



ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA

2025/4

XXVII. ÉVFOLYAM

ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA

2025/4.
XXVII. évfolyam

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	

Rovatvezetők

Csukonyi Csilla	Hőgye-Nagy Ágnes
Kovács Karolina	Oláh Katalin
Pántya József	Siegler Anna
Szalai Gerda Margit	Szemenyei Eszter

Főszerkesztő

Kocsel Natália

E-mail: kocsel.natalia@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

DOI: 10.17627//ALKPSZICH.2025.4

TARTALOM

I. TEMATIKUS EGYSÉG – MENOPAUZA	5
Vendégszerkesztői előszó. Egy átmenet sok arca:	
A menopauza biológiai és pszichoszociális dimenziói	7
<i>Gaál Zsófia Anna, Berán Eszter, Kengyel Judith Gabriella</i>	
Tünetek és az életminőség mérése a menopauza időszakában.	
A Menopause Rating Scale (MRS) és a Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQUOL) adaptációja magyar mintán	11
<i>Sámuel Dániel, Kengyel Judith Gabriella, Berán Eszter</i>	
Menopauza alatti hormonális változások hatása a kognitív képességekre	39
<i>Horváth Orsolya, Csikós Nóra, Csizmadia Petra, Kővári Lili, Várbíró Szabolcs, Gerszi Dóra, Greff Dorina, Gaál Zsófia Anna</i>	
A hormonpótlás idegrendszeri hatásai. A nyugalmi EEG komplexitásbeli és spektrális eltérései menopauzában	67
<i>Gaál Zsófia Anna, Horváth Orsolya, Protzner B. Andrea, Csizmadia Petra, Kővári Lili, Várbíró Szabolcs, Gerszi Dóra, Greff Dorina, Csikós Nóra</i>	
Menopauzatünetek és identitásfejlődés összefüggései a menopauza időszaka során	89
<i>Csonka Benigna, Kengyel Judit Gabriella, Szabó Beáta, Berán Eszter</i>	
A menopauza kulturális lenyomatai.	
Biopszichoszociális tényezők a tüneti tapasztalat hátterében	119
<i>Badacsonyi Jácinta, Karip Tímea, Nagy Beáta Magda, Kengyel Judith Gabriella</i>	
A menopauza pszichoszociális kihívásai. A generativitás, identitásfejlődés és nemiszerep-orientáció összefüggései	143
<i>Kengyel Judith Gabriella, Csonka Benigna, Berán Eszter</i>	
Menopauzális átmenet és bipoláris zavar. Hangulati epizódok és kimenetek – szisztematikus fókuszált áttekintés	171
<i>Zákány Laura, Badacsonyi Jácinta, Szabó Beáta, Berán Eszter</i>	

II. TEMATIKUS EGYSÉG – HATÁRHELYZETEK	193
Határhelyzetek a(z élmény)világban: átmenet és folytonosság. Vendégszerkesztői előszó	195
<i>Dúll Andrea</i>	
Határhelyzetek és interdiszciplináris kapcsolódások. Vendégszerkesztői előszó	201
<i>Dobai Attila Marcellán</i>	
Kontrollált határátlépés a szerepjátékban. Érzelmi bevonódás RPG és LARP kontextusában	207
<i>Lippai Edit</i>	
Idegenség és otthonosság az iskolában. Hátránnyal élő diákok a közoktatási rendszerben: kvalitatív esettanulmány egy fővárosi iskolában	225
<i>Dobai Attila Marcellán, Szőcs Levente Álmos</i>	
Invisible Victims: Commercial Sexual Exploitation of A boy.....	243
<i>Johanna Farkas, Dan Octavian Rusu</i>	
Határhelyzetek és otthonteremtés Polcz Alaine életében és munkásságában	259
<i>Tóth-Varga Violetta</i>	
„Szépen könyörgök, segíts rajtam...”. A kérő ima egészségpszichológiai elemzése	279
<i>Endrédi Balázs</i>	
A halál eleven terei. Egy gyermekhospice-intézmény környezetpszichológiai elemzése	293
<i>Fiáth Titanilla</i>	
Művészetterápiás módszerek és határhelyzet. Friedl Dicker-Brandeis terezini munkássága módszertani szempontból	313
<i>Kiss Virág</i>	
Határhelyzetek és női terek. Garázsszalonok mint liminális, pszeudo-terápiás terek	335
<i>Áldozó Borbála</i>	

I. TEMATIKUS EGYSÉG

– MENOPAUZA

VENDÉGSZERKESZTŐI ELŐSZÓ. EGY ÁTMENET SOK ARCA: A MENOPAUZA BIOLÓGIAI ÉS PSZICHOSZOCIÁLIS DIMENZIÓI



GAÁL Zsófia Anna

Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet,
HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont
gaal.zsofia.anna@ttk.hu

BERÁN Eszter

PPKE BTK Pszichológiai Intézet
beran.eszter@btk.ppke.hu

KENGYEL Judit Gabriella

ELTE PPK Pedagógiai és Pszichológiai Intézet
kengyel.gabriella@ppk.elte.hu

„Az öregedés nem az elvesztett fiatalság, hanem a lehetőségek és az erő új szakasza.”
Betty Friedan (1921–2006, író, aktivista, feminista)

A menopauza a női életút természetes, ugyanakkor sok szempontból kritikus átmeneti szakasza, amely a reprodukív időszak lezárását jelzi, és jelentős biológiai, pszichológiai és társadalmi változásokkal jár együtt. Definíció szerint a menopauza az utolsó menstruáció időpontját jelenti, amely csak utólag, 12 egymást követő hónap vérvázmentesség után állapítható meg. A hozzá kapcsolódó változások azonban egy elhúzódó, több éven át zajló folyamat részei, amely a perimenopauzától a posztmenopauzáig tartó időszakot foglalja magában, és változatos tüneti mintázatokkal jár együtt.

A változókor jelentőségét jól mutatja, hogy globálisan több százmillió, Magyarországon pedig mintegy két és fél millió nő érint. A menopauzával kapcsolatos tudományos és társadalmi diskurzus sokáig elsősorban biológiai és klinikai szempontokra szorítkozott. Az elmúlt években ugyanakkor egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy a menopauza nem pusztán hormonális változások sorozata, hanem komplex biopszichoszociális jelenség, amelyben a neurobiológiai folyamatok, a kognitív működés, a pszichés alkalmazkodás és a kulturális kontextus szorosan összefonódnak. A menopauzával

kapcsolatos kutatások alakulása illeszkedik ahhoz a tágabb tudományos trendhez, amely a női biológiát és a nőket érintő kérdéseket hosszú időn keresztül a perifériára szorította. A menopauzális átmenetre a kutatások főként deficittókusúan tekintettek, amelyet általában az időskor, de különösen a nők idősödésének kulturális leértékelése magyaráz, az életszakaszváltozással járó protektív faktorok, erőforrások és potenciális pozitív következmények és kimenetek feltárása még további hiányterületeket jelentenek. Jelen különszám kutatásai mind rámutatnak célcsoportunk, a 45–55 év közötti nők pszichológiai támogatásának kiemelt fontosságára.

A nemzetközi kutatás jelenlegi állása kettős képet mutat. Egyrészt jelentős előrelépések történtek a hormonális változások idegrendszeri és kognitív hatásainak feltárásában: egyre több adat áll rendelkezésre arról, hogy az ösztrogén- és progeszteronszint változása miként befolyásolja az agyi hálózatok működését, a kognitív teljesítményt és a mentális egészséget. Másrészt továbbra is jelentős hiányosságok tapasztalhatók a középkorú populáció vizsgálatában, különösen az egyéni különbségek és a kontextuális tényezők integrált értelmezésében. E hiányosságok részben módszertani természetűek: a menopauzális átmenet vizsgálata eleve heterogén populációval dolgozik, amelyben a biológiai státusz, az életkor, a pszichés állapot és a szociokulturális háttér összetett módon fonódik össze. A csoportok egyértelmű elkülönítése ezért gyakran nehéz, a nagymintás vizsgálatok esetében pedig a mérési idő és módszertani korlátok sokszor nem teszik lehetővé kellően érzékeny mutatók alkalmazását.

Különösen fontos felismerés, hogy a menopauzával összefüggő kognitív és pszichés változások nem egységesek: a nők egy része alig tapasztal változást, míg másoknál jelentős nehézségek jelentkeznek. Ez arra utal, hogy a hormonális folyamatok hatása erősen modulált, és szoros kölcsönhatásban áll pszichológiai, életmódbeli és társadalmi tényezőkkel.

A jelen különszám elsődleges célja, hogy ezt a komplexitást több szinten ragadja meg, és különböző megközelítéseket integrálva adjon átfogó képet a menopauza kutatásának aktuális állásáról.

Ugyanakkor azt is meg kell említenünk, hogy Magyarországon a menopauza pszichológiai szempontú kutatása csak nemrégiben vette kezdetét, emiatt kevés korábbi szakirodalom foglalkozik a magyar női populációval ebből a nézőpontból. A jelen különszám második célja, hogy olyan empirikus tanulmányokat adjon közre, amelyek specifikusan a magyar populációval foglalkoznak.

A kötet első tanulmánya (Sámuel Dániel és munkatársai) a menopauzális tünetek és életminőség mérésének módszertani alapjait tárgyalja, bemutatva a Menopause Rating Scale (MRS) és a Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) kérdőív magyar adaptációját. Ezeket a skálákat széles körben használja a nemzetközi szakirodalom, számos nyelvre lefordították már őket. Ez a munka alapvető jelentőségű, mivel megbízható mérőeszközök nélkül a menopauzával kapcsolatos, a magyar populáción végzett kutatások értelmezése és összehasonlíthatósága is korlátozott.

Ezt követően Horváth Orsolya és munkatársai nagymintás vizsgálata a menopauza különböző szakaszaiban megfigyelhető kognitív működést elemzi, férfi kontrollcsoport

bevonásával. Eredményeik rávilágítanak arra, hogy a menopauza hatása a kognitív teljesítményre nem egységes, és jelentős szerepet játszanak benne a pszichológiai, demográfiai és hormonális tényezők, valamint az egyéni különbségek.

A kötet harmadik tanulmánya (Gaál Zsófia Anna és munkatársai) a menopauza idegrendszeri mechanizmusait vizsgálja, különös tekintettel a hormonterápia hatásaira. EEG-alapú elemzések segítségével mutatja be, hogy a hormonális beavatkozás miként befolyásolhatja az agyi dinamika komplexitását és a kognitív működést, hozzájárulva az adaptív idegrendszeri működés fenntartásához.

A következő tanulmány (Csonka Benigna és munkatársai) a menopauza szubjektív megélésére fókuszál, különösen az identitáskrizis és a generativitás összefüggésében. Eredményeik szerint a menopauzális tünetek intenzitása összefügg az életszakaszváltáshoz köthető normatív krízis megjelenésével, ami rávilágít arra, hogy a változókor nemcsak biológiai, hanem mély pszichológiai átalakulások időszaka is.

Badacsonyi Jácinta és munkatársai áttekintése tovább tágítja a perspektívát, bemutatva azon aktuális kultúrközi kutatásokat, melyek a menopauza kulturális szempontú áttekintését tüzték ki célul. Elemzésük rámutat arra, hogy a menopauza megélése jelentős kulturális különbségeket mutat. A menopauzális átmenet és az életszakaszváltás értelmezése, valamint a tünetek pszichés hatása nagymértékben függ a társadalmi kontextustól, az adott kultúra attitűdjeitől, valamint az adott kultúrában normatív életkori és nemi szerepektől.

A következő tanulmány (Kengyel Gabriella és munkatársai) a menopauza és nemi-szerep orientáció összefüggéseivel foglalkozik. A menopauzális átmenet során azt vizsgálták, hogy a progresszív, illetve a hagyományos nemi szerepattitűdök miként befolyásolják a generativitás megélését, az identitás változását, az átmenettel való pszichés megküzdés sikerességét és a menopauzális tünetekhez való viszonyt.

A kötet záró tanulmánya (Zákány Laura és munkatársai) egy speciális, klinikai szempontból kiemelten fontos területet vizsgál: a menopauza és a bipoláris zavar kapcsolatát. Az áttekintés rávilágít arra, hogy a hormonális változások különösen sérülékeny populációkban eltérő módon befolyásolhatják a pszichés állapotot, és hangsúlyozza a személyre szabott kezelési megközelítések szükségességét.

Összességében a különszám tanulmányai egy közös irányba mutatnak: a menopauza nem érthető meg egyetlen szinten. A biológiai folyamatok, az idegrendszeri működés, a kognitív teljesítmény, a pszichés alkalmazkodás és a társadalmi-kulturális környezet egymással kölcsönhatásban formálják a változókor tapasztalatát. A jövő kutatásainak egyik legfontosabb kihívása e különböző szintek integrációja, valamint az egyéni különbségek jobb megértése, amely lehetővé teheti a célzott, személyre szabott intervenciók kidolgozását. Ez a különszám ehhez az integratív szemlélethez kíván hozzájárulni.

E kutatások egyúttal hozzájárulhatnak a változókorban lévő nők pszichológiai támogatásának erősítéséhez, a menopauzális tünetek és a segítségkérés normalizálásához, valamint az életszakasz-átmenet körül zajló, progresszív társadalmi diskurzus formálásához.

TÜNETEK ÉS AZ ÉLETMINŐSÉG MÉRÉSE A MENOPAUZA IDŐSZAKÁBAN. A MENOPAUSE RATING SCALE (MRS) ÉS A MENOPAUSE SPECIFIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (MENQUOL) ADAPTÁCIÓJA MAGYAR MINTÁN



SÁMUEL Dániel

PPKE BTK Pszichológiai Intézet
ELTE PPK Pszichológiai Intézet
sd.daniel03@gmail.com

KENGYEL Judith Gabriella

ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Intézet – Szombathely
kengyel.gabriella@ppk.elte.hu

BERÁN Eszter

PPKE BTK Pszichológiai Intézet
beran.eszter@btk.ppke.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzés: A menopauza mintegy 1 millió nőt érint hazánkban, így lényeges egészségügyi feladattá vált a menopauza időszakában jellemző tünetek és az életminőség megfelelő felmérése. Az ehhez szükséges menopauzális tünetlisták magyar nyelvű változata ez idáig nem volt megbízhatóság és érvényesség szempontjából vizsgálva. Kutatásunk célja, hogy pótolja ezt a hiányosságot, ezért magyar nyelvre adaptáltuk a Menopause Rating Scale-t (MRS; Heinemann et al., 2004) és a Menopause Specific Quality of Life Questionnaire-t (MENQOL; Hilditch et al., 1996), valamint megvizsgáltuk a megbízhatóságukat és érvényességüket néhány aspektusát magyar mintán.

Módszer: Egy online kérdőívcsomagban az MRS és MENQOL kérdőíveket, valamint Élettel való Elégedettség Skálát (SWLS-H; Diener et al., 1985; Martos et al., 2014) és WHO jóllét kérdőív rövidített, magyar változatát (WBI-5; Susánszky et al., 2006) vettük fel a vizsgálati személyekkel. A mintában 45 és 55 év közötti magyar nők szerepeltek ($n = 557$).

Eredmények: Megbízhatóság: Az MRS ($\alpha = 0,828$) és MENQOL ($\alpha = 0,935$) kérdőívek esetében magas belső konzisztencia figyelhető meg. A két kérdőív faktorstruktúráját megerősítő faktoranalízissel ellenőrizve megfelelő illeszkedést tapasztalunk. Érvényesség: A két kérdőív egymásnak megfeleltethető alszkálái között Spearman-korreláció alapján szignifikáns kapcsolat van (face validitás). Logisztikus regressziós elemzés alapján a két kérdőív pontszámai és a menopauza státuszról alkotott orvosi vélemény önbevallása között szignifikáns kapcsolat van (kritérium validitás). Az MRS és MENQOL kérdőívek és alszkálái negatív összefüggést mutatnak az az étellel való elégedettséggel és a jólléttel (konvergencia validitás).

Következtetések: Az eredmények alapján mind az MRS, mind a MENQOL kérdőív alkalmazható magyar mintán. A kérdőívek magyar adaptálása lehetőséget teremt a menopauzális átmenetben élő nők életminőségének mélyebb és részletesebb vizsgálatára a jövőben, valamint az életminőség javítására irányuló intervenciók és módszerek kidolgozására.

Kulcsszavak: menopauza, menopauza tünetek, életminőség, MRS, MENQOL

BEVEZETŐ

A menopauza időszakában tapasztalható életminőség felmérése lényeges egészségügyi feladat, hiszen a menopauza jelenleg több mint 1,55 milliárd nőt érint világszerte, akik a negyvenes éveikben járnak, vagy annál idősebbek (Thurston et al., 2025; Smail et al., 2020). Magyarországon a menopauza által érintett nők száma becslések szerint mintegy 1 millió (<https://medcalonline.hu/gyogyitas/cikk/menopauza>). A menopauza átmenetének időszaka alatt (általában 45–55 éves kor) a nők többsége (75–85%; Thurston et al., 2025) megtapasztal bizonyos, a reproduktív hormonok szintjének csökkenésével párhuzamosan együtt járó tüneteket, amik mind a fizikai, mind pedig a kognitív és érzelmi működést érinthetik. Ilyen tünetek például az éjszakai izzadás és hőhullámok, emlékezeti és koncentrációs zavarok, idegesség, depresszió, szorongás, álmatlanság, csont és izom-panaszok, vagy uro-genitális zavarok (Heinemann et al., 2004). Jelen kutatás célja, hogy magyar nyelvre adaptálva, magyar mintán tesztelje a Menopause Rating Scale-t azaz

a Menopauza Tünetbecslő-skálát (MRS; Heinemann et al., 2004) valamint a Menopause Specific Quality of Life Questionnaire-t, azaz a Menopauza Specifikus Életminőség Kérdőívet (MENQOL; Hilditch et al., 1996). Ezek a mérőeszközök arra hivatottak, hogy felmérjék a menopauza időszakában megtapasztalt tünetek jelenlétét és erősségét, valamint a MENQOL esetében a tünetek zavaró hatását. Az MRS már szerepelt két hazai kutatásban korábban, az egyik Csetvei és munkatársai 2024-es magyar nyelvű cikke, ahol a szerzők 243, 45–65 éves nőt vizsgálnak, a menopauza tüneteit összevetve az általános egészséggel, depresszióval és észlelt stresszel, azonban nem vizsgálják a skálát a reliabilitás és validitás szempontjai alapján. A másik magyar kutatásról, Kozmann és munkatársainak vizsgálatáról (2022) egy konferencia absztrakt alapján tájékozódhatunk. Ebben a vizsgálatban 40–65 éves korú nőktől gyűjtöttek adatokat az MRS-en kívül a Utian Quality of Life kérdőívet, valamint saját kérdéseket alkalmaztak. Az MRS reliabilitását és validitását itt sem vizsgálták. Ugyanakkor a kérdőívek hazai adaptációja, reliabilitásának és

validitásának vizsgálata feltétlenül szükséges annak érdekében, hogy magyar populáción is fel lehessen mérni a menopauzához kapcsolódó életminőséget, tüneteket, valamint ezeket más konstruktumokkal megfelelően össze lehessen vetni. Jelen vizsgálatunk ezt az elmaradást igyekszik korrigálni azért, hogy az MRS és MENQOL kérdőíveket elsősorban a reliabilitás, valamint a face, a kritérium, és a konvergens validitás szempontjai alapján vizsgáljuk.

Menopause Rating Scale (MRS)

A tünetbecslő skála célja, hogy felmérje a menopauza időszaka alatt megjelenő tünetek típusát és erősségét. A skálát eredetileg német nyelven hozták létre és validálták (Potthoff et al., 2000). Három alskálából áll, amelyek a teljes variancia 59%-áért voltak felelősek az eredeti kutatásban. Ezek: pszichológiai, szomato-vegetatív és uro-genitális alskálák. Az MRS segítségével vizsgálhatjuk a különféle női csoportok, kohorszok, kultúrák közötti különbséget a megjelenő tünetekben, a tünetek erősségének változását az idő függvényében, valamint az esetleges kezelések (pl. hormonkezelés) hatását a tünetekre (Heinemann et al., 2004). A skála 11 iteme különféle menopauza tüneteket sorol fel, amit a kitöltőnek 5 fokú Likert-skálán kell értékelnie (0 = nincs; 4 = nagyon súlyos). A skálát először angol nyelvre fordították le (Schneider et al., 2002) majd angolról további nyelvekre is (brazil, francia, indonéz, olasz, spanyol, svéd, szerb és török) (Heinemann et al., 2004).

Heinemann és munkatársai (2004) egy nagy mintás ($N = 9907$), kilenc országra és négy kontinensre kiterjedő kutatást végeztek az MRS-sel. Céljuk a skála általános megbízhatóságának és érvényességének

vizsgálata volt. A megbízhatóságot megfelelőnek találták a belső konzisztencia és a teszt-re-teszt vizsgálatok alapján. Cronbach-alfa-értékek 0,6 és 0,9 közé estek a különböző országokban az összpontszám és a három alskála esetében is. A teszt-re-teszt reliabilitás az összpontszám esetében 0,8–0,96-os korrelációs értéket mutatott 2 hét időintervallum elteltével. Az alskálák esetén Indonéziában kaptak alacsonyabb értéket a kutatók az uro-genitális alskála miatt, így csak 0,5–0,7 volt a korrelációs érték. Az MRS faktor-szerkezete a vizsgált országokban stabilnak mutatkozott. A korrelációs értékek magasak voltak az alskálák és az összpontszám között (0,7–0,9), de az alskálák egymás közti korrelációja alacsonyabb értéket mutatott (0,5–0,7). Ez arra a következtetésre vezette a kutatókat, hogy az alskálák nem teljesen függetlenek egymástól. A konstruktum validitás vizsgálataként a kutatók a több területet mérő Generic Quality of Life Scale SF-36 (Ware et al., 1996) szomatikus alskálájával vizsgálták az MRS szomatikus alskálájának korrelációját, valamint mindkét skála pszichológiai alskáláinak korrelációját. Az eredmények közepesen erős és erős együtt járást mutattak, ami azt jelenti, hogy minél magasabb értéket mutat az MRS szomatikus és pszichológiai alskálája, annál alacsonyabb az életminőség. A kutatók a Kupperman Index-szel (Kupperman et al., 1953) is – ami a menopauza tüneteinek mérésére alkalmas eszköz – megvizsgálták az együtt járást, és magas korrelációs értékeket kaptak (Heinemann et al., 2004). Összességében tehát elmondható, hogy az MRS megbízhatósági és érvényességi mutatói nemzetközi viszonylatban is jók, ami a menopauza tüneteinek mérésére alkalmas eszközzé teszi a skálát. Vizsgálatunkban ennek a skálának a magyar mintára történő adaptálását tűztük ki célul.

Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)

A MENQOL kérdőív a menopauzális átmenet időszakában méri a lehetséges tüneteket, valamint az ehhez kapcsolódó életminőséget. Eredetileg Hilditch és munkatársai alkották meg és validálták angol nyelven (Hilditch et al., 1996; Lewis et al., 2005). A MENQOL kérdőív 29 tételből áll, minden tétel esetében jelölni kell a tünet jelenlétét, és az adott tünet jelenléte esetén 7 fokú Likert-skálán értékelni, hogy a kitöltőt mennyire zavarja a tünet (0 = egyáltalán nem zavarja; 6 = rendkívül zavarja), tehát azt, hogy milyen hatással van az adott tünet az életminőségére. A kérdőív négy alskálát különböztet meg, ezek a fizikai, vazomotoros, pszichoszociális, és szexuális alskálák. A kérdőívet az angol verzió alapján számos különböző nyelvre lefordították, mint például finn, olasz, lengyel, norvég, holland, francia, spanyol, portugál és kínai (Lewis et al., 2005).

Az eredeti validáló cikk alapján (Hilditch et al., 1996), ahol 144 kanadai nő kérdeztek meg, az alskálák belső konzisztenciája magasnak bizonyult, 0,87–0,89 Cronbach-alfa-értékekkel. A teszt–re-teszt reliabilitás alátámasztotta a kérdőív megbízhatóságát az alskálákra kapott 0,81–0,85 közötti Pearson-korrelációs értékeket mutatva. A felszíni érvényesség ellenőrzésére érdekében post-menopauzában lévő nők egy másik csoportját (nem a tesztelt populációt) megkérdezték, hogy mennyire reprezentálják a kérdőív kérdései a menopauza alatti életminőséget, amit egy 5 fokú Likert-skálán kellett értékelniük. A válaszadók átlagosan 4,7 pontot adtak értékelésükben, ami közel áll a maximális értékhez. Tartalmi érvényesség szempontjából tíz szakértő segítségével értékelték

ki a kérdőívet, akik megfelelőnek tartották a kérdéseket. A konstruktum validitás méréséhez a szerzők több, már ismert skálát választottak az egyes alskálák validitásának kiértékeléséhez. A fizikai alskála validitását Neugarten és Kraines menopauza tünetlistájának (Neugarten & Kraines, 1965) a szomatikus és pszichoszomatikus alskáláival vetették össze, és 0,69 értékű korrelációt találtak. A vazomotoros alskálát szintén a fent említett kérdőív szomatikus alskálájával vetették össze, és 0,40 erősségű korrelációt kaptak. A pszicho-szociális alskálát a fenti skála pszichológiai alskálájával összevetve 0,65, a General Wellbeing Schedule-lal (McDowell, 2006: 240–247) összevetve -0,7 értékű korrelációt kaptak. A szexuális alskálát Channon és Ballinger Vaginal Symptom Score skálájával (Channon & Ballinger, 1986) összevetve 0,38, míg a Libido Index-szel összevetve 0,48 erősségű korrelációt kaptak. Összességében elmondható, hogy a MENQOL kérdőív konstruktum validitása a fentiek alapján elfogadható mértékű, valamint a szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a kérdőív megbízhatósága és érvényessége összességében jónak mondható. Jelen kutatásunkban célunk, hogy a MENQOL kérdőívet magyar nyelvre adaptáljuk, és megvizsgáljuk a reliabilitását, valamint a validitás néhány releváns aspektusát.

Menopauza tünetek és életminőség

A menopauza vazomotoros tünetei (pl. hőhullámok, éjszakai izzadás) a szakirodalomban az egyik leggyakrabban tárgyalt téma. Egy áttekintő tanulmány szerint (Thurston et al., 2025) a nők 60–80 százaléka tapasztal meg vazomotoros tüneteket a menopauza során világszerte, és

egyharmaduknál ezek a tünetek gyakran fordulnak elő, súlyos vagy mérsékelt formában. A vazomotoros tünetek gyakorisága és súlyossága összefüggést mutat a társadalmi és gazdasági helyzettel. Az USA-ban a SWAN kutatások azt találták, hogy az alacsonyabb iskolázottság, és szocio-ökonomiai státusz súlyosabb tünetekkel jár együtt (Gold et al., 2006) valamint azt, hogy a leg-súlyosabb vazomotoros tünetekről a fekete nők számoltak be, ezt követte a fehér, majd a latin nők tüneteinek súlyossága, végül a legkevésbé érintettek az ázsiai származású nők voltak (Gold et al., 2006). A vazomotoros tünetek gyakorisága kultúránként is eltérő lehet. Smail és munkatársai (2020) kutatásában például az emírségi nőknél a leggyakoribb tünetek nem a vazomotoros tünetek, hanem a testi (szomatikus) jellegűek: izom- és ízületi fájdalom, hátfájás. A szerzők kiemelik, hogy ezek jelentősen eltérnek az európai és nyugati kutatók eredményeitől, akiknél a hőhullám a leggyakrabban megjelenő testi tünet. Smail és munkatársai (2020) ezt a kultúrák közötti eltérést a menopauzával kapcsolatos eltérő kulturális hiedelmekkel magyarázzák. Williams és munkatársai (2009) szerint az Amerikai Egyesült Államokban a komoly vazomotoros tünetekkel rendelkező nőknél, az enyhe vagy mérsékelt vazomotoros tünetekkel rendelkező nőkhöz képest több, mint háromszor valószínűbb volt az, hogy a menopauzának negatív hatása lesz az életminőségre.

Az alvászavar szintén gyakori tünet a menopauzában, amely a nők 40–60 százalékát érinti világszerte (Thurston et al., 2025). A menopauzában leginkább meg tapasztalt alvászavar a gyakori felébredés az éjszaka folyamán, ami insomniához vezethet, és ami összefüggést mutat

a napközbeni funkcionálással is (Baker et al., 2018; Ohayon, 2006). Ugyanakkor az alvászavar összefüggést mutat a különféle hangulatzavarokkal, különösen a depresszióval a menopauzális átmenet ideje alatt (Gibson et al., 2011).

A hangulatzavarok (pl. depresszió) és egyéb érzelmi, lelki tényezők (pl. érzelmi labilitás, irritabilitás, szorongás) szintén fontos szerepet játszanak a menopauzális átmenetben, a nők 45–68 százalékát érintve (Thurston et al., 2025). Egy szisztematikus áttekintő tanulmány konklúziója szerint a menopauza egyértelműen megnöveli a depresszió és szorongásnak való kitettséget valószínűleg az ösztrogénszint hullámzásainak a szerotonin szintet befolyásoló hatása miatt. Amennyiben az érintett személynek neurotikus személyisége van, vagy egyéb, negatív életesemények történnek ez alatt az idő alatt, az növelheti a depresszió bekövetkezésének kockázatát a menopauzális átmenetben (Alblooshi et al., 2023).

A menopauzális átmenet alatt és után a nők gyakran szexuális diszfunkciót tapasztalnak, ami összefüggésben állhat azzal, hogy a szexuális funkcionálás az életkorral csökken (Ornat et al., 2013). Nappi és Lachowsky (2009) szerint a leggyakoribb szexuális panaszok a csökkent szexuális vágy, vaginális szárazság, közösülést kísérő fájdalom (dyspareunia), gyenge szexuális izgalom, gyenge orgazmus, sérült szexuális elégedettség. Kutatásukban azt is kimutatták, hogy a menopauza idején ezek között a tünetek között magas szintű a komorbiditás. A különböző szexuális tünetek nem csak sokrétűek, de gyakoriak is, hiszen például középkorú spanyol nők között a szexuális diszfunkciók prevalenciája 46,5% (Ornat et al., 2013). Azonban Smail és munkatársai (2020) szerint a megkérdezettek a szexuális

panaszokról ritkábban számolnak be, azok tabu jellege miatt.

A kognitív tünetek a menopauzális átmenetben lévő nők 44–62 százalékát érintik (El Khoudary et al., 2019; Thurston et al., 2025; Conde et al., 2021). Ezek a következők lehetnek: emlékezeti zavarok; nehézség a számok, nevek, szavak előhívásával; figyelem és koncentrációs zavar, verbális tanulási nehézség, lassabb információ-feldolgozás. Ezeket a tüneteket együttesen agyködnek szokták nevezni. Maki és Henderson (2016) szerint a nők gyakran aggodalmukat fejezik ki ezeknek a tüneteknek az eredetét illetően, mivel nem tudják, hogy ezek a problémák normálisak, és a menopauzához köthetőek, azt hiszik, az Alzheimer kór vagy más komoly kognitív zavar jelei.

A menopauza a nőket olyan életkorban éri (45–55 év), amikor egyébként is előfordulhatnak bizonyos testi betegségek, amik negatívan befolyásolják a fizikai életminőségüket. Bár a cseh nők a menopauzában a fizikai egészséget értékelték a legjobbnak az értékelt tételek közül (Belešová et al., 2022), a perimenopauzális időszakot a változókor tünetei mellett gyakran számos más betegség kialakulása jellemezte. Ilyenek például a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek, köztük az érrelmeszesedés, illetve a mozgató és támasztó szervrendszer problémái, mint a muszkulo-szkeletális és ízületi fájdalom, az ízületi gyulladás és a csontritkulás, amelyek több kutatás szerint is befolyásolják a nők életminőségét (Watt, 2018; Bień et al., 2023). Fontos még az optimális testtömeg fenntartása is ebben a korosztályban, hiszen Bień és munkatársai (2023) eredményei szerint az elhízás súlyosbítja a menopauza tüneteit, illetve az alacsony testsúly is negatívan hat a fizikai életminőség szubjektív észleletére.

Jelen kutatás célkitűzései és hipotézisek

Kutatásunk célja, hogy magyar adaptációt készítsünk az MRS és MENQOL kérdőívhez.

Kutatási kérdésünk az volt, hogy az MRS és MENQOL kérdőívek pszichometriai mutatóik alapján megbízhatóan és érvényesen alkalmazhatóak-e az életminőség felmérésére a rendelkezésünkre álló mintán. Itt elsősorban a megbízhatóságra helyeztük a hangsúlyt, az érvényességnek csak néhány aspektusát vizsgáltuk, mint a face validitást, a kritérium (konkurrens) validitást, valamint a konstruktum (konvergens) validitást.

Megbízhatóság:

H1: Az MRS és MENQOL kérdőívek, valamint alszállaik belső konzisztenciája magas. Ezt a Cronbach-alfa kiszámításával mértük. A Cronbach-alfa egyezményesen elfogadott értékhatarai a következőképpen alakulnak (George & Mallery, 2003; Kárász et al., 2022): $\alpha < 0,5$ = nem elfogadható, $0,5 \leq \alpha < 0,6$ = rossz, $0,6 \leq \alpha < 0,7$ = kérdéses, $0,7 \leq \alpha < 0,8$ = elfogadható, $0,8 \leq \alpha < 0,9$ = jó, $0,9 \leq \alpha$ = kiváló. Hipotézisünk alapján elfogadható, jó és kiváló értékeket vártunk.

H2: Az MRS és MENQOL kérdőívek faktorstruktúrái konfirmatív faktoranalízis alapján megfelelően illeszkednek a feltételezett modellekhez.

Érvényesség:

H3: Az MRS és MENQOL kérdőívek egymásnak megfeleltethető alszállai esetében face validitás figyelhető meg. A hipotézis ellenőrzésére korrelációt számoltunk az MRS és a MENQOL hasonló konstruktumot mérő alszállai között. Várakozásunk szerint a korrelációk (r) nagysága 0,4–0,59

korreláció esetében mérsékelt (Evans, 1996), 0,6–0,79 erős, és 0,8 vagy afeletti értékek esetén nagyon erős, jelezve a konstruktumok hasonlóságát.

H4: Az MRS és MENQOL kérdőíveken mért tünetek összefüggésbe hozhatók a menopauzális státuszról alkotott orvosi véleménynyel: kritériumvaliditás vizsgálata. Ezt a hipotézisünket a vizsgált skáláknak az orvosi véleményt bejósoló erejének vizsgálatával végeztük. Feltételezésünk szerint az orvosi véleményt jobban bejósolják a vizsgált skálák, mint a saját vélemény.

H5: Minél gyakoribb és erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak a vizsgálati személyek az MRS és MENQOL kérdőívek eredményei alapján, annál alacsonyabb lesz a jólétük, valamint az étellel való elégedettségük – konstruktum validitás (ezen belül konvergencia) validitás figyelhető meg. Várakozásunk szerint a korrelációk (r) nagysága 0,4–0,59 korreláció esetében mérsékelt (Evans, 1996), 0,6–0,79 erős, és 0,8 vagy afeletti értékek esetén nagyon erős.

MÓDSZEREK

Vizsgálati személyek

A kérdőívcsomagot 897 személy töltötte ki. 255 személyt kizártunk, mert nem fejezték be a kérdőívet. 22 személyt kizártunk, mert bevallása alapján 45 évnél fiatalabb, 30 személyt kizártunk, mert bevallása alapján 55 évnél idősebb. 5 személyt kizártunk, mivel a női nemtől eltérő nemet vallottak be. 28 személyt kizártunk, mivel azt vallották, hogy rendelkeznek pszichiátriai diagnózissal. A statisztikai elemzést így az

557 nőből álló mintán végeztük el (életkor átlag = 50,345; $SD = 2,954$). Iskolai végzettség alapján 5 kitöltő alapfokú végzettséggel rendelkezik, 198 kitöltő középfokú végzettséggel rendelkezik és 354 kitöltő felsőfokú végzettséggel rendelkezik. Lakóhely alapján 126 kitöltő kistelepülésen él, 206 kitöltő kisvárosban él, 77 kitöltő megyeszékhelyen él és 148 kitöltő fővárosban él. A jövedelem alapján 23 kitöltő nem tud kijönni a havi jövedelméből, 109 kitöltő alig jön ki a havi jövedelméből, 195 kitöltő kényelmesen kijön a havi jövedelméből, de félre nem tud rakni, 230 kitöltő pedig kényelmesen kijön a havi jövedelméből és félre is tud rakni. Párkapcsolat alapján 48 kitöltő egyedülálló, 45 kitöltő párkapcsolatban él, 58 kitöltő élettársi kapcsolatban él, 345 kitöltő házas, 48 kitöltő elvált, 7 kitöltő özvegy és 6 kitöltő nem kívánta kifejtetni párkapcsolati helyzetét. 527 kitöltő rendelkezik munkahellyel és 30 kitöltő nem rendelkezik munkahellyel. A kitöltők megadták gyermekeik számát, ennek módusza és mediánja 2, átlaga 1,892 ($SD = 1,196$).

Annak érdekében, hogy informálódjunk, vajon a kitöltők a menopauza mely szakaszában lehetnek (perimenopauza, menopauza, postmenopauza) a menstruációval kapcsolatban tettünk fel kérdéseket. Ez alapján 159 kitöltő rendszeresen menstruál (életkor átlag = 48,522; $SD = 2,300$), 125 rendszeresen nem menstruál (életkor átlag = 49,632; $SD = 2,722$), 273 kitöltő pedig nem menstruál (életkor átlag = 51,733; $SD = 2,698$). Továbbá megkérdeztük a kitöltőket, hogy saját véleményük és orvosuk szerint vajon a menopauza életszakaszában vannak-e („Jelenleg nőgyógyásza szerint a menopauza időszakában van?” és „Jelenleg saját véleménye szerint túlesett már a menopauza időszakán?”). Ez alapján 290 kitöltő úgy

gondolja, hogy orvosa szerint a menopauza időszakában vannak (életkor átlag = 51,069; $SD = 2,736$). 116 kitöltő úgy gondolja, hogy orvosa szerint nincs a menopauza időszakában (életkor átlag = 49,138; $SD = 3,010$). 151 kitöltő nem tudja, hogy orvosa szerint a menopauza időszakában van-e (életkor átlag = 49,881; $SD = 2,937$). 100 kitöltő saját véleménye szerint a menopauza időszakában van (életkor átlag = 52,490; $SD = 2,385$). 389 kitöltő saját véleménye szerint nincs a menopauza időszakában (életkor átlag = 49,791; $SD = 2,791$). 68 kitöltő saját véleménye szerint nem tudja, hogy a menopauza időszakában van-e (életkor átlag = 50,971; $SD = 3,017$). Ezen kívül a hormonterápiáról is megkérdeztük a vizsgálati személyeket. Ez alapján 29 kitöltő hormonterápiát kap a menopauza kezelésére (életkor átlag = 50,483; $SD = 2,849$). 528 kitöltő nem kap hormonterápiát a menopauza kezelésére (életkor átlag = 50,337; $SD = 2,962$).

Eszközök

A kutatás során adaptálni kívánt eszközök a Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL; Hilditch et al., 1996), és a Menopause Rating Scale (MRS; Heinemann et al., 2004). A kérdőívek magyar nyelvre történő fordítását kutatócsoportunk végezte el. Első lépésben az MRS kérdőív jog tulajdonosától, a ZEG Berlin GmbH-től megkaptuk az engedélyt a magyar változat elkészítéséhez, és tudományos célú felhasználásához. Az angol változatot lefordítottuk magyarra (fordító: Lukács Levente), majd az így nyert magyar kérdőíveket egy, az eredeti kérdőívet nem ismerő személy visszafordította angol nyelvre. Ezt követően az eredeti és a visszafordított angol nyelvű kérdőív

összevetése alapján javítottuk a magyar nyelvű verziót. A MENQOL esetében találtunk egy létező magyar verziót, aminek használatára engedélyt kaptunk a jogtulajdonos MAPI Research Trusttól. Ezt a változatot összevetettük saját fordításunkkal, melyet az MRS kérdőív fordításával azonos módon hoztunk létre (fordító: Frankó Fruzsina), és egy minimálisan eltérő, korrigált magyar változatot alkalmaztunk a vizsgálatban, annak érdekében, hogy a kérdőív magyar nyelvű változata szöveghű, és egyben magyar nyelven is könnyen érthető legyen.

Az MRS kérdőív 11 tételből áll, minden tétel egy menopauzális tünet, amit a kitöltők 5 fokú Likert-skálán értékelnek (0 = nincs; 4 = nagyon súlyos), nincsenek fordított tételek. A MENQOL kérdőív 29 tételből áll, minden tétel esetében jelölni kell a tünet jelenlétét, és jelenléte esetén 7 fokú Likert-skálán érekelni (0 = egyáltalán nem zavarja; 6 = rendkívül zavarja). A válaszokat pontszámmá alakítjuk: a tünet jelenléte való nemleges válasz 1 pontot ér, az igenlő pedig 2 pontot ér, amihez hozzájárul a Likert-skálára adott pontszám, így minden tétel pontszáma 1 és 8 között mozog. Mindkét kérdőív esetében alskálákba rendeződnek a tünetek: az MRS kérdőív 3 alskálát különböztet meg (pszichológiai, szomato-vegetatív, urogenitális), a MENQOL kérdőív 4 alskálát különböztet meg (fizikai, vazomotoros, pszichoszociális, szexuális).

Az életminőség felmérése további két eszközt használtunk, az Élettel való Elégedettség Skála (SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) magyar verzióját (SWLS- H; Martos, Sallay, Désfalvi, Szabó & Ittész, 2014), valamint a WHO jól-lét kérdőív rövidített, magyar változatát (WBI-5; Susánszky, Konkoly Thege, Stauder & Kopp,

2006). Az SWLS-H kérdőív Martos és munkatársai (2014) szerint az egyik leggyakrabban alkalmazott jóllét kérdőív, 5 tételt tartalmaz, amiket 7 fokú Likert-skálán értékelnek (1 = egyáltalán nem értek egyet; 7 = teljes mértékben egyetértek). Alskálák és fordított tételek nincsenek, a skála pontszáma a tételekre adott válaszok összeadásával számítható ki, a magasabb pontszám magasabb elégedettségre utal. A WBI-5 kérdőív az általános közérzetet méri a felvételt megelőző 2 hétben. A kérdőív 5 tételt tartalmaz, amiket a kitöltők 4 fokú Likert-skálán értékelnek (0 = egyáltalán nem jellemző; 3 = teljesen jellemző). Alskálák és fordított tételek nincsenek, a skála pontszáma a tételekre adott válaszok összeadásával számítható ki, a magasabb pontszám jobb közérzetre utal.

Eljárás

A kutatásban való részvétel anonim volt. Az adatok felvétele 2024. december 13. és 2025. március 04. között zajlott. A kérdőívcsomagot online juttattuk el a kitöltőkhöz a Qualtrics szoftver (verzió: 2024 december; első kiadás: 2005; copyright: 2020) felületén. A kitöltés átlagos ideje kiugró értékek miatt 3299 másodperc, azonban mediánja 624 másodperc.

A minta összegyűjtése során kényelmi mintavételt és hólabda módszert alkalmaztunk, a kitöltőinktől a kérdőív terjesztését is kértük. Az ebből származó torzítás ellen-súlyozására felkerestünk nők egészségével foglalkozó szervezeteket, és kértük, hogy kérdőívünket osszák meg hírlevelükön. A kutatáshoz etikai engedélyt a PPKE BTK Kutatásetikai Bizottsága adta ki (engedély szám: 2024_76). A vizsgálati személyek a beleegyező nyilatkozat elfogadása alapján

hozzájárultak anonim válaszaik kutatási célokra történő felhasználásához.

Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzéshez a JASP (JASP, 2024) szoftvert használtunk, amiben a következő teszteket futtattuk le. Az adatok normalitását Shapiro–Wilk-teszttel ellenőriztük (Ghasemi & Zahediasl, 2012). A mérőeszközök reliabilitását Cronbach-alfa és McDonald-omega mutatók számításával ellenőriztük, és kiemelt figyelmet fordítottunk arra, hogy bizonyos ítemek kihagyása milyen hatással van a megbízhatóságra. Az MRS és MENQOL kérdőívek faktorstruktúráján ellenőrző faktoranalízist végeztünk. Vargha (2023) nyomán az illeszkedés megállapítására a khi-négyzet-próba mellett különböző adekvációs indexeket, illeszkedési mutatókat is ellenőriztünk. Ezek a Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), a Standardized Root Mean Square Residual (SRMR; 0,05 alatt jó, 0,08 alatt elfogadható), a Comparative Fit Index (CFI) és a Tucker-Lewis Index (TLI). Vargha (2023) szerint a mutatók értelmezése a következő: CFI index esetében 0,95 felett kiváló, 0,90 felett elfogadható, 0,90 alatt gyenge; TLI index esetében 0,95 felett kiváló, 0,90 felett jó, 0,85 felett elfogadható, 0,85 alatt gyenge; SRMR index esetében 0,05 alatt jó, 0,08 alatt elfogadható; RMSEA esetében 0,06 alatt jó, 0,08 alatt elfogadható, 0,08 felett gyenge. Gatignon (2010) nyomán a magas elemszámra való tekintettel a khi-négyzet-próba eredményeit csak korlátozottan vesszük figyelembe. Vargha (2023) nyomán a normalitás sérülése miatt maximum likelihood (ML) becslési módszer helyett diagonally weighted least squares (DWLS) becslési módszert alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK

Menopauzális tünetek gyakorisága, a kérdőívek pontszámainak leíró statisztikája, valamint a menopauzális és nem menopauzális csoportok összehasonlítása

A tünetek gyakoriságának vizsgálatához az MRS és MENQOL kérdőívek tétéleire adott válaszokat dichotóm változóvá alakítottuk (0 = a tünet hiányzik; 1 = a tünet megjelenik), mivel az MRS és MENQOL kérdőívek esetében is volt lehetőség a tünetek jelenlétét is jelölni a tünetek erőssége mellett. Ez alapján számítottuk ki, hogy a kitöltők hány százalékánál jelenik meg a tünet.

A tünetek gyakorisága sorrendben az MRS kérdőív esetében: Ingerlékenység (idegesség, belső feszültség, agresszivitás) (73%); Hólyagproblémák (vizelési nehézség, fokozott vizelési inger, vizelet-inkontinencia) (73%); Fizikai és szellemi kimerültség (általános teljesítménycsökkenés, memóriazavar, koncentráció gyengülése, feledékenység) (69%); Szorongás (belső nyugtalanság, pánikézés) (68%); Szexuális problémák (változás a szexuális vágyban, a szexuális tevékenységben és kielégülésben) (62%); Ízületi és izompanaszok (ízületi fájdalom, reumás panaszok) (62%); Depresszív hangulat (levertség, szomorúság, sírhatnék, motiváció hiánya, hangulatingadozás) (61%); Alvásproblémák (elalvás nehézsége, az éjszaka átalvásának nehézsége, korai ébredés) (55%); Hőhullámok, izzadás (izzadásos epizódok) (54%); Szívpanaszok (heves szívverés, szív kihagyás érzése, szapora szívverés, szorító mellkasi fájdalom) (52%).

A tünetek gyakorisága sorrendben a MENQOL kérdőív esetében: Fáradtság és kimerültség (85%); Száraz bőr (83%); Energiahiány érzése (81%); A bőr megjelenésének, textúrájának vagy tónusának

megváltozása (80%); Alvási nehézségek (77%), Súlygyarapodás (76%); Az állóképesség csökkenése (75%); Fizikai erőnlét csökkenése (75%); Izom- és ízületi fájdalmak (74%); Türelmetlenség másokkal szemben (73%); Szorongás vagy idegesség (73%); Puffadás (70%); Gyengébb teljesítmény, mint korábban (69%); Derékfájdalom (68%); Gyenge memória (68%); Változás a szexuális vágyban (67%); Fájdalom a nyak hátsó részén vagy fejfájás (65%); Egyedüllet iránti vágy (64%); Puffadás (szél) vagy felfúvódás miatti fájdalom (62%); Depresszió, levertség vagy szomorúság (62%); Elégedetlenség a magánéletemmel (61%); Gyakori vizelés (57%); Intimitás kerülése (56%); Izzadás (55%); Hőhullámok (54%); Nevetés vagy köhögés közbeni önkéntelen vizelés (53%); Éjszakai verejtékezés (52%); Megnövekedett arcszörzet (46%); Hüvelyszárazság közösülés közben (45%).

A menopauzális státuszról alkotott orvosi vélemény alapján a menopauzális csoportba 290 fő, a nem menopauzális csoportba pedig 116 fő került. A csoportok jelentősen eltérő mérete miatt a független mintás t-próba nem parametrikus ekvivalensét, a Mann–Whitney-tesztet alkalmaztuk, egyoldali kérdésfeltevéssel, méghozzá a menopauzális csoporttól várunk magasabb tünetpontszámot. A Mann–Whitney-teszt alapján szignifikáns különbséget találunk a menopauzális és nem menopauzális csoport között a MENQOL fizikai pontszámában (menopauzális csoport: átlag = 61,869; $SD = 22,659$; nem menopauzális csoport: átlag = 54,060; $SD = 22,223$; $W = 19889$; $p = 0,002$; $r_B = -0,182$), a MENQOL vazomotoros pontszámában (menopauzális csoport: átlag = 10,900; $SD = 6,728$; nem menopauzális csoport: átlag = 6,293 $SD = 4,356$; $W = 23703,5$; $p < 0,001$; $r_B = -0,409$),

1. táblázat. Leíró statisztika a mérőeszközök alskáláiról és összpontszámairól

	Medián	Átlag	Szórás	Minimum érték	Maximum érték
SWLS-H összpontszám	25.000	24.579	5.836	9.000	35.000
MRS pszichológiai alskála	4.000	4.313	2.919	0.000	13.000
MRS szomatikus alskála	4.000	4.272	2.631	0.000	12.000
MRS urogenitális alskála	2.000	2.685	2.048	0.000	8.000
MRS összpontszám	11.000	11.292	6.354	0.000	28.000
MENQOL fizikai alskála	59.000	58.573	22.554	16.000	111.000
MENQOL vazomotoros alskála	7.000	9.137	6.297	3.000	24.000
MENQOL pszichoszociális alskála	23.000	23.560	10.818	7.000	56.000
MENQOL szexuális alskála	8.000	9.323	6.036	3.000	24.000
WBI-5 összpontszám	8.0000	7.965	2.836	0.000	15.000

a MENQOL pszichoszociális pontszámában (menopauzális csoport: átlag = 24,631; $SD = 10,900$; nem menopauzális csoport: átlag = 22,552; $SD = 10,975$; $W = 18734,5$; $p = 0,037$; $r_B = -0,114$) és a MENQOL szexuális pontszámában (menopauzális csoport: átlag = 10,297; $SD = 6,344$; nem menopauzális csoport: átlag = 7,828; $SD = 5,221$; $W = 20531$; $p < 0,001$; $r_B = -0,221$), valamint az MRS pszichológiai pontszámában (menopauzális csoport: átlag = 4,597; $SD = 2,953$; nem menopauzális csoport: átlag = 3,914; $SD = 2,897$; $W = 19114,5$; $p = 0,015$; $r_B = -0,136$), az MRS szomatikus pontszámában (menopauzális csoport: átlag = 4,945; $SD = 2,586$; nem menopauzális csoport: átlag = 3,216; $SD = 2,314$; $W = 23577$; $p < 0,001$; $r_B = -0,402$), az MRS urogenitális pontszámában (menopauzális csoport: átlag = 3,007; $SD = 2,109$; nem menopauzális csoport: átlag = 2,034; $SD = 1,714$; $W = 21336$; $p < 0,001$; $r_B = -0,268$) és az MRS összpontszámában (menopauzális csoport: átlag = 12,631; $SD = 6,315$; nem menopauzális csoport: átlag = 9,147; $SD = 5,744$; $W = 22133$; $p < 0,001$; $r_B = -0,316$).

A menopauzális státuszról alkotott saját vélemény alapján a menopauzális csoportba 100 fő, a nem menopauzális csoportba pedig 389 fő került. A csoportok jelentősen eltérő mérete miatt a független mintás t-próba nem parametrikus ekvivalensét, a Mann–Whitney-tesztet alkalmaztuk, egyoldali kérdésfeltevéssel, még hozzá a menopauzális csoporttól várunk magasabb tünetpontszámot. A Mann–Whitney-teszt alapján nem találunk szignifikáns különbséget a menopauzális és nem menopauzális csoport között a MENQOL fizikai ($W = 18359$; $p = 0,807$), vazomotoros ($W = 19074$; $p = 0,620$) és pszichoszociális ($W = 18106,5$; $p = 0,857$) pontszámaiban, sem pedig az MRS pszichológiai ($W = 18238,5$; $p = 0,833$), szomatikus ($W = 19617,5$; $p = 0,447$) vagy urogenitális ($W = 21474,5$; $p = 0,052$) pontszámában, sem pedig az MRS összpontszámában ($W = 20223,5$; $p = 0,270$). Azonban a Mann–Whitney-teszt alapján szignifikáns különbséget találunk a menopauzális és nem menopauzális csoportok között a MENQOL szexuális alskálájának pontszámában (menopauzális csoport: átlag = 11,030; $SD = 6,628$;

nem menopauzális csoport: átlag = 8,884; $SD = 5,803$; $W = 23123,5$; $p = 0,002$; $r_B = -0,189$.

Megbízhatóság: belső konzisztencia

Az MRS kérdőív reliabilitásának vizsgálata során a teljes kérdőív Cronbach-alfa ($tételszám = 11$; $\alpha = 0,828$) és a McDonald-omega ($tételszám = 11$; $\omega = 0,823$) mutatója is magas megbízhatóságot mutat. Nincs olyan item, aminek elhagyása magasabb Cronbach-alfa vagy McDonald-omega mutatót eredményezne.

Az MRS kérdőív szomatikus alsklájának reliabilitásának vizsgálata során a Cronbach-alfa ($tételszám = 4$; $\alpha = 0,610$) és a McDonald-omega ($tételszám = 4$; $\omega = 0,613$) is megkérdőjelezhető, ám még elfogadható megbízhatóságot mutat. Nincs olyan item, aminek elhagyása magasabb Cronbach-alfa vagy McDonald-omega mutatót eredményezne.

Az MRS kérdőív pszichológiai alsklájának reliabilitásának vizsgálata során a Cronbach-alfa ($tételszám = 4$; $\alpha = 0,822$) és a McDonald-omega ($tételszám = 4$; $\omega = 0,828$) is magas megbízhatóságot mutat. Azonban a hetedik item elhagyása esetén mind a Cronbach-alfa ($tételszám = 3$; $\alpha = 0,835$), mind a McDonald-omega ($tételszám = 3$; $\omega = 0,836$) magasabb értéket mutat.

Az MRS kérdőív urogenitális alsklájának reliabilitásának vizsgálata során a Cronbach-alfa ($tételszám = 3$; $\alpha = 0,628$) és a McDonald-omega ($tételszám = 3$; $\omega = 0,672$) is megkérdőjelezhető, ám még elfogadható megbízhatóságot mutat. Nincs olyan item, aminek elhagyása magasabb Cronbach-alfa vagy McDonald-omega mutatót eredményezne.

A MENQOL kérdőív reliabilitásának vizsgálata során a teljes kérdőív Cronbach-alfa ($tételszám = 29$; $\alpha = 0,935$) és a McDonald-omega ($tételszám = 29$; $\omega = 0,933$) mutatója is kiváló megbízhatóságot mutat. Nincs olyan item, aminek elhagyása magasabb Cronbach-alfa vagy McDonald-omega mutatót eredményezne.

A MENQOL kérdőív vazomotoros alsklájának reliabilitásának vizsgálata során a Cronbach-alfa ($tételszám = 3$; $\alpha = 0,909$) és a McDonald-omega ($tételszám = 3$; $\omega = 0,909$) is kiváló megbízhatóságot mutat. Nincs olyan item, aminek elhagyása magasabb Cronbach-alfa vagy McDonald-omega mutatót eredményezne.

A MENQOL kérdőív pszichoszociális alsklájának reliabilitásának vizsgálata során a Cronbach-alfa ($tételszám = 7$; $\alpha = 0,856$) és a McDonald-omega ($tételszám = 7$; $\omega = 0,859$) is magas megbízhatóságot mutat. Azonban a tizedik item elhagyása esetén mind a Cronbach-alfa ($tételszám = 6$; $\alpha = 0,860$), mind a McDonald-omega ($tételszám = 6$; $\omega = 0,860$) magasabb értéket mutat.

A MENQOL kérdőív fizikai alsklájának reliabilitásának vizsgálata során a Cronbach-alfa ($tételszám = 16$; $\alpha = 0,906$) kiváló, a McDonald-omega ($tételszám = 16$; $\omega = 0,898$) pedig magas megbízhatóságot mutat. Azonban a huszonhatodik item elhagyása esetén mind a Cronbach-alfa ($tételszám = 15$; $\alpha = 0,908$), mind a McDonald-omega ($tételszám = 15$; $\omega = 0,899$) magasabb értéket mutat.

A MENQOL kérdőív szexuális alsklájának reliabilitásának vizsgálata során a Cronbach-alfa ($tételszám = 3$; $\alpha = 0,847$) és a McDonald-omega ($tételszám = 3$; $\omega = 0,857$) is magas megbízhatóságot mutat. Nincs olyan item, aminek elhagyása magasabb Cronbach-alfa vagy McDonald-omega mutatót eredményezne.

Megbízhatóság: megerősítő faktoranalízis

Mindkét menopauzális kérdőívben alsókálákba, tünetcsoportokba rendeződnek az itemek, az egyes tünetek. Megerősítő faktoranalízist (konfirmatív faktoranalízis, CFA) használtunk, hogy ellenőrizzük a látns változók, a tünetcsoportok illeszkednek-e a teoretikusan megalapozott modellhez.

Az MRS kérdőív esetében a teoretikusan megalapozott háromfaktoros modell a khi-négyzet-próba alapján nem illeszkedik megfelelően a mintához: $\chi^2(41, N = 557) = 49,161$; $p < 0,001$. Az adekvációs indexek a következők: CFI = 0,997; TLI = 0,996; SRMR = 0,042; RMSEA = 0,020. Vargha (2023) értelmezése mentén a CFI és TLI indexek alapján az illeszkedés kiváló, az SRMR és RMSEA indexek alapján pedig az illeszkedés jó.

2. táblázat. Az MRS kérdőív faktorai és tételei ide

Alskálák	Tételek	Estimate	Std. Error	z-value	p
MRS szomatikus	1. Hőhullámok, izzadás (izzadásoos epizódok)	0.5043	0.0309	16.3094	< .0001
	2. Szívpanaszok (heves szívverés, szív kihagyás érzése, szapora szívverés, szorító mellkasi fájdalom)	0.4269	0.0253	16.8485	< .0001
	3. Alvásproblémák (elalvás nehézsége, az éjszaka átalvásának nehézsége, korai ébredés)	0.5920	0.0336	17.6086	< .0001
	11. Ízületi és izompanaszok (ízületi fájdalom, reumás panaszok)	0.5390	0.0326	16.5493	< .0001
MRS pszichológiai	4. Depresszív hangulat (levertség, szomorúság, sírhatnak, motiváció hiánya, hangulatingadozás)	0.6986	0.0291	24.0177	< .0001
	5. Ingerlékenység (idegesség, belső feszültség, agresszivitás)	0.6102	0.0261	23.3651	< .0001
	6. Szorongás (belső nyugtalanság, pánikézés)	0.7509	0.0301	24.9097	< .0001
	7. Fizikai és szellemi kimerültség (általános teljesítménycsökkenés, memóriazavar, koncentráció gyengülése, feledékenység)	0.5838	0.0259	22.5419	< .0001

Alskálák	Tételek	Estimate	Std. Error	z-value	p
MRS urogenitális	8. Szexuális problémák (változás a szexuális vágyban, a szexuális tevékenységben és kielégülésben)	0.7948	0.0481	16.5314	< .0001
	9. Hólyagproblémák (vizeelési nehézség, fokozott vizeelési inger, vizelet-inkontinencia)	0.4177	0.0282	14.8098	< .0001
	10. Hüvelyszárazság (szárazság vagy égető érzet a hüvelyben, nehézség közösülésben)	0.5597	0.0371	15.0851	< .0001

A MENQOL kérdőív esetében a teoretikusan megalapozott négyfaktoros modell a khi-négyzet-próba alapján nem illeszkedik megfelelően a mintához: $\chi^2(371, N = 557) = 657,365; p < 0,001$. Az adekvációs indexek a következők: CFI = 0,988;

TLI = 0,987; SRMR = 0,057; RMSEA = 0,040. Vargha (2023) értelmezése mentén a CFI és TLI indexek alapján az illeszkedés kiváló, az SRMR index alapján az illeszkedés elfogadható, az RMSEA index alapján pedig az illeszkedés jó.

3. táblázat. A MENQOL kérdőív faktorai és tételei ide

Alskálák	Tételek	Estimate	Std. Error	z-value	p
MENQOL vazomotoros	Hőhullámok	2.0034	0.0636	31.5145	< .0001
	Éjszakai verejtékezés	1.9551	0.0633	30.8911	< .0001
	Izzadás	2.0320	0.0630	32.2302	< .0001
MENQOL pszichoszociális	Elégedetlenség a magánélettel	1.1276	0.0379	29.7874	< .0001
	Szorongás vagy idegesség	1.5459	0.0346	44.6617	< .0001
	Gyenge memória	1.4587	0.0377	38.7067	< .0001
	Gyengébb teljesítmény, mint korábban	1.6503	0.0378	43.6158	< .0001
	Depresszió, levertség vagy szomorúság	1.5666	0.0363	43.0978	< .0001
	Türelmetlenség másokkal szemben	1.4196	0.0351	40.4722	< .0001
	Egyedüllét iránti vágy	1.2736	0.0383	33.2791	< .0001

Alskálák	Tételek	Estimate	Std. Error	z-value	p
MENQOL vazomotoros	Hőhullámok	2.0034	0.0636	31.5145	< .0001
	Éjszakai verejtékezés	1.9551	0.0633	30.8911	< .0001
	Izzadás	2.0320	0.0630	32.2302	< .0001
MENQOL pszichoszociális	Elégedetlenség a magá- néletemmel	1.1276	0.0379	29.7874	< .0001
	Szorongás vagy idegesség	1.5459	0.0346	44.6617	< .0001
	Gyenge memória	1.4587	0.0377	38.7067	< .0001
MENQOL fizikai	Puffadás (szél) vagy felfú- vódás miatti fájdalom	1.4349	0.0346	41.4739	< .0001
	Izom- és izületi fájdalmak	1.4725	0.0358	41.1271	< .0001
	Fáradtság és kimerültség	1.6568	0.0313	52.9233	< .0001
	Alvási nehézségek	1.3705	0.0358	38.2331	< .0001
	Fájdalom a nyak hátsó részén vagy fejfájás	1.2486	0.0336	37.2075	< .0001
	Fizikai erőnlét csökkenése	1.6099	0.0324	49.7642	< .0001
	Az állóképesség csökke- nése	1.5862	0.0317	50.0436	< .0001
	Energiahiány érzése	1.6695	0.0320	52.1019	< .0001
	Száraz bőr	1.2139	0.0318	38.1292	< .0001
	Súlygyarapodás	1.2707	0.0370	34.3511	< .0001
	Megnövekedett arcszövet	0.9204	0.0331	27.7694	< .0001
	A bőr megjelenésének, textúrájának vagy tónusá- nak megváltozása	1.2674	0.0337	37.6508	< .0001
	Puffadás	1.4480	0.0359	40.3275	< .0001
	Derékfájdalom	1.3432	0.0358	37.5524	< .0001
	Gyakori vizezés	1.2080	0.0313	38.5391	< .0001
MENQOL szexuális	Nevetés vagy köhögés köz- beni önkéntelen vizezés	0.7315	0.0329	22.2277	< .0001
	Változás a szexuális vágy- ban	2.0116	0.0637	31.5662	< .0001
	Hüvelyszárazság közö- sülés közben	1.6359	0.0577	28.3681	< .0001
	Intimitás kerülése	1.9480	0.0626	31.1233	< .0001

Érvényesség: Face validitás

A face validitás ellenőrzésére korrelációt számoltunk az MRS és a MENQOL alszkálái között. Várakozásunk szerint a korrelációk (r) nagysága 0,4–0,59 korreláció esetében mérsékelt (Evans, 1996), 0,6–0,79 erős, és 0,8 vagy afeletti értékek esetén nagyon erős, jelezve a konstruktumok hasonlóságát. Eredményeink tekintetében erős és nagyon erős korrelációkat várunk a két mérőeszköz között.

Az MRS kérdőív pszichológiai alszkálájából számolt T-érték eloszlása a Shapiro–Wilk-teszt (Ghasemi & Zahediasl, 2012) alapján szignifikánsan különbözik a normál eloszlástól ($W = 0,958$; $p < 0,001$). A MENQOL kérdőív pszichoszociális alszkálájából számolt T-érték eloszlása a Shapiro–Wilk-teszt alapján szignifikánsan különbözik a normál eloszlástól ($W = 0,966$; $p < 0,001$). A Spearman-korreláció szignifikáns kapcsolatot mutatott az MRS kérdőív pszichológiai alszkálája és a MENQOL kérdőív pszichoszociális alszkálája között ($r_s = 0,802$; $p < 0,001$). A korreláció nagysága nagyon erős, és megfelel előzetes várakozásainknak.

Az MRS kérdőív szomatikus alszkálájából számolt T-érték eloszlása a Shapiro–Wilk-teszt alapján szignifikánsan különbözik a normál eloszlástól ($W = 0,962$; $p < 0,001$). A MENQOL kérdőív fizikai alszkálájából számolt T-érték eloszlása a Shapiro–Wilk-teszt alapján szignifikánsan különbözik a normál eloszlástól ($W = 0,983$; $p < 0,001$). A Spearman-korreláció szignifikáns kapcsolatot mutatott az MRS kérdőív szomatikus alszkálája és a MENQOL kérdőív fizikai alszkálája között ($r_s = 0,649$; $p < 0,001$). A korreláció nagysága erős, és igazolja előzetes várakozásainkat.

Az MRS kérdőív urogenitális alszkálájából számolt T-érték eloszlása a

Shapiro–Wilk-teszt alapján szignifikánsan különbözik a normál eloszlástól ($W = 0,922$; $p < 0,001$). A MENQOL kérdőív szexuális alszkálájából számolt T-érték eloszlása a Shapiro–Wilk-teszt alapján szignifikánsan különbözik a normál eloszlástól ($W = 0,896$; $p < 0,001$). A Spearman-korreláció szignifikáns kapcsolatot mutatott az MRS kérdőív urogenitális alszkálája és a MENQOL kérdőív szexuális alszkálája között ($r_s = 0,551$; $p < 0,001$). A korreláció nagysága mérsékelt, és igazolja előzetes várakozásainkat.

Érvényesség: Kritérium-validitás (konkurrens validitás)

A kritérium-validitás ellenőrzése előtt megvizsgáltuk, hogy a kitöltők véleménye a saját menopauzális státuszukról együttjár-e az orvosuk alkotta hasonló véleménnyel. A menopauzális státuszról való orvosi és szubjektív válaszokban 121 kitöltő azt nyilatkozta, hogy nem tudja, hogy az orvosa véleménye szerint a menopauza időszakában van-e, illetve 38 kitöltő azt nyilatkozta, hogy nem tudja, hogy a saját véleménye szerint a menopauza időszakában van-e, valamint további 30 kitöltő mindkét kérdésre azt válaszolta, hogy nem tudja. Ezt az összesen 189 kitöltőt a jelen vizsgálatra kizártuk, így mind az orvosi, mind a szubjektív vélemény egy-egy bináris változó lett. Az így megfigyelt gyakorisági eloszlásokról a következő kontingenciatáblázat tájékoztat.

Az orvosi és a saját vélemény együttjárásnak vizsgálatára khi-négyzet-próbát alkalmaztunk. A teszt értelmezéséhez megfelelő az elemszám, minden cella várt értéke meghaladja az ötöt, így a korrekció nélküli khi-négyzet-tesztet alkalmazzuk. A teszt eredménye $\chi^2(1) = 0,0672$, $p = 796$, ami azt

4. táblázat. Kontingenciatáblázat az orvosi és szubjektív véleményről a menopauzális státuszt illetően

Orvosi vélemény	Szubjektív vélemény			Összesen
	igen	nem	nem tudom	
igen	52	201	37	290
nem	25	90	1	116
nem tudom	23	98	30	151
Összesen	100	389	68	557

Megjegyzés: Minden cella a megfigyelt gyakoriságot tartalmazza

mutatja, hogy nincs szignifikáns összefüggés a kitöltők saját véleménye és az orvosok véleménye között.

A kritérium-validitás igazolásához arra van szükség, hogy a saját véleménnyel ellentétben az MRS és MENQOL kérdőívek eredménye kapcsolatban legyen az orvosi véleménnyel. Logisztikus regresszióval vizsgáltuk a MENQOL kérdőív alskáláinak bejósoló erejét a kitöltők menopauzájára vonatkozó orvosi véleményt illetően. A modell kimeneti változója a menopauzáról való orvosi vélemény, amely a „nem tudom” választ adó személyek kiszűrése után dichotóm változó. A bemeneti változók a MENQOL kérdőív alskálái, melyek folytonos változók. A bemeneti változók multikollinearitását a tolerancia és a variancia inflációs faktor (VIF) vizsgálatával ellenőriztük. A tolerancia 0 és 1 közötti változó, melynek magasabb értéke jelöl alacsonyabb kollinearitást. A VIF egy 1 fölötti érték, aminek alacsonyabb értéke jelöl alacsonyabb kollinearitást, a kívánt érték pedig kisebb vagy egyenlő, mint 2. A vazomotoros alskála esetében a tolerancia 0,766, VIF = 1,306; a pszichoszociális alskála esetében a tolerancia 0,479, VIF = 2,086; a fizikai alskála esetén a tolerancia 0,460, VIF = 2,176;

a szexuális alskála esetében a tolerancia 0,766, VIF = 1,306. Többdimenziós outlierok a Cook-távolság alapján nem találhatóak a mintában. A modell alapján szignifikáns kapcsolat van a kimeneti változó (orvosi vélemény) és a bemeneti változók (a MENQOL kérdőív alskálái) között ($\chi^2(401) = 54,503$; $p < 0,001$). A modell helyesen jósolta be az esetek 72,168%-át (szenzitivitás = 0,164, specificitás = 0,945). A Nagelkerke pseudo- $r^2 = 0,180$, ami gyenge hatásnagyságra utal.

Logisztikus regresszióval vizsgáltuk az MRS kérdőív alskáláinak bejósoló erejét a kitöltők menopauzájára vonatkozó orvosi véleményt illetően. A modell kimeneti változója a menopauzáról való orvosi vélemény, amely a „nem tudom” választ adó személyek kiszűrése után dichotóm változó. A bemeneti változók a MRS kérdőív alskálái, melyek folytonos változók. A szomatikus alskála esetében a tolerancia 0,580, VIF = 1,733; a pszichológiai alskála esetében a tolerancia 0,687, VIF = 1,456; az urogenitális alskála esetében a tolerancia 0,660, VIF = 1,516. Többdimenziós outlierok a Cook-távolság alapján nem találhatóak a mintában. A modell alapján szignifikáns kapcsolat van a kimeneti változó (orvosi vélemény) és a bemeneti változók (az MRS kérdőív

alskálái) között ($\chi^2(402) = 42,531; p < 0,001$). A modell helyesen jóslta be az esetek 71,429%-át (szenzitivitás = 0,164, specifititás = 0,935). A Nagelkerke pseudo- $r^2 = 0,143$, ami gyenge hatásnagyságra utal.

Érvényesség: Konvergens validitás

A konvergens validitás (ami a konstruktum validitás egy fajtája) ellenőrzésére korrelációkat számoltunk az MRS és a MENQOL alskálái, valamint a jóllét és az étlettel való elégedettség skálái között. Feltételezésünk szerint a menopauzális tünetek gyakorisága negatív kapcsolatban áll a jóllét általunk használt két

mérőeszközével, ezért negatív korrelációt vártunk a két fajta mérőeszköz között. Az szubjektív jóllétet és a menopauzális tünetcsoportokat mérő kérdőívek közötti korrelációkat a következő táblázat foglalja össze. Itt is Spearman-korrelációt használtunk.

Az 5. táblázat alapján látható, hogy az MRS és MENQOL pontszámai, vagyis a menopauza tünetek, valamint az Étlettel való elégedettség között nincs számottevő összefüggés. A Jóllét esetében mérsékelt korrelációt kaptunk az MRS pszichológiai alskálájával ($r = -0.54$), valamint a MENQOL pszichoszociális ($r = -0.52$) és fizikai ($r = -0.45$) alskáláival.

5. táblázat. A menopauza kérdőívek és jóllét kérdőívek korrelációi

Szubjektív jóllét, menopauzális tünetcsoportok			r_s		p
SWLS-H	-	MRS pszichológiai	-0.323	***	< .001
SWLS-H	-	MRS szomatikus	-0.190	***	< .001
SWLS-H	-	MRS urogenitális	-0.192	***	< .001
SWLS-H	-	MRS összpontszám	-0.292	***	< .001
SWLS-H	-	MENQOL fizikai	-0.246	***	< .001
SWLS-H	-	MENQOL vazomotoros	-0.110	**	0.009
SWLS-H	-	MENQOL pszichoszociális	-0.379	***	< .001
SWLS-H	-	MENQOL szexuális	-0.187	***	< .001
WBI-5	-	MRS pszichológiai	-0.543	***	< .001
WBI-5	-	MRS szomatikus	-0.294	***	< .001
WBI-5	-	MRS urogenitális	-0.291	***	< .001
WBI-5	-	MRS összpontszám	-0.483	***	< .001
WBI-5	-	MENQOL fizikai	-0.446	***	< .001
WBI-5	-	MENQOL vazomotoros	-0.182	***	< .001
WBI-5	-	MENQOL pszichoszociális	-0.521	***	< .001
WBI-5	-	MENQOL szexuális	-0.301	***	< .001

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

MEGVITATÁS

Megbízhatóság

A skálák belső konzisztenciáját Cronbach-alfa és McDonald-omega mutatók alapján vizsgáltuk. Az MRS kérdőív egészében magas megbízhatóságot mutat, mert a Cronbach-alfa és McDonald-omega mutatók alapján a belső konzisztencia magas. Az alszkálái közül azonban a szomatikus és urogenitális alszkála belső konzisztenciája megkérdőjelezhető. Emiatt a kérdőív használható a menopauza általános felmérésére, de a tünetcsoportok alapján történő differenciált mérés kerülendő. Az MRS kérdőívvel ellentétben a MENQOL kérdőív nem csak egészében, de alszkálaiban is magas vagy kiváló belső konzisztenciát mutatott a Cronbach-alfa és McDonald-omega mutatók alapján. A szexuális, fizikai és pszichoszociális alszkálák esetében magas belső konzisztencia figyelhető meg. A vazomotoros alszkála, valamint a teljes MENQOL kérdőív esetében kiváló belső konzisztencia figyelhető meg. A fizikai, vazomotoros és pszichoszociális alszkála a magyar mintán megbízhatóbbnak bizonyult, mint Hilditch és munkatársai (1996) eredeti kutatásában, azonban ez a szexuális alszkáláról nem mondható el. Ezek alapján a kérdőív használható a menopauza általános felmérésére, valamint a tünetcsoportok alapján történő differenciált mérés esetén is magas megbízhatóságra számíthatunk. Fontos azonban megjegyezni, hogy a 0,9 fölötti Cronbach-alfa és McDonald-omega mutató értékeket általában a skála tartalmi homogenitását, egysíkúságát, bizonyos tételek eltérő megfogalmazású ismétlődését jelezhetik. Ez azt jelenti, hogy a skálák kevesebb tétellel is megbízhatóan mérnék az adott konstruktumot, tehát statisztikailag

felesleges itemeket tartalmaznak, amik így a kérdőív hosszát növelve válaszadói fáradást és akár szembenállást is kiválthatnak. Ezek alapján a skálák tételei számának csökkentése esetén a törlendő tételeket nem statisztikai, hanem tartalmi megfontolás alapján kell kiválasztani. Jelen vizsgálatunkban a magyar nyelvű kérdőívben a tartalmi validitás megőrzése érdekében minden eredeti tételt megtartottunk.

A konfirmatív faktoranalízis alapján mind az MRS, mind a MENQOL kérdőív esetén a modell illeszkedést vizsgáló khi-négyzet-próba szignifikáns különbséget talált a modell és az adatok között, ezzel arra utalva, hogy a feltételezett faktorstruktúra nem jelenik meg a mintán. Azonban Gatignon (2010) szerint a khi-négyzet-próba használatának hátránya az, hogy túl érzékeny a minta méretére, egészen pontosan a magas elemszámú minta esetén előfordulhat, hogy egy megfelelően illeszkedő modellt is szignifikánsan különbözönek talál és elutasít, ezért nem hagyatkozhatunk erre az egy próbára. Vargha (2023) alapján a Comparative Fit Index (CFI), a Tucker-Lewis Index (TLI), a Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) és a Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) mutatókat is alkalmaztuk. A két kérdőív esetében mind a négy mutató arra utal, hogy az illeszkedés megfelelő, így mindkét kérdőív faktor-struktúráját elfogadjuk.

Érvényesség: face validitás, kritérium validitás, és konvergens validitás

A face validitás ellenőrzésének érdekében megnéztük, hogy az MRS és MENQOL kérdőívek egymásnak megfeleltethető alszkálái hogyan korrelálnak egymással. Az alszkálák együttjárásának tesztelése során

a legnagyobb együttjárás az MRS pszichológiai és a MENQOL pszicho-szociális alszkálái között van, amit az MRS szomatikus és a MENQOL fizikai alszkálái közötti kapcsolat követ, végül pedig az MRS urogenitális és a MENQOL szexuális alszkálái közötti korreláció következik, aminek rho-értéke a három pár közül a leggyengébb kapcsolatra utalt. Mivel mindhárom pár esetében szignifikáns együttjárás figyelhető meg, melynek nagyságrendje a mérsékeltől az erősig, illetve nagyon erősig terjed, kijelenthető, hogy a face validitás megfigyelhető a két vizsgált skála között. Azonban várakozásunkkal ellentétben az MRS kérdőív urogenitális alszkálája és a MENQOL kérdőív szexuális alszkálájának korrelációja mérsékelt volt, és ez az eredmény a face validitás szempontjából nem feltétlenül kielégítő. Ennek oka az lehet, hogy a két skála itemeinek tematikája nem teljesen fedi egymást, az MRS részletesebben és precízebben írja le ezeket a tüneteket.

A kritérium (konkurrens) validitással összefüggésben azt találtuk, hogy nincs szignifikáns együttjárás a kitöltők menopauzális státuszról alkotott saját véleményük, valamint orvosuk véleménye között, továbbá amikor a kérdőívek alszkáláira adott pontszámot hasonlítottuk össze, akkor azt találtuk, hogy az orvosi vélemény alapján kialakított menopauzális és nem menopauzális csoportok között mindkét mérőeszköz minden alszkáláján szignifikáns különbségeket tapasztaltunk, míg a kitöltők saját véleménye alapján kialakított menopauzális és nem menopauzális csoportok között a legtöbb alszkálán nem mutatkozott szignifikáns különbség (csupán a MENQOL szexuális alszkáláján volt szignifikáns különbség, valamint az MRS kérdőív urogenitális alszkáláján a p -érték megközelítette a szignifikáns értéket, $p = 0,052$). Ezzel ellentétben az MRS és MENQOL kérdőívek

eredménye szignifikáns kapcsolatban állt a menopauzális státuszt illető orvosi véleménnyel, míg a szubjektív véleménnyel nem. A kérdőívek nagyon magas specificitással tudták bejósolni a menopauzális státuszról alkotott orvosi véleményt, tehát nagyon kis lehetőséget hagytak az egyes típusú hibának, kevés fals pozitív predikciót tettek. Azonban a szenzitivitás igen alacsony volt mindkét kérdőív esetében, ami lehetőséget teremt a kettes típusú hibának, azaz a kérdőívek sok fals negatív predikciót tettek. Természetesen ezek a kérdőívek nem a menopauzális státusz orvosi megállapítását szolgálják, hanem azt kívánják mérni, hogy a különböző menopauzális tünetek mennyire zavaróak a kitöltő számára.

A konvergens validitást az MRS és MENQOL kérdőívek, valamint alszkáláik kapcsolatának egy távolabbi, általános konstrukttummal, az életminőséggel a WBI-5 és SWLS-H kérdőívek pontszámainak korrelációs elemzésével vizsgáltuk. Az eredmények alapján az SWLS-H, valamint a WBI-5 kérdőív szignifikánsan negatívan korrelálnak az MRS és MENQOL kérdőívekkel és összes alszkáláikkal. A legalacsonyabb rho érték $(-0,110)$ az SLWS-H és a MENQOL vazomotoros alszkálája között figyelhető meg. Ez az eredmény ellentmond Belešová és munkatársai (2022) eredményeinek, miszerint a vazomotoros tünetek erősebb kapcsolatban állnak a szubjektív életminőséggel, mint a pszichológiai tünetek. Az SWLS-H esetében $-0,1$ és $-0,4$ közötti korrelációkkal találkozunk, ami nem mondható számottevő erősségűnek, míg a WBI-5 esetében egyes korrelációs párok a $0,5$ értéket is meghaladják (mérsékelt korreláció). Láthatjuk tehát, hogy a menopauzális kérdőívek erősebben korrelálnak a WBI-5, mint az SWLS-H eredményeivel, azonban ezek a korrelációk sem erősek. Ez felveti a kérdést, hogy az étellel való elégedettséggel és jólléttel való korreláció megfelelő eszköz-e

a konvergencia-validitás ellenőrzésére, amire nagy valószínűséggel nemleges választ kell adnunk, mivel úgy tűnik, hogy ezek a konstruktumok az életminőség más aspektusait vizsgálják, mint az MRS és a MENQOL. Az SWLS-H elsősorban a teljes leélt életúttal való elégedettséget méri fel („Ha újra leélhetném az életem, szinte semmin sem változtatnék”), míg a WBI-5 az elmúlt két héttel kapcsolatban méri fel a pozitív affektust. Eredményeink ezen értelmezése némileg ellentmond korábbi kutatásoknak, ahol az élettel való elégedettség és az MRS közötti összefüggést vizsgálták, és valamivel a miénknél erősebb korrelációkat találtak (Ornat et al., 2013; Fernández-Alonso et al., 2012; erről egy szisztematikus review-t lásd Brown et al., 2015).

Korlátok

A kutatás során nehézséget jelentett a mérőeszközt digitális felületre adaptálni. A MENQOL kérdőív formájában végrehajtottunk egy változtatást. Az eredeti formában minden tétel esetén két kérdésre kell válaszolni (a tünet jelenléte és a tünet okozta diszkomfort), amit két külön érték bekarikázásával kellett a kitöltőnek jelölnie. Ezzel ellentétben jelen kutatásban a tünet jelenléte kérdésére „igen” válasz adására nem volt lehetőség, úgy szerkesztettük a kérdőívet, hogy a tünet okozta diszkomfort megadása magában hordozza az igen választ is. Ez a változtatás nem járt a kérdőív pontozásának megváltoztatásával, így az eredmények hűen tükrözik az eredeti kérdőív formáját.

További nehézség volt a kérdőív hossza. 897 kitöltő közül sokan a kérdőívet nem fejezték be, kitöltés közben lemorzsolódtak. Az ilyen kitöltők kizárása után csupán 557 kitöltő maradt, ami az eredeti elemszámnak alig kétharmada.

A kutatás korlátai közé sorolható a minta reprezentativitásának kérdése. Az online kérdőíves forma csak internetkapcsolattal és megfelelő számítógépes literáciával rendelkező személyeknek tette lehetővé a kitöltést. Fontos még kiemelni, hogy iskolázottság tekintetében az alapfokú végzettséggel rendelkező személyek súlyos alulreprezentáltságát. Az 557 kitöltő közül 552 minimum középfokú végzettséggel rendelkezik, míg az alapfokú végzettséggel rendelkezők száma csupán 5. Tovább torzítja a mintát, hogy az adatfelvétel részben hólabda módszerrel történt, így sok kitöltő egy terjedelmes ismertségi háló részeként került a kutatásba. Ezt valamelyest ellensúlyozza, hogy a kérdőívet számos hírlevélben megosztották.

A kutatás további korlátai közé sorolható az, hogy a pszichometriai validáció nem teljeskörű, hiszen a faktorstruktúra illeszkedésében problémák léptek fel. Ez a korlát kikerülhető, ha a MENQOL kérdőívet unimodális kérdőívként kezeljük. Az alsókálak korrelálnak egymással és a belső konzisztencia mutatók is magasak. Bár ellentmond Hilditch és munkatársai (1998) módszerének, elgondolkozhatunk a kérdőívbeli való összpontszám számolásának lehetőségén.

Összegezve tehát azt mondhatjuk, hogy a kutatási célunkat, az MRS és MENQOL kérdőívek adaptálását magyar nyelvre sikerült megvalósítani, bár elsősorban a megbízhatóságot vizsgáltuk, teszteltük a validitás néhány aspektusát is, úgy mint a face validitás, kritérium validitás és konstruktum validitás. Eredményeink azt mutatták, hogy az MRS és MENQOL kérdőívek esetében a magas belső konzisztencia és megfelelően illeszkedő faktoszerkezet alapján a megbízhatóság kielégíti az elvárásokat. A kérdőívek pontszáma a logisztikus regressziós modell alapján szignifikánsan

kapcsolatban van az menopauza státuszról alkotott orvosi véleménnyel, ami a kritériumvaliditást igazolja. A kérdőívek egymásnak megfeleltethető alskáláinak korrelációja a face validitást igazolja. A menopauzális kérdőívek és a szubjektív jóllét mérőeszközének pontszámai negatívan korrelálnak, ami azonban kérdéseket vet fel, és a konvergens konstruktum-validitást nem igazolja kielégítő

mértékben. A kutatás szűken a 45 és 55 év közötti magyar nőket vizsgálja, nem reprezentatív mintán, azonban az eredmények biztatóak és további, reprezentatív, szélesebb életkort vizsgáló kutatásokra ösztönöznek. Az MRS és MENQOL kérdőív magyar adaptációja kézzel fogható módszertani hozzájárulás a magyar nők egészségének és életminőségének vizsgálatához és javításához.

SUMMARY

MEASURING SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN MENOPAUSAL TRANSITION: THE HUNGARIAN VERSION OF THE MENOPAUSE RATING SCALE (MRS) AND THE MENOPAUSE SPECIFIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (MENQOL)

Background and Aims: Menopause currently affects about 1 million women in Hungary, thus it is becoming an essential healthcare priority to measure symptoms and quality of life during the menopausal transition period. Symptom checklists or questionnaires about life quality in menopause however have not been adapted to Hungarian. The aim of our study is to remedy this situation and offer two menopause rating tools adopted to Hungarian: the Menopause Rating Scale (MRS; Heinemann et al., 2004) and the Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL; Hilditch et al., 1996), and examined their reliability and validity using a Hungarian sample of women.

Methods: Using an online survey including the Hungarian version of the MRS and MENQOL as well as the WHO wellbeing scale (WBI-5; Susánszky et al., 2006) and the Satisfaction with Life Scale (SWLS-H; Diener et al., 1985; Martos et al., 2014) we measured participating Hungarian women aged between 45 and 55 ($n = 557$).

Results: We have observed a high level of inner consistency in case of the MRS ($n = 11$; $\alpha = 0,828$) and MENQOL ($n = 29$; $\alpha = 0,935$). The corresponding subscales of the two questionnaires there was a significant association shown by Spearman correlation. The factor structures of both MRS and MENQOL were confirmed using factor analysis. Subscales of MRS and MENQOL were related to life satisfaction and wellbeing (SWLS-H and WBI-5). We did not observe any significant differences between the various symptom-groups of menopause.

Conclusions: Based on our results both MRS and MENQOL can be used on Hungarian samples, however, MENQOL has better indices. The Hungarian adaptation of the two questionnaires offers the possibility of better understanding menopausal women's quality of life and a more detailed examination of their symptomology in the future, as well as working out methods and interventions to improve it.

