagyok. És mit mondok, ha megkérdezik a haverjaim, hogy és mit dolgozol, mit csinálsz? Hát háziúr vagyok, vagy apa, főállású apa vagyok?”

Szóval ezzel a női szerep van ledegradálva. (sic!)

Csak ezt éppen most férfi tölti be, ami még cikibb” (A csoport).

A fókuszcsoport-beszélgetésekben felmerült, hogy a nők az anyaságot nehezen egyeztetik össze munkaerőpiaci feladataikkal, olykor az egyik szerep sérül, mert nem tudnak eleget tenni mind a két elvárásnak. A szakirodalom (Koncz, 2005) ezt a jelenséget szerepkonfliktusként definiálja. Azon résztvevők reflektáltak a (3) *szerepkonfliktusra*, akik a munkaerőpiaci nemi egyenlőtlenségeket aktuális problémának tartották. Illetve szintén ezen résztvevők említették meg a szakirodalomban (Utasi, 2011) kettős teherként ismert kihívást is. Ezzel szemben, akik szerint a munkaerőpiaci nemi egyenlőtlenség nem aktuális probléma, negatívan ítélték meg a beszélgetésben egy nőt, aki gyermeke születése után három hónappal visszament dolgozni, annak ellenére, hogy szerintük nem volt anyagi problémája, és munkamániásnak nevezték.

A kutatás utolsó aspektusa csak három fókuszcsoport-interjú alapján elemezhető, mivel egyik csoport nem tartotta aktuális problémának a társadalmi nemi egyenlőtlenséget a munkaerő-piacon, így nem beszéltek arról, hogy a munkáltató anyagi juttatása (4) a *SEF módszerére definiálható-e egy karrierterve-*

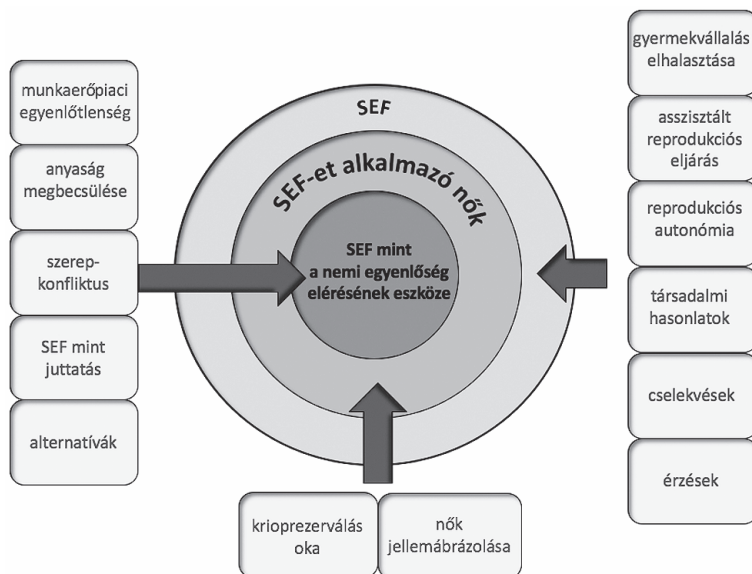
zésbeli, munkaerőpiaci nemi egyenlőséget támogató intézkedésként. Pozitív érvként megfogalmazódott, hogy ezzel a lehetőséggel nagyobb időbeni szabadságot kap a nő a gyermekvállalás tervezésére, illetve hogy a társadalmi elvárások kevésbé hatnak így rájuk, mivel nem kérdezik meg őket az állásinterjúban a húszas-harmincas éveikben, hogy vállalnak-e a közeljövőben gyereket. Összességében azonban mégis a negatív érvek voltak hangsúlyosabbak. A résztvevők úgy vélték, hogy nem lehet teljes mértékben eltekinteni a biológiai korlátoktól, és inkább egy „könnyebbé bújtatott” manipulációként határozták meg ezt a gyakorlatot, amelyet a most jól csengő nemi egyenlőség örve alatt szeretnének felvirágoztatni. „Az egész egyenlőség létrehozásának nem jó lobbija. Merthogy pont akkor lenne az igazi egyenlőség, hogyha természetes valójában nő és férfi egyenlő lenne. Tehát ez a női szerep el lenne fogadva, az anyaság és az ezzel járó esetleges munkából való kiesés” (A csoport). Így inkább tovább erősítik azt a normát, amely a sikert kizárólag a karrierben elért eredményekkel definiálja, és „bújtatottan, de úgy megerősíti ezt a hierarchiabeli különbséget, hogy a nőknek ennyire ilyen dolgokat kell megtenniük azért, hogy egyenlőnek érezzék magukat” (A csoport).

A vizsgálatban részt vevők a SEF helyett és mellett további (5) *alternatívákat* fogalmaztak meg, amelyekkel a karrierépítésben és a munkaerőpiacon elő lehetne segíteni a nemi egyenlőséget. Ezen alternatívák három kategóriába sorolhatók: anyagi juttatások (magasabb összegű segélyek, adókedvezmény, egyenlő bérek), természetbeni juttatások (munkahelyi óvodák, szakmai és pszichológiai reintegrációs programok, flexibilis munkarend) és további társadalmi változások (apa szerepe a gyermeknevelésben). Valamint fontosnak tartották azt is, hogy

a „megbecsülésnek a méltányos (mi)volta (...) ne a férfiideálhoz legyen kötve” (A csoport). A résztvevők vélekedése szerint a SEF a manipuláció és az egyenlőségteremtés széles skáláján helyezkedett el. Azon résztvevők, akik önmagában a SEF-et jó lehetőségként ítélték meg, további munkaerőpiaci és társadalmi alternatívákat is megfogalmaztak. Ezen ajánlások lehet, hogy nagyobb kihívásokat rejtenek a társadalom számára, mint a SEF, de lehet, hogy több problémára kínálnak megoldást, nem csak a munkaerőpiaci vagy karriertervezésbeli nemi egyenlőtlenségre. Így összességében a vizsgálatban résztvevők a SEF-et nem tartották a legjobb eszköznek a nemi egyenlőtlenség csökkentésére.

Modell

A három attitűdtárgy, amelyeket a kutatás folyamán vizsgáltunk, illetve amelyekre a kutatási kérdések is vonatkoztak (SEF, SEF-et alkalmazó nők, SEF mint a nemi egyenlőség elérésének eszköze), szorosan egymásra épülő, réteges mintázatot mutatnak. Hiszen magáról a SEF-ről való vélekedés befolyásolja az eljárást alkalmazó nőkről való gondolkodást és egyben azt is, hogy a résztvevők szerint a SEF a társadalmi nemi egyenlőség elérését szolgálja-e. Az alábbi modell közepén, a köralakban az attitűdtárgyak réteges felépítését láthatjuk, valamint ez a gondolatmenet az interjúk irányított kérdéseivel és az elemzés menetével is megegyezik. A modell peremén pedig azokat az aspektusokat ábrázoltuk, amelyek a három attitűdtárgyról való vélekedést befolyásolják. (Az elemzés során az attitűdtárgyak szolgálták kategóriacsoportként, amelyekhez kategóriák, majd deduktív és induktív kódok csatlakoztak.) A modell összetettsége arra is utal, hogy a reprezentációs tér, amelyben a SEF értelmeződik, meglehetősen komplex.



1. ábra. A vizsgálat modellje

Reflexió a vizsgálat kimenetelét befolyásoló tényezőkre

A fókuszcsoport-interjúk elemzésekor megfigyelhető volt számos olyan tényező, amelyek befolyásolhatták a résztvevők vélekedéseit, megnyilvánulásait és a kutatás eredményeit. Ezen tényezőket nem elemezzük külön, hanem Vicsek (2004) tanulmánya alapján reflektálunk ezekre. A kutatás során kiderült, hogy a résztvevők nem ismerték a SEF módszerét, sokan a kutatáshoz készített tájékoztatóban hallottak róla először, így a vizsgált attitűdtárgyakkal kapcsolatban nem volt stabil attitűdjük, olykor az interjú folyamán is formálódott a vélekedésük. Azonban a módszer újdonsága egységes volt a csoportokon belül, így a SEF-fel kapcsolatos előzetes tudás mentén nem alakult ki formális hierarchia.

A csoportok elsősorban a kutatási kritériumok alapján lettek meghatározva (gyermekkel rendelkezik vagy sem), de az egyes csoportokban a résztvevők életkora, iskolai végzettsége és társadalmi státusza is hasonló volt. A résztvevők személyes jellemzőit figyelembe véve egyesek dominánsabbak, míg mások szűkszavúbbak voltak, ezt próbáltuk kompenzálni irányított kérdésekkel. Több-ször alakultak ki úgynevezett koalíciók, amelyek egy-egy téma mentén átrendeződtek egy adott csoporton belül. Egy csoportban megfigyelhető volt a konformitás, ugyanis az egyik résztvevő többször kiemelte szaktudását vagy hivatását,³ mielőtt információt osztott meg, ezzel és magabiztos felszólalásával is hatást gyakorolhatott a többi résztvevőre. A csoportokban nem volt jellemző, hogy valaki teljesen egyedül maradt volna az állás-

³ „(...) bocsánat, a történelemtanár. A társadalom arra jött létre (...); „Történelemtanár, tehát volt egy pont (...); „Történelemtanár vagyok, nem tudok eltékníteni ettől mindig. Az a helyzet, hogy baromi nagy tévedés (...); „én szakmailag is hozzá tudok szólni”.

pontjával, és a konformitás végett inkább a hallgatást választotta volna. Egyes csoportokban voltak résztvevők, akik ismerték egymást korábban, és előfordulhat, hogy a megszólalásukban, vélekedésük alakításában ez befolyásoló tényező volt. A résztvevők többsége egy számára idegen csoportba érkezett. Az oldott, bizalomteli légkör megteremtése a kutatási téma szempontjából elengedhetetlen volt. A résztvevők többször számoltak be intímabb tapasztalatokról, hoztak be személyes élményeket, és ezzel a többi résztvevőt kimondatlanul is megosztásra biztatták. Terjedelmi okokból nem áll módunkban a csoportdinamika és a csoportszituáció részletes elemzése.

Etikai megfontolások és a kutatás korlátai

Az emberi reprodukció kérdésköre meglehetősen érzékeny és személyes témának számít a társadalomban, ezért a fókuszcsoporthoz interjú módszerét mindenféleképpen körültekintően kellett alkalmazni. A kutatás során fontos szerepet kapott a résztvevők érzelmi biztonsága, ehhez hozzájárult, hogy minden megosztott személyes tapasztalat és vélekedés csak a kutatásban került elemzésre, a résztvevők teljes anonimitását biztosítva. A kutatást limitálta az interjúk hetvenperces időtartama a gyűjthető adatok mennyiségének és minőségének tekintetében, mert nem minden résztvevő tudott egyenlően érvényesülni. Továbbá a vizsgálat nem reprezentatív, csak Budapesten került sor az adatfelvételre, meglehetősen szűk társadalmi körben, és férfiak egyáltalán nem vettek részt az interjúkban. A felmérés eredményei hozzájárulnak további kutatásokhoz, ahol lehetőség nyílik majd résztvevők szélesebb közönségét (pl. férfiakat) is megszólítani.

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KITEKINTÉS

Ahhoz, hogy a SEF és a karriertervezésbeli, munkaerőpiaci nemi egyenlőség kapcsolatát megvizsgálhassuk, a jelenséget le kell bontani alkotóelemeire, rétegeire. Kutatásunk célja az volt, hogy feltérképezzük, hogyan és mi alapján ítélik meg nők a (1) SEF-et és az (2) eljárást alkalmazó nőket, illetve hogy a (3) SEF-et a karriertervezésbeli és munkaerőpiaci nemi egyenlőség eszközeként definiálják-e. Ezen három attitűdtárgy került vizsgálatra egy feltáró jellegű kutatásban, a fókuszcsoporthoz interjú módszerét alkalmazva. A (1) SEF iránti attitűdöt meghatározta, hogy a nők hogyan vélekednek a gyermekvállalás elhalasztásáról, az asszisztált reprodukciós eljárásról, az egyén reprodukciós autonómiájáról, a SEF-et a társadalomban milyen más jelenségekhez hasonlítják, az attitűdtárgy milyen érzéseket vált ki belőlük, illetve milyen cselekvésekre sarkallja őket a SEF megjelenése. Az (2) eljárást igénybe vevő nők megítélését meghatározta, hogy milyen jellemábrázolással illeték ezeket a nőket, emellett a krioprezerválás oka is szerepet játszott az ezt az eljárást választó nők megítélésében. Az, hogy az egyén a (3) SEF-et a munkaerőpiaci és karriertervezésbeli nemi egyenlőség eszközeként tartja-e, attól is függ, hogyan vélekedik a jelenlegi munkaerőpiaci nemi egyenlőlenségről, az anyaság társadalmi elismertségéről, az anyaszerep és a munkaerőpiaci szerep konfliktusáról. Ezen aspektusok mentén fogalmaztak meg érveket az egyének magáról a juttatásról, hogy mennyire találták jó megoldásnak SEF-et a munkaerőpiaci nemi egyenlőtlenségek csökkentésére, és hogy milyen alternatívákat tudnak elképzelni a SEF helyett vagy mellett.

Összességében elmondható, hogy a SEF eljárástól nem határolódott el a vizsgáltban

részt vevő nők többsége, habár erőteljesen kihangsúlyozták az eljárás természetellenességét. Az SEF-et alkalmazó nők megítélésében a résztvevők jelentős részénél szerepet játszott a krioprezerválás oka; hogy a kor vagy betegség áll-e a krioprezerválás hátterében. A SEF-et, mint munkahelyi juttatást nem tartották a nemi egyenlőség eléréséhez vezető eszköznek, egyes résztvevők kifejezetten felhívták a juttatás manipulatív jellegére a figyelmet. Mások viszont pozitív eredmények tartották, hogy egyes cégek anyagi támogatást adnak erre a modern eljárásra, és inkább lehetőségként tekintettek a juttatásra.

A jelen kutatás hozzászól a SEF módszerével és annak társadalmi hátterével kapcsolatos magyarországi és nemzetközi diskurzusokhoz, amikor egy feltáró elemzést mutat be egy olyan társadalom kontextusában, ahol a SEF még nem egy elterjedt asszisztált reprodukciós eljárás, és a köztudatban is kevésbé jelenik meg. A kutatás felhasználta és továbbfejlesztette a korábbi SEF kutatások eredményeit, mint például a SEF-et alkalmazó nőkkel kapcsolatos, Mertes (2013) által leírt tipikus jellemábrázolásokat. A kutatás megerősítette Petropanagos (2010) eredményeit, miszerint a SEF módszerét alkalmazó nők megítélésében fontos szerepet játszik a várható terméketlenséget kiváltó ok. A résztvevők lényegében megegyező okokra vezették vissza a gyermekvállalás elhalasztását ma Magyarországon, mint Takács (2012). Továbbá Neményi és Takács (2016) kutatásához hasonlóan itt is visszatér a gondolat, hogy a mai magyar társadalomban még mindig a gyermekről való gondoskodás szigorúan a nő feladata, és ez a munkaerőpiaci kihívásokkal karöltve kettős terhet (Utasi, 2011) ró a nőkre. A nemi egyenlőséget támogató munkaerőpiaci ajánlásoknál megfogalmazódott, hogy a késői gyermekvállalás társadalmi gyökere szorul

ebben a társadalomban is orvoslásra, hasonlóan Petropanagos (2010) gondolatmenetéhez, amelyben ő is arra hívja fel a figyelmet, hogy a SEF inkább egy felszíni gyors válasz a mélyen gyökeredző társadalmi problémákra. Ugyanakkor attól függetlenül, hogy a résztvevők szimpatizáltak-e a SEF módszerével vagy sem, egyetértettek abban, hogy a SEF potenciálisan a következő reprodukciós trend, és hasonló véleményátalakuláson fog átmenni a társadalomban, mint az eddigi reprodukciós beavatkozások, ahogy ezt Wolff (2013b) is jósolta.

A kutatás eredményét ábrázoló gondolat-térkép implikálja a központi téma (SEF, a nemi egyenlőség elérésének eszköze) komplexitását, és egyben felhívja azon munkáltatók figyelmét, akik fontolóra vették a SEF anyagi támogatását munkavállalóik körében, vagy a téma iránt érdeklődő szakemberek figyelmét, hogy mivel is állnak valójában szemben. Habár a SEF, mint alternatív reprodukciós megoldás, ma Magyarországon nem a jelenkori valóság, az alapvető komplex problematika, amelyre a módszer megoldást ígér, a magyar társadalomban is jelen van. A gondolat-térképen megjelenő kategóriák irányt mutatnak a társadalmi problémák gyökereihez, megvilágítják azt a társadalmi kontextust, amelyben a SEF mint potenciális reprodukciós trend jelenhet meg a jövőben, megoldást kínálva az oly sokszor emlegetett biológiai óra elhallgattatására. A SEF jelenségét valóban lehet orvosolni számos jogi szabályozással, azonban bizonyos mintázatok és tendenciák kialakulását a társadalmi normák befolyásolják, amelyet a hétköznapi vélekedések kimondottan vagy kimondatlanul újratemetenek és/vagy alakítanak. A kutatásnak nem az volt a célja, hogy a SEF mellett vagy ellen állást foglaljon, hanem az, hogy feltárja milyen reprezentációs térben értelmeződik ez a jelenség.

SUMMARY

THE RELATION OF SOCIAL EGG FREEZING AND GENDER INEQUALITY IN LABOR MARKET.

CAN THE BIOLOGICAL CLOCK BE STOPPED OR CAN ONLY ITS TICKS BE TURNED DOWN?

Background and aims: Apple and Facebook have recently introduced an employee benefit package for social egg freezing (SEF). This means women's reproductive cells can be cryopreserved at a younger age and these cells could be used for reproduction later in the women's lives. With this act the companies wish to attract more female talents to the IT sector, ensure gender equality both in reproduction and in career development. The study detected the attitude of Hungarian women towards (1) SEF and (2) women cryopreserving their oocytes. A further aim was to answer the question whether (3) SEF could be defined as a good means of gender equality in labor market and career development. *Methods:* Four semi-structured focus group interviews were conducted among (A) women not having a child (n = 10) and (B) women having at least one child (n = 10). *Results:* A model concludes the most significant aspects defining the attitudes of the participants towards the attitude objects. (1) The participants did not distance themselves apart of the method of SEF, although they highlighted the unnatural aspect of the technology. (2) Women undergoing oocyte cryopreservation were portrayed either as (a) selfish women, (b) victims of the male dominated society, (c) wise or (d) brave. (3) SEF was rather defined as manipulation of female employees than a good means of gender equality. *Discussion:* The assumption that SEF is going to be the next generations' reproduction trend, depends on how the social context is evaluated and what other solutions are named for the current biological and social conflict of childbearing.

Keywords: social egg freezing, oocyte cryopreservation, assisted reproductive technology, gender equality

IRODALOM

- BAUER, ZS. (2013): Bound together by fate and faith. A qualitative analysis of online discussions on assisted reproduction in Hungary. *Proceedings of FIKUSZ '13 Symposium for Young Researchers*. Óbuda University, Budapest. 109–122.
- BAUER, ZS. (2014): *Systematic inequalities in medically assisted reproduction in Hungary – the patients' perspective*. Proceedings STS Conference 2014 Graz. Letöltve: www.ifz.at/ias/Media/Dateien/Downloads-IFZ/IAS-STs/IAS-STs-Conference/STS-Conference-2014/Social-justice-and-Diversity/Bauer_paper Letöltés ideje: 2017. 11. 03.
- BEST, D. L., WILLIAMS, J. E. (2006): A biológiai, illetve a társadalmi nemek és a kultúra. In: FÜLÖP M., NGUYEN L. L. A. (szerk.): *Kultúra és pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest. 249–284.
- BITTNER, U. (2009): A reply to Karey Harwood. *Bioethics*, 23, 525.
- CARLI, L. L., EAGLY, A. H. (2007): A társas befolyásban és a vezetővé válásban mutatkozó nemi eltérések. In: NAGY B. (szerk.): *Szervezet, menedzsment és nemek*. Aula, Budapest. 50–73.

- DAIN, L., AUSLANDER, R., DIRNFELD, M. (2011): The effect of paternal age on assisted reproduction outcome. *Fertility and Sterility*, 95(1), 1–8.
- DONDORP, W., DE WERT, G. (2009): Fertility preservation for healthy women: ethical aspects. *Human Reproduction*, 24(8), 1779–1785.
- DREYER, M. (2011): Familie und Karriere. In: HEISS, M. (Hrsg.): *Yes she can*. Redline Verlag, München. 122–126.
- ECKES, T. (2002): Paternalistic and envious gender stereotypes: Testing predictions from the stereotype content model. *Sex Roles*, 47(3), 99–114.
- ECKES, T., TRAUTNER, H. M. (2012): Developmental social psychology of gender: An integrative framework. In: ECKES, T., TRAUNER, H. M. (eds): *The developmental social psychology of gender*. Psychology Press, New York. 3–32.
- ESHRE TASK FORCE ON ETHICS AND LAW. (2012): Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Human Reproduction*, 27(5), 1231–1237.
- FRIEDMAN, S. D. (2013): *Baby bust: New choices for men and women in work and family*. Wharton Digital Press, New York.
- GLICK, P., FISKE, S. T. (1996): The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491–512.
- GOLD, E., COPPERMAN, K., WITKIN, G., JONES, C., COPPERMAN, A. B. (2006): A motivational assessment of women undergoing elective egg freezing for fertility preservation [absztrakt]. *Fertility and Sterility*, 86(3), 201.
- GOOK, D. A. (2011): History of oocyte cryopreservation. *Reproductive BioMedicine Online*, 23, 281–289.
- GOOLD, I., SAVULESCU, J. (2009): In favour of freezing eggs for non-medical reasons. *Bioethics*, 23, 47–58.
- GORTLI, S., WRIGHT, C., BALEN, A. H. (2010): *Is egg freezing for social reasons a good idea? What young women really think*. Abstracts of the 26th Annual Meeting of ESHRE, Rome, Italy, 27 June – 30 June, 2010. www.bit.ly/2ysDEBh Letöltés ideje: 2017. 11. 03.
- GUEDES M., CANAVARRO M. C. (2014): Childbearing motivational patterns of primiparous women of advanced age and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(4), 326–339.
- HARTL, K. (2003): *Expatriate women managers. Gender, culture and career*. Rainer Hampp Verlag, München.
- HARWOOD, K. (2009): Egg freezing: A breakthrough for reproductive autonomy? *Bioethics*, 23(1), 39–46.
- HODES-WERTZ, B., DRUCKENMILLER, S., SMITH, M. (2013): What do reproductive-age women who undergo oocyte cryopreservation think about the process as a means to preserve fertility? *Fertility and Sterility*, 100(5), 1343–1352.
- IVERSEN, T. N., LARSEN, L., SOLEM, P. E. (2009): A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22.
- JAIN, J. K., PAULSON, R. J. (2006): Oocyte cryopreservation. *Fertility and Sterility*, 86(3), 1037–1046.

- KARAJICIC, S., SÁNDOR, J., DEMÉNY, E. (2014): Different perspectives on regulation of assisted reproduction treatments in Serbia and Hungary: Comparative analysis. In: HUMENIK, I. (ed.): *Peprdukcné zdravie zenz v centre záujmu*. Wolters Kluwer Publishing, Slovákia. 122–146.
- KAY, M., MATUSZEK, C., MUNSON, S. A. (2015): Unequal representation and gender stereotypes in image search results for occupations. *ACM CHI Conference on Human Factors in Computing Systems, Seoul, Korea, 4*.
- KONCZ K. (2005): Női karrierjellemzők: esélyek és korlátok a női életpályán. In: PALÁSIK M., SÍPOS B. (szerk.): *Házastárs? Munkatárs? Vetélytárs? A női szerepek változása a 20. századi Magyarországon*. Napvilág Kiadó, Budapest. 57–77.
- KOVÁCS G. (2014): A petesejt élettervi okból végzett fagyasztásáról. *JURA, 1*, 142–146.
- KOVÁCS M. (2007): Nemi sztereotípiák, nemi ideológiák és karrier aspirációk. *Educatio, 1*, 99–114.
- KOVÁCS M., SZABÓ M. (2017): Társadalmi nem és szexizmusok: a nemi hierarchiát igazoló nézetrendszerek elfogadása és elutasítása. In: KOVÁCS M. (szerk.): *Társadalmi nemek. Elméleti megközelítések és kutatási eredmények*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 39–56.
- KSH, KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2011): Gyermekvállalás és gyermeknevelés. Letöltés: www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/gyemekvallalasanveves.pdf%202013-08-17. Letöltés ideje: 2015. 02. 18.
- VAN LOENDERSLOOT, L. L., MOOLENAAR, L. M., REPPING, S., VAN DER VEEN, F., GODDIJN, M. (2011): Expanding reproductive lifespan: a cost-effectiveness study on oocyte freezing. *Human Reproduction, 26(11)*, 3054–3060.
- MACDOUGALL K., BEYENE Y., NACHTIGALL R. D. (2012): 'Inconvenient biology:' advantages and disadvantages of first-time parenting after age 40 using in vitro fertilization. *Human Reproduction, 27(4)*, 1058–1065.
- MCGUIRE, W. J. (1969): The nature of attitudes and attitude change. In: LINDZEY, G., ARONSON, E. (eds): *Handbook of social psychology*. Addison-Wesley, Lincoln, UK. 136–314.
- MERTES, H. (2013): The portrayal of healthy women requesting oocyte cryopreservation. *Facts, Views and Vision. Issues in Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Health, 5(2)*, 141–146.
- MERTES, H., PENNING, G. (2011): Social egg freezing: for better, not for worse. *Reproductive BioMedicine Online, 23*, 824–829.
- MILLER, K. (2006): Women in leadership and management: progress thus far? In: MCTAVISH, D., MILLER K. (eds): *Women in leadership and management*. Edward Elger, Massachusetts. 1–10.
- NAGY B. (2007): A társadalmi nem szerepe a vezetésben Magyarországon. In: NAGY B. (szerk.): *Szervezet, menedzsment és nemek*. Aula, Budapest. 110–121.
- NAGY B. (2017): Szervezet és nemek. In: KOVÁCS M. (szerk.): *Társadalmi nemek. Elméleti megközelítések és kutatási eredmények*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 57–68.
- NAWROTH, F. (2013): „Social freezing” – Pro und Contra. *Gynäkologie, 46(9)*, 648–652.
- NEMÉNYI M., TAKÁCS J. (2016): Main breadwinner women in Hungary and their work-family balance related coping strategies. *Intersections. EEJSP, 2(3)*, 97–117.

- NGUYEN, L. L. A. (2005): Nők és férfiak a munka világában: nemi szerepek a munkahelyen. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 40(1), 111–134.
- NOYES, N. (2009): Over 900 oocyte cryopreservation babies born with no apparent increase in congenital anomalies. *Reproductive BioMedicine Online*, 18(6), 769–776.
- OHLENDORF, D., BUNDSCHUH, M. (2015): Social Freezing. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin*, 65, 41–42.
- OKTAY, K., CIL, A. P., BANG, H. (2006): Efficiency of oocyte cryopreservation: a meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 86(1), 70–81.
- OLAFSDOTTIR, H. S., WIKLAND, M., MÖLLER, A. (2011): Reasoning about timing of wanting a child: A qualitative study of Nordic couples from fertility clinics, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 493–505.
- PAKSI V., SZALMA I. (2009): Mikor vállaljunk gyereket? *Szociológiai Szemle*, 3, 92–116.
- PÁLÓCZI B., NAGY B. (2017): Nemi sztereotípiák a mese- és gyerekkönyvekben. In: KOVÁCS M. (szerk.): *Társadalmi nemek. Elméleti megközelítések és kutatási eredmények*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 85–102.
- PETROPANAGOS, A. (2010): Reproductive ‘choice’ and egg freezing. In: WOODRUFF, T. K. (ed.): *Oncofertility, cancer treatment and research*. Springer, New York. 209–221.
- ROTTENBERG, C. (2014): The rise of neoliberal feminism. *Cultural Studies*, 28(3), 1–20.
- RYBAK, E. A., LIEMAN, H. J. (2009): Egg freezing, procreative liberty, and ICSI: the double standards confronting elective self-donation of oocytes. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1509–1512.
- SÁNDOR, J. (2002): Reproduction, self and state. *Social Research*, 69(1), 115–141.
- SÁNDOR, J. (2010): Anonymity in assisted reproduction: gender equality and a pronatal reproductive policy in Hungarian law. In: FEUILLET-LIGER, B., ORFALI, K., CALLUS, T. (eds): *Who is my genetic parent? Donor anonymity and assisted reproduction: A cross-cultural perspective*. Bruylant, Brüssel. 200–209.
- SÁNDOR J. (2014): *Hibernált anyaság, avagy mit tehet a sejt?* Letöltve: www.magyararancs.hu/egotripp/hibernalt-anyasag-avagy-mit-tehet-a-sejt-92678 Letöltés ideje: 2017. 11. 03.
- STEWART, D. W., SHAMDASANI, P. N. (2015): *Focus groups. Theory and practice*. Sage Publications, California. 9–13.
- STOOP, D., MEAS, E., POLYZOS, G., VERHEYEN, G., TOURNAYE, H., NEKKERBROECK, J. (2014): Does oocyte banking for anticipated gamete exhaustion influence future relational and reproductive choices? A follow-up of bankers and non-bankers. *Human Reproduction*, 30(2), 338–344.
- STRAUSS, S. (2014): Implicit bias and employment discrimination. In: PALUDI, M. (ed.): *Women, work, and family: How companies thrive with a 21st-Century. Multicultural workforce*. ABC-CLIO, Santa Barbara. 175–190.
- SZALMA I. (2014): A gyermekvállalás társadalmi normái és a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata Magyarországon és Európában. *Replika*, 85–86, 35–57.
- SZALMA I., TAKÁCS J. (2014): Gyermektelenség – és ami mögötte van. Egy interjú vizsgálat eredményei. *Demográfia*, 57(2–3), 109–136.

- SZALMA, I., TAKÁCS, J. (2015): Who remains childless? Unrealised fertility plans in Hungary. *Czech Sociological Review*, 51(6), 1047–1075.
- TAKÁCS J. (2012): Termékenységi korlátok a 21. század eleji Magyarországon. *Demográfia*, 55(2–3), 147–171.
- TAN, S. Q., TAN, A. W., LAU, M. S., TAN, H. H., NADARAJAH, S. (2014): Social oocyte freezing: a survey among Singaporean female medical students. *Japan Society of Obstetrics and Gynecology*, 40(5), 1345–1352.
- UTASI Á. (2011): Szubjektív feszültség és munkastressz a házások életében. Összehasonlítás Európa 24 országában. In: NAGY I., PONGRÁCZ T. (szerk.): *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. TÁRKI – Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Budapest. 243–264.
- VAN GIESEN, R. I., FISCHER, A. R. H., VAN DIJK, H., VAN TRIJP, H. C. M. (2015): Affect and Cognition in Attitude Formation toward Familiar and Unfamiliar Attitude Objects. *PLoS ONE*, 10(10), 1–14.
- VICSEK L. (2004): A fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálat kimenetelét befolyásoló tényezők. In: LETENYEI L. (szerk.): *Településkutatás: A települési és térségi tervezés társadalomtudományos alapozása. Módszertani szöveggyűjtemény*. L'Harmattan, Budapest. 477–498.
- VICSEK, L., GERGELY, J. (2011): Media representation and public understanding of stem cells and stem cell research in Hungary. *New Genetics and Society*, 30(1), 1–26.
- VIDA K., KOVÁCS M. (2017): A token helyzet és a meritokrácia illúziója: a kivétel erősíti a szabályt? In: KOVÁCS M. (szerk.): *Társadalmi nemek. Elméleti megközelítések és kutatási eredmények*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 141–154.
- VON WOLFF, M. (2013a): „Social freezing“. Sinn oder Unsinn. *Gynäkologische Endokrinologie*, 11(3), 222–224.
- VON WOLFF, M. (2013b): Anlage einer Fertilitätsreserve bei nicht-medizinischen Indikatoren („Social freezing“): Techniken und kritische Bewertung. *Gynäkologische Endokrinologie*, 23(1), 14–20.
- WUNDER, D. (2013): Social freezing in Switzerland and worldwide – a blessing for women today? *Swiss Medical Weekly*, 143. e13746.

MELLÉKLETEK

1. Melléklet

SEF INFORMÁCIÓ

Kedves Érdeklődő,

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú során a résztvevők „social egg freezing”-ről (a petesejt lefagyasztásáról) való vélekedését vizsgáljuk. Az interjúbeszélgetésben való részvételt segíti az alábbi összefoglaló, információt nyújt a Magyarországon kevésbé ismert jelenségről. Amennyiben jelentkezik a vizsgálatra, kérem, olvassa el a szöveget.

Social egg freezing

Az Egyesült Államokban két ismert cég, a Facebook és az Apple bejelentette, hogy anyagiilag készek támogatni a „social egg freezing”-et a dolgozóik körében. Ez azt jelenti, hogy a nők lefagyaszthatják petesejtjeiket, majd a későbbiekben az így fiatalon maradó petesejtet használhatják fel gyereknemzéknek. Ennek a módszernek azért van nagy jelentősége, mert számos genetikai probléma előfordulásának valószínűségét a petesejt genetikai állományának kora határozza meg, nem pedig a nő biológiai kora a fogantatáskor és a magzat kihordásakor. Mind a férfiak, mind a nők termékenysége a kora arányosan csökken. A nőknél 35 éves kortól tapasztalható jelentős csökkenés a termékeny petesejt számának és minőségének tekintetében. A két nemzetközi cég a családtervezés szabadabbá tételével kívánja a karriertervezést egyszerűbbé tenni a női dolgozóknak. Valamint ezzel a lehetőséggel népszerűbbé szeretnék tenni az informatikai pályát a nők körében (Ohlendorf, 2015 és von Wolff, 2013).

Az orvosi eljárás

Az „egg freezing”⁴ angol kifejezés arra a jelenségre utal, amikor orvosi eljárással a női petesejtet lefagyasztják, hogy egy későbbi időpontban (elsősorban) az eredeti tulajdonosa felhasználhassa azokat. A módszer a nő néhány napos hormonkezelésével kezdődik. Amennyiben a kezelés sikeres volt, orvosi beavatkozással hozzávetőleg tíz érett, nem megtermékenyített petesejtet nyernek. A petesejtet krioprezerválják. A krioprezerválás módszere azt jelenti, hogy a petesejtet 60 másodperc alatt -196 °C -ra fagyasztják, majd folyékony nitrogénben tárolják, akár évtizedeken át. Felolvasztás után a petesejtet mesterségesen lehet megtermékenyíteni és a méhbe visszahelyezni, hogy ott kifejlődhessen a magzat. Az eljárás lényegében megegyezik a mesterséges megtermékenyítés módszerével, leszámítva a krioprezerválás (lefagyasztás) technológiát, amely újabb orvosi és társadalmi kérdéseket vet fel (Nawroth, 2013).

Az eljárás sikerességét nagyban befolyásolja a petesejtjét lefagyasztató nő életkora. Minél fiatalabb az ember a lefagyasztáskor, annál nagyobb esély van arra, hogy a lefagyasztott

⁴ Más néven oocyte cryopreservation.

petesejtekből később egészséges gyerek születhessen. A becsült születési arány, egy lefagyasztás után, a 35 évnél fiatalabb nőknél 40%, 35–39 éves nőknél 30%, míg a 40–44 éves nőknél 10% (von Wolff, 2013). A világon több mint 1000 gyerek látta meg a napvilágot ennek a módszernek a segítségével, és nemzetközi adatok alapján nem mutatható ki eltérő arányban fejlődési rendellenesség a természetes úton fogant újszülöttekhez képest (Nawroth, 2013).

Célcsoport

Az „egg freezing” eljárás eredetileg azoknak a nőknek volt elérhető, akik különböző betegség miatt olyan kezelésen vettek részt, amely negatív hatással van a petesejtek termékenységére (pl. kemoterápia, sugárzás). Az „egg freezing” lehetőséget adott nekik, hogy a kezelés előtt lefagyaszthassák petesejtjeiket, és így a gyógyulás után is legyen saját termékeny petesejtjük. Ma már egészséges nők is igénybe vehetik az „egg freezing” módszert. Elsősorban azok döntenek a petesejt-lefagyasztás mellett, akik még termékenyek, és a jövőben szeretnének gyereket, de jelen pillanatban még szociális, érzelmi vagy más okból nem állnak készen arra, hogy teherbe essenek. Ebben az esetben beszélünk „social egg freezing”-ről. Egyre több nő mutat érdeklődést a lehetőség iránt, annak ellenére, hogy a petesejtek lefagyasztása nagy költségekkel jár (von Wolff, 2013).

Költségek

Egészséges nők számára jelenleg egy országban sem finanszírozott államilag a „social egg freezing”. Az Apple és a Facebook, a két multinacionális cég 20 000 dollárral (5,4 millió forint) támogatja azokat a női dolgozókat, akik a „social egg freezing” mellett döntenek. A lefagyasztás alkalmanként 10 000 dollárba (2,7 millió forint) kerül, a petesejtek tárolása pedig hozzávetőleg évi 500 dollár (135 ezer forint). Az Apple dolgozói eddig is anyagi támogatásban részesültek, ha gyerekekük született, valamint a cég az esetleges örökbefogadás költségeit is átvállalta. 2015-től pedig mind a női, mind a férfi dolgozók lefagyaszthatják ivarsejtjeiket a vállalat kontójára (Ohlendorf, 2015).

*2. Melléklet**Illusztrációk**Kép 1*

goo.gl/VnfJSx (Letöltés ideje: 2015. 02. 12.)

*Kép 2*

goo.gl/Bn3KUz (Letöltés ideje: 2015. 02. 12.)

*Kép 3*

goo.gl/RHtPA6 (Letöltés ideje: 2015. 02. 12.)

EXTRÉM KIS SÚLYÚ KORASZÜLÖTTEK KISGYERMEKKORI FEJLŐDÉSE ÉS A FEJLŐDÉS HÁTTÉRTÉNYEZŐI



NAGY Anett

ELTE BGGYK, Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet
ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola
anett.nagy@barczy.elte.hu

BEKE Anna Mária

Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

GRÁF Rózsa

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Rehabilitációs Osztály

KALMÁR Magda

ELTE PPK, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A koraszülöttség a leggyakoribb perinatális rizikó. Az éretlenül, kis súlyllyal született gyermekek fejlődési kimenete nehezen megjósolható. A koraszülöttséghez társuló megbetegedések tovább bonyolítják a képet. Célunk az extrém alacsony, 1000 gramm alatt született gyermekek korai fejlődésére ható tényezők feltárása. *Módszer:* Longitudinális vizsgálatunkba 67 gyermeket vontunk be. A pszichomotoros fejlődést a Brunet–Lèzine skálával mértük. A korrigált 1 és 2 éves kori fejlődési adatokat a következő háttérváltozók mentén elemeztük: születési súly, gesztációs hét, perinatális komplikációk (agyvérzés, bronchopulmonalis dysplasia, retinopathia prematurorum), nem, anya iskolai végzettsége. *Eredmények:* Vizsgált csoportunk a Brunet–Lèzine skála minden egyes részmutatójában mindkét életkorban az átlagos övezeten belül teljesített; az eredmények időbeli alakulása felzárkózási tendenciára utal. Az egyéni fejlődési különbségek legjelentősebb magyarázó tényezői a születési súly és a nem (a fiúk hátránya), más vizsgált háttérfaktorok, köztük az anya iskolai végzettsége csak két részmutatónál járultak hozzá az eredmények magyarázatához.

Kulcsszavak: koraszülött, extrém kis születési súly, perinatális komplikációk, pszichomotoros fejlődés

BEVEZETÉS

A nemzetközileg elfogadott definíció szerint koraszülött az az újszülött, aki a 37. gesztációs hétnél korábban születik. Ezen újszülöttek mintegy kétharmada 2500 grammnál kisebb születési súlyú (Behrman és Butler, 2007). Ez a leggyakoribb perinatális rizikó, amely a zavartalan fejlődést veszélyezteti. A WHO 2005-ben készült felmérése szerint az élve született újszülöttek 9,6%-a koraszülött (Beck és mtsai, 2010). Magyarországon ez az arány 7–9%, ami megfelel az európai átlagnak (KSH, 2007).

A koraszülöttséggel járó rizikó mértéke igen sok tényező függvénye. A koraszülöttek közt óriási a változatosság az éretlenség mértéke, valamint a születési súly tekintetében. Ez utóbbi képezi a koraszülöttek általánosan használt kategorizálásának alapját: az 1000 gramm alattiakat extrém vagy igen-igen kis súlyú (*Extremely low birth weight, ELBW*), az 1000–1499 gramm közöttieket igen kis súlyú (*Very low birth weight, VLBW*), az 1500–2499 gramm közöttieket pedig kis súlyú (*Low birth weight, LBW*) újszülötteknek nevezik (Szabó, 2002).

A koraszülöttek a perinatális időszakban éretlenségükből következően fokozottabban vannak kitéve különböző betegségeknek, amelyek az idegrendszert, a légzőszervrendszert és az érzékszerveket is érinthetik. Ezek közül az egyik legsúlyosabb az agyvérzés (*Intraventricularis Haemorrhagia, IVH*). Az agyvérzés előfordulásának valószínűsége annál nagyobb, minél kisebb súllyal születik a gyermek: extrém kis súlyú koraszülötteknél 50%, igen kis súlyúaknál már csak 20% (Balla és Szabó, 2013). Az IVH különböző fokai különböztethetők meg annak függvényében, mekkora területre terjed ki a vérzés (Papile és mtsai, 1978). Az I-es fokú agy-

vérzés esetén a sérülés a germinális matrixot érinti. A II-es fokú IVH esetén a vérzés betör az agykamrába, de dilatációt nem okoz. Az első két fok prognózisa a legtöbb esetben jónak mondható. A III-as fok esetén az agykamrába betört vér kamratágulatot eredményez, ilyenkor a hydrocephalus kialakulásának elkerülése miatt shunt beültetése szükséges. A IV. fokú IVH esetén a vér áttöri a kamra falát és a környező idegszövetbe kerül, ami súlyos szövödményekkel jár. Bolisetty és munkatársai (2014) 2414 fős mintán végzett kutatásában az extrém koraszülöttek esetében enyhe IVH-t 21,3%-nál, súlyos IVH-t 12,6%-nál írtak le. A súlyos IVH esetén volt a legnagyobb a mortalitási ráta (62,2%), azonban nem hagyható figyelmen kívül, hogy ez a szám 11% azoknál, akik nem kaptak agyvérzést.

Gyakori perinatális komplikáció a koraszülöttek krónikus tüdőbetegsége, a *bronchopulmonalis dysplasia (BPD)* is; az ELBW koraszülöttek közt prevalenciája meghaladja a 30 százalékot (Walsh és mtsai, 2006). A BPD lényege a parenchymás tüdőkárosodás, illetve az emiatti tartós légzéstimogatás szükségessége; kritériuma a legalább 28 napig tartó, 21%-nál magasabb oxigénkoncentrációval történő kezelés. A lélegeztetés következményeként (*hyperoxia*) a retinában gyors és inadekvát érnövekedés következhet be, ami látássérüléshez (*Retinopathia Prematurorum, ROP*) vezethet (Váradi, 2002). Súlyosságától függően 5 stádium különíthető el.

Az új diagnosztikai eljárásoknak köszönhetően a kutatások az utóbbi évtizedben fontos információkkal szolgáltak a koraszülöttek idegrendszeri fejlődését illetően. Koraszülötteknél – még enyhe rizikó esetében is – eltérések mutatkoznak a fehér- és a szürkeállomány struktúrájában (Skranes és mtsai, 2012), vékonyabb az entorhinális kéreg

(Skranes és mtsai, 2012) és a corpus callosum (Feldman és mtsai, 2012), kisebb a hippocampalis térfogat (Beauchamp és mtsai, 2008) és a kisagyi térfogat (de Kieviet és mtsai, 2012).

A koraszülött gyerekek fejlődése már régóta a kutatók érdeklődésének előterében áll, azonban a témában mára felhalmozódott könyvtárnyi közleményben bemutatott eredmények meglehetősen ellentmondásosak. Nyilvánvaló, hogy a „koraszülöttek” távolról sem képeznek homogén csoportot, ezért az egész populációra érvényes jellemzők megállapítása semmiképp sem várható. Ezért hangsúlyozza a szakirodalom a koraszülöttséggel kapcsolatban a rizikó fogalmát: a nem optimális fejlődés megnövekedett valószínűségével kell számolni, de megfelelő védőfaktorok jelenlétében a fejlődés akár zavartalan is lehet (Kalmár, 2007; Ribiczey és Kalmár, 2009).

Arra vonatkozóan meggyőző adatok állnak rendelkezésre, hogy koraszülötteknél az időre született gyerekekhez viszonyítva lényegesen gyakrabban fordulnak elő idegrendszeri károsodásból következő súlyos fejlődési zavarok (Medlock és mtsai, 2011; Goldstein és mtsai, 2013; Salas és mtsai, 2016). Azonban a fejlődépszichológia számára fontosabb, hogy sokszor a negatív neurológiai státuszú koraszülöttek mozgás- és értelmi fejlődése sem problémamentes. Ilyenkor a zavarok háttere talány, amelynek a megoldása csak a fejlődés hosszú távú követésétől várható. Az éretlenség foka és a születési súly mindenképpen befolyásolja a rizikó mértékét. Az utóbbi évtizedekben egyre nagyobb a kutatók érdeklődése a legéretlenebb, ELBW koraszülöttek iránt, aminek az egyik oka kétségkívül az, hogy ennek a legsúlyosabban veszélyeztetett csoportnak az életben maradási esélyei drámaian javultak a perina-

tális ellátás tökéletesedésének köszönhetően, így egyre több a vizsgálatra alkalmas gyerek.

Az ELBW koraszülöttek fejlődését követő kutatások csoportszinten általában fejlődési késést találtak. A Kumar és munkatársai (2013) által vizsgált, korrigált 30 hónapos, neurológiai és érzékszervi károsodástól mentes koraszülöttek teljesítménye a Bayley II skála mentális fejlődés indexében a normál övezet alsó határa környékén mozgott. Laptook és munkatársai (2005) olyan ELBW koraszülötteknél, akiknek a koponya ultrahang képe negatív volt, korrigált 18–22 hónapos korban ugyancsak mentális fejlődési elmaradást detektáltak a Bayley II fejlődési skála szerint. Sommer és munkatársai (2007) egyes arányú kapcsolatot írtak le a fejlődési tesztben nyújtott teljesítmény és a gesztációs idő között. Minél korábban születtek a gyermekek, annál nagyobb százalékban mutattak fejlődési elmaradást korrigált 12 és 24 hónapos korban a Griffith-féle Mentális Fejlődési Skála szerint. O’Callaghan és munkatársai (1995) több részterületre vonatkozó kutatásában az ELBW koraszülöttek korrigált 2 éves korukban szignifikánsan rosszabbul teljesítettek a Griffith-féle Mentális Fejlődési Skálában és a mozgást mérő eljárás (Neuro-sensory motor development assessment – NSMDA), nagymozgás, finommozgás, a szociabilitás alskálákban az illetett kontrollkhoz képest. Sansavini és munkatársai (2014) a nyelvi készségeket korrigált 12, 18, 24, 30 és 36 hónapos korban, a motoros és kognitív készségeket pedig korrigált 12, 24 és 30 hónapos korban vizsgálták a Bayley III skálával. Eredményeik szerint az ELBW koraszülöttek minden általuk mért készségben alacsonyabb teljesítményt értek el az időre született kontrollcsoporthoz képest, és ezt az elmaradást 3 éves korukra sem hozták be. Ezzel szemben Potharst és munkatársai

(2011) ELBW koraszülötteknél 3 éves korban átlagos mentális fejlődési indexet mértek, ami magasabb volt, mint a 2 éves kori. Voss és munkatársai (2007) 10 éves követő vizsgálata szerint az ELBW gyermekek fejlődésének korai időszakában nehéz megjósolni, hogyan alakul a későbbi fejlődés, főleg az értelmi fejlődés. Közvetlenül a születés után történt neurológiai vizsgálat alapján 64%-nál feltételeztek normál fejlődést, azonban ez a szám iskoláskorra 45%-ra csökkent. Tanulmányukban hangsúlyozták, hogy korrigált 2 éves korban sem jelezhető előre biztosan a fejlődés 10 éves kori kimenetele. Vizsgálatuk szerint korrigált 1 éves korban a helyes prognózis aránya 59%, korrigált 2 évesen 68%, míg korrigált 3 évesen és nem korrigált 4 éves korban 70% volt.

A koraszülöttek fejlődésére irányuló vizsgálatok gyakori hiányossága, hogy csoport-szintű összehasonlításokra korlátozódik. A csoportátlagértékekben, máskor a fejlettségi szintek (normának megfelelő – enyhe lemaradás – súlyos lemaradás) eloszlásában megadott eredmények háttérben nyilvánvaló a fejlődés nagy egyéni változatossága. Több kutató kereste a koraszülöttszoponton belüli fejlődési eltérések magyarázatát a vizsgált csoport tagjaira vonatkozóan hozzáférhető információ felhasználásával.

A születési súly és a gesztációs kor még ezen a többnyire nagyon éretlen, ELBW populáción belül is jelentősen meghatározónak bizonyult (Xiong és mtsai, 2012; Salas és mtsai, 2016). Figyelembe kell venni az intrauterin retardáció esetét is, amikor már a magzati fejlődés sem optimális, és emiatt az újszülött súlya kisebb (< 10 percentil), mint ami a gesztációs korának megfelelő lenne (*Small for gestational age, SGA*). Az idegrendszer strukturális felépítésére irányuló kutatások megállapították, hogy korrigált 12 hónapos

korban az SGA koraszülöttek fehér- és szürkeállományában eltérések mutatkoznak: csökkent térfogatú az amygdala, a basalis ganglion, a thalamus, a bal occipialis és parietalis lebeny, valamint a corpus callosum. A szürkeállományi eltérések esetén a születési súllyal korreláltak, míg a fehérállományi sérülések esetén ez az összefüggés mind a születési súllyal, mind a gesztációs héttel megvolt, tehát az éretlenségnek és az intrauterin retardációnak egyaránt szerepe volt (Padilla és mtsai, 2014). Ennek a populációnak a fejlődésére irányuló vizsgálatait is elmentmondásosak. Gutbrod és munkatársai (2000) igen kis súlyú koraszülötteknél a születési súly és az SGA kapcsolatát vizsgálták a Griffith-féle Mentális Fejlődési Skálával. Az SGA-s csoport és a megfelelő születési súlyú (*Appropriate for gestational age, AGA; születési súly ≥ 10 percentil*) csoport teljesítménye között nem találtak eltérést. Véleményük szerint a kognitív fejlődés szempontjából a születéskori extrém éretlenség és a rövid gesztációs idő a jelentősebb, nem pedig az intrauterin retardáció. Gortner és munkatársai (2003) sem találtak rosszabbnak az SGA koraszülöttek kisgyermekkori fejlődési kimenetelét korrigált 22 hónapos korban, míg Kato és munkatársai (2016) szerint a gesztációs kor meghatározó, és az SGA a legéretlenebb koraszülötteknél nem növeli a fejlődési rizikót, de a 28. gesztációs hétnél később születetteknél már igen. McCowan és munkatársai (2002) nem találtak különbséget korrigált 18 hónapos korban a Bayley II teszt MDI értékében nyújtott teljesítményben a 32. gesztációs hét előtt és után született SGA-s gyermekek között.

A perinatális rizikómutatók közül az idegrendszert érintő különböző fokozatú agyvérzések meghatározó szerepet játszanak a koraszülött gyermekek fejlődési kimenetelében.

Goldstein és munkatársai (2013) vizsgálatukban azt elemezték, milyen tényezők hatnak az ELBW koraszülöttek idegrendszeri fejlődésére. Fontos tényezőnek találták a gesztációs kort, azonban a súlyos agyvérzés (IV. fokozat) károsító hatása olyan mértékű volt, ami elfedte az éretlenség jelentőségét. Ezzel szemben III. fokozatú agyvérzés esetén összetett kép tárult fel a fejlődést magyarázó tényezőket illetően: a gesztációs kor, továbbá a gyermek neme, az anya iskolai végzettsége és az orvosi ellátás minősége is jelentősnek bizonyult. Hasonló eredményeket kaptak Mukerji és munkatársai (2015) is, akik metaanalízisükben összegezték az enyhe és súlyos fokú agyvérzés fejlődésre gyakorolt hosszú távú hatására vonatkozó irodalmi adatokat. Kutatásuk szerint az agyvérzés súlyossága arányban áll a hosszú távú következményekkel. Azonban az enyhe agyvérzést elszenvedett gyermekek esetében is felléphetnek súlyosabb kimenetek a későbbi életkorokban. Az IVH I-es és II-es stádiumának veszélyére hívják fel a figyelmet Patra és munkatársai (2006) is. ELBW koraszülöttestet korrigált 20 hónapos korukban vizsgáltak Bayley II fejlődési skálával. Eredményeik szerint ezek a gyermekek gyengébb idegrendszeri és kognitív fejlődést mutattak, magasabb arányban fordult elő náluk neurológiai károsodás, siketség, mint azoknál az ELBW koraszülötteknél, akik nem kaptak agyvérzést a születést követő korai időszakban. Az enyhe agyvérzést elszenvedett gyerekek hosszú távú követésének szükségességét sugallják azok a vizsgálatok, amik a problémák későbbi életkorokban való megjelenését írják le olyan területeken, mint a mondatmegértés, rövid távú emlékezet, munkamemória (Frisk és Whyte, 1994), míg más kutatók iskoláskorban végzett vizsgálatuk alapján a kamrai dilatációval és a pa-

renchyma károsodással járó agyvérzések következményeit találták jelentősnek (Sherlock és mtsai, 2005).

A BPD-s gyermekek fejlődését követve bármely életkorban általános megállapítás, hogy fejlődésük késik, teljesítményük elmarad a nagyon kis születési testtömegű, de nem BPD-s gyermekek és természetesen az időre születettek teljesítményétől. Alacsonyabbak a fejlődési hányadosok és az intelligenciahányadosok is (Anderson és Doyle, 2006). Singer és munkatársai (1997) kimutatták, hogy óvodáskorú BPD-s koraszülötteknél a kognitív és motoros fejlődésbeli elmaradás aránya csaknem kétszerese, mint a nem BPD-seknél. A longitudinális kutatások során vált láthatóvá, hogy a BPD-sek jelentős fejlődési elmaradása a gyerekek kb. 20%-ánál állandónak tekinthető, és fennáll az egész kisgyermekkor során. A fejlődési késés gyakran korai előjelezője a később megnyilvánuló kognitív deficitnek, tanulási nehézségnek, viselkedési problémáknak (Singer és mtsai, 2001; Schmidt és mtsai, 2003; Gráf és mtsai, 2013).

Schmidt és munkatársai (2003) a súlyos ROP (4-es, 5-ös stádium vagy cryoterápia vagy lézeres terápia) következményeit vizsgálták korrigált 18 hónapos korban Bayley II fejlődési skálával. Eredményeik szerint ezek az ELBW gyermekek rosszabbul teljesítenek a skála mentális indexében.

Több kutatás mutatta ki a nem szerepét a koraszülöttek fejlődését befolyásoló tényezők közt (Goldstein és mtsai, 2013; Guerra és mtsai, 2014; Kumar és mtsai, 2013; Medlock és mtsai, 2011; Reis és mtsai, 2012; Xiong és mtsai, 2012), ami minden esetben a fiúk hátrányát jelentette. Úgy tűnik, hogy a fiú magzatok érzékenyebben reagálnak a stresszre, de ennek konkrét indokolásával a szerzők adósak maradnak. Reis és munkatársai

(2012) genetikai, egyéb biológiai és környezeti tényezők összjátékát feltételezik.

A kutatások tanúsága szerint a perinatális kockázatokkal szemben védő faktorként pszichoszociális tényezők is hozzájárulhatnak a koraszülöttek fejlődéséhez (Ribiczey és mtsai, 2010; Xiong és mtsai, 2012). Elsősorban az anya magasabb iskolázottságának kedvező hatását lehetett tetten érni (Ko és mtsai, 2013; Kumar és mtsai, 2013), amely általánosan elfogadott, mint a fejlődést támogató anyai viselkedés közvetett mutatója (Guerra és mtsai, 2014; Kalmár, 2007).

Már szakmai közhelynek számít, hogy a koraszülöttek fejlődésére vonatkozóan a szakirodalomban hozzáférhető információ korántsem mutat egységes képet. A legkézenfekvőbb magyarázat erre a koraszülött populáció heterogenitása, ami még akkor is érvényes, ha a vizsgált mintát az extrém kis súlyúakra szűkítjük. A születési állapot és a perinatális lefolyás változatossága mellett a fejlődési perspektívákat a neonatológiai ellátás idői és helyi eltérései is befolyásolhatják, ez utóbbiakról azonban a közlemények általában nem adnak tájékoztatást. Mindezek miatt szükség van a hazai helyzet feltárására az érintett gyermekek fejlődésére feltehetően hatást gyakorló tényezők ismeretében. A tudomány jelen állása szerint a kutatásoktól még nem várható, hogy egyéni szintre lebontható biztos predikcióhoz mutassanak utat, de rávilághatnak a fejlődési zavar kockázatát növelő tényezőkre, ami alapvető jelentőségű a nagy valószínűséggel intervenciót igénylő esetek azonosításához.

Tanulmányunkban egy extrém kis súlyú koraszülöttek fejlődését követő longitudinális kutatás korai szakaszát, a gyermekek 1 éves és 2 éves korában elvégzett vizsgálatának eredményeit és a fejlődés magyarázatára irányuló próbálkozásunkat mutatjuk be.

A mentális fejlődést számszerűen jellemző adatokra épülő kutatások szükségszerűen a pszichológus eszközeivel vizsgálható gyermekekre korlátozódnak, tehát a súlyos idegrendszeri sérültek kimaradnak. Ennek figyelembevételével az ELBW gyerekeknél a csoportátlagok szintjén nem túl súlyos elmaradást várunk a fejlődési normákhoz viszonyítva.

Az átlagok mögött a fejlődési adatok nagy szórására számítunk, amit várhatóan jelentős mértékben megmagyaráznak a perinatális rizikótényezők: a születés kori érettség és súly mellett az agyvérzés, a BPD és a ROP.

A szakirodalom alapján a fiúk fokozott sérülékenységre számítunk. Kisgyermekkorban a környezeti tényezők szerepe a fejlődésben várhatóan még kevésbé érhető tetten.

Kérdés, hogy a fejlődés területspecifikus-e ebben a korai időszakban is, és ha igen, érvényesül-e ez a rizikótényezők hatásában.

1 és 2 éves kor közt a felzárkózási tendencia érvényesülését, azaz a fejlődés ütemének gyorsulását várjuk.

VIZSGÁLAT

Módszer

Vizsgálati személyek

A vizsgálati minta a Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika koraszülött-utánvizsgálatában 1990–2012 közt részt vett extrém kis súlyú koraszülöttek közül került ki. Összesen 727 gyermek adatait tekintettük át. Az olyan súlyos sérülés előfordulása, ami a fejlődési vizsgálatok elvégzését lehetetlenné tette, csupán 2,2%. Az idő múlásával azonban egyre kevesebb gyermek jelent meg az utánvizsgálatokon, és

1. táblázat. A perinatális problémák megoszlása a teljes mintában és nemek szerint

	Teljes minta	Fiú	Lány
N	67	30	37
Bronchopulmonalis dysplasia (BPD)	43%	43%	43%
Agyvérzés (IVH)	36%	50%	24%
Nincs agyvérzés	64%	50%	76%
Enyhe agyvérzés	30%	37%	24%
Súlyos agyvérzés	6%	13%	–
Rethinopathia prematurorum (ROP)	70%	67%	73%
Nincs ROP	30%	33%	27%
Enyhe ROP	61%	57%	65%
Súlyos ROP	9%	10%	8%
SGA	33%	33%	32%

azoknak a száma, akiknél a vizsgálati időpontok megfeleltek az általunk felállított kritériumoknak, mindössze 67, azaz a teljes létszám 9%-a. A mintánkba bevont gyermekek átlagosan 27 hétre (SD 3–32. hét) és átlagosan 847 grammal ($SD = 148,66$; 480–990 gramm) születtek, közülük 30 fiú és 37 lány. A perinatális komplikációk nemek szerinti megoszlása az 1. táblázaton látható.

Az agyvérzés gyakrabban és súlyosabban érintette a fiúkat, a többi perinatális mutató megoszlása a nemek közt egyenletes volt.

Eljárás

Az utánvizsgálatok alkalmával, ambuláns kezelet között két alkalommal került sor a fejlődés mérésére a Brunet–Lèzine-féle pszichomotoros fejlődési skálával a gyermekek korrigált 11–14 hónapos korában (későbbiekben 1 éves kori) ($SD = 1,07$; átlag: 12,40) és korrigált 23–26 hónapos korában (későbbiekben 2 éves kori) ($SD = 1,05$; átlag: 24,22).

Az utánvizsgálatban való részvétel önkéntes, telefonos jelentkezéssel időpontegyeztetést követően történt, ami nem tette lehetővé a korrigált 12 és 24 hónapos kor pontos betartását. Azoknak a gyermeknek az

adatait vettük be az elemzésbe, akiknek tesztfelvételi időpontja a fenti életkori sávban volt.

A Brunet–Lèzine skálát Farkas Márta és Csiky Erzsébet (1980) adaptálta a magyar populációra, és mindezidáig ez az egyetlen olyan csecsemő- és kisgyermekkori fejlődést mérő eljárás, amellyel kiterjedt magyar tapasztalatok állnak rendelkezésre. Hazai kutatók igen erős korrelációt találtak a Brunet–Lèzine fejlődési kvóciens és a Bayley II skála mentális fejlődési mutatója közt (Vekerdy és mtsai, 1998; Ittészén Nagy és mtsai, 1999).

Mutatók

A Brunet–Lèzine fejlődési kvóciens (FQ), valamint az alskálák eredményei: nagyszózat (PQ), koordináció (KQ), beszéd (BQ) és a szociabilitás (SzQ). Értékelésénél mindkét alkalommal a korrigált korrall számoltunk. Megkésettnek számít a fejlődés, ha a kvóciens 70 alatti, és átlagos a fejlődés, ha a kvóciensszám 70 feletti (Ittészén Nagy és mtsai, 1999). A fejlődési skálák eredményeinek értelmezésénél általánosan elfogadott kategorizálás szerint enyhe az elmaradás, ha az átlagtól számítva a -1 SD és -2 SD közé esik az érték, és súlyos az elmaradás, ha a -2 SD övezet alá.

2. táblázat. Fejlődési mutatók: átlag, szórás, szélső értékek

Mutatók Életkor	FQ	PQ	KQ	BQ	SzQ
1 év	97,9 (13,5) 64–127	102,9 (19,6) 61–165	95,9 (12,4) 63–121	94,7 (19) 61–148	98,9 (14,2) 66–129
2 év	101,6 (15,6) 49–122	101,8 (17,8) 44–132	100,6 (17,7) 45–128	98,7 (20,8) 37–129	103,2 (16,8) 55–132

Perinatális jellemzők: gesztációs kor, születési súly, SGA, BPD, IVH, ROP. A perinatális komplikációk esetében a diagnózis tartalmazza a súlyossági fokozatot, a „súlyos” kategóriák előfordulásának alacsony gyakorisága miatt az elemzésben ettől eltekintünk, ezért csak a rizikófaktorok megléte, illetőleg hiánya szerint különítettük el a csoportokat. Az elemzésben figyelembe vettük az anya iskolai végzettségét is.

Eredmények

Az adatok feldolgozása az SPSS 22 programcsomaggal történt. A statisztikai próbák eredményeinél szignifikanciahatárként a $p < 0,05$ valószínűségi értéket fogadtuk el kétoldalúan értelmezve. A vizsgálatok csoportszinten nem mutattak fejlődési elmaradást (2. táblázat).

A fejlődés háttértényezőinek tekintett perinatális mutatókkal végzett egyváltozós elemzések (Pearson-féle korreláció, valamint t-próba) eredményeiben sok szignifikáns összefüggés jelent meg (3. és 4. táblázat).

Az SGA csak 1 éves korban, a nagyobb mértékű éretlenség (alacsony GA) csak 2 éves korban, míg a ROP egyáltalán nem jelentett fejlődési hátrányt.

A nemek szerinti összehasonlítás az 1 éves kori KQ kivételével minden fejlődési mutató esetében a lányok szignifikáns előnyét mutatta a fiúkhoz képest.

3. táblázat. Fejlődési mutatók korrelációi a születési súllyal és a gesztációs korról

Életkor	Mutató	Születési súly	Gesztációs kor
1 év	FQ	$r(67) = 0,35^*$	$r(67) = 0,06$
	PQ	$r(67) = 0,28^*$	$r(67) = 0,07$
	KQ	$r(67) = 0,36^*$	$r(67) = 0,05$
	BQ	$r(67) = 0,08$	$r(67) = -0,21$
	SZQ	$r(67) = 0,40^*$	$r(67) = 0,19$
2 év	FQ	$r(66) = 0,51^*$	$r(66) = 0,27^*$
	PQ	$r(66) = 0,46^*$	$r(66) = 0,30^*$
	KQ	$r(66) = 0,48^*$	$r(66) = 0,2$
	BQ	$r(66) = 0,34^*$	$r(66) = 0,07$
	SZQ	$r(66) = 0,38^*$	$r(66) = 0,33^*$

* $p < 0,05$

A 2 éves kori FQ ($r = 0,27$; $p < 0,05$) és SzQ ($r = 0,40$; $p < 0,001$) szignifikánsan korrelál az anya iskolázottságával.

Amint várható volt, a perinatális jellemzők nem voltak függetlenek egymástól. A gesztációs kor és a születési súly közt szignifikáns volt a korreláció (bár nem erős: $r = 0,37$). Az elemzésbe bevont összes perinatális komplikáció annál valószínűbben érintette a koraszülötteket, minél éretlenebbek voltak; a BPD és a ROP esetében ez a kisebb születési súlyra is érvényes volt. A rizikótényezők jelentőségének megítéléséhez emiatt nélkülözhetetlen volt a többváltozós elemzés.

Minden fejlődési mutatóra, mint függő változóra, többváltozós regressziós modellt állítottunk föl; a bevont független változók

4. táblázat. A fejlődési mutatók a nem és a perinatális komplikációk függvényében: leíró statisztikák és egyváltozós összehasonlítások * $p < 0,05$, + $p < 0,10$

	Lányok		Fiúk		
1 éves korban					
FQ	M = 102,1	SD = 12,37	M = 92,8	SD = 13,17	t(67) = 2,96*
PQ	M = 109,19	SD = 19,92	M = 95,07	SD = 16,31	t(67) = 3,12*
KQ	M = 98,49	SD = 11,43	M = 92,67	SD = 12,95	t(67) = 1,95 ⁺
BQ	M = 99,57	SD = 18,83	M = 88,63	SD = 17,61	t(67) = 2,43*
SzQ	M = 102,97	SD = 12,62	M = 93,9	SD = 14,6	t(67) = 2,73*
2 éves korban					
FQ	M = 106,87	SD = 11,66	M = 95,03	SD = 17,46	t(67) = 3,31*
PQ	M = 107,56	SD = 12,93	M = 94,93	SD = 20,48	t(67) = 3,04*
KQ	M = 105,67	SD = 14,63	M = 94,6	SD = 19,46	t(67) = 2,63*
BQ	M = 106,28	SD = 15,68	M = 89,57	SD = 22,8	t(67) = 3,51*
SzQ	M = 109,11	SD = 12,6	M = 96,17	SD = 18,68	t(67) = 3,34*
BPD					
1 éves korban:					
FQ	M = 93,48	SD = 13,03	M = 100,47	SD = 13,24	t(59) = 2,04*
PQ	M = 98,59	SD = 19,49	M = 104,84	SD = 17,63	t(59) = 1,3
KQ	M = 92,14	SD = 12,28	M = 98,5	SD = 12,64	t(59) = 1,96 ⁺
BQ	M = 92,24	SD = 17,54	M = 93,93	SD = 17,66	t(59) = 0,37
SzQ	M = 92,76	SD = 13,13	M = 102,73	SD = 14,44	t(59) = 2,78*
2 éves korban:					
FQ	M = 94,69	SD = 18,32	M = 104,93	SD = 10,82	t(59) = 2,62*
PQ	M = 95	SD = 21,46	M = 105	SD = 11,81	t(58) = 2,19*
KQ	M = 91,93	SD = 18,9	M = 105,97	SD = 13,92	t(58) = 3,22*
BQ	M = 91,34	SD = 25,17	M = 101,24	SD = 14,21	t(58) = 1,84 ⁺
SzQ	M = 97,24	SD = 17,9	M = 106,38	SD = 15,23	t(58) = 2,09*
IVH					
1 éves korban					
FQ	M = 94,5	SD = 15,75	M = 99,79	SD = 11,78	t(67) = 1,55
PQ	M = 95,79	SD = 18,28	M = 106,81	SD = 19,37	t(67) = 2,28*
KQ	M = 93,21	SD = 14,66	M = 97,37	SD = 10,81	t(67) = 1,22
BQ	M = 95,67	SD = 22,08	M = 94,12	SD = 17,25	t(67) = -0,32
SzQ	M = 96,5	SD = 17,6	M = 100,26	SD = 11,89	t(67) = 0,93
2 éves korban					
FQ	M = 96,2	SD = 18,07	M = 104,56	SD = 13,34	t(67) = 2,16*
PQ	M = 97,62	SD = 20,43	M = 104,21	SD = 15,9	t(66) = 1,46
KQ	M = 92,67	SD = 21,4	M = 105,19	SD = 13,56	t(66) = 2,91*
BQ	M = 93,29	SD = 24,88	M = 101,77	SD = 17,75	t(66) = 1,6
SzQ	M = 97,41	SD = 19,26	M = 106,55	SD = 14,49	t(66) = 2,18*

	ROP		nincs ROP		
1 éves korban					
FQ	$M = 97,25$	$SD = 13,4$	$M = 99,45$	$SD = 13,81$	$t(67) = 0,6$
PQ	$M = 102,94$	$SD = 19,4$	$M = 102,7$	$SD = 20,5$	$t(67) = -0,4$
KQ	$M = 94,98$	$SD = 13,01$	$M = 98$	$SD = 10,78$	$t(67) = 0,9$
BQ	$M = 94,53$	$SD = 19,12$	$M = 95$	$SD = 19,09$	$t(67) = 0,09$
SzQ	$M = 97,89$	$SD = 14,45$	$M = 101,3$	$SD = 13,59$	$t(67) = 0,9$
2 éves korban					
FQ	$M = 99,72$	$SD = 17,16$	$M = 105,9$	$SD = 10,19$	$t(67) = 1,5$
PQ	$M = 99,34$	$SD = 19,08$	$M = 107,95$	$SD = 12,63$	$t(67) = 1,8^+$
KQ	$M = 100,06$	$SD = 18,38$	$M = 102,05$	$SD = 16,46$	$t(67) = 0,41$
BQ	$M = 97,25$	$SD = 21,12$	$M = 102,21$	$SD = 20,28$	$t(67) = 0,87$
SzQ	$M = 101,6$	$SD = 18,9$	$M = 107,26$	$SD = 9,3$	$t(67) = 1,63$
	SGA		AGA		
1 éves korban					
FQ	$M = 91,54$	$SD = 13,88$	$M = 101,02$	$SD = 12,23$	$t(67) = -2,85^*$
PQ	$M = 94,41$	$SD = 17,94$	$M = 107$	$SD = 19,19$	$t(67) = -2,57^*$
KQ	$M = 89,68$	$SD = 11,99$	$M = 98,91$	$SD = 11,53$	$t(67) = -3,04^*$
BQ	$M = 83,59$	$SD = 15,67$	$M = 100,09$	$SD = 18,19$	$t(67) = -3,64^*$
SzQ	$M = 95,73$	$SD = 14,69$	$M = 100,47$	$SD = 13,83$	$t(67) = -1,29$
2 éves korban					
FQ	$M = 98,9$	$SD = 20,02$	$M = 102,87$	$SD = 12,98$	$t(67) = -0,84$
PQ	$M = 98,33$	$SD = 23,77$	$M = 103,44$	$SD = 14,26$	$t(67) = -0,91$
KQ	$M = 95,66$	$SD = 22,06$	$M = 102,96$	$SD = 15,06$	$t(67) = -1,37$
BQ	$M = 91,57$	$SD = 26$	$M = 102$	$SD = 17,3$	$t(67) = -1,67$
SzQ	$M = 103,67$	$SD = 20,28$	$M = 103,02$	$SD = 15,22$	$t(67) = 0,14$

a nem, gesztációs kor, születési súly, BPD, IVH, ROP, valamint az anya iskolázottsága. A számításokat lépésenkénti, előre haladó eljárással végeztük, amely a lépéseket addig folytatja, amíg a modell korrigált R^2 -tel kifejezett magyarázó ereje növelhető egy újabb független változó beemelésével. Az erre vonatkozó eredményeket az 5. táblázat mutatja.