Keywords: menopause, menopause symptoms, quality of life in menopause, MRS, MENQOL

IRODALOM

- Alblooshi, S., Taylor, M., & Gill, N. (2023): Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australasian Psychiatry*, 31(2). 165–173. <https://doi.org/10.1177/10398562231165439>
- Baker, F. C., Lampio, L., Saaresranta, T., & Polo-Kantola, P. (2018): Sleep and sleep disorders in the menopausal transition. *Sleep Medicine Clinics*, 13(3). 443–456. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2018.04.011>
- Belešová, R., Tóthová, V., & Nagórská, M. (2022): Factors affecting the quality of life and health status of Czech women during the transition from reproductive to post-reproductive life. *KONTAKT – Journal of Nursing & Social Sciences related to Health & Illness*, 24(4). 294–301. <https://doi.org/10.32725/kont.2022.025>
- Bień, A., Korzyńska-Piętas, M., Zarajczyk, M., Wysokiński, M., Niewiadomska, I., Jurek, K., & Rzońca, E. (2023, April): Factors determining the quality of life of Polish women during menopause based on the Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire. *Healthcare*, 11(8). 1173–1185. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081173>
- Brown, L., Bryant, C., & Judd, F. K. (2015): Positive well-being during the menopausal transition: a systematic review. *Climacteric*, 18(4). 456–469. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.989827>
- Channon, L. D., & Ballinger, S. E. (1986): Some aspects of sexuality and vaginal symptoms during menopause and their relation to anxiety and depression. *British Journal of Medical Psychology*, 59(2). 173–180. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1986.tb02682.x>
- Conde, D. M., Verdade, R. C., Valadares, A. L., Mella, L. F., Pedro, A. O., & Costa-Paiva, L. (2021): Menopause and cognitive impairment: A narrative review of current knowledge. *World Journal of Psychiatry*, 11(8), 412–428. <https://doi.org/10.5498/wjpv11.i8.412>
- Csetvei, A., Püspök, N., Gombárovity, E., Karácsony, I., & Karamánné Pakai, A. (2024): Változókorbán élő nők életminőségének, a depresszió és a stressz mértékének vizsgálata [Study of the Quality of Life, Depression and Stress Levels in Women going through Menopause]. *Nővér*, 37(5). 20–30. <https://doi.org/10.55608/nover.37.0022>
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985): The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1). 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- El Khoudary, S. R., Greendale, G., Crawford, S. L., Avis, N. E., Brooks, M. M., Thurston, R. C., ... & Matthews, K. (2019): The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*, 26(10). 1213–1227. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001424>
- Evans, J. D. (1996): *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Thomson Brooks – Cole Publishing Co.
- Fernández-Alonso, A. M., Trabalón-Pastor, M., Vara, C., Chedraui, P., Pérez-López, F. R., & MenopAuse RiSk Assessment (MARIA) Research Group (2012): Life satisfaction, loneliness and related factors during female midlife. *Maturitas*, 72(1). 88–92. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.02.001>

- Gatignon, H. (2010): Confirmatory Factor Analysis. In: *Statistical Analysis of Management Data* (pp. 59–122). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1270-1_4
- George, D., & Mallery, P. (2003): *SPSS for Windows Step-by-Step: A Simple Guide and Reference, 14.0 update* (7th Edition). [http://1st-iiep.iiep-unesco.org/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=epidocl.in\]/?t2000=026564/\(100\)](http://1st-iiep.iiep-unesco.org/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=epidocl.in]/?t2000=026564/(100))
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012): Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2). 486–489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
- Gibson, C. J., Thurston, R. C., Bromberger, J. T., Kamarck, T., & Matthews, K. A. (2011): Negative affect and vasomotor symptoms in the Study of Women’s Health Across the Nation Daily Hormone Study. *Menopause*, 18(12). 1270–1277. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3182230e42>
- Gold, E. B., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., Greendale, G. A., Powell, L., Sternfeld, B., & Matthews, K. A. (2006): Longitudinal analysis of the association between Vasomotor Symptoms and Race/Ethnicity across the Menopausal Transition: Study of Women’s health across the nation. *American Journal of Public Health*, 96(7). 1226–1235. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.066936>
- Heinemann, K., Ruebig, A., Potthoff, P., Schneider, H. P., Strelow, F., Heinemann, L. A., & Thai, D. M. (2004): The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(45). 1–8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-45>
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., van Maris, B., Ross, A., Franssen, E., ... & Dunn, E. (1996): A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24(6). 161–175. [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(96\)01038-9](https://doi.org/10.1016/0378-5122(96)01038-9)
- JASP Team (2024): JASP (Version 0.19.3) [Computer software].
- Kozmann, K., Deme, B., Szabó, L., Turcsán, J., Takács, K., Siket, A., ... & Pakai, A. (2022): PCR49 Assessment of Quality of Life of Women at Menopause. *Value in Health*, 25(7). S549. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.04.1394>
- Kupperman, H. S., Blatt, M. H. G., Wiesbader, H., & Filler, W. (1953): Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 13(6). 688–703. <https://doi.org/10.1210/jcem-13-6-688>
- Lewis, J. E., Hilditch, J. R., & Wong, C. J. (2005): Further psychometric property development of the Menopause-Specific Quality of Life questionnaire and development of a modified version, MENQOL-Intervention questionnaire. *Maturitas*, 50(3). 209–221. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2004.06.015>
- Maki, P. M., & Henderson, V. W. (2016). Cognition and the menopause transition. *Menopause*, 23(7), 803–805. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000681>
- Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T., & Ittész, A. (2014): Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői [Psychometric characteristics of the Hungarian version of the Satisfaction With Life Scale (SWLS-H)]. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3). 289–303. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.9>
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001>

- Nappi, R. E., & Lachowsky, M. (2009): Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, 63(2). 138–141. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.03.021>
- Neugarten, B. L., & Kraines, R. J. (1965): “Menopausal symptoms” in women of various ages. *Psychosomatic Medicine*, 27(3). 266–273. <https://doi.org/10.1097/00006842-196505000-00009>
- Ohayon, M. M. (2006). Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. *Archives of Internal Medicine*, 166(12). 1262–1268. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.12.1262>
- Ornat, L., Martínez-Deardth, R., Muñoz, A., Franco, P., Alonso, B., Tajada, M., & Pérez-López, F. R. (2013): Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. *Maturitas*, 75(3). 261–269. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.04.007>
- Potthoff, P., Heinemann, L. A., Schneider, H. P., Rosemeier, H. P., & Hauser, G. A. (2000): The Menopause Rating Scale (MRS II): methodological standardization in the German population. *Zentralblatt für Gynakologie*, 122(5). 280–286.
- Schneider, H. P. G., Heinemann, L. A. J., & Thiele, K. (2002): The Menopause Rating Scale (MRS): cultural and linguistic translation into English.
- Smail, L., Jassim, G., & Shakil, A. (2020): Menopause-specific quality of life among Emirati women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). 40–48. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010040>
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006): A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3). 247–255. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.8>
- T. Kárász, J., Nagybányai Nagy, O., Széll, K., & Takács, S. (2022): Cronbach-alfa: Vele vagy nélküle? *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(1). 81–98. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00004>
- Thurston, R. C., Thomas, H. N., Castle, A. J., & Gibson, C. J. (2025): Menopause as a biological and psychological transition. *Nature Reviews Psychology*, 4(8). 530–543. <https://doi.org/10.1038/s44159-025-00463-9>
- Vargha, A. (2023): *Többváltozós statisztikai elemzések pszichológiai kutatásokban ROP-R-rel*. Pólya Kiadó.
- Ware Jr, J. E., Phillips, J., Yody, B. B., & Adamczyk, J. (1996): Assessment tools: Functional health status and patient satisfaction. *American Journal of Medical Quality: the Official Journal of the American College of Medical Quality*, 11(1). S50-3. <https://doi.org/10.1177/0885713x9601100110>
- Watt, F. E. (2018): Musculoskeletal pain and menopause. *Post Reproductive Health*, 24(1). 34–43. <https://doi.org/10.1177/2053369118757537>
- Williams, R. E., Levine, K. B., Kalilani, L., Lewis, J., & Clark, R. V. (2009): Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*, 62(2). 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.006>

MELLÉKLETEK

Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőív

Instrukciók

A kérdőívben szereplő összes tétel az alábbi példák mintájára van megadva.

ÉJSZAKAI VEREJTÉKEZÉS: IGEN/NEM; Egyáltalán nem zavarja - Rendkívül zavarja

Jelölje meg, hogy észlelte-e az adott problémát az elmúlt hónapban.

Ha **nem tapasztalta** az adott problémát: Jelöljön **NEM**-et! ÉJSZAKAI VEREJTÉKEZÉS: NEM. Lépjen, a következő tételre.

Ha **tapasztalta** a problémát: Jelöljön **IGEN**-t, majd **karikázza be**, hogy mennyire **zavarta** az adott probléma. Lépjen, a következő tételre.

A kérdőív teljesen bizalmas. Az Ön nevét nem hozzák kapcsolatba a válaszaival. Ha azonban valamilyen okból nem kíván válaszolni egy kérdésre, kérjük, hagyja ki, és lépjen tovább a következőre.

Az alábbi tételek mindegyikénél jelölje meg, hogy tapasztalta-e a problémát az elmúlt hónapban. Ha igen, értékelje, mennyire zavarta Önt az adott probléma.

1. HÓHULLÁMOK
2. ÉJSZAKAI VEREJTÉKEZÉS
3. IZZADÁS
4. ELÉGEDETLENSÉG A MAGÁNÉLETEMMEL
5. SZORONGÁS VAGY IDEGESSÉG
6. GYENGE MEMÓRIA
7. GYENGÉBB TELJESÍTMÉNY, MINT KORÁBBAN
8. DEPRESSZIÓ, LEVERTSÉG VAGY SZOMORÚSÁG
9. TÜRELMETLENSÉG MÁSOKKAL SZEMBEN
10. EGYEDÜLLÉT IRÁNTI VÁGY
11. PUFFADÁS (SZÉL) VAGY FELFÚVÓDÁS MIATTI FÁJDALOM
12. IZOM-ÉS IZÜLETI FÁJDALMAK
13. FÁRADTSÁG ÉS KIMERÜLTSG
14. ALVÁSI NEHÉZSÉGEK
15. FÁJDALOM A NYAK HÁTSÓ RÉSZÉN VAGY FEJFÁJÁS
16. FIZIKAI ERŐNLÉT CSÖKKENÉSE
17. AZ ÁLLÓKÉPESSÉG CSÖKKENÉSE
18. ENERGIAHIÁNY ÉRZÉSE
19. SZÁRAZ BŐR
20. SÚLYGYARAPODÁS
21. MEGNÖVEKEDETT ARCSZŐRZET
22. A BŐR MEGJELENÉSÉNEK, TEXTÚRÁJÁNAK VAGY TÓNUSÁNAK MEGVÁLTOZÁSA

23. PUFFADÁS
 24. DERÉKFÁJDALOM
 25. GYAKORI VIZELÉS
 26. NEVETÉS VAGY KÖHÖGÉS KÖZBENI ÖNKÉNTELEN VIZELÉS
 27. VÁLTOZÁS A SZEXUÁLIS VÁGYBAN
 28. HÜVELYSZÁRAZSÁG KÖZÖSÜLÉS KÖZBEN
 29. INTIMITÁS KERÜLÉSE

Menopause Rating Scale (MRS)

Jelenleg mely tünetek jellemzők Önre az alábbiak közül?
 (MINDEN EGYES tünet esetében jelölje X-el az EGYIK négyzetet) Ha a tünet nem jellemző Önre, akkor jelölje meg a „nincs” lehetőséget).

TÜNETEK	nincs	enyhe	mérsékelt	súlyos	nagyon súlyos
	0	1	2	3	4
1. Hőhullámok, izzadás (izzadási epizódok)					
2. Szívpanaszok (heves szívverés, szív kiagyás érzése, szapora szívverés, szorító mellkasi fájdalom)					
3. Alvásproblémák (elalvás nehézsége, az éjszaka átalvásának nehézsége, korai ébredés)					
4. Depresszív hangulat (levertség, szomorúság, sírhatnék, motiváció hiánya, hangulatangadozás)					
5. Ingerlékenység (idegesség, belső feszültség, agresszivitás)					
6. Szorongás (belső nyugtalanság, pánikézés)					
7. Fizikai és szellemi kimerültség (általános teljesítménycsökkenés, memóriazavar, koncentráció gyengülése, feledékenység)					
8. Szexuális problémák (változás a szexuális vágyban, a szexuális tevékenységben és kielégülésben)					
9. Hólyagproblémák (vizelési nehézség, fokozott vizelési inger, vizelet-inkontinencia)					
10. Hüvelyszárazság (szárazság vagy égő érzet a hüvelyben, nehézség a közösülésben)					
11. Ízületi és izompanaszok (ízületi fájdalom, reumás panaszok)					

MENOPAUSA ALATTI HORMONÁLIS VÁLTOZÁSOK HATÁSA A KOGNITÍV KÉPESSÉGEKRE



HORVÁTH Orsolya

HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont,
Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet
Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Pszichológia Doktori Iskola
horvath.orsolya@ttk.hu

CSIKÓS Nóra

HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont,
Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet
csikos.nora@ttk.hu

CSIZMADIA Petra

HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont,
Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet
csizmadia.petra@ttk.hu

KŐVÁRI Lili

HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont,
Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet
ELTE Pszichológiai Doktori Iskola
kovari.lili@ttk.hu

VÁRBÍRÓ Szabolcs

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szegedi Tudományegyetem
varbiroszabolcs@gmail.com

GERSZI Dóra

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem
dora.gerszi@gmail.com

GREFF Dorina

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem
greffdorina@gmail.com

GAÁL Zsófia Anna
HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont,
Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet
gaal.zsofia.anna@tk.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A középkorúaknál bekövetkező hormonális változások befolyásolhatják az idegrendszeri működést, és szerepet játszhatnak a későbbi kognitív hanyatlásban. Magyarországon mintegy 2,5 millió nőt érintenek a menopauzához kapcsolódó változások, ugyanakkor kevés kutatás vizsgálja e korosztály kognitív működését és a hormonterápia esetleges neuroprotektív szerepét. Kutatásunk célja az volt, hogy feltárja a kognitív működés eltéréseit 40–65 éves férfiak és a menopauza különböző szakaszaiban lévő nők között, valamint megvizsgálja, miként befolyásolják a kognitív teljesítményt a hangulati, hormonális és demográfiai tényezők.

Módszer: Az online vizsgálatban öt csoport vett részt: premenopauzás ($N = 51$), perimenopauzás ($N = 94$), posztmenopauzás hormonterápia nélkül ($N = 99$) és hormonterápiával élő nők ($N = 23$), valamint férfiak ($N = 20$). A résztvevők egészségügyi adataik megadása után kitöltötték a Beck-féle depresszió- és a Spielberger-féle szorongás-kérdőíveket, valamint az online CogProfile kognitív tesztbattériát.

Eredmények: A perimenopauza időszaka tűnt a legérzékenyebb periódusnak, míg a menopauza után a pszichológiai változók többnyire stabilizálódtak. A menopauza stádiumai között nem mutatkozott markáns különbség a kognitív teljesítményben, ugyanakkor a hormonális, pszichológiai és demográfiai tényezők egyaránt befolyásolták az eredményeket. Az iskolázottság több kognitív területen védőfaktorként jelent meg. A műtéti menopauza kedvezőtlenül, míg a hosszabb reprodukív idő pozitívan befolyásolta a nyelvi feldolgozást. A hormonterápia hatásai vegyesek voltak, bizonyos funkciókban javulást, másokban gyengülést mutatva.

Következtetések: Eredményeink arra mutatnak rá, hogy a menopauzához kapcsolódó kognitív változások sok tényező összetett kölcsönhatásából erednek. A jövőben egyre nagyobb hangsúlyt kell kapniuk azoknak a megközelítéseknek, amelyek az egyéni különbségekre és a személyre szabott intervenciókra helyezik a fókuszot.

Kulcsszavak: menopauza, kognitív öregedés, hormonterápia

BEVEZETÉS

A középkorú (40–60 éves) nők és férfiak kognitív működésének vizsgálata egyre nagyobb figyelmet kap a nemzetközi kutatásban, mivel ebben az életszakaszban olyan

biológiai és pszichológiai változások jelennek meg, amelyek alapjaiban befolyásolhatják a későbbi életminőséget. A nők esetében különösen jelentős a menopauza időszaka, amely a reprodukív élet végével jár együtt, és hormonális változásokat, valamint számos

testi és lelki tünetet idézhet elő. Magyarországon több mint 1,7 millió 55 év feletti nő él, akik nagy valószínűséggel posztmenopauzában vannak, és további mintegy 800 ezer nő tartozik a 45–55 éves korosztályba, akiket érinthetnek már a hormonális változások (KSH, 2025). Ezek az adatok jól mutatják, hogy a menopauza nem csupán egyéni, hanem társadalmi szinten is kiemelt fontosságú jelenség, amelynek hatásait mind a mindennapi életminőség, mind a munkaképesség szempontjából fontos megérteni.

A menopauza általában 45 és 55 éves kor között következik be, és az ösztrogén, a progeszteron és a tesztoszteron szintjének fokozatos csökkenésével jár együtt (Hillard, 2016). A változást megelőző perimenopauza időszakban a nemi hormonok ingadozása és a ciklus rendszertelensége már számos tünetet előidézhetnek, míg az utolsó menstruáció után beköszöntő posztmenopauzában a hormonszintek tartósan alacsonyan maradnak. A tünetek sokfélék: ide tartoznak a hőhullámok és alvászavarok, de a hangulati ingadozások, szorongás és depresszió is gyakoriak (Santoro et al., 2021). Az elmúlt években egyre több kutatás vizsgálta azt is, hogy ezek a hormonális és pszichés változások milyen mértékben hatnak a kognitív működésre.

A szakirodalom eredményei arra utalnak, hogy a menopauza átmenetének időszakában mérsékelt, de többnyire kimutatható kognitív változások jelentkezhetnek, különösen a verbális memória, a feldolgozási sebesség és a végrehajtó funkciók területén. Longitudinális vizsgálatok szerint a perimenopauza és a korai posztmenopauza idején a verbális memória teljesítménye már életkorra kontrollálva is romolhat, különösen a késleltetett felidézés tekintetében (Epperson et al., 2013). Más tanulmányok a verbális fluencia hanyatlását emelték ki, amely a posztmenopauza

előrehaladtával gyorsulhat, és amelynek ütemét a testtömegindex (BMI) is befolyásolhatja: normál BMI-vel rendelkező nőknél a hanyatlás gyorsabb lehet, mint a magasabb BMI-vel rendelkezőké (Thilers et al., 2010). Greendale és munkatársai (2010) nagymintás longitudinális vizsgálatukban arra mutattak rá, hogy a feldolgozási sebesség romlása különösen a késői perimenopauzában figyelhető meg, és ezt a depresszív, szorongásos vagy alvászavaros tünetek kontrollálása sem magyarázta. Weber és munkatársai (2021) szerint ugyanakkor jelentős egyéni különbségek figyelhetők meg: a nők többsége nem tapasztal számottevő kognitív hanyatlást, míg egy kisebb, de klinikailag is jelentős részpopuláció gyengébben teljesít figyelmi, munkamemória- és verbális memóriafeladatokban. Érdekes módon a menopauza alatt érintett kognitív funkciók közül több éppen olyan terület, amelyben a nők a férfiaknál általában jobb teljesítményt nyújtanak, például a verbális memória vagy a feldolgozási sebesség (Halpern, 2012; Asperholm et al., 2019). Ez ráirányítja a figyelmet arra, hogy a kognitív funkciókban mutatkozó nemi különbségek és a menopauza alatti változások közös háttere a nemi hormonok szintjének ingadozása lehet, amelyre utal a premenopauzában megfigyelt ciklikus összefüggés is, miszerint a magas ösztrogén- és progeszteronszint előnyösen hat azokra a kognitív készségekre, amelyekben a nők átlagosan jobban teljesítenek (pl. verbális fluencia, finommotorika), ugyanakkor kedvezőtlenül befolyásolja azokat, amelyekben a férfiak szoktak jobb eredményt mutatni (pl. téri emlékezet, absztrakt gondolkodás; Hampson, 1990; Phillips & Sherwin, 1992). Ennek fényében egy férfi kontrollesoport bevonása is indokolt lehet a nők kognitív működésének pontos megértéséhez.

Fontos kérdés az is, hogy a hangulati tényezők milyen szerepet játszanak a menopauza alatti kognitív változásokban. Számos, nem a menopauzára fókuszáló vizsgálat rámutatott arra, hogy a depresszió és a szorongás befolyásolhatják a memóriát és a figyelmi teljesítményt (Drogos et al., 2013; Maki & Weber, 2021), bár más eredmények nem találtak egyértelmű kapcsolatot (Epperson et al., 2013). A menopauza átmenet idején ugyanakkor viszonylag nagy az egyetértés abban, hogy a klinikailag is jelentős depresszió gyakoribb a perimenopauzában, míg a posztmenopauzában előfordulása csökken. Greendale és munkatársai (2010) eredményei azt is jelzik, hogy bár a pszichés tünetek önmagukban is kedvezőtlen hatást gyakorolhatnak a feldolgozási sebességre és a verbális memória tanulási ütemére, ezek a változások nem magyarázzák teljes mértékben a menopauza átmenetéhez kapcsolódó kognitív teljesítménycsökkenést. Mindez azt sugallja, hogy a kognitív működés változásai részben közvetlenül a reproduktív hormonális változásokhoz, részben pedig a hangulati és életmódbeli tényezőkhez köthetők.

Kiemeljük ugyanakkor, hogy a férfiaknál is megfigyelhető az életkorral összefüggő hormonális változás, elsősorban az androgénszintek fokozatos csökkenése, amely hatással lehet a kognitív teljesítményre és a hangulati állapotokra. Ezek a változások azonban – a női menopauzával ellentétben – nem egy jól körülhatárolható eseményhez kötődnek, hanem lassú folyamatként zajlanak. Bár ez együtt járhat fizikai és pszichés tünetekkel, a kognitív következményekre vonatkozó összefüggések a jelenlegi szakirodalomban nem egyértelműen alátámasztottak (Tan et al., 2019; Yeap & Flicker, 2022).

A nőknél a hormonpótló terápia az egyik leggyakrabban alkalmazott eszköz a

menopauzával járó tünetek enyhítésére. Bár az állatkísérletek és egyes képalkotó eljárásokkal végzett humán vizsgálatok arra utalnak, hogy az ösztrogén kedvező hatással lehet az idegrendszeri működésre (Dumitriu et al., 2010; Berent-Spillson et al., 2015), a klinikai kutatások eredményei mindmáig ellentmondásosak. Míg egyes tanulmányok kognitív előnyökről számolnak be (Moradi et al., 2019), mások éppen fokozott kognitív hanyatlást találtak hosszú távú alkalmazás mellett (Craig et al., 2005). Ezen eredmények értékelésekor érdemes szem előtt tartanunk, hogy sok kutatás 60 év feletti nőkre koncentrált, akiknél a hormonpótlás már kevésbé hatékony vagy nem javasolt, így a középkorú populációra vonatkozó következtetések korlátozottak.

Az ösztrogén (E2) szerepe mellett szól például az a metaanalízis, ami kimutatta, hogy a petefészek eltávolítása – az ösztrogén és a progeszteron elsődleges forrásának megszűnése – több kognitív képesség, elsősorban a verbális memória, a szemantikus memória és a feldolgozási sebesség csökkenésével jár (Georgakis et al., 2019). Azoknál, akik a műtét után ösztrogénpótlást kaptak, nem változtak a kognitív funkciók, míg a placebo kapott csoportnál rosszabb rövid- és hosszútávú emlékezetet, valamint rosszabb logikai érvelést találtak, ami arra utal, hogy az ösztrogén hatással van a memória menopauza körüli változásaira (Sherwin, 1988). Emellett Cortés és munkatársai (2023) azt találták, hogy a reproduktív periódus – azaz a magas ösztrogénszintnek való kitettség – hossza is befolyásolhatja a kognitív működést: a későbbi menopauza és a hosszabb reproduktív időszak magasabb verbális tanulási teljesítménnyel jár együtt, míg a későbbi menarche (az első menstruáció megjelenése), ami rövidebb reproduktív periódust eredményez, alacsonyabb

pontszámmal társult a szám–szimbólum helyettesítési tesztben, ami alacsonyabb pszichomotoros sebességre utal. Globális kognitív mutatókkal azonban nem találtak összefüggést.

Ugyanakkor nagy, randomizált, placebo-kontrollált vizsgálatokban a korai posztmenopauza időszakában adott ösztrogéntartalmú hormonpótlás nem mutatott hatást a kognitív teljesítményre (Espeland et al., 2013; Gleason et al., 2015). Keresztmetszeti vizsgálatokban az ösztrogén szintje a verbális fluenciával, vizuális memóriával és finommotoros sebességgel mutatott összefüggést (Berent-Spillson et al., 2012; Weber et al., 2013), de nagyobb kohorszokban ez az eredmény nem igazolódott (Henderson et al., 2003; Herlitz et al., 2007). Ezek az ellentmondások részben módszertani okokkal magyarázhatók, például a hormonmintaétel időzítésével és gyakoriságával, vagy a hormonterápiában fellépő különbségekkel, illetve az egyéb kontrollált változók heterogenitásával.

Az eltérő eredmények oka lehet az is, hogy az ösztrogén bizonyos kognitív doméneket kedvezőbben befolyásol, mint másokat: állatkísérletekben például javítja a hippocampus-függő helytanulást, de rontja a striatum-függő válasz-tanulást (Korol & Kolo, 2002; Korol, 2020). Hasonló mintázat figyelhető meg posztmenopauzás nőkben is: a hormonpótlás javítja a verbális és figurális memóriát, de nincs hatással a figyelemre, a feldolgozási sebességre vagy a végrehajtó funkciókra (Dumas et al., 2008). Rocca és munkatársai (2024) összefoglalójukban arra a következtetésre jutnak, hogy a nagy egyéni különbségek miatt a hormonterápiának egyaránt lehet előnyös, semleges, illetve káros hatása is az agyi működésére.

Fontos megjegyezni, hogy a menopauza átmenetéhez kapcsolódó kognitív hanyatlás

részben más, gyakori tünetek másodlagos következménye is lehet. Számos vizsgálat összefüggést talált a pszichológiai tünetek (depresszió, szorongás, rosszabb hangulat) és a gyengébb verbális memória, lassabb feldolgozási sebesség vagy vizuális keresés között (Henderson et al., 2003; Greendale et al., 2010; Kok et al., 2006). Más kutatások a vazomotoros tüneteket hozták kapcsolatba a gyengébb verbális memóriával (Maki et al., 2020). Ugyanakkor több tanulmány semmilyen kapcsolatot nem talált a tünetek és a megismerési funkciók között, és olyan eredmények is születtek, amelyek szerint a menopauza átmenetéhez kapcsolódó kognitív hanyatlás a vazomotoros tünetek, az alvászavarok, valamint a depresszív és szorongásos tünetek kontrollálása után is fennmarad (Weber et al., 2013; Epperson et al., 2013).

Összességében a rendelkezésre álló bizonyítékok arra utalnak, hogy a menopauza alatt jelentkező kognitív változások enyhék, terület-specifikusak és számos tényező – életkor, hormonális státusz, pszichés állapot, demográfiai jellemzők – együttes hatásának eredményeként alakulnak ki. Ugyanakkor kevés az olyan vizsgálat, amely a menopauza különböző szakaszait, a férfi kontrollcsoportot, a hangulati és egészségügyi változókat egyszerre veszi figyelembe.

Jelen tanulmány célja ezért az volt, hogy online kérdőívek és kognitív tesztek segítségével átfogóan vizsgáljuk a 40–65 éves korosztály kognitív teljesítményét. Elemzésünk során összehasonlítottuk a férfiakat és a menopauza különböző stádiumában lévő nőket, valamint megvizsgáltuk, hogyan befolyásolják a kognitív működést a depresszió, a szorongás, a menopauzális tünetek és más hormonális tényezők, valamint demográfiai változók, illetve vizsgáltuk, hogy a szubjektív menopauzális tünetek mennyisége

és súlyossága milyen mértékben jár együtt az objektív kognitív teljesítménnyel. A szakirodalom alapján a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg. (1) A menopauza különböző stádiumaiban lévő női csoportok kognitív teljesítménye eltér egymástól, és a perimenopauza időszakában nagyobb variabilitás, illetve kedvezőtlenebb kognitív teljesítményprofil jelenhet meg a premenopauzához képest. (2) A hormonterápiát nem kapó posztmenopauzás nők teljesítményprofilja a perimenopauzában megfigyeltékhez hasonlóan kedvezőtlenebb, míg a hormonterápiában részesülő posztmenopauzás csoport tagjai jobb eredményeket érnek el egyes kognitív doménekekben. (3) A férfi kontrollcsoportban nem jelennek meg azok a kognitív teljesítménycsökkenések, amelyek a premenopauzához képest a későbbi menopauzális stádiumokban lévő nőknél feltételezhetők. (4) A depressziós és szorongásos tünetek mértéke negatív összefüggést mutat a kognitív teljesítmény mutatóival. (5) A hormonális státusz, az életkor és az iskolázottság együttesen járulnak hozzá a kognitív teljesítményben megfigyelhető egyéni különbségekhez.

MÓDSZER

Eljárás

Jelen tanulmányban egy folyamatban lévő kutatás részeredményeit mutatjuk be, az adatgyűjtés a menopauza.ttk.hu oldalon keresztül zajlik. A résztvevők először egy online – demográfiai és egészségügyi adatokra vonatkozó – kérdőívet töltöttek ki, majd elvégezték a kognitív képességeket mérő CogProfile tesztet (Racsmány & Lukács, 2019). Az itt bemutatott adatok

a 2024. március 1. és 2025. június 8. közötti időszakból származnak.

Résztvevők

Összesen 645, 39–67 év közötti személy töltötte ki a kérdőívet, közülük 287 fő fejezte be az online CogProfile tesztet. Az itt bemutatott elemzéseket ezen a részmintán végeztük el. A női résztvevőket önbeszámolón alapuló menstruációs és menopauzális adataik alapján négy hormonális státuszcsoportba soroltuk. (1) A premenopauzás csoportba azok a nők kerültek, akik rendszeres menstruációs ciklusról számoltak be (PRE; 51 fő). (2) A perimenopauzás csoportot azok alkották, akiknél a ciklus már rendszertelen, de az utolsó menstruáció óta még nem telt el 12 hónap (PERI; 94 fő). A két posztmenopauzás csoportba azok kerültek, akiknél az utolsó menstruáció óta legalább 12 hónap telt el. (3) A posztmenopauza hormonkezelés nélkül csoport tagjai nem részesültek hormonterápiában (POSZT-HT; 99 fő), míg a (4) posztmenopauza hormonkezeléssel csoport tagjai a mérés időpontjában hormonterápiát kaptak (POSZT+HT; 23 fő). A hormonterápia átlagos időtartama 25,3 hónap volt, ugyanakkor az időtartam széles tartományban mozgott (1–107 hónap; $SD = 32,4$). A használt hatóanyag leggyakrabban ösztadiol volt ($n = 15$, napi adag: 1,0–4,6 mg), természetes menopauza esetén progeszteronnal kombinálva (100–300 mg/nap). Ezt követte a tibolon ($n = 7$, napi adag: 2,5 mg), míg egy esetben a hatóanyag nem volt ismert. Az alkalmazás módját tekintve a tablettás készítmények domináltak ($n = 15$), ezt követte a spray ($n = 4$) és a gél ($n = 3$); egy résztvevőnél ez az adat hiányzott. Összességében a hormonterápiában részesülő csoport heterogén volt mind a kezelés

időtartama, mind a hatóanyag és az alkalmazási forma tekintetében. (5) És volt egy ötödik csoportunk is, a férfi résztvevők (FF;

20 fő) egységes kontrollcsoportot alkottak. A minta részletes leírása az 1. táblázatban látható.

1. táblázat. A minta demográfiai adatai

		PRE	PERI	POSZT-HT	POSZ-T+HT	FF
Átlag életkor (év)		46,90 (±3,29)	49,75 (±3,35)	54,54 (±4,25)	53,00 (±4,34)	51,80 (±5,47)
iskolázottság	8 általános (%)	0,00	0,00	1,01	0,00	0,00
	érettségi (%)	21,43	12,77	17,17	13,04	20,00
	főiskolai diploma/BA/BSc (%)	35,71	41,49	38,38	34,78	25,00
	egyetemi diploma/MA/MSc (%)	57,14	40,43	35,35	43,48	50,00
	PhD (%)	7,14	5,32	8,08	8,70	5,00
Mesterséges menopauza (%)		-	-	14,14	17,39	-
Pajzsmirigy probléma (%)		11,90	6,38	9,09	8,70	0,00
Reprodukciós idő (év)		33,71 (±3,61)	37,30 (±3,53)	36,55 (±4,29)	36,00 (±4,38)	-
Terhességek száma (db)		2,26 (±1,66)	2,32 (±1,43)	2,43 (±1,48)	2,17 (±1,56)	-

Megjegyzés: PRE = premenopauza; PERI = perimenopauza; POSZT-HT = posztmenopauza, hormonkezelés nélkül; POSZT+HT = posztmenopauza, hormonkezeléssel; FF = férfiak

Mérőeszközök

Demográfiai és egészségügyi adatok

A kérdőívben a demográfiai adatok (nem, életkor, iskolai végzettség, alkalmazási státusz) mellett részletesen feltérképeztük a hormonális státuszt (nőknél a menarche és menopauza ideje, menstruáció szabályossága, a menopauza oka – természetes vagy mesterséges –, a méh és petefészkek

megléte, férfiaknál kasztráció). Rákérdeztünk továbbá a nőknél a születésszabályozási eszközök használatára, a terhességek számára és kimenetelére (koraszülés, normál szülés, abortusz, vetélés), valamint a gyermekek életkorára. Felmértük a hormonpótló terápia alkalmazását, továbbá a betegségeket és gyógyszereszedést is.

A női résztvevők esetében külön blokk foglalkozott a menopauzához

társuló tünetekkel. A válaszadók négyfokú Likert-skálán jelezték, hogy az adott tünet mennyire zavarja őket (0: egyáltalán nem, 4: nagyon). A tüneteket öt kategóriába soroltuk: vazomotoros tünetek (hőhullámok, éjszakai izzadás, szívdobogás), affektív tünetek (ingerlékenység, lehangoltság, hangulatingadozás, sírógörcs), intim panaszok (hüvelyszárazság, viszketés, rendellenes váladékozás, fertőzések, fájdalmas közösülés, aktus utáni vérzés, csökkent libidó, orgazmuszavar, szexuális aktivitás korlátozottsága), kognitív tünetek (koncentrációs nehézségek, memóriazavar), alvási problémák (elalvási és átalvási nehézségek).

Pszichológiai kérdőívek

Az összes résztvevő kitöltötte a Beck-féle depresszió kérdőívet (BECK, Beck et al., 1961, magyar adaptáció: Kopp & Fóris, 1993) és a Spielberger-féle állapot- és vonásszorongás kérdőívet (STAI; Spielberger, 1972, magyar adaptáció: Sipos & Sipos, 1978).

A BECK egy széles körben használt önkítöltős pszichodiagnosztikai eszköz, amely a depresszió tüneteinek súlyosságát méri az elmúlt egy hét vonatkozásában. A kérdőív 21 tételből áll, melyek 0–3 közötti skálán értékelik a tünetek intenzitását, így az összpontszám 0 és 63 között alakulhat. A szakirodalom alapján a következő referencia-tartományokat alkalmaztuk: 0–9 pont: normál tartomány; 10–18 pont: enyhe depresszív tünetegyüttes; 19–25 pont: közép-súlyos; 26 pont felett: súlyos depresszív tünetegyüttes.

A STAI két, egyenként 20 tételes alskálából áll. Az állapotszorongás alskála esetében a résztvevők 4 fokú skálán értékelik, hogy aktuálisan hogyan érzik magukat, míg a vonásszorongás alskála azt méri, hogy

általában hogyan szoktak érezni. Mindkét alskála összpontszáma 20 és 80 között mozog, magasabb pontszám nagyobb szorongásszintet jelez.

Kognitív teljesítmény: CogProfile teszt

A kognitív működés vizsgálatához a Racsmány és Lukács (2019) által fejlesztett CogProfile tesztet alkalmaztuk. Azaz a tüneteknél leírt szubjektív beszámolókon túl objektív adatokat is gyűjtöttünk a kognitív működésről. A teszt 16 feladatot tartalmaz, amelyek öt fő kognitív területet fednek le. A feladatok egy része klinikai populációra lett kifejlesztve, egészséges személyeknél ezek plafonhatást mutatnak, így nem differenciálnak megfelelően. Ezt figyelembe véve a jelen vizsgálatban 13 olyan feladatot választottunk ki, amelyek relevánsak az egészséges felnőtt populáció vizsgálatára. Tekintettel arra, hogy a teszt széles körben még nem ismert, az alábbiakban részletesen ismertetjük az öt fő kognitív terület szerinti csoportosításban: memória, figyelmi képességek, végrehajtott funkciók, nyelvi képességek és percepció. Memória tesztek

Az emlékezetet verbális és vizuális felismerés, valamint verbális és vizuális munkamemória feladatokkal vizsgáltuk.

A verbális felismerés feladatban a résztvevőknek 12 szót kellett megjegyezniük, majd négy lehetőség közül kiválasztaniuk a helyeset.

A vizuális felismerés tesztben 14 házról készült képet kellett megjegyezni, majd négy kép közül kiválasztani, melyiket látták korábban. Mindkét felismerési feladatban a vizsgált változó a „Helyes válaszok aránya” volt.

A verbális munkamemória feladatban a résztvevőknek akusztikusan bemutatott betűszám sorozatokat kellett megismételniük.

A sorozatok hossza 2 és 9 elem között változott, minden hosszúsághoz 4 próba tartozott. A teszt akkor fejeződött be, ha a résztvevő ugyanabban a sorozathosszban két egymást követő hibás próbát produkált.

A vizuális munkamemória feladatban 9 ajtó jelent meg a képernyőn, ahol a résztvevőnek meg kellett jegyeznie, hol állt meg a pizzafutár, majd a megfelelő sorrendben kellett rákattintania az ajtókra. A sorozathossz 2 és 9 elem között változott, minden hosszhoz 4 próba tartozott, a feladat megszakadt, ha egy adott hosszúságnál két sikertelen próbát vétett a kitöltő személy. Mindkét memória feladatban a vizsgált változók: „Utolsó helyes sorozat elemszáma” és „Helyesen visszaadott teljes sorozatok aránya”.

Figyelmi képességek

A fenntartott figyelmi funkciót egy go-nogo feladat mérte. A résztvevőknek egy zöldség-válogatási feladatban minden zöldség megjelenésekor gombot kellett nyomniuk, kivéve a krumplics esetében. Az ingerek 250 ms-ig voltak a képernyőn, az ingerek közötti időköz 1, 2 vagy 4 másodperc volt. Összesen 120 inger szerepelt. A vizsgált változóink: „Teljes reakcióidő”, „Reakcióidő-változás” (a leghosszabb és a legrövidebb reakcióidő különbsége a feladatban), „Pontosság” (a helyes válaszok aránya), „Téves riasztás aránya”, „Pontosság-változás” voltak.

Végrehajtó funkciók

A végrehajtó funkciókat figyelmi szett-váltással, munkamemória feladattal és tervezési képességeket mérő teszttel vizsgáltuk.

A figyelmi szett-váltás feladat – amely a Wisconsin Kártyaszortírozási feladat elvéhez hasonlóan működik – egy kirándulást szimulált három dimenzióval, amelyekben

öt helyes választ kellett produkálni a szabályváltáshoz. A teszt akkor fejeződött be, ha a résztvevő minden dimenzióban kétszer produkálta az egymást követő öt helyes választ, vagy ha a 90 próba kimerült. Vizsgált változóink: „Befejezésig adott válaszok száma”, „Perszeveratív hiba”, „Nem perszeveratív hiba”.

A munkamemória frissítést egy 2-back paradigma mérte, ahol a résztvevőknek meg kellett állapítaniuk, hogy az aktuálisan látott autó megegyezik-e a kettővel korábban látottal. A sorozat 60 ingert tartalmazott. A vizsgált változók: „2-back mutató”, mely a helyes és téves válaszok százalékának különbsége.

A tervezési képességeket mérő tesztben egy kirakóelemekből álló benzincső-rendszerrel kellett összeállítani úgy, hogy az autohoz vezető út a lehető legkevesebb elemből álljon. Vizsgált változóink: „Konstrukciós mutató”, mely a helyesen megoldott feladatok százaléka és a „Tervezési mutató”, mely a helyes és hibásan elhelyezett elemek százalékos különbsége.

Nyelvi képességek

A nyelvi képességeket a mondatmegértés, a lexikális feldolgozás és a szövegértés feladatai mérték.

A mondatmegértésnél a látott és hallott mondatok alapján kellett kiválasztani 4 kép közül azt, ami a legjobban ábrázolja a szituációt. Mindegyik esetben 15-15 mondat szerepelt. A vizsgált értékek: „Hallott mondatok helyes válaszok aránya”, „Írott mondatok helyes válaszok aránya”.

A szövegértés feladatban két olvasott és két hallott szöveg alapján kellett 3-3 igen/nem kérdésre válaszolni. A vizsgált változók: „Hallott szövegek, helyes válaszok aránya”, „Írott szövegek, helyes válaszok aránya”.

A lexikális feldolgozás két alfeladattal állt: lexikális döntés rövid expozíciós idővel

(100 ms) és lexikális döntés gombnyomásig, ahol az inger addig maradt a képernyőn, amíg a kitöltő válaszolt, tehát a válaszadási idő határozta meg az expozíciós idő hosszát. A résztvevőknek el kellett dönteniük, hogy a képernyőn megjelenő betűsor valós szó-e. Mindegyik alfeladatban 30-30 szó szerepelt. A vizsgált változók rövid expozíciós idő esetén: „Rövid pontosság”, „Rövid reakcióidő”, hosszú idő esetén: „Hosszú pontosság”, „Hosszú reakcióidő”.

Percepció

Az észlelési képességeket egy orientációs teszt mérte, amelyben a résztvevőknek 4, 8 vagy 12 nyíl közül kellett kiválasztaniuk azt, amelyik megegyezett a képernyőn megjelenő nyíl irányával. Vizsgált változók: „Pontosság, 4 nyíl”, „Pontosság, 8 nyíl”, „Pontosság, 12 nyíl”.

Statistikai módszerek

A statisztikai elemzéseket a JASP 0.19.1.0 verziójával végeztük. Első lépésben a kérdőívek pontszámait és a kognitív tesztek eredményeit hasonlítottuk össze mind az öt csoportban (PRE, PERI, POSZT-HT, POSZT+HT, FF). Ezt követően a női alcsoportokon belül (PRE, PERI, POSZT-HT, POSZT+HT) vizsgáltuk a menopauzával kapcsolatos tünetek és a demográfiai adatok összefüggését a kognitív teljesítménnyel. Végül külön elemeztük a két posztmenopauzában lévő csoportot (POSZT-HT, POSZT+HT).

A csoportok közötti kognitív teljesítmény, a BECK pontszámai, a menopauzával kapcsolatos tünetek, valamint a nők demográfiai adatai (iskolázottság, terhességek száma, pajzsmirigy-problémák) összehasonlítására Kruskal–Wallis-tesztet használtunk, a független kategóriaváltozó a csoport volt

(öt vagy négy szinten). A post hoc összehasonlításokat Dunn-tesztrel végeztük, Bonferroni-korrekcióval.

A STAI kérdőív pontszámainak, valamint az életkornak a csoportok közötti összehasonlítására egyutas ANOVA-t alkalmaztunk. A post hoc elemzéseket Tukey-tesztrel végeztük.

A két posztmenopauzáls csoport (POSZT-HT, POSZT+HT) menopauzára vonatkozó adatainak (reprodukciós idő, menopauza oka) összehasonlítására Mann–Whitney-tesztet használtunk.

A női csoportokon belül a tünetek, a BECK és a STAI kérdőív pontszámainak összefüggéseit Spearman-korrelációval vizsgáltuk. A kognitív teljesítmény női csoportok közötti összehasonlítására többváltozós lineáris regressziót alkalmaztunk, amelyben a faktor a csoport (PRE, PERI, POSZT-HT, POSZT+HT) volt, a kovariánsok pedig az életkor, az iskolázottság, a terhességek száma, a pajzsmirigy-probléma, a szorongás és depresszió kérdőívek pontszámai, valamint az affektív, a kognitív és az alvással kapcsolatos tünetek pontszámai. A két posztmenopauzáls csoport összehasonlításakor a modellbe faktorként bekerült a reprodukciós idő és a menopauza oka is.