Látható, hogy a kisgyermekkorú motoros és mentális fejlődésre a gyermek születési súlya és neme gyakorolta a legnagyobb hatást. A BPD három, az anya iskolázottsága két részterületen (különböző életkorokban),

az IVH és a gesztációs kor egy esetben mutatkozott jelentős befolyásoló tényezőnek.

A hatások az életkorral erősödtek.

Az adatok longitudinális összefüggéseit korrelációs számításokkal ellenőriztük. A korrelációs együtthatók az egy- és a két éves kori értékek közt minden mutatónál szignifikáns, közepes mértékű együtt járásra utalnak (FQ $r = 0,50$, PQ $r = 0,40$, KQ $r = 0,45$, BQ $r = 0,51$, KQ $r = 0,43$).

Annak megragadására, hogy a fejlődés üteme változott-e a két vizsgálati időpont közt, összetartozó mintás t-próbákat végez-

5. táblázat. A fejlődést magyarázó tényezők

Életkor Mutató	1 év			2 év		
	Magyarázó változó	Korrigált kumulált R ²	β súly	Magyarázó változó	Korrigált kumulált R ²	β súly
FQ	Szül. súly Nem	0,21	0,37 -0,29	Szül. súly Nem	0,36	0,49 -0,34
PQ	Nem Szül. súly	0,18	-0,34 0,27	Szül. súly Nem	0,29	0,40 -0,36
KQ	Szül. súly Anya isk.	0,19	0,39 0,25	Szül. súly IVH BPD Geszt. kor Nem	0,43	0,38 -0,34 -0,42 -0,30 -0,24
BQ	Nem	0,07	-0,29	Nem Szül. súly	0,27	-0,38 0,36
SzQ	Szül. súly Nem BPD	0,26	0,30 -0,28 -0,28	Nem Anya isk. Szül. súly BPD	0,40	-0,37 0,37 0,27 -0,23

6. táblázat. A két vizsgálat eredményeinek összehasonlítása

Mutató	A két mérés közti különbség (2 éves – 1 éves)		t
	átlag	SD	
FQ	3,66	14,70	-2,04*
PQ	-0,70	20,57	0,28
KQ	4,88	16,49	-2,40*
BQ	4,17	19,80	-1,71 ⁺
SzQ	4,58	16,75	-2,22*

* p < 0,05, +p < 0,10

tünk. Minden esetben, ahol a különbség szignifikáns, a kétéves kori érték magasabb (6. táblázat).

KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink szerint az extrém kis súlyú koraszülöttek mozgás- és értelmi fejlődése a csoportátlagok tükrében minden részterületen megfelelt az életkori normának 1 és 2 éves korban is (2. táblázat). Ez a kedvező ki-

menetel mindenképpen meghaladja a várakozásunkat, amelyet arra alapoztunk, hogy más, hasonló koraszülöttes csoportokat követő kutatók sokkal nagyobb arányban találtak jelentős fejlődési lemaradást (Kumar és mtsai, 2013; Laptook és mtsai, 2005; O’Callaghan és mtsai, 1995; Sansavini és mtsai, 2014; Sommer és mtsai, 2007). Természetesen tudatában kell lennünk annak, hogy a különböző kutatások eredményeinek közvetlen összehasonlítása nem igazán releváns, mivel a vizsgált minták soha nem tekinthetők

illesztettnek. Ilyen kutatásoknál nem is várható, hogy bármelyik vizsgálat is reprezentatív legyen, mivel a részvétel minden esetben a szülők számtalan tényező által befolyásolt együttműködési készségétől függ.

Azt is meg kell gondolni, hogy a fejlődési skála hazai adaptációja és bemérése három évtizeddel ezelőtt történt, és friss standard értékek nem állnak rendelkezésünkre. Szerencsére a „normacsökkenés” a korai fejlődés vizsgálata esetében korántsem akkora gond, mint például az intelligenciatesztekénél, mivel az első két év során a fejlődés még erősen kanalizált, lényege az univerzális humán viselkedési kompetenciarepertoár alapvetően biológiai programozottságú fokozatos kibontakozása, amelyet az idegrendszer érésebe beavatkozó rizikótényezők módosíthatnak (Brandstätter, 2006; Csépe, 2005). A fejlődés mérföldköveinek időzítésén a környezet normálisnak tekinthető variációi nem hagynak nyomot, a kulturális változások szerepe ekkor még elhanyagolható.

Az egyéni teljesítmények nagy szórása és a tartományok súlyos lemaradásra utaló alsó szélei a várakozásunknak megfelelően jelentősen árnyalják a megnyugtatónak tűnő képet, aláhúзва a csoport nem elhanyagolható rizikóstátusát. Ennek fényében mindenképpen indokolt a fejlődési hátrányoknak a koraszülöttség tényéni túli magyarázatát keresni. Mivel a perinatális jellemzők és komplikációk nem függetlenek egymástól, csak többváltozós elemzéstől várhattuk, hogy tisztázza az egyes tényezők hatását.

A perinatális állapot jellemzői közül kiemelkedett a születési súly szerepe: minél távolabb volt az újszülött súlya az 1000 grammos felső határtól, annál kisebb volt az esélye a problémamentes fejlődésre. A születési súly korrelációja a fejlődési mutatókkal mindkét életkorban szignifikáns volt (kivéve az 1 éves

BQ), ezzel szemben a gesztációs kor csak néhány 2 éves kori mutatóval állt kapcsolatban. A születési súly jelentőségét a többváltozós elemzés is megerősítette (5. táblázat), míg a gesztációs kor a születési súly hatásának kiszűrése után már nem adott hozzá érdemben a fejlődés magyarázatához. Az elemzésbe bevont perinatális komplikációk befolyása is kevésbé volt tetten érhető, mint amire számítottunk. A többszörös regressziós modellben a BPD hatása egyéves korban egy, kétéves korban két részterületen, az agyvérvzésé csak egyetlen esetben jelent meg, a ROP pedig soha. A koraszülöttséghez társuló perinatális rizikótényezőkre a koordináció 2 éves korra elért szintje mutatkozott a leginkább érzékenynek.

Eredményeink arra utalnak, hogy a kisgyermekkori motoros és mentális fejlődés esélyeit az rontja leginkább, ha a gyarapodás már az intrauterin időszakban lelassul – emellett eltörpül az éretlenség mértékének és a perinatális komplikációknak a jelentősége is. Egyes szakirodalmi adatok szerint az intrauterin fejlődés visszamaradás fokozza a koraszülöttek veszélyeztetettségét (Korkman és mtsai, 1996; Leitner és mtsai, 2000; Ounsted és mtsai, 1989), bár ebben a tekintetben sem teljesen egybehangzóak a tapasztalatok (Dowling és Bendell-Eshoff, 1991; Gortner és mtsai, 2003; Kato és mtsai, 2016; Robertson és mtsai, 1990). Az eredmények összevetésénél természetesen nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy a vizsgált minták összetétele nagymértékben különbözhet fontos paraméterek mentén is. A fenti adatok Kato és mtsai (2016) közleményét kivéve érettebb és nagyobb súlyú koraszülöttekre vonatkoznak. Hasonló okok szerepet játszhatnak abban is, hogy feltételezésünkkel ellentétben sem az agyvérvzésnek, sem a BPD-nek nem találtuk drasztikus hatását. A leginkább ké-

zenfekvő indok az, hogy a mintánkban mindkét komplikáció esetében nagyon alacsony volt a súlyosan érintett gyerekek száma, az pedig jó hír, hogy mind az agyvérzés, mind a BPD enyhébb eseteiben hatékonyan mutatkozik a perinatális orvosi beavatkozás. Valószínűleg ez utóbbinak köszönhető az is, hogy a ROP a vizsgált gyermekek fejlődését egyáltalán nem hátráltatta.

A fejlődési eltérések háttértényezői közt feltűnően nagy a nem szerepe. A regressziós modellben a koordináció egyéves kori szintjét kivéve minden mutatónál jelen van, több esetben a legerősebb – az egyéves kori BQ-nál az egyedüli – magyarázó változóként. Minden területen a lányok teljesítettek jobban, amint ezt feltételeztük a szakirodalmi források alapján, amelyek következetesen a fiúk hátrányáról számolnak be (Goldstein és mtsai, 2013; Guerra és mtsai, 2014; Kumar és mtsai, 2013; Medlock és mtsai, 2011; Reis és mtsai, 2012; Xiong és mtsai, 2012; Weng és mtsai, 2015). A nemi különbségek hátterében a fiúk fokozott biológiai sérülékenységet feltételezik, ami érzékenyebbé teszi őket az idegrendszer fejlődését fenyegető rizikótényezőkre (Reis és mtsai, 2012; Romeo és mtsai, 2010). Morfológiai adalékkal szolgált Romeo és munkatársai (2010) vizsgálata, amely szerint a fehéralomány térfogata csak a fiú koraszülötteknél tért el szignifikánsan az időre született gyermekekétől. Annak feltárása, hogy miből fakadnak a vulnerabilitás nemi különbségei, további kutatások feladata.

Két részmutatónál az anya iskolai végzettsége is megjelent magyarázó tényezőként. Bár ebben az életkorban a fejlődés alakításában a biológiai tényezők dominálnak, a fejlődés feltételeit biztosító gondozói viselkedésen keresztül, a rizikóval szemben védőfaktoroként érvényesülhetnek pszicho-

szociális hatások. A specifikus viselkedési jellemzők vizsgálatának nehézségei folytán általánosan használatos az anya iskolai végzettsége, mint közvetett mutató (Guerra és mtsai, 2014; Kalmár, 2007), amelynek a kapcsolatát koraszülöttek kisgyermekkori kognitív és nyelvi fejlődésével több kutatás is demonstrálta (Ko és mtsai, 2013; Kumar és mtsai, 2013). Az anyai iskolai végzettség magyarázó erejének háttere feltehetően multifaktoriális, mind genetikai, mind környezeti tényezők hozzájárulhatnak (Patra és mtsai, 2016).

Csoportszinten kedvező képet mutatott a vizsgált gyermekek fejlődése a követési időszak alatt. A fejlődés átfogó mutatója, az FQ a második vizsgálatkor, nagyjából két éves korban szignifikánsan magasabb volt, mint egy évvel korábban. A részkvóciensek közül markáns javulás mutatkozott a koordináció és a szociális fejlődés területén, és hasonló tendencia érvényesült a beszéd esetében is. A mozgásfejlődés ütemében nem látszott változás. Eredményeink a szakirodalomban olvasható megállapítások közül azokat támasztották alá, amelyek a koraszülöttek fejlődésére a felzárkózási tendenciát tartják jellemzőnek (Gortner és mtsai, 2003; Kumar és mtsai, 2013; Meisels és Plunkett, 1988; Ungerer és Sigman, 1983), ellentétben azokkal, amelyek szerint a fejlődés idővel lassul (Reis és mtsai, 2012; Doyle és mtsai, 2012). A nemi különbség itt is érvényesült: az eredmények javulásához a lányok nagyobb mértékben járultak hozzá, mint a fiúk. Különösen feltűnő volt ez a beszéd területén; a fiúk BQ-ja a két életkor közt alig változott. A két vizsgálat eredményei közti közepes erősségű, de minden mutató esetében szignifikáns korreláció arra utalt, hogy a gyerekek fejlődését tekintve a mintán belül csak kisebb átrendeződés történt; az egyéves

kori fejlődési mutatók a 2 éves koriak variációjának 20–25%-át magyarázták.

Természetesen tudatában kell lennünk annak, hogy a követési időszak mindössze 2 év volt, és a gyerekek fejlődési útjai a későbbiekben igen változatosan alakulhatnak. Koraszülöttek fejlődésében nem ritkán tetten érhető a mozgó rizikó (Aylward, 2002; Jens és Gordon, 1991; Kalmár, 2007; Ribiczey és Kalmár, 2009; Potharst és mtsai, 2011; Saigal és mtsai, 2000), ezért a 2 éves kori megnyugtató állapot semmiképpen sem lehet érv az utánkövetés befejezése mellett.

Eredményeink nem utalnak számottevő területspecifitásra a kisgyermekkorai fejlődésben, és a magyarázó tényezőket illetően sem találtunk szisztematikus eltérést a részmutatók között.

Vizsgálatunk két különböző tanulssággal szolgálhat az elmélet és a gyakorlat számára. A kedvező fejlődés feltételeit illetően fontos adalék, hogy a perinatális ellátás jelenlegi, Magyarországon is biztosított színvonala mellett a koraszülöttség még 1000 gramm alatti születési súllyal sem zárja ki a problémamentes pszichomotoros fejlődést, alátámasztva ezzel a rizikófogalom megfelelő értelmezésének jelentőségét. A rizikó nem jár szükségszerűen károsodással, a kimenetel egyéb súlyosbító és védő faktoroktól függ. A csoportátlagok kevés információt nyújtanak, elfedik az eredmények változatosságát. A gyakorlat a kimenetel egyéni változataival találkozhat – a probléma éppen az, hogy soha nem lehet megismerni az összes befolyásoló tényezőt. Eredményeink elsősorban az ELBW kategórián belüli súlykülönbségek szerepét húzzák alá. Minél alacsonyabb a születési súly, annál nagyobb az egyéb perinatális komplikációk valószínűsége, de a többváltozós elemzésben a fejlődési kime-

netel bejósolásánál a súly elnyomja ezek hatását. Mi a súlyt folytonos változóként kezeltük, az ELBW koraszülöttek túlélési esélyeinek rohamos javulása folytán azonban lehetséges, hogy nagyobb volumenű kutatásból kirajzolódna egy újabb, 1000 gramm alatti határvonal, amely alatt a rizikó mértéke drasztikusan fokozódik.

Az intervenció az egyik olyan tényező, amelynek szerepét kutatásunkban nem tudtuk ellenőrizni, mivel erre vonatkozó információ nem volt hozzáférhető. Az intervenció hatásának vizsgálata alapvető módszertani problémákba ütközik. Egyrészt etikai okok miatt, másrészt mivel az érintett gyerekek intervencióban való részvétele a szülők együttműködési készségétől és lehetőségeitől függ, random csoportelosztás nem valósítható meg, a pontosan illesztett kontroll alkalmazásának akadálya a háttértényezők óriási variabilitása is. A megzavart motoros és kognitív funkciók ismeretére alapozott intervenció hatékonyságára vonatkozóan ugyanakkor rengeteg kedvező gyakorlati tapasztalat halmozódott már fel. A mozgó rizikó jelenségének ismeretében indokolt minden ELBW koraszülött fejlődésének hosszú távú figyelemmel kísérése és a megfelelő prevenció, illetve intervenció biztosítása.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönjük Dr. Rigó Jánosnak, a Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika igazgatójának, aki biztosította számunkra a munka elvégzésének feltételeit, továbbá azoknak a hallgatóknak, akik az adatok bevitelével segítették munkánkat.

SUMMARY

DEVELOPMENT AND ITS PREDICTIVE FACTORS IN EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT INFANTS

Background and aims: Preterm birth is the most common perinatal risk. The developmental outcome of immature, low birth weight infants is hard to predict. The perinatal complications make the picture even more complex. Our aim is to identify the factors influencing the development of extremely low birth weight (< 1000 gram) infants. *Methods:* The subjects of our longitudinal study were 67 infants. The psychomotor development of the infants was assessed using the Brunet–Lèzine Developmental Scale at the corrected ages of 1 and 2 years. Birth weight, gestational age, perinatal complications (intraventricular haemorrhage, bronchopulmonary dysplasia, retinopathy of prematurity), gender, and maternal education were entered in the data analysis as independent variables. *Results:* Our subjects as a group scored in the average range in each subscale of the Brunet–Lèzine Developmental Scale; the changes in the scores as the infants grew older suggest a catch-up tendency. The most powerful factors explaining the individual variations in the developmental outcome were birth weight and gender (with the males lagging behind), other factors, including maternal education, were found to contribute to the infants’ performances in only two subscales.

Keywords: prematurity, extremely birth weight, perinatal complications, psychomotor development

IRODALOM

- ANDERSON, P. L., DOYLE, L. W. (2006): Neurodevelopmental outcome of bronchopulmonary dysplasia. *Seminars in Perinatology*, 30, 277–232.
- AYLWARD, G. P. (2002): Methodological issues in outcome studies of at-risk infants. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 37–45.
- BALLA, GY., SZABÓ, M. (2013): Koraszülöttek krónikus utóbetegségei. *Orvosi Hetilap*, 154(38), 1498–1511.
- BEAUCHAMP, M. H., THOMPSON, D. K., HOWARD, K., DOYLE, L. W., EGAN, G. F., INDER, T. E., ANDERSON, P. J. (2008): Preterm infant hippocampal volumes correlate with later working memory deficits. *Brain*, 131, 2986–2994.
- BECK, S., WOJDYLA, D., SAY, L., BETRAN, A. P., MERALDI, M., REQUEJO, J. H., RUBENS, C., MENON, R., VAN LOOK, P. F. A. (2010): The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 31–38.
- BEHRMAN, R. E., BUTLER, A. S. (eds) (2007): *Preterm birth. Causes, consequences and prevention*. The National Academic Press, Washington D.C.
- BOLISSETY, S., DHAWAN, A., ABDEL-LATIF, M., BAJUK, B., STACK, J., LUI, K. (2014): Intraventricular hemorrhage and neurodevelopmental outcomes in extreme preterm infants. *Pediatrics*, 133(1), 55–62.

- BRANDSTÄTTER, J. (2006): Action perspectives on human development. In: DAMON, W., LERNER, R. M. (eds): *Handbook of child development, 1*. Wiley, NJ. 516–568.
- CSÉPE V. (2005): *Kognitív fejlődés – neuropszichológia*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- DE KIEVIET, J. F., ZOETEBIER, L., VAN ELBURG, R. M., VERMEULEN, R. J., OOSTERLAAN, J. (2012): Brain development of very preterm and very low-birthweight children in childhood and adolescence: meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology, 54*(4), 313–323.
- DOWLING, M., BENDELL-ESHOFF, D. (1991): The impact of small for gestational age birth status upon premature children. *Children's Health Care, 20*, 138–143.
- DOYLE, L. W., DAVIS, P. G., SCHMIDT, B., ANDERSON, P. J. (2012): Cognitive outcome at 24 months is more predictive than at 18 months for IQ at 8–9 years in extremely low birth weight children. *Early Human Development, 88*(2), 95–98.
- FARKAS, M., CSIKY, E. (1980): *A Brunet–Lèzine-féle vizsgálati módszer alkalmazása a gyermekori pszichomotoros fejlődés zavarainak korai felismerésében*. Művelődési Minisztérium, Budapest.
- FELDMAN, H. M., LEE, E. S., YEATMAN, J. D., YEOM, K. W. (2012): Language and reading skills in school-aged children and adolescents born preterm are associated with white matter properties on diffusion tensor imagine. *Neuropsychologia, 50*(14), 3348–3362.
- FRISK, V., WHYTE, H. (1994): The long-term consequences of periventricular brain damage on language and verbal memory. *Developmental Neuropsychology, 10*(3), 313–333.
- GOLDSTEIN, R. F., COTTEN, C. M., SHANKARAN, S., GANTZ, M. G., POOLE, W. K. (2013): Influence of gestational age on death and neurodevelopmental outcome in premature infants with severe intracranial hemorrhage. *Journal of Perinatology, 33*, 25–32.
- GORTNER, L., VAN HUSEN, M., THYEN, U., GEMBRUCH, L., FRIEDRICH, H. J., LANDMANN, E. (2003): Outcome in preterm small for gestational age infants compared to appropriate for gestational age preterms at the age of 2 years: a prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 110*, 93–97.
- GRÁF, R., BOROSS, G., HARNOS, A. (2013): A bronchopulmonális dysplasiás koraszülöttek fejlődési sajátosságai. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle, 18*, 25–29.
- GUERRA, C. C., DE MORAES BARROS, M. C., GOULART, A. L., FERNANDES, L. V., KOPELMAN, B. I., DOS SANTOS, A. M. N. (2014): Premature infants with birth weight of 1500–1999 g exhibit considerable delays in several developmental areas. *Acta Paediatrica, 103*, 1–6.
- GUTBROD, T., WOLKE, D., SOEHNE, B., OHRT, B., RIEGEL, K. (2000): Effects of gestation and birth weight on the growth and development of very low birthweight small for gestational age infant: a matched group comparison. *Archives of Disease Childhood. Fetal Neonatal Edition, 82*(3), 208–214.
- ITTZÉSNÉ NAGY B., VEKERDY ZS., BOD M., DUBECZ D. (1999): A Bayley-II-bébiteszt adaptálási tapasztalatai. *Pszichoterápia, 8*, 119–126.
- JENS, K. G., GORDON, B. N. (1991): Understanding risk: Implications for tracking high-risk infants and making early service delivery decisions. *International Journal of Disability, Development and Education, 38*, 211–224.

- KALMÁR, M. (2007): *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai. Rizikómentesen született, valamint koraszülött gyermekek követésének tanulságai.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- KATO, T., MANDAI, T., IWATANI, S., KODA, T., NAGASAKA, M., FUJITA, K., KUOKAWA, D., YAMANA, K., NISHIDA, K., TANIGE UCHI-IKEDA, M., TANIMURA, K., DEGUCHI, M., YAMADA, H., IJIMA, K., MORIOKA, I. (2016): Extremely preterm infants small for gestational age are at risk for motor impairment at 3 years corrected age. *Brain & Development*, 38(2), 188–195.
- KO, G., SHAH, P., LEE, S. K., ASZTALOS, E. (2013): Impact of maternal education on cognitive and language scores at 18 to 24 months among extremely preterm neonates. *American Journal of Perinatology*, 30(9), 723–730.
- KORKMAN, M., LÜKANEN, A., FELLMAN, V. (1996): Neuropsychological consequences of very low birth weight and asphyxia at term: follow-up until school age. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 18, 220–233.
- KSH (2007): A szülészeti eseményekkel összefüggő halálozás, csecsemőhalandóság. *Statisztikai Tükör*, 1(75).
- KUMAR, P., SHANKARAN, S., AMBALAVANAN, N., KENDRICK, D. E., PAPPAS, A., VOHR, B. R., POINDEXTER, B. B., DAS, A., HIGGINS, R. D. (2013): Characteristics of extremely low-birth-weight infant survivors with unimpaired outcomes at 30 months of age. *Journal of Perinatology*, 33, 800–805.
- LAPTOOK, A. R., O’ SHEA, M., SHANKARAN, S., BHASKAR, B. (2005): Adverse neurodevelopmental outcomes among extremely low birth weight infants with a normal head ultrasounds: prevalence and antecedents. *Pediatrics*, 115(3), 55–62.
- LEITNER, Y., FATTAL-VALEYSKI, A., GEVA, R., BASSAN, H., POSNER, E., KUTAI, M., MANY, A., JAFFA, A. J., HAREL, S. (2000): Six-Year Follow-Up of Children with Intrauterine Growth Retardation: Long-Term, Prospective Study. *Journal of Child Neurology*, 15(12), 781–786.
- MCCOWAN, L. M., PRYOR, J., HARDING, J. E. (2002): Perinatal predictors of neurodevelopmental outcome in small-for-gestational-age children at 18 months of age. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), 1069–1075.
- MEDLOCK, S., RAVELLI, A. C. J., TAMMINGA, P., MOL, B. W. M., ABU-HANNA, A. (2011): Prediction of mortality in very premature infants: a systematic review of prediction models. *Plos One*, 6(9), e23441.
- MEISELS, S. J., PLUNKETT, J. W. (1988): Developmental consequences of preterm birth: Are there long-term effects? In: BALTES, P. B., FEATHERMAN, D. L., LERNER, R. M. (eds): *Life-span Development and Behavior*, 9. Erlbaum, Hillsdale, NJ. 87–128.
- MUKERJI, A., SHAH, V., SHAH, P. S. (2015): Periventricular/Intraventricular Hemorrhage and neurodevelopmental outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*, 136(6), 1132–1143.
- O’CALLAGHAN, M. J., BURNS, Y., GRAY, P., HARVEY, J. M., MOHAY, H. I., ROGERS, Y., TUDEHOPE, D. I. (1995): Extremely low birth weight and control infants at 2 years corrected age: comparison of intellectual abilities, motor performance, growth and health. *Early Human Development*, 40, 115–125.

- OUNSTED, M. K., MOAR, V. A., SCOTT, A. (1989): Small-for-dates babies, gestational age, and developmental ability at 7 years. *Early Human Development*, 19, 77–86.
- PADILLA, N., JUNQUÉ, C., FIGUERAS, F., BARGALLÓ, N., ARRANZ, A., DONAIRE, A., FIGUERAS, J., GRATACOS, E. (2014): Differential vulnerability of gray matter and white matter to intrauterine growth restriction in preterm infants at 12 months corrected age. *Brain Research*, 1545, 1–11.
- PAPILE, LU-A., BURSTEIN, J., BURSTEIN, R., KOFFLER, H. (1978): Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: A study of infants with birth weights less than 1,500 gm. *The Journal of Pediatrics*, 92(4), 529–534.
- PATRA, K., GREENE, M. M., PATEL, A. L., MEIER, P. (2016): Maternal education level predicts cognitive, language, and motor outcome in preterm infants in the second year of life. *American Journal of Perinatology*, 33(8), 738–744.
- PATRA, K., WILSON-COSTELLO, D., TAYLOR, H. G., MERCURI-MINICH, N., HACK, M. (2006): Grades I–II intraventricular hemorrhage in extremely low birth weight infants: effects on neurodevelopment. *Journal of Pediatrics*, 149(2), 169–173.
- POTHARST, E., HOUTZAGER, B. A., VAN SONDEREN, L., TAMMINGA, P., KOK, J. H., LAST, B. F., VAN WASSENAER, A. G. (2011): Prediction of cognitive abilities at the age of 5 years using developmental follow-up assessment at the age of 2 and 3 years in very preterm children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(3), 240–246.
- REIS, A. B. R., DE MELLO, R. R., MORSCH, D. S., MEIKO, M. D. B. B., DA SILVA, K. S. (2012): Mental performance of very low birth weight preterm infants: assessment of stability in the first two years of life and factors associated with mental performance. *Revista Brasileira de Epidemiologia (Brazilian Journal of Epidemiology)*, 15(1), 13–24.
- RIBICZEY, N., KALMÁR, M. (2009): „Mozgó rizikó” koraszülött gyermekek fejlődésének tükrében. *Alkalmazott Pszichológia*, 9(1–2), 103–123.
- RIBICZEY, N., KALMÁR, M., TÓTH, I. (2010): Anyák és 1 éves gyerekeik interakciója játékhelyzetben – számít-e, hogy a csecsemő koraszülött volt? *Pszichológia*, 30, 43–58.
- ROBERTSON, C. M. T., ETCHES, P. C., KYLE, J. M. (1990): Eight-year school performance and growth of preterm, small for gestational age infants. *Journal of Pediatrics*, 116, 19–16.
- ROMEO, D. M., DI STEFANO, A., RICCI, D., MAZZONE, D., ROMEO, M. G., MERCURI, E. (2010): Neurodevelopmental outcome at 12 and 18 months in late preterm infants. *European Journal of Paediatric Neurology*, 14(6), 503–507.
- SAIGAL, S., HOULT, L. A., STREINER, D. A., STOSKOPF, B. L., ROSENBAUM, P. L. (2000): School difficulties in adolescence in a regional cohort of children who were extremely low birth weight. *Pediatrics*, 105, 325–331.
- SALAS, A. A., CARLO, W. A., AMBALAVANAN, N., NOLEN, T. L., STOLL, B. J., DAS, A., HIGGINS, R. D. (2016): Gestational age and birthweight for risk assessment of neurodevelopmental impairment or death in extremely preterm infants. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*.
- SANSAVINI, A., PENTIMONTI, J., JUSTICE, L., GUARINI, A., SAVINI, S., ALESSANDRONI, R., FALDELLA, G. (2014): Language, motor and cognitive development of extremely preterm

- children: Modeling individual growth trajectories over the first three years of life. *Journal of Communication Disorders*, 49, 55–68.
- SCHMIDT, B., ASZTALOS, E. V., ROBERTS, R. S., ROBERTSON, C. M. T., SAUVE, R. S., WITHFIELD, M. F. (2003): Impact of bronchopulmonary dysplasia, brain injury, and severe retinopathy on the outcome of extremely low-birth-weight infants at 18 months: results from the trial of indomethacin prophylaxis in preterms. *Journal of American Medical Association*, 289(9), 1124–1129.
- SHERLOCK, R. L., ANDERSON, P. J., DOYLE, L. W. (2005): Neurodevelopmental sequelae of intraventricular haemorrhage at 8 years of age in a regional cohort of ELBW/very preterm infants. *Early Human Development*, 81(11), 909–916.
- SINGER, L. T., SIEGEL, A. C., LEWIS, B., HAWKINS, S., YAMASHITA, T., BALEY, J. (2001): Preschool language outcomes of children with history of bronchopulmonary dysplasia and very low birth weight. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22(1), 19–26.
- SINGER, L. T., YAMASHITA, T., LILIE, L., COLIN, M., BAYLEY, J. (1997): A longitudinal study of developmental outcome of infants with bronchopulmonary dysplasia and low birth weight. *Pediatrics*, 100, 987–993.
- SKRANES, J., LØHAUGEN, G. C. C., EVENSEN, K. A. I., INDREDAVIK, M. S., HARALDSETH, O., DALE, A. M., BRUBAKK, A. M., MARTINUSSEN, M. (2012): Entorhinal cortical thinning affects perceptual and cognitive functions in adolescents born preterm with very low birth weight (VLBW). *Early Human Development*, 88, 103–109.
- SOMMER, C., URLLESBERGER, B., MAURER-FELLBAUM, U., KUTSCHERA, J., MÜLLER, W. (2007): Neurodevelopmental outcome at 2 years in 23 to 26 weeks old gestation infants. *Klinische Pädiatrie*, 219, 23–29.
- Szabó I. (2002): Kóros vajúdás és szülés. In: PAPP Z. (szerk.): *A szülészet – nőgyógyászat tankönyve, 2. kiadás*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 406–502.
- UNGERER, J. A., SIGMAN, M. (1983): Developmental lags in preterm infants from one to three years of age. *Child Development*, 54, 1217–1228.
- VÁRADI V. (2002): Az egészséges és a beteg újszülött (Neonatólógia). In: PAPP Z. (szerk.): *A szülészet – nőgyógyászat tankönyve, 2. kiadás*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 560–608.
- VEKERDY ZS., ITTÉZSNÉ NAGY B., GALLAI M., BOD M., DUBECZ D., KERÉNYINÉ SZÓLÓSI SZ., LENTE GY., SZABÓ É., CHOLNOKY ZS., LASSAN É., HOFFMAN J. (1998): A Bayley II csecsemőteszt magyarországi bevezetése. *Gyermekgyógyászat*, 5, 466–478.
- VOSS, W., NEUBAUER, A. P., WACHTENDORF, M., VERHEY, J. F., KATTNER, E. (2007): Neurodevelopmental outcome in extremely low birth weight infants: what is the minimum age for reliable developmental prognosis? *Acta Paediatrica*, 96, 342–347.
- WALSH, M. C., SZEFLER, S., DAVIS, J., ALLEN, M., VAN MARTER, L., ABMAN, S., BLACKMON, L., JOBE, A. (2006): Summary proceedings from Bronchopulmonary Dysplasia Group. *Pediatrics*, 117(3), S52–56.
- WENG, Y. H., YANG, C. Y., CHIU, Y. W. (2015): Neonatal outcomes in relation to sex differences: a national cohort survey in Taiwan. *Biology of Sex Differences*, 6(30).

XIONG, T., GONZALEZ, F., MU, D-Z. (2012): An overview of risk factors for poor neurodevelopmental outcome associated with prematurity. *World Journal of Pediatrics*, 8(4), 293–300.