A változók kiválasztásánál a hormonális változások hatásainak elemzése volt a fő célunk. Feltételeztük azt, hogy a különböző hormonális változások (terhesség) és a nagyobb ideig fennálló hormonhatások (pajzsmirigy-probléma, reprodukciós idő) életkortól függetlenül is befolyásolják a kognitív képességeket (Cortés et al., 2023; Sinha et al., 2024), valamint azt, hogy a menopauzával összefüggő tünetek szubjektív (tünetek megélése) és objektív mértéke (a pszichológiai tesztekben elért pontszám)

is hatással lesz a teljesítményre (Maki et al., 2020; Greendale et al., 2010).

Minden elemzésnél a $p < 0,05$ értéket tekintettük szignifikánsnak.

EREDMÉNYEK

Az elemzéseinket három részben mutatjuk be, a rendelkezésre álló adatok és a vizsgált csoportok szerint. Először mind az öt csoportot (férfiak és nők különböző hormonális státuszban) hasonlítjuk össze. Ezt követően a négy női csoport (PRE, PERI, POSZT-HT, POSZT+HT) közötti különbségeket elemezzük. Végül pedig megvizsgáljuk a két posztmenopauzás csoport (POSZT-HT és POSZT+HT) közötti eltéréseket.

Depresszió, szorongás és kognitív működés – az öt csoport összehasonlítása

Depresszió és szorongás kérdőívek

A BECK és STAI kérdőívek pontszámait a 2. táblázat mutatja.

A BECK pontszámai szignifikánsan különböztek a csoportok között ($H(4) = 12,92; p = 0,012$). A PERI csoport pontszámai magasabbak voltak, mint a FF csoporté ($p = 0,008$). A STAI állapot-szorongás pontszámait között nem mutatkozott szignifikáns eltérés ($F(4, 282) = 1,50; p = 0,202$). A vonás-szorongás pontszámok esetében szignifikáns csoportkülönbség volt kimutatható ($F(4, 282) = 2,56; p = 0,039; \omega^2 = 0,021$), azonban a post hoc összehasonlítások nem jeleztek szignifikáns különbséget az egyes csoportpárok között.

Kognitív teljesítmény a CogProfile teszt alapján

A kognitív tesztek eredményei a 2. táblázatban találhatóak.

Memória

A memória modulban nem találtunk szignifikáns csoportkülönbséget. Sem a vizuális felismerés, ($H(4) = 3,74; p = 0,442$), sem a vizuális munkamemória mutatói nem mutattak eltérést (utolsó helyes sorozat elemszáma: $H(4) = 5,36; p = 0,252$; helyesen visszaadott teljes sorozatok aránya: $H(4) = 9,01; p = 0,061$). A verbális felismerés ($H(4) = 1,01; p = 0,908$) és a verbális munkamemória mutatói (utolsó helyes sorozat elemszáma: $H(4) = 0,63; p = 0,960$; helyesen visszaadott teljes sorozatok aránya: $H(4) = 2,63; p = 0,622$) szintén nem különböztek a csoportok között.

Figyelem

A fenntartott figyelmet mérő feladatban nem mutatkozott különbség a csoportok között (teljes reakcióidő: $H(4) = 4,13; p = 0,388$; reakcióidő-változás: $H(4) = 4,02; p = 0,404$; pontosság: $H(4) = 2,20; p = 0,699$; téves riasztások aránya: $H(4) = 5,60; p = 0,231$; pontosság-változás: $H(4) = 5,56; p = 0,235$).

Végrehajtó funkciók

A figyelmi szettváltás feladatban szignifikáns eltérés jelent meg a befejezésig adott válaszok számában ($H(4) = 11,66; p = 0,020$): a férfiak kevesebb próbával érték el a megfelelő számú helyes választ, mint a POSZT+HT csoport ($p = 0,010$). A többi mutatóban nem volt különbség (perszeveratív hibák: $H(4) = 4,88; p = 0,300$; nem perszeveratív hibák: $H(4) = 8,08; p = 0,089$).

A munkamemória frissítést mérő feladat sem mutatott szignifikáns különbséget (2-back mutató: $H(4) = 7,54$; $p = 0,110$).

A tervezési képességet mérő tesztben mindkét vizsgált változó esetén szignifikáns volt a főhatás, a FF csoport magasabb tervezési (főhatás: $H(4) = 13,11$; $p = 0,011$; post hoc $p = 0,028$) és konstrukciós mutatót (főhatás: $H(4) = 10,92$; $p = 0,027$; post hoc $p = 0,027$) ért el, mint a POSZT-HT csoport.

Nyelvi feldolgozás

A mondatmegértési feladatokban a csoportok teljesítménye nem különbözött sem a hallott ($H(4) = 7,89$; $p = 0,096$) sem az írott ($H(4) = 0,51$; $p = 0,972$) mondatokra adott válaszok arányában. A szövegértési feladatban viszont az írott szöveg esetén szignifikáns eltérés mutatkozott ($H(4) = 9,57$; $p = 0,048$), azonban a post-hoc elemzések nem mutattak különbséget a csoportpárok között. A csoportok között nem volt különbség a hallott szöveg esetén ($H(4) = 7,72$; $p = 0,102$).

A lexikális feldolgozás feladatban semmilyen mutatóban nem találtunk szignifikáns eltérést a csoportok között (rövid pontosság: $H(4) = 3,41$; $p = 0,492$; hosszú pontosság: $H(4) = 7,28$; $p = 0,122$; rövid reakcióidő: $H(4) = 5,31$; $p = 0,257$; hosszú reakcióidő: $H(4) = 2,04$; $p = 0,729$).

Percepció

Az orientációs feladat mutatóiban bár jelentkezett csoportkülönbség (helyes válaszok %-ban 4 nyílnál: $H(4) = 10,42$; $p = 0,034$; 8 nyílnál: $H(4) = 11,24$; $p = 0,024$; 12 nyílnál: $H(4) = 10,71$; $p = 0,030$), a korrekciók után ezek az eltérések nem maradtak szignifikánsak.

A csoportkülönbségek kimutathatósága

Annak megállapítására, hogy a rendelkezésre álló elemszám mellett mekkora hatások detektálhatók utólagos statisztikai erővizsgálatot végeztünk (G*Power). Az ötcsoportos Kruskal–Wallis-elemzések esetén a teljes mintanagyság ($N = 282$), $\alpha = 0,05$ és $0,80$ statisztikai erő mellett a legkisebb detektálható hatásmagyság $f \approx 0,17$ -nek, illetve $\eta^2 \approx 0,028$ -nak felel meg ideálisan kiegyenlített csoportok esetén. A ténylegesen megfigyelt szignifikáns csoportkülönbségekhez tartozó hatásmagyságok ezt a küszöböt meghaladták. Az egyenlőtlen csoportméretek figyelembevételével az effektív detektálható küszöb $\eta^2 \approx 0,04$ – $0,07$ tartományba esik, ami továbbra is a jelenleg kimutatott hatások nagyságrendjéhez illeszkedik. Ezzel szemben a nem szignifikáns eredményekhez tartozó becült hatásmagyságok jellemzően $\eta^2 < 0,03$ voltak, ami arra utal, hogy ezek esetében a hatások – ha jelen vannak is – kisméretűek, és gyakorlati jelentőségük valószínűsítően korlátozott.

A négy női csoport összehasonlítása

A női csoportok életkora szignifikánsan különbözött ($F(3,263) = 53,85$; $p < 0,001$; $\omega^2 = 0,373$). A PRE csoport tagjai voltak a legfiatalabbak (PRE < PERI/POSZT-HT/POSZT+HT: $p < 0,001$), illetve a PERI csoport is fiatalabbnak bizonyult, mint a két posztmenopauzás csoport (PERI < POSZT-HT: $p < 0,001$; PERI < POSZT+HT: $p = 0,002$). A két posztmenopauzás csoport között nem volt életkori különbség ($p = 0,299$).

Az iskolázottságban ($H(3) = 0,92$; $p = 0,820$), a terhességek számában ($H(3) = 1,70$; $p = 0,636$) és a pajzsmirigyproblémák előfordulásában ($H(3) = 0,69$; $p = 0,875$) nem mutatkozott eltérés a csoportok között.

2. táblázat. A tesztek eredményeinek leíró statisztikája

Feladat	Vizsgált mutató	PRE	PERI	POSZT-HT	POSZT+HT	FF
BECK pontjai		11,41 (±7,04)	14,59 (±8,89)	12,22 (±6,91)	13,13 (±8,76)	9,05 (±9,82)
STAI pontjai	Állapot-szorongás	36,53 (±12,14)	38,16 (±12,02)	35,10 (±9,49)	37,30 (±9,52)	32,80 (±12,56)
	Vonás-szorongás	39,26 (±11,34)	40,64 (±11,27)	37,10 (±9,78)	39,04 (±10,26)	33,45 (±10,90)
Vizuális felismerés	Helyes válaszok aránya (%)	94,77 (±9,86)	93,75 (±10,05)	93,18 (±8,51)	94,57 (±7,09)	93,96 (±7,09)
Vizuális munkamemória	Utolsó helyes sorozat elemszáma (db)	5,37 (±1,06)	5,27 (±0,74)	5,21 (±0,83)	5,52 (±0,67)	5,60 (±0,90)
	Helyesen visszaadott teljes sorozatok aránya (%)	60,05 (±15,73)	58,37 (±12,39)	56,99 (±13,29)	63,88 (±14,24)	65,29 (±14,98)
Verbális felismerés	Helyes válaszok aránya (%)	90,52 (±10,14)	91,80 (±8,50)	91,12 (±8,92)	92,75 (±8,07)	92,50 (±7,72)
Verbális munkamemória	Utolsó helyes sorozat elemszáma (db)	5,65 (±1,99)	5,78 (±1,80)	5,48 (±2,23)	5,48 (±1,95)	5,45 (±2,55)
	Helyesen visszaadott teljes sorozatok aránya (%)	63,91 (±24,20)	65,18 (±22,03)	60,10 (±27,39)	68,03 (±26,30)	63,85 (±29,23)
Fenntartott figyelem	Teljes reakcióidő (ms)	452,15 (±84,96)	444,85 (±106,05)	462,55 (±82,48)	464,07 (±90,39)	477,34 (±81,20)
	Reakcióidő-változás (ms)	65,95 (±62,88)	50,17 (±48,66)	60,12 (±58,75)	68,57 (±58,91)	62,88 (±59,07)
	Pontosság (%)	73,61 (±16,38)	76,19 (±19,19)	79,07 (±16,55)	77,23 (±21,67)	74,64 (±21,26)
	Téves riasztás aránya (%)	23,69 (±12,95)	20,04 (±13,53)	18,52 (±13,54)	25,76 (±24,99)	24,69 (±20,79)
	Pontosság-változás	1,00 (±1,60)	0,90 (±0,94)	0,79 (±1,08)	0,96 (±1,13)	0,65 (±0,73)

Feladat	Vizsgált mutató	PRE	PERI	POSZT-HT	POSZT+HT	FF
Figyelmi szett-váltás	Befejezésig adott válaszok száma (db)	71,57 (±20,25)	69,37 (±21,71)	71,28 (±20,03)	79,13 (±16,73)	58,60 (±20,56)
	Perszeveratív hiba (db)	13,46 (±13,74)	11,85 (±12,41)	10,48 (±11,10)	15,52 (±15,06)	8,19 (±11,53)
	Nem perszeveratív hiba (db)	34,96 (±22,40)	33,88 (±24,08)	39,58 (±26,12)	39,44 (±22,47)	26,46 (±19,67)
Munka- memória frissítés	2-back mutató	81,93 (±32,14)	71,96 (±33,51)	69,97 (±36,73)	77,53 (±35,83)	80,10 (±25,27)
Tervezési képesség	Konstruktív mutató (%)	91,80 (±13,95)	91,28 (±13,05)	87,09 (±17,48)	86,96 (±22,85)	97,75 (±4,13)
	Tervezési mutató (%)	59,00 (±31,48)	54,13 (±28,45)	46,80 (±29,18)	59,30 (±32,94)	68,76 (±26,33)
Mondat- megértés	Hallott mondatok helyes válaszok aránya (%)	98,17 (±3,55)	98,87 (±2,70)	97,44 (±4,26)	96,52 (±5,64)	97,83 (±4,36)
	Írott mondatok helyes válaszok aránya (%)	94,90 (±5,26)	94,08 (±6,56)	93,94 (±7,24)	93,91 (±6,94)	92,33 (±9,92)
Szövegértés	Hallott szövegek, helyes válaszok aránya (%)	97,55 (±4,18)	96,45 (±5,92)	96,13 (±5,84)	99,28 (±2,40)	96,88 (±4,85)
	Írott szövegek, helyes válaszok aránya (%)	95,75 (±5,10)	95,66 (±5,32)	93,10 (±7,51)	91,67 (±7,95)	94,38 (±7,31)
Lexikális feldolgozás	Rövid pontosság (%)	90,11 (±16,88)	90,38 (±14,37)	90,02 (±14,12)	82,45 (±23,37)	91,17 (±11,11)
	Hosszú pontosság (%)	92,90 (±17,28)	93,27 (±13,01)	94,14 (±13,01)	86,68 (±23,16)	97,25 (±2,93)
	Rövid reakcióidő (ms)	878,03 (±287,26)	963,14 (±440,97)	953,01 (±287,26)	898,26 (±199,83)	881,28 (±184,68)
	Hosszú reakcióidő (ms)	831,48 (±188,72)	856,69 (±194,32)	867,69 (±230,26)	868,52 (±181,49)	868,72 (±150,76)

Feladat	Vizsgált mutató	PRE	PERI	POSZT-HT	POSZT+HT	FF
Írány- észlelés	Pontosság, 4 nyíl (%)	97,06 (±8,14)	91,49 (±17,51)	90,91 (±14,81)	95,65 (±16,23)	95,63 (±9,31)
	Pontosság, 8 nyíl (%)	91,18 (±16,45)	83,64 (±21,22)	84,72 (±22,49)	90,22 (±18,06)	95,63 (±9,31)
	Pontosság, 12 nyíl (%)	77,45 (±26,58)	71,28 (±25,52)	67,68 (±26,61)	77,17 (±22,50)	83,75 (±17,25)

Megjegyzés: A csoportok elnevezései: PRE = premenopauza; PERI = perimenopauza; POSZT-HT = posztmenopauza, hormonkezelés nélkül; POSZT+HT = posztmenopauza, hormonkezeléssel; FF = férfiak

A menopauza tünetei

A menopauzával kapcsolatos tünetcsoportok vizsgálata során szignifikáns különbségek mutatkoztak a csoportok között. A vazomotoros tünetek a PERI és a POSZT-HT csoportot zavarták legjobban ($H(3) = 18,47$; $p < 0,001$; PRE < PERI: $p = 0,003$; PRE < POSZT-HT: $p = 0,025$; POSZT+HT < PERI: $p = 0,010$; POSZT+HT < POSZT-HT: $p = 0,032$).

A PERI csoportnak szignifikánsan több affektív tünete volt, mint a POSZT-HT csoportnak (főhatás: $H(3) = 10,55$; $p = 0,014$; 18,47 post hoc: $p = 0,011$). Az intim tünetek a POSZT-HT csoportot érintették leginkább (főhatás: $H(3) = 34,39$; $p < 0,001$; post hoc: PRE < POSZT-HT: $p < 0,001$; PERI < POSZT-HT: $p = 0,023$; POSZT+HT

< POSZT-HT: $p = 0,012$), de a PERI csoport is a PRE csoporthoz képest több intim ($p = 0,004$) tünetről számoltak be. Ez a két csoport eltért a kognitív panaszaiukban is, a PERI csoport tagjai magasabb pontszámot értek el ezekre a tünetekre, mint a PRE csoport (főhatás: $H(3) = 7,97$; $p = 0,047$; post hoc $p = 0,036$).

Bár az alvással kapcsolatos panaszokban a csoportok között szignifikáns eltérés mutatkozott ($H(3) = 8,65$; $p = 0,034$), azonban a post-hoc összehasonlítások nem jeleztek szignifikáns különbséget az egyes csoportpárok között.

A BECK és a STAI pontszámai minden tünetcsoporttal pozitív korrelációt mutattak (valamennyi esetben $p < 0,001$). A Spearman-féle ρ értéket a 3. táblázat mutatja.

3. táblázat. A Beck-féle depresszió kérdőív és a Spielberger-féle állapot-és vonásszorogás pontszámainak korrelációja tünetcsoportokkal

	Vazomotoros tünetek	Affektív tünetek	Intim panaszok	Alvással kapcsolatos panasz	Kognitív tünetek
BECK	0,38***	0,72***	0,43***	0,40***	0,58***
STAI állapot-szorogás	0,35***	0,69***	0,23***	0,37***	0,47***
STAI vonás-szorogás	0,34***	0,70***	0,27***	0,35***	0,52***

Megjegyzés: a korreláció Spearman-féle ρ értékei, ahol ***: $p < 0,001$

A kognitív teljesítményt előrejelző változók

A lineáris regresszió eredményei szerint az életkor negatívan befolyásolta a verbális munkamemóriánál az utolsó helyes sorozat elemszámát ($\beta = -0,17$; $SE = 0,03$; $p = 0,029$), a tervezési képességeket (tervezési mutató: $\beta = -0,22$; $SE = 0,50$; $p = 0,007$), valamint a mondatmegértést, mind a szövegértési, mind a mondatmegértési feladatban (hallott mondatok: $\beta = -0,22$; $SE = 0,06$; $p = 0,006$; írott mondatok: $\beta = -0,20$; $SE = 0,11$; $p = 0,013$). Az iskolázottság a percepció kivételével minden kognitív modulban szignifikánsan hozzájárult a teljesítményhez (4. táblázat).

A terhességek száma a 2-back mutatóval pozitívan függött össze ($\beta = 0,14$; $SE = 1,47$; $p = 0,039$). A pajzsmirigy problémák azonban nem mutattak szignifikáns hatást a modellben.

A pszichés változók közül az állapot-szorongás negatív kapcsolatot mutatott a lexikális feldolgozás rövid reakcióidejével ($\beta = -0,29$; $SE = 4,35$; $p = 0,030$), míg a vonás-szorongás negatív kapcsolatot mutatott az írott szövegértéssel ($\beta = -0,30$; $SE = 0,09$; $p = 0,034$) és a verbális munkamemóriánál az utolsó helyes sorozat elemszámával ($\beta = -0,36$; $SE = 0,03$; $p = 0,013$). A BECK pontszám pozitívan függött össze a vizuális felismeréssel ($\beta = 0,34$; $SE = 0,13$; $p = 0,003$) és az irányészleléssel 4 nyíl esetén ($\beta = 0,33$; $SE = 0,22$; $p = 0,004$).

A tünetcsoportok közül az affektív panaszok minden modulban negatívan befolyásolták a teljesítményt, melyet a 4. táblázat mutat. A szubjektíven megélt kognitív tünetek a fenntartott figyelmet mérő feladatban a teljes reakcióidő mutató esetén negatívan járult hozzá a modellhez ($\beta = -0,16$; $SE = 4,68$; $p = 0,043$). A regressziós elemzés szerint az alvászavarok a figyelmi szett-váltás teljesítményének pozitív (nem perszeveratív

hiba: $\beta = -0,16$; $SE = 0,97$; $p = 0,020$), míg az irányészlelésnek negatív prediktorai voltak (4 nyíl: $\beta = -0,22$; $SE = 0,60$; $p = 0,002$).

A regressziós modellek statisztikai érzékenysége

A többváltozós lineáris regressziós modellek esetén a rendelkezésre álló mintanagyság ($N = 267$), $\alpha = 0,05$ és $0,80$ erő mellett a minimálisan detektálható hatásnagyság $f^2 \approx 0,06$ -nak ($R^2 \approx 0,06$) felelt meg. A vizsgált modellekben a megfigyelt R^2 értékek ezt a küszöböt meghaladták, ami azt jelzi, hogy a mintanagyság elegendő volt a kimutatott prediktorhatások megbízható detektálásához.

A két posztmenopauzás csoport összehasonlítása

A két posztmenopauzás csoportot külön is összehasonlítottuk, mivel esetükben további változókat is be tudtunk vonni az elemzésbe: a reprodukciós idő hosszát és a menopauza okát. A menopauza oka 104 főnél természetes, 18 főnél mesterséges, a petefészkek műtéti eltávolítása volt. A műtéti beavatkozáshoz kapcsolódó akut posztoperatív hatások nagy valószínűséggel nem befolyásolták a kognitív teljesítményt, mivel a résztvevők átlagosan $7,5 \pm 4,8$ évvel a vizsgálatunk előtt estek át a műtéten. A két csoport nem különbözött sem a reprodukciós idő hosszában ($U = 1192,00$; $p = 0,728$), sem a menopauza okának megoszlásában ($U = 1101,50$; $p = 0,697$). A többváltozós lineáris regresszióban az életkor nem járult hozzá a modellekhez. Az iskolázottság pozitívan hatott a teljesítményre (4. táblázat). A terhességek száma több kognitív mutatóval is összefüggést mutatott. Néhány esetben ezek rosszabb teljesítményre

4. táblázat. A többváltozós lineáris regresszió eredményei, az iskolázottság és az affektív tünetek összefüggése a kognitív képességekkel a 4 női, illetve a 2 posztmenopauzás csoport esetén

Feladat	Vizsgált mutató	Iskolázottság		Affektív tünetek	
		4 csoport β (SE)	2 csoport β (SE)	4 csoport β (SE)	2 csoport β (SE)
Vizuális felismerés	Helyes válaszok aránya	0,01 (0,68)	0,00 (0,82)	-0,38 (0,24)***	-0,56 (0,33)***
Vizuális munkamemória	Utolsó helyes sorozat elemszáma	0,13 (0,06)*	0,02 (0,09)	-0,18 (0,02)	-0,29 (0,04)*
	Helyesen visszaadott teljes sorozatok aránya	0,08 (1,02)	-0,08 (1,53)	-0,13 (0,36)	-0,13 (0,61)
Verbális munkamemória	Utolsó helyes sorozat elemszáma	0,12 (0,15)	0,06 (0,23)	-0,01 (0,05)	-0,07 (0,09)
	Helyesen visszaadott teljes sorozatok aránya	0,11 (1,86)	0,05 (3,00)	-0,02 (0,65)	-0,06 (1,20)
Verbális felismerés	Helyes válaszok aránya	0,17 (0,67)**	0,20 (0,95)*	-0,11 (0,24)	-0,19 (0,38)
Fenntartott figyelem	Téves riasztás aránya	0,03 (1,12)	0,15 (1,79)	0,06 (0,39)	-0,02 (0,71)
	Teljes reakcióidő mutató	0,14 (6,95)*	0,08 (8,67)	-0,04 (2,43)	-0,14 (3,46)
	Reakcióidő változási mutató	0,08 (4,25)	1,76 (0,08)	-0,23 (1,49)*	-2,30 (0,02)*
	Pontosság változási mutató	0,00 (0,00)	0,11 (0,12)	-0,03 (-0,03)	-0,10 (0,05)
	Pontossági mutató	0,07 (1,36)	-0,07 (1,82)	-0,05 (0,47)	-0,06 (0,73)
Figyelmi szett-váltás	Befejezésig adott válaszok száma	-0,19 (1,53)*	-0,32 (2,04)***	0,20 (0,53)*	0,19 (0,81)
	Perszeveratív hiba	-0,128 (-1,91)*	-0,19 (1,26)*	0,00 (-0,01)	-0,08 (0,50)
	Nem perszeveratív hiba	-0,16 (1,81)**	-0,26 (2,66)**	0,22 (0,64)*	0,28 (1,06)*
Munkamemória frissítés	2-back mutató	0,14 (2,61)*	0,18 (3,95)	-0,11 (0,92)	-0,14 (1,58)
Tervezési képesség	Konstrukciós mutató	0,11 (1,20)	0,10 (2,05)	0,01 (0,42)	-0,01 (0,82)
	Tervezési mutató	0,12 (2,24)	0,15 (3,21)	0,02 (0,79)	-0,10 (1,28)

Feladat	Vizsgált mutató	Iskolázottság		Affektív tünetek	
		4 csoport β (SE)	2 csoport β (SE)	4 csoport β (SE)	2 csoport β (SE)
Mondatmeg- értés	Hallott mondatok helyes válaszok aránya	0,06 (0,28)	0,05 (0,49)	-0,21 (0,10)*	-0,29 (0,20)
	Írott mondatok helyes vá- laszok aránya	0,15 (0,50)*	0,09 (0,80)	-0,01 (0,18)	0,10 (0,32)
Szövegértés	Hallott szövegek, helyes válaszok aránya	0,10 (0,41)	0,10 (0,60)	-0,12 (0,14)	-0,22 (0,24)
	Írott szövegek, helyes vála- szok aránya	0,16 (0,48)**	0,17 (0,83)	-0,17 (0,17)	-0,12 (0,33)
Lexikális feldolgozás	Rövid pontosság	0,14 (1,20)*	0,33 (1,67)***	-0,03 (0,42)	-0,15 (0,67)
	Hosszú pontosság	0,09 (1,17)	0,29 (1,60)**	0,03 (0,41)	-0,04 (0,64)
	Rövid reakcióidő	-0,22 (26,65)***	-0,31 (32,35)***	0,11 (9,34)	0,12 (12,93)
	Hosszú reakcióidő	-0,33 (15,05)***	-0,38 (22,51)***	0,11 (5,27)	0,15 (9,00)
Irányészlelés	Pontosság, 4 nyíl	0,02 (1,11)	-0,03 (1,69)	-0,20 (0,39)*	-0,01 (0,68)
	Pontosság, 8 nyíl	0,09 (1,55)	0,07 (2,37)	-0,20 (0,55)*	-0,18 (0,95)
	Pontosság, 12 nyíl	0,09 (1,97)	0,03 (2,86)	-0,16 (0,69)	-0,21 (1,14)

Megjegyzés: β : regressziós együttható; SE: sztenderd hiba; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

utaltak (fenntartott figyelem, reakcióidő változási mutató: $\beta = -2,38$; $SE = 0,02$; $p = 0,019$; pontossági mutató: $\beta = -0,21$; $SE = 1,13$; $p = 0,034$; figyelmi szett-váltás, jó válaszok száma: $\beta = -0,24$; $SE = 0,65$; $p = 0,014$; helyesen kitöltött feladatsorok száma: $\beta = -0,21$; $SE = 0,15$; $p = 0,029$; tervezési képesség, tervezési mutató: $\beta = -0,22$; $SE = 2,00$; $p = 0,031$), máskor jobb teljesítményre (figyelmi szett-váltás, nem perszeveratív hiba: $\beta = -0,26$; $SE = 1,65$; $p = 0,01$; hibás válaszok aránya: $\beta = -0,24$; $SE = 1,60$; $p = 0,012$).

A pajzsmirigy problémák nem mutattak összefüggést az objektív kognitív mutatókkal.

A STAI egyik mutatója sem járult hozzá szignifikánsan a modellhez. A BECK kérdőívben elért pontszám a vizuális felismerésnél pozitív hatással volt az eredményekre ($\beta = 0,37$; $SE = 0,18$; $p = 0,018$). Az affektív tünetek általában negatív prediktorai voltak a teljesítménynek (4. táblázat). A szubjektív kognitív tünetek nem mutattak szignifikáns hatást a modellben. Az alvással kapcsolatos panaszok az irányészlelés pozitív prediktorai voltak (pontosság, 4 nyíl: $\beta = 0,23$; $SE = 0,88$; $p = 0,013$).

A hozzáadott tényezők közül a reprodukciós idő az írott szövegértés jobb

teljesítményével társult (írott szöveg esetén: $\beta = 0,24$; $SE = 0,20$; $p = 0,036$). A mesterséges menopauza a természeteshez képest negatívan hatott a vizuális felismerésre ($\beta = -0,32$; $SE = 2,08$; $p < 0,001$) és a lexikális feldolgozásra (rövid pontosság: $\beta = -0,30$; $SE = 4,21$; $p = 0,002$; hosszú pontosság: $\beta = -0,33$; $SE = 4,04$; $p < 0,001$; rövid reakcióidő: $\beta = 0,21$; $SE = 81,45$; $p = 0,029$). A hormonterápia negatív összefüggésben állt a vizuális munkamemóriával (helyesen visszaadott teljes sorozatok aránya: $\beta = -0,22$; $SE = 3,32$; $p = 0,021$) a lexikális feldolgozásnál a pontossággal (rövid pontosság: $\beta = -0,21$; $SE = 3,64$; $p = 0,019$; hosszú pontosság: $\beta = -0,20$; $SE = 3,50$; $p = 0,027$). Ugyanakkor a hormonterápia jobb teljesítménnyel volt kapcsolatba hozható egyes változók esetén: a figyelmi szett-váltásnál csökkent a hibák száma (befejezésig adott válaszok száma: $\beta = -0,22$; $SE = 4,43$; $p = 0,017$; perszeveratív hiba: $\beta = -0,25$; $SE = 2,74$; $p = 0,006$), és a hallott szövegértés esetén a teljesítménnyel volt pozitív kapcsolatban (helyes válaszok aránya: $\beta = 0,23$; $SE = 1,29$; $p = 0,016$).

A regressziós elemzések statisztikai érzékenysége

A két posztmenopauzás csoport összehasonlításánál alkalmazott többváltozós lineáris regressziós modellek esetén a rendelkezésre álló mintanagyság ($N = 122$), $\alpha = 0,05$ és $0,80$ statisztikai erő mellett a minimálisan detektálható hatásnagyság $f^2 \approx 0,09$ -nak ($R^2 \approx 0,083$) felelt meg. A vizsgált modellekben megfigyelt R^2 -érték meghaladta a detektálhatósági küszöböt, ami arra utal, hogy a regressziós összefüggések a jelen mintán megbízhatóan kimutathatóak voltak.

DISZKUZZIÓ

Jelen vizsgálat célja az volt, hogy feltárja, milyen tényezők befolyásolják a kognitív teljesítményt 40 és 65 év közötti nők és férfiak esetében, és hogy a hormonális változások, a depresszió, a szorongás és a menopauzával összefüggő tünetek milyen összefüggéseket mutatnak egymással. Eredményeink részben megegyeznek más vizsgálatok eredményeivel, ugyanakkor több ponton eltérnek tőlük. Ennek oka lehet, hogy a kognitív működést befolyásoló mechanizmusok komplex, több szinten ható rendszerként értelmezhetők, ahol a hormonális, pszichés és életmódbeli tényezők egymással kölcsönhatásban érvényesülnek. Mivel az egyes kutatások ezeket a tényezőket eltérő mértékben kontrollálják, az eredmények is szükségszerűen heterogének.

Hangulati és tüneti jellemzők

A hangulati mutatók közül a Beck-féle depresszió kérdőív pontszámai a perimenopauzában lévő nőknél voltak a legmagasabbak, és szignifikánsan különböztek a férfiakétól. Ez összhangban áll a korábbi kutatásokkal, amelyek szerint a perimenopauza fokozott sérülékenységet jelent a depressziós tünetek megjelenésében (Drogos et al., 2013; Kaur, 2025). Fontos azonban, hogy a pontszámok legfeljebb enyhe depressziót jeleztek, klinikai szintű depresszió nem fordult elő a mintánkban. A Spielberger-féle szorongás kérdőív eredményei nem mutattak szignifikáns különbséget, bár ennek tesztjein is a legmagasabb pontszámokat a perimenopauzás csoport, a legalacsonyabbakat pedig a férfiak érték el.

A menopauzával összefüggő tünetek mintázata megerősítette, hogy a vazomotoros panaszok (pl. hőhullámok) a perimenopauzás és a posztmenopauzában lévő, hormonterápiát nem kapó nőket érintik leginkább. A hormonterápiát kapó nők kevesebb tünetről számoltak be, ami összhangban van a hormonterápia ismert élettani előnyeivel. Az intim panaszok elsősorban a posztmenopauzás, hormonterápia nélkül élő nőket sújtották, míg az affektív és kognitív tünetek a perimenopauzában voltak a legkifejezettebbek – valószínűleg a hormonális ingadozások és az átmeneti állapot instabilitása miatt, ami összefüggésben lehet a perimenopauzás csoportban megfigyelt magasabb depressziós pontszámokkal is. Bár a vonásszorongás és az alvással kapcsolatos panaszok esetében a globális csoportösszehasonlítás szignifikáns főhatást jelzett, a páronkénti összehasonlítások a többszörös tesztelés miatti korrekciók miatt nem érték el a szignifikanciaszintet, ami részben a konzervatív korrekciós eljárásból, részben a csoportlétszámok egyenlőtlenségéből adódhat.

Szubjektív és objektív kognitív működés

A CogProfile alapján a legtöbb kognitív területen nem mutatkoztak csoportkülönbségek. Ugyan a végrehajtó funkciók egyes mutatóiban szignifikáns eltérések jelentek meg, azonban ezek hatása szűk körű volt, és több esetben a post hoc elemzések – a többszörös tesztelés miatti korrekciók következtében – nem azonosítottak szignifikáns páronkénti különbségeket. Az utólagos erőelemzés eredményei alapján a nem szignifikáns kimenetekhez tartozó hatásnagyságok kisméretűek, így gyakorlati jelentőségük korlátozott lehet.

A szubjektíven megélt tünetek és a hangulati mutatók között szoros kapcsolatot találtunk, különösen az affektív és a kognitív panaszok esetében. Ez megfelel korábbi eredményeknek, amelyek a menopauza időszakát a pszichés és testi tünetek legterhelőbb szakaszaként írják le (Maki & Weber, 2021). Ugyanakkor, bár a résztvevők önbeszámolóiban gyakran jelentek meg kognitív panaszok, ezek nem jártak együtt a vizsgált kognitív területeken objektíven mérhető teljesítménycsökkenéssel. Ez azt sugallja, hogy a szubjektív és az objektív kognitív működés elválhat egymástól, amit a szakirodalom több lehetséges mechanizmussal magyaráz, például a mérőeszközök érzékenységének korlátaival (Amariglio et al., 2012), az egyéni kognitív tartalék különbségeivel vagy a megnövekedett szubjektív erőfeszítés korai észlelésével (Greendale et al., 2010, López-Higes et al., 2024).

Demográfiai és pszichológiai prediktorok

A lineáris regressziós elemzések alapján a kognitív teljesítményt több demográfiai és pszichológiai tényező befolyásolta. Az életkor negatív összefüggést mutatott a verbális munkamemóriával, a tervezési képességgel és a mondatmegértéssel, ami összhangban áll azzal, hogy mindhárom funkció a prefrontális kéreghez köthető – ez az egyik legkorábban és legnagyobb mértékben érintett terület az öregedés során (West, 1996). A magasabb iskolázottság ezzel szemben széleskörű védőhatást mutatott, és a legtöbb kognitív területen – különösen a nyelvi feldolgozásban és a verbális memóriában – jobb teljesítménnyel járt együtt. Ez összhangban áll a kognitív tartalék elmélettel (Stern, 2002), amely szerint a magasabb

kognitív erőforrások mérséklék az életkorral és hormonális változásokkal járó teljesítménycsökkenést.

Az affektív tünetek negatív kapcsolatban álltak a vizuális felismeréssel és a vigilanciával, míg a szorongás elsősorban a verbális munkamemóriát és a nyelvi feldolgozást befolyásolta kedvezőtlenül. Ugyanakkor a depressziós tünetek pozitív összefüggést mutattak a vizuális felismeréssel, ami összhangban lehet az ún. depresszív realizmus jelenséggel, amely szerint enyhén depressziós személyek reálisabban észlelik a környezetüket és saját teljesítményüket (Moore & Fresco, 2012). A szorongás és az affektív labilitás ezzel szemben a figyelmi kontroll és a munkamemória-terhelhetőség csökkenésén, valamint a lelassult feldolgozási sebességen keresztül ronthatja a teljesítményt (Eysenck et al., 2007; Gulpers et al., 2022; Maki & Weber, 2021). Eredményeink tehát arra utalnak, hogy a hangulati tényezők különböző kognitív mechanizmusokon keresztül befolyásolják a teljesítményt, és hatásuk nem feltétlenül egységesen negatív.

Hormonális tényezők és a menopauza típusa

Bár a csoportösszehasonlításokban a nők között nem találtunk különbséget a kognitív tesztek eredményeiben, a lineáris regressziós elemzések rámutattak arra, hogy a hormonális hatások befolyásolhatják a kognitív funkciókat. A hormonális státuszhoz kapcsolódó változók közül a reprodukciós idő hossza pozitívan korrelált a szövegértéssel, különösen az írott szöveg esetében. Korábban megfigyelték, hogy a hosszabb idejű ösztrogén-expozíció neuroprotektív hatással lehet a nyelvi feldolgozásban részt

vevő agyi hálózatokra (Epperson et al., 2013; Cortés et al., 2023).

A műtéti menopauzán átesett nők gyengébben teljesítettek a vizuális és lexikális feldolgozási feladatokban, ami valószínűleg a hirtelen ösztrogénszint-csökkenéssel és az ebből fakadó, korlátozott idegrendszeri alkalmazkodással magyarázható. A korábbi kutatásokban a nők több kognitív funkcióban is rosszabbul teljesítettek (pl. Kurita et al., 2016; Page et al., 2024).

Mivel a szervezet tartós hormonális változásokon megy át a terhesség során, megvizsgáltuk, lehet-e hosszútávú hatása ennek a szakasznak a kognitív működésre. A terhességek száma heterogén módon hatott a kognitív mutatókra: egyes területeken enyhén pozitívan (pl. munkamemória-frissítés), más területeken negatívan (pl. figyelmi szettváltás, tervezés).

A hormonterápia (HT) hatásai is vegyesek voltak: egyes mutatókban (pl. vizuális munkamemória) negatív, másokban (pl. hallott szövegértés, figyelmi szettváltás) pozitív összefüggéseket találtunk. A keresztmetszeti elrendezés miatt azonban nem állapítható meg, hogy a hormonterápiát kapó és nem kapó nők között a kezelés megkezdése előtt is fennálltak-e különbségek, és ezek hatását látjuk-e az adatainkon. Mivel kutatásunk egy longitudinális vizsgálat első lépése, a jövőbeli mérések lehetőséget adnak annak feltárására, hogy a megfigyelt eltérések a hormonterápia hatásainak vagy más egyéni tényezőknek tulajdoníthatók-e.

Végül a pajzsmirigy működésének kognitív hatásait is megnéztük, mellyel kapcsolatban a szakirodalom ellentmondásos eredményeket közöl (Sinha et al., 2024). Vizsgálatunkban a pajzsmirigyproblémák egyik modellben sem mutattak szignifikáns

összefüggést a kognitív teljesítménnyel. Mivel azonban nem vettük figyelembe a betegség fennállásának időtartamát és a gyógyszeres kezelést, ezek a tényezők befolyásolhatták az eredményeket, amit további vizsgálatok tárhatnak fel.

Vizsgálatunk eredményei arra utalnak, hogy a perimenopauza kiemelt jelentőségű időszakot jelent a pszichés és kognitív jóllétet támogató intervenciók szempontjából. Ebben a stádiumban jelent meg a legnagyobb variabilitás a hangulati és szubjektív kognitív panaszok terén, miközben objektív kognitív teljesítményromlás csak korlátozott mértékben volt kimutatható. Ez azt sugallja, hogy ebben az átmeneti szakaszban a pszichológiai támogatás elsődleges célja nem feltétlenül a tényleges kognitív deficit kezelése, hanem a fokozott szubjektív terhelés, a szorongásos és depresszív tünetek, valamint a megélt kognitív bizonytalanság csökkentése lehet. Ennek megfelelően az egészségpszichológiai tanácsadás, a pszichoedukáció, valamint a szorongás- és hangulatszabályozást célzó intervenciók már a perimenopauzában potenciálisan hatékony eszközei lehetnek a hosszabb távú pszichés jóllét megőrzésének.

Limitációk

Eredményeink értelmezését több tényező korlátozza. Az adatgyűjtés online történt, ami szélesebb körű részvételt tett lehetővé, ugyanakkor csökkentheti a minta reprezentativitását. A hormonális státusz és az egyéb egészségügyi adatok önbevalláson alapultak, így a csoportbesorolás és egyes változók pontatlanságot hordozhatnak. A minták mérete – különösen a hormonterápiás posztmenopauzás és a férfi csoport esetében – alacsony volt, ami csökkentheti az eredmények

statisztikai erejét, ezért a nem szignifikáns csoportközi különbségek nem értelmezhetők egyértelműen valódi hatáshányként. Ennek megfelelően a jelen eredmények elsősorban exploratív jellegűek, és a megfigyelt tendenciák megerősítése nagyobb és kiegyensúlyozottabb mintákon végzett vizsgálatokat igényel. További limitációt jelent a hormonterápiás csoporton belüli heterogenitás a hatóanyag, a dózis és az alkalmazás időtartama tekintetében. Emellett a keresztmetszeti vizsgálati elrendezés nem teszi lehetővé oksági összefüggések megállapítását. Fontos ugyanakkor kiemelni, hogy a jelen tanulmány egy folyamatban lévő longitudinális kutatás első adatfelvételére épül, a tervezett utánkövetéses mérések lehetőséget biztosítanak az itt megfigyelt mintázatok megerősítésére és pontosabb értelmezésére.

Összegzés és következtetések

Összességében eredményeink azt mutatják, hogy a menopauzához kapcsolódó kognitív változások nem vezethetők vissza egyetlen biológiai tényezőre, hanem a hormonális, pszichológiai, demográfiai és életmódbeli hatások összetett kölcsönhatásából erednek. A perimenopauza időszakában jelentkező hangulati, affektív és kognitív tünetek megerősítik, hogy ez a legérzékenyebb, átmeneti szakasz, ugyanakkor a menopauza után a pszichológiai változók többnyire rendeződnek, míg a testi tüneteket a hormonterápia enyhítheti. A kognitív teljesítmény szempontjából a menopauza önmagában nem mutatott egységes vagy markáns hatást, viszont több tényező – különösen az iskolázottság, az életkor, a depresszió és szorongás mértéke, valamint a menopauza típusa – jelentős szerepet játszott.

Az iskolázottság stabil védőfaktorként jelent meg, amely több kognitív területen is kompenzálta az életkori és hormonális hatásokat. A reprodukív periódus hossza és a menopauza oka új, eddig kevésbé vizsgált tényezőként tűntek fel, amelyek befolyásolhatják a nyelvi és vizuális feldolgozást. A jövőbeni kutatásokban a hormonális státusz objektív mérésére, a minták bővítésére és a longitudinális követésre van szükség annak feltárására, hogy a hormonális változások, a hangulati állapot és az életmódbeli tényezők miként alakítják a kognitív öregedés egyéni pályáit, és hogy a hormonterápia betölt-e valódi neuroprotektív szerepet a női agy működésében. Eredményeink arra mutatnak rá, hogy a kognitív változások alakulását sok, egymással kölcsönhatásban álló tényező formálja,

ezért a jövőben egyre nagyobb figyelmet kell kapniuk azoknak a megközelítéseknek, amelyek az egyéni különbségekre és a személyre szabott intervenciókra helyezik a hangsúlyt.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönjük Gyovai Gabriellának a kutatás kezdetén nyújtott szakmai tanácsait, Racsmány Mihálynak és Lukács Ágnesnek, hogy rendelkezésünkre bocsátották a CogProfile tesztet. A kutatást a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal támogatta (OTKA K145940). A publikáció a Richter Gedeon Nyrt. által létrehozott Richter Gedeon Talentum Alapítvány támogatásával, a Richter Gedeon Kiválósági PhD Ösztöndíj keretében készült.

SUMMARY

THE EFFECTS OF HORMONAL CHANGES DURING MENOPAUSE ON COGNITIVE FUNCTIONS

Background and Aims: Hormonal changes occurring in midlife can influence neural functioning and may contribute to later cognitive decline. In Hungary, approximately 2.5 million women are affected by menopause-related changes; however, few studies have examined the cognitive functioning of this age group and the potential neuroprotective effects of hormone replacement therapy. The aim of our study was to explore differences in cognitive performance between 40–65-year-old men and women in different menopausal stages, as well as to investigate how mood, hormonal, and demographic factors influence cognitive outcomes. *Methods:* The online study included five groups: premenopausal (N = 51), perimenopausal (N = 94), postmenopausal women without hormone replacement therapy (N = 99), with hormone replacement therapy (N = 23), and men (N = 20). After providing health-related information, participants completed the Beck Depression Inventory, the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, and the online CogProfile cognitive test battery. *Results:* The perimenopausal stage appeared to be the most sensitive period, while after menopause, psychological variables tended to stabilize. Although no major differences were found in cognitive performance across menopausal stages, hormonal, psychological, and demographic factors all influenced the outcomes. Education emerged as a protective factor across several cognitive domains. Surgical menopause had a negative, while a longer reproductive lifespan

had a positive effect on verbal processing. The effects of hormone replacement therapy were mixed, showing improvement in some functions and decline in others.

Conclusions: Our findings suggest that menopause-related cognitive differences are influenced by a complex combination of factors. Future approaches should place increasing emphasis on individual differences and personalized interventions.

Keywords: menopause, cognitive aging, hormone replacement therapy

IRODALOM

- Amariglio, R. E., Becker, J. A., Carmasin, J., Wadsworth, L. P., Lorius, N., Sullivan, C., Maye, J. E., Gidicsin, C., Pepin, L. C., Sperling, R. A., Johnson, K. A., & Rentz, D. M. (2012): Subjective cognitive complaints and amyloid burden in cognitively normal older individuals. *Neuropsychologia*, 50(12). 2880–2886. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2012.08.011>
- Asperholm, M., Nagar, S., Dekhtyar, S., & Herlitz, A. (2019): The magnitude of sex differences in verbal episodic memory increases with social progress: Data from 54 countries across 40 years. *PLoS ONE*, 14(4). e0214945. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214945>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6). 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Berent-Spillson, A., Briceno, E., Pinsky, A., Simmen, A., Persad, C. C., Zubieta, J.-K., & Smith, Y. R. (2015): Distinct cognitive effects of estrogen and progesterone in menopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, 59(September). 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.04.020>
- Berent-Spillson, A., Persad, C. C., Love, T., Sowers, M., Randolph, J. F., Zubieta, J. K., & Smith, Y. R. (2012): Hormonal environment affects cognition independent of age during the menopause transition. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(9). E1686–E1694. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-1365>
- Cortés, Y. I., Cai, J., Daviglius, M., Gallo, L. C., Lamar, M., Isasi, C. R., & Perreira, K. M. (2023): Reproductive period duration and cognitive function in postmenopausal Latina women in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL). *Maturitas*, 174(April). 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.04.270>
- Craig, M. C., Maki, P. M., Murphy, D. G. M. (2005): The Women’s Health Initiative Memory Study: findings and implications for treatment. *The Lancet Neurology*, 4(3). 190–194. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70022-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70022-3)
- Drogos, L. L., Rubin, L. H., Geller, S. E., Banuvar, S., Shulman, L. P., & Maki, P. M. (2013): Objective cognitive performance is related to subjective memory complaints in midlife women with moderate to severe vasomotor symptoms. *Menopause*, 20(12). 1236–1242. <https://doi.org/10.1097/GME.0b013e318291f5a6>

- Dumas, J., Hancur-Bucci, C., Naylor, M., Sites, C., & Newhouse, P. (2008): Estradiol interacts with the cholinergic system to affect verbal memory in postmenopausal women: evidence for the critical period hypothesis. *Hormones and Behavior*, 53(1). 159–169. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2007.09.011>
- Dumitriu, D., Rapp, P. R., McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2010): Estrogen and the aging brain: an elixir for the weary cortical network. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1204(August). 104–112. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05529.x>
- Epperson, C. N., Sammel, M. D., & Freeman, E. W. (2013): Menopause effects on verbal memory: findings from a longitudinal community cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(9). 3829–3838. <https://doi.org/10.1210/jc.2013-1808>
- Espeland, M. A., Shumaker, S. A., Leng, I., Manson, J. E., Brown, C. M., LeBlanc, E. S., Vaughan, L., Robinson, J., Rapp, S. R., Goveas, J. S., Wactawski-Wende, J., Stefanick, M. L., Li, W., Resnick, S. M., & WHIMSY Study Group (2013): Long-term effects on cognitive function of postmenopausal hormone therapy prescribed to women aged 50 to 55 years. *JAMA Internal Medicine*, 173(15). 1429–1436. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.7727>
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007): Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*, 7(2). 336–353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Georgakis, M. K., Beskou-Kontou, T., Theodoridis, I., Skalkidou, A., & Petridou, E. T. (2019): Surgical menopause in association with cognitive function and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 106(March). 9–19. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.03.013>
- Gleason, C. E., Dowling, N. M., Wharton, W., Manson, J. E., Miller, V. M., Atwood, C. S., Brinton, E. A., Cedars, M. I., Lobo, R. A., Merriam, G. R., Neal-Perry, G., Santoro, N. F., Taylor, H. S., Black, D. M., Budoff, M. J., Hodis, H. N., Naftolin, F., Harman, S. M., & Asthana, S. (2015): Effects of hormone therapy on cognition and mood in recently postmenopausal women: Findings from the Randomized, Controlled KEEPS-Cognitive and Affective Study. *PLoS Medicine*, 12(6). e1001833. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001833>
- Greendale, G. A., Wight, R. G., Huang, M. H., Avis, N., Gold, E. B., Joffe, H., Seeman, T., Vuge, M., & Karlamangla, A. S. (2010). Menopause-associated symptoms and cognitive performance: results from the study of women's health across the nation. *American Journal of Epidemiology*, 171(11). 1214–1224. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq067>
- Gulpers, B. J. A., Verhey, F. R. J., Eussen, S. J. P. M., Schram, M. T., de Galan, B. E., van Boxtel, M. P. J., Stehouwer, C. D. A., & Köhler, S. (2022): Anxiety and cognitive functioning in the Maastricht study: A cross-sectional population study. *Journal of Affective Disorders*, 319(September). 570–579. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.072>
- Halpern, D. F. (2012): *Sex differences in cognitive abilities (4th ed.)*. Psychology Press.
- Hampson, E. (1990): Variations in sex-related cognitive abilities across the menstrual cycle. *Brain and Cognition*, 14(1). 26–43. [https://doi.org/10.1016/0278-2626\(90\)90058-V](https://doi.org/10.1016/0278-2626(90)90058-V)

- Henderson, V. W., Guthrie, J. R., Dudley, E. C., Burger, H. G., & Dennerstein, L. (2003). Estrogen exposures and memory at midlife: a population-based study of women. *Neurology*, 60(8). 1369–1371. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000059413.75888.BE>
- Herlitz, A., Thilers, P., & Habib, R. (2007): Endogenous estrogen is not associated with cognitive performance before, during, or after menopause. *Menopause (New York, N.Y.)*, 14(3/1). 425–431. <https://doi.org/10.1097/01.gme.0000247019.86748.e3>
- Hillard, T. (2016): Diagnosis of perimenopause and menopause (Section 5). *Post Reproductive Health*, 22(2). Article 2. <https://doi.org/10.1177/2053369116648270>
- Kaur, M. (2025): Cognitive function with changing hormonal milieu across menopausal transition stages and related symptoms in midlife and beyond. *Women & Health*, 65(1). 19–28. <https://doi.org/10.1080/03630242.2024.2432940>
- Kok, H. S., Kuh, D., Cooper, R., van der Schouw, Y. T., Grobbee, D. E., Wadsworth, M. E., & Richards, M. (2006): Cognitive function across the life course and the menopausal transition in a British birth cohort. *Menopause (New York, N.Y.)*, 13(1). 19–27. <https://doi.org/10.1097/01.gme.0000196592.36711.a0>
- Korol, D. L., & Kolo, L. L. (2002). Estrogen-induced changes in place and response learning in young adult female rats. *Behavioral Neuroscience*, 116(3). 411–420. <https://doi.org/10.1037/0735-7044.116.3.411>
- Korol, D. L. (2020). Estrogens have their ups and downs: A multiple memory systems approach to the bidirectional effects of estrogens on learning strategy. In L. Frick & J. Kim (Eds.), *Estrogens and memory: Basic research and clinical implications* (pp. 184–211). Oxford University Press.
- Központi Statisztikai Hivatal (2025): Népszerűség korév és nem szerint. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0003.html
- Kurita, K., Henderson, V. W., Gatz, M., St. John, J., Hodis, H. N., Karim, R., & Mack, W. J. (2016): Association of bilateral oophorectomy with cognitive function in healthy, postmenopausal women. *Fertility and Sterility*, 106(3). 749–756. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.04.033>
- López-Higes, R., Rubio-Valdehita, S., Delgado-Losada, M. L., & López-Sanz, D. (2024): Influence of cognitive reserve on neuropsychological performance in subjective cognitive decline and mild cognitive impairment older adults. *Current Psychology*, 43(4). 3266–3274. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04534-z>
- Maki, P. M., & Weber, M. T. (2021): A research primer for studies of cognitive changes across the menopause transition. *Climacteric*, 24(4). 382–388. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1905625>
- Maki, P. M., Wu, M., Rubin, L. H., Fornelli, D., Drogos, L. L., Geller, S., Shulman, L. P., Banuvar, S., Little, D. M., & Conant, R. J. (2020): Hot flashes are associated with altered brain function during a memory task. *Menopause (New York, N.Y.)*, 27(3). 269–277. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001467>
- Moore, M. T. & Fresco, D. M. (2012): Depressive realism: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(6). 496–509. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.004>

- Moradi, F., Jahanian Sadatmahalleh, S., & Ziaei, S. (2019): The effect of hormone replacement therapy on cognitive function in postmenopausal women: An RCT. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 16(12). Article 3682. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v16i12.3682>
- Page, C. E., Soreth, B., Metcalf, C. A., Johnson, R. L., Duffy, K. A., Sammel, M. D., Loughead, J., & Epperson, C. N. (2023): Natural vs. surgical postmenopause and psychological symptoms confound the effect of menopause on executive functioning domains of cognitive experience. *Maturitas*, 170. 64–73. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.01.007>
- Phillips, S. M., & Sherwin, B. B. (1992): Effects of estrogen on memory function in surgically menopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, 17(5). 485–495. [https://doi.org/10.1016/0306-4530\(92\)90007-T](https://doi.org/10.1016/0306-4530(92)90007-T)
- Racsmány, M., & Lukács, Á. (2019): *Cogprofile automatikus kiértékelésű online kognitív neuropszichológiai tesztsomag*. Cogprofile Kft.
- Rocca, W. A., Kantarci, K., & Faubion, S. S. (2024): Risks and benefits of hormone therapy after menopause for cognitive decline and dementia: A conceptual review. *Maturitas*, 184. 108003. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.108003>
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021): The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1). 1–15. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>
- Sherwin, B. (1988): Estrogen and/or androgen replacement therapy and cognitive function in surgically menopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, 13(4). 345–357. [https://doi.org/10.1016/0306-4530\(88\)90060-1](https://doi.org/10.1016/0306-4530(88)90060-1)
- Sinha, S. H., Zietlow, K., & Papaleontiou, M. (2024): Thyroid Function and Cognitive Decline: A Narrative Review, *Endocrine Practice*, 30(11). 1113–1118. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2024.07.013>
- Sipos, K., & Sipos, M. (1978): The development and validation of the Hungarian form of the STAI. *Cross-cultural Anxiety*, 2. 51–61.
- Spielberger, C. D. (1972): *Anxiety: Current trends in theory and research: I*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-657401-2.50008-3>
- Stern, Y. (2002): What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3). 448–460. <https://doi.org/10.1017/S1355617702813248>
- Tan, S., Sohrabi, H. R., Weinborn, M., Tegg, M., Bucks, R. S., Taddei, K., Carruthers, M., & Martins, R. N. (2019): Effects of Testosterone Supplementation on Separate Cognitive Domains in Cognitively Healthy Older Men: A Meta-analysis of Current Randomized Clinical Trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 27(11). 1232–1246. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.05.008>
- Thilers, P. P., Macdonald, S. W., Nilsson, L. G., & Herlitz, A. (2010): Accelerated postmenopausal cognitive decline is restricted to women with normal BMI: longitudinal evidence from the Betula project. *Psychoneuroendocrinology*, 35(4). 516–524. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.08.018>

- Weber, M. T., Rubin, L. H., & Maki, P. M. (2013): Cognition in perimenopause: the effect of transition stage. *Menopause (New York, N.Y.)*, 20(5). 511–517. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31827655e5>
- Weber, M. T., Rubin, L. H., Schroeder, R., Steffenella, T., & Maki, P. M. (2021): Cognitive profiles in perimenopause: Hormonal and menopausal symptom correlates. *Climacteric*, 24(4). 401–407. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1892626>
- West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin*, 120(2). 272–292. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.2.272>
- Yeap, B. B., & Flicker, L. (2022): Testosterone, cognitive decline and dementia in ageing men. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 23(6). 1243–1257. <https://doi.org/10.1007/s11154-022-09728-7>

A HORMONPÓTLÁS IDEGRENSZERI HATÁSAI. A NYUGALMI EEG KOMPLEXITÁSBELI ÉS SPEKTRÁLIS ELTÉRÉSEI MENOPAUZÁBAN



GAÁL Zsófia Anna

HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont, Budapest
gaal.zsofia.anna@ttk.hu

HORVÁTH Orsolya

HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont, Budapest
Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Pszichológia Doktori Iskola
horvath.orsolya@ttk.hu

PROTZNER B. Andrea

Department of Psychology, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada
Hotchkiss Brain Institute, University of Calgary, Calgary, AB, Canada
Mathison Centre, University of Calgary, Calgary, AB, Canada
protzner@ucalgary.ca

CSIZMADIA Petra

HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont, Budapest
csizmadia.petra@ttk.hu

KŐVÁRI Lili

Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet,
HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont
Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola
kovari.lili@ttk.hu

VÁRBÍRÓ Szabolcs

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szegedi Tudományegyetem
varbiroszabolcs@gmail.com

GERSZI Dóra

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem
dora.gerszi@gmail.com

GREFF Dorina

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem
greffdorina@gmail.com

CSIKÓS Nóra

HUN-REN Természettudományi Kutatóközpont, Budapest
csikos.nora@ttk.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A hormonterápia neuroprotektív hatásait számos eredmény alátámasztja, ugyanakkor az ezek mögött álló idegrendszeri mechanizmusok kevésbé ismertek. Vizsgálatunk célja annak feltárása volt, miként befolyásolja a hormonterápia a nyugalmi agyi aktivitás dinamikáját és a kognitív működést posztmenopauzában lévő nők esetében. *Módszer:* Vizsgálatunkban 25 posztmenopauzában lévő nő vett részt, akik közül 10 fő hormonterápiában részesült (HT+, átlagéletkor: $52,40 \pm 2,59$ év), míg 15 fő nem kapott hormonkezelést (HT-, átlagéletkor: $52,47 \pm 3,15$ év). A nyugalmi EEG-jelek komplexitását többskálás entrópia (MSE), míg oszcillációs aktivitását spektrális teljesítménysűrűség (SPD) elemzéssel vizsgáltuk. A kognitív funkciókat a Wechsler Felnőtt Intelligenciateszttel (WAIS-IV) mértük fel.

Eredmények: A HT+ csoport magasabb MSE-értékeket mutatott a rövid és középhosszúságú időskálákon, valamint alacsonyabb delta-, de magasabb frontális béta- és gamma-aktivitást. A HT+ csoport kognitív teljesítménye is jobb volt több alteszten is, az EEG-mutatók pedig pozitívan korreláltak az IQ-val és a frontális funkciókat igénylő tesztek pontszámaival.

Következtetések: Eredményeink arra utalnak, hogy a hormonterápia elősegíti az idegrendszer adaptív, rugalmas működését, ami fokozott lokális neurális komplexitásban és nagyobb frontális aktivitásban tükröződik. Ez a hatás hozzájárulhat a menopauzával járó kognitív nehézségek enyhítéséhez és a sikeres kognitív öregedés támogatásához.

Kulcsszavak: menopauza, hormonpótlás, EEG, többskálás entrópia, spektrumelemzés

BEVEZETÉS

A menopauza a női életciklus természetes, ám számos szempontból kritikus átmeneti állapota, amelyet jelentős hormonális változások – elsősorban az ösztrogén és progeszteron szintjének csökkenése – jellemeznek (pl. Hillard, 2016). A menopauzális átmenet több, klinikailag is elkülöníthető

szakaszra osztható: a premenopauza a reprodukív időszak végét megelőző éveket jelöli, a perimenopauza a menstruációs ciklus változékonnyá válásával jellemezhető átmeneti fázis, míg a posztmenopauza a végső menstruációt követő időszakot foglalja magában (Santoro et al., 2021). Ezeket a szakaszokat eltérő hormonális profilok és tüneti mintázatok jellemzik.

Ezek a hormonális átalakulások nemcsak testi tünetekkel (Santoro et al., 2021), hanem kognitív és érzelmi változásokkal (Maki & Weber, 2021), valamint az idegrendszer működésének módosulásával is összefüggnek (Ruehr et al., 2025). Az elektroencefalográfiával (EEG) vizsgálható agyi dinamika különösen érzékeny marker lehet a menopauza során bekövetkező neurofiziológiai átrendeződések feltárására.

Míg a fiatalok és idősek EEG-változásairól és azok kognitív következményeiről viszonylag sokat tudunk már (Mooraj et al., 2025; Nagy et al., 2022), addig sokkal kevesebb információnk van arról, hogy mi történik a középkorúaknál (Maki & Weber, 2021). Különösen nyitott kérdés, hogy az idegrendszeri folyamatok mennyiben függenek össze a nemi hormonok szintjének változásaival, illetve hogy a hormonterápia képes-e lassítani vagy akár megállítani ezeket a folyamatokat (Mosconi et al., 2018.). Bár a jelen vizsgálat nem vállalkozik e kérdések teljes körű megválaszolására, célunk annak feltárása, hogy eltér-e a nyugalmi EEG dinamikája azoknál a posztmenopauzában lévő nőknél, akik hormonterápiát kapnak, azokhoz képest, akik nem részesülnek ilyen kezelésben, valamint hogy ezek a különbségek kapcsolatban állhatnak-e a kognitív működés bizonyos aspektusaival.

Az állatkísérletes és humán kutatások egyaránt arra utalnak, hogy az ösztrogén alapvető szerepet játszik az agy szerkezetének és működésének fenntartásában. Az ösztrogénreceptorok különösen nagy számban találhatóak a hippokampuszban és a prefrontális kéregben – azokban az agyterületekben, amelyek kulcsfontosságúak a memória és a végrehajtó funkciók szempontjából (Shughrue et al., 1997; Osterlund et al., 2001). Az ösztrogén elősegíti az idegsejtek

növekedését, megelőzi azok sorvadását, fokozza a szinaptikus plaszticitást, valamint növeli a szürkeállomány térfogatát és sűrűségét ezekben a régiókban (Brinton, 2009; Dumitriu et al., 2010). Emellett fokozza az agyi véráramlást és glükózmétabolizmust (Resnick et al., 1998; Rasgon et al., 2001; Smith et al., 2001), javítja a kolinerg működést az acetilkolin-szintézisben szerepet játszó enzimek aktiválásán keresztül (Genazzani et al., 1999; Gibbs et al., 2000), és elősegíti a neurális regenerációt a neurotróf faktorok expressziójának növelésével (Gibbs, 1994). Az alacsony ösztrogénszint ezzel szemben a neurális plaszticitás és az idegi kapcsolatok hanyatlásához vezethet, ami hozzájárulhat a menopauzát kísérő kognitív változásokhoz és az életkorral összefüggő neurodegeneratív folyamatokhoz (Hara et al., 2015; Mosconi et al., 2021).

Funkcionális MRI eredmények szerint a menopauzális átmenet jelentős hatást gyakorol az agyi hálózatok működésére. A perimenopauzában lévő nőkben megváltozik a funkcionális konnektivitás olyan régiók között, amelyek a szexuális működéshez, az érzelemszabályozáshoz és a kognitív kontrollhoz kapcsolódnak: fokozott konnektivitást figyeltek meg többek között az insula, a frontális kéreg között, amely összefüggésben állt a nemi hormonok szintjének változásával (Lu et al., 2019). Hasonlóképpen Zhang és munkatársai (2024) is a korai posztmenopauzában az amygdala, az insula és a prefrontális kéreg közötti megnövekedett funkcionális együttműködést találták, amelyek depresszív tünetekkel, alvásproblémákkal és rosszabb kognitív működéssel jártak együtt. Az occipitális és parietális területek között viszont csökkent kapcsolódást mutattak ki, ami rosszabb emlékezeti működéssel párosult. Mosconi

és munkatársai (2021) arra is rámutattak, hogy a menopauzális átmenet során nemcsak a funkcionális kapcsolatok, hanem az agyi szerkezet és az energia-anyagcsere is átalakul, ezek a változások pedig speciálisan az endokrin változásoknak köszönhető és nem a kronológiai öregedéssel állnak összefüggésben. Összességében a menopauza dinamikus idegrendszeri átalakulással jár, amely az agyi hálózatok szerveződésében és működésében egyaránt megmutatkozik.

Az EEG hatékony és széles körben alkalmazott módszer az idegrendszeri folyamatok vizsgálatára. Előnye, hogy viszonylag alacsony költséggel, nagy időbeli felbontással képes feltárni az agyi aktivitás mintázatait, így különösen alkalmas az idegrendszeri hálózatok működésének és dinamikájának elemzésére (Nagy et al., 2022; Szostakiwskyj et al., 2017). Az EEG különböző frekvenciasávjai eltérő idegrendszeri és kognitív folyamatokkal hozhatók összefüggésbe (Klimesch, 1999; Buzsáki, 2006). A delta sáv (0,5–4 Hz) elsősorban az általános éberségi szinthez kapcsolódik: nyugalmi állapotban magasabb delta-aktivitás jellemző, míg feladathelyzetben a delta teljesítmény csökkenése gyakran a fokozott arousal jeleként értelmezhető (Molnár et al., 2008). A theta tartomány (4–8 Hz) szoros kapcsolatban áll a munkamemória terhelésével, az epizodikus emlékezeti folyamatokkal, valamint az új, váratlan ingerek feldolgozásával; emellett a kognitív kontroll reaktív komponensét tükrözi, amely az aktuális reprezentációk frissítéséhez és az interferencia feloldásához szükséges (Clements et al., 2021; Molnár et al., 2008; Dietl et al., 1999).

Az alsó alfa sáv (8–10 Hz) elsősorban a figyelmi igényekkel, míg a felső alfa (10–13 Hz) inkább feladatspecifikus feldolgozással, például szenzoros–szemantikus

folyamatokkal hozható összefüggésbe (Klimesch, 1999). Általánosabban az alfa-szinkronizáció top–down gátló mechanizmusként értelmezhető, amely lehetővé teszi az irrelevantis információk elnyomását, a proaktív kontroll fenntartását és a figyelmi erőforrások szabályozását (Clements et al., 2021; Klimesch et al., 2007; Worden et al., 2000). A béta sáv (14–35 Hz) az anticipációhoz, a kognitív flexibilitáshoz, valamint a motoros válaszok előkészítéséhez és gátlásához kapcsolódik, különösen a frontális és motoros hálózatokban (Armbruster-Genç et al., 2016; Molnár et al., 2008; Rossiter et al., 2014). A gamma aktivitás (>30 Hz) pedig elsősorban a perceptuális feldolgozáshoz és az összetett kognitív–perceptuális integrációhoz köthető (Gray et al., 1989; Klimesch, 1999). A frekvenciasávok szinkronizációja és dinamikája összességében az agy integratív kapacitását tükrözi, amely alapvető jelentőségű a figyelmi, emlékezeti és végrehajtott funkciók hatékony működéséhez (Czigler et al., 2008; Varela et al., 2001).

Számos előnye ellenére viszonylag kevés vizsgálat foglalkozott eddig a nyugalmi EEG menopauzával összefüggő változásainak feltárására. Ezek eredményei a spektrális mintázat átrendeződését mutatták: a posztmenopauzában – fiatalabb, premenopauzás nőkhöz képest – fokozott abszolút theta aktivitást figyeltek meg a frontális régióban, valamint megnövekedett alfa és béta aktivitást a frontális, centrális, parietális és occipitális területeken (González-Pérez et al., 2024).

Amikor tünetmentes, posztmenopauzás szindrómában szenvedő és depressziós posztmenopauzás nőket hasonlítottak össze, a depressziós személyeknél alacsonyabb abszolút teljesítményt találtak a delta, theta és béta frekvenciákban, míg a relatív teljesítmény esetén nagyobb deltát és kisebb

alfát figyeltek meg, amit az idegrendszer aktíválhatóságának, adaptívitásának csökkenéseként értelmeztek (Saletu et al., 1996). Ugyanakkor ösztadiol–progeszteron kombinált hormonterápia mellett fokozott abszolút és relatív alfa₂ teljesítmény, valamint csökkent relatív delta és béta teljesítmény találtak, ami a reaktivitás javulására utal (Saletu et al., 2002). A frontális aszimmetria – a depressziós posztmenopauzás személyeknél kisebb volt az alfa teljesítmény a jobb frontális terület felett a bal oldalhoz képest, míg a tüneteket nem mutatóknál fordított aktivitás volt megfigyelhető – szintén összefüggést mutatott a depresszió súlyosságával (González-Pérez et al., 2024).

A hormonális státusz és az EEG-mutatók közötti összefüggések további bizonyítékot szolgáltatnak a neuroendokrin szabályozás szerepére: a magasabb ösztadiolszint nagyobb abszolút teljesítménnyel járt együtt a delta, théta és béta frekvenciasávokban, míg az alacsonyabb hormonszint csökkent relatív alfa és fokozott béta aktivitással társult, ami a neurális hálózat csökkent dinamikájára utal (Saletu et al., 1996). Emellett a béta aktivitás pozitív kapcsolatot mutatott az FSH-szinttel is (González-Pérez et al., 2024).

A hormonterápia részben képes ellensúlyozni a menopauzához köthető EEG-változásokat. Bár az ösztrogén önmagában csak kis hatást gyakorolt, progesztinnel kombinálva növelte az alfa aktivitást, miközben csökkentette a delta és béta teljesítményt (Saletu et al., 2002), illetve feladat helyzetben rövidítette az eseményhez kötött potenciálok (N1, P300) latenciáját, valamint növelte azok amplitúdóját (Anderer et al., 2003). Ebből arra következtethetünk, hogy a hormonterápia javítja a perceptuális feldolgozás és a figyelmi-kognitív mechanizmusok hatékonyságát.

Az EEG-jelek elemzése során a spektrális teljesítménysűrűség fontos információt nyújt az egyes frekvenciasávok oszcillációs aktivitásáról, ugyanakkor elsősorban lineáris jellegű jellemzőket ragadnak meg. Ezzel szemben a nemlineáris elemzési eljárások – mint a többskálás entrópia, az Omega-komplexitás vagy a szinkronizációs valószínűség – az agyi jelek komplexitását és dinamikus szerveződését vizsgálják, és így olyan rejtett hálózati sajátosságokra érzékenyek, amelyek a spektrális mutatókkal önmagukban nem detektálhatók (pl. Stam, 2005; Molnár et al., 2010). Korábbi hazai kutatások is kimutatták, hogy a nemlineáris mutatók különösen érzékenyek az öregedéssel (Gaál et al., 2010), kognitív hanyatlással (pl. Alzheimer-kór; Czizler et al., 2008), posztinfekciós állapotokkal (Nagy et al., 2024), valamint kognitív tréninggel (Nagy et al., 2022) összefüggő idegrendszeri átrendeződésekre, gyakran akkor is, amikor a spektrális változások még korlátozottak vagy nem egyértelműek. A lineáris és nemlineáris módszerek együttes alkalmazása ezért teljesebb képet ad az agyi hálózatok integratív kapacitásáról, rugalmasságáról és plaszticitásáról, és lehetővé teszi a globális neurális dinamika árnyaltabb értelmezését.

Az EEG-mintázatok vizsgálata tehát nemcsak a menopauza, hanem általánosságban az öregedés kontextusában is kiemelt jelentőségű. Az időskorban megfigyelhető spektrális változások és az entrópia-alapú komplexitás-csökkenés a lokális és globális információfeldolgozás egyensúlyának eltolódását mutatják, amelyet azonban kognitív tréninggel módosíthatunk (Nagy et al., 2022; 2024). Ezen eredmények fényében különösen releváns annak feltárása, hogy a menopauzához köthető idegrendszeri változásokat milyen mértékben alakítják a hormonális tényezők, és hogyan modulálhatók különböző intervenciókkal.

A fentiek alapján feltételeztük, hogy a hormonterápia kedvező hatást gyakorol az agy működésére, ami alapján több hipotézist is megfogalmaztunk. Egyrészt feltételeztük, hogy a hormonterápiában részesülő posztmenopauzában lévő nők nyugalmi EEG-jében a neurális komplexitás – különösen a finom és középhosszúságú időskálakon – magasabb, mint a hormonterápiát nem kapó csoportban. Másrészt azt vártuk, hogy a hormonterápia kedvezőbb spektrális aktivitási mintázattal jár együtt, amely alacsonyabb delta-, valamint fokozott frontális béta- és gamma-aktivitásban tükröződik, illetve az alfa sáv aktivitása olyan mintázatot mutat, amely a figyelmi kontroll és a top-down szabályozás hatékonyabb működésével hozható összefüggésbe, és kapcsolatban áll a frontális működést igénylő kognitív teljesítménymutatókkal. Végül azt is feltételeztük, hogy az EEG-ből származó lineáris és nemlineáris mutatók pozitív kapcsolatban állnak a kognitív teljesítménnyel, különösen a végrehajtó funkciókat és munkamemóriát igénylő feladatok esetében.

MÓDSZER

Résztvevők

Ebben a tanulmányban egy folyamatban lévő longitudinális kutatás részeredményeit mutatjuk be. A kezdeti adatgyűjtés a menopauza.ttk.hu oldalon zajlik, ahol a résztvevők először egy online kérdőívet töltenek ki demográfiai és egészségügyi adataikról, majd egy kognitív képességeket mérő tesztet (CogProfile, Racsmány & Lukács, 2019) végeznek el. Ebből a mintából kerülnek kiválasztásra az EEG vizsgálatban résztvevő személyek, akiket négy csoportba

osztunk: menopauzában lévő nők, akik (1) a vizsgálatunkkal egy időben kezdik a hormonpótlást, (2) már kapnak hormonpótlást, (3) nem kapnak hormonpótlást, (4) férfiak. Közülük a 2. és 3. csoport EEG-adatait hasonlítjuk itt össze.

A 2. csoport résztvevőinél a menopauzát korábban a saját nőgyógyászuk állapította meg, a hormonterápia is klinikai indikáció alapján történt. Az EEG felvétel időpontjáig átlagosan 21,90 hónapja ($SD = 19,26$) részesültek hormonterápiában, különböző hatóanyagok formájában: 6 fő tibolont, 4 fő pedig kombinált ösztradiol- és progeszteronterápiát kapott.

A 3. csoportnál nem történt külön nőgyógyászati vizsgálat a beválasztás során, a részvétel kritériumai a következők voltak: önként jelentkeztek az EEG vizsgálatra; az FSH szintjük 20 IU/L feletti volt, és legalább 6 hónapja, de nem több, mint 5 éve maradt el a menstruációjuk. Mindkét csoportnál kritérium volt, hogy nem rendelkeztek semmilyen pszichiátriai, neurológiai vagy endokrin problémával, minden résztvevő normális, vagy normálisra korrigált látással rendelkezett.

A 2025. júniusáig résztvevők közül 25 nő került be az itteni elemzésbe. Közülük 10 főnél volt folyamatban lévő hormonkezelés (HT+ csoport, átlag életkor: $52,40 \pm 2,59$ év), és 15-en nem részesültek még hormonkezelésben (HT- csoport, átlag életkor: $52,47 \pm 3,15$ év). A részvételért 10 000 Ft értékű utalványt és egy, a menopauzával foglalkozó könyvet kaptak.

A vizsgálatot megelőzően minden résztvevő szóbeli és írásbeli tájékoztatást kapott a kutatás jellegéről és a kísérlet menetéről, melyhez írásos beleegyezésüket adták. A vizsgálatot az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásügyi Bizottsága (TUKEB) engedélyezte.

Eljárás

A laborban a résztvevőket először kikérdeztük egészségi állapotukról és demográfiai adataikról, majd a kísérletvezető jelenlétében kitöltötték a Beck-féle depresszió kérdőívet (Beck et al., 1961; röviden BECK) és a Spielberger-féle állapot- és vonásszorongást mérő kérdőívet (Spielberger, 1972; röviden STAI-STATE és STAI-TRAIT), melyekkel a depresszióra és szorongásra jellemző tüneteket mértük fel. Ezek után a Wechsler Felnőtt Intelligenciateszt (negyedik kiadás, WAIS-IV, Wechsler, 2008; magyar adaptáció: Rózsa et al., 2010) vettük fel. A WAIS-IV által mért 4 fő terület és az azokhoz tartozó altesztek: verbális megértés (Közös Jelentés, Szókincs, Általános Ismeretek); perceptuális következtetés (Mozaik-próba, Matrix-következtetés; Mintakirakó); munkamemória (Számterjedelem, Számolás); és feldolgozási sebesség (Szimbólumkeresés, Kódolás).

A kognitív vizsgálatot követően nyugalmi EEG-felvételt készítettünk egy elektromosan és akusztikusan árnyékolt laborban. A résztvevők 160 cm-re ültek a képernyőtől, és azt az instrukciót kapták, hogy nyitott szemmel, nyugodt, éber állapotban, mozdulatlanul figyeljék a képernyő közepén, szürke háttéren fehéren megjelenő fixációs keresztet. A nyugalmi EEG-hez egy 3 perces, feladatmentes felvételt rögzítettünk.

Az EEG-hez 59 Ag/AgCl elektródát helyeztünk fel a hajás fejbőrre a nemzetközi 10-20-as rendszer szerint (Fp, Fz, F3, F7, FC5, FC1, C3, T7, CP5, CP1, Pz, P3, P7, O1, O2, O2, P4, P8, CP6, CP2, Cz, C4, T8, FC6, FC2, F4, F8, Fp2, AF7, AF3, AFz, F1, F5, FT7, FC3, C1, C5, TP7, CP3, P1, P5, PO7, PO3, POz, PO4, PO8, P6, P2, CPz, CP4, TP8, C6, C2, FC4, FT8, F6, AF8, AF4, F2). Az adatfelvételhez EasyCap rendszert, ActiChamp

erősítőket (sávszűrő: DC–70 Hz), és Brain-Vision Recorder 1.21.0303 szoftvert használtunk (mintavételi frekvencia: 1000 Hz). A referenciaelektrodát az orrcsúcsra, a földelektrodát a homlokra (AFz) helyeztük. A vertikális szemmozgásokat a bal szem fölé és alá (VEOG), a horizontális szemmozgásokat a szemek külső zugainál elhelyezett (HEOG) elektródákkal rögzítettük. Az elektródák impedanciáját 10 k Ω alatt tartottuk.

Adatfeldolgozás

Az EEG előfeldolgozása

A nyers EEG-adatok offline előfeldolgozását és a statisztikai elemzésre való előkészítését a Matlab R2015a, és az EEGLAB v.14.1.0b szoftverekkel végeztük. Az előfeldolgozás első lépésében végelemű impulzusválaszú sávszűrést alkalmaztunk a 0,5–40 Hz frekvenciatartományban nem kauzális Kaiser ablakos FIR szűrővel, zero-phase implementációban (az átmenetsáv szélessége az aluláteresztő szűrő esetén 10 Hz, a felüláteresztő szűrő esetében 0,02 Hz). Ezt követően az izom- és szemmozgásokhoz köthető műtermékeket független komponens analízis segítségével távolítottuk el; az EEGLAB runica algoritmusával azonosított komponensek közül manuálisan választottuk ki a műterméknek ítélt komponenseket. A tisztított EEG-t 2500 ms hosszúságú szakaszokra daraboltuk. Ha bármely elektródán a feszültségváltozás meghaladta a 100 μ V-ot az adott szakasz minimum és maximum értékei között, vagy ha 2 μ V alatt maradt, azt műterméknek tekintettük és kizártuk a további feldolgozásból.

A műtermék-szűrést követően megmaradt EEG-szegmensek átlagos száma a csoportokban a következőképpen alakult:

HT+ csoport: $M = 60,70$, $SD = 14,05$; HT- csoport: $M = 53,67$, $SD = 21,04$. A csoportok közötti különbséget független mintás t-próbával vizsgáltuk ($t(23) = 0,92$, $p = 0,364$, Cohen's $d = 0,37$), amely nem mutatott szignifikáns eltérést. Ennek alapján megállapítható, hogy a műtermék-kizárás mértéke nem okozott különbséget a két csoport között az elemzett epochok számában.

A nyugalmi EEG, és ezen keresztül a neurális dinamika vizsgálatához két, egymást kiegészítő módszert alkalmaztunk. A többskálás entrópia (multiscale entropy, MSE) az agyi jelek komplexitásáról nyújt információt, míg a frekvenciaanalízis (spectral power density, SPD) a különböző frekvenciasávok oszcillációs aktivitását tárja fel.

Többskálás entrópia

A jelen vizsgálatban a többskálás entrópia számítását mintavételi entrópián (sample entropy) alapuló algoritmussal végeztük. A többskálás entrópia (multiscale entropy, MSE; Costa et al., 2002; Costa et al., 2005) az EEG-jelek komplexitását méri úgy, hogy kiszámítja az entrópiát különböző időskálákon, minden résztvevő esetében, minden szakaszra és csatornára. A magasabb MSE-érték nagyobb entrópiát jelez, ami a neurális aktivitás nagyobb fokú randomitását tükrözi.

A jelen vizsgálatban – korábbi munkáinkhoz hasonlóan (Nagy et al., 2022; 2024) – az 1–50 ms közötti időskálákat elemeztük. A rövidebb skálákon (1–20 ms) mért entrópia inkább a lokális idegi feldolgozást, míg a hosszabb skálákon (30–50 ms) kapott értékek a kiterjedtebb, globális hálózati aktivitást tükrözik.

Az MSE-számítás első lépése az időskála-képzés (coarse-raining): az EEG adatpontokat egymást nem átfedő ablakokban

átlagoljuk, ahol az ablak hossza megfelel az adott skálának. Például 1-es skálán 1 adatpont (1 ms a 1000 Hz-es mintavételezésnél), 2-es skálán 2 egymást követő adatpont átlaga (2 ms), és így tovább. Az így előállított idősorokból ismétlődő mintázatok detektálásával számítható ki az entrópia, amelyet két paraméter határoz meg: a minta hossza (m), vagyis hány egymást követő adatpontot veszünk figyelembe az összehasonlításnál, illetve a toleranciaszint (τ), amely a maximális megengedett amplitúdókülönbséget jelzi ahhoz, hogy két mintát azonosnak tekintsünk.

A paraméterek beállítása és az algoritmus megegyezett a korábbi irodalmi ajánlásokkal és saját vizsgálatainkkal (McIntosh et al., 2014; Courtiol et al., 2016; Nagy et al., 2022; 2024). Az algoritmust a PhysioNet nyílt forrású eszközkészletéből használtuk (www.physionet.org/physiotools/mse/).

Az entrópia értelmezése szerint tehát az alacsony MSE kisebb valószínűséget jelent arra, hogy két hasonló mintázat a következő adatpontban is egyezni fog, míg a magas MSE értékek nagyobb komplexitást és kisebb bejósolhatóságot tükröznek, különösen a későbbi időskálákon. Az EEG entrópiája ebben a kontextusban tehát az idősor időbeli előrejelezhetőségét (rendezettségét) jellemzi: azt fejezi ki, hogy milyen valószínűséggel ismétlődnek hasonló mintázatok az időben. A komplexitás nem pusztán véletlenszerűséget jelent, hanem olyan dinamikát, amely egyszerre tartalmaz determinisztikus és sztochasztikus komponenseket, és így az idegrendszer rugalmas, adaptív működésének indikátora. Ennek megfelelően a magasabb MSE-értékek nem „zajosságot”, hanem nagyobb dinamikai szabadságfokot és feldolgozási flexibilitást tükröznek.

Frekvenciaanalízis

A frekvenciaanalízis során gyors Fourier-transzformációt (FFT) alkalmaztunk, amely lehetővé teszi az EEG jel spektrális teljesítménysűrűségének (spectral power density, SPD) vizsgálatát az egyes frekvenciasávokban. Az elemzést normalizált adatokon végeztük, vagyis minden sáv teljesítményét a teljes spektrum teljesítményéhez viszonyítottuk, ezáltal csökkentve az abszolút amplitúdót befolyásoló egyéni különbségek hatását.

A jelen vizsgálatban az SPD-eredmények kiegészítették az MSE-t, és ezáltal teljesebb képet kaphattunk arról, hogy a nyugalmi neurális működésben megfigyelhető, hormonterápiához köthető csoportszintű különbségek mögött inkább lineáris (SPD, MSE) vagy nemlineáris dinamikák (MSE) állnak.

Statisztikai elemzés

Nyugalmi EEG

A részleges legkisebb négyzetek módszere (Partial Least Squares analysis, PLS) egy adatvezérelt, többváltozós elemzési eljárás, amely az adatokat együttesen vizsgálva azonosítja a legnagyobb kovarianciát a kísérleti változók (csoportok) és a neurális jellemzők (MSE/SPD) között. A PLS alkalmazását az indokolta, hogy a vizsgált neurális változók száma (elektrodák \times időskálák/frekvenciasávok) nagyságrendekkel meghaladja a mintaelemszámot, így az egyváltozós statisztikai megközelítések fokozott túllillesztési és többszörös összehasonlítási kockázattal járnának.

A módszer a nagy dimenziójú tulajdonságteret alacsony dimenziójú látens változókra redukálja, amelyek a csoporttagsággal együttjáró koherens mintázatokat ragadják meg, ezáltal növelve az elemzés robusztuságát a kis mintaelemszám mellett. A PLS

új, ún. látens változókat (LV) hoz létre, amelyek három mutatóval jellemezhetők.

- (1) A feltétel-szalienciák megmutatják, hogy az egyes csoportok milyen mértékben járulnak hozzá az adott agyi aktivitásmintázathoz.
- (2) Az elektródasúlyok azonosítják, hogy mely elektródák, időskálák vagy frekvenciasávok kapcsolódnak legszorosabban a látens változó által kifejezett csoporthatásokhoz.
- (3) A szinguláris értékek a látens változó által kifejezett kapcsolat erősségét mutatják, vagyis azt, hogy mekkora kovariancia áll fenn az adott agyi jelminiatzat és a kísérleti változók között.

A módszert az MSE és az SPD adatok elemzésére egyaránt alkalmaztuk. A jelen vizsgálatban a PLS olyan látens változókat azonosított, amelyek a vizsgálati csoport (hormonterápiát kapó és nem kapó nők) és a nyugalmi EEG-aktivitás közötti kovarianciát leginkább magyarázták. Az LV-k sorrendje az általuk magyarázott kovariancia nagysága alapján alakul, így az első LV tartalmazza a legnagyobb mértékű kovarianciát.

A PLS statisztikai értékelése két szinten történt. A látens változók szignifikanciáját permutációs teszteléssel, míg az elektródákhoz kapcsolódó időskálák és frekvenciasúlyok stabilitását újramintavételezéssel (bootstrap) vizsgáltuk. Az elemzésekhez 500 permutációt és 500 bootstrap-mintát használtunk. Az elektróda-súlyokhoz tartozó bootstrap arányok (bootstrap ratios, br) küszöbét 2,0-ban határoztuk meg, amely hozzávetőleg 95%-os konfidencia-intervallumnak ($p < 0,05$) felel meg.

Pszichológiai tesztek

A statisztikai elemzéseket a JASP 0.19.1.0 verziójával végeztük. A pszichológiai változók csoportok közötti összehasonlítását

független mintás t-próbával elemeztük, míg a pszichológiai változók, és a PLS-elemzésből származó MSE és SPD értékek közötti kapcsolatokat Pearson-féle korrelációs vizsgálatokkal teszteltük. Kognitív változóként felhasználtuk a WAIS-IV tesztekben nyert IQ pontszámot, valamint külön a 10 alteszt értékpontjait. Affektív változóként a BECK (depresszió), STAI-STATE (állapotszorongás), és STAI-TRAIT (vonásszorongás) pontszámokat vettük figyelembe.