MÚHELY

A DIGITÁLIS TÖRTÉNETMESÉLÉS (DST) TECHNIKÁJÁNAK ALKALMAZÁSI LEHETŐSÉGEI A MODERNKORI RABSZOLGASÁG KÖVETKEZTÉBEN TRAUMÁT SZENVEDETT TÚLÉLŐKKEL FOLYTATOTT SEGÍTŐI MUNKA KERETEIN BELÜL¹



SZEMÁN Dénes

ELTE PPK Életvezetési Tanácsadó, Pszichológiai Doktori Iskola
szeman.denes@ppk.elte.hu

SZABÓ Mónika

ELTE PPK Interkulturális Pszichológiai és Pedagógiai Intézet
szabo.monika@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

A modernkori rabszolgaság túlélői² a sorozatos bántalmazások és agresszió következtében gyakran szenvednek sorozatos traumát. A trauma feldolgozásának egyik hatékony módszere a művészetterápia, amely az utóbbi időben egyre inkább alkalmaz digitális eszközöket is a terápia folyamatában. Jelen tanulmány a digitális történetmesélés (DST) technikájának alkalmazhatóságát járja körül a traumát átélte túlélőkkel folytatott segítő munkában. Az elméleti tanulmány igyekszik a nemzetközi és személyes/hazai tapasztalatokra alapozva, a művészetterápia és a technikai médium alapú képessé tevő (empowerment) módszerek metszéspontjában elhelyezni a digitális történetmesélés módszertanát. A DST több területen nyújthat segítséget a narratívák történetté alakításának és megosztásának folyamatában, mint például az (ön)együttérzés növekedése, az önreflexió fejlődése, a megosztáson keresztüli elfogadottság érzésének élménye és a technikai tanulás, mint képessé tétel tapasztalatain keresztül. A szerzők mellett érvelnek, hogy a trauma feldolgozásának harmadik fázisában, a társadalomba való visszailleszkedés segítésében, a történetek tágabb perspektívába helyezésén keresztül segíthet

¹ A tanulmány elkészítésében nyújtott közreműködésükért köszönetünket fejezzük ki Mihalkó Viktóriának és Nagy Balázsnak.

² A szakirodalomban gyakran használt, de a passzivitásra jobban utaló áldozat kifejezés helyett mi a pozitív továbbélésre jobban mutató túlélő megfogalmazást használjuk. Ezzel az áldozatszerep stigmájával való azonosulás helyett a túlélő empowerment jelentését hangsúlyozzuk. Ahol azonban indokolt – például az egyén még nem került ki a traumatizáló helyzetből –, ott használjuk az áldozat kifejezést.

a DST a túlélők gyógyulásában. Az eredeti módszertan átdolgozásával egy hosszabb távú folyamat keretében lehetséges tehát a módszer eredményes felhasználása.

Kulcsszavak: modernkori rabszolgaság, digitális történetmesélés (DST), trauma, túlélők segítése, művészetterápia, képessé tevő (empowerment) módszerek

BEVEZETÉS

A modernkori rabszolgaság túlélői és a PTSD

A rabszolgaság intézménye még napjainkban sem szűnt meg létezni, csak bizonyos változásokon ment keresztül, és így kevésbé láthatóvá vált. Több kutatás is igazolja, hogy a rabszolgaság modernkori formái milliókat érintenek közvetlenül. A Walk Free Foundation által 2016-ban közzétett Global Slavery Index alapján a Földön megközelítőleg 45,8 millió ember él modernkori rabszolgaságban. Magyarország a vizsgált 167 ország listáján a 104. helyen áll (Global Slavery Index, 2016). A modernkori rabszolgák egy jelentős része világszerte az emberkereskedelem útján válik áldozattá. Az emberkereskedelem túlélőinek nem és kor szerinti eloszlására jellemző Közép-Európában, hogy mintegy kétharmaduk (61%) nő, ötödük (20%) férfi, illetve gyerek (19%, ebből 15% lánygyermek). Magyarország kibocsátó, tranzit- és egyben célország a nőkkel és a lányokkal szexuális kizsákmányolás céljából folytatott emberkereskedelemben (prostitúcióra való kényszerítés), és kibocsátó és tranzitország a férfiakkal és nőkkel kényszer munka céljából folytatott emberkereskedelem esetén. A hazai és nemzetközi kutatások szerint a 18 év alattiak, a nők, a migráns emberek és egyes kisebbségi csoportok, valamint a mélyszegénységben élők a rabszolgaság intézménye által leginkább veszélyeztetett csoportok (Mihalkó és mtsai, 2014).

A modernkori rabszolgaságnak – ahogyan a rabszolgaság más formáinak is – a kiszolgáltatottság az állandó eleme, amely azt az állapotot jelenti, amikor egy vagy több személy hatalmat gyakorol az áldozat felett. A fogva tartás esetén a rabszolgát fogva tartója mozgásában erőszakkal korlátozza, börtönbe veszi, emberi mivoltában megalázza, manipuláció, fenyegetés és/vagy mentális, illetve fizikális bántalmazás során kizsákmányolja. Ez az állapot tartós, tehát több egymással összefüggő esemény sorozatából áll össze. Az áldozat nem rendelkezik sem külső, sem belső (mentális) erőforrásokkal, hogy a helyzetet megváltoztassa, elmeneküljön, segítséget kérjen, vagy hogy egyáltalán felismerje, hogy segítséget kellene kérnie. A tartós bántalmazás és agresszió gyakran traumatikus vagy sorozatosan traumatikus élményekhez vezet. A túlélők a tartósan fennálló trauma megszűnte után gyakran tapasztalják, hogy továbbra is képtelenek a megváltozott körülmények ellenére megnyugodni, a traumához kötődő emlékeik, álmok elárasztják őket, mintegy újraélve az események alatt átélt félelmet és szorongást. Ezek a tünetek és élmények gyakran a poszttraumás stressz szindróma (PTSD) szorongásos zavarára utalnak, amely az életet veszélyeztető, traumatikus események következtében alakul ki. Az átélt esemény lehet baleset, környezeti katasztrófa, haláleset, rablás, szexuális visszaélés vagy akár a rabszolgaság. A rabszolgaság esetén a traumatikus élmények sorozatát éli át az áldozat, ami krónikus stressz állapotot eredményezhet. A túlélők

jellemzően igyekeznek elkerülni a traumával kapcsolatos emlékeket, érzéseket, helyeket, ingerlékenyebbek lehetnek, és gyakori a világtól való visszavonulás, melynek hátterében depressziós tünetek állnak. Minél fiatalabb korban éri a trauma az embereket, annál nagyobb a személyiségtorzulás lehetősége, amely gyakran a kognitív és érzelmi képességek visszamaradásában, pszichoszomatikus tünetekben, regresszióban mutatkoznak meg (Mihalkó és mtsai, 2014; Hildt, 2014).

A trauma fogalma és társas természete (poszttraumás növekedés)

A trauma fogalma sok változáson ment keresztül első megjelenése óta. Az egyszeri sokk trauma elképzelés mellett ma már inkább sorozatos traumáról beszélünk. Keilson (1979, idézi Vörös, 2009) a hosszan tartó, ismétlődő, masszív, egymást erősítő traumatikus hatásokat szekvenciális traumatizációnak nevezte. Korábban már Bálint (1955, idézi Vörös, 2009) és Ferenczi (1955, idézi Vörös, 2009) is szekvenciális eseményként jellemezte a traumát. Mai értelemben megkülönböztetünk negatív életeseményt, traumát, stresszt, kritikus eseményt és krízist. A fogalmi megkülönböztetés jelentős, mivel fontos diagnosztizálni, hogy az érintettek milyen helyzetben, állapotban vannak, hiszen ez befolyásolja a beavatkozás módját és irányát (erről az áttekintő táblázatot lásd az *1. mellékletben*). A pszichiátriai szakirodalom akut stressz zavarról, poszttraumás stressz zavarról és alkalmazkodási zavarról beszél, amikor a trauma témakörét érinti. Közös elemük a „trauma triád”: a hiperarousal, az emléketörések és a beszűkülés állapota.

Napjaink pszichodinamikustrauma-kutatásai, köztük Van der Kolk és munkatársai (1994, idézi Vörös, 2009) a traumát neurobiológiai szempontból értelmezték. Amellett

érvelnek, hogy a traumás esemény a normális emlékezéstől eltérő módon kerül tárolásra az agyban. Kolk szerint „a traumás emlékek nem tekinthetők deklaratív vagy narratív emlékezésnek – azaz tudatosan előhívható és verbálisan elmesélhető –, hanem inkább implicit vagy nondeklaratív memóriaafajta, amely magában foglalja a testi emlékezést, készségeket, szokásokat, reflexeket, klasszikus kondicionált válaszok formájában: és kívül esik a verbális-szemantikus-nyelvi reprezentációkon” (Vörös, 2009: 227). A traumát átélteknél a későbbiekben bármilyen – akár csak szimbolikus – kulcsingerre visszatér, illetve felelevenedik mindaz, amit a korábbi trauma kapcsán tapasztaltak. „Ezt nevezzük állapotfüggő emlékezésnek, tapasztalásnak és tanulásnak vagy taxonmemóriának. Rendszerint nem az eredeti trauma emléke tér vissza, hanem az a bizonyos zsigeri, érzelmi, indulati zaklatottsággal járó állapot, mely az eredeti traumát kísérte” (Vörös, 2009: 229). Éppen ezért a trauma kezelésében a nem verbális csatornákra építő módszereknek kiemelt szerepe van.

Ugyanakkor nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy a trauma a személyes tragédia mellett mindig társas csapás is. Ahogy Ferenczi Sándor (1933, idézi Vörös, 2009) hangsúlyozta, minden lelki történés emberi kapcsolatokba ágyazott, ezáltal az intrapszichés dimenzió mellett a szociális kapcsolatokba is integrált. Ferenczi szerint a trauma nem akkor jön létre, amikor valaki elsenvedí az eseményt, hanem amikor ezt a többiek meg nem értéssel fogadják, vagyis tagadják azt. A traumatizáltnak így a pszichés megterhelés mellett gyakran a történet mások általi tagadása, el nem fogadása, mintegy hiteltelenítése a legnehezebb. „A traumatizált emberek beszédképtelensége nem pusztán az ő traumatizáltságuk következménye, sokkal

inkább a többiek azon szükségletéből fakad, hogy ők elfelejthessék a történeteket, és ne kelljen törődniük azzal a fájdalommal, mely abból ered, hogy erőszakot elszenvedett emberekkel találkoznak.” (Gabrielle, 2013: 230) Buda Béla (1997) szerint az „igazi” trauma valószínűleg teljesen szociális természetű. A traumatikus élmény szerteágazóan és hosszú távon hat károsítóan az életfolyamatra. Leginkább az identitásra hat, amely mélyen érinti az egyén összes szelf (Selbs) aspektusát az egyénitől a társasig. Ennek következtében a trauma az identitásszerveződés károsodása. Ezért is elengedhetetlen, hogy a (kognitív) feldolgozás segítségével a társas környezet lehetőséget biztosítson az egyénnek az önfeltárássra, azaz a történetekkel kapcsolatos gondolatok, érzések megosztására (Tedeschi és Calhoun, 2004a, 2005, idézi Tanyi, 2015). A traumával való megküzdés részint járhat a korábbi egyensúly helyreállításával, amikor az egyén visszaszerzi a kontrollt saját élete felett. Számos esetben azonban ennél több is történik, előfordulhat, hogy az egyének képessé válnak a trauma következtében önmagukat meghaladó módon új személyiségfejllettségi szintet elérni. Képesek továbblépni, rugalmassá válnak, és nemcsak hogy nem betegszenek bele az átélt traumába, de még gyarapodnak is utána mind érzelmileg, mind szellemileg. Ez a folyamat az úgynevezett pozitív transzformáció, amely a traumatikus eseménnyel szembeni (érzelmi és kognitív) megküzdés során, mint poszttraumatikus növekedés (PTN) jelentkezik (Vörös, 2009). Ahogy fentebb írtuk, a traumatizált PTN-átélése szempontjából rendkívüli jelentőséggel bíró tényező, hogy a személy számára jelentős emberek hogyan reagálnak a traumával kapcsolatos önfeltárássra. Kulcsár és munkatársai (2006) a poszttraumás növekedés feltételeit is az összetartozási szükségletből,

azaz a társas, proszociális tényezőkből vezetik le, az önközpontúságot meghaladó, az én határait kiterjesztő, az empátiától elválaszthatatlan élményekben ismerik fel.

A PTN modelljei közül Tedeschi és Calhoun funkcionális-leíró modellje mutatja be legjobban a jelenség működését. Három összefüggő tényező: a kognitív feldolgozás, a trauma indukálta stressz és a sémaszétválasztás képezik a jelenség alapját. Alaphipotézisük szerint olyan naivisztikus, pozitív irányba torzított „alapvető feltevésekkel”, sémákkal bírnak a világra vonatkozóan, amely sémák nem tartalmazzák a szerencsétlenségek bekövetkezésének lehetőségét (Janoff-Bulman, 1992, idézi Tanyi, 2015). A váratlan, súlyos és az egyén megküzdőkapacitását meghaladó életesemények azonban megkérdőjelezhetik az egyén önmagára és másokra vonatkozó azon alapfelvetéseinek érvényességét, amelyeket korábban a világban történő események értelmezésére használt. A traumatizáltak a korábbi, pozitív irányba torzított sémáik és a traumatikus esemény(ek) közötti feszültségre reagálva olyan traumanarratívumot alakítanak ki, amely kettéválasztja életüket egy trauma előtti és egy trauma utáni időszakra. Ez jelentős distresszel jár, ami a PTN tüzelőanyaga lehet. Az alkalmazkodás olyan kognitív feldolgozást igényel, amelynek eredménye az alapfeltevések átalakulása. A kezdetben automatikus, betolakodó gondolatokat és képeket (intruzív rumináció) később felváltják a szándékos, a gászfolyamathoz tartozó (repetitív rumináció) okkeresés és szándékos emlékezés. A trauma előtti célok és életfilozófia elengedése teremti lehetőséget az új célok, valamint az új, revideált világnézet megkonstruálására. A trauma okozta lélektani krízissel történő megküzdés emellett az élettörténet átépítéséhez, revíziójához vezet, továbbá növeli a kritikus

helyzetekkel kapcsolatos teherbíró képességet (Tedeschi és Calhoun, 2004a, 2004b, idézi Tanyi, 2015).

Összefoglalva elmondható, hogy a korábbi egyszeri trauma koncepciót a szakirodalomban egyre inkább felváltja a sorozatos trauma elképzelés, amely a modernkori rab-szolgátság túlélőinek esetében különösen jellemző lehet. A trauma individuális természete mellett elengedhetetlenül társas jelenség is. A közösség reakciója komolyan befolyásolja a trauma túlélőinek felépülési folyamatát. A hitelesítő és elfogadó, befogadó légkör megteremtése a trauma következtében szétesett világvélemény kognitív újraalkotását és a személyes narratíva átalakítását, ezzel lehetőséget teremtve a poszttraumás növekedésre.

A trauma terápiájá

A trauma terápiájának folyamata három szakaszra osztható. Az első szakasz feladata a biztonság megteremtése. A második szakasz fő feladata az emlékezés és a gyász. A harmadik szakasz feladata a mindennapi életbe történő visszakapcsolódás, a trauma tágabb kontextusba helyezése. A sikeres gyógyulásban fokozatos haladás figyelhető meg: „a kiszámíthatatlan veszélyből stabil biztonság, a disszociált traumából elismert emlék, a megbélyegzett elszigeteltségből pedig megújult társas kapcsolatrendszer lesz” (Herman, 2003: 188–189). A trauma feldolgozásának fontos feladata a traumatikus emlékek feletti kontroll megszerzése. Az emlékezés folyamata azonban kellő körültekintést igényel. Miközben a túlélő felszínre hozza emlékeit, folyamatosan figyelnie kell a biztonság megőrzésének szükséglete és a múlttal való szembenézés szükséglete közötti egyensúlyra. A traumatikus emlékek elkerülése beszűküléshez vezethet, a túl gyors feltárás azonban

a traumatikus emlékek kártékony újraélését okozhatja. Ennek finom egyensúlyát kell megtalálnia páciensnek és terapeutának, egy biztonságos kapcsolat keretében.

A túlélőket segítő első feladata minden esetben a túlélő valós igényeinek és szükségleteinek felbecsülése, majd ehhez igazodva kell a túlélőt megfelelő segítségben részesíteni, a megfelelő segítségnyújtási formákat felajánlani számára. A túlélők esetében általában sérül a biztonságigény, hiszen a traumatikus esemény során nem volt lehetőségük azok kontrollálására. A kontrollhiány fontos összetevője a biztonságérzetnek. Sérül az alapvető bizalom is, egyrészt önmagukban, hogy nem voltak képesek kontrollálni az eseményeket, másrészt másokban: hiszen kárt vagy veszteséget okoztak nekik, harmadrészt a világban, miszerint az nem biztonságos hely, nem jó emberek vannak benne és nem védte meg őket senki. A veszteségélmény ereje és minősége egyaránt függ objektív és szubjektív tényezőktől. Függ magától a konkrét veszteségtől és attól, hogy annak milyen szubjektív jelentőséget tulajdonít a túlélő. Hasonló módon változók az érzések is, sokféle érzelmi reakció jelentkezhet. A leggyakoribbak a félelem, a szorongás, a düh (nyílt vagy rejtett formában), a kiszolgáltatottság, a tehetetlenség, a büntudat (gyakran együtt jár a túlélő hibáztatásával, vö. áldozathibáztatás), a szégyen, a szomorúság és a reményvesztettség. Ezek következtében a túlélő gyakran magára marad, a szégyen és a büntudat miatt nem mer segítséget kérni, és visszahúzódik, elszigetelődik.

A fentiekből kirajzolódik, hogy a túlélőknek kétféle segítségre van szüksége. Egyik oldalról pszichológiai segítségre, lelki támogatásra, másrészt gyakorlati segítségre, megfelelő tájékoztatásra és felvilágosításra, esetleg anyagi támogatásra.

Minden túlélő nagyon fontos igénye a tiszteletteljes bánásmód, elfogadás és tapintat a segítők részéről. A túlélőt meg kell hallgatni, hagyni kell, hogy érzéseit szabadon kifejezhesse, lehetőséget kell neki adni, hogy megélhesse a kontrollt (Veisz, 2013).

1. táblázat. A túlélők jellemzői és igényei

Túlélők jellemzői	Túlélők igényei
Fokozott bizalomvesztés	Elfogadás, tapintat
Bűntudat	Bűntudatcsökkentés
Szorongás	Biztonság
Izolálódás	Támogató háló
Elfojtott indulatok	Düh kifejezése
Kontrollvesztés	Fokozott kontroll
Megrendült világkép	Közösségi jóvátétel

A traumatörténet rekonstrukciója a páciens traumát megelőző életének és a traumatikus eseményhez vezető előzmények áttekintésével kezdődik. Danieli (idézi Herman, 2003) különösen fontosnak tartja, hogy a páciens nyíltan magáénak ismerje el korábbi élettörténetét annak érdekében, hogy élete „folyamatát újraalkossa, és visszaálljon a múlttal való folyamatosság érzése” (Herman, 2003: 212). A traumatörténet átalakításának különféle terápiás technikái egymástól függetlenül alakultak ki, az átélt trauma jellemzői szerint. Ezek közül két fontos technika a „közvetlen kitévés”, vagy más néven elárasztás, amelyet háborús veteránok kezelésénél alkalmaznak, illetve a „formális tanúságtétel” (testimony), amelyet kínzások túlélőinél szoktak alkalmazni. Mindkét módszer az írást és a narratív elemeket is használja a kezelés során. Az elárasztásos módszer (12–14 ülés) esetén forgatókönyv készül a traumatikus eseményekről és az emlékek nehézségéről, majd a terapeutával közös felidézés, az emlékekkel való „elárasztás” történik immár védett, önrelaxált állapotban. Ez a technika számos közös vo-

nást mutat a tanúságtétel módszerével. Agger és Jensen (idézi Herman, 2003) módszere esetében a terápiás üléseken (12–20 ülés) elhangzó beszélgetést először magnóra veszik, majd tanúságtételként a páciens hangosan felolvassa azt, ezután aláírásával közösen is hitelesítik. Mindkét modell a páciens és a terapeuta aktív közreműködését igényli, és mindkettő célja egy részletes, írott traumánarratívum elkészítése. A megírt narratívumot mindkét fél hivatalos dokumentumként, tisztelettel kezeli. Ezenkívül mindkét technika az elbeszélés szerkezetét használja, hogy a páciens egy biztonságos kapcsolaton belül intenzíven újraélhesse a traumatikus eseményt. A két módszer terápiás hatásai is hasonlóak, és különösen hatékonynak bizonyultak a rettegés utóhatásainak csillapítását illetően. Úgy tűnik tehát, hogy a történetmesélés aktusa egy terápiás kapcsolat védett terében csakugyan képes változást előidézni a traumás emlékek abnormalis feldolgozásában. Az emlékek ilyen átalakítása a poszttraumás stressz zavar számos fő tünetének enyhülését vonja maga után. Ugyanakkor a fenti intenzív terápiás technikáknak is vannak bizonyos korlátai. Míg az emléketörésses és hiperarousal-es tünetek (például álmatlanság, szorongás, ingerlékenység) az elárasztást követően javulni látszanak, addig a tompultság és a társas szférából való visszahúzódás tünetei mit sem változnak. A trauma rekonstrukciója önmagában nem foglalkozik a traumatikus esemény társadalmi, illetve kapcsolati vetületével. A rekonstrukció tehát a gyógyulási folyamat szükséges, de nem elégséges része.

A hosszan tartó, ismételt bántalmazás túlélőinél a traumatörténet összeállítására még bonyolultabb feladat. A konkrét, egyszeri traumatikus események megközelítésére hatékonyan használható technikák nem mindig

működnek krónikus bántalmazás esetében (különösen komoly emlékezetkiesések esetén). A teljes történet rekonstrukciójához szükséges átlagos 12–20 alkalmat jóval túlélik az ilyen esetek. Számos nagycsoportos vagy bennfekvéses „csomagprogramok” gyakran azzal az irreális ígérettel fogják meg a túlélőket, hogy valamilyen „villámmódszerrel” fogják meggyógyítani őket. Ahogy ezt Hermann (2003: 219–221) kifejti: „Azok a programok, amelyek az integrációhoz szükséges tágabb kontextus nélkül, gyorsan akarják feltárni a traumás emlékeket, nemcsak szakmailag felelőtlenek, hanem potenciálisan veszélyesek is, mivel egyedül hagyják a páciens a feltárt emlékekkel, miközben nincsenek megfelelő eszközei, hogy úrrá legyen rajtuk”. A trauma feldolgozásának időtartama így mindig egyéni, a páciens és terapeuta ritmusától függ, mivel a gyászfolyamatot sem elkerülni, sem siettetni nem lehet.

Harvey (idézi Herman, 2003) szerint a sikeres traumafeldolgozásnak hét kritériuma van. Az első, hogy a poszttraumás stressz zavar testi tüneteit sikerült kezelhető keretek közé szorítani. A második szerint a személy el tudja viselni a traumatikus emlékekhez kapcsolódó érzéseit. A harmadik, hogy a személy képes kontrollt gyakorolni az emlékezete felett, vagyis képes tudatosan eldönteni, hogy akar-e a traumára gondolni, vagy inkább félre kívánja tenni az emlékeket. A negyedik során a traumatikus élmény emléke érzésekkel kibővült, koherens narratívumot alkot. Az ötödik kritérium, hogy a személy sérült önbecsülése helyreállt. A hatodik, hogy ismét visszaállnak a személy életében fontosnak számító emberi kapcsolatok. És végül a hetedik feltétel, hogy a személynek sikerül olyan koherens értelmezési és hiedelemrendszer kialakítania, amelybe a trauma története szervesen illeszkedik.

A legtöbb túlélő a traumatikus esemény feloldását a magánélete keretein belül keresi, azonban vannak olyan személyek, akiket a trauma arra készítet, hogy a tágabb világgal is megosszák azt. Ők azok, akik azzal keresnek és találnak értelmet a történetüknek, és helyezik azt tágabb kontextusba, hogy valamilyen közösségi, politikai vagy vallási dimenziót fedeznek fel benne, amivel személyes történetüket a társadalmi cselekvés szintjére transzformálják. Ez számos formát ölthet, a konkrét emberekkel való munkától, az elvont intellektuális célokra keresztül a közösségi munkáig. Mindezen erőfeszítések célja a közfigyelem felébresztése. „A túlélők tisztában vannak vele, hogy a borzalmak kizárása a tudatból természetes emberi reakció. Ám azzal is tisztában vannak, hogy akik elfelejtik a múltat, azok a múlt megismétlésére ítéltetnek. Ezért minden társadalmi cselekvés közös nevezője az igazság nyilvánosság elé tárása” (Herman, 2003: 248–249).

Összefoglalva, a trauma feldolgozásához elengedhetetlenül szükséges egy biztonságos és elmélyült terápiás kapcsolat, amiben kontrollált körülmények között élhető(ek) újra és dolgozható(ak) át a traumatikus élmény(ek). A traumafeldolgozásnak két fejlett módszertana is a narratívumokat használja a terápiás élmény átstrukturálására, azonban a trauma tágabb társadalmi és kapcsolati vetületével ezek nem foglalkoznak. A rövid (12–20 üléses) technikák többsége krónikus bántalmazás esetén – mint amit a modernkori rabszolgaság túlélői is átélnek – nem bizonyulnak hatékonyak, mivel nem hagynak elég időt a feljövő emlékek kontrollált átdolgozására. A sikeres traumafeldolgozásnak hét kritériuma van, amely magában foglalja a trauma (traumák) történetének tágabb, koherens értelmezési keretbe illesztését. Ennek része lehet a traumatikus élmény társadalmi cselekvésbe

fordítása, amely az igazság külvilág felé való elbeszélését is jelenti.

A trauma művészetterápiás megközelítése

A művészetterápiát hazai viszonyok között általában más, akkreditált terápiás eljárásokkal (mint dinamikus pszichoterápia, kognitív viselkedésterápia stb.) kombinálják. Nemzetközi keretek között azonban széles körben használt, önálló terápiás eljárásnak is tekinthető. A művészetterápiának számos ága van, azonban közös elem, hogy a kliensek általában bizonyos tárgyakkal vagy eszközökkel manipulálnak, miközben egy új módon gondolkodnak a problémáikról. Egy érzés vagy konfliktus ceruzarajzként, kollázként vagy gyurmaszoborként való megjelenítése szó szerint lehetőséget teremt arra, hogy a kliensek a problémát minden oldalról meg tudják vizsgálni. A másik emberhez való közelebb kerülést továbbá segítik a művészetek; a képi, a zenei, a vizuális, a megfogható háromdimenziós tárgyi alkotások. A művészetterápiák során az alkotás, az alkotó folyamat az, amit a gyógyítás érdekében felhasználnak. A művészetek valamennyi ága azt a lehetőséget adja meg, hogy a mindennapos és esetenként könnyen értelmezhető verbális kommunikációs rendszer mellett a nonverbális értelmezéseket is beépíthetővé teszi a terápiás folyamatba. A művészet gyógyító tevékenységbe való hatékony belépése két nagyobb irányzatot alakított ki: a művészeti terápiákat és a művészeti pszichoterápiákat. Az előbbieket a művészeti alkotóformákat használják a mélyebb önismeret és az önkifejezés támogatására, ezzel mélyebb belátást biztosítanak a lelki folyamatokba (lásd art brut). A művészeti pszichoterápiák különböző művészeti alkotási folyamatokat építenek be a jól körülhatárolt pszichoterápiás, gyógyító eljárásokba (Antalfai, 2007). A kutatások azt

bizonyítják, hogy a művészetterápia egy kiváló eszköz, mivel képes támogatni a viselkedés változását és az érzések csökkenését, növeli a belátást és az interperszonális képességeket, fenntartja az öntudatosságot, reflektál a valóságra, segít leépíteni a védekezést, növeli az önbecsülést és az önbizalmat, továbbá katartikus (Cohen, 2012).

A művészet-pszichoterápia a műalkotás szimbolikájában, a terápiás kapcsolatokban és az élményátadások folyamatában nyilvánul meg (Trixler, 1996, idézi Pető, 1997). A művészet-pszichoterápia hatásmechanizmusai a ventiláció, a katarzis, a feszültségoldás, az önkifejezés, a komplexus megjelenítése, az önismeret, a tudat fejlesztése, a szocializáció és a közösségi érzés fejlesztése. Az alkotó jellegű kreativitás nagymértékben épül a játékra, játékoságra. A művészi tevékenység éppen a játékoságánál fogva önjutalmazó hatású. Halász (idézi Antalfai, 2007: 290–291) kiemeli az „önjutalmazásnak, mint nélkülözhetetlen motivációs feltételnek a szerepét bármiféle művészeti tevékenységben”. Az önjutalmazás pedig fontos szerepet tölt be több pszichés betegség, közülük is elsősorban a depresszió, a szorongás, a kényszer és a pánikbetegség gyógyulásában, hiszen azok tüneteinek hátterében ott találjuk a kisebbrendűségi érzést, a negatív önértékelést, a fokozott büntudatot és az önbüntető tendenciákat (Antalfai, 2007).

Habár a művészetterápia alapvetően pszichoanalitikus gyökerű, számos más terápiás módszer is használja bizonyos elemeit a terápiás munkában. Ezek közül két módszer az, amely előszeretettel él a művészetterápia nyújtotta képi és narratív eszközökkel. Alapvetően a művészetterápia gyakran az érzelmi élményre fókuszál, néhány terapeuta (például Camic, 1999) kognitív elemekkel integrálja a gyerekekkel és felnőttekkel való

munkájában. A képek használata a kognitív-viselkedéses technikákkal növeli a beavatkozás hatékonyságát. A kognitív-viselkedéses terápia használata képekkel kiegészítve (nyelvi és képi technikák) segítenek a klienseknek felszámolni a negatív gondolatokat és a negatív önbeszédet. Miközben a kognitív-viselkedésterápia tradicionálisan verbális modalitást használ a változás elérésére, a képekkel való munka kiegészítheti a tradicionális módszert, lehetőséget adva a terapeutáknak, hogy a vizuális kommunikáción keresztül (képek készítése a negatív érzésekről, stresszorokról, a megküzdésről) növeljék a terápia hatékonyságát. A képekkel való munka a terápián belül lehetőséget kínál a klienseknek, hogy kreatív vizuális stratégiákat alkossanak a változás eléréséhez, a képekhez kötött házi feladatok bátorítják őket a mélyebb részvételre, a technikák ötvözése pedig segíti a szelf pozitív megélését (Malchiodi, 2003).

A narratív terápia (White és Epston, 1990) magában foglal sok intervenciótechnikát, így művészetterápiás elemeket is tartalmazhat. A narratív terápia fő célja, hogy segítsen a klienseknek problémáik externalizálásában (White 1989, White és Epston, 1990), tehát abban, hogy elválasszák saját magukat a problémájuktól. Így a narratív terápia lényege, hogy „a probléma az igazi probléma, nem a személy önmaga”. Amikor ugyanis az egyén azt hiszi, hogy a problémája ő maga, akkor nehezzé válik az egyénen belül megtalálni a megoldás forrását. A probléma elválasztása a személytől lehetőséget teremt a terapeuta és a kliens számára is, hogy megszabadulva a bénító szégyentől, képesek legyenek a megoldásra fókuszálni. Bár a narratív terápia elsősorban verbális technika – történetmesélés és levelek –, de a művészetterápiás elemek használata (mint rajzolás, festés, kollázs készítése, fényképezés, videó)

szó szerint láthatóvá teszik a problémát, miközben eltávolítják azt az egyéntől magától. A kihelyezés (externalizáció) vizuális módjai különösen hasznosak gyerekek esetében, akiknél a verbális kommunikációs kapacitás még kevésbé érett. Az externalizáció vizuális módja fizikailag teszi láthatóvá azt, hogyan is érznek a személyek a problémával kapcsolatban, miközben lehetőséget teremt számukra, hogy új jelentést adjanak és át dolgozzák a képeket egy új történetté (Freeman és mtsai, 1997, idézi Malchiodi, 2003).

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a művészetterápiák lehetőséget teremtenek a mélyben lakozó, tudattalan tartalmak megjelenítésére, eszközt kínálnak az önkifejezésre, amely növelni tudja az illető önbecsülését, kontrollt biztosít az érzelmek és az élmények felett, továbbá lehetővé teszi a kapcsolódást másokhoz. Számos más terápiás módszertannel jól kombinálhatók, a kognitív és viselkedéses terápiaik esetében szemmel láthatóvá teszik a kognitív és érzelmi tartalmakat, a narratív terápiaikkal kombinálva pedig a probléma externalizációját, a személyiségtől való elválasztását segítik.

Digitális technikák használata a művészetterápiában

Napjainkban a művészetterápiás gyakorlat és kutatás egyre inkább összekapcsolódott a digitális médiával, kreatív tartalmakat, professzionális eszközöket, közösségi dialógusokat létrehozva, és reflektív kérdéseket megfogalmazva. A művészetterapeuták ma már kutatás tárgyává teszik azt is, hogy a fejlődő technológia és a különféle programok hogyan fejleszthetik a művészetterápiában részt vevő kliensek kommunikációs és önkifejező képességeit. A művészetterápiás szakirodalom foglalkozik a digitális média integrációjával, leíró esettanulmányokon keresztül

mutatva be, hogy a művészetterápiához kapcsolódó technológiának milyen érzelmi, viselkedéses és kognitív hatása van a terápiás folyamatra. A digitális technikák használata leginkább az analóg és digitális videó és a fényképezés köré összpontosul (Carlton, 2014).

A digitális technikákat használó művészetterápiában a fotón és videón keresztül személyes és csoportos narratívák alkotásának folyamata mint résztéma bukkan fel. A történetmesélés magában foglalja a múlt, a jelen és a jövő tapasztalatait, amelyek traumatizáló estében közvetlenül nem mint emlékek ismerhetők fel. Carlton (2012) szerint a digitális kép és/vagy videó készítésének érzelmi tapasztalása hozzáférést jelent a memóriához. A képek és videók szerkesztésére mint „tükröző memóriára” (mirror memory) tekinthetünk. Carlton (2012) úgy véli, hogy a videó- és képszerkesztő szoftverek használata segítheti a klienseket, hogy csökkentsek a visszatérő (flashback) emlékek hatását azáltal, hogy a képek és a videóanyagok alkotása közben összekötik, átnézik, megvágják, törlik és manipulálják az emlékeiket. A kliensek emellett a videó- és képszerkesztő szoftverek ellenőrzésén keresztül biztonságos és kontrollélményt adó pozícióba kerülnek azzal, hogy ők kapcsolhatják be és ki a traumatikus emlékek áramlását. Ennek a kontrollnak a megszerzése pedig, ahogy korábban láttuk, elengedhetetlen feltétele a traumából való gyógyulásnak. A kontroll biztosítja, hogy a kliensek biztonságos keretek között kerüljenek újra és újra kapcsolatba a történet anyagával, amely csökkenti a hozzáférhetőség nehézségét (Carlton, 2014).

A videóterápia a kamerát mint eszközt használja, amely azonban más művészetterápiás alkotóelemekkel is kombinálható, úgy mint a fényképezés, az írás, a rajzolás, a fes-

tés, a zene és a dráma (Cohen, 2012). A szakirodalom jobbra a videó mint terápiás eszköz használatára fókuszál. Főként azt vizsgálja, hogy a videóterápiának milyen szerepe lehet a gyógyító folyamatban, kombinálva más terápiás eszközökkel. A videó mint terápia (önmagában) (Weiser, 1999), vagy annak technikai elemei elsősorban személyes vagy nyilvános filmeket vagy videótartalmat használnak a terápián belül annak érdekében, hogy vitára, illetve közös gondolkodásra sarkalljanak. A fókusz a „videó-mint-terápia” technikákon van, amelyek mint kliensközpontú alkotások az áttekintésen (reviewing) és visszajátszáson, a videószerkesztésen és -manipuláláson keresztül a személyes történetmesélésben és az önfejlesztésben (self-development) használhatók (Ehinger, 2009; McNiff és Cook, 1975; Mosinski, 2007, 2010; Weiser, 2001, idézi Carlton, 2014). Így az egyén nemcsak filmeket csinálhat, hanem publikálhatja azokat a weben is, így megoszthatja azt másokkal, és csatlakozhat más emberekhez. Mosinski (2007, 2010, idézi Carlton, 2014) csoporthelyzetben használta és kombinálta a digitális videóművészetet és az aktivizmust. Egy 7 hónapos, 9 résztvevővel megvalósuló projektben olyan felnőttekkel dolgozott, akik orvosi, fizikai és érzelmi területeken voltak érintettek az AIDS/HIV betegséggel kapcsolatosan.