EREDMÉNYEK

Többskálás entrópia

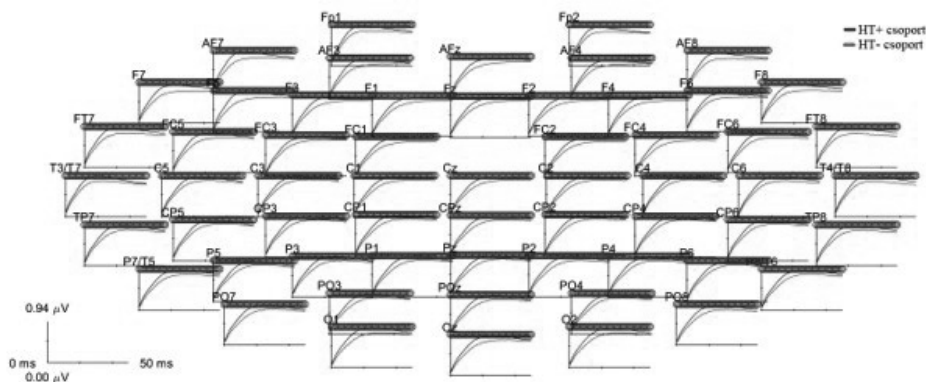
Elsőként azt vizsgáltuk, hogy a két csoport közötti feltételezett hormonális különbségek miként befolyásolják az agyi hálózatok nyugalmi állapotú dinamikáját. Ennek

érdekében az MSE-t elemeztük a PLS módszerével a HT+ és HT- csoportok összehasonlításában.

A PLS analízis első látens változója (LV1) szignifikánsnak bizonyult (szinguláris érték = 3,44; $p = 0,01$), ami a két csoport közötti eltérést jelezte. A HT+ csoport magasabb entrópiaértékeket mutatott a rövidebb (1–20 ms) és részben a középhosszúságú (20–35 ms) időskálakon. Ez a különbség globális mintázatot mutatott, azaz az összes elektródán megfigyelhető volt. Az MSE csoportonkénti lefutását az egyes elektródokon az 1. ábra szemlélteti, a PLS elemzés eredményei pedig a 2. ábrán láthatóak.

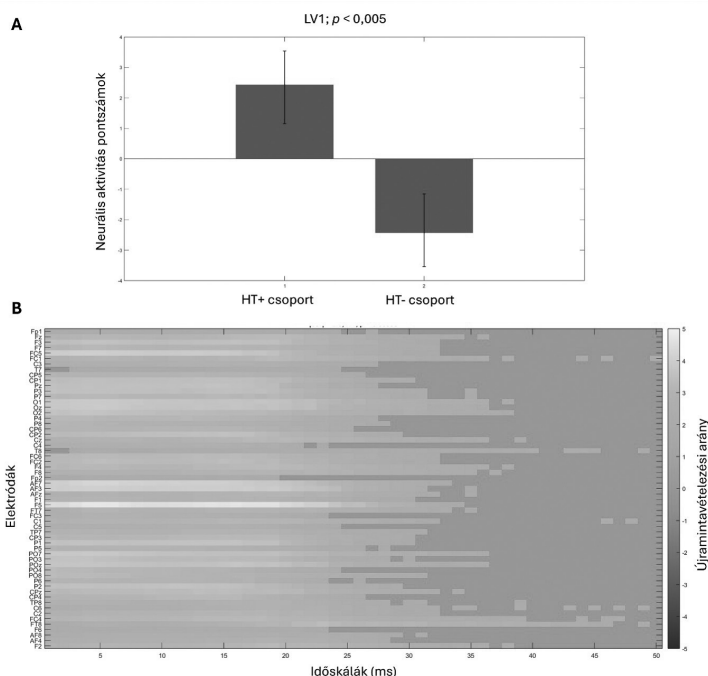
Frekvenciaanalízis

Az entrópia eredmények kiegészítéseként frekvenciaanalízist is végeztünk, szintén a PLS módszerével. Az első látens változó



1. ábra. A nyugalmi EEG többskálás entrópia (MSE) görbéinek lefutása elektródánként a hormonterápiában részesülő (HT+) és nem részesülő (HT-) posztmenopauzális nők csoportjában

Megjegyzés: Az ábrán a folytonos vonalak a két vizsgálati csoport átlagos MSE-görbéit jelölik: a hormonterápiában részesülő csoportot (HT+) kék, míg a hormonterápiát nem alkalmazó csoportot (HT-) piros szín jelöli. A kék körök azokat az időskálapontokat jelzik, ahol a részleges legkisebb négyzetek (PLS) elemzés során az adott elektródán szignifikáns csoportkontraszt (látens változó, LV) volt kimutatható, a bootstrap eljárás alapján meghatározott stabilitási kritériumot elérve.



2. ábra. A PLS analízis MSE eredményei a HT+ és HT- csoport közötti összehasonlításról

Megjegyzés:

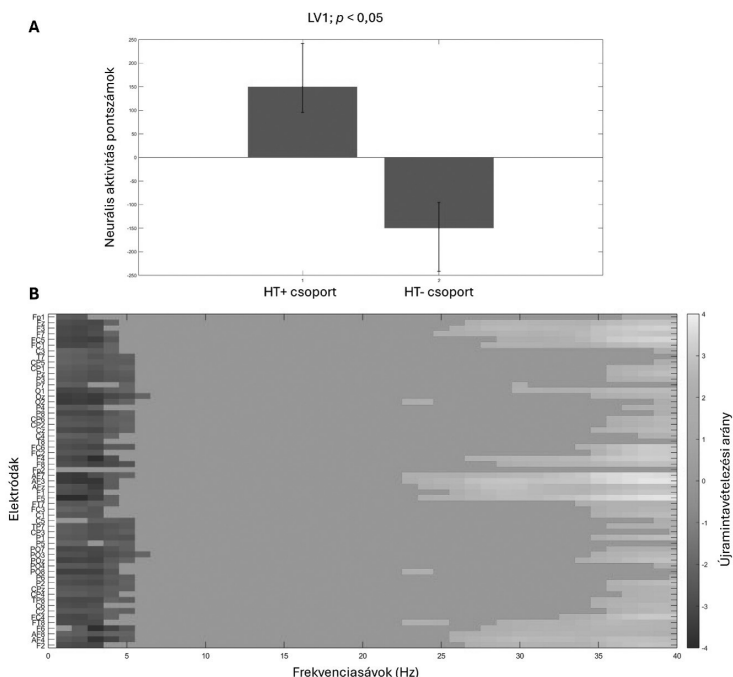
A: Az oszlopdiagram a csoportok közötti kontrasztot ábrázolja, amely az elektródák és időskálák mentén szignifikánsan megjelent a permutációs tesztelés alapján, 95%-os konfidenciaintervallummal. B: Az újramintavételezési arány szintérképe azokat az elektródákat és időskálákat mutatja, amelyeknél az oszlopdiagramokban ábrázolt kontrasztot a legstabilabban jelent meg. Az értékek az egyes elektródasúlyok és újramintavételezés-alapú standard hiba hányadosát képviselik. A pozitív értékek meleg színekkel vannak ábrázolva, és a nyugalmi állapotban mért MSE HT- csoporthoz képest a HT+ csoportnál megjelent növekedést jelzik az adott időskálákon és elektródákon.

(LV1) itt is szignifikánsnak bizonyult (szinguláris érték = 211,91; $p = 0,03$). Ennek megfelelően a HT+ csoport a HT- csoporthoz képest alacsonyabb delta (0,5–4 Hz), valamint magasabb béta (13–30 Hz) és gamma (30–40 Hz) aktivitást mutatott. A delta sávban észlelt különbség átfogó volt, szinte minden elektródán megjelent, míg a béta és gamma frekvenciasávokban

a hatás elsősorban a frontális területekre korlátozódott. Az SPD eredményeket a 3. ábra szemlélteti.

Demográfiai és pszichológiai jellemzők

A HT+ és HT- csoportok között nem volt különbség sem az átlagéletkorban ($t(23) = -0,05$, $p = 0,956$, Cohen's $d = -0,02$), sem az iskolázottságban ($t(23) = -0,18$, $p = 0,863$,



3. ábra. A PLS analízis SPD eredményei a HT+ és HT- csoport közötti összehasonlításról

Megjegyzés:

A: Az oszlopdiagram a csoportok közötti kontrasztot ábrázolja, amely az elektrodák és frekvenciasávok mentén szignifikánsan megjelent a permutációs tesztelés alapján, 95%-os konfidenciaintervallummal. B: Az újramintavételezési arány szintérképe azokat az elektrodákat és időskálákat mutatja, amelyeknél az oszlopdiagramokban ábrázolt kontraszt a legstabilabban jelent meg. Az értékek az egyes elektrodasúlyok és újramintavételezés-alapú standard hiba hányadosát képviselik. A pozitív értékek meleg színekkel vannak ábrázolva, és a nyugalmi állapotban mért SPD HT- csoporthoz képest a HT+ csoportnál megjelenő növekedését jelzik az adott frekvenciasávokban és elektrodákon. A negatív értékek hideg színekkel láthatók, és a nyugalmi állapotban mért SPD HT- csoporthoz képest a HT+ csoportnál megjelenő csökkenését mutatják.

Cohen's $d = -0,07$), utóbbit az összesített, intézményesített keretek között eltöltött tanulási évek számából számoltuk. Szintén nem találtunk különbséget a depresszió (BECK, $t(23) = 0,09$, $p = 0,927$, Cohen's $d = 0,03$) és szorongás (STAI-STATE,

$t(23) = -0,03$, $p = 0,970$, Cohen's $d = -0,01$, STAI-TRAIT, $t(23) = 0,00$, $p = 0,994$, Cohen's $d = 0,00$) pontszámokban.

A WAIS IV altesztjei közül a Mozaikpróba ($t(23) = 2,83$, $p = 0,009$, Cohen's $d = 1,15$), és a Számterjedelem ($t(23) = 2,14$,

$p = 0,04$, Cohen's $d = 0,87$) esetében volt szignifikáns különbség a csoportok között, míg a Mintakirakó altesztben tendencia szintű különbség volt megfigyelhető ($t(23) = 1,88$, $p = 0,072$, Cohen's $d = 0,77$). Minden esetben a HT+ csoport ért el magasabb pontszámokat. A részletes eredményeket az 1. táblázat tartalmazza.

Pszichológiai és EEG mutatók közötti összefüggések

A statisztikai elemzések következő lépéseként Pearson-féle korrelációval vizsgáltuk a fent bemutatott pszichológiai mutatók, valamint az MSE- és SPD-értékek közötti kapcsolatokat a teljes mintában.

Sem az MSE, sem az SPD nem mutatott összefüggést a depresszióval és a szorongással

(MSE: BECK, $r = -0,09$, $p = 0,667$; STAI-STATE, $r = 0,01$, $p = 0,958$; STAI-TRAIT, $r = -0,12$, $p = 0,562$, SPD: BECK, $r = -0,03$, $p = 0,866$; STAI-STATE, $r = 0,00$, $p = 0,982$; STAI-TRAIT, $r = -0,07$, $p = 0,750$).

Az MSE értékek pozitív korrelációt mutattak az összesített IQ-val ($r = 0,47$, $p = 0,01$), a Mozaik-próba ($r = 0,60$, $p = 0,001$), a Szókincs ($r = 0,44$, $p = 0,02$), valamint a Számolás ($r = 0,47$, $p = 0,01$) altesztek pontszámaival.

Az SPD adatok szintén pozitív korrelációt mutattak az összesített IQ-val ($r = 0,53$, $p = 0,006$), a Mozaik-próba ($r = 0,65$, $p < 0,001$), a Matrik-következtetés ($r = 0,43$, $p = 0,03$), a Szókincs ($r = 0,54$, $p = 0,005$), valamint a Számolás ($r = 0,52$, $p = 0,007$) altesztek pontszámaival.

1. táblázat. A HT+ és HT- csoport eredményei a pszichológiai mutatókon

Pszichológiai mutatók	HT+	HT-
STAI-STATE	29,00±8,45	35,40±9,22
STAI-TRAIT	29,60±7,98	33,13±10,02
BECK	7,00±6,16	10,40±8,06
IQ	134,30±18,48	124,06±17,95
Mozaik-próba	13,20±1,75	10,06±3,17
Közös jelentés	13,90±1,72	12,93±1,98
Számterjedelem	13,10±1,96	11,06±2,53
Mátrix-következtetés	13,60±2,41	13,13±2,97
Szókincs	14,60±3,20	12,93±2,89
Számolás	13,40±3,33	11,66±3,35
Szimbólum-keresés	14,70±2,71	13,73±3,19
Mintakirakó	13,20±2,68	11,13±2,69
Általános ismeretek	12,30±2,54	12,13±2,58
Kódolás	15,40±1,34	15,26±2,12

DISZKUSSZIÓ

Kísérletünkben arra voltunk kíváncsiak, hogy a menopauza során kialakuló agyi hálózati változásokat miként befolyásolja a hormonterápia, és ezek a módosulások milyen kognitív következményekkel járnak együtt. Ennek megválaszolására az EEG-jeleket spektrumelemzéssel és a többváltozós entrópia (MSE) módszerével elemeztük, míg a kognitív funkciókat a Wechsler Felnőtt Intelligenciateszt segítségével mértük fel. A résztvevőket a Horváth és munkatársai (2026) által bemutatott mintából választottuk, és számos beválasztási kritérium alkalmazásával biztosítottuk, hogy a lehető leghomogénebb minták kialakításával a hormonhatásokra tudjunk koncentrálni.

Az MSE módszere lehetővé teszi az EEG-jelek időbeli előrejelezhetőségének (rendezettségének) elemzését különböző időskálákon, így információt ad az agyi hálózatok dinamikus szerveződéséről és működési rugalmasságáról (Costa et al., 2002, 2005; Deco et al., 2011). Az alacsony entrópia jellemzően szabályosabb, determinisztikusabb és kevésbé adaptív idegrendszeri működésre utal, míg a magasabb entrópia nagyobb variabilitást és komplexitást jelez, amely fokozott funkcionális rugalmasságot és alkalmazkodóképességet tesz lehetővé a különböző hálózati konfigurációk közötti váltás során (McIntosh et al., 2010, 2014; Nagy et al., 2022). Ugyanakkor az agyi jelkomplexitás optimális szintje állapotfüggő: bizonyos helyzetekben a nagyobb komplexitás és a fokozott feldolgozási rugalmasság előnyös, míg más esetekben az alacsonyabb komplexitás és a hatékonyabb információfeldolgozás szolgálja jobban a kognitív működést (Churchland et al., 2010; He, 2013; Szostakiwskyj et al., 2017).

Eredményeink szerint a hormonterápiában részesülő csoportban az MSE értéke megnövekedett a finom és középhosszúságú időskálákon a HT-t nem kapókhoz képest, ami a teljes skalpon megfigyelhető volt. A rövidebb időskálákon mért magasabb entrópia a lokális neurális kommunikáció nagyobb rugalmasságára és variabilitására utal, ami korábbi vizsgálatok szerint együtt jár a hatékonyabb információfeldolgozással és a kognitív flexibilitással (McIntosh et al., 2014; Deco et al., 2011; He, 2013; Szostakiwskyj et al., 2017). Hasonló mintázatot korábban idős személyek nyugalmi EEG-jében is megfigyeltünk: az életkor előrehaladtával a megnövekedett finom skálájú entrópia a lokális információfeldolgozás fokozott szerepét jelezte (Nagy et al., 2022). Illetve korábbi eredmények szerint nagyobb flexibilitásra van szükség a lokális kommunikációban feladat helyzetben is (Cnudde et al., 2023).

Nagyobb MSE volt megfigyelhető a közepes időskálákon is a HT+ csoportban, ezzel szemben a hosszabb időskálákon, amelyek a globális, nagytávolságú hálózati integrációt tükrözik, nem találtunk csoportkülönbséget. Korábbi vizsgálatok szerint a nagyobb skálájú entrópia jellemző az elkalandozás (mind-wandering) állapotaira, amikor az agy fokozottan képes különböző hálózati konfigurációk között váltani, míg a feladathelyzetekben gyakran közepes időskálákon figyelhető meg magasabb entrópia, ami a fókuszált feldolgozást segíti elő (Cnudde et al., 2023). Az életkor előrehaladtával tipikusan a hosszabb skálájú entrópia csökkenése figyelhető meg, ami a távolabbi agyterületek közötti kapcsolatok gyengülésére utal (Nagy et al., 2022). Ez a folyamat kognitív tréninggel mérsékelhető, sőt visszafordítható is lehet (Nagy et al., 2022), és felmerül a kérdés, hogy a hormonterápia is képes lehet-e hasonló regeneráló hatást kifejteni.

Összességében tehát a hormonterápiát alkalmazó csoportban megfigyelt finom és közepes időskálájú komplexitásnövekedés arra utalhat, hogy a kezelés elősegíti az idegrendszer adaptív, rugalmas működését. Ez összhangban áll az ösztrogén neuroprotektív és neuroplaszticitást fokozó hatásaival, valamint a fókuszált figyelmi állapotokra jellemző korábbi eredményekkel, és hozzájárulhat a menopauzában gyakran tapasztalt figyelmi és végrehajtó funkciós nehézségek, munkamemória-deficittek, valamint a szubjektív kognitív panaszok enyhítéséhez is.

A spektrumelemzés (SPD) az EEG-jelek frekvencia szerinti feloszlását vizsgálja, és lehetővé teszi az agyi aktivitás különböző funkcionális jellemzőinek feltárását. A különböző frekvenciasávok eltérő idegrendszeri folyamatokat tükröznek: az alacsonyabb frekvenciák (pl. delta, theta) elsősorban a nagyobb agyi hálózatok közötti, hosszú távú kommunikációval és szinkronizációval hozhatók összefüggésbe, míg a magasabb frekvenciák (pl. béta, gamma) a lokális, gyors információfeldolgozást és az idegi hálózatok rugalmas, adaptív működését jellemzik (Stam, 2005; Buzsáki, 2006). A módszer jól alkalmazható az életkori, hormonális vagy kognitív állapotból eredő idegrendszeri különbségek vizsgálatára.

Eredményeink szerint a hormonterápiát alkalmazó (HT+) csoportban a teljes skalpon alacsonyabb delta (0,5–4 Hz), míg frontálisan magasabb béta (13–30 Hz) és gamma (30–40 Hz) aktivitást figyeltünk meg a hormonterápiát nem használó (HT-) csoporthoz képest. Az alacsonyabb delta aktivitás a nagyobb téri kiterjedésű, lassabb idegrendszeri folyamatok csökkenésére, míg a magasabb béta és gamma aktivitás a lokális frontális hálózatok fokozott működésére és nagyobb neurális reaktivitásra utal.

Ez az eltolódás az alacsonyabb frekvenciáktól a magasabbak felé általában az idegrendszer érési és adaptációs folyamataival függ össze: hasonló mintázat figyelhető meg a fejlődés és a sikeres kognitív öregezés során is, amikor a hatékonyabb, lokális információfeldolgozás kerül előtérbe (Nagy et al., 2022). Eredményeink ezért arra utalhatnak, hogy a hormonterápia elősegítheti az idegrendszer ilyen típusú adaptív átszerveződését, ami hozzájárulhat a menopauza során gyakran tapasztalt kognitív lassulás és fókuszálási nehézségek enyhítéséhez.

Az EEG-eredmények értelmezését a viselkedéses teljesítmény szintjén kapott adatok is alátámasztják. A WAIS-IV teszt végrehajtó funkciókat igénylő altesztjein (mozaikpróba, számterjedelem, mintakirakó) a hormonterápiát alkalmazó (HT+) csoport jobban teljesített, mint a hormonterápiát nem használó (HT-) csoport. Ez a különbség nem magyarázható életkori, iskolázottsági, depresszió- vagy szorongásszintbeli eltérésekkel, mivel ezekben a változóknak nem volt különbség a csoportok között. A magasabb többváltozós entrópia (MSE) és spektrális teljesítmény (SPD) értékek együtt jártak a magasabb IQ-val, valamint a WAIS-IV azon altesztjein nyújtott jobb teljesítménnyel, amelyek a frontális lebeny hatékony működését igénylik (mozaikpróba, mátrix-következtetés, számolás, szókincs).

Tanulmányunk limitációja, hogy a hormonterápiában részesülő csoport tagjai nem azonos készítményt kaptak, és a hormonpótlás időtartama is eltért az egyes résztvevők között. Ugyanakkor a kontroll csoporthoz képest nem különböztek abban, hogy átlagosan mennyi idő telt el a menopauza óta, tehát abból a szempontból illesztett volt a két csoport, hogy mennyi ideje éri őket eltérő hormonhatás. Fontos továbbá megjegyezni,

hogy a HT+ csoport tagjai egyénre szabott kezelést kaptak, amely várhatóan a számukra legkedvezőbb terápiás hatást biztosította, és hozzájárult a tüneteik enyhítéséhez. Mivel azonban a hormonkészítményekre adott fiziológiai válaszok jelentős egyéni variabilitást mutatnak, nem tartjuk megalapozottnak egy teljesen egységes kezelés alkalmazását minden résztvevő esetében. További limitációt jelent a minta alacsony elemszáma. Mivel egy folyamatban lévő longitudinális vizsgálatról van szó, reményeink szerint ez a jövőben változni fog.

Összességében eredményeink arra utalnak, hogy a hormonterápia a menopauzát kísérő idegrendszeri változásokat egy adaptívabb, rugalmasabb működés irányába alakíthatja. A finom és közepes időskálákon megjelenő komplexitásnövekedés, valamint a frontális magasfrekvenciás aktivitás fokozódása egy olyan neurális szerveződési mintázattal áll összhangban, amelyet korábbi kutatások a hatékony információfeldolgozás, a kognitív flexibilitás és a kompenzációs mechanizmusok működésével

hoztak összefüggésbe. Ezt az értelmezést a frontális működést igénylő kognitív teszteken elért jobb teljesítmény is alátámasztja. Eredményeink ezzel – túl a frekvenciasávok és entrópiaértékek leírásán – hozzájárulnak annak megértéséhez, hogy a menopauzához kapcsolódó neurokognitív változások nem szükségszerűen egyirányú hanyatlásként, hanem potenciálisan intervencióval modulálható dinamikus átszerveződésként értelmezhetők.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk Gyovai Gabriellának a kutatás kezdetén nyújtott szakmai tanácsaiért, illetve köszönjük Czinkóczy Krisztina asszisztensi segítségét. A kutatást a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal támogatta (OTKA K145940). A publikáció a Richter Gedeon Nyrt. által létrehozott Richter Gedeon Talentum Alapítvány támogatásával, a Richter Gedeon Kiválósági PhD Ösztöndíj keretében készült.

SUMMARY

NEURAL EFFECTS OF HORMONE THERAPY: RESTING-STATE EEG COMPLEXITY AND SPECTRAL DIFFERENCES IN MENOPAUSE

Background and Objectives: While numerous studies support the neuroprotective effects of hormone therapy (HT), the underlying neural mechanisms remain poorly understood. The aim of our study was to examine how hormone therapy influences the dynamics of resting-state brain activity and cognitive functioning in postmenopausal women.

Methods: Twenty-five postmenopausal women participated in the study, of whom 10 received hormone therapy (HT+, mean age = 52.40 ± 2.59 years) and 15 did not (HT-, mean age = 52.47 ± 3.15 years). Resting-state EEG signal complexity was assessed using Multiscale Entropy (MSE) analysis, and oscillatory activity was examined via Spectral Power Density (SPD) analysis. Cognitive performance was evaluated with the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV).

Results: Compared to the HT– group, the HT+ group showed higher MSE values at short and medium time scales, lower delta power, and higher frontal beta and gamma power. The HT+ group also performed better on several WAIS-IV subtests, and EEG measures positively correlated with IQ and scores on subtests involving frontal functions.

Conclusions: Our findings suggest that hormone therapy promotes adaptive and flexible neural functioning, reflected in increased local neural complexity and enhanced frontal activity. These effects may contribute to mitigating cognitive difficulties associated with menopause and support successful cognitive aging.

Keywords: menopause, hormone therapy, EEG, multiscale entropy, spectral analysis

IRODALOM

- Armbruster-Genç, D. J., Ueltzh.ffer, K. & Fiebach, C. J. (2016): Brain signal variability differentially affects cognitive flexibility and cognitive stability. *Journal of Neuroscience*, 36(14). 3978–3987. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2517-14.2016>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(June). 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Buzsáki, G. (2006): *Rhythms of the brain*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195301069.001.0001>
- Brinton, R. D. (2009): Estrogen-induced plasticity from cells to circuits: predictions for cognitive function. *Trends in Pharmacological Sciences*, 30(4). 212–222. <https://doi.org/10.1016/j.tips.2008.12.006>
- Churchland, M. M., Yu, B. M., Cunningham, J. P., Sugrue, L. P., Cohen, M. R., Corrado, G. S., et al. (2010): Stimulus onset quenches neural variability: A widespread cortical phenomenon. *Nature Neuroscience*, 13(3). 369–378. <https://doi.org/10.1038/nn.2501>
- Clements, G. M., Bowie, D. C., Gyurkovics, M., Low, K. A., Fabiani, M., & Gratton, G. (2021): Spontaneous alpha and theta oscillations are related to complementary aspects of cognitive control in younger and older adults. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15. 621620. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.621620>
- Cnudde, K., Kim, G., Murch, W. S., Handy, T. C., Protzner, A. B., & Kam, J. W. Y. (2023): EEG complexity during mind wandering: A multiscale entropy investigation. *Neuropsychologia*, 180. 108480. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2023.108480>
- Costa, M., Goldberger, A. L., & Peng, C. K. (2002): Multiscale entropy analysis of complex physiologic time series. *Physical Review Letters*, 89(6). 068102. <https://doi.org/10.1103/PhysRevLett.89.068102>
- Costa, M., Goldberger, A. L., & Peng, C. K. (2005): Multiscale entropy analysis of biological signals. *Physical Review E*, 71(2). 021906. <https://doi.org/10.1103/PhysRevE.71.021906>

- Courtiol, J., Perdikis, D., Petkoski, S., Müller, V., Huys, R., Sleimen-Malkoun, R., & Jirsa, V. K. (2016): The multiscale entropy: guidelines for use and interpretation in brain signal analysis. *Journal of Neuroscience Methods*, 273. 175–190. <https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2016.09.004>
- Czigler, B., Csikós, D., Hidasi, Z., Gaál, Z. A., Csibri, É., Kiss, É., Salacz, P., & Molnár, M. (2008): Quantitative EEG in early Alzheimer's disease patients — Power spectrum and complexity features. *International Journal of Psychophysiology*, 68(1). 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2007.11.002>
- Deco, G., Jirsa, V. K., & McIntosh, A. R. (2011): Emerging concepts for the dynamical organization of resting-state activity in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(1). 43–56. <https://doi.org/10.1038/nrn2961>
- Dietl, T., Dirlich, G., Vogl, L., Lechner, C., & Strian, F. (1999): Orienting response and frontal midline theta activity: A somatosensory spectral perturbation study. *Clinical Neurophysiology*, 110(7). 1204–1209. [https://doi.org/10.1016/s1388-2457\(99\)00057-7](https://doi.org/10.1016/s1388-2457(99)00057-7)
- Dumitriu, D., Rapp, P. R., McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2010): Estrogen and the aging brain: an elixir for the weary cortical network. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1204. 104–112. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05529.x>
- Gaál, Zs. A., Boha, R., Stam, C. J., & Molnár, M. (2010): Age-dependent features of EEG-reactivity – Spectral, complexity, and network characteristics. *Neuroscience Letters*, 479(1). 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2010.05.037>
- Gibbs, R. B. (1994): Estrogen and nerve growth factor-related systems in brain. Effects on basal forebrain cholinergic neurons and implications for learning and memory processes and aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 743. 165–196. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1994.tb55792.x>
- Gibbs, R. B. (2000): Oestrogen and the cholinergic hypothesis: implications for oestrogen replacement therapy in postmenopausal women. *Novartis Foundation Symposium*, 230. 94–107. <https://doi.org/10.1002/0470870818.ch8>
- Genazzani, A. R., Spinetti, A., Gallo, R., & Bernardi, F. (1999): Menopause and the central nervous system: intervention options. *Maturitas*, 31(2). 103–110. [https://doi.org/10.1016/s0378-5122\(98\)00112-1](https://doi.org/10.1016/s0378-5122(98)00112-1)
- González-Pérez, E., Figueroa-Vega, N., & Solís-Ortiz, S. (2024): Effect of early postmenopause and premenopause on resting-state electroencephalographic and their correlation with ovarian hormone levels. *Neuroreport*, 35(15). 992–999. <https://doi.org/10.1097/WNR.0000000000002090>
- Gray, C. M., Konig, P., Engel, A. K., & Singer, W. (1989): Oscillatory responses in cat visual-cortex exhibit inter-columnar synchronization which reflects global stimulus properties. *Nature*, 338. 334–337. <https://doi.org/10.1038/338334a0>
- Hara, Y., Waters, E. M., McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2015): Estrogen Effects on Cognitive and Synaptic Health Over the Lifecourse. *Physiological Reviews*, 95(3). 785–807.
- He, B. J. (2013): Spontaneous and task-evoked brain activity negatively interact. *Journal of Neuroscience*, 33(11). 4672–4682. <https://doi.org/10.1152/physrev.00036.2014>

- Hillard, T. (2016): Diagnosis of perimenopause and menopause (Section 5). *Post Reproductive Health*, 22(2). Article 2. <https://doi.org/10.1177/2053369116648270>
- Horváth, O., Csikós, N., Csizmadia, P., Kővári, L., Várbíró, Sz., Gerszi, D., Greff, D., & Gaál, Zs. A. (2026): Menopauza alatti hormonális változások hatása a kognitív képességekre. *Alkalmazott Pszichológia*, 27(4). 39–66.
- Klimesch, W. (1999): EEG alpha and theta oscillations reflect cognitive and memory performance: A review and analysis, *Brain Research Reviews*, 29(2–3). 169–195. [https://doi.org/10.1016/s0165-0173\(98\)00056-3](https://doi.org/10.1016/s0165-0173(98)00056-3)
- Klimesch, W., Sauseng, P., & Hanslmayr, S. (2007): EEG alpha oscillations: The inhibition-timing hypothesis. *Brain Research Reviews*, 53(1). 63–88. <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2006.06.003>
- Maki, P. M., & Weber, M. T. (2021): A research primer for studies of cognitive changes across the menopause transition. *Climacteric*, 24(4). 382–388. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1905625>
- McIntosh, A. R., Kovacevic, N., Lippe, S., Garrett, D., Grady, C., & Jirsa, V. (2010): The development of a noisy brain. *Archives Italiennes de Biologie*, 148(3). 323–337. <https://doi.org/10.4449/aib.v148i3.1225>
- McIntosh, A. R., Vakorin, V., Kovacevic, N., Wang, H., Diaconescu, A., & Protzner, A. B. (2014): Spatiotemporal Dependency of Age-Related Changes in Brain Signal Variability. *Cerebral Cortex*, 24(7). 1806–1817. <https://doi.org/10.1093/cercor/bht030>
- Molnár, M., Csuhaj, R., Gaál, Z. A., Czigler, B., Ulbert, I., Boha, R., & Kondákor, I. (2008): Spectral characteristics and linear–nonlinear synchronization changes of different EEG frequency bands during the CNV. *Psychophysiology*, 45(February). 412–419. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2008.00648.x>
- Molnár, M., Gaál, Zs. A., Boha, R., Tóth, B., Benyovszky, M., & Czigler, B. (2010). Kognitív folyamatok elemzése a neurális komplexitás elektrofiziológiai korrelátumainak alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(4). 621–643. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.65.2010.4.4>
- Mooraj, Z., Salami, A., Campbell, K. L., Dahl, M. J., Kosciessa, J. Q., Nassar, M. R., Werkle-Bergner, M., Craik, F. I. M., Lindenberger, U., Mayr, U., Rajah, M. N., Raz, N., Nyberg, L., Garrett, D. D. (2025): Toward a functional future for the cognitive neuroscience of human aging. *Neuron*, 113(1). 154–183. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2024.12.008>
- Mosconi, L., Rahman, A., Diaz, I., Wu, X., Scheyer, O., Hristov, H. W., et al. (2018): Increased Alzheimer’s risk during the menopause transition: A 3-year longitudinal brain imaging study. *PLoS ONE*, 13(12). e0207885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207885>
- Mosconi, L., Berti, V., Dyke, J., Schelbaum, E., Jett, S., Loughlin, L., Jang, G., Rahman, A., Hristov, H., Pahlajani, S., Andrews, R., Matthews, D., Etingin, O., Ganzer, C., de Leon, M., Isaacson, R., & Brinton, R. D. (2021): Menopause impacts human brain structure, connectivity, energy metabolism, and amyloid-beta deposition. *Scientific Reports*, 11(1). 10867. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90084-y>

- Nagy, B., Protzner, A. B., van der Wijk, G., Wang, H., Cortese, F., Czigler, I., & Gaál, Zs. A. (2022): The modulatory effect of adaptive task-switching training on resting-state neural network dynamics in younger and older adults. *Scientific Reports*, 12(June). 9541. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-13708-x>
- Nagy, B., Protzner, A. B., Czigler, B., & Gaál, Zs. A. (2024): Resting-state neural dynamics changes in older adults with post-COVID syndrome and the modulatory effect of cognitive training and sex. *GeroScience*, 47(1). 1277–1301. <https://doi.org/10.1007/s11357-024-01324-8>
- Osterlund, M. K., & Hurd, Y. L. (2001). Estrogen receptors in the human forebrain and the relation to neuropsychiatric disorders. *Progress in Neurobiology*, 64(3). 251–267. [https://doi.org/10.1016/s0301-0082\(00\)00059-9](https://doi.org/10.1016/s0301-0082(00)00059-9)
- Racsmány, M., & Lukács, Á. (2019). *Cogprofile automatikus kiértékelésű online kognitív neuropszichológiai tesztsomag*. Cogprofile Kft.
- Rasgon, N. L., Small, G. W., Siddarth, P., Miller, K., Ercoli, L. M., Bookheimer, S. Y., Lavertsky, H., Huang, S. C., Barrio, J. R., & Phelps, M. E. (2001): Estrogen use and brain metabolic change in older adults. A preliminary report. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 107(1). 11–18. [https://doi.org/10.1016/s0925-4927\(01\)00084-1](https://doi.org/10.1016/s0925-4927(01)00084-1)
- Resnick, S. M., Maki, P. M., Golski, S., Kraut, M., & Zonderman, A. B. (1998). Effects of estrogen replacement therapy on PET cerebral blood flow and neuropsychological performance. *Hormones and Behavior*, 34(2). 171–182. <https://doi.org/10.1006/hbeh.1998.1476>
- Rossiter, H. E., Davis, E. M., Clark, E. V., Boudrias, M. H., & Ward, N. S. (2014) Beta oscillations reflect changes in motor cortex inhibition in healthy ageing. *NeuroImage*, 91(100). 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.01.012>
- Ruehr, L., Hoffmann, K., May, E., Münch, M. L., Schlögl, H., Sacher, J. (2025): Estrogens and human brain networks: A systematic review of structural and functional neuroimaging studies. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 77(April). 101174. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2024.101174>
- Saletu, B., Anderer, P., Gruber, D., Metka, M., Huber, J., & Saletu-Zyhlarz, G. M. (2002): Hormone replacement therapy and vigilance: double-blind, placebo-controlled EEG-mapping studies with an estrogen–progestogen combination (Climodien®, Lafamme®) versus estrogen alone in menopausal syndrome patients. *Maturitas*, 43(3). 165–181. [https://doi.org/10.1016/s0378-5122\(02\)00201-3](https://doi.org/10.1016/s0378-5122(02)00201-3)
- Saletu, B., Brandstätter, N., Metka, M., Stamenkovic, M., Anderer, P., Semlitsch, H. V., ... & Koll, B. (1996): Hormonal, syndromal and EEG mapping studies in menopausal syndrome patients with and without depression as compared with controls. *Maturitas*, 23(1). 91–105. [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(95\)00946-9](https://doi.org/10.1016/0378-5122(95)00946-9)
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021): The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1). 1–15. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>

- Shughrue, P. J., Lane, M. V., & Merchenthaler, I. (1997): Comparative distribution of estrogen receptor-alpha and -beta mRNA in the rat central nervous system. *The Journal of Comparative Neurology*, 388(4). 507–525. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1096-9861\(19971201\)388:4<507::aid-cne1>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/(sici)1096-9861(19971201)388:4<507::aid-cne1>3.0.co;2-6).
- Smith, Y. R., Minoshima, S., Kuhl, D. E., & Zubieta, J.-K. (2001): Effects of long-term hormone therapy on cholinergic synaptic concentrations in healthy postmenopausal women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 86(2). 679–684. <https://doi.org/10.1210/jcem.86.2.7222>
- Spielberger, C. D. (1972): *Anxiety: Current trends in theory and research: I*. Academic Press.
- Stam, C. J. (2005): Nonlinear dynamical analysis of EEG and MEG: Review of an emerging field. *Clinical Neurophysiology*, 116(10). 2266–2301. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2005.06.011>
- Szostakiwskyj, J. M. H., Willatt, S. E., Cortese, F., & Protzner, A. B. (2017). The modulation of EEG variability between internally- and externally-driven cognitive states varies with maturation and task performance. *PLoS ONE*, 12(7). e0181894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181894>
- Varela, F., Lachaux, J. P., Rodriguez, E., & Martinerie, J. (2001): The brainweb: Phase synchronization and large-scale integration. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(4). 229–239. <https://doi.org/10.1038/35067550>
- Worden, M. S., Foxe, J. J., Wang, N., & Simpson, G. V. (2000): Anticipatory biasing of visuospatial attention indexed by retinotopically specific alpha-band electroencephalography increases over occipital cortex. *Journal of Neuroscience*, 20(6). RC63: 1–6. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.20-06-j0002.2000>

MENOPAUZATÜNETEK ÉS IDENTITÁSFEJLŐDÉS ÖSSZEFÜGGÉSEI A MENOPAUZA IDŐSZAKA SORÁN



CSONKA Benigna
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
csonkabenigna@gmail.com

KENGYEL Judit Gabriella
ELTE PPK Pszichológia Intézet
kengyel.gabriella@ppk.elte.hu

SZABÓ Beáta
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
szabo.beata@btk.ppke.hu

BERÁN Eszter
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
beran.eszter@btk.ppke.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A menopauza minden középkorú nőt érint, és tünetei gyakran jelentős fizikai és pszichés megterhelést okoznak a mindennapokban. Ezek a hatások esetenként olyan mértékűek, hogy befolyásolják az identitás több aspektusát is, amelyek a középkorú életszakaszban eleve fokozott kihívásoknak vannak kitéve. A tünetek intenzitása hozzájárulhat az identitáskrízis kialakulásához, amelynek megoldása a generativitás – a következő generáció jólétéért végzett tevékenységek – és az önfejlesztés irányába terelheti a nőket. Vizsgálatunk célja a menopauza tüneteinek erőssége, valamint az identitásváltozás különféle aspektusai közötti összefüggések feltárása.

Módszer: A kutatásban 45–55 év közötti magyar nők vettek részt. Online kérdőívet osztottunk meg tematikus menopauza csoportokban, melynek részei a következők voltak: Menopauza Értékelési Skála (MRS), Fejlődési Krízis Kérdőív (DCQ), Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS), Loyola Generativitás Skála (LGS). A hipotézisek tesztelésére korrelációs és mediációs elemzést alkalmaztunk.

Eredmények: Elemzéseink alapján az erős menopauza tünetek pozitív összefüggést mutatnak az identitáskrizis növekedésével. Továbbá, az erős menopauza tünetek indirekt módon – az identitáskrizis növelésén keresztül – hatnak: csökkentik mind a generativitásra, mind pedig az identitásfejlődésre való hajlandóságot. Azonban önmagában a menopauza tünetek nem mutattak összefüggést sem a generatív, sem pedig az identitásfejlődési motivációval.

Következtetések: A mintában szereplő nők többsége legalább enyhe menopauzális tüneteket tapasztalt, amelyek sok esetben identitásválsággal jártak együtt. Eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy a menopauza időszakában jelentkező fizikai és mentális problémák hosszú távon is befolyásolhatják a nők életminőségét, ezért a szakemberek számára kiemelt fontosságú a megfelelő testi és lelki támogatás biztosítása.

Kulcsszavak: menopauza tünetek, identitás, identitáskrizis, generativitás, identitásfejlődés

BEVEZETÉS

A menopauza globális jelenség, amely ma a világon minden, a középkorúságot (45–59 év) elérő nőt érint. Ez a folyamat természetes, a nők életében – jellemzően 45–55 éves kor között – bekövetkező, hormonháztartás megváltozásával járó biológiai-pszichológiai változás, amely a reprodukív évek végét is jelzi (Barth et al., 2015; WHO, 2024; Thurston et al., 2025). A menopauza esetenként bizonyos műtéti vagy orvosi beavatkozások (pl. petefészkek eltávolítása, sugárkezelés vagy kemoterápia) következményeként jelentkezik (WHO, 2024).

Menopauzának definíció szerint az utolsó menstruációs ciklust nevezzük, amelyet utólagosan, 12 menstruáció mentes hónap alapján állapítanak meg (Barth et al., 2015). Természetes menopauzális folyamat esetén általában nem hirtelen bekövetkező változásról beszélhetünk, hanem különböző szakaszokat is megkülönböztethetünk. Bár jellemző, hogy az alább felsorolt szakaszokra egységesen menopauzaként hivatkoznak, az egyes szakaszok, olykor egymástól jól elhatárolható, különböző biológiai és pszichés jellemzőkkel járnak:

1. *perimenopauza/klimaktérium:* Általában a menopauzát megelőző 3–5 évben lép fel. Ebben az időszakban jellemző a ciklus rendszertelenné válása, valamint számos tünet megjelenése (pl. hőhullámok, éjszakai izzadás, alvási nehézségek, erős szívdobogás érzése). Ugyanakkor a női szervezet a perimenopauza időszakában továbbra is termékeny.
2. *menopauza:* A fent említett definíció szerint menopauzának a menopauzális folyamatban az utolsó menstruációs ciklust követő 1 évet jelöljük. Ebben az időszakban a petefészkek működése visszaesik, valamint a peteérés véglegesen leáll, tehát a petefészkek leállítják a megtermékenyítésre szánt petesejtek kibocsátását, amely jelentős ösztrogénszint-csökkenést eredményez (Barth et al., 2015; WHO, 2024). Erre az időszakra egyes kutatók perimenopauzaként is hivatkoznak (Jakab, 2001).
3. *posztmenopauza:* A menopauzát követő időszak, amely során a hormonális változások által okozott tünetek még néhány évig fennállhatnak (Baker & Benayoun, 2023).

Jól látható, hogy a menopauza jellemzően hosszú, évekig tartó folyamat, amelynek egyes szakaszait, valamint egészét tekintve is változatos tünetek kísérnek.

A menopauza tünetei

A menopauzális tünetek mind megjelenésükben, mind súlyosságukban egyénenként jelentősen eltérőek lehetnek. Vannak, akik sok és erős, a mindennapi életüket befolyásoló tünetet tapasztalnak, míg mások számára szinte észrevétlenül történik meg az átmenet (WHO, 2024). Megkülönböztethetünk testi, pszichés és kognitív tüneteket is, amelyeket a következőkben fejtünk ki.

Testi tünetek

1. Az ösztrogénszint csökkenése következtében gyengülnek a medencefenék támasztó izmok, amelyek vizelettartási és ürítési problémákat okozhatnak, csak úgy ahogy bőr- és hajszárazságot is.
4. Ugyancsak az ösztrogén-fogyatkozásnak köszönhetően csökken a bőr és a csontok kollagén tartalma, mely ráncosodást és csontritkulást okoz.
5. A kollagén termelés hanyatlásának eredményeként gyakori tünet a hüvelyszárazság is, amelyből fakadóan gyakoribbá válhatnak a szexuális kellemetlenségek.
6. Az ösztrogén-szint csökkenésével megváltozik a hüvelyflóra, amely hüvelyi és húgyúti fertőzéseket okozhat (Patakfalvi, 2024).
7. Testsúlygyarapodás, felkúszó zsír.
8. Mellfájdalom, mellek extra érzékenysége.
9. Hőhullámok, éjszakai izzadás – a nők kb. 80%-a tapasztal vazomotoros tüneteket. A hőhullámok átlagosan 4–5 évig tartanak, de a nők majdnem ¼-nél

akár még hosszabb ideig is eltarthatnak (Panay et al., 2021; Santoro et al., 2021).