A videós történetmesélés célja az, hogy normalizálja (érvényessé tegye) a tapasztalatokat és az érzéseket, és hangsúlyozza a média hatalmi, együttműködésre építő és kontrollfolyamatait. Mosinski (2010, idézi Carlton, 2014) leírja, hogy a videóprojekt hogyan szervezi a személyes történetek struktúráját és a terápiás csoportfolyamatokat. A csoportos, kézzelfogható tervező-, rögzítő- és szerkesztőfolyamatok lehetővé teszik a kliensek számára, hogy alakítsák a tartalmat,

aktívak legyenek és új viselkedéseket próbáljanak ki (Mosinski, 2010, idézi Carlton, 2014). A hosszú távú eredmények között szerepel a képesség tétel, a csökkent distressz, a növekvő tudatosság, az erősödő kommunikáció, a „katarzis” és a „reflektív távolság” a személyes és traumatikus történetektől (Mosinski, 2010, idézi Carlton, 2014). Az empowermentnek továbbá része a self-empowerment, amely olyan eszközöket jelöl, amelyekkel az egyének és csoportok saját erőből szerephetik meg az irányítást saját életük felett (Berez és mtsai, 2012). Számos válfaja ismert az empowerment technikáknak, melyek közös vonása, hogy a kutatás és a beavatkozás passzív szereplőiből aktív cselekvőként vonják be az érintetteket saját életük alakításába.

Mosinski (2010, idézi Carlton, 2014) különös figyelmet szentel a többször visszajátszott videók terápiás hatásának, amely a visszajelzésen keresztül teszi lehetővé a résztvevők számára azt, hogy deszenzitizálják a történeteiket, továbbá hogy önmagukat és a tartalmakat különböző módokon is látni tudják. Ezek a videós tapasztalatok az önmegfigyelés érzelmi kettősségére hívják fel a figyelmet, és lehetővé teszik az érzelmi tartalom és reflektív tanulás folyamatát, továbbá a technikai tudásszerzés mint empowerment megjelenését (McNiff, 1981, idézi Carlton, 2014). O'Rourke (2001), illetve Chin és munkatársai (1980, idézi Carlton, 2014) azt találták, hogy a videokamera használata segíti a traumához kapcsolódó depressziós tünetek enyhítését, és elősegíti az önértékelés és szelf-autonómiájának érzését. Mosinski (2010) és Ehinger (2009, idézi Carlton, 2014) továbbá megemlítik, hogy a videó terápiás használata a pozitív csoport-együttműködés, a többszörös identitások felfedezése, a növekvő motiváció és a szelf feletti hatalom (self-mastery)

növekedésének előnyével jár (Carlton, 2014). Rachel O'Rourke (2001, idézi Cohen, 2012) művész és terapeuta szerint a videokamera használata segít megküzdeni a traumával, mert bátorítja a kreatív önkifejezést. Trauma és PTSD esetén a videóterápia továbbá segíthet enyhíteni a traumával kapcsolatban lévő depressziós szimptomákat. O'Rourke (idézi Cohen, 2012) szerint, miatt a kliensek (saját praxisában gyerekek) megtanulják a videóképzítés alapjait, a trauma tüneteinek csökkenését tapasztalják azáltal, hogy másokkal, új eszközökkel és tapasztalatokkal kerülnek kapcsolatba. Ray Chine és munkatársai (1980, idézi Cohen, 2012) videóterápia technikájával dolgozva egy csoport 17 és 19 éves, iskolájukból eltanácsolt fiatal önértékelésének és önbizalomszintjének emelkedését tapasztalták (Cohen, 2012).

A videóterápia magában foglal különböző művészetterápiás elemeket, mint a festészet, a rajzolás és más (fine art) művészeti ágak, vagy akár a drámaterápia. A videóterápiában a verbalitás is fontos a kapcsolat kiépítésének fázisában, és a kliens önmagával való empátiás kapcsolatának (self-empathy) kialakításában kifejezetten hatékony (Cohen, 2007, idézi Cohen, 2012). Furman (1990, idézi Cohen, 2012) rámutatott, hogy a visszajelzésre használt videóterápia lehetővé teszi a klienseknek, hogy reflektáljanak korábbi interakcióikra, amely csökkenti a terápiás áttételt és az ellenállást azáltal, hogy megragadhatóvá teszi a kliens és terapeuta közt zajló dinamikus érzelmi és viselkedési folyamatot.

A történetmesélést használó videóterápiák egyik fontos eleme a forgatókönyv- vagy szkriptírás. Sanousi (2004, idézi Cohen, 2012) szerint az írás egy hasznos útja annak, hogy a gondolatok és érzések szavakba öntve

váljanak terápiás eszközzé. Különböző típusú írások használatosak a terápiában. A naplóírás a rejtett érzésekre és a szelf kifejezésére fókuszál. További típusai a levélírás, a történetírás és a versírás. A kifejező írás (expressive writing) terápiás hatása, hogy a kliensek képesek lesznek szavakba önteni emlékeiket és érzéseiket. A módszer továbbá segít a klienseknek megküzdni a depresszióval, a PTSD-vel és a fájdalomtünetekkel (pain symptoms). Koopman és munkatársai (2005) azt találták, hogy a kifejező írás a depresszió csökkenéséhez vezethet még akkor is, ha a trauma túlélője nem tud hatékonyan megküzdni a PTSD- vagy a fájdalomtünetekkel.

Összefoglalva, a művészetterápiákban egyre inkább megjelenik a digitális technikák használata, és bár a terület még gyerekcipőben jár, a digitális technológia számos ponton beépült a terápiás munkába. Elsősorban a fényképre/fényképezésre és a videókészítésre vonatkozó tapasztalatok elérhetőek, és ezek alapján úgy tűnik, az ilyen technikákat alkalmazó művészetterápiás eljárások növelik a kliensek önbizalmát, önértékelését, szelfautonómiáját és fejlesztik az önmagukra vonatkozó empátia (self-empathy) képességét, és növelik a terápiában maradás esélyét. A traumatizáltak a videó- és képszerkesztő programok használatán keresztül kontrollt gyakorolhatnak a traumás emlék(betörés)ek felett, a módszer növeli a reflektív tudatosságot és a személyes történetmesélésen keresztül csökkenti a distresszt.

A DIGITÁLIS TÖRTÉNETMESÉLÉS (DST) MÓDSZER BEMUTATÁSA

A digitális történetmesélés egy olyan módszer, amely segít önmagunkra, a történetünkre koncentrálni, szavakba önteni, dramatizálni és fényképek segítségével mások számára is elmesélni azt. A DST lehetőséget ad a résztvevőknek, hogy jobban megismerjék önmagukat, más oldalukról egymást. Fejleszti a kreativitást és az önkifejezést. A műhelymunka során megszerzett ismeretek további hasznosításának csak a résztvevők fantáziája szab határt. Gyakori felhasználási területei az oktatás (formális, non-formális): digitális, szociális, nyelvi, esztétikai-művészeti tudatosságra és kifejezőképességre irányuló kompetenciafejlesztés, művészeti képzés, múzeumpedagógia, közösségépítés, helytörténet, társadalmi kutatás, emlékezetkutatás (oral history), egészségfejlesztés, nemzetközi fejlesztés, üzleti szféra, társadalmi felelősségvállalás, önismeret és kreativitás fejlesztése. A DST segítségével a mesélő személyes élményét dolgozza fel a fényképei segítségével. A folyamat végeredménye egy saját hanggal kísért, személyes képekre épülő, multimédiás eszközöket használó (képeket, hangot, videót, zenét, hangokat és/vagy animációkat) kisfilm, amely egyaránt a mesélőnek és egy elképzelt és/vagy konkrét közönségnek szól.³

A digitális történet három fő elemből áll: a történet, a multimédia és egy számítógép. A történet autobiografikus, egyes szám első személyben elmesélt, és egy – történetmesélő által fontosnak tartott – esemény köré épül. A történetmesélők általában írnak egy forgatókönyvet/szkriptet, amely a történet vázát

³ Bővebben lásd: www.storycenter.hu.

tartalmazza. Az első fázisban a szkript mellett a saját reflexiók és a jelentés árnyalásához szükséges médiaforrások egymást erősítő kapcsolatának átgondolása zajlik. Az egyéni emlékek elindíthatják bizonyos képek választását, vagy fordítva. A multimédiás aspektus lehetővé teszi a történetmesélők számára, hogy kiválasszák önmaguk kifejezésének médiaformátumát. A digitális történet nemcsak szavakkal, hanem zenével, fotókkal, videókkal, stock képekkel, szöveggel és hangokkal is elmondható. A DST-nek fontos eleme a személyesség, ezért a módszer személyes „tárgyak” (családi fényképek, családi videók, személyes levelek stb.) köré épül. Míg a különböző médiaformátum használata megnyitja az önkifejezés lehetőségét, addig a számítógép használata a manipuláción keresztül az összeillesztés eszköze. A számítógép (videó- és képszerkesztő programok) lehetővé teszi a történetmesélőnek, hogy manipulálja és kombinálja a médiumokat, az effekteket, mixelje a zenét és a hangot, vagy animációt készítsen. Mivel az elkészítés módja digitális, számos lehetőség van a végeredmény – a kisfilm – megosztására. A történet lehet privát vagy nyilvános, ahogy a történetmesélő akarja. A digitális történet elkészítésének folyamata általában 20–22 órás munkafolyamat, amely igazodik a célcsoport igényeihez. Bizonyos elemek azonban közősek, és viszonylag kötöttek az eltérő hosszúságú foglalkozásokon is.

Egy workshop lehetséges forgatókönyvére tartalmaz példát a 2. *melléklet*. Az elkészült kisfilm megosztása az egyik legfontosabb eleme a módszernek. A folyamat bármely pontján eldöntheti a történet mesélője, hogy csak a csoportnak vagy a tágabb nyilvánosságnak is szánja-e az alkotását. Fontos, hogy minden esetben ő rendelkezik a megosztás kontrolljával. Bárhogy dönt is a mesélő, a tör-

ténet sosem kizárólag önmagának szól, hanem annak a belső közösségnek/közönségnek is, akikkel együtt ment át a történetírás és filmkészítés folyamatán. A személyes történet így mindig társas konstrukció is. Bruner (1994, idézi Paull, 2002) szerint meghatározza a szelfünket és ezzel a kiválasztott történetet az, hogy milyen közönséggel szeretnénk megosztani, továbbá kulturális hovatartozásunkról is árulkodik. Az önkontroll és az önrányítás alapja a történetgyártás reflektív terében kezdődik, ahol reagálunk a megszólított szociális világra, életünk szabályaira és kódjaira. A belsővé tett közönség megszólítása mögött a történet segít nekünk abban, hogy tudatosan hidat építsünk egyes közösségek felé, kifejezve odatartozásunkat, ezáltal támogatást szerezhetünk. Smith és Watson (1996, idézi Paull, 2002) úgy határozza meg a csoport támogatását, mint az önészlelésben megjelenő váltást, amely a történetmesélés elsődleges funkciója. Az önéletrajzi mesélők kilépnek az izolációból és a magányból azzal, hogy belépnek egy társas kontextusba, amiben a történeteik más csoporttagok történeteivel összekapcsolódnak (Paull, 2002). A történet megosztásának egyik legnagyobb ereje így a másokhoz való bensőséges kapcsolódásban van (lelki közösség) azáltal, hogy a szolidaritás és a személyes elfogadottság érzését teremti meg. A történetmesélő számára a története megosztása segít abban, hogy elfogadottnak és támogatottnak érezze magát. A korábban el nem beszélt történetek megosztása segít elfogadtatni önmagukat, a velük való azonosulás pedig megnyitja ezeket a történeteket mások számára is. Ha egy történet csak egy szűk körben megosztott, akkor sosem lesz része egy nagyobb dialógusnak, azaz így sosem lesz része a lehetséges történeteknek, a létezés más, lehetséges formáinak (Dyson és Genishi, 1994, idézi Paull, 2002).

Összefoglalva elmondható, hogy a digitális történetmesélés módszertana változatos felhasználási keretben, több korábban felvázolt művészetterápiás elemet felhasználva, azok hatékonyságát megtartva képes az egyén fejlesztésére. A történetek elbeszélése felszabadító, a létrehozás új módjainak tanulása pedig énmegerősítő, képessé tevő funkcióval bír. A kész művek megosztása pedig új nézőpontokat ad az egyén önmagáról való gondolkodásához, hozzásegít a másokhoz való kapcsolódás élményén keresztül a szolidaritás, a személyes elfogadottság, az empátia érzéseinek megéléséhez.

A DST terápiás felhasználásnak nemzetközi tapasztalatai

Ahogy a technológia terápiás felhasználása keresi a helyét az egészségügyi, mentálhigiéniai rendszerben, úgy igaz ez a DST esetében is. Jelenleg még kevés a bizonyítékokon alapuló kutatási tapasztalat erre vonatkozóan, azonban van néhány terület, ahol már felhalmozódott annyi tudás, amely jó kiindulási pontul szolgálhat. Alább három olyan program kerül bemutatásra, ahol megfelelően átgondolt keretek között, a mentálhigiénés rendszer különböző szintjein eredményesen használták a DST módszert.

Az első programban a szerzők a multimédiás történetek serdülőkkel való terápiás használatáról számolnak be. A tapasztalataikat egy dublini (Írország) kórházban depresszióval, szorongással és egyéb mentális betegségekkel küzdő gyerekekkel folytatott munkából merítették. A beavatkozások elsősorban kognitív viselkedésterápiás (CBT – cognitive-behavioural therapy) módszerekkel történtek, amelyekben kis, animált törté-

neteket használtak rövid, filmes jelenetek sorozatának kombinálásával. A cél az volt, hogy segítsenek a klienseiknek adekvátabb megküzdési módok fejlesztésében (érzelmek szabályozása, a pozitívabb szociális interakciók és gondolkodási stratégiák gyakorolttása), továbbá abban, hogy képesek legyenek kreatívan kifejezni tapasztalataikat, és növeljék azon képességüket, hogy hatékonyan kommunikáljanak érzéseikről.

A program két részből áll, az egyik a „Working Things Out” DVD-projekt, a másik pedig a „Transforming Stories” szoftverprogram⁴ (Brosnan és mtsai, 2008). A történet elmesélése és átkeretezése alapvető része a pszichoterápiás eljárásnak. A történetbe ágyazott információ nagyobb erővel bír és jobban leköti a képzeletet, mint önmagukban a tények sorozata. A történetben szereplő emberek élete és tapasztalatai a történet elemein keresztül érik el az „együtt rezgést” a karakterrel és a kontextussal. A digitális történetmesélés technikája részben releváns a serdülőkkel folytatott pszichoterápiában és a mentálhigiénés tudatosság fejlesztésében. A multimédia elősegíti a sztori kifejezését, mialatt egybeolvasztja a hangot, a képet, a szöveget és az animációt az elbeszélésben. Hasonlóképpen a számítógép elősegíti a történet megélését azáltal, hogy interaktív felületet és adatbázist biztosít a hallgatónak, amely lehetővé teszi számukra, hogy a saját szükségleteikhez és a saját választásaikhoz igazítsák azt, ami azokból releváns számukra. A program mind a két része lehetőséget teremt a digitális média-tartalmak integrációjához a serdülőkkel folytatott pszichoterápiában az elköteleződés kreatív facilitálásával. A „Transforming Stories” (TS) esetében a terapeuta motiválása nyo-

⁴ Bővebben lásd: www.transformingstories.com.

mán a klienseknek lehetősége nyílt egy számítógépes környezetben a történetalkotásra, saját történetük átkeretezésére annak érdekében, hogy pozitívabb végkifejleteket lehessen létrehozni, és ezen keresztül változásokat elérni.

A „Working Things Out” DVD-projekt 11 fiatal történetét tartalmazza, akik depresszióval és más mentális problémákkal küzdöttek korábban. A sztorik mind animált kisfilmek a személy saját hangján elmondott narrációjával és zenével. Mindegyik sztori elmeséli az egyén személyes tapasztalatát, amely tartalmazza azt is, hogyan küzdött meg a problémával. A legfontosabb eleme a történetnek a személyes tanács, üzenet azoknak a fiataloknak, akik hasonló problémákkal küzdenek. A projekt a fiatalok és szüleik közös munkájával zajlott. Multimédia-tanárok és -oktatók segítettek a fiataloknak elsajátítani a professzionális multimédia használatát. Az elkészült DVD-k – kombinálva a TS szoftverével – részévé váltak egy 10 alkalmas kognitív viselkedésterápiás intervenciónak, amely azon serdülők számára készült, akik depressziót és szorongást vagy más mentális problémát tapasztalnak.⁵

Mindkét program esetében az eredmények közül kiemelkedő volt, hogy növelték a serdülők terápiában való elköteleződését. A számítógépes technológiák és multimédiás technikák ugyanakkor új és szokatlan útjait nyitják meg a fiatalokkal való kapcsolódás stabilizálására, és egy új eszközt kínálnak arra, hogy kreatívan fejezzék ki magukat. A legtöbb pszichoeducációs módszer serdülők számára alapvetően szövegalapú, ez viszont a gyengén olvasókat hamar elkedvet-

lenítheti. A történet és az animáció ezért ebben a kontextusban nagyobb közönséget és magasabb hatékonyságot érhet el. A TS az interneten is elérhető, és adatbázisul szolgál a portált használók számára, a nyilvános történetek (például a bullyingról) így segítséget jelenthetnek a mentális egészségtudatosság és a megküzdési technikák tanításában (Brosnan és mtsai, 2008).

A második bemutatásra kerülő program a „Silence Speaks”⁶, amely egy olyan mozgalom és a hozzá kapcsolódó online weboldal, amely felületet biztosít a megküzdés, a bátorság és az átalakítás (transformation) elbeszélései számára. A Center for Digital Storytelling⁷ projektje, amely a részvételi média módszerét és egyéb gyakorlati módszereket használ annak érdekében, hogy támogatja azon történetek melletti tanúságtételt, amelyek túl gyakran maradnak ki nem mondottak és ismeretlenek. Ezek a történetek a történetmesélők engedélyével kerülnek megosztásra helyi vagy globális szinten. Bemutatásuk vetítéseken, televízió vagy a szociális médián keresztül történik, és a közösségfejlesztés vagy politikai érdekképviselő eszközeiként jelenik meg. A 1999 óta működő szervezet több mint 40 projektet vitt véghez a világ minden táján, köztük az Egyesült Államokban, Ausztráliában, Braziliában, Kanadában, Etiópiában, Ghánában, Dél-Afrikában. Általában a helyi partnerekkel közösen dolgozzák ki a programokat, hogy azok biztonságos, kulturálisan releváns és jelentésteli élményt nyújtsanak a helyi közösségeknek. Esetenként vezetői tréningeket, kézműves foglalkozásokat, fotós workshopokat tartanak az egészség és az emberi

⁵ Egyéb hasonló programok: www.reachout.com.au/, www.spunout.ie.

⁶ Bővebben lásd: www.silencespeak.org.

⁷ Bővebben lásd: www.storytelling.org.

jogok témakörében. Minden esetben személyre szabottan, a nyelvi kompetenciához, a meglévő tudás és a technológiai fejlettség szintjéhez igazított módon tervezik a programokat, különösen ügyelve az etikus közlés feltételeire. Mindenekelőtt abban segítik a partnereiket, hogy a változáshoz szükséges módon tudják megosztani a történeteket. A végtermékek így lehetnek különféle videók, egyéni webprezentációk, történetgyűjtemények DVD-n, rádiókompatibilis történetek, nyomtatott termékek, történetközpontú tantervi anyagok. Módszertanukban egyedi módon kombinálják az elbeszélés (oral history), a kreatív írás, a művészetterápia és a részvételi média projektek elemeit, hogy a résztvevők rövid digitális videóikban el tudják mondani történeteiket. Miután a partnerekkel közösen kialakították a műhelyek célját, a tipikusan minimum 10 alkalmas projektekben a következő forgatókönyv szerint dolgoznak: a körültekintően vezetett „Story Circle”-ben, avagy történetmesélő körben a résztvevők megosztják személyes tapasztalataikat és visszajelzéseket kapnak, felveszik a résztvevők személyes hangján a narrációjukat, összeszedik vagy elkészítik a felhasználandó képeket és videókat (ha szükséges erre is tartanak módszertani képzést), majd vezetett alkalmakon megtanulják a résztvevők azokat szerkeszteni. A folyamat alatt végig a résztvevők joga a készülő alkotások feletti rendelkezés. A projektek kvalitatív kutatási elemzése azt mutatta, hogy a módszernek számos pozitív hatása van a történetüket megosztó résztvevőkre. Ez magában foglalja a fejlődő önki-fejezést, énhatékonyt, növekvő kontroll-érzést (agency), technológiai és műveltségi fejlődést, növekvő érdeklődést az oktatás iránt és növekvő bevonódást a szociális ügyek képviselőibe. Az egyes projektek kap-

csán a módszer további előnyeire is fény derült. A workshop elősegítette a kapcsolódás, a támogatás és az elfogadottság érzésének erősödését. A digitális történet alkotása az öntapasztalás új élményét adta, és új, jelentőségteljes belátásokhoz vezetett. A résztvevők úgy érezték, hogy úrrá tudnak lenni az erőszak tapasztalatának „hangtompító” hatásán, amellyel visszanyerhették szelfjük elvesztett részét. A folyamat a büszkeség és az elégedettség érzésével járt. Továbbá a digitális történetek megosztása a társas hatékonyság érzését (social agency) adta számukra, amivel úgy érezték, hogy képesek a történetek nézőire hatni.

Az SS különösen figyel a trauma túlélőire és a velük való munkára. Módszertanukban külön fejezetet szentelnek a DST és a trauma kapcsolatának, amely akár ajánlás is lehet a hasonló vállalkozásban gondolkodóknak. Eszerint a trauma legtöbbször egyénnel történik, de szélesebb értelemben társas (szociális) és politikai jelenségnek is tekinthető, és mélyen áthatja a hatalom dinamikája. A szervezet tagjai a traumatikus élményt szélesebb értelemben használják, amely felöleli az erőszakot, az elnyomást, a stigmatizációt és a marginalizációt, amelyek családi, közösségi, szervezeti és fegyveres konfliktusokban fordulnak elő. Habár hasznos a közös megállapodás a trauma jelentéséről a kutatók, klinikusok és aktivisták között, az SS azt gondolja, a trauma rigid definíciója csökkenti a kutatás lehetőségét és igazságtalanul patolgizálja az egyéneket és a csoportokat. Ők a saját definíciójukat kellő elővigyázatossággal és a workshopok résztvevőinek támogatása mellett úgy használják, hogy meghagyják számukra, hogy ők dönthessék el, a tapasztalatuk trauma-e vagy sem. Függetlenül attól, hogy a traumát miként is definiálják, az biztos, hogy annak érzelmi és

fizikai hatásai vannak. A 3. mellékletben található a SS program ajánlása, amely segít eldönteni és tisztázni, hogy egy sérülékeny, traumán átesett egyén mikor vehet részt a digitális történetmesélés műhelyen és mikor nem.

A harmadik bemutatandó program, a „Patient Voice”⁸ ötlete abból a szándékból indult, hogy a kórházi betegek és a személyzet (orvosok, ápolók) történeteiket használják fel az egészségügyi rendszer fejlesztésére. A digitális történetek használatával a betegek és a személyzet tapasztalatait az egészségügy központi elemévé lehet tenni. A program kezdete óta (2004) több mint 250 digitális történet született, melyek egy részét az orvosi képzésben is felhasználják. A programban a résztvevők digitális történeteinek megalkotását követően azok bemutatására olyan műhelyeket szerveznek, amelyek lehetővé teszik az egészségügyi szakembereknek, a gondozóknak (ápolóknak) és a betegeknek, hogy fejlesszék saját történeteiket és narratíváikat. Emellett tanácsadást és támogatást biztosítanak a digitális történetmesélés felhasználásához az egészséget fejlesztő programok keretein belül. A program átfogó célja egy emberközelibb, betegközpontúbb egészségügyi rendszer létrehozása. Egyrészt kísérlet arra, hogy megpróbálja kiegyensúlyozni az erőviszonyokat az egészségügyi rendszer szakemberei (orvosok, klinikusok, ápolók), a vezetők és a betegek között, másrészt pedig kísérlet arra, hogy új utakat mutasson a döntéshozóknak ahhoz, hogy jobban megérthessék a gyógyulás és a gyógyítás emberi oldalát. Amennyiben elfogadjuk, hogy a beteg az egészségügyi rendszer „lelke”, úgy adottnak vesszük, hogy a véleménye és

a története kiemelkedő fontossággal bír az egészségügyi rendszer fejlesztése terén. A program történetei rövid (tipikusan 3 perc hosszú) digitális történetek, amelyek kombinálják a zenei és a képi tartalmakat annak érdekében, hogy egyedi módon mutassák be az egészségügyben részt vevők tapasztalatait. Greenhalgh (1999) szerint a történetek kiemelik a rendszer hiányosságait, felhívják a figyelmet a rejtett nehézségekre, ingyenes tanulási lehetőséget teremtenek, elősegítik a gyógyulást és a megbékélést, lehetővé teszik a betegeknek és gondozóiknak, valamint a szakembereknek adott esetben, hogy hallathassák a hangjukat (empowerment eszköz). A kórházi személyzet esetén a kiegészítő megelőzésének eszköze is lehet. A Patient Voice kétlépcsős beleegyező folyamat révén biztosítja a programban részt vevő beteg számára azt a biztonságos és támogató légkörű műhelyt, ahol a történetük szerkesztése és kiadása végig a saját kezükben van.

Összefoglalva, a DST nemzetközi felhasználásának tapasztalatai azt mutatják, hogy a módszer más (terápiás) módszerekkel kombinálva hatékony eszköz lehet számos mentálhigiénés probléma kezelésében. Depresszióval és szorongással küzdő serdülők esetében kognitív viselkedésterápiával kombinálva például hatékony eszköz adekvátabb megküzdési módok fejlesztésében, a kreatív tapasztalatmegosztásban, az érzésekről való hatékonyabb kommunikáció serkentésében, és növeli a terápiában való elköteleződés esélyét. Komplex terápiás tervek részeként, körültekintő és megfelelő etikai elveket betartva, különböző részvételi és empowerment eszközökkel kombinálva a trauma túlélőinek segítésében is hatékonyan alkalmazható.

⁸ Bővebben lásd: www.patientvoices.org.uk.

A DST mentálhigiénés felhasználásának hazai tapasztalatai

Rehabilitációs DST-program (pilot). A digitális történetmesélés (DST) módszertanát hazai környezetben mindeddig még nem alkalmazták traumatizált emberekkel folytatott segítői munka keretében. A nemzetközi tapasztalatok a módszer újító jellegét, és ennélfogva szegényes szakirodalmi bázisát mutatják. A DST a művészetterápiák és az empowerment módszerek metszéspontjában elhelyezhető, azok elméleti és gyakorlati tapasztalatainak felhasználásával a mentálhigiénés ellátásban alkalmazhatónak feltételezhetjük. A modernkori rabszolgaság túlélőivel folytatott gyakorlati munka hazai tapasztalatai azt mutatják, hogy a szociális és egészségügyi ellátórendszer maga is még csak most szembesül – a társadalmi közgondolkodással párhuzamosan – a modernkori rabszolgaság jelenségével. Ennélfogva maguk az érintettek is nehezen érhetők el. A nemzetközi kutatók azt mutatják, hogy a modernkori rabszolgaság áldozatai között zömében nők és gyermekek vannak, akik még ha a szociális vagy egészségügyi ellátórendszerben meg is jelennek, célzottan nehezen fellelhetők. Mivel a modernkori rabszolgaság kriminalizált terület, a védelemben részesülő túlélők anonimitását kifejezetten védik. A hazai mentálhigiénés ellátórendszer nincs felkészülve a traumát átélt túlélők intézményesített és szervezett kezelésére, így olyan csoportot jelenleg szinte lehetetlen szervezni, akiknél a traumafeldolgozás terápiás folyamata egyéges rendszerben valósulna meg.

A DST terápiás alkalmazhatóságát hazai környezetben, első alkalommal egy pilot program keretében az Anthropolis Egyesület⁹ próbálta ki rehabilitációban részt vevő személyekkel. A programnak lehetőséget az Űdvhadsereg (ÜH) Válaszút Háza női rehabilitációs otthona biztosított. Az otthont elsősorban olyan aktív korú, munkaképes, egészségi, pszichés és szociális állapotukban visszafordítható módon sérült személyek vehetik igénybe, akik önként vállalják rehabilitációjuk érdekében az együttműködést. A Válaszút Háza női lakóinak rendszeresen szervez olyan programokat, melyek segítséget adhatnak az útkjukat kereső nőknek belső motivációik feltárásával vagy akár külső körülményeik megváltoztatásával. Az ÜH által biztosított programokon való részvétel minden esetben önkéntes. Az otthonban élők reményvesztetten érkeznek az intézménybe, önállóan már nem tudnak változtatni nehéz helyzetükön. Ahhoz, hogy reintegrálódni tudjanak a társadalomba és a munka világába, kulcsfontosságú lehet az ÜH által nyújtott folyamatos és komplex szolgáltatás (lakhatás biztosítása, egészségügyi ellátás, képzés, lelki gondozás, életvezetési tanácsadás, személyiségfejlesztés, terápia). Az ellátottak az ország bármely területéről jelentkezhetnek bármilyen (például etnikai, vallási, felekezeti) megkülönböztetés nélkül: így érkeznek utcáról, büntetés-végrehajtási intézményekből, kórházból, megromlott családi, élettársi kapcsolatból. Vannak olyanok, akik a lakásmafia, a munkanélküliség vagy a prostitúció áldozatai, vagy állami gondozásból kikerült fiatalok.¹⁰

⁹ A team tagjai Bánd Dávid, Nagy Balázs, Ungár Nóra (az Anthropolis Egyesület munkatársai) és külsős szakértőként Szemán Dénes voltak.

¹⁰ Bővebben lásd: www.udvhadsereg.hu.

A program az Üdvhadsereg rehabilitációs célkitűzéseivel összhangban, velük közösen került kialakításra. Az Anthropolis Egyesület előzetesen egy speciális, az otthon lakóinak traumatikus élettörténetét feldolgozó DST programot tervezett (a hasonló populáción szerzett nemzetközi tapasztalatokra építve), azonban a résztvevők előzetes kiválasztásának nehézségei miatt (amely a programban való részvétel mentálhigiénés előfeltételeit vizsgálta volna) végül egy *standard* DST program mellett döntöttek azzal a kitételrel, hogy továbbra is szem előtt tartják a traumatikus személyekkel folytatandó DST etikai alapelveit. A program 10 alkalomból állt (2016. január és február között), mindegyik alkalom két óra hosszú volt és mindig ugyanazon a napon, ugyanakkor és ugyanott (az Üdvhadsereg rehabilitációs központjában) került megtartásra. A DST team összesen 4 tagból állt, és minden alkalmon minimum két tag jelen volt, és egy tag mindig pszichológus volt. A résztvevők köre a kezdeti 5 főről végül 1 főre apadt, az egyes alkalmakon a résztvevők száma és személye ingadozott. A program elsősorban a DST standard protokolljával összhangban haladt, kiegészítve a modernkori rabszolgaság témájával. A folyamat alatt azonban kiderült, hogy a résztvevők között többen küzdöttek korábban, vagy küzdöttek a folyamat kezdetén is mentális betegségekkel (például alkoholizmus, demencia, depresszió, pánikbetegség), amely párhuzamos volt a traumatikus eseményekkel való megküzdés különböző szintjeivel, többeknél a PTSD jelei is felfedezhetők voltak (a folyamat alatt megfordult összesen 10 résztvevő közül 7-nél mentális, 2 esetén PTSD). Több résztvevő is túlélője

volt a modernkori rabszolgaságnak, volt, akit prostituáltként, volt, akit napszámban dolgoztattak. A szervezők tapasztalata az volt, hogy bár a standard DST programjában a résztvevők bármiről készíthetnek filmet, mégis, a többség saját történetétől nem tudott (vagy nem akart) elrugaszkodni, azokról nem akartak filmet készíteni, és sokan a további alkalmakról is elmaradtak. Ez megerősítette a speciális csoporttal való DST körültekintő tervezését. Az ötödik alkalomig így a csoport nyitott maradt, ekkor csatlakozott az egyetlen tag, aki végül filmet is készített az élettörténetéből. Az egy fő, aki végül vállalta a programban való teljes részvételt, a Silence Speak etikai elveinek megfelelően. A résztvevők utánkövetése során derült ki, hogy sokan azért maradtak ki a csoportból, mivel úgy érezték, bármilyen történetet is mesélnek el, az túl személyes lesz a számukra, túl mélyen mutatva volna be személyes tragédiájukat, volt, aki szelektált volna a csoporttagok között is a megosztást illetően. Sokaknál azonban egyértelműen látszott, hogy az átélt traumáik (a trauma fogalmát a Silence Speak-kel összhangban használtuk) terápiásan nem megoldozottak, és így nem minden esetben állnak tudatos kontroll alatt. Így a folyamatból való távolmaradás akár védekezésnek is tekinthető. Az egyetlen résztvevő, aki a folyamatot végigcsinálta (azaz elkészült a filmje),¹¹ megerősítette a korábbi elképzeléseket, miszerint már a pszichoterápiásan átdolgozott élettörténet további rehabilitációját tudja támogatni a DST folyamata. Az utánkövetésben megragadható volt, hogy bár a több ponton traumatikus élettörténettel való munka felkavaró élmény, a történet digitális struktúrába helyezése, kontrollált megformálása

¹¹ A filmet kizárólag az Anthropolis Egyesület engedélyével lehet bemutatni.

(a történeti szelekción, narratívaalkotáson, a vizuális anyagok megválasztásán, a videovágáson és a személyes narráción keresztül) tovább segítette annak elfogadását. Mindez azonban a korábbi, strukturált élményfeldolgozás (intézményesített pszichoterápiás ellátás) tapasztalatára építve történhetett meg. Ezenkívül (a Silence Speak tapasztalataival összhangban) az öntapasztalás új élményét kínálta, a büszkeség, az elégedettség és a társas hatékonyság érzéseivel járt együtt. Mindez abban a szándékban is megnyilvánult, hogy a kisfilm oktatási célú felhasználására adott engedély a megelőzés, a prevenció szándékával történt, azzal a céllal, hogy mások is tanuljanak belőle. Ezek alapján feltételezhető, hogy a résztvevő eljutott a traumafeldolgozás végső fázisába, azaz a (traumatikus) történet tágabb, koherens kontextusba illesztéséig, az élmény társadalmi cselekvésbe fordításáig.

DISZKUSSZIÓ ÉS A TOVÁBBLÉPÉS LEHETŐSÉGEI

A digitális történetmesélés módszertana a művészetterápiák és az empowerment módszerek metszetében helyezhető el. A művészetterápiákban elterjedőben van a digitális technikák használata. Elsősorban a fényképre/fényképezésre és a videókészítésre vonatkozó tapasztalatok érhetőek el. A vizsgálatok azt mutatják, hogy ezek az eljárások növelik a kliensek önbizalmát, önértékelését, szelfautonómiáját és fejlesztik az önmagukra vonatkozó empátia (self-empathy) képességét. A traumához kapcsolódóan a videó- és képszerkesztő programok használatán keresztül a túlélők kontrollt gyakorolhatnak a traumás emlék(betörés)ek felett, miközben

növekszik a reflektív tudatosság, és a személyes történetmesélésen keresztül csökken a distressz. A képessé tevő módszerek legtöbbször a részvételi technikákon keresztül növelik az egyén szelfautonómiáját, megadják a kontroll képességét és hatalmat adnak az egyéneknek, közösségeknek saját életük felett. A digitális történetmesélés módszertanában mindkét eljárás elemei megtalálhatóak. A történetek elbeszélése felszabadító, a létrehozás új módjainak tanulása pedig énmegerősítő, empowerment funkcióval bír. A kész művek megosztása új nézőpontokat ad az egyéneknek az önmagáról való gondolkodásához, illetve a másokhoz való kapcsolódás élményén keresztül a szolidaritás, a személyes elfogadottság és az empátia érzéseinek megéléséhez segít hozzá, és legitimálja az egyéni tapasztalatot. A DST használatának nemzetközi eredményei azt mutatják, hogy a módszer más (terápiás) módszerekkel kombinálva hatékony eszköz lehet számos mentálhigiénés probléma intervenciójában. A traumafeldolgozás háromszakaszos modelljének utolsó részébe, a visszailleszkedés fázisába körültekintő tervezés mellett integrálható. A nemzetközi tapasztalatok is azt mutatják – és ezt erősítik meg a hazai pilot program tapasztalatai is –, hogy a traumafeldolgozás komplex terápiás tervnek részeként, már a terápia tervezési fázisába illesztve, a túlélők segítségével is hatékonyan alkalmazható. Ezért fontos lenne a hazai mentálhigiénés és szociális szakemberek (szociális munkások, pszichológusok, pszichoterapeuták) bevonásával a módszer tervezett, komplex és kontrollált pszichoterápiás alkalmazásának további kipróbálása és fejlesztése.

SUMMARY

PERSPECTIVES OF USING DIGITAL STORYTELLING (DST) TECHNIQUE IN SUPPORT WORK WITH
TRAUMATIZED MODERN SLAVERY SURVIVORS

Survivors of modern slavery are often traumatized through repeated physical abuse and aggression. One effective technique for coping with trauma is art therapy, and more recently this therapeutic process increasingly applies digital tools. This paper explores the applicability of digital storytelling (DST) as a technique in support work with trauma survivors. Based on international and personal, Hungarian experience, this theoretical study attempts to position DST methodology in an intersection of art therapy and empowerment methods. DST can be helpful in many fields that process and share narrative, by nurturing self-compassion and self-reflection, experiencing acceptance through processing narrative and sharing stories, and experiencing empowerment through technical learning. The authors argue that in the third phase of trauma care, social reintegration, DST can help survivors progress by putting their stories in perspective. DST methodology can be put to best effect by adapting the original methodology over a long term.

Keywords: modern slavery, digital storytelling (DST), trauma, survivor care, art therapy, empowerment methods

IRODALOM

- ADORJÁNI F. (2000): Művészetterápia a rehabilitáció gyakorlatában. *Psychiatria Hungarica*, 15(4), 490–496.
- ANTALFAI M. (2007): Gyógyítás és személyiségfejlesztés vizuális művészet-pszichoterápiával: a módszer ismertetése. *Psychiatria Hungarica*, 22(4), 276–299.
- AUSTIN, B. D. (2009): Renewing the Debate: Digital Technology in Art Therapy and the Creative Process. *Journal of The American Art Therapy Association*, 26(2), 83–85.
- BERECZ D., LANGMÁR P., SZEMÁN D. (2012): Technikai médium alapú részvételi kutatás és empowerment módszerek a társadalomtudományokban. In: NGUYEN, L. L. A., SZABÓ M. (szerk.): *Identitás a kultúrák keresztútjében – Kutatási beszámoló tanulmánykötet*. Eötvös Kiadó, Budapest. 95–116.
- BROSNAN, E., Sharry, J., Fitzpatrick, C., Boyle, R. (2008): *Using multimedia stories as a means of engaging adolescents in psychotherapy*. CHI 2008 Workshop on Technology in Mental Health. SIGCHI, Florence, Italy.
- BUDA B. (1997): A trauma szociális természete. Az identitás károsításának stációi. In: VIRÁG T. (szerk.): *Elhúzódó társadalmi traumák hatásának felismerése és gyógyítása*. Animula Kiadó, Budapest. 107–114.
- CARLTON, N. R. (2014): Digital culture and art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 41–45.
- CARLTON, N. R. (2014): *Digital media use in art therapy. Doctoral dissertation*. Lesley University, Boston.

- COHEN, L. J. (2012): *Film and Soul: A Theoretical Exploration of the Use of Video and Other Film-Based Therapy to Help Transform Identity in Therapeutic Practice. Doctoral dissertation.* Pacifica Graduate Institute, Carpinteria.
- CORDI, K., MASTURZO, K. (2013): Using Literature and Digital Storytelling to Create a Safe Place to Address Bullying. *Voices from the Middle*, 20(3), 21–26.
- GABRIELE R. (2013): A történetmesélés gyógyító hatása. In: BODOR P. (szerk.): *Szavak, képek, jelentés: kvalitatív kutatási olvasókönyv.* L'Harmattan, Budapest. 228–248.
- HERMAN J. (2003): *Trauma és gyógyulás.* Magvető, Budapest.
- KULCSÁR ZS., RÓZSA S., REINHARDT M. (2006): *A poszttraumás növekedés feltételei és empirikus vizsgálata.* ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Budapest.
- MALCHIODI, C. A. (2003): *Handbook of art therapy.* The Guilford Press, New York.
- MIHALKÓ V., SZABÓ M., HAIDEGGER M. (2014): *Modernkori rabszolgaság. Képzési Kézikönyv.* Anthropolis Egyesület, Budapest.
- ORR, P. (2012): Technology use in art therapy practice: 2004 and 2011 comparison. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 234–238.
- PAULL, C. N. (2002): *Self-Perception and Social Connection: Empowerment Through Digital Storytelling in Adult Education. Doctoral dissertation.* University of California, Berkley.
- PETŐ Z. (2000): Művészeti élmény – út a rehabilitációhoz. *Psychiatria Hungarica*, 15(4), 483–489.
- PETŐ Z. (1997): A művészet és a népművészet kreatív ereje a gyógyításban. *Psychiatria Hungarica*, 12(6), 714–728.
- TANYI ZS. (2015): A trauma pozitív hozadéka: a poszttraumás növekedés. In: KURITÁRNÉ SZABÓ I., TISLJÁR-SZABÓ E. (szerk.): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna: a családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia.* Oriold Books, Budapest. 269–288.
- VEISZ G. (szerk.) (2013): *Áldozatsegítési kézikönyv az igazságügyi szolgálatok számára.* Közigazgatási és Igazságügyi Hivatal, Budapest.
- VÖRÖS V., OSVÁTH P., AMBRUS N., CSÜRKE J. (2009): Trauma és krízis. In: CSÜRKE J., VÖRÖS V., OSVÁTH P., ÁRKOVITS A. (szerk.): *Mindennapi kríziseink: a lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve.* Oriold Books, Budapest. 215–238.
- WILLIS, N., FREWIN, L. A., MILLER, A., DZIWA, C., MAVHU, W. COWAN, B. F. (2014): “My story” – HIV positive adolescents tell their stories through film. *Children and Youth Services Review*, 45, 129–136.

MELLÉKLETEK

1. melléklet

A negatív életesemény, a trauma, a stressz, a kritikus esemény és a krízis fogalmainak áttekintése és összehasonlítása

	Negatív életesemény	Trauma	Stressz	Kritikus esemény	Krízis
Angolszász terminológia	Negative life event	Trauma	Stress	Critical incident	Crisis
Időbelisége	Bármikor	Múlt	Jelen	Jelen	Jövő
Kialakulása	Váratlanul	Hirtelen	Fokozatos, állandósult	Hirtelen	Dinamikus folyamat
Jellege, mértéke	Mindennapi életben, bárkivel előforduló veszteségek, negatív élmények	Túlmutat a mindennapi élet nehézségein, rendkívül megterhelő esemény	Mindennapi élettel járó nehézségek, melyek bárkivel előfordulnak	Túlmutat a mindennapi élet nehézségein, rendkívül megterhelő esemény	Beszűkült, regresszív állapot, mely során romlik a mindennapi funkcionalitás, adaptivitás
Személyesség	Egyéni	Egyéni	Egyéni	Tömeges	Egyéni
Gyakorisága, intenzitása	Több jelentős	Trauma I: egy nagy Trauma II: több jelentős	Több kisebb	Egy extrém	Folyamat
Kauzalitás	Ok	Ok	Ok	Ok	Okozat
Következmény	Mentális zavart provokálhat	Krízist provokálhat, vagy lappangva a személyiségbe épül, torzítva azt	Mentális zavarokat, szorongást, vegetatív tüneteket, testi betegségeket okozhat	Krízist provokálhat	Előzőek kiválthatják
Szövődmények (diagnosztikus szint)	Depresszív zavarok	Trauma II: PTSD, disszociatív zavar, szuicidium, depresszív zavar, boarderline személyiségzavar	Akut stressz zavar, alkalmazkodási zavar, szorongásos zavarok, alvászavar	PTSD, akut stresszzavar	Kronicizálódó krízis, szuicidium, dezintegráció
Segítség jellege	Egyéni, csoportos	Egyéni, csoportos	Csoportos, egyéni	Csoportos	Egyéni
Specifikus kezelés	Pszichoterápia, gyógyszeres kezelés	EMDR, ATSM, hipnoterápia	Relaxációs módszerek, pszichoterápia, gyógyszeres kezelés	CISM, CISD, ACT, ATSM, relaxációs módszerek	Klasszikus krízisintervenció
Példák	Gyász, hozzátartozó vagy munkahely elvesztése	Gyermekbántalmazás, szexuális abúzus	Munkahelyi túlterhelés, élethelyzeti nehézség, anyagi problémák, diszharmonikus családi működés	Tömegszerencsétlenség, baleset, természeti katasztrófa, terrorcselekmény, háborús helyzet	Lélektani válsághelyzet, párkapcsolati szakítás

(Forrás: Vörös 2009: 220)

2. melléklet. A 7 lépéses digitális történetmesélés folyamatának bemutatása

A hétlépéses digitális történetmesélés forгатókönyve segít az egyéni és lényegre törő digitális történet létrehozásában. Három elv facilitálja a kreatív digitális történet szkriptjeink létrehozását: 1. nézőpont (point of view), 2. dramatikus ív (dramatic arc) és 3. az érzelmi komponens (emotional content).

A. Pont (of view) – A digitális történeteket tipikusan első szám első személyben, egyéni nézőpontból mondja el a narrátor, és saját múltbeli tapasztalatait kommunikálja. Szubjektív és személyes nézőpontot oszt meg, szembe helyezkedve az „objektív” dokumentarista, „láthatatlan alkotó” nézőpontjával.

B. Dramatic Arc – A dramatikus ív, amely túlmutat az események pusztán listába szedésén. A történet mozgásban van a mesélés közben, gyakran bemutatja például egy bizonyos esemény fejlődését. A vágy-cselekvés-megvalósítás hármasa mindig dramatikus feszültséget kreál. Jó kiindulás lehet egy kérdés is a mesélő életéből.

C. Emotional Content – Ez a beszélő érzelmi őszinteségéhez kapcsolódik a történeten belül, a közönséggel való megosztása a történet személyes fontosságát mutatja.

D. Voice – A saját hang használata, amely narrálja a történetet, személyességet, érzelmességet és hitelességet közvetít.

E. Soundtrack – A zene erőteljesen befolyásolja a hallgatóság érzéseit és a vizuális információ feldolgozását.

F. Economy – A digitális történetek rövid, általában 2–5 perc hosszúak, de sok mindent közvetítenek a jelentés sokrétű bemutatása és a sokféle médium kombinációjának következtében. Ami kommunikálható vizuálisan, azt nem feltétlenül kell szavakkal megtenni, és ennek a fordítottja is igaz. Ez az elv megnyitja a kreatív kombinációk lehetőségét, az egyéni képek metaforikusabbak lehetnek, beállíthatják a tónust, vagy bizonyos asszociációkat serkenthetnek.

G. Pacing – Van egy ritmusa a digitális történeten belül, hogy a képek milyen gyorsan tűnnek fel és tűnnek el, milyen a zene sebessége, a szünetek a hangban stb. A sebesség variálása a történeten belül segít fenntartani a közönség elköteleződését és vezeti az érzelmi állapotukat.

A foglalkozások kezdetén a facilitátorok különböző példatörténeteken keresztül mutathatják be az előző hét elem működését. A hét elem megbeszélése után a résztvevők körbeülnek és megosztják egymással ötleteiket és történeteik szkriptjét. A csoport visszajelzései a történetmesélő kérdéseire épülnek. A facilitátor visszajelzést is szolgáltat, segíti a történetmesélőt a megfelelő fókusz megtalálásában, és javaslatokat tesz azzal kapcsolatban, hogy mi valósítható meg a felmerült ötletekből.

1. Szkriptírás: lehetőség a személyes átbeszélésre és a javításra. A résztvevők eldöntik, hogy mire fókuszálnak (képek vagy írás). Jellemző, hogy a visszajelzések után a legtöbben az első napot a vázlat és saját szkript megírásával töltik, leülnek megbeszélni a facilitátorral.

2. Médiumok keresése a történethez. Ahogy a szkript kifejtésre kerül, a történetmesélők a hozzá kapcsolódó képeken és esetleg a zenén gondolkodnak.

3. A Photoshop (vagy egyéb vágóprogram) tanulása a képek és a videók manipulálására.

4. Az összes tartalom digitalizálása, szkennelés, a videó konvertálása és a saját hang felvétele.
5. A digitális vágóprogram tanulása, hogy a különböző médiaelemeket kombinálni lehessen.
6. Saját anyag véglegesítése (szerkesztése, vágása). Ha szükséges, segítséggel.
7. A végső anyag megosztása. (Paull, 2002)

3. melléklet

A Silence Speak program ajánlása: azon szempontok gyűjteménye, amelyek segítenek tisztázni, hogy egy sérülékeny, traumán átesett egyén mikor vehet részt a digitális történetmesélés műhelyen és mikor nem
(Forrás: www.silencespeak.org)

A traumás történetek elmondásának gyógyító ereje

Közös tudás és tudományos evidencia, hogy aki valamilyen fájdalomtól szenved, általában jobban lesz, ha segítséget keres, mintha a szenvedését magában tartja. Egy biztonságos és támogató környezet megléte, ahol leírható vagy elmondható, hogy mi történt, gyakran segíthet értelmet adni a traumatikus élménynek, vagy segíthet eltávolodni az áldozati szereptől vagy azoktól a környezeti tényezőktől, amelyek hosszú időn át szótlanságban tartották a túlélőt. A tanulmányok azt mutatják, hogy a leíró írás (descriptive writing; például mi történt velem) és a reflektív írás (reflective writing; például hogyan hatott ez rám) kombinációja a legnagyobb pozitív hatást jelenti a jóllétre. Ez pontosan illeszkedik a digitális történetmesélés módszertanához, amely összegyűrja ezt a kettőt egy narratív történeté.

A szavak mögé menni

A művészetterápiás gyakorlathoz hasonlóan a Silence Speak műhelyei elérhetővé teszik a résztvevőknek, hogy többféle úton adjanak jelentést és fejezzék ki tapasztalataikat, a beszéden vagy az íráson túlmutatóan például a zene vagy a képek eszközeivel. A legtöbb résztvevő számára egy régi könyvbe való betekintés, egy fénykép elkészítése vagy egy kép rajzolása kiindulópont lehet egy történethez. Olyan esetekben, amikor a traumatikus tapasztalat valakit szótlanná változtatott, nemcsak arra van lehetőség számára, hogy leírható legyen mi történt, hanem a tapasztalat vizuális portrévá való transzformálására is. Ez különösen azok esetében igaz, akik nagyon fiatalon, még a preverbális időszakban szenvedtek el traumát.

Az izolációtól a támogatásig

A traumatikus események következtében az embereknek gyakran nehezükre esik jelentőségteljes kapcsolatokat kiépíteni másokkal. A traumás tapasztalat alatt arra kényszerültek, hogy mindent figyelmen kívül hagyjanak, kivéve az ösztöneiket azért, hogy fenn tudják tartani alapvető működésüket, és túléljenek. A kitörlés maradandó öröksége a disszociáció, az az állapot, amelyben az emlékek, a gondolatok, az érzelmek és a testi érzetek szétőredezetté válnak. Amikor az emberek disszociált állapotban vannak, távolságot tartanak a fizikai és érzelmi interakcióktól. A Silence Speak digitális történetmesélő műhelyei olyan biztonságos teret nyújtanak a résztvevőknek, ahol elkezdhetik feladni a védekezésüket és (újra) sebezhetővé válhatnak, a saját tempójukban. Az SS olyan csoportokat szervez, ahol gyakorlott vezetők (facilitátorok) vegyítik a szomatikus és a testtudatos technikákat a műhelyekben. Ezek a tapasztalati módszerek

(amelyek magukban foglalják a résztvevői médiakészítés praktikáit is) támogatják az elmozdulást az integráció felé; újra magabiztosnak lenni a saját testükben, érzékenynek lenni / megérintve lenni / újra nyitottnak lenni – a félelem, elkerülés, elveszettség helyett – a gondolatok és az érzelmek iránt, továbbá újra nyitni és elérhetőnek lenni a másokkal való intim kapcsolatokra. A műhely résztvevői és a facilitátorok közötti kapcsolat nagyon fontos a műhely teljes ideje alatt. A megközelítés a narratív terápiai tradícióra épít, amely arra hívja fel az egészségügyi szakemberek figyelmét, hogy legyenek jelen és közel a (fizikai és lelki) fájdalomhoz, amit a páciens megoszt velük, és hogy közös konstrukcióban változtassák meg a páciens életének narratíváját, mert mindkettő elengedhetetlen a gyógyulási folyamatban. Habár a műhely facilitátorai nem egészségügyi szakemberek, de ők is vallják a hallgatáson keresztüli tanúságtételt az emberi fájdalom mellett, amely lehetővé teszi számukra, hogy magukénak érezzék a történetüket. A történetmesélés visszaadja a hatóképesség (agency) érzését azon helyzetek fölött, amikben a túlélők jellemzően csak kevés, vagy semmilyen ellenőrzéssel nem rendelkeztek.

A történet elmesélésétől a cselekvésig

Judith Herman traumaszakértő szerint bár egy történet elmesélése is gyógyító lehet, azonban egy kollektív cselekvésben való részvétel a közösségi szinten fontos szerepet játszik a helyreállító folyamatokban. A SS szakértői felismerték, hogy a gyógyulástól a helyreállításhig terjedő utazás nem feltétlenül egyenes – sokan egyéni terápiából érkeznek, közösségi részvétel nélkül, míg mások folyamatosan közösségi/politikai szinten dolgoznak a személyes fájdalom történeteivel. Ebből kifolyólag az SS digitális történetmesélés módszere az egyéni átalakítás támogatása és a képesség tétel mellett rezilienciát alakít ki a résztvevőkben azáltal, hogy a szociális igazságosságot támogató mozgalomba vonja be őket.

Amikor az idő nem alkalmas

Mielőtt a fenti előnyöket ki lehetne használni, az embereknek teljesen készen és képesnek kell lenniük a történeteik megosztására. Bár a legtöbb ember úgy érkezik a digitális történetmesélés folyamatába, hogy érzelmileg és fizikailag erősnek érzi magát, azonban észben kell tartanunk azt a tényt is, hogy vannak, akik nem képesek reálisan felismerni/felmérni tényleges állapotukat. Ez különösen igaz azokra, akik éppen a történetük közepén vannak (például egy bántalmazó kapcsolatban élnek, vagy az utcán, drogokat és/vagy alkoholt használnak, amely alapműködésüket befolyásolja, a mindennapi megélhetésért, ételért, biztonságért kell megküzdeniük). Mindezt kiegészíti Gabrielle (2013), aki felveti, hogy azok számára sem alkalmas a módszer, akiktől akár a magánéletükben, akár nyilvánosan – akár erőszakkal fenyegetve – elvárják, hogy hallgassanak történetükről, és akik számára a történetek feltárása, az elkövetők megnevezése büntudattal jár együtt. Ilyen esetekben megkérdezni valakitől, hogy kész-e elmesélni a történetét, nem kívánt hatással járhat, a reménytelenség csapdájába ejtheti őt a katarzis és a jóllét helyett. Az etikai útmutató (Ethical Practice – lásd: www.silencespeak.org) biztosítja a potenciális résztvevők óvatos és körültekintő azonosítását.

MÓDSZERTAN

A PAIR-H PÁRKAPCSOLATI KÉRDŐÍV MAGYAR NYELVŰ ADAPTÁCIÓJA



KÖVÉR Lili

Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Debrecen
lili.kover@gmail.com

BALÁZS Katalin

Debreceni Egyetem, Pszichológia Intézet, Debrecen
balazs.katalin@arts.unideb.hu

FRECSKA Ede

Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Debrecen
efreckska@hotmail.com

ÉGERHÁZI Anikó

Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Debrecen
egerhazi@med.unideb.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A tanulmány célja a Schaefer és Olson (1981) által kidolgozott Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR) párkapcsolati kérdőív magyar változatának, a PAIR-H párkapcsolati kérdőívnek a pszichometriai vizsgálata. *Módszer:* A PAIR-H párkapcsolati kérdőív egy komplex kérdőívsomagban került felvételre egy nagyobb, párkapcsolati dinamikára vonatkozó kutatási projekt részeként. A kérdőíves vizsgálatban 122, minimum fél éve párkapcsolatban élő heteroszexuális pár vett részt. A vizsgálati személyek harmada esetén a pár egyik tagja kezelésben részesül depresszió, szorongásos zavar vagy ezek együttes előfordulása miatt. Fő validitási kritériumként azt a globális párkapcsolati elégedettségére vonatkozó kérdést használtunk, mely az eredeti kérdőívnek egy kiegészítő, összegző kérdése, és a párkapcsolati elégedettség mértékét méri fel („Kérjük, jelölje be az egyenesen, hogy mennyire elégedett párkapcsolatával!”). *Eredmények:* Az empirikus eredmények alapján a PAIR-H párkapcsolati kérdőív magyar változata egy megbízható és valid mérőeszköz, melynek két látens dimenziója van: a közös élmények és a megértés-támogatás dimenziók. *Következtetések:* A PAIR-H párkapcsolati kérdőív elméleti és gyakorlati célból történő alkalmazására egy, az eredetinel rövidebb, 16 plusz egy tételes magyar nyelvű kérdőívváltozatot javasolunk.

Kulcsszavak: PAIR, párkapcsolati elégedettség, pszichometriai jellemzők

BEVEZETÉS

A tanulmány célja a párkapcsolati elégedettségről információt nyújtó, angol nevén Personal Assessment of Intimacy in Relationship (PAIR, Schaefer és Olson, 1981) kérdőív adaptációja. A kérdőívet eredetileg a párkapcsolati diagnosztika elősegítésére hozták létre, de hamar elterjedté vált azokban az empirikus kutatásokban is, melyek a párkapcsolati dinamika megértésével foglalkoztak.

A párkapcsolati elégedettségnek az intimitás fontos része. Minél inkább megértettek, elfogadottnak érzi magát a személy a párkapcsolatában, annál biztonságosabbnak éli meg azt. Ugyanakkor ez jelentősen hozzájárul a személy pszichés jóllétéhez, hiszen a fontos másikkal való érzelmi kapcsolat egy alapvető szükségletet elégít ki. A kérdőív alkalmazása során gyűjtött nemzetközi tapasztalatok (Patrick és mtsai, 2007; Prager és Buhrmaster, 1998; Spanier és Filsinger, 1983) alapján azt a következtetést lehet levonni, hogy az intimitás és a párkapcsolati elégedettség nagyon szorosan együtt járó konstruktumok, egymástól nehezen elválaszthatóak, de mégiscsak különállóak.

Azonban a mai napig nem áll rendelkezésre olyan magyar nyelvű, bevizsgált kérdőív, mely a párkapcsolat ezen aspektusát is méri. A PAIR párkapcsolati kérdőív abban különbözik más párkapcsolatra vonatkozó kérdőívektől (például: Marital Satisfaction Inventory, Roach, Frazier és Bowden, 1981; Kansas Marital Satisfaction Scale, Schumm és mtsai, 1986; Marital Satisfaction Inventory, Snyder, 1979), hogy segítségével az intimitáson keresztül láthatunk rá a párkapcsolati elégedettségre, így válik értelmezhetővé a párkapcsolati dinamika. Jelen tanulmány célja a kérdőív magyar mintán történő pszichometriai vizsgálata annak érdekében, hogy az

elméleti és a gyakorlati alkalmazást elősegítse.

Az intimitás és a párkapcsolati elégedettség viszonya

Néhány kutató (például Register és Henley, 1992; Schimel, 1987) szerint az intimitás egy objektíven nem meghatározható fenomenológiai tapasztalat. Ennek ellenére mások kísérletet tettek az intimitás meghatározására, miszerint az intimitás pszichológiai közelséget jelent egy kapcsolatban, amely kölcsönös kitérülést és megértést, gondoskodást és elfogadást foglal magába (Reis és Shaver, 1988). Egyes kutatók (Clinebell és Clinebell, 1970) az intimitás fogalma alatt az elégedettségre vonatkozó kölcsönös igényt, valamint a másikhoz való, különböző szinteken megvalósuló közelséget értették. Meghatároztak szexuális, érzelmi, esztétikai, kreatív, szórakozási, munka-, krízis-, konfliktus-, elégedettség-, spirituális és kommunikációs intimitást is. Azonban ezen fogalmak elméleti háttere tisztázatlan maradt.

Dahms (1972) az intimitást szintén a másik emberhez való közelségként írta le, mely különböző szinteken valósulhat meg. Ennek megfelelően intellektuális, fizikai és érzelmi intimitás dimenziókat határozott meg, melyeket négy, természetéből fakadó, fontos tulajdonsággal jellemezte: kölcsönös hozzáférhetőség, természetesség, szabadság és az intimitás folyamatára való igény. Olson (1975) az intimitás meghatározására és megértésére törekedve hét dimenzió mentén határozta meg az intimitást: (1) érzelmi – a közelség megélésének élménye; (2) társas – annak élménye, hogy közös barátaink vannak és hasonló szociális hálóval rendelkezünk; (3) intellektuális – a gondolatcsere élménye; (4) szexuális – a vonzalom megélésének élménye és/vagy a szexuális aktivitás; (5) szó-

rakozás – hobbik, közös tevékenységek; (6) spirituális – hasonló elgondolás az élet értelméről és/vagy közös vallásos nézet; (7) esztétika – olyan jellegű közelség, ami a szépség közösen átélt élményére vonatkozik. Továbbá Olson (1975) az intimitás szempontjából különbséget tett az intim élmények és az intim kapcsolat között. Az intim élmények alatt a közelség érzetét és annak a másikkal történő megosztását érti. Intim élményeinket megélhetjük különböző emberekkel anélkül, hogy intim kapcsolatban állnánk velük. Az intim kapcsolat pedig olyan, ahol a felek átéli az intim élményeket egymással, és az élmény és a kapcsolat az idő múlásával fennmarad. Így az intimitás egy folyamat, ami idővel alakul ki és sosem fejeződik be vagy valósul meg teljesen. Így a párok téves következtetést vonnak le akkor, ha azt feltételezik, hogy „elérték” az intimitást és már semmit nem kell tenniük a fenntartásáért. Miközben az intimitás élménye megfoghatatlan és kiszámíthatatlan jelenség, ami spontán jelentkezik; idő, munka és erőfeszítés fenntartani. Így az intimitás megélésével kapcsolatos nehézségek az egész felnőttkoron átívelhetnek (Whitbourne és mtsai, 2009) és az élet különböző területeit érinthetik.

A kapcsolatban megvalósuló intimitás elmélyítésének alapja a kitarulkozás. Az önfeltárás kölcsönös folyamat, különösen a kapcsolat elején, amikor mindkét fél egyre mélyebb érzelmeket oszt meg egymással. Mivel az önfeltárás során negatív tartalmú információk cseréje is megvalósul, így bizalom szükséges ahhoz, hogy a felek legbensőbb gondolataikat és érzéseiket megosszák egymással, ami által a kapcsolat fontosabb, jelentőségtejtesebb és tartósabb lesz. Ezáltal a kapcsolat elmélyül, stabil és intim viszony alakul ki közöttük (Altman és Taylor, 1973). Az intimitás átéléséhez a fontos másik mel-

letti elköteleződésre, a gondolatok és érzelmek kifejezésére és mélyebb lélektani szinten történő megosztására van szükség (Weinberger és mtsai, 2008).

Derlega és Chaikin (1975) az intimitást nem különítették el az önfeltárástól, hanem úgy gondolták, hogy az önfeltárás és az intimitás kialakulása lineáris kapcsolatban van. Ellenben Cozby (1973) nem feltételezte ezt a szoros együtt járást, mert egy kapcsolatban előfordulhat, hogy a megnövekedett önfeltárás aktuálisan csökkenti a párkapcsolati elégedettséget. Ezzel szemben Gilbert (1976) szerint, ha a partnerek kölcsönösen és mélyen megnyílnak egymásnak, akkor nő a másik elfogadása, mint ahogyan a párkapcsolati elégedettség is. A közeli kapcsolatok egyik legfontosabb jellemzője az intimitás (Sternberg, 1986), így a párkapcsolati elégedettségben is kiemelt szerepe van.

A párkapcsolati elégedettség meghatározásában az egyetértés hiányát tükrözi, hogy nincs egységesen elfogadott elmélet a párkapcsolati működés magyarázatára. A kutatók különböző címkékkel, mint például „alkalmazkodás”, „boldogság”, „sikeresség”, „minőség” próbálták leírni a párkapcsolati elégedettséget (Faulkner, 2002; Fincham és mtsai, 1997). Egyes kutatók a párkapcsolati elégedettséget, mint a házasság fennmaradásának lényegi tényezőjét fogalmazzák meg (Amato és Rogers, 1999; Previti és Amato, 2003; Trent és South, 2003). Bahr és munkatársai (1983) a párkapcsolati elégedettséget a házasság általános szubjektív értékeléseként határozták meg, tehát az elégedettség annak a mértéke, hogy a szükségletek, elvárások és vágyak hogyan valósulnak meg a házasságban. A Bahr és munkatársai által meghatározott definíciót más kutatók is alkalmazták (például Burr, 1970; Hawkins, 1968; Lenthall, 1977). Végül Rusbult (1983)

az elégedettséget úgy határozta meg, mint a partner iránti érzések és a vonzalom pozitív, interperszonális értékelését.

A párkapcsolati elégedettség különböző faktorokkal hozható kapcsolatba, mint az elkötelezettség (Rusbult, 1980), a jutalom és a kapcsolatba fektetett energia (Sabatelli, 1988), a párkapcsolati stabilitás (White, 1990), az együtt töltött idő (Vangelisti és Banski, 1993), az észlelt párkapcsolati alternatívák (Attridge és mtsai, 1995), a jövőre vonatkozó tervek (Oner, 2000).

A párkapcsolati elégedettség magába foglalja a pár által megtapasztalt intimitást (Spanier és Filsinger, 1983), így az intimitás fontos része a párkapcsolati elégedettségnek, mivel az intimitás, az egyéni szükségletek, vágyak, elvárások beteljesülésének mértékét mutatja, előre jelzi a kapcsolat hosszát, sikerességét, stabilitását (Anderson és Emmer-Sommer, 2006; Hinde, 1997; Kurdek és Schmitt, 1986). Az egyén pszichés jóllétét befolyásolja, hogy mennyire elégedett a párkapcsolatával, sőt már önmagában az intim kapcsolat megléte hatással lehet az egyén pszichés jóllétére (Forgács, 2003; Gottman és Notarius, 2002; Kiecolt-Glaser és Newton, 2001; Wilson és Oswald, 2005). Az elégedettebb párok nagyobb intimitást élnek meg a kapcsolatukban (Prager és Buhrmaster, 1998). Ha az intimitás fokozódik egy kapcsolatban, a felek jobban bíznak egymásban és vállalják a közelséget (Jacquet és Surra, 2001).

A párkapcsolat minőségét meghatározó intimitás és az elégedettség viszonya kevéssé kutatott terület, mely valószínűleg az intimitás fogalmi meghatározottságának és mérésének nehézségéből fakad (Patrick és mtsai, 2007). Összefoglalóan elmondható tehát, hogy az intimitás és a párkapcsolati elégedettség egymással szoros kapcsolatban lévő,

de különböző konstruktumok, melyek kapcsolatára a szakirodalomban leginkább Olson (1975) elmélete mutat rá. Ezen elmélet mentén a Schaefer és Olson (1981) által kidolgozott mérőeszköz egy gyakorlati újdonság. A kérdőív a párkapcsolaton belül megvalósuló, a közösen átélt, különböző élmények által közelíti meg és vizsgálja a párkapcsolati elégedettséget.

Párkapcsolati Kérdőív (PAIR)

Schaefer és Olson (1981) a párkapcsolat diagnosztikai vizsgálatára, klinikusok számára fejlesztette ki a Párkapcsolati Kérdőívet (PAIR). A Párkapcsolati Kérdőíven kívül is számos kérdőív segíti a párkapcsolati elégedettség feltérképezését, valamint annak megértését. A Házassági Elégedettségi Leltár (Marital Satisfaction Inventory, MSI) tíz dimenzió mentén, 280 állítás segítségével méri fel a személy attitűdjeit és hiedelmeit a házasságával kapcsolatban (Snyder, 1979). A Házassági Elégedettségi Skála (Marital Satisfaction Scale, MSS) egy 73 itemet tartalmazó egydimenziós kérdőív (Roach és mtsai, 1981), mely a személy érzéseit méri fel a párkapcsolatára vonatkozóan. A Kansas Házassági Elégedettségi Skála pedig három állítás segítségével, direktív módon kérdez rá a párkapcsolati elégedettségre (Schumm és mtsai, 1986).

A PAIR abban tér el az eddig felsorolt mérőeszközöktől, hogy a Schaefer és Olson által kialakított kérdőív alapját az a fogalmi különbség képezi, ami az intim tapasztalatok és az intim kapcsolat között áll fenn. Ez az egyetlen olyan kérdőív, mely a párkapcsolati elégedettséget az intim kapcsolat felől közelíti meg. A továbbiakban ennek a kérdőívnek a sajátosságaira koncentrálunk.

A pár tagjai az intimitást a szerzők eredeti elképzelése szerint a kapcsolat négy külön-

böző területén értékelik: (1) az érzelmi (a község érzésének élménye); (2) a szexuális (kölcsonös vonzalom és a szexuális aktivitás); (3) az intellektuális (gondolatok megosztása); és (4) a szabadidős időtöltés (közös érdeklődési kör és hobbi) szempontjából.