10. Alvási nehézségek, álmatlanság, kimerültség - a korábbi kutatások alapján úgy tűnik, hogy ebben az életkorban az alvás REM-szakasza rövidül, minek következtében az alvás ideje csökken. Az álmatlanság pedig hatással van az idegrendszer működésére, és a hosszú ideig fennálló insomnia kognitív zavarokkal, nehézségekkel járhat, amelyek magyarázhatják a nők érzékenységi, mentális és fizikai képességeinek menopauza alatt tapasztalt csökkenését (Parand avar et al., 2014). A középkorú nők mintegy 74%-a panaszkodik alvási nehézségekre, míg 26%-uk súlyos alváshiánytól szenved (Panay et al., 2021)
11. Az ösztrogénszint jelentős csökkenése a szív- és érrendszeri betegségek rizikóját növeli (Rempert & dr. Blázovics, 2017).
12. Továbbra is lehetségesek a szexuális úton terjedő fertőzések, pl. a HIV fertőzés védekezés nélküli, szexuális együttlét során (WHO, 2024).

Pszichés/kognitív tünetek

1. A neuroendokrin rendszer megváltozásának következményeként *hangulatváltozások, szorongás, önbizalom- és libidócsökkenés* is kialakulhat (Jakab, 2001).
2. *Depresszió*: egyes vizsgálatok szerint összefüggés található a depresszió és a menopauza megjelenésének időpontja között: minél korábban csökken az ösztrogénszint a szervezetben, annál nagyobb mértékben nő a depresszió kialakulásának kockázata (Rempert & dr. Blázovics, 2017). A depresszió előfordulása menopauzában gyakori, a nők közel 45%-át érinti (Sathiyaseelan et al., 2024).

3. Az ösztrogén és a progeszteron neuroprotektív anyagok, amelyek befolyásolják az idegsejtek közötti szinaptikus kapcsolatokat. Ezek szintjének megváltozásával *kognitív visszaesés* jelentkezhet, amely *feledékenységet* vagy *gyengülő koncentrációképességet* idézhet elő (Ramli et al., 2023).

További lelki tényezők

1. A menopauzális tünetek megjelenése egyben azt is jelenti, hogy a nők *termékenysége* megszűnik, mely folyamat a terméketlenséggel való szembenézést is indukálhatja.
2. A terméketlenség, valamint a testi tünetek következtében kialakulhat a nőieség, illetve a szexuális vonzeró elvesztésének a megélése.
3. A középkorúság idején költöznek el otthonról a gyerekek (üres-fészek szindróma), valamint – ahogy már korábban említettük – ebben az időszakban gyakori, hogy a szexuális libidó is csökken. Mindezek a változások a házasságra, házastárssal való kapcsolatra irányítják a figyelmet, amely sokszor nem várt kimeneteleket, pl. válás eredményez (Patakfalvi, 2024).

Mindezen tünetek alapján világosan kirajzolóódik, hogy a változókor meglehetősen sok kihívást jelent a nők számára. Bár nem minden esetben javasolt, létezik néhány kezelési forma, amelyet az érintettek igénybe tudnak venni a mindennapokat is megnehezítő tünetek esetén, ilyen lehet a hormonpótlás vagy a pszichoterápia igénybevétele.

Identitáskrisis és identitásváltozás a menopauza időszakában – konceptuális modell

A menopauza időszakában jelentkező fizikai és pszichológiai tünetek nem csupán biológiai változásokat jeleznek, hanem az énkép és az identitás strukturális átalakulását is kiválthatják (De Salis et al., 2018; Opayemi, 2025). A szakirodalom alapján a fent felsorolt tünetek – például hőhullámok, alvászavarok, testsúlyváltozás vagy hangulati ingadozások – identitáskrisist indukáló stresszorokként értelmezhetőek, amelyek megkérdőjelezhetik a nőiséghez, testhez és társas szerepekhez kapcsolódó korábbi önmeghatározásokat (Hunter & Rendall, 2007; Utian, 2005).

Ebben a keretben a menopauza egy normatív életszakaszhoz kötődő krízisként fogható fel, amely az identitás átmeneti destabilizációjával járhat. Az empirikus eredmények azt mutatják, hogy egyes nők a testi változások következtében az identitásvesztés élményéről számolnak be, különösen akkor, ha a nőiséget elsősorban a termékenységgel és a fizikai megjelenéssel azonosították (Hunter & Rendall, 2007). Ugyanakkor mások ugyanebben a folyamatban identitásuk újjászerveződését élhetik meg, amely során a nőiség jelentése átalakul, és a hangsúly a bölcsességre, önelfogadásra és önazonosságra helyeződik át (Hvas & Gannik, 2008).

A modell központi eleme tehát az, hogy a menopauzális tünetek hatása az érintett nők életére nem feltétlenül direkt módon, hanem az identitásfeldolgozási folyamaton (pl. identitásfejlesztés, identitáskrisis) keresztül érvényesülhet. Ezek a folyamatok magukban foglalják:

- a testkép és énkép újraértékelését (Perz & Ussher, 2008),
- a nőiség kulturális jelentéseinek újradefiniálását (Hvas & Gannik, 2008),
- valamint a személyes élettörténet narratív újrászervezését.

Ez utóbbi különösen fontos, mivel a narratív pszichológiai megközelítés szerint az identitás az élettörténet konstrukcióján keresztül szerveződik. Dan P. McAdams elmélete alapján az egyének életük fordulópontjait – így a menopauzát is – jelentéssel ruházzák fel, és ezek integrálása kulcsszerepet játszik az identitás stabilizálásában (McAdams, 2005). Az identitás változása során bekövetkezik az élettörténet újraértelmezése. Thomassen és munkatársai (2017) egy kvalitatív kutatás során azt vizsgálták, hogy a nők hogyan konstruálják újra az identitásukat ebben az időszakban. Sok nő egy olyan élettörténeti fejezetként utalt a menopauza időszakára, ami fontos introspekcióra készítette őket, és történeteik újrászervezéséhez vezetett. A vizsgálati személyek a menopauzát egy átmeneti időszakként definiálták, ahol a reziliencia, önfogadás, és személyes növekedés témáit hangsúlyozták.

A kimenetek szempontjából a modell két fő adaptációs irányt különít el:

1. Negatív kimenetek (maladaptív út)

Amennyiben az identitáskrizis feldolgozása nem sikeres:

- tartós identitás bizonytalanság alakulhat ki,
- romolhat az önértékelés és a testkép,
- fokozódhat az izoláció és a pszichés distressz.

Ezt erősíthetik a negatív társas visszajelzések, a partneri meg nem értés vagy a munkahelyi diszkrimináció (Arnot et al., 2021; Hess et al., 2012; Sathiyasselan et al., 2024).

2. Pozitív kimenetek (adaptív út)

Sikeres feldolgozás esetén azonban a menopauza fejlődési lehetőséggé válhat:

- megnövekedett önfogadás és reziliencia (Thomassen et al., 2017),
- a nőiség újradefiniálása a belső értékek mentén,
- stabilabb és autonómabb identitás,
- a generativitás és bölcsesség hangsúlyának erősödése (Erikson, 1959).

Ez összhangban áll Erik Erikson identitásfejlődés fejlődéseméleti modelljével, amely szerint a középső felnőttkor központi feladata a generativitás, azaz a következő generáció támogatása és egy jelentésteli örökség létrehozása (Erikson, 1963/1982). A menopauza ebben az értelemben olyan átmeneti periódusként értelmezhető, amely elősegítheti e fejlődési feladat újrászervezését és elmélyítését.

A konceptuális modell fontos moderáló tényezőket is feltételez. A társas környezet – különösen a partneri és családi támogatás – jelentősen befolyásolja, hogy az egyén melyik adaptációs út felé mozdul el. A támogató kapcsolatok elősegítik az élmények pozitív újraértelmezését és az identitás integrációját, míg a meg nem értés vagy stigmatizáció az identitáskrizis elmélyüléséhez vezethet (Li et al., 2000; Hess et al., 2012). Hasonlóképpen, a munkahelyi környezet is kulcsszerepet játszik: a validáló, rugalmas közeg erősítheti a kompetenciaérzést és az énkontinuitást, míg a diszkrimináció az identitás sérülését fokozhatja.

A modellben további kulcsmechanizmusként jelenik meg a kognitív-érzelmi újrakerepezés. A kutatások szerint azok a nők, akik a menopauzával járó változásokat természetes, nem stigmatizáló módon értelmezik, kevésbé élik meg ezeket identitásukat fenyegető

tényezőként, és nagyobb valószínűséggel jutnak el egy integráltabb, reziliensebb énképhez (Perz & Ussher, 2008). Ez a folyamat szorosan kapcsolódik az önellfogadás és az önegyüttérzés mechanizmusaihoz is, amelyek védőfaktoroként működhetnek.

Összességében a bemutatott konceptuális modell szerint a menopauza identitásalakító fordulópontot jelent az érintett nők életében, amelyben:

- a tünetek, mint kiváltó tényezők jelennek meg,
- az identitáskrízis mediáló folyamatként működik,
- míg a társas és pszichológiai erőforrások (pl. támogatás, újrakeretezés) moderálják a folyamat kimenetét.

Ennek eredményeként a menopauza kimenete kétirányú lehet: vezethet sérülékenyebb identitáshoz és csökkent jólléthez, de ugyanakkor elősegítheti egy érettebb, autonómabb és jelentéstelibb identitás kialakulását is. A generativitás növekedése és az identitás fejlesztésére irányuló magatartás például ilyen pozitív kimenetként képzelhető el.

Jelen kutatás

Jelen kutatás azt vizsgálja, hogy a menopauza biológiai és pszichés tünetei, azok erőssége, milyen összefüggést mutat az identitáskrízissel, valamint az identitásváltozással a menopauza időszakában, és mennyire indukálja vagy motiválja azokat.

Elsőként azt feltételeztük, hogy minél erősebbek a menopauza tünetek, annál nagyobb hajlandóságot mutatnak a középkorú nők a generativitásra. Az erős menopauza tünetek gyakran identitásválsághoz vezetnek, amely arra ösztönözheti a nőket, hogy új célok felé forduljanak, amely generatív tevékenységekben is megjelenhet

(Newton & Stewart, 2010; Pasquale, 2022; Srivastava, 2024).

Másodszor feltételeztük, hogy minél erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak a nők, annál intenzívebb identitáskrízist élnek át. A súlyos menopauza tünetek fizikai és pszichés megterhelést jelentenek, amelyek hatással lehetnek jelenlegi szerepeikre, testképükre, kapcsolataikra is, így idézve elő az identitáskrízist (Rubinstein & Foster, 2013; Parand avar et al., 2014; Panay et al., 2021).

Harmadszor arra voltunk kíváncsiak, hogy a menopauzában lévő nőket hogyan motiválják tüneteik az identitásváltozásra. Feltételeztük, hogy minél erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak, annál jellemzőbb rájuk az identitásuk fejlesztésére irányuló magatartás. A menopauza időszakát sok nő válságként éli meg, amely gyakran az identitás újraértelmezését követeli, legyen szó az életcélok vagy a jövőbeni tervek újragondolásáról, így motiválva a középkorú nőket az identitásuk fejlesztésére (Sergeant & Rizq, 2017; Johnston-Ataata et al., 2020).

Továbbá feltételeztük, hogy minél erősebbek a menopauza tünetek, annál nagyobb identitáskrízist él meg a nő, amely nagyobb generativitást eredményez. A menopauza tünetei következtében gyakran kialakuló identitáskrízis közvetlen hatással lehet a nők generativitására, mivel a krízis gyakorta új életcélokhoz és a következő generáció felé forduláshoz vezet (Perrig-Chiello et al., 2008; Nosek et al., 2012; Pasquale, 2022).

Végül azt is feltételeztük, hogy minél erősebbek a menopauza tünetek, annál nagyobb identitáskrízist él meg a nő, amely nagyobb identitásfejlődési motivációt eredményez (Perrig-Chiello et al., 2008; Sergeant & Rizq, 2017; Johnston-Ataata et al., 2020).

MÓDSZEREK

Vizsgálati személyek

Az adatok felvétele online kérdőívcsomag kitöltésével zajlott 2024. november 28. – 2025. március 13. között.

A kérdőívet kényelmi mintavétellel és hólabda módszerrel, online terjesztettük. A perimenopauza, menopauza és posztmenopauza szakaszában lévő női kitöltőket a közösségi média felületein található, Facebookon fellelhető tematizált menopauza csoportokban, illetve chat szobákban, az első szerző által készített, szöveget és képet is tartalmazó posztok megosztásával kerestük meg. Ezen túlmenően a kutatásról szóló felhívást a csoportokhoz tartozó privát üzenetben is megosztottuk, ahogy néhány, a korosztályi feltételeket teljesítő nőt privát üzenetben is megkerestünk, akik aztán tovább osztották a kérdőívet saját ismeretségi körükben. A kérdéssort egy tájékoztató és beleegyező nyilatkozat előzte meg, ahol információt adtunk a vizsgálat céljáról, az adatok kezeléséről, kiemelve az anonimitást és azt, hogy visszajelzést ezen vizsgálat keretében nem tudunk adni. A résztvevők önkéntes alapon vettek részt a vizsgálatban, a kitöltés feltétele a 18. életév betöltése volt, melyről a vizsgálati személyek önbevallásos alapon nyilatkoztak. A mintába történő beválogatás feltételei a következők voltak: 45 és 55 év közötti női kitöltők kerültek bele a vizsgált csoportba. Kizárási kritérium: 45 év alatti és 55 év feletti életkor, ill. nemi alapon történt (csak női kitöltőket kerestünk).

A kutatásban 644 fő ($N = 644$) fő vett részt. Azonban a teljes kérdőívet végül 348 fő ($N = 348$) töltötte ki. A vizsgálatban szabott feltételeknek – életkor (45–55 év), valamint a vizsgálati személyek neme – 22

résztvevő nem felelt meg, így ők kizárásra kerültek. A „nem” megjelölésénél 2 fő az „Egyéb” kategóriát választotta. Mivel nem részleteztük a kutatásunk elején, hogy az „Egyéb” kategóriába milyen gondert sorolunk, valamint ez a két adatpont érdemben nem befolyásolja az eredményeket, továbbá az önmagukat nem a biológiai nem szerint meghatározó egyének populációját alacsony számuk miatt nem tudtuk relevánsan vizsgálni, így a 2 résztvevő kizárásra került.

A statisztikai elemzésbe végül 326 fő ($N = 326$) adata került be. A résztvevők átlagéletkora 50,4 év volt ($SD = 2,83$ év; $min = 45$ év; $max = 55$ év).

A kitöltők 23%-a a fővárosban, 23%-a megyei jogú városban, 34%-a városban, míg 20%-a községben él.

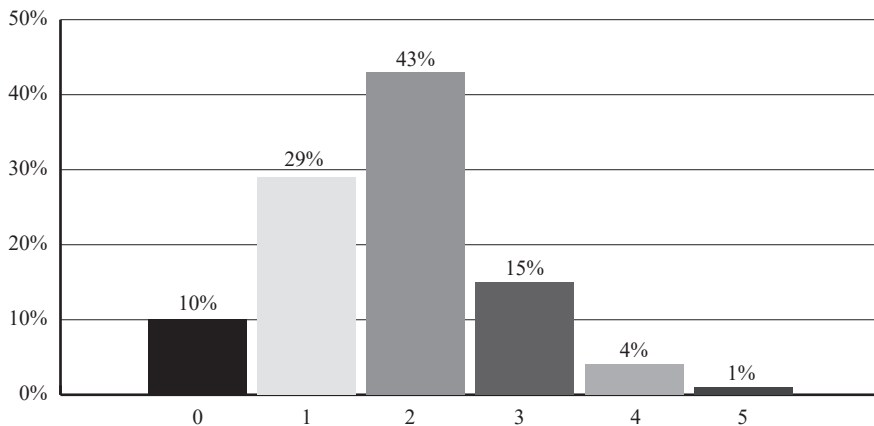
Anyagi helyzetüket tekintve a válaszadók 3%-a (11 fő) nyilatkozta, hogy nem jön ki a havi jövedelméből, 21% (68 fő) éppen kijön a havi jövedelméből, 37% (120 fő) kényelmesen kijön a havi jövedelméből, de félretenni nem tud belőle, míg 39%-uk (127 fő) nemcsak hogy kényelmesen ki tud jönni a havi jövedelméből, de félre is tud tenni belőle.

A kitöltők 6%-a jelenleg egyedülálló, 9%-a elvált, 1%-a özvegy. Kapcsolatban 83%-uk él (63% házasságban, 10% párkapcsolatban, 10% pedig élettársi kapcsolatban), míg 1%-uk nem nyilatkozott jelenlegi kapcsolati státuszáról.

A résztvevők 10%-nak nincs, míg 90%-nak van legalább egy gyermeke. A gyermekek számának megoszlását az 1. ábra mutatja be.

A kitöltők 92%-a (299 fő) rendelkezik, míg 8%-uk (27 fő) nem rendelkezik jelenleg munkahellyel.

Végezetül a megkérdezettek 10%-a (31 fő) kap jelenleg hormonterápiás kezelést a menopauzális panaszaira, míg 90%-uk (295 fő) nem részesül hormonterápiában.



1. ábra. A mintában szereplő résztvevők gyermekei szerinti eloszlása

Vizsgálati eszközök

Demográfiai kérdőív

A demográfiai kérdőívben a kitöltő nemére, életkorára, legmagasabb iskolai végzettségére, lakhelyének típusára, anyagi helyzetére, párkapcsolati státuszára, gyermekeinek számára kérdeztünk rá. Továbbá kérdés volt az is, hogy rendelkezik-e munkahellyel, valamint jelenleg hormonterápiában részesül-e.

Menopauza Értékelési Skála

(Menopause Rating Scale – MRS)

Hauser és munkatársai (1994) által fejlesztett *Menopause Rating Scale (MRS) (11 tétel)* kérdőív, melynek segítségével a menopauzális átmenet tüneteinek súlyosságát (mennyire jellemző az adott tünet a kitöltő egyénre) és azok hatását mérjük (például „Hőhullámok, izzadás”, „Ingerlékenység (idegesség, belső feszültség, agresszivitás)”). Három alskálából áll, amelyek a teljes variancia 59%-áért voltak felelősek az eredeti kutatásban. Ezek: pszichológiai, szomato-vegetatív és uro-genitális alskálák. A válaszadás ötfokú Likert-típusú skálán történik (0 = nincs,

1 = enyhe, 2 = mérsékelt, 3 = súlyos, 4 = nagyon súlyos). A skálát először angol nyelvre fordították le az eredeti németről (Schneider et al., 2002), majd további nyelvekre is (brazil, francia, indonéz, olasz, spanyol, svéd, szerb és török) (Heinemann et al., 2004). Heinemann és munkatársai (2004) egy nagy mintás ($N = 9907$), kilenc országra kiterjedő kutatást végeztek az MRS-sel. Céljük a skála általános megbízhatóságának és érvényességének vizsgálata volt, és az eredmények azt mutatták, hogy ezek megfelelően alakultak a vizsgált országokban. A mérőeszközt a menopauza-kutatási projekt keretében fordítottuk magyarra (Lukács, 2024) a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen. Az *Alkalmazott Pszichológia* című lap jelen, Menopauza különszámában jelentetjük meg a *Tünetek és az életminőség mérése a menopauza időszakában. A Menopause Rating Scale (MRS) és a Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) adaptációja magyar mintán* című cikkünket, amelyben megvizsgáljuk a magyar változat megbízhatóságát, és érvényességének néhány aspektusát. Ebben a vizsgálatunkban

($N = 557$) reprodukáltuk a kérdőív eredeti faktor szerkezetét, és a Cronbach-alfa-értékek a következőképpen alakultak: Az MRS Cronbach- $\alpha = 0,82$, szomatikus alskála: 0,61, pszichológiai alskála: 0,82, valamint az urogenitális alskála: 0,63.

Jelen vizsgálatunkban az MRS alskálák Cronbach- α -értékei a következők szerint alakultak: a legalacsonyabb az Urogenitális alskála volt (tételszám = 3), $\alpha = 0,56$, ezt követte a Szomatikus alskála (tételszám = 4), Cronbach- α -értéke 0,62, a Pszichológiai alskála (tételszám = 4) Cronbach- $\alpha = 0,84$, míg az MRS-skála összpontszámának Cronbach- α -értéke 0,82 volt. Az urogenitális alskála alacsony tételszáma valószínűleg hozzájárult az alacsonyabb Cronbach-alfa-értékhez ezen az alskálán. A hipotézisek tesztelésénél ez nem okozott problémát, hiszen a teljes skála összpontszámával számoltunk minden esetben.

Fejlődési Krízis Kérdőív (DCQ)

Az eredeti, 12 tételes kérdőívet Petrov és munkatársai (2022) dolgozták ki, melynek segítségével a felnőttkorban bekövetkező fejlődési krízis epizódokat mérjük az elmúlt 6 hónap tükrében (pl. „Többször kérdőjeleztem meg magamat és az életemet, mint általában.”, „Az életem stabilnak és kiszámíthatónak tűnik.”). Az angol kérdőívet Horváth és Szabó (2024) fordította magyarra kutatásunk keretében.

A 12 tételes kérdőívnek 3 alskálája van: *elhatárolódás és stressz, fordulópont és átmenet* (a kapcsolatok és szerepek radikális vagy nem folytonos változását méri), *átláthatóság hiánya és kontrollvesztés*. Az *elhatárolódás és stressz* dimenzió elméleti háttere szerint a fejlődési krízisnek gyakori velejárója, hogy a környezetből érkező elvárások túlterhelik az egyént, amelyre már nem tud a korábban hatékonyan bizonyuló

megküzdési módokkal reagálni. Ha sikerül új, adaptívabb megküzdési módokat találnia, amely támogatja a krízisen való átjutását, akkor az viselkedésmintáinak megváltozásával fog együtt járni, amely hatással lesz személyes kapcsolataira is. Az *átláthatóság és kontrollvesztés* dimenzió hátterében pedig az áll, hogy a krízisepizódok során erősen negatív érzelmeket élünk át, amelyek a jövővel kapcsolatos bizonytalanságot, szorongást és a kontrollvesztés érzetét kelthetik. Ezek az intenzív és negatív érzelmek depressziót, szorongást, frusztrációt vagy annak érzetét okozhatják, hogy az egyén nem tud megbirkózni a krízissel (Petrov et al., 2022).

A válaszadás ötfokú Likert-skálán történik (1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2 = Nem értek egyet; 3 = Semleges; 4 = Egyetértek; 5 = Teljes mértékben egyetértek). A skála első 4 tétele az elhatárolódás és stressz, az 5–8. tétel az átláthatóság hiánya és kontrollvesztés, a 9–12. tételek pedig a fordulópont és átmenet alskálákhoz kapcsolódnak. Az 5, 6, 7, 8-as tételek fordított tételek, amelyeket az adattisztítás során ennek megfelelően kódoltam.

Petrov és munkatársai (2022) először egy feltárási faktorelemzést végeztek (EFA), melynek eredményeként előzetesen 3-faktoros és 6-faktoros modell feltételezhető. Azonban a 6-faktoros struktúra alacsony faktor töltési értékei miatt ($p < 0,50$), ezt a faktorstruktúrát elvetették. Az EFA eredményeként az eredetileg 42 tételes kérdőívet 12 tételre csökkentették, amely 3 faktorba tagozódik, amelyben a dimenziók: *elhatárolódás és stressz, fordulópont és átmenet és átláthatóság hiánya és kontrollvesztés* volt. Ezt a 3 dimenziós, 12 tételes verziót használtuk mi is. Az eredeti kutatás alskáláinak Cronbach- α -értékeiről annyit tudunk, hogy mindegyik magas volt, a legalacsonyabb

$\alpha = 0,85$. Jelen kutatás Cronbach- α -értékei az alábbiak szerint alakultak: DCQ – skála esetében $\alpha = 0,87$, Elhatárolódás és stressz alskála esetében $\alpha = 0,86$, Átláthatóság hiánya és kontrollvesztés alskála esetében $\alpha = 0,85$, míg a Fordulópont és átmenet alskála esetében $\alpha = 0,85$ volt.

Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS)

Az eredeti kérdőívet Luyckx és munkatársai (2008) hozták létre. A 25 tételes kérdőív segítségével a ruminatív (folytatólagos) explorációt, elköteleződést, valamint a jövővel kapcsolatos terveket mérjük (pl. „Eldöntöttem, hogy merre tartsak az életben.”, „A jövőbeli terveimnek köszönhetően biztos vagyok magamban.”).

A magyar nyelvre történő fordítást és validálást Rivnyák és munkatársai (2022) végezték. Az eredeti kérdőív 4 alskálát (széleskörű exploráció, mély exploráció, elköteleződés és azonosulás az elköteleződéssel) tartalmaz. Rivnyák és munkatársai (2022) 4, 5 és 6 alskálát tartalmazó változatára is konfirmációs faktorelemzést (CFA) végeztek, melynek eredményeképpen magyar mintán az 5 alskálát alkalmazó változat illeszkedése a legjobb ($\chi^2(260) = 956,30$, $p < 0,001$, CFI = 0,93, TLI = 0,92, RMSEA = 0,06). Ennek megfelelően a kutatásban az 5 dimenziós kérdőívet használtuk, amely az exploráció 3 típusát vizsgálja. Ezek a következők: *széleskörű exploráció* (az egyén identitásával kapcsolatban végzett kereső, feltárási tevékenységét méri), *mély exploráció* (azt méri, hogy az egyén céljainak és értékeinek mekkora mértékben felel meg az a választás, amely mellett elköteleződött), *ruminatív exploráció* (azt méri, hogy fennáll-e maladaptív folyamat, miszerint az egyén nem képes elköteleződni egyetlen lehetőség mellett sem,

ezért folyamatos rágódás jellemzi). További alskálák még az *elköteleződés* (azt méri, hogy az egyénnek vannak-e határozott döntései az identitásával és életével kapcsolatban), illetve *azonosulás az elköteleződéssel* (az egyén döntéseivel kapcsolatos érzelmeit méri). A válaszadás ötfokú Likert-skálán történik (1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2 = Nem értek egyet; 3 = Nem tudom eldönteni; 4 = Egyetértek; 5 = Teljesen egyetértek). Jelen kutatás skála és alskála Cronbach- α -értékei az alábbiak szerint alakultak: a DIDS – skála esetében $\alpha = 0,76$, az Elköteleződés alskála esetében $\alpha = 0,94$, a Széleskörű exploráció alskála esetében $\alpha = 0,89$, a Ruminatív explorációs alskála esetében $\alpha = 0,93$, az Elköteleződéssel való azonosulás alskála esetében $\alpha = 0,93$, míg a Mély exploráció alskála esetében az $\alpha = 0,72$ értékű volt.

Loyola Generativitás Skála (LGS)

Az eredeti, 20 tételes kérdőívet McAdams és De St. Aubin (1992) készítette, melynek segítségével a generativitásra vonatkozó ambíciók egyéni különbségeit, valamint a fiatalabb generáció(k) jóléte iránti elköteleződést mérhetjük. A kérdőívet Ilea és munkatársai (2022) fordították és validálták magyar nyelvre, felnőtt mintára. Magyar nyelven a 18 tételes kérdőív érhető el (pl. „Igyekszem átadni a tudásomat, amelyet a tapasztalataimon keresztül szereztem.”, „Mások azt mondanák, hogy a hozzájárulásom a társadalomhoz példátlan.”). A válaszadás négyfokú Likert-skálán történik (0 = Az állítás sosem igaz Önre.; 1 = Az állítás néha vagy ritkán igaz Önre.; 2 = Az állítás gyakran igaz Önre.; 3 = Az állítás nagyon gyakran vagy majdnem mindig igaz Önre).

Ilea és munkatársai (2022) feltárási faktorelemzést (EFA) végeztek (KMO = 0,91; Bartlett-teszt: $\chi^2(190) = 2765,09$, $p < 0,01$),

melynek eredménye szerint egy faktor jelenléte feltételezhető. Mivel az eredeti kérdőív két állítása (9. és 11. tétel) nem érte el a meghatározott küszöbértéket, ezért Ilea és munkatársai (2022) ezeket kivették a kérdőívből. A 18 tételes kérdőíven megerősítő faktorelemzést (CFA) végeztek a kutatók, melynek eredményeképpen a 18 tételt tartalmazó kérdőív illeszkedése jobb volt a magyar mintára ($\Delta\chi^2 = 73,49$; $\Delta df = 5$; $p < 0,001$), ezért ezt a változatot alkalmaztuk. A skála Cronbach- α -értéke jelen kutatásban 0,73 volt.

Eljárás

A kutatást a PPKE Pszichológiai Kutatásügyi Bizottsága engedélyezte (az etikai engedély iktatószáma 2024_51).

A vizsgálathoz használt kérdőívcsomagot online, közösségi média felületen (Facebook) osztottuk meg a kitöltőkkel Qualtrics link formájában. A résztvevőknek a kérdőív elején végig kellett olvasniuk a tájékoztatót, majd a kitöltést akkor kezdhette meg a kitöltő, ha nyilatkozott arról, hogy 18. életévét már betöltötte, a jelen vizsgálatban önkéntes alapon vesz részt, valamint elismeri, hogy a vizsgálat céljáról és a részvételi feltételekről tájékoztatást kapott. Továbbá értesítettük őket arról is, hogy a vizsgálat keretein belül nem áll módunkban személyes visszajelzést adni, mivel a kérdőív nem tartalmazott a személyek beazonosításra alkalmas adatot. A kérdőív indításával, valamint a beleegyező nyilatkozat elolvasásával jelezhették részvételi hajlandóságukat. Az informált beleegyező nyilatkozatot a demográfiai kérdőív követte, majd a Menopauza Értékelési Skála (Menopause Rating Scale – MRS), a Loyola Generativitás Skála (LGS), a Nemi Szerepek Preferencia Kérdőív (ebben a kutatásban nem használtuk), a Fejlődési

Krízis Kérdőív (DCQ), az Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS) és végezetül az Életkerék feladatot kellett kitölteniük (ebben a kutatásban nem használtuk).

Statisztikai számítások

Az adatok feldolgozásához és a statisztikai próbák elvégzéséhez a JASP Team (2025) JASP (0.19.3) szoftvert használtuk. Ahogy a *Résztvevők alfejezet*nél jeleztük, a kérdőívet 644 fő kezdte el kitölteni, azonban a végleges mintába 326 fő adata került. Ezután elvégeztük a Tukey-féle outlier labeling rule (Tukey, 1977) alapján az outlier szűrést, amely eredményeként több skálán is outlier értékeket találtunk. Ezután tovább haladva a módosított outlier labeling rule szűréssel (ahol alsó határ: $Q1 - (Q3 - Q1) * 2,2$, míg a felső: $Q3 + (Q3 - Q1) * 2,2$) (Hoaglin és Iglewicz, 1987) továbbra is maradt néhány outlier érték, így rajtuk winzorizálást (Field, 2005) alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK

Leíró statisztika

A vizsgálatban használt kérdőívek skáláinak, alsóskáláinak leíró statisztikája az 1. táblázatban található. A Menopauza Értékelési Skála (MRS) 11 tételes, 5-fokú Likert-skálán (ahol 0 = nincs, 4 = nagyon súlyos) értékeljük. A legkevesebb elérhető pontszám 0 pont, míg a legmagasabb elérhető pontszám 44 pont. Amennyiben az összpontszám 0–7 közé esik, a tünetek „enyhének” mondhatóak, ha a skálán elért összpontszám 8 és 15 pont, akkor a tünetek „mérsékelték”, valamint ha az összpontszám 16 vagy több, akkor „súlyos” menopauza tünetekről beszélhetünk (Csetvei et al., 2024).

A Fejlődési Krízis Kérdőív (DCQ) 12 tétéles, szintén 5-fokú Likert-skálán (ahol 1 = egyáltalán nem értek egyet; 5 = teljesen mértékben egyetértek) értékeljük. A legkevesebb elérhető pontszám 12 pont, míg a legmagasabb elérhető pontszám 60 pont.

Az Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS) 25 tétéles, 5-fokú Likert-skálán (ahol 1 = Egyáltalán nem értek egyet; 5 = Teljesen

egyetértek) értékeljük. A legkevesebb elérhető pont: 25 pont, a legmagasabb: 125 pont.

A Loyola Generativitás Skála (LGS) 18 tétéles, értékelése 4-fokú Likert-típusú skálán történik (ahol 0 = Az állítás sosem igaz Önre.; 3 = Az állítás nagyon gyakran vagy majdnem mindig igaz Önre). A legkevesebb elérhető pont: 0 pont, a legmagasabb: 54 pont.

1. táblázat. Az alkalmazott skálák és alszálák leíró statisztikája

Skála/alszála	Tételszám	Átlag	Szórás	Min.	Max.
MRS – összpontszám	11	14,21	6,87	0	31
MRS – pszichológiai	4	5,49	3,28	0	14
MRS – szomato-vegetatív	4	5,25	2,79	0	16
MRS – urogenitális	3	3,48	2,43	0	11
DCQ – összpontszám	12	34,45	8,46	15	59
DCQ – elhatárolódás és stressz	4	10,23	4,16	4	20
DCQ – fordulópont és átmenet	4	13,83	3,48	4	20
DCQ – átláthatóság hiánya és kontrollvesztés	4	10,39	3,43	4	20
DIDS - összpontszám	25	81,92	9,47	56	111
DIDS – elköteleződés alszála	5	18,66	4,22	5	25
DIDS – széleskörű exploráció alszála	5	18,77	3,90	5	25
DIDS – ruminatív explorációs alszála	5	12,37	5,25	5	25
DIDS – elköteleződéssel való azonosulás alszála	5	17,88	4,20	5	25
DIDS – mély exploráció alszála	5	14,11	3,84	5	25
LGS – összpontszám	18	23,13	5,95	7	42

A Menopauza Értékelési Skála eredményei

A perimenopauzában, menopauzában és posztmenopauzában élő nők menopauza tüneteinek mintán való megoszlását a 2. táblázat foglalja össze.

Az Menopauza Értékelési Skála összpontszáma alapján 3 fő nagy csoportot (enyhe, mérsékelt és súlyos tüneteket tapasztaló nők) különböztethetünk meg, melynek mintán való megoszlását a 2. ábra mutatja be.

Az egyedülálló nők (ide tartoznak az özvegy és elvált személyek is) ($N = 52$) 21%-a enyhe, 46%-a mérsékelt, míg 33%-uk súlyos menopauza tünetektől szenvednek. A kapcsolatban élő nők (közéjük soroltuk az élettársi kapcsolatban, házasságban, párkapcsolatban élő egyéneket) ($N = 274$) 19%-a enyhe, 41%-a mérsékelt, míg 40%-a súlyos tüneteket tapasztal. Az egyedülálló és kapcsolatban élő nők menopauzális tünetpontszámai közötti különbséget

Mann–Whitney-próbával vizsgáltuk, melynek eredményeként nem találtunk szignifikáns különbség ($U = 6849, p = 0,659$). Az egyedülálló nők átlagosan magasabb összpontszámot ($M = 16,97; Md = 17$) értek el a Menopauza Értékelési Skálán, mint a kapcsolatban élő nők ($M = 13, 92; Md = 14$).

A fővárosban élő nők ($N = 74$) 23%-a enyhe, 38%-a mérsékelt, míg 39%-uk súlyos tüneteket tapasztalnak. A vidéken élő nők ($N = 252$) 18%-a enyhe, 43%-uk mérsékelt, míg 39%-uk súlyos menopauza tüneteket él át. A fővárosban és vidéken élő nők között nincs szignifikáns különbség az MRS-összpontszámukat tekintve ($p = 0,659$).

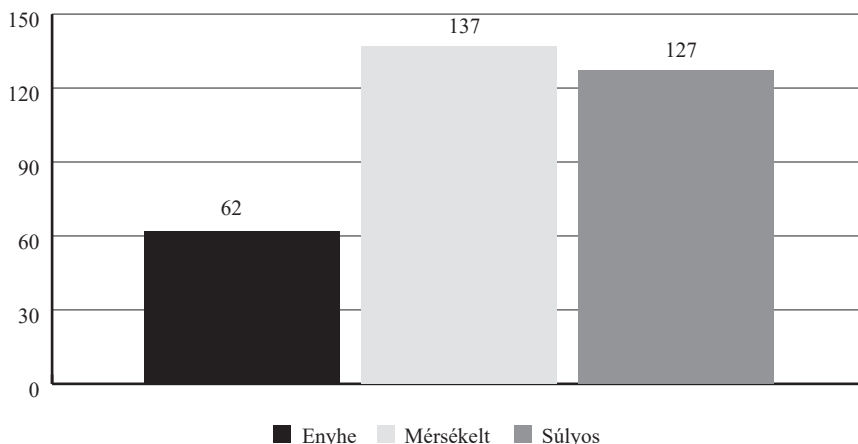
A min. egy gyermekkel rendelkező nők ($N = 295$) 19%-nak enyhe, 43%-nak mérsékelt, míg 38%-nak súlyos menopauza tünetei vannak. A gyermektelen nőknek ($N = 31$) 19%-a tapasztal enyhe, 29%-a mérsékelt és 52%-a súlyos tüneteket.

A gyermekes és gyermektelen nők menopauzális tünetpontszámai közötti különbséget Mann–Whitney-próbával vizsgáltuk. Eredményünk szerint nem volt szignifikáns különbség ($U = 5541, p = 0,052$).

Az anyagi helyzet és a menopauza tünetek közötti összefüggést is megvizsgáltuk. Mivel a Menopauza Értékelési Skála nem normál eloszlású ($W_{MRS}(326) = 0,98, p < 0,001$), ezért Kruskal–Wallis-próbát alkalmaztunk, melynek eredményeként szignifikáns kapcsolatot találtunk, vagyis szignifikáns különbség van a menopauza tünetek mértékében a különböző jövedelmi kategóriák között ($H(3) = 14,72, p = 0,002$). A csoportok közötti, páronkénti összehasonlítások elvégzésére Dunn-féle post-hoc tesztet alkalmazva Bonferroni-korrekcióval azt az eredményt kaptuk, hogy azok a személyek, akik kényelmesen kijönnek és félre is tudnak tenni a havi jövedelmükből szignifikánsan kevesebb menopauza tünetről

2. táblázat. A menopauza tünetek mintán való megoszlása az MRS kérdőív eredményei alapján

Tünetek	Nincs		Enyhe		Mérsékelt		Súlyos		Nagyon Súlyos	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Hőhullámok, izzadás	89	27,3%	95	29,1%	107	32,8%	31	9,5%	4	1,2%
Szívpanaszok	132	40,5%	112	34,4%	70	21,5%	9	2,8%	3	0,9%
Alvásproblémák	51	15,6%	90	27,6%	111	34,0%	64	19,6%	10	3,1%
Depresszív hangulat	83	25,5%	97	29,8%	114	35,0%	30	9,2%	2	0,6%
Ingerlékenység	66	20,2%	105	32,2%	106	32,5%	46	14,1%	3	0,9%
Szorongás	91	27,9%	98	30,1%	92	28,2%	41	12,6%	4	1,2%
Fizikai és szellemi kimerültség	57	17,5%	115	35,3%	103	31,6%	47	14,4%	4	1,2%
Szexuális problémák	83	25,5%	88	27,0%	76	23,3%	61	18,7%	18	5,5%
Hólyagproblémák	133	40,8%	93	28,5%	76	23,3%	22	6,7%	2	0,6%
Hüvelyszárazság	153	46,9%	75	23,0%	58	17,8%	32	9,8%	8	2,5%
Ízületi és izompanaszok	81	24,8%	97	29,8%	95	29,1%	41	12,6%	12	3,7%



2. ábra. A menopauza tünetek összpontszám szerinti megoszlása

számoltak be, mint azok, akiknek éppen elég a havi jövedelme ($W = 141,04$, $p = 0,002$) ($Md_{félterak} = 12$, $Md_{éppen\ elég} = 15$). A többi csoport között nem jelent meg szignifikáns különbség.

Megvizsgáltuk azt is, hogy a menopauza tünetek tekintetében van-e eltérés azok között, akik jelenleg hormonterápiát kapnak és akik nem. Mivel a Menopauza Értékelési Skála nem normál eloszlású ($W_{MRS}(326) = 0,98$, $p < 0,001$), ezért Mann–Whitney-próbát alkalmaztunk, melynek eredményeként szignifikáns kapcsolat volt kimutatható a két változó között ($U = 3182$, $p = 0,005$). Tehát szignifikáns különbség van a hormonterápiában részesülő és nem részesülő résztvevők között abban, hogy milyen mértékű menopauza tüneteket tapasztalnak. A hormonterápiát kapó vizsgálati személyek erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak, mint hormonkezelést nem kapó társaik ($Md_{kap\ hormont} = 17,42$, $Md_{nincs\ hormont} = 13,88$).

Hipotézisek tesztelése

H1. Minél erősebbek a menopauza tünetek, annál nagyobb hajlandóságot mutatnak a középkorú nők a generativitásra (Newton & Stewart, 2010; Pasquale, 2022; Srivastava, 2024).

Az első hipotézis teszteléséhez korrelációs próbát alkalmaztunk. Mindkét változó skála típusú, azonban a Shapiro–Wilk-tesztet lefuttatva elmondható, hogy nem teljesül a normalitás: ($W_{MRS}(326) = 0,98$, $p < 0,001$) ($W_{LGS}(326) = 0,99$, $p = 0,037$), ezért Spearman-féle korrelációt végeztünk. Az eredmény alapján nincs szignifikáns kapcsolat a menopauza tünetek és a generativitás között ($r_s(324) = -0,07$, $p = 0,198$).

H2. Minél erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak a nők, annál nagyobb identitáskrizist élnek át (Rubinstein & Foster, 2013; Parand avar et al., 2014; Panay et al., 2021).

A második hipotézis teszteléséhez szintén korrelációs próbát végeztünk. A Shapiro–Wilk-tesztet lefuttatva, a Fejlődési Krízis Skála (DCQ) normál eloszlású ($W_{DCQ}(326) = 0,99, p = 0,257$), viszont ahogy azt már az első hipotézisnél láttuk, a Menopauza Értékelési Skála nem normál eloszlású ($W_{MRS}(326) = 0,98, p < 0,001$), ezért ismét Spearman-féle rangkorrelációs próbát alkalmaztunk, mely alapján közepes erősségű, pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat ($r_s(324) = 0,47, p < 0,001$) figyelhető meg a menopauza tünetek és a fejlődési krízis között. Vagyis minél erősebbek az egyén menopauza tünetei, annál nagyobb fejlődési krízist él meg.

H3. Minél erősebb menopauza tüneteket tapasztal a személy, annál jellemzőbb rá az identitás fejlesztésére irányuló magatartás (Sergeant & Rizq, 2017; Johnston-Ataata et al., 2020).

A harmadik hipotézis teszteléséhez is korrelációs elemzést használtunk. A Shapiro–Wilk-tesztet lefuttatva, az Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS) nem normál eloszlású ($W_{DIDS}(326) = 0,99, p = 0,002$), ahogy a Menopauza Értékelési Skála sem ($W_{MRS}(326) = 0,98, p < 0,001$), továbbá, mivel a DIDS skálán néhány értéket winzorizálni kellett, így nem-paraméteres próbák alkalmazása szükséges, ezért ismét a Spearman-féle korrelációt használtunk. A korrelációs tesztet lefuttatva nincs szignifikáns kapcsolat a menopauza tünetek erőssége és az identitásfejlődési hajlandóság között ($r_s(324) = -0,02; p = 0,680$).

Bár a korrelációs elemzés során nem találtunk a menopauza tünetek és az identitásfejlődési dimenziók között együttjárást, meg akartuk vizsgálni, hogy a menopauza tünetek súlyossága befolyásolja-e

az identitásfejlődési motivációt: nagyobb identitásfejlődést mutatnak-e a súlyos menopauza tüneteket megélő nők, mint akiknek enyhébbek vagy mérsékelték a tüneteik? Ezt Kruskal–Wallis-próbával teszteltük, miután a mintát 3 csoportba (Enyhe, Mérsékelt, Súlyos) soroltuk a menopauza tünetek alapján. A Kruskal–Wallis-teszt eredménye nem szignifikáns ($H(2) = 0,89, p = 0,642$), így nincs eltérés az identitásfejlődést illetően a menopauza tünetek súlyossága alapján megkülönböztetett csoportokban.