Az eszköz klinikai használata során Schaefer és Olson arra kérte a partnereket, hogy válaszoljanak egy ötfokú Likert-skála segítségével arra, hogy most milyen a kapcsolatuk, illetve arra is, hogy milyen kapcsolatra vágnának. Az adatok segítségével egy profilt hoztak létre, mely rámutat a jelen és az elvárások közötti különbségekre. A különbségek feltárásának segítségével a párok megpróbálják azonosítani a problémás területeket, megkönnyítve a célzott változtatások azonosítását.

A kérdőív eredetileg 113 állítást tartalmazott, majd a kérdőív megbízhatóságának növelése érdekében csökkentették az itemek számát. Az eredeti kérdőív kezdetben 6 alskálát és 36 itemet tartalmazott. Az alskálák megbízhatósága, a Cronbach-alfa mutatót tekintve a 0,70 és a 0,77 értékek között mozgott (Sabatelli, 1988). Azonban két alskála kikerült a kérdőívből, mivel csak négy alskálának volt konzisztensen magas az együtt járása a validáló kérdőívekkel (Schaefer és Olson, 1981).

Tehát a végleges párkapcsolati mintázatot vizsgáló önkitöltős papír-ceruza teszt 24 állításból áll, ezen túl egy összegző megítélés is történik az alábbiak szerint. A kérdőív négy alskála mentén vizsgálja a párkapcsolati elégedettséget: érzelmi (például: „Gyakran érzek érzelmi távolságot köztem és partnerem között”), szexuális (például: „A szexuális vágy kifejezése a kapcsolatunk fontos része”), intellektuális (például: „Amikor valami komoly dologról beszélgetünk, úgy tűnik, hogy kevés dologban értünk egyet”), és szabadidős (például: „Szabadidőnket örömmel

töltjük el együtt”) aspektusokat mér fel az állításokkal való – ötfokú Likert-skálán kifejezett – egyetértés mentén. A kérdőív utolsó iteme egy összegző kérdés: a válaszadónak egy folytonos vonalon kell megjelölnie párkapcsolati elégedettsége mértékét, melynek egyik végpontja az „Egyáltalán nem elégedett”, a másik végpontja a „Teljesen elégedett”. Schaefer és Olson azt javasolták, hogy külön pontszámot kell létrehozni minden élményre vonatkozóan, mivel a különböző dimenziók adják az intimitás profilját, ami fontosabb, mint az összpontszám. A PAIR tehát a párkapcsolati elégedettség indirekt mérőeszköze (Greeff és Hildegard, 2001). A kérdőív validitását empirikus vizsgálatok erősítik meg, melyek eredményei szerint a kérdőív alskálái összefüggnek a házastársi alkalmazkodás, az empátia és az önfeltárás mértéke, valamint a Moos Családi Környezet Skála (Moss és Moss, 1976) eredményeivel (Thomas és mtsai, 1984). A Párkapcsolati Kérdőív minden alskálája pozitívan korrelált a Moos-féle kohézió és kifejezőképesség skálákkal. Ugyanebben a vizsgálatban a Párkapcsolati Kérdőív minden alskálájának megbízhatósági együtthatója jó értéket mutatott, a Cronbach-alfa legalább 0,70 volt. A PAIR mindegyik alskálája pozitívan korrelált a Locke–Wallace Házastársi Alkalmazkodás Skálával (The Locke–Wallace Short Marital Adjustment Test), a korrelációs együttható meghaladta a 0,30-as értéket (Locke és Wallace, 1959). Ugyanakkor egyik alskála sem korrelált az empátia skálával, és csak mérsékelt összefüggések voltak megfigyelhetők az alskálák és az önfeltárás mértéke között (Locke és Wallace, 1959). Minden alskála a várt irányban korrelált a kohézióval, a kifejezőképességgel és a konfliktusos családi környezet skálával (Sabatelli, 1988).

További vizsgálatokban a PAIR skálái szignifikánsan korreláltak ($r = 0,77$) a Waring Intimitás Kérdőívvel (WIQ), mely az intimitás 8 komponensét vizsgálja (Fowers, 1990; Van den Broucke és mtsai, 1995). A WIQ alszkálái közül a konfliktuskezelés, szeretet, kohézió, kompatibilitás, autonómia és kifejezőképesség legalább közepes korrelációt mutatnak a PAIR alszkáláival (Waring, 1984). Ugyanakkor a WIQ alszkálái közül a szexualitás és identitás és a PAIR alszkálái nem mutatnak összefüggést (Waring, 1984). Továbbá a PAIR párkapcsolati kérdőívvel mért intim tapasztalatok negatívan korreláltak az érzelmi zavarokkal és pozitívan az intimitással (Hames és Waring, 1980).

Birnbaum és Reis (2006) 248 észak-amerikai nő szexualitását vizsgálta. Az egyik alkalmazott kérdőív a PAIR érzelmi skálájának öt iteme volt. Az állításokat egy kilencfokú Likert-skála mentén értékelték a kitöltők. Az eredmények alapján az alszkála megbízhatósága magas, a Cronbach-alfa értéke 0,89 volt.

Tapasztalatok a PAIR párkapcsolati kérdőív alkalmazásával

A PAIR párkapcsolati kérdőívet használták a kutatók a házassági tanácsadás hatékonyságának, a párterápiás célok és technikák kialakításának, a szülői szerepvállalás párkapcsolatra gyakorolt hatásának vizsgálatok, valamint az anyaság vallási szociális támogatásának felmérése esetében is. A tanulmány alábbi részében ezen kutatásokat foglaltuk össze, melyekben eredményesen használták a párkapcsolati elégedettség kérdőívet.

Powell és Wampler (1982) szekunder adatelemzést végeztek Schaefer és Olson (1981) egyik legátfogóbb tanulmányának adatain. Az eredeti kutatásban 118 olyan pár vett részt, akik házassági tanácsadáson is

részt vettek, míg a kontrollcsoportot 30 olyan pár alkotta, akik csak a kutatási kérdőívet töltötték ki, de tanácsadásban nem részesültek. A két csoport nem különbözött semmilyen demográfiai változó tekintetében, a párkapcsolati elégedettséget illetően mégis nagy különbségek voltak közöttük. A vizsgálatban az eredeti, hat alszkálát tartalmazó kérdőív adatait elemezték. A PAIR öt alszkáláján elért eredmények között a különbségek szignifikánsak voltak (Érzelmi, Szociális, Intellektuális, Szabadidős és Rekreációs) a két csoport között. Eredményeik alapján a tanácsadáson részt vevő párok bizonyultak elégedetlenebbeknek, melyet a PAIR kérdőív is igazolt.

Kersten (1990) mélyinterjú technika alkalmazásával vizsgálta a házassági elégedetlenséget. Mivel az érzelmi kötelek központi szerepet játszanak a házasságban, ezért fontos megérteni azokat a tényezőket, amelyek fokozzák az elégedetlenséget vagy házastársi elhidegüléshez vezetnek. Az eredmények alapján a párkapcsolati elégedetlenség fokozatosan gyengíti a kötődést, csökken a másikkal való törődés, érzelmi elhidegülés, apátia, közöny alakul ki a felek között. Kersten az interjú kérdései között a PAIR egyes állításait is használta. Eredményei arra mutattak rá, hogy a bizalomvesztés folyamatának visszafordítása érdekében a párterápia során különböző célokat kell kitűzni és különböző beavatkozásokat kell eszközölni a felek közötti elégedetlenség minden állapotára vonatkozóan.

Bradley és munkatársai (1997) alakították ki a Szülői Ráfordítás Kérdőívet (PIC), melylyel a szülők gyermekükre vonatkozó érzelmi ráfordítását mérték. A kérdőív pontszámait összevetették a PAIR pontszámaival. A kérdőív ambivalencia, konfliktus és szeretet skáláját használták, hogy az anyák a csecsemőjük születését követő egy hónapban értékeljék

a párkapcsolatuk minőségét. Vizsgálatuk alapján elmondható, hogy a szülői szerep elfogadásában többek között szerepet játszik a párkapcsolatra vonatkozó ambivalenciaérzet, valamint a kapcsolatban zajló konfliktusok.

Mulsow és munkatársai (2002) a szülői stresszt vizsgálták kisgyermekes házaspároknál. Azok az anyák, akik nagyobb intimítást éltek meg a párkapcsolatukban, azok kisebb stresszt éltek meg a gyermek féléves koráig.

Willoughby és munkatársai (2008) a RSS (Religious Social Support Scale) skála validálása során használták a PAIR párkapcsolati kérdőív érzelmi aspektusára vonatkozó hat itemét, mely alapján bejósolhatóvá vált a párkapcsolat minősége.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy bár Schaefer és Olson (1981) a PAIR párkapcsolati kérdőívet azzal a céllal hozták létre, hogy hasznos információkkal szolgáljon a terápiás munka megtervezésére vonatkozóan, emellett számos kutatásban alkalmazták az intimitás mértékének megállapítására.

VIZSGÁLAT

A tanulmány célja a magyar nyelvre lefordított párkapcsolati elégedettség vizsgálatára alkalmas kérdőív (PAIR-H) pszichometriai jellemzőinek feltárása. A kérdőív magyar nyelvű adaptációja most történt meg. Egyrészt szükség volt a magyar nyelvű változat megbízhatóságának és validitásának elemzésére. Másrészt, mivel a kérdőív kialakítása több mint harminc évvel ezelőtt történt, és időközben a kultúra, a párkapcsolatra vonatkozó elvárások is változtak, ezért egyébként is indokolt volt a kérdőív itemeinek felülvizsgálata. Különösen azért, mert a kérdőív

szerkezetét kialakítása óta tudomásunk szerint nem vizsgálták, mindössze a kérdőív alskáláinak megbízhatóságát tüntetik fel a mérőeszközt alkalmazó tanulmányok. Célkitűzésünk motivációja tehát kettős volt: egyrészt a párkapcsolati kérdőív magyar nyelvre lefordított itemeinek magyarországi gyakorlatban való megfelelésének, másrészt az itemek a jelenkori gyakorlatban való alkalmazhatóságának vizsgálata a cél. Természetesen technikailag a folyamat nem válik szét, hanem egyetlen vizsgálatról van szó, melynek eredményeképpen egy párkapcsolati terápiában alkalmazható és elméleti kutatásokban használható mérőeszköz magyar nyelvű változatát szeretnénk kialakítani, melyet Personal Assessment of Intimacy in Relationship in Hungarian, azaz PAIR-H kérdőívnek nevezünk.

Minta és eljárás

Jelen vizsgálat egy komplex kutatási projekt egy szelete. A párkapcsolati dinamikára fókuszáló komplex vizsgálatához az etikai engedélyt a DE OEC Tudományos Bizottság Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága adta.

A vizsgálati személyeket előzetesen tájékoztattuk, hogy egy párkapcsolatra vonatkozó kutatásban kérjük a részvételüket. A kérdőívek felvételére papír-ceruza formában, felügyelet nélkül került sor. A kérdőív-csomag tartalmazott egy kutatási tájékoztatót, melyben a résztvevőket megkértük, hogy a kérdőíveket önállóan töltsék ki, a partnerükkel való egyeztetés nélkül válaszoljanak a kérdésekre. A kérdőív elején néhány demográfiai adat megadására kértük a résztvevőket: nemükre, korukra, iskolai végzettségükre, valamint a párkapcsolatuk hosszára kérdeztünk rá. A vizsgálati személyek a kitöltött kérdőíveket minden esetben lezárt

borítékban juttatták vissza. A vizsgálatban párok vettek részt, ez jelen tanulmány szempontjából technikai jelentőséggel bír, azonban más, tervezett vizsgálatok szempontjából fontos volt, hogy a pár mindkét tagját elérjük.

A vizsgálati kérdőívet kisebb arányban a DE OEC Pszichiátriai Tanszéken pszichiátriai kezelésben, ambuláns ellátásban részesülő páciensekhez és azok házaspáraihoz, valamint nagyobb arányban az átlagpopulációhoz tartozó, pszichiátriai előzménnyel nem rendelkező párokhoz juttattuk el. A pszichés zavarral küzdő páciensek bevonását azért láttunk indokoltnak, mert a párkapcsolati nehézségek és a miattuk megélt szorongás miatt fordulnak az emberek legtöbbször lelki segítségért (Platts és mtsai, 2002). Szakirodalmi adatok is alátámasztják az összefüggést a párkapcsolati problémák és a pszichés zavarok között, miszerint a depresszió vagy a depresszív tünetek összefüggnek a párkapcsolati diszfunkcióval (Burns és mtsai, 1994; Davila és mtsai, 2003). Továbbá a szorongás káros hatással van a párkapcsolatra (Li és Chan, 2012), mivel a szorongásos zavarokban szenvedők nehezebben alakítanak ki és tartanak fent párkapcsolatot (Schneier és mtsai, 1992; Turner és mtsai, 1986).

A mintavétel önkényes, beválasztási kritériumunk az volt, hogy 18 év feletti, legalább hat hónapja partnerkapcsolatban lévő heteroszexuális párok mindkét tagja vegyen részt a vizsgálatban. A kutatás során megtapasztaltuk, hogy mennyire nehéz intim, magánéleti témában az emberek segítségét kérni a kérdőívek kitöltéséhez. A megkeresett párok 15%-a teljesen elutasította a lehetőségét annak, hogy kitöltse a kérdőívet. A kérdőívet végül 276 pártól kaptuk vissza, ezek közül 89 kérdőívet nem töltöttek ki, továbbá 65 hiányos adatokat tartalmazott, ezeket az adatelemzés során nem vettük figyelembe. A hi-

ányos adatok nem szórványosan jelentkező egy-egy tétel kihagyását jelentették, hanem döntően a kérdőív félbehagyását. Mivel ez motivátlanságot, figyelmetlenséget jelenthet, illetve mivel a PAIR-H párkapcsolati kérdőív a kérdőívcsomag végén helyezkedett el, ezeket az adatokat nem tudtuk figyelembe venni az elemzésben.

A végső vizsgálati minta 244 főből, 122 párból áll. A párok közül 38 fő – 27 nő és 11 férfi – terápiás kezelés alatt állt, ebből kifejezetten 27 férfi és 11 nő az terápiás kezelés alatt álló személyek párjai. A diagnózist 8 esetben depresszió, 13 esetben szorongás és 17 esetben kevert szorongásos és depressziós zavar. A pszichés zavar súlyossága 14 esetben gyenge, 9 esetben közepes és 15 esetben erős. Továbbá részt vett a vizsgálatban 84 egészséges pár. Összességében a kérdőívet kitöltötte 122 nő és 122 férfi, átlagéletkoruk 49,32 év (SD = 8,29 év). A mintában 6 fő általános iskolai, 41 fő szakmunkás, 5 fő szakközépiskolai, 14 fő technikai végzettséggel rendelkezik, 69 főnek érettségi bizonyítványa van, 40 főiskolát és 69 egyetemet végzett. Átlagosan 24,25 éve vannak párkapcsolatban (SD = 8,56), a vizsgált párok esetében a legrövidebb párkapcsolat 8 hónapja, a leghosszabb 51 éve tart.

Módszer

Az adatgyűjtés, mint azt említettük, egy nagyobb kutatási projekt keretén belül történt, ebből fakadóan egy komplex kérdőívcsomaggal szembesültek a válaszadók. A kérdőívcsomagban szereplő kérdőívek, melyek a PAIR kérdőívvel egyidejűleg felvételekre kerültek, de nem képezik jelen kutatás tárgyát, a 2. mellékletben találhatóak.

Párkapcsolati Kérdőív: (PAIR-H – Personal Assessment of Intimacy in Relationships, Schaefer és Olson, 1981) a Vágyi Petra

által a szokványos módszerrel kialakított magyar kérdőívváltozatot használtuk. Azaz két különböző személy angolról magyarra fordította, majd visszafordította a kérdőív szövegét, majd az angol verziókat angol anyanyelvű személy vetette össze, az általa javasolt módosítások elvégzése után alakult ki a végleges magyar kérdőívváltozat. A kérdőív jellemzőiről korábban bővebben szövegünk, a kérdőív itemei a mellékletben láthatók.

Jelen vizsgálatban a komplex kérdőív adatainak csak egy részét használjuk fel, mely adatok a párkapcsolati elégedettség kérdőív pszichometriai vizsgálatát lehetővé teszik.

Eredmények

A statisztikai elemzést az R statisztikai szoftver segítségével kiviteleztük (R Core Team, 2015).

Az elemzés első fontos kérdése az volt, hogy hogyan járhatunk el a mintát illetően. Mivel a 244 fő adata tulajdonképpen 122 párhoz tartozik, nem kezelhettük őket független adatként. Viszont a látens struktúra elemzését lehetővé tévő statisztikai eljárások feltételezik, hogy a mintába kerülő személyek válaszai függetlenek egymástól. A párok random besorolását terveztük, hogy így felezzük meg a mintát, és a két különálló, így már független adatokat tartalmazó mintán végezzük el a vizsgálatokat. Mindkét mintába 122 fő került. Nem szerettük volna, hogy a kis mintanagyság melletti random besorolás esetlegességei két jellegében nagyban különböző mintát eredményeznének, ezért a rétegzett random besorolás mellett döntöttünk. A nemi arányokat tartottuk a két mintában. Azt sem hagyhattuk figyelmen kívül, hogy a mintában vannak pszichés zavarral küzdő páciensek, ami valószínűleg hatással van az ő elégedettségükre, illetve párjuk kapcsolati

elégedettségére is. Mindezt figyelembe véve rétegzett random besorolást alkalmaztunk annak érdekében, hogy az adatokból két mintát alakítsunk ki, figyelembe véve a személyek nemét, diagnózisát és a pszichés zavar súlyossági fokát, továbbá természetesen azt is, hogy egy mintába csak a pár egyik tagja kerülhet be. Az adatelemzést tehát az így kapott két mintán folytattuk le. Mindkét mintába 19 kezelt személy, 19 tőlük eltérő kezelt személy házastársa és 84 átlagpopulációból származó személy került. Az ő párjaik alkotják a másik mintát. Mindkét minta 122 főből áll, egyenlő nemi arányt tartva. A két csoport nem különbözik szignifikáns módon sem a képzettség tekintetében ($\chi^2 = 9,05$, $df = 6$, $p = 0,17$), sem a kor tekintetében (Mann-Whitney-próba: $W = 7426,5$, $p = 978$).

Első lépésként a PAIR-H párkapcsolati kérdőív szerzők által javasolt (Schaefer és Olson, 1981) négyfaktoros modelljét teszteltük megerősítő faktoranalízis segítségével. A modell nem konvergált egyik minta esetén sem, az elemzés hibáüzenetet adott (a Hessian-mátrix nem pozitív). Ellenőriztük a faktorok közötti korrelációt a modell szerint. Mindkét esetben az érzelmi és az intellektuális faktorok korrelációja magasabb értéket mutatott, mint egy ($r = 1,022$ és $r = 1,042$), ami önmagában indokolja a konvergencia hiányát. Ezért az érzelmi és az intellektuális faktort összevontuk, és a két alskála magas korrelációja miatt a továbbiakban csak az így kialakult háromfaktoros modellt vizsgáltuk.

Mind korrelálatlan, mind korreláló faktorokat megengedő háromfaktoros modellt illesztettünk (lásd az 1. táblázatot) mindkét minta esetén, és mindkét esetben szignifikánsan jobban illeszkedett a korrelációt megengedő modell ($\chi^2_{dif} = 142,89$, $df_{dif} = 3$, $p < 0,001$; $\chi^2_{dif} = 135,3$, $df_{dif} = 3$, $p < 0,001$).

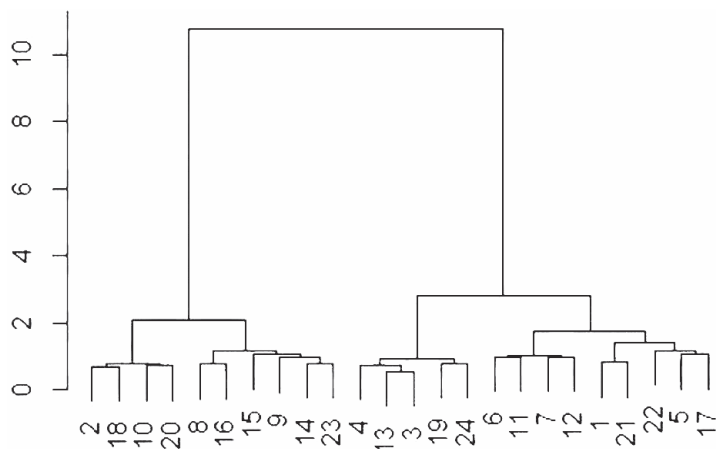
1. táblázat. A megerősítő faktoranalízis modellek főbb illeszkedési mutatói

Minta	Modell leírása	Khi-négyzet korreláló fak.	Df	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
A minta	3 faktor	922,01	252	0,148	0,483	0,434	0,248
A minta	3 faktor + korreláció	779,12	249	0,132	0,591	0,547	0,171
B minta	3 faktor	839,30	252	0,138	0,491	0,442	0,230
B minta	3 faktor + korreláció	704,00	249	0,122	0,606	0,563	0,171
A minta	2 faktor	808,14	252	0,134	0,571	0,530	0,220
A minta	2 faktor + korreláció	781,86	251	0,132	0,591	0,550	0,174
B minta	2 faktor	725,62	252	0,124	0,589	0,550	0,197
B minta	2 faktor + korreláció	711,34	251	0,123	0,601	0,561	0,172
A minta	2 faktor + korreláció – 2 item	639,72	208	0,130	0,639	0,600	0,163
B minta	2 faktor +korreláció – 2 item	598,95	208	0,124	0,640	0,600	0,164

Ezt a modellt tekintve egyik mintában sem illeszkedett jól a 6. item és a 12. item saját alskálájába. Pontosabban, az „*Úgy érzem, hogy szeretkezéseink rutinszerűek*” (6. item) nem jól illeszkedett a szexuális elégedettség alskálába, valamint a „*Ritkán találunk időt a szabadidő közös eltöltésére*” (12. item) nem illeszkedett a szabadidős elégedettség alskálába. Mindkét modell esetén magasak a korrelációk a szexuális elégedettség alfaktor és a szabadidős párkapcsolati elégedettség alfaktor között ($r = 0,969$ és $r = 0,934$). Ezek mindössze két elkülönülő faktor létjogosultságát mutatják, a kétfaktoros modell illeszkedési mutatói is az 1. táblázatban láthatók. Továbbra is szignifikánsan jobb ($\chi^2_{\text{dif}} = 26,282$, $df_{\text{dif}} = 1$, $p < 0,001$; $\chi^2_{\text{dif}} = 14,281$, $df_{\text{dif}} = 1$, $p < 0,001$) a korrelációt megengedő modellek illeszkedése, és a korábban feltüntetett két item továbbra sem illeszkedik jól. A két item elhagyásával az illeszkedés javítható, de tovább-

ra sem elégséges ($\chi^2_{\text{dif}} = 142,14$, $df_{\text{dif}} = 43$, $p < 0,001$; $\chi^2_{\text{dif}} = 112,38$, $df_{\text{dif}} = 43$, $p < 0,001$). A látens szerkezet feltárása érdekében az 'A' adatbázison hierarchikus klaszterelemzést végeztünk az itemkorrelációk mátrixából kiindulva, a Ward-módszer segítségével. Ez az eljárás már máskor is célravezetőnek bizonyult, a faktoranalízis által megengedett többféle elemzési útvonal helyett azonnal jól értelmezhető eredményt hozott (például: Péter-Szarka és mtsai, 2015). Az elemzés eredménye az 1. ábrán látható.

A klaszteranalízis, az eddig feltárt eredményekkel összhangban, két fő klasztert azonosít, mely fő klaszterek alatti szint valóban újabb két-két fő itemcsoportot, azaz összesen négy klasztert határoz meg, ezek a klaszterek azonban nincsenek összhangban az elmélet által meghatározott (Schaefer és Olson, 1981) eredeti négy alskálával. Illetve a két fő klasz-



1. ábra. Az itemek klaszterstruktúrája az 'A' adatbázis elemzése alapján (az itemek, számozva a mellékletben találhatók)

ter között sokkal nagyobb a távolság, mint a négy klaszter között. Mégis, ha az eredeti alszkálákkal összevetjük az itemeket, akkor azt láthatjuk, hogy az egyik klaszter (az ábrán a bal oldalon) leginkább a szexuális és a szabadidős alszkálák itemeiből áll, míg a másik klaszter (az ábrán a jobb oldalon) jórészt az érzelmi és az intellektuális alszkála itemeit tartalmazza.

Az ilyen módon feltárt itemcsoportok figyelembevételével a „B” mintán újabb megerősítő faktoranalízist végeztünk, két fő faktort feltételezve. A modell illeszkedése jobb, mint a korábbi modelleké, azonban még mindig nem elégséges ($\chi^2 = 425,89$; $df = 251$; $RMSEA = 0,076$; $CFI = 0,848$; $TLI = 0,833$; $SRMR = 0,087$).

Ezután tartalmilag áttekintettük az 'A' minta alapján egy klaszterbe rendezett itemeket. Az egyik klaszterbe (bal oldali az ábrán) rendeződtek a szexualitással kapcsolatos itemek és a közös tevékenységgel kapcsolatos itemek, három kivétel van ez alól (9., 15., 23.), melyek az intellektuális alszkálának voltak az itemei. A másik klaszterben (az ábrán a jobb oldali) rendeződtek a meg-

értésre és támogatásra vonatkozó, az érzelmi és intellektuális alszkálákból származó itemek, illetve öt tartalmilag nem illeszkedő item. Ezek jórészt egy fűrtben elhelyezkedő fordított itemek (6., 7., 11., 12.), illetve, ezzel átfedésben, két szexualitásra vonatkozó item nem illeszkedik tartalmilag (6., 22.). Ha ezeket kihagyjuk, és így végzünk megerősítő faktoranalízist a 'B' mintán, akkor a modell illeszkedése már elfogadható ($\chi^2 = 147,01$; $df = 103$; $RMSEA = 0,059$; $p > 0,05$; $CFI = 0,944$; $TLI = 0,934$; $SRMR = 0,064$). A két faktor közötti korreláció 0,271, $p < 0,05$.

A továbbiakban az ilyen módon szűrt két alszkálát vesszük figyelembe, melyeknek hét, illetve kilenc iteme van. Az első alszkála, amit tartalma alapján nevezhetnénk a közös élmények alszkálájának, itemei: 2., 8., 10., 14., 16., 18, 20. Például: „*Szabadidőnket örömmel töltjük el együtt*”. A második alszkála, melyet tartalma alapján nevezhetnénk megértés-támogatás dimenzióknak, itemei: 1., 3., 4., 5., 13., 17., 19., 21., 24. Például: „*Ha szükségem van arra, hogy valaki meghallgasson, partnerem készséggel figyel rám*”. Az alszkálák megbízhatósága a Cronbach-alfa

mutatót tekintve az 'A' minta alapján 0,88 és 0,881, illetve a 'B' minta alapján 0,83 és 0,90, azaz erősen megbízhatóak.

Felmerülhet a kérdés, ahogy a tanulmány lektoraiban is felmerült, hogy vajon nem a pszichés zavarral küzdők és párjaik bevonása a mintába okozza-e azt, hogy a PAIR-H párkapcsolati kérdőív struktúrájára vonatkozó eredeti elképzeléstől nagymértékben eltérő látens struktúrát találtunk. Ennek vizsgálata érdekében a mintánként 38 fő kihagyásával, azaz 84 fővel újra elvégeztük a megerősítő faktorelemzéseket és a hierarchikus klaszteranalízist a fentiek szerint. Az elemzés menete az eredményekből fakadóan is azonos volt. El kell ismerni, hogy a csökkentett mintanagysággal kevésbé megbízható a statisztikai elemzés eredménye, ugyanakkor mégiscsak egy benyomást kaptunk arról, hogy a kizárólag egészséges párokkal végzett vizsgálat milyen eredményt ad. A 84 fős 'A' mintán végzett klaszteranalízis a korábbiakban bemutatottal nagyon hasonló struktúrát tárt fel. Mindössze a megértés-támogatás alskála itemcsoportjaiban volt átrendeződés. De továbbra is egyértelmű a két elkülönülő, alapvető faktor megléte. A végső, kétfaktoros, korrelációt megengedő modell illeszkedési mutatói a 84 fős 'B' mintán: $\chi^2 = 139,27$; $df = 103$; $RMSEA = 0,065$; $p > 0,05$; $CFI = 0,944$; $TLI = 0,934$; $SRMR = 0,078$.

A PAIR-H párkapcsolati kérdőív végén szerepelt egy kérdés, melyben a válaszadók kifejezheték a párkapcsolatukkal való globális elégedettséget egy egyenes mentén megjelölve, hogy mennyire elégedettek párkapcsolatukkal. Ezt az értéket kívánjuk fő validitási kritériumként használni. Mindkét mintában balra elnyúló eloszlást követ a párkapcsolattal való globális elégedettségnek az értéke, az eloszlások eltérnek a normál eloszlástól (a Kolmogorov–Szmirnov-próba

eredménye rendre: $D = 0,162$, $p < 0,01$; $D = 0,141$, $p < 0,05$). Ezért a globális elégedettségi pontszámok összevetését az alskálák összpontszámaival a Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltuk. Az 'A' minta esetén gyenge, de szignifikáns kapcsolat mutatkozott a közös élmények alskála és a párkapcsolattal való globális elégedettség között ($\rho = 0,23$, $S = 232891,4$, $p < 0,05$). Ugyanezen minta esetében erősnek mondható összefüggést láttunk a megértés-támogatás alskálával ($\rho = 0,71$, $S = 88009,9$, $p < 0,001$). A 'B' minta esetén is hasonlóképpen: a közös élmények alskála kapcsolata gyenge ($\rho = 0,23$, $S = 232968$, $p < 0,05$), a megértés-támogatás alskála kapcsolata pedig erős a globális párkapcsolati elégedettséggel ($\rho = 0,64$, $S = 108760,8$, $p < 0,001$). Mindezek alátámasztják a mérőeszköz validitását, és arra utalnak, hogy a globális elégedettség megítélésében nagyobb szerepet kap a megértés-támogatás alskála.

Az alskálákra vonatkozó leíró statisztikák a 2. táblázatban találhatóak. Az alskálakon elért középértékeket tekintve nem mutatkozott különbség a nemek között, továbbá sem a korral, sem a párkapcsolat hosszával nem függött össze az alskálakon elért pontszám egyik mintában sem.

Amikor viszont a betegek, a betegek hozzátartozói és az egészségesek csoportját vettük össze mindkét mintában, akkor a megértés-támogatás alskála mentén szignifikáns eltérést láttunk (lásd a 3. táblázatot). A pár férfi és női tagjának globális elégedettségértéke szorosan összefüggött ($\rho = 0,66$, $S = 103694$, $p < 0,001$). Valamint mind a két alskálán elért elégedettségi pontszám is erősen összefüggött a párok női és férfi tagját tekintve ('A' minta: $\rho = 0,84$, $S = 47931,7$, 'B' minta: $p < 0,001$, $\rho = 0,71$, $S = 103712,3$, $p < 0,001$).

2. táblázat. Az alsókálák leíró statisztikái

Minta	Alskála	Átlag	Szórás	Medián	Normalitás (Kolmogorov–Szmirnov)
A minta	közös élmények	22,13	8,04	22,00	D = 0,095, p > 0,05
A minta	megértés-támogatás	34,31	8,14	36,50	D = 0,134, p < 0,05
B minta	közös élmények	22,83	8,06	24,00	D = 0,108, p > 0,05
B minta	megértés-támogatás	35,24	6,59	36,00	D = 0,095, p > 0,05

3. táblázat. A különböző csoportok párkapcsolati elégedettségi értékei

Minta	Csoport	Medián közös élmények alskála	Medián megértés-támogatás alskála	Eltérések vizsgálata (Kruskal–Wallis próba)
A minta	Beteg	22,84	29,53	közös élmények alskála: $\chi^2 = 0,19$, df = 2, p > 0,05 megértés-támogatás alskála: $\chi^2 = 11,28$, df = 2, p < 0,05
A minta	Beteg hozzátartozója	22,53	31,89	
A minta	Egészséges	21,88	35,94	
B minta	Beteg	22,74	32,37	közös élmények alskála: $\chi^2 = 2,02$, df = 2, p > 0,05 megértés-támogatás alskála: $\chi^2 = 7,07$, df = 2, p < 0,05
B minta	Beteg hozzátartozója	25,63	33,63	
B minta	Egészséges	22,21	36,25	

A beteg, beteg hozzátartozója és egészséges csoportok eltérnek egymástól mindkét mintában a párkapcsolati elégedettség szempontjából (lásd a 3. táblázatot). Párunkénti post-hoc vizsgálatot végezve (Mann–Whitney-próbával) látható, hogy minden összevetés esetén szignifikáns az eltérés ($W_s > 1137$, $ps < 0,004$).

4. táblázat. A pszichés zavar és a párkapcsolati elégedettségi alsókálakon mért értékek közötti összefüggés (Spearman-féle rangkorreláció)

Minta	Elégedettség mértéke	
	Közös élmények alskála	Megértés-támogatás alskála
A minta depresszió	-0,26*	-0,29**
A minta szorongás	-0,31**	-0,31**
B minta depresszió	-0,31**	-0,25*
B minta szorongás	-0,31**	-0,20 ^T

^T 0,05 < p < 0,1; * p < 0,05; ** p < 0,01

Megvizsgáltuk továbbá az elégedettségi értékek alsókálái és a Beck Depresszió Kérdőív és Beck Szorongás Leltár által mért depresszió és szorongás összefüggéseit. A pszichés zavar és az elégedettségi értékek közötti korrelációt a 4. táblázat tartalmazza. Ahogyan az a táblázatban is látszik, a párkapcsolati elégedettségnek mindkét aspektusa ugyan gyenge mértékben, de összefügg a pszichés zavar mértékével.

Továbbá megvizsgáltuk a különböző kötődési stílusú vizsgálati személyek párkapcsolati elégedettségét, feltételezve, hogy a biztonságosan kötődő személyek a leginkább elégedettek párkapcsolatukkal. Az alsókálák mediánjait kötődési típusonként az 5. táblázat tartalmazza. Kruskal–Wallis-próbák alapján minden alskála és minden minta esetén van eltérés ($\chi^2_s > 14,33$, df = 3, $ps < 0,01$) a párkapcsolati elégedettségben kötődési típus szerint. A biztonságosan kötődő személyek párkapcsolati elégedettségének mediánjai

5. táblázat. A párkapcsolati elégedettség mediánértékei a különböző kötődési stílussal rendelkező egyéneknél

Minta	Alskála	Biztonságos	Félelemteli	Elárasztott	Elkerülő
A minta	közös élmények	29	24	29	19
A minta	megértés-támogatás	39	30	35,5	24
B minta	közös élmények	29	19	24	19
B minta	megértés-támogatás	39,5	24	34	27

a Mann–Whitney-próbák alapján legalább tendenciaszerűen eltérnek a többi más kötődésű személyek párkapcsolati elégedettség mediánjaitól ($W_s > 451$, $ps < 0,09$). A várakozásoknak megfelelően a biztonságos kötődésű személyek párkapcsolati elégedettsége a legmagasabb.

MEGBESZÉLÉS

Jelen tanulmány célja a Schaefer és Olson (1981) által kifejlesztett PAIR-H, párkapcsolati kérdőív magyar változatának pszichometriai vizsgálata volt. A magyar változat bemérése most történt meg először.

Az adatgyűjtés egy komplex kutatás keretén belül történt, amelynek nem volt elsődleges célja a kérdőív adaptációja. Ebből fakadóan egy komplex kérdőívcsomag kitöltését kértük a válaszadóktól. Az adatgyűjtés valószínűleg a kérdőív által tárgyalt kérdések intim jellege miatt komoly nehézségekbe ütközött. A válaszadásra felkért személyek egy része teljesen elutasította a válaszadást, mások üres kérdőívet adtak vissza, vagy hiányosan töltötték ki a kérdőíveket. Végül 122 pár, 244 fő adatait elemeztük, akik nagyjából egészségesek. A párok nagyjából egyharmada esetén a pár egyik tagja pszichés zavar miatt kezelés alatt áll.

A rendelkezésre álló adatokból két, főbb jellemzőiket tekintve paralel mintát alakítottunk ki.

A kérdőív eredeti szerkezetének megfelelő négy dimenziót feltételező modell nem illeszkedett az adatokra. Az egyik mintán hierarchikus klaszterelemzéssel feltárt kétfaktoros, korrelációt megengedő modell viszont illeszkedett a másik mintára is. Az adatok látens struktúrája által meghatározott dimenziókat a közös élmények és a megértés-támogatás dimenzióknak nevezhetjük. A közös élmények dimenzió a szexuális és egyéb közös tevékenységekre vonatkozó itemeket tartalmazza, míg a megértés-támogatás dimenzió itemei a fontos másik kognitív és emocionális szinten való megértésére, elfogadására vonatkoznak. A magyar változat felvételével nyert adatok alapján a kérdőív 16 iteme méri a feltárt két dimenziót, 8 item a kérdőívből elhagyható. A két dimenziót így hét, illetve kilenc item méri.

A kérdőív két alskálája erősen megbízható és valid mérőeszköz az adatok alapján. A PAIR-H kiegészítő, globális párkapcsolati elégedettség mérésére vonatkozó kérdésének eredménye erősebben összefüggött a megértés-támogatás dimenzió összpontszámával, mint a közös élmények dimenzió összpontszámával. Ez utalhat arra, hogy ez a dimenzió komolyabb szerepet játszik a párkapcsolati elégedettségben, jobban meghatározza azt. Korábbi kutatásokhoz (Davila és mtsai, 2003; Li és Chan, 2012; Platts és mtsai, 2002) hasonlóan azt találtuk, hogy a párkapcsolati problémák és a pszichés zavarok kö-

zött összefüggés fedezhető fel. Az elvárásoknak megfelelően a pszichés kezelés alatt álló személyek, illetve páraik párkapcsolati elégedettsége alacsonyabb szintű, mint az egészséges személyeké. De ez a különbség csak a megértés-támogatás dimenzióban mutatkozik meg. A pszichés zavar jelenléte leginkább a közös élmények dimenziót befolyásolja negatívan, aminek oka az lehet, hogy a zavar a hétköznapi aktivitásokban, közös tevékenységekben való részvételben nyilvánulhat meg a legnagyobb mértékben. A párok párkapcsolati elégedettsége szorosan együtt jár. Ugyanakkor a párkapcsolati elégedettség nem függ a vizsgálati személy korától, a párkapcsolat fennállásának idejétől, sem a vizsgálati személy nemétől.

A tanulmány limitációi között elsőként kell megemlítenünk a viszonylag kis mintanagyságot, ezt valamelyest kompenzálja, hogy két minta is rendelkezésre állt az elemzéshez. További limitáció, hogy jelenleg nem állnak rendelkezésre olyan kérdőívek, melylyel a PAIR-H kérdőív konstruktumvaliditása összevethető lenne, így a konstruktumvaliditás vizsgálata egy íteimből álló kérdéssel való összevetésre szorítkozik. Ugyanakkor prediktív validitás jellegű vizsgálatok történetek, például a pszichés zavar-elégedettség, kötődési stílus-elégedettség összefüggések feltárásakor. A tanulmány pszichometriai irányultsága miatt a párok együttes elemzése itt nem történt meg, azonban az adatok erre lehetőséget biztosítanak. A lektori javaslattal összhangban az adatok további, klinikai pszichológiai irányultságú elemzését az Actor-partner Interdependece Modell segítségével fogjuk kivitelezni (lásd például Cook és Kenny, 2005), mely modellt lehetővé teszi a férfiak és nők adatainak együttes figyelembevételét az eredmények modellezése-

kor. Előzetes elemzéseink alapján érdekes lehet ezen túl a férfiak és nők párkapcsolati elégedettségét leginkább meghatározó itemeket összevetni és a különbségek háttértevezőit feltárni. Fontosnak tartanánk továbbá, hogy az angol nyelvű kérdőív ismételt pszichometriai vizsgálata megtörténjen angol anyanyelvi mintán, hiszen az itemek potenciálisan elavulhattak a kultúra, a párkapcsolati elvárások változása miatt.

A párkapcsolati kutatások nagy száma foglalkozik a párkapcsolati dinamika mélyebb megértésével, mégis kevés mérőeszköz áll rendelkezésre, mely segítené vizsgálatát. Természetesen nemcsak az empirikus tanulmányokban alkalmazható a kérdőív, hanem a párterapeuták gyakorlati munkája során is informatív eszköz, mely segítheti a párkapcsolati diagnosztikát. A párkapcsolati elégedettség és az intimitás mértékét is nehéz felmérni. Ha ezekre a terápiás munka során rákérdezzünk, gyakran csak felületes választ kapunk. A kérdőív segíti, átláthatóvá teszi a párok számára, hogy elégedettségük és megélt intimitásuk milyen érzésekből tevődik össze. Az ideális párkapcsolati elégedettség és az aktuális helyzet párhuzamos megítélése lehetővé teszi annak meghatározását, hogy minek kell teljesülnie, változnia a kapcsolatban ahhoz, hogy elégedettebbek legyenek. Ez hozzájárulhat a párok igényeinek és szükségleteinek tudatosabb kifejezéséhez és egymás megértéséhez is.

Eredményeink alapján a magyar nyelvű PAIR-H párkapcsolati kérdőív pszichometriai mutatói alapján megbízható és valid, kétdimenziós mérőeszköz, melynek mind elméleti, mind gyakorlati alkalmazását indokoltan találjuk, kiértékelését némiképp módosítva az eredeti elképzeléshez képest.

SUMMARY

THE HUNGARIAN ADAPTATION OF THE PAIR INTIMATE RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE

Background and aims: The aim of the study is investigating the psychometric properties of the Hungarian version of the Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR) questionnaire introduced by Schaefer and Olson (1981). PAIR-H questionnaire denotes the Hungarian version of PAIR. *Methods:* PAIR-H was filled in as part of a complex questionnaire in a broader research project regarding the dynamics in intimate relationships. 122 heterosexual couples having a relationship of a minimum of half year relationship participated in the study. About within third of the couples, one of them was treated with depression, anxiety disorder or a combination of these two problems. There is a co-relation between the romantic relationship problems and the psychological disorders (Davila et al., 2003; Li and Chan, 2012; Platts et al., 2002), that is also recognizable during the couples therapy practice. That is the reason why patients were included in the sample. As the main validity criterion, the general question was applied on their satisfaction with their intimate relationship, which is a separate part of the original questionnaire. *Results:* Based on the empirical data, the Hungarian version of the PAIR-H intimate relationship questionnaire is a reliable and valid measure with two latent dimensions: shared experiences and understanding/support. *Conclusions:* We recommend a shortened version of the PAIR-H intimate relationship questionnaire with 16 plus one items to be applied for both theoretical and practical purposes. *Keywords:* PAIR, intimate relationship, satisfaction, psychometric properties

IRODALOM

- ALTMAN, I., TAYLOR, D. A. (1973): *Social penetration: The development of interpersonal relationships*. Holt, Rinehart & Winston, Oxford, England.
- AMATO, P. R., ROGERS, S. J. (1999): Do attitudes toward divorce affect marital quality? *Journal of Family Issues*, 20, 69–86.
- ANDERSON, T. L., EMMERS-SOMMER, T. M. (2006): Predictors of relationship satisfaction in online romantic relationships. *Communication Studies*, 57, 153–172.
- ATTRIDGE, M., BERSCHIED, E., SIMPSON, J. A. (1995): Predicting relationship stability from both partners versus one. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 445–454.
- BAHR, S. J., CHAPPELL, C. B., LEIGH, G. K. (1983): Age at marriage, role enactment, role consensus, and marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 45(4), 795–803.
- BECK, A. T. (1976): *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International University Press, New York.
- BECK, A. T., EPSTEIN, N., BROWN, G., STEER, R. A. (1988): An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.

- BECK, A. T., WARD, C. H. MENDELSON, M., MOCK, J., ERBAUGH, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- BIRNBAUM, G. E., REIS, H. T. (2006): Women's sexual working models: An evolutionary attachment perspective. *The Journal of Sex Research*, 43(4), 328–342.
- BRADLEY, R. H., WHITESIDE-MANSELL, L., BRISBY, J. A. CALDWELL, B. M. (1997): Parents' socioemotional investment in children. *Journal of Marriage and Family*, 59(1), 77–90.
- BRENNAN, K. A., CLARK, C. L. SHAVER, P. R. (1998): Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: SIMPSON, J. A. RHOLES, W. S. (eds): *Attachment theory and close relationships*. Guilford Press, New York. 46–76.
- BURNS, D. D., SAYERS, S. L., MORAS, K. (1994): Intimate relationships and depression: Is there a casual connection? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1033–1043.
- BURR, W. R. (1970): Satisfaction with various aspects of marriage over the life cycle: A random middle class sample. *Journal of Marriage and the Family*, 32, 29–37.
- CLINEBELL, H. J. CLINEBELL, C. H. (1970): *The intimate marriage*. Harper and Row, New York.
- COOK, W. L., KENNY, D. A. (2005): The actor–partner interdependence model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29(2), 101–109.
- COZBY, P. C. (1973): Self-disclosure: A literature review. *Psychological Bulletin*, 79, 73–91.
- DAHMS, A. (1972): *Emotional intimacy*. Pruett, Denver, Colorado.
- DAVILA, J., KARNEY, B. R., HALL, T. W., BRADBURY, T. N. (2003): Depressive symptoms and marital satisfaction: within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 557–570.
- DERLEGA, W. J. CHAIKIN, A. L. (1975): *Sharing intimacy: What we reveal to others and why*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- FAULKNER, R. A. (2002): *Gender-related influences on marital satisfaction and marital conflict over time for husbands and wives* [Doctoral dissertation]. University of Georgia.
- FINCHAM, F. D., BEACH, S. R., HAROLD, G. T., OSBORNE, L. N. (1997): Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women? *Psychological Science*, 8(5), 351–356.
- FORGÁCS J. (2003): *A társas érintkezés pszichológiája*. Kairosz Kiadó, Budapest.
- FOWERS, B. J. (1990): An interactional approach to standardized marital assessment: A literature review. *Family Relations*, 39(4), 368–377.
- GILBERT, S. J. (1976): Self-disclosure, intimacy and communication in family. *Family Coordinator*, 25, 221–231.
- GOTTMAN, J. M., NOTARIUS, C. I. (2002): Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Family Process*, 41, 159–197.
- GREEF, A. P., HILDEGARDE, L. M. (2001): Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 247–257.
- HAMES, J., WARING, E. M. (1980): Marital intimacy and nonpsychotic emotional illness. *Psychiatric Forum*, 9, 13–19.

- HAMILTON, M. (1959): The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55.
- HAMILTON, M. (1960): A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56–62.
- HAMILTON, M. (1957): Development of rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278–296.
- HAWKINS, J. L. (1968): Associations between companionship, hostility, and marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 30(4), 647–350.
- HINDE, R. A. (1997): *Relationships: A dialectical perspective*. Psychology Press, East Sussex, UK.
- JACQUET, S. E., SURRA, C. A. (2001): Parental divorce and premarital couples: Commitment and other relationship characteristics. *Journal of Marriage and Family*, 63(3), 627–638.
- KERSTEN, K. K. (1990): The process of marital disaffection: interventions at various stages. *Family Relations*, 39(3), 257–265.
- KIECOLT-GLASER, J. K., NEWTON, T. L. (2001): Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472–503.
- KOPP, M., FÓRIS, N. (1993): *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Végeken, Budapest.
- KURDEK, L. A., SCHMITT, J. P. (1986): Relationship quality of partners in heterosexual married, heterosexual cohabiting, and gay and lesbian relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 711–720.
- LENTHALL, G. (1977): Marital satisfaction and marital stability. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3(4), 25–32.
- LI, T., CHAN, D. K. S. (2012): How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, 42(4), 406–419.
- LOCKE, H. J., WALLACE, K. L. (1959): Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251–255.
- MOOS, R. H. MOOS, B. (1976): A typology of family social environments. *Family Process*, 15, 357–372.
- MULSOW, M., CALDERA, Y. M., PURSLEY, M., REIFMAN, A., HUSTON, A. C. (2002): Multilevel factors influencing maternal stress during the first three years. *Journal of Marriage and Family*, 64(4), 944–956.
- NAGY L. (2005): A felnőtt kötődés mérésének új lehetősége. A közvetlen kapcsolatok élményei kérdőív. *Pszichológia*, 25(3), 223–245.
- OLSON, D. H. (1975): *Intimacy and the aging family. Realities of aging*. College of Home Economics, University of Minnesota.
- ONER, B. (2000): Future time orientation and relationships with the opposite sex. *The Journal of Psychology*, 134, 306–314.
- PATRICK, S., SELLS, J. N., GIORDANO, F. G., TOLLERUD, T. R. (2007): Intimacy differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *The Family Journal*, 15(4), 359–367.

- PERCZEL FORINTOS D., SALLAI J., RÓZSA S. (2001): A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(6), 632–643.
- PÉTER-SZARKA SZ., BALÁZS K., TÍMÁR T. (2015): Az iskolai kreatív klíma kérdőív. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(2), 107–132.
- PLATTS, H., TYSON, M., MASON, O. (2002): Adult attachment style and core beliefs: are they linked? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 332–348.
- PRAGER, K., BUHRMESTER, D. (1998): Intimacy and need fulfilment in couple relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 435–469.
- PREVITI, D., AMATO, P. R. (2003): Why stay married? Rewards, barriers, and marital stability. *Journal of Marriage and Family*, 65(3), 561–573.
- POWELL, G. S., WAMPLER, K. S. (1982): Marriage enrichment participants: Levels of marital satisfaction. *Family Relations*, 31(3), 389–393.
- R DEVELOPMENT CORE TEAM (2011): R: A Language and environment for statistical Computing. The R Foundation for Statistical Computing, Vienna. Letöltve: www.R-project.org/
- REGISTER, L., HENLEY, T. (1992): The phenomenology of intimacy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 467–481.
- REIS, H. T., SHAVER, P. (1988): Intimacy as an interpersonal process. In: DUCK, S. (ed.): *Handbook of personal relationships: Theory, relationships, and interventions*. Wiley, Chichester, 367–389.
- ROACH, A. J., FRAZIER, L. P., BOWDEN, S. R. (1981): The marital satisfaction scale: development of a measure for intervention research. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 537–546.
- RUSBULT, C. E. (1980): Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16(2), 172–186.
- RUSBULT, C. E. (1983): A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(1), 101–117.
- SABATELLI, R. M. (1988): A review and critique of contemporary survey instruments source. *Journal of Marriage and Family*, 50, 891–915.
- SCHAEFER, M. T., OLSON, D. H. (1981): Assessing intimacy. The pair inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 47–59.
- SCHIMEL, J. (1987): On failed intimacy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15, 553–557.
- SCHNEIER, F. R., JOHNSON, J., HORNIG, C. D., LIEBOWITZ, M. R., WEISSMAN, M. M. (1992): Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 282–288.
- SCHUMM, W. R., PAFF-BERGEN, L. A., HATCH, R. C., OBIORAH, F. C., COPELAND, J. M., MEENS, L. D., BUGAIGHIS, M. A. (1986): Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 381–387.
- SIPOS, K., SIPOS, M. (1978): The development and validation of the Hungarian form of the STAI. In: SPIELBERGER, C. D., GUERRERO, D. (eds): *Cross-cultural anxiety*, 2. Hemisphere Publishing, Washington – London. 51–61.

- SNYDER, D. K. (1979): Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 813–823.
- SPANIER, G., FILSINGER, E. (1983): The dyadic adjustment scale. In: FILSINGER, E. (ed.): *Marriage and family assessment*. Sage, Beverly Hills, CA. 155–168.
- SPIELBERGER, C. D., GORSUCH, R. L., LUSHENE, R. E. (1970): *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, CA.
- STERNBERG, R. J. (1986): A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119–135.
- THOMAS, S., ALBRECHT, K., WHITE, P. (1984): Determinants of marital quality in dual career couples. *Family Relations*, 33(4), 513–521.
- TRENT, K., SOUTH, S. J. (2003): Spousal alternatives and marital relations. *Journal of Family Issues*, 24(6), 787–810.
- TRINGER, L. (1970): A Hamilton-féle depresszió skála alkalmazása. *Pszichiátriai Szemle*, 23, 11–16.
- TRINGER, L. (1973): Hamilton szorongási skála magyar változata. *Ideggyógyászati Szemle*, 26, 1–18.
- TURNER, S. M., BEIDEL, D. C., DANCU, C. V., KEYS, D. J. (1986): Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 389–394.
- UNOKA ZS., RÓZSA S., FÁBIÁN 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), 235–243.
- VAN DEN BROUCKE, S., VERTOMMEN, H., VAN DER EYCKEN, W. (1995): Construction and validation of a marital intimacy questionnaire. *Family Relations*, 44(3), 285–290.
- VANGELISTI, A. L., BANSKI, M. A. (1993): Couples' debriefing conversations: The impact of gender, occupational, and demographic characteristics. *Family Relations*, 42, 149–157.
- WARING, E. (1984): The measurement of marital intimacy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 185–192.
- WEINBERGER, M. I., HOFSTEIN, Y., WHITBOURNE, S. K., (2008): Intimacy in young adulthood as a predictor of divorce in midlife. *Personal Relationships*, 15, 551–557.
- WHITBOURNE, S. K., SNEED, J. R., SAYER, A. (2009): Psychosocial development in adulthood: A 34 year sequential study. *Developmental Psychology*, 45(5), 1328–1340.
- WHITE, L. K. (1990): Determinants of divorce: A review of research in the eighties. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 904–912.
- WILLOUGHBY, M. T., CADIGAN, R. J., BURCHINAL, M., SKINNER, D. (2008): An evaluation of the psychometric properties and criterion validity of the religious support scale (RSS). *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(1), 147–159.
- WILSON, C. M., OSWALD, A. J. (2005): How does marriage affect physical and psychological health? A survey of the longitudinal evidence. *IZA Discussion Paper*, 5. Letöltve: 2017.11.20. <ftp.iza.org/dp1619.pdf>
- YOUNG, J. E. (1994): *Young Parenting Inventory*. Cognitive Therapy Center of New York.
- YOUNG, J. E. (1995): *Young Compensation Inventory*. Cognitive Therapy Center of New York.

-
- YOUNG, J. E., BROWN, G. (1990): *Young Schema Questionnaire*. Cognitive Therapy Center of New York.
- YOUNG, J. E., BROWN, G. (2001): *Young Schema Questionnaire*. Special Edition. Schema Therapy Institute, New York.
- YOUNG, J. E., RYGH, J. (1994): *Young-Rygh Avoidance Inventory*. Cognitive Therapy Center of New York.

MELLÉKLETEK

1. Melléklet

A PAIR-H párkapcsolati kérdőív, a fordított itemek megjelölésével
Kérjük, segítse munkánkat az alábbi **párkapcsolati kérdőív** kitöltésével! Karikázza be az 1–5 számsoron, hogy mennyire ért egyet az alábbi állításokkal!

	1	2	3	4	5
	egyáltalán nem				teljesen
	érték egyet				egyérték
1.	Gyakran érzek érzelmi távolságot köztem és partnerem között. (F)				1 2 3 4 5
2.	Elégedett vagyok a szexuális életünkkel.				1 2 3 4 5
3.	Partnerem segít a gondolataim rendezésében/rendszerezésében.				1 2 3 4 5
4.	Úgy gondolom, hogy van néhány közös érdeklődési körünk.				1 2 3 4 5
5.	Partnerem igazán megérti fájdalmaimat és örömeimet.				1 2 3 4 5
6.	Úgy érzem, hogy szeretkezéseink rutinszerűek. (F)				1 2 3 4 5
7.	Amikor valami komoly dologról beszélgetünk, úgy tűnik, hogy kevés dologban értünk egyet. (F)				1 2 3 4 5
8.	Kevés közös érdeklődési körünk van. (F)				1 2 3 4 5
9.	Előfordul, hogy partnerem érzelmileg elhanyagol. (F)				1 2 3 4 5
10.	Képes vagyok kifejezni partneremnek azt az igényemet, hogy szexuális együttlétre vágyom vele.				1 2 3 4 5
11.	Komoly beszélgetéseink során úgy érzem, hogy alul maradok partneremmel szemben. (F)				1 2 3 4 5
12.	Ritkán találunk időt a szabadidő közös eltöltésére. (F)				1 2 3 4 5
13.	Ha szükségem van arra, hogy valaki meghallgasson, partnerem készséggel figyel rám.				1 2 3 4 5
14.	Visszafogom szexuális vágyaimat, mert kényelmetlenül érzem magam partnerem ehhez való viszonyulása miatt. (F)				1 2 3 4 5
15.	Úgy érzem, hogy vannak olyan dolgok, amiről nincs értelme a partneremmel beszélgetni. (F)				1 2 3 4 5
16.	Egyazon szabadidős tevékenységeket szeretjük.				1 2 3 4 5
17.	Érzelmeket úgy tudom kifejezni partnerem felé, hogy ez nem vált ki belőle védekezést.				1 2 3 4 5
18.	A szexuális vágy kifejezése a kapcsolatunk fontos része.				1 2 3 4 5
19.	Számítalan témáról tudunk partneremmel beszélgetni.				1 2 3 4 5
20.	Szabadidőnket örömmel töltjük el együtt.				1 2 3 4 5
21.	Néha akkor is egyedül érzem magam, amikor együtt vagyunk. (F)				1 2 3 4 5
22.	A partnerem nem mutat érdeklődést a szex iránt. (F)				1 2 3 4 5
23.	Partnerem gyakran megpróbálja megváltoztatni a véleményemet dolgokról. (F)				1 2 3 4 5
24.	Szeretünk együtt játszani.				1 2 3 4 5

Kérjük, jelölje be az egyenesen, hogy **mennyire elégedett párkapcsolatával!**

1	2	3	4	5
egyáltalán nem elégedett			teljesen elégedett	

2. Melléklet

A kutatásban szereplő kérdőívcsomag által tartalmazott kérdőívek:

Beck Depresszió Kérdőív (Beck és mtsai, 1961) – magyar adaptációja Kopp és Fóris (1993) nevéhez fűződik. Ez egy 20 itemből álló önkitöltős kérdőív, mely a depressziós tüneteket szűri.

Beck Szorongás Leltár (Beck, 1976; Beck és mtsai, 1988) – magyar változata Perczel Forintos és munkatársai (2001) nevéhez fűződik. A 21 tételből álló önbecslő skála a szorongás különböző (például testi, kognitív stb.) tünetei meglétének, illetve erősségének vizsgálatát teszi lehetővé.

Hamilton Depresszió Skála (Hamilton, 1957, 1960) – magyar változatát Tringer (1970) alakította ki. A depresszió súlyosságának becslésére szolgáló kérdőív, melyet a kezelőorvos tölt ki a beteg tüneteinek megfigyelése alapján. Természetesen ezek az adatok csak a páciensek esetén állnak rendelkezésre.

Hamilton Szorongás Skála (Hamilton, 1959) – magyar változatát Tringer (1973, idézi Kopp és Fóris, 1993) fejlesztette ki. A teszt a szorongás mértékének becslésére szolgál, a kezelőorvos tölti ki a páciensről. Hasonlóan, ezek az adatok csak a páciensek esetén állnak rendelkezésre.

Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív (Spielberger és mtsai, 1970) – magyar változatát Sipos Kornél és Sipos Mihály (1978) dolgozták ki. A kérdőív kétszer 20 tételből álló, és lehetővé teszi az átmeneti szorongási állapot megkülönböztetését a szorongásra való általános hajlamtól.

Young Séma Kérdőív (YSQ; Young és Brown, 1990, 2001) – sémák azonosítására és mérésére szolgáló kérdőív, mely 19 sémát tartalmaz. A sémakérdőív a kóros személyiségvonások kialakulásáért és fenntartásáért felelős korai maladaptív sémák mérésének eszköze. A kérdőív önkitöltős papír-ceruza teszt, összesen 244 itemet tartalmaz.

Young Szülői Gondoskodás Kérdőív (YPI; Young, 1994) – a sémák gyermekkori eredete feltárásának eszköze, mely 72 állítást tartalmaz. A válaszadók külön értékelik anyjuk és apjuk viselkedését.

Young–Rygh Elkerülő Kérdőív (Young és Rygh, 1994) – egy 41 tételből álló teszt, amely a sémaelkerülést méri.

Young Kompenzáció Kérdőív (Young, 1995) – egy 48 állítást tartalmazó, sémátülkompenzációt mérő teszt. Az utóbbi négy kérdőív magyar változatát Unoka Zsolt és munkatársai dolgozták ki 2004-ben.

Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív (ECR, Experiences of Close Relationships, Brennan, Clark és Shaver, 1998) – magyar változatát Nagy László dolgozta ki (2005). Önbecslő kérdőív, mely 36 itemet tartalmaz és 4 kötődési típusba sorolja az embereket.

KÖNYVISMERTETÉS

PSZICHOLÓGIAI TŐKE: AZ EMBERI KIVÁLÓSÁG FEJLESZTÉSE

Fred Luthans, Carolyn M. Youssef, Bruce J. Avolio (2007): *Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge*. Oxford University Press, London – New York.



NAGY Péter

A könyv az emberi erőforrás – *mérhető, fejleszthető és a munkahelyi teljesítménnyel kapcsolatban álló* – erősségein és pozitív pszichológiai kapacitásain alapuló elmélet-építési és empirikus kutatási eredmények, valamint gyakorlati alkalmazások integrálásán alapszik.

A pszichológiai tőke elméletének felépülésében meghatározó szerepe van a pozitív pszichológia fejlődésének, melynek köszönhetően a 2000-es években kezdte el felfedezni a szervezetelmélet és magatartáskutatás a tudományos alapokon nyugvó pozitív megközelítést. Ez két párhuzamos, de komplementer irányzat fejlődését eredményezte a makro-, szervezeti szintre koncentráló pozitív szervezeti tudomány (Positive Organizational Scholarship, POS) és a mikro-, egyéni szinttel foglalkozó pozitív szervezeti magatartás (Positive Organizational Behaviour, POB) formájában. A szervezeti magatartáskutatók korábban az emberi erőforrás gyenge pontjaira, problémáira fókuszáltak vesztésminimalizáló, deficitsökkentő, túlélést segítő mechanizmusokkal foglalkozva, teljesen igazodva a pszichológia II. világháború előtti központi vonulatához, mely a mentális betegségekre, negatív életesemé-

nyek kezelésére összpontosított. A hangsúlyok az új megközelítéssel inkább az erősségek azonosításának és fejlesztésének oldalára kerültek a munkahelyi teljesítmény javításának céljával. Mindez rávilágított arra, hogy a korábbi emberi erőforrás menedzsment gyakorlatok (önmenedzselés, a legjobb gyakorlatok, 360 fokos értékelések) inkonzisztensek a megváltozott versenykörnyezetben.

A mai szervezetek hatékony menedzseléséhez ez az új irányzat ad alapot, mert a vállalati kiválóság, a fenntartható versenyelőny többé nem a hagyományosan szűkös erőforrások (fizikai, pénzügyi vagy technológiai) világából eredeztethető, hanem olyan markánsan eltérő természetű erőforrások felhasználása által válik lehetővé, mint a *pszichológiai tőke*. Ennek fejlesztésével és az ebbe való befektetéssel az embereken keresztül alakítható tehát ki az új alapokon álló versenyelőny, mely lehetővé teszi a menedzserek számára, hogy a mai turbulens környezetben is eredményeket érjenek el, valamint kvantifikálhatóvá váljon a humán erőforrás befektetések pénzügyi megtérülése.

A POS, a POB, majd a megváltozott vállalati környezeti és versenyfeltételek taglálása után bemutatásra kerül a pszichológiai

tőke négy alapvető eleme: az énhatékonyság, az optimizmus, a remény és a reziliencia, további potenciális elemekkel együtt, mint a kognitív és affektív erősségek, valamint társas és magasabb rendű erősségek (például hála vagy spiritualitás). Végül példákon keresztül szemléltetik a pszichológiai tőke mérését és fejlesztését.

A könyv széles bázison vezeti fel az elmúlt évtizedek azon gazdasági tendenciáit (a globalizáció nyomán a munkahelyek/vállalatok egyre éleződő harca a tehetséges munkatársakért), melyek keretében az emberi erőforrás menedzsment feladata jelentős átalakuláson ment át, és napjainkban is módosul: nemcsak kreatív erőforrásokat kell találnia, hanem újító módon tőkévé kell azokat konvertálnia.

A mai hiperkompetitív környezetben az állásokkal szembeni követelmények között a magas specializáltság, a tehetséges munkatársak diverz igényeire szabott munkakörök és a személyközpontú szervezet egyaránt hangsúlyosak. Az Egyesült Államokban 70 millió „babyboomer” készül nyugdíjba, melynek következményeképpen a munkaerőpiacon maradottakért az USA történetében példa nélküli versengés indulhat, amelyhez hasonló tendencia rajzolódik ki egyébként az egész nyugati világban és Japánban is. Mindennek következményeként új pszichológiai szerződés köttetik munkáltató és munkavállaló között, mert egyik sem akarja fenntartani elkötelezettségét, lojalitását huzamosabb ideig. Vége szakad a „karrierrezilienciának” (*career resiliency*), az élethosszig tartó foglalkoztatottságnak, melyet a szenioritásalapú emberi erőforrás gazdálkodási gyakorlat és a szakszervezetek által kitérgyalt munkafeltételek korábban együtt biztosítottak. A munkáltató felelőssége a munkavállaló felé egyfajta szolgáltató szereppé alakul át, mely

keretében a legjobb munkahelyek lehetőségeket, erőforrásokat, rugalmasságot, fenntartható növekedést, tanulást és fejlődést kínálnak.

Manapság egyre általánosabb a gyakorlat, hogy tulajdonossá teszik a munkatársakat, ezzel felelősséget helyezve rájuk munkájuk és karrierjük tekintetében egyaránt, mely által megtapasztalják az ezekkel járó gondokat, és nemcsak elkötelezettségük nyer nagyobb hangsúlyt, hanem közvetlen kapcsolat keletkezik például a szervezet pénzügyi teljesítményével is.

A pszichológiai tőke épít a megalapozott humán tőkére (*human capital*) „mit tudsz?”, társadalmi tőkére (*social capital*) „kit ismeresz?”. Foglalkozik a tudással, készségekkel, technikai képességekkel, tapasztalattal „ki vagy?”, és fejlesztő jelleggel a „kivé válsz?” kérdésekkel egyaránt.

A pszichológiai tőke elemeivel szembeni kritériumok, mint a pozitivitás; elméleti és kutatási háttér; valid mérhetőség; állapotszerűség; fejleszthetőség és munkateljesítménnyel való kapcsolat tekintetében az egyik talán legérdekesebb páros a hála és a megbocsátás kettőse. A szerzők együttesen kezelik őket, mint *potenciális* pszichológiai tőke elemek, egy érme két oldalaként.

Hálás egyenként határozzák meg azt, aki a saját és mások életében meglévő pozitív dolgokra fókuszál, azokat értékeli (erősségek, tehetség, proszociális viselkedés stb.), míg a *megbocsátó* egyén pozitívan áll hozzá a negatívumokhoz (hibák, sebezhetőség, negatív magatartás). E tekintetben a megbocsátást csaknem egyenlővé teszik az elfogadással, ami egyben azt is jelenti, hogy a jövő sokkal hatékonyabban optimalizálható, ha valaki nem időzik vagy marad meg negatív múltbeli tapasztalásainál, melyek elterelik figyelmét más dolgokról. Ha a munkahelyi

környezetet tekintjük, például a vezető által a munkatársak felé kifejezett hála/megbocsátás, a teljesítménnyel összefüggő pozitív megerősítés, mely megnövekedett teljesítményt és csökkenő incidenseket okoz.

A megbocsátást négy lépésben írják le:

1. a háttérben lévő kogníciók, érzelmek fel fedése és tudatosítása;
2. döntéshozatal és elköteleződés a megbocsátás irányába;
3. újrakeretezés az elfogadáson, empátián, részvételen keresztül a bűnös felé;
4. meghaladni és megtalálni az értelmet a megbocsátás megtapasztalásában.

Jelenleg kevés ismeret áll rendelkezésünkre a hála és a megbocsátás munkateljesítményre gyakorolt potenciális hatásáról, csak esettanulmányok és anekdoták ismertek, de nagyon ígéretes elemei a pszichológiai tőkének, tekintve, hogy mind a kettő állapotszerű és fejleszthető.

A humán potenciál mozgósításának központjában a pszichológiai tőke segítségével a humán, a társas és a pszichológiai tőke szinergikus integrációja valósul meg. Azonban az erőforrások szűkösek, ezért a döntések sokszor tradicionális befektetések (fizikai,

pénzügyi, technológiai tőke) felé csatornázódnak. A pszichológiai tőke elmélete nem tagadja az ennek oltárán feláldozott erőforrások – idő, energia, pénz – szükségességét, de ezeket nagy megtérüléssel járó befektetésnek tekinti (hosszú táv), semmint költségelemnek (rövid táv).

A pszichológiai tőke ahelyett, hogy egy újabb kompetenciakészletet vagy legjobb gyakorlatot (best practice) vezetne be a szervezeti magatartáskutatók és humán erőforrás menedzserek számára, sokkal átfogóbb és magasabb rendű koncepcionális keretet kínál az emberi eszközök (*human assets*) kapitalizációjának megértéséhez a mai modern szervezetekben.

A könyv kiemelkedő hozzájárulás nemcsak a (szervezet)pszichológiához, szervezeti tanácsadáshoz, szervezetfejlesztéshez, hanem a modern menedzsment tudomány és -gyakorlat más területeihez is, mint a humán erőforrás gazdálkodás és a pénzügyi menedzsment. Utóbbinak a mai napig nincs elfogadott módszere a humán erőforrás tőkeként való, számszerűsíthető megragadására a vállalati pénzügyi kimutatások részeként.



BALÁZS KATALIN
BEKE ANNA MÁRIA
ÉGERHÁZI ANIKÓ
FRECSKA EDE
GRÁF RÓZSA
KALMÁR MAGDA
KEGLOVITS BARBARA

SZERZŐINK

KOVÁCS MÓNIKA
KÖVÉR LILI
NAGY ANETT
NAGY PÉTER
SZABÓ MÓNIKA
SZEMÁN DÉNES