H4. A menopauza tünetek intenzitása az identitáskrízis megélésének mértékén keresztül fejti ki a hatását a generativitásra (Perig-Chiello et al., 2008; Nosek et al., 2012; Pasquale, 2022).

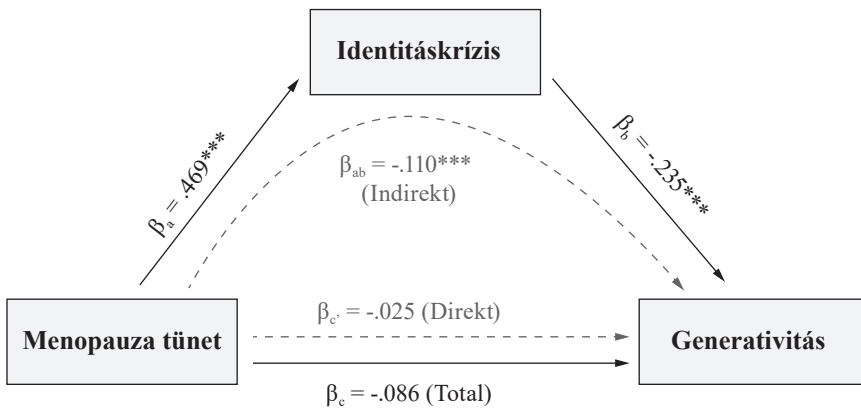
A negyedik hipotézis tesztelésére mediációs elemzést végeztünk, hogy megvizsgáljuk, hogy a menopauza tünetek generativitásra gyakorolt hatása (miszerint növelik annak mértékét) az identitáskrízis növekedésén keresztül megvalósul-e. A prediktor változónk a tünetek intenzitása, a mediátor változónk az identitáskrízis mértéke, míg a kimeneti változónk a generativitás mértéke volt. A menopauza tünetek teljes hatása a generativitásra nem szignifikáns, nem mutatható ki hatás: $F(1,324) = 2,39, p = 0,123, R^2 = 0,01, \beta_{total} = -0,09$. A menopauza tünetek és az identitáskrízis együttes hatása a generativitásra nem szignifikáns, mivel a menopauza tünetek generativitásra való direkt hatása nem szignifikáns, még ha az identitáskrízis generativitásra gyakorolt hatása szignifikáns is: $F(2,323) = 8,56, p < 0,001, R^2 = 0,05, \beta_{identitáskrízis} = -0,24, t(325) = -3,82, p < 0,001; \beta_{direkt} = 0,03, t(325) = 0,40, p = 0,690$. A menopauza tünetek az identitáskrízisen keresztül megvalósuló indirekt hatása szignifikáns: $\beta_{indirekt} = -0,11, LLCI = -0,17, ULCI = -0,05$.

A mediációs elemzéssel a menopauza tünetek, identitáskrízis és generativitás összefüggésrendszerén egy teljes mediációt igazoltunk, ahol az indirekt útvonal szignifikáns, azonban direkt hatás nem kimutatható. A menopauza tünetek teljes egészében indirekten, az identitáskrízis erősödésén keresztül csökkentik a generativitást. Így

a negyedik hipotézis részben megerősítést kapott. Bár a menopauza tünetek erőssége valóban növeli az identitáskrízist, azonban a megélt identitáskrízis erőssége nem növeli, hanem éppen ellenkezőleg, csökkenti a generativitást. A mediációs elemzés eredményeit a 3. táblázat és a 3. ábra szemlélteti.

3. táblázat. A negyedik hipotézis mediációs elemzésének eredményei

X	Y	Útvonal	β	SE (B)	t	p	LLCI	ULCI
Menopauza tünet	Generativitás	c (teljes hatás)	-0,086	0,055	-1,548	0,123	-0,195	0,023
Menopauza tünet	Identitáskrízis	a	0,469	0,087	9,567	<0,001	0,663	1,006
Identitáskrízis	Generativitás	b	-0,235	0,035	-3,824	<0,001	-0,200	-0,064
Menopauza tünet		c' (direkt hatás)	0,025	0,061	0,399	0,690	-0,096	0,145
Menopauza tünet (Identitáskrízisen át)	Generativitás	ab (indirekt hatás)	-0,110	0,031	-	<0,001	-0,171	-0,050



3. ábra. A menopauza tünetek identitáskrízisen keresztül gyakorolt hatása a generativitásra

H5. A menopauza tünetek intenzitása az identitáskrízis megélésének mértékén keresztül fejt ki a hatását az identitásfejlődésre (Perrig-Chiello et al., 2008; Sergeant & Rizq, 2017; Johnston-Ataata et al., 2020).

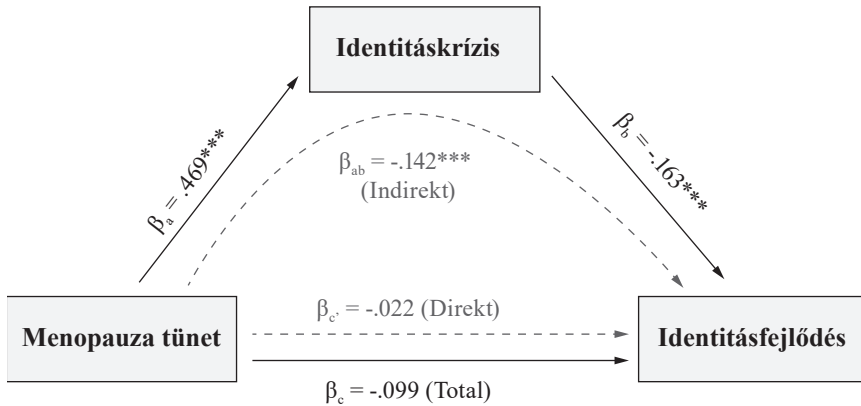
Az ötödik hipotézis tesztelésére szintén mediációs elemzést végeztünk, hogy megvizsgáljuk, hogy a menopauza tünetek identitásfejlődésre gyakorolt hatása (miszertint növelik annak mértékét) az identitáskrízis növekedésén keresztül valósul-e meg. A prediktor változónk a tünetek intenzitása, a mediátor változónk az identitáskrízis mértéke, míg a kimeneti változónk az identitásfejlődés mértéke volt. A menopauza tünetek teljes hatása az identitásfejlődésre nem szignifikáns, nem mutatható ki hatás: $F(1,324) = 3,20, p = 0,074, R^2 = 0,01, \beta_{total} = -0,10$. A menopauza tünetek és az identitáskrízis együttes hatása az identitásfejlődésre nem szignifikáns, mivel a menopauza tünetek identitásfejlődésre való direkt hatása nem szignifikáns, még ha az

identitáskrízis identitásfejlődésre gyakorolt hatása szignifikáns is: $F(2,323) = 5,80, p = 0,007, R^2 = 0,03; \beta_{identitáskrízis} = -0,16, t(325) = -2,63, p = 0,009; \beta_{direkt} = -0,02, t(325) = -0,36, p = 0,718$. A menopauza tünetek identitáskrízisen keresztül megvalósuló indirekt hatása az identitásfejlődésre szignifikáns: $\beta_{indirekt} = -0,14, LLCI = -0,25, ULCI = -0,03$.

A mediációs elemzéssel a menopauza tünetek, identitáskrízis és identitásfejlődés összefüggésrendszerén teljes mediációt igazoltunk, ahol az indirekt útvonal szignifikáns, azonban direkt hatás nem kimutatható. A menopauza tünetek teljes egészében indirekten, az identitáskrízis erősödésén keresztül csökkentik az identitásfejlődést. Így ez a hipotézis is csak részben igazolódott be, mert bár a menopauza tünetek erőssége valóban növeli az identitáskrízist, azonban a megélt identitáskrízis erőssége megint csak csökkenti az identitásfejlődést. A mediációs elemzés eredményeit a 4. táblázat és a 4. ábra szemlélteti.

4. táblázat. Az ötödik hipotézis mediációs elemzésének eredményei

X	Y	Útvonal	β	SE (B)	t	p	LLCI	ULCI
Menopauza tünet	Identitásfejlődés	c (teljes hatás)	-0,099	0,103	-1,790	0,074	-0,386	0,018
Menopauza tünet	Identitáskrízis	a	0,469	0,087	9,567	<0,001	0,663	1,006
Identitáskrízis	Identitásfejlődés	b	-0,163	0,065	-2,627	0,009	-0,298	-0,043
Menopauza tünet		c' (direkt hatás)	-0,022	0,115	-0,362	0,718	-0,268	0,185
Menopauza tünet (Identitáskrízisen át)	Identitásfejlődés	ab (indirekt hatás)	-0,142	0,056	-	0,011	-0,252	-0,033



4. ábra. A menopauza tünetek identitáskrízisen keresztül gyakorolt hatása az identitásfejlődésre

DISZKUSSZIÓ

A mintában szereplő nők többsége együtt él valamilyen menopauza tünett, így az eredmények megvitatását a *második hipotézissel* kezdjük. Az volt a feltételezésünk, hogy minél erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak a nők, annál erősebb lehet az átélt identitáskrízis. Ezt a hipotézist tesztelve, közepes erősségű, pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat feltételezhető a két változó között, vagyis minél erősebbek a menopauza tünetek, annál nagyobb fejlődési krízist fog megélni az egyén. Így következtethetünk arra, hogy a menopauza tüneteknek valóban identitáskrízist alakító és erősítő hatásuk van. A középkorúság ideje normatív fejlődési szakasz, amely gyakran számtalan, az élet több területét is érintő változást hoz magával (McFadden & Rawson Swan, 2012). Ezek a változások mind fizikailag, mind pszichésen megterhelőek: a gyerekek elköltözésével változik a családszerkezet, a középkorúakra a szendvicsgeneráció képviselőjeként újabb gondozási feladatok hárulnak, hiszen immáron már szüleiket kell támogatni,

ellátni, továbbá számos menopauza tünett is hosszú időn keresztül együtt kell élniük. Éppen ezek azok a kihívások, amelyek az identitásra is hatással vannak és gyakran a fent említett változások és tünetek az addigi identitást megkérdőjelező krízist generálnak (Pasquale, 2022). A menopauza tünetek - legyenek szomatikus vagy pszichológiai jellegűek, jelentős kellemetlenséget és fájdalmat okozhatnak. Önmagában ezek a szimptomák olyan kihívások elé állítják a középkorú nők mindennapjait, amelyek gyakran megoldhatatlanok vagy hosszú időt vesz igénybe a hozzájuk való alkalmazkodás. Mindez hatással lehet az identitás különböző aspektusaira is. A tünetek befolyásolják, hogy miként tudnak teljesíteni a munkahelyükön, amely szakmai identitásuk megkérdőjelezéséhez vezethet (Huo et al., 2022). Az ösztrogén-szint csökkenése elindít olyan testi folyamatokat is, amelyek következtében megváltozik a nők fizikai megjelenése, mindez a középkorúságra kialakított viszonylag stabil testképet állíthatja kihívások elé (Sergeant & Rizq, 2017; Lycke & Brorsson, 2023). A testkép általában romló megítéléséhez járulnak hozzá

a menopauza tünetek nemi szervekre gyakorolt negatív következményei is, pl. a hüvely-szárazság, amelytől a mintában szereplő nők mintegy 53%-a küzd, vagy a szexuális problémák, amelyekkel a vizsgálati csoport 75%-a küzd enyhébb vagy súlyosabb mértékben. Következésképp, a szexuális teljesítmény és ennek következményeként a saját fizikai vonzerőről alkotott kép is jelentősen változhat, sérülhet (Johnston-Ataata et al., 2020). Sokan hangulatváltozásaik miatt nem ismernek rá önmagukra, amely szintén befolyásolja énképüket (Nosek et al., 2012; Parand avar et al., 2014). Továbbá, a családi és más személyes kapcsolatokat is jelentősen befolyásolhatják az erős menopauza tünetek, mivel sokan azt tapasztalják családtagjaiktól, hogy értetlenül, türelmetlenül állnak megváltozó személyiségükhöz, testükhöz (Perrig-Chiello et al., 2008; Parand avar et al., 2014; Sathiyaseelan et al., 2024). A szakirodalomban fellelhető kutatások tehát leírják, hogy a középkorúság időszaka és az abban jellemzően megtapasztalt menopauza tünetek hányféle aspektusból jelentenek kihívást a nők identitása számára, amely gyakran krízisként jelentkezik. Más szakmákkal közös szakmai feladatnak tekinthető a pszichológusok számára, hogy a változókori krízis megtámogatására egyre több figyelem forduljon, hogy a középkorú nők minél inkább minőségi életet tudjanak élni.

Visszatérve *első hipotézisünkre*, ez alapján azt teszteltük, hogy az erős menopauza tünetek nagyobb generativitásra motiválják-e a nőket. Az eredmények azt mutatják, hogy nincs szignifikáns kapcsolat a két változó között, vagyis a mintában szereplő középkorú nők esetében a menopauza tünetek nem erősítik a generatív hajlandóságot. Ez az eredmény némileg ellentmond más kutatások következtetéseinek. Több tanulmány is arról ír, hogy

a középkorúság idejét jellemző testi-lelki kihívásokkal való megküzdést segítheti, amennyiben az egyén figyelmét mások fejlődésére összpontosítja. A generatív tevékenységek jelenthetik a korábbi bevezésekben már leírt identitáskrízisen való sikeres túlrendülést (Versey & Newton, 2013; Pasquale, 2022). Ezt a tendenciát írják le más kutatók is, akik arra jutottak, hogy a középkorúság idején – amit ők 43 és 62 éves korra tesznek – nő a generativitásra való hajlandóság és a generativitás, mint egyénre jellemző cselekvés lehet az identitás fontos alkotóeleme is (Newton & Stewart, 2010). Ismeretes az is, hogy a generativitás és az identitás szorosan összekapcsolódó fogalmak, azonban eltérő problémákra reagálnak (Huo et al., 2022). Adódik tehát a kérdés, hogy miért nem találtunk szignifikáns kapcsolatot az erősödő menopauza tünetek és a növekvő generatív hajlandóság között. Elképzelhető, hogy a menopauza tüneteket a jelenben éppen átélő nők – legyenek akár a klimaktérium, menopauza vagy posztmenopauza szakaszában – szimptomái annyira megterhelőek a középkorúság egyéb pszichoszociális kihívásai mellett, hogy esetükben az identitás iránt érzett aggodalom magasabb, mint az utánuk következő generáció felé fordulás igénye. Lehetséges, hogy amíg a menopauza tünetek a mindennapi működést áthatják – akár fizikai fájdalmat vagy mentális nehézségeket okozva – addig egyszerűen nem marad további erőforrásuk, kapacitásuk a mások jóllétére irányuló tevékenységek művelésére. Annak ellenére, hogy már Erikson megfogalmazta, hogy a középkorúság idején jelentkező identitásválságnak adaptív megoldása lehet a generativitás, mégis ennek a mintának az eredménye szerint nem a menopauza időszaka az, amelyre a generativitás jellemző (McAdams et al., 1993).

A generativitás ugyanakkor komplex fogalom, amely egyes modellek szerint 7 alkotóelemből áll, amelyek mind kognitív vagy aktív erőfeszítést igényelnek. Néhányat megemlítve például a meggyőződés azt illetően, hogy az emberiség a következő generáció tevékenysége mentén fejlődőképes, elköteleződés a következő generáció támogató, konkrét célok mellett és aztán a célok aktív megvalósítása (= generatív cselekvés) (Huo et al., 2022). Feltételezésünk szerint, amíg a nők hétköznapijai a menopauza tünetek fáradtságával áthatottak, addig kevesebb energiájuk marad a mások felé forduló cselekedetek végzésére. Érdemes lenne tehát megvizsgálni, hogy – elfogadva azt, hogy a generativitás a középkorúság valóban kiemelkedően fontos feladata – a posztmenopauzában lévő, magyar nők esetén nagyobb generatív hajlandóságot találunk-e, mint a még intenzív tüneteket tapasztaló (tehát a menopauza időszakában lévő) társaiknál. Befolyásolják-e a generatív hajlandóságot az életkörülmények: ha nem kell gondoskodni a gyerekekről vagy a szülőkről, ha jó anyagi helyzetnek örvendhetnek, vagy ha jó a partnerkapcsolatuk az növeli-e a generativitásra való hajlandóságot (Newton & Stewart, 2010; Versey & Newton, 2013; Moieni et al., 2021). Továbbá eredményeink értelmezésekor figyelembe kell vennünk a kutatás mintavételi korlátait is, hiszen a kényelmi mintavétel és online önkéntes toborzás következtében kitöltőinket az önszelekció jellemezte, ami esetleg azzal a következménnyel járhatott, hogy inkább olyanok töltötték ki a kérdőívet, akik az identitásválságra nem találtak még előremutató megoldást, és nem jutottak el a generativitás növekedéséig.

Harmadik hipotézisünk alapján azt vizsgáltuk, hogy a menopauza tünetek erőssége növeli-e az identitás fejlesztésére irányuló

motivációt. Az eredmények azt mutatják, hogy ez a hipotézis nem teljesült. Ez az eredmény ismét ellentmond a szakirodalomban fellelhető más eredményeknek, amelyek azt írják le, hogy ebben az életkorban még kifejezetten jellemző a nőkre is, hogy karrierjüket építik, fejlesztik önmagukat (Newton & Stewart, 2010). A 40 éves kortól nagyjából 60 éves korig tartó időszakban a nők identitása fejlődésben van és az identitás különböző aspektusaira vonatkozó kérdések csak a középkor vége felé kezdenek el csökkenni (Newton & Stewart, 2010; Huo et al., 2022).

Kérdésként adódik, hogy vajon miért nem jelenik meg az identitás fejlesztésére való motiváció a mintán? A menopauza tünetek intenzitásából fakadó erőforrás- és energiahányagnak köszönhető vagy korábban is kisebb mértékű lehetett az identitás alkotóelemeinek feltérképezése, megkérdőjelezése, bizonyos identitás-témák mentén való elköteleződés? A stagnálást vagy az identitás fejlesztése iránti érdeklődés hiányát a társadalomban domináns, középkorú nőkről alkotott véleménye és az az alapján meghatározott énkép eredményezi? Ha az orvos-biológiai modell (amelyen a mai modern orvosi gyakorlat is alapul) szemüvegén keresztül tekintünk rá ezekre a kérdésekre, elképzelhető, hogy a menopauza által okozott hiányokra erősítünk rá a középkorú nők esetében, akik így nem az előttük álló időszak lehetőségeit látják, hanem pusztán mentális és fizikai képességeik devalválódásával kerülnek szembe, azokat internalizálják. Természetesen ezek további vizsgálatot igényelnek, hogy a megfigyelt jelenséget – miszerint az identitásfejlődésre vonatkozó gondolkodás és attitűd nem jellemző az általunk vizsgált mintában – jobban megérthessük. Az előzőleg említett, a minta jellegéből fakadó korlátok figyelembevétele ezen eredményünk értelmezésénél is óvatosságra int.

Negyedik hipotézisünkben a menopauza tünetek okozta növekvő identitáskrizisen keresztül megvalósuló generativitásra kifejtett hatását vizsgáltuk és azt feltételeztük, hogy az erősebb menopauza tünetek növelik az identitáskrizist, amely a generatív motivációt is növelni fogja. E hipotézis tesztelésére mediációs elemzést végeztünk, melynek eredményeként teljes mediációt kaptunk, vagyis az indirekt útvonal volt szignifikáns, míg a direkt útvonalon nem volt kimutatható hatás. Az indirekt útvonal szignifikanciája azt jelenti, hogy a menopauza tünetek kizárólag az identitáskrizis erősítésén keresztül hatnak a generativitásra, önmagukban nem. Hipotézisünk részlegesen teljesült, mivel a menopauza tünetek mértékének növekedése valóban nagyobb identitáskrizist okoz, azonban a generativitás az identitáskrizis növekvő mértéke mellett – a feltételezett emelkedés helyett – csökken. Tehát amennyiben a középkorú nő erős menopauza tüneteket tapasztal, az növeli az identitásával kapcsolatban megélt krízist és csökkenti a generatív hajlandóságot. Ez az eredmény azért is érdekes, mert az első hipotézisünk alapján nem volt kimutatható szignifikáns kapcsolat a menopauza tünetek és a generativitás között, viszont így, hogy az identitáskrizist is hozzáadtuk az összefüggésrendszerhez, látható, hogy a menopauza tünetek az identitás válságán keresztül befolyásolják a generatív motivációt, megerősítve konceptuális modellünk érvényességét.

Az már a korábbi hipotézisekből is egyértelműnek látszik, hogy a változókor időszaka jelentős megterheléssel jár együtt, ami negatívan befolyásolhatja a női önazonosságot, énképet (Pasquale, 2022). A személyes identitásnak ebben az időszakban számtalan kihívás próbáját kell kiállnia, illetve azokon túlnöve, a középkorú nő sokszor

rákényszerül arra, hogy újradefiniálja azt. Ennek következtében identitásuk gyakran megkérdőjeleződik ebben az átmeneti szakaszban, hiszen egyszerre, több fronton is támadás alatt áll. Ezek például a menopauzális átmenetben lezajló hormonális változások (az ösztrogén-szint jelentős csökkenése, ami a fizikai testen is jól látható nyomokat hagy; az öregedésnek tulajdonított jegyek, mint az őszülő haj, ráncosodó bőr, hízékonnyabbá váló testalkat) mind láthatóvá válnak a női testen, amely az új testtel való megbarátkozás következtében kialakuló érzelmi nehézségekkel is együtt jár (Rubinstein & Foster, 2013; Sergeant & Rizq, 2017; Lycke & Brorsson, 2023). A hangulatingadozások, az átmenetileg csökkenő kognitív teljesítmény (feledékenység, memóriazavar), a kialvatlanság miatti fáradékonyság gyakran befolyásolja a munkahelyi teljesítményt is. Erre ráerősít az is, hogy a modern munkahelyeken hangsúlyosan előtérbe helyezik a fiatal munkavállalókat, amely mind kihat a középkorú nő szakmai identitására (Nosek et al., 2012; Rubinstein & Foster, 2013; Parand avar et al., 2014; Panay et al., 2021; Ramli et al., 2023). Más fontos identitás-aspektusok, amelyek az átmenetben – a fokozódó testi, kognitív és pszichés tünetek által – érintettek lehetnek, a nemi identitás, vagy nőiesség kérdése, illetve a szűkebb és tágabb szociális térben (család, illetve barátok) betöltött szerepeik. A menopauzában lévő nők házastársi, illetve anyai szerepekben gyakran kevésbé kompetensnek élik meg magukat, ugyanakkor a házastársi kapcsolatban megélt elégtelenség növelheti menopauzás tüneteiket (Onder & Batigun, 2016; Sathiyaseelan et al., 2024).

A hipotézis második fele viszont nem igazolódott, mivel az identitáskrizis megoldásaként nem a generativitást választják

a mintában szereplő nők, szemben más kutatásban leírtakkal (Pasquale, 2022), aminek értelmezésében mindenképpen figyelembe kell vennünk mintánk specifikus jellemzőit, és a mintavételi módszert, ami kényelmi mintavétel volt. Igaz, hogy a mások jóléte érdekében végzett tevékenységek nem egyetlen, kizárólagos megoldását jelenthetik az identitáskrízis feloldásának, de egy potenciális útja lehet a válságon való túllendülésnek. Korábbi tanulmányok következtetése alapján érdemes lehet a közeljövőben a menopauza tünetek, identitáskrízis és generativitás kapcsolatrendszerét tovább vizsgálni olyan szempontok mentén, mint-hogy az elsődlegesen családfenntartó szerepeket ellátó középkorú nők identitásválságának inkább megoldása-e a generativitás, mint a karrierépítő társaiknak. Érdemes lehet azt is megvizsgálni egy reprezentatívabb magyar mintán, hogy amennyiben a generativitás további kutatási eredmények alapján sem számottevő tényező a középkorúság idején jelentkező identitásválság megoldására, akkor mi lehet az, amely a magyar, középkorú nőket segíti a változókori krízisen való továbblendülésen? Feltételezhetjük, hogy a támogató baráti vagy családi kapcsolatok, a szakmai sikerek vagy a fizikai és lelki egészséget támogató tevékenységeknek lehet itt szerepe (Arnot et al., 2021).

Végezetül *ötödik hipotézisünkben* azt vizsgáltuk, hogy a menopauza tünetek az identitáskrízisen keresztül növelik-e az identitás fejlesztésére vonatkozó aspirációt. A hipotézis tesztelésére ismét mediációs elemzést végeztünk, amelynek eredménye ismét teljes mediációt adott. A vizsgált összefüggésrendszerben ismét az indirekt útvonal volt szignifikáns, míg a direkt útvonalon nem volt kimutatható hatás. Mindez azt

jelenti, hogy az erősebb menopauza tünetek a növekvő identitáskrízisen keresztül fejtik ki hatásukat az identitásfejlődésre, mégpedig csökkentik azt. A menopauza tünetek identitáskrízisre gyakorolt hatásáról már szó esett, így elmondható, hogy a menopauza tünetek növelik az identitáskrízis kialakulásának valószínűségét, mivel az identitás meglehetősen sok eleme érintett a menopauzális átmenetben. Azt, hogy az identitás-fejlesztés felé fordulnak a középkorú, menopauzát átélő nők, korábbi kutatási eredmények megerősítik, amennyiben arról írnak, hogy szerepeik átrendeződése miatt a nőknek ismét kialakul az igénye arra, hogy többet foglalkozzanak magukkal, reflektáljanak élethelyzetükre vagy akár újragondolják identitásuk meghatározó vetületeit (Perrig-Chiello et al., 2008). Azon túl, hogy saját, intrinzik motívációjuk nő meg önmaguk újradefiniálására, számos külső tényező is erre sarkallja őket: gyakran munkahelyen betöltött státuszuk maximumát érik el a középkorúság ideje alatt, amely után fokozatosan a szakmai szerep csökkenése következik (Helson & Soto, 2005; Sathiyaseelan et al., 2024). Sokszor a partnerkapcsolati szerepükben történő változások is arra készítetik őket, hogy saját magukat is fejlesszék - partnerükkel egyetemben -, hogy a gyerekek kirepülése után újra megtalálják önmagukat és egymást is a kapcsolatban (Sathiyaseelan et al., 2024).

Megemlítendő azonban az is, hogy ezek oda-vissza ható tényezők, például ha egy nő menopauza tüneteivel értetlen és érzéketlen a közvetlen környezete, elsősorban a partnere, az okozhatja a menopauza tünetekkel kapcsolatos negatív attitűdöt, amely értelemszerűen inkább az identitáskrízis növeléséhez és kevésbé az egyéni fejlődés felé vezet (Parand avar et al., 2014). Eredményeinket

megerősítő korábbi kutatási eredmény az is, hogy az 50-es éveik elején járó nők már kevésbé nyitottak saját fejlesztésükre (Helson & Soto, 2005). Azt gondoljuk, hogy további vizsgálódások segíthetnek jobban eligazodni abban, hogy az identitásfejlődési motivációt milyen – jelenleg még rejtett – tényezők segíthetik: érdemes lehet különválasztani a menopauza tüneteket az eredeti csoportosítás mentén. Kérdésként merül fel, hogy a szomatikus tünetek vagy a pszichés tünetek miként hatnak az identitáskrízis jelenségére, melyek azok a tünetcsoportok, amelyek a krízist erősítik, és melyek azok, amelyek inkább az identitásfejlődés irányába hatnak? Továbbá, elgondolkodtató az is, hogy vajon vannak-e olyan megküzdési mechanizmusok, amelyeket az identitáskrízisben alkalmazva végül növekvő identitásfejlődést eredményeznek? Érdemes lehet azt is megvizsgálni, hogy a középkorúságot több életkori csoportra bontva, van-e különbség az identitásfejlődési motivációt tekintve a 40-es és 50-es éveikben járó, menopauzát átélő nők között.

Összességében eredményeink megerősítik, hogy a menopauza tünetek identitáskrízishez vezethetnek. Ebből egyértelműen következtethetünk arra, hogy a menopauza időszaka - bármelyik szakaszában is tartson az illető - kifejezetten megterhelő, a középkorú nők addigi hétköznapijait alapjaiban megrengető folyamat. Jelen kutatás megerősítette a menopauza tünetek és az identitáskrízis között található összefüggést, valamint felvetette és részben megválaszolta azt a kérdést, hogy vajon az identitáskrízisre megoldásként szolgálhatnak-e a fiatalabb generációért (generativitás) vagy a nők önmagukért (identitásfejlődés) tett erőfeszítései. Eredményeink alapján a mintában szereplő nők esetében erre nemleges választ tudunk adni,

de további kutatások szükségesek ennek részletesebb feltárására és esetleges intervenciós lehetőségek kidolgozására, amelyek segítségével adekvátan, igényeik szerint támogatjuk a perimenopauzában, menopauzában és posztmenopauzában élő nőket.

A menopauzáról való jelenlegi ismereteink alapján, interdiszciplináris szakmai csapat - orvos, pszichológus, dietetikus, edző, gyógytornász - együttműködése szükséges ahhoz, hogy a nők menopauzális átmenetét megfelelően támogatni tudjuk, és lehetőleg megelőzzük a menopauza tünetek okozta pszichés és testi kimerülést, az arra épülő mentális betegségek kialakulását. Hozzátehetjük, hogy alapvető feladata lenne az egészségügyben dolgozóknak, elsősorban a nőgyógyászoknak a középkorúságot elérő nők megfelelő tájékoztatása, hogy mire számíthatnak a menopauza ideje alatt, valamint informálni kellene őket a védőfaktorokról, esetleges kezelési terápiaikról. Ehhez járulhatnak hozzá a pszichológusok is a témában elindított pszichoedukációval, amellyel a menopauzális átmenetben élő nők és közvetlen környezetük támogatása válik lehetővé a menopauzális folyamat normalizálásával, a tünetekről való tájékoztatással vagy akár menopauza csoportok („peer support group”) létrehozásával szakember bevonásával, ahol a menopauzális folyamatot átélő nők személyesen találkozhatnak és megoszthatják megéléseiket, illetve szembesülhetnek azzal, hogy nem egyedül kell megbirkózniuk a menopauzális átmenet változásaival. A korábbi kutatások eredményei alapján számottevő a menopauzával kapcsolatos tapasztalatok megélésében, hogy milyen életterük van az azt megtapasztaló nőknek, kik veszik őket körül, és hogy a közvetlen környezetük mennyire tud érzékenyen állni tüneteikhez.

Korlátok

A kutatás online adatfelvétellel készült, kérdőíves formában, tehát mindazok a megkötések érvényesek az eredmények értelmezésekor, amik erre a módszerre alkalmazhatóak. A kényelmi mintavétel és önszelekcio miatt a kérdőívre adott válaszokat befolyásolhatta a kitöltők azon esetleges motivációja, hogy a menopauzával kapcsolatos negatív tapasztalataikat megosszák, és fennállhat az a lehetőség, hogy éppen azok töltötték ki a kérdőívet, akiknek még nem sikerült pozitív megoldást találni a menopauzális átmenet identitásválságára. Továbbá érdemes lett volna megkülönböztetni azt,

hogy a kitöltők éppen a menopauza mely szakaszában vannak. A szétválasztás hiánya így kevésbé tette lehetővé mélyreható összefüggések leírását. A kutatás korlátja lehet még az is, hogy a Fejlődési Krízis Kérdőív a kutatás során került lefordításra magyar nyelvre, így annak validálása még nem történt meg. Érdemes lett volna a menopauzális átmenetben élő nők néhány megküzdési stratégiájára is rákérdezni, amely valószínűsíthetően további relációk felfedezését segíthette volna, s mindez hozzájárulhatott volna ahhoz, hogy az eredmények között néhány, a magyar mintán fellelhető, a menopauza tünetek intenzitását ellensúlyozó védőfaktor is tanulmányozni tudjunk.

SUMMARY

MENOPAUSE SYMPTOM INTENSITY AND IDENTITY DEVELOPMENT DURING MENOPAUSE

Background and Aims: Middle aged women are affected by menopause globally. The great variety of menopause symptoms experienced during this period often results in a substantial physiological and psychological strain for daily living. At times, symptoms could be intense and grave so that they may provoke a transformation of various aspects of identity, which is under substantial challenge during midlife anyway. These processes may lead to a crisis of identity in women at this time period. As a solution for the crisis women may turn towards generative activities (activities concerning the well-being of the next generation), or their motivation for self-development may increase. The aim of our study was the examination of the relationship between menopause symptom severity and various aspects of identity transformation in middle aged women.

Methods: In the study, we examined Hungarian women aged 45–55. We have distributed an online questionnaire in menopause themed social-media groups, which consisted of the following: Demographic questions, Hungarian version of the Menopause Rating Scale (MRS), the Developmental Crisis Questionnaire (DCQ), the Dimensions of Identity Development Scale (DIDS), and the Loyola Generativity Scale (LGS). In order to test our hypotheses we used correlation tests and mediation analysis.

Results: Based on our analysis strong menopause symptoms show a positive relationship with increased identity crisis. Furthermore, strong menopause symptoms affect generativity and motivation for identity development indirectly, through the increase of identity crisis in an unexpected way: they decrease generativity and motivation for identity development. However, menopause symptoms in themselves do not show a significant relationship neither with generativity, nor with motivation for identity development.

Discussion: Women in our sample show at least mild menopause symptoms and hence many of them experience an identity crisis. This result in itself is a call for professionals involved in physically or mentally caring for women in menopause, since health issues during the menopause transition may influence women's quality of life after the menopause.

Keywords: menopause symptoms, identity, identity crisis, generativity, identity development

IRODALOM

- Arnot, M., Emmott, E. H., & Mace, R. (2021): The relationship between social support, stressful events, and menopause symptoms. *PLOS ONE*, 16(1). e0245444. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245444>
- Baker, C., & Benayoun, B. A. (2023): Menopause is more than just loss of fertility. *Public Policy & Aging Report*, 33(4). 113–119. <https://doi.org/10.1093/ppar/prad023>
- Barth, C., Villringer, A., & Sacher, J. (2015): Sex hormones affect neurotransmitters and shape the adult female brain during hormonal transition periods. *Frontiers in Neuroscience*, 9(37). 1–20. <https://doi.org/10.3389/fnins.2015.00037>
- Csetvei, A., Püspök, N., Gombárovity, E., Karácsony, I., & Pakai, A. (2024): Változókorban élő nők életminőségének, a depresszió és a stressz mértékének vizsgálata. *Nővér*, 37(5). 21–29. <https://doi.org/10.55608/nover.37.0022>
- De Salis, I., Owen-Smith, A., Donovan, J. L., & Lawlor, D. A. (2018): Experiencing menopause in the UK: The interrelated narratives of normality, distress, and transformation. *Journal of Women & Aging*, 30(6). 520–540. <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1396783>
- Erikson, E. (1959): Theory of identity development. In E. Erikson (Ed.), *Identity and the life cycle* (pp. 50–77). International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1963): *Childhood and society* (Vol. 2, p. 1964). Norton.
- Erikson, E. H. (1984): Reflections on the last stage—and the first. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 39(1). 155–165. <https://doi.org/10.1080/00797308.1984.11823424>
- Field, A. (2005): *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). Sage Publications, Inc.
- Hauser, G. A., Huber, I. C., Keller, P. J., Lauritzen, C., & Schneider, H. P. G. (1994): Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). *Zentralblatt für Gynäkologie*, 116(1). 16–23.
- Heinemann, K., Ruebig, A., Potthoff, P., Schneider, H. PG, Strelow, F., Heinemann, L. AJ, & Minh Thai, D. (2004): The Menopause Rating (MRS) scale: A methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(45). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-45>

- Helson, R., & Soto, C. J. (2005): Up and down in middle age: Monotonic and nonmonotonic changes in roles, status and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(2). 194–204. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.2.194>
- Hess, R., Thurston, R. C., Hays, R. D., Chang, C.-C. H., Dillon, S. N., Ness, R. B., Bryce, C. L., Kapoor, W. N., & Matthews, K. A. (2012): The impact of menopause on health-related quality of life: Results from the STRIDE longitudinal study. *Quality of Life Research*, 21(3). 535–544. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9959-7>
- Hoaglin, D. C., & Iglewicz, B. (1987): Fine-Tuning Some Resistant Rules for Outlier Labeling. *Journal of the American Statistical Association*, 82(400). 1147–1149. <https://doi.org/10.2307/2289392>
- Horváth, L. F., & Szabó, B. (2024): *Development Crisis Questionnaire magyar fordítás* [Nem publikált kézirat].
- Hunter, M., & Rendall, M. (2007): Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2). 261–274. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.001>
- Huo, H., Qi, H., & Newton, N. J. (2022): Examining identity and generativity among middle-aged female activists in two cultural contexts. *Journal of Adult Development*, 29(4), 318–327. <https://doi.org/10.1007/s10804-022-09407-6>
- Hvas, L., & Gannik, D. E. (2008): Discourses on menopause – Part I: Menopause described in texts addressed to Danish women 1996–2004. *Health (London)*, 12(2). 157–175. <https://doi.org/10.1177/1363459307086842>
- Ilea, I., Jenei, D., & Vincze, O. (2022): A Loyola Generativitás Skála (LGS-18) magyar nyelvű adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(2). 163–181. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00012>
- Jakab, A. Jr. (2001): Menopausa. In A. Lövevény (Ed.), *A klinikai endokrinológia és anyagcsere-betegségek kézikönyve* (pp. 511–522). Medicina Kiadó.
- JASP Team (2026). JASP (Version 0.96.0) [Computer software].
- Johnston-Ataata, K., Flore, J., Kokanovic, R., Hickey, M., Teede, H., Boyle, J. A., & Vincent, A. (2020): „My relationships have changed because I’ve changed”: Biographical disruption, personal relationships and the formation of an early menopausal subjectivity. *Sociology of Health & Illness*, 42(7). 1516–1531. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13143>
- Li, L., Wu, J., Pu, D., Zhao, Y., Wan, C., Sun, L., ... & Zhang, M. (2012): Factors associated with the age of natural menopause and menopausal symptoms in Chinese women. *Maturitas*, 73(4). 354–360. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.09.008>
- Lukács, L. (2024): *Menopauza Rating Scale magyar fordítás* [Nem publikált kézirat].
- Luyckx, K., Schwartz, S. J., Berzonsky, M. D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Smits, I., & Goossens, L. (2008): Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality*, 42(1). 58–82. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.04.004>
- Lycke, A., & Brorsson, A. (2023): Swedish women’s experience of menopausal transition: A focus group study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 35. 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100807>

- McAdams, D. P. (2005): Studying lives in time: A narrative approach. *Advances in Life Course Research*, 10(1). 237–258. [https://doi.org/10.1016/S1040-2608\(05\)10009-4](https://doi.org/10.1016/S1040-2608(05)10009-4)
- McAdams, D. P., & De St. Aubin, E. (1992): A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6). 1003–1015. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.6.1003>
- McAdams, D. P., De St. Aubin, E., & Logan, R. L. (1993): Generativity among young, mid-life, and older adults. *Psychology and Aging*, 8(2). 221–230. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.2.221>
- McFadden, J. R., & Rawson Swan, K. T. (2012): Women during midlife: Is it transition or crisis? *Family & Consumer Sciences Research Journal*, 40(3). 313–325. <https://doi.org/10.1111/j.1552-3934.2011.02113.x>
- Moieni, M., Seeman, T. E., Robles, T. F., Lieberman, M. D., Okimoto, S., Lengacher, C., Irwin, M. R., & Eisenberger, N. I. (2021): Generativity and social well-being in older women: Expectations regarding aging matter. *Journal of Gerontology: Series B*, 76(2). 289–294. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa022>
- Newton, N., & Stewart, A. J. (2010): The middle ages: Change in women’s personalities and social roles. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1). 75–84. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01543.x>
- Nosek, M., Powell Kennedy, H., & Gudmundsdottir, M. (2012): Distress during the menopause transition: A rich contextual analysis of midlife women’s narratives. *SAGE Open*, 2(3). 1–10. <https://doi.org/10.1177/2158244012455178>
- Onder, M., & Batigun, A. D. (2016): Premature and normal menopause: An evaluation in terms of stress, marital adjustment and sex roles. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(2). 129–138. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2016290204>
- Opayemi, O. O. (2025): Menopausal transition, uncertainty, and women’s identity construction: Understanding the influence of menopause talk with peers and healthcare providers. *Communication Quarterly*, 73(2). 239–263. <https://doi.org/10.1080/01463373.2024.000000>
- Panay, N., Palacios, S., Davison, S., & Barber, R. (2021): Women’s perception of the menopause transition: A multinational, prospective, community-based survey. *Gynecological and Reproductive Endocrinology and Metabolism*, 2(3). 178–183. <https://doi.org/10.53260/GREM.212037>
- Parandavar, N., Mosalanejad, L., Ramezanli, S., & Ghavi, F. (2014): Menopause and crisis? Fake or real: Comprehensive search to the depth of crisis experiences: A mixed-method study. *Global Journal of Health Science*, 6(2). 246–255. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p246>
- Pasquale, D. R. H. (2022): *Generative self-identity development through serious leisure in middle-aged women* [Doktori disszertáció]. Grand Canyon University.
- Patakfalvi, D. (2024. október 15.): És egyszer csak nem jött meg többet – három magyar menopauzatörténet. *Telex*. <https://telex.hu/életmod/2024/10/15/es-egyszer-csak-nem-jott-meg-tobbet-harom-magyar-menopauza-tortenet>

- Perrig-Chiello, P., Hutchison, S., & Hoepflinger, F. (2008): Role involvement and well-being in middle-aged women. *Women & Health*, 48(3). 303–323. <https://doi.org/10.1080/03630240802463517>
- Perz, J., & Ussher, J. M. (2008): “The horror of this living decay”: Women’s negotiation and resistance of medical discourses around menopause and midlife. *Women’s Studies International Forum*, 31(4). 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2008.05.003>
- Petrov, N., Robinson, O. C., & Arnett, J. J. (2022): The Developmental Crisis Questionnaire (DCQ-12): Psychometric development and validation. *Journal of Adult Development*, 29(3). 265–278. <https://doi.org/10.1007/s10804-022-09403-w>
- Ramli, N. Z., Yahaya, M. F., Mohd Fahami, N. A., Abdul Manan, H., Singh, M., & Damanhuri, H. A. (2023): Brain volumetric changes in menopausal women and its association with cognitive function: A structured review. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15. 1–22. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1158001>
- Rempert, J., & Blázovics, A. (2017): Fitoösztrogének a menopauza terápiaájában. *Orvosi Hetilap*, 158(32). 1243–1251. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30805>
- Rivnyák, A., Járdaházi, E., Arató, N., Péley, B., & Láng, A. (2022): The assessment of dual-cycle identity models among secondary school students: The Hungarian adaptation of DIDS and U-MICS. *Frontiers in Psychiatry*, 13. 804529. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.804529>
- Rubinstein, H. R., & Foster, J. L. H. (2013). “I don’t know whether it is to do with age or to do with hormones and whether it is to do with a stage in your life”: Making sense of menopause and the body. *Journal of Health Psychology*, 18(2). 292–307. <https://doi.org/10.1177/1359105312454040>
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021): The menopause transition: Signs, symptoms, and management options. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1). 1–15. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>
- Sathiyaseelan, A., Patangia, B., & Hainary, P. (2024): Meaning in life in menopause: A narrative literature review on how menopausal women make sense of their life? *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 21(1). 66–73. https://doi.org/10.4103/iopn.iopn_14_24
- Schneider, H. PG, Heinemann, L. AJ, Thiele K. (2002): The Menopause Rating Scale (MRS): Cultural and linguistic translation into English. *Life and Medical Science Online*, 3. <https://doi.org/10.1072/LO0305326>
- Sergeant, J., & Rizq, R. (2017): “It’s all part of the big CHANGE”: A grounded theory study of women’s identity during menopause. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(3). 189–201. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1270937>
- Srivastava, R. (2024): Understanding women’s health: An overview. In N. Kumari & S. Choudhary (Eds.), *Global crises and international relations* (pp. 20–26). Britain Book Company. <https://doi.org/10.31995/Book.AB256-M24.Chapter4>
- Thurston, R. C., Thomas, H. N., Castle, A. J., & Gibson, C. J. (2025): Menopause as a biological and psychological transition. *Nature Reviews Psychology*, 4(8). 530–543. <https://doi.org/10.1038/s44159-025-00463-9>
- Tukey, J. W. (1977): *Exploratory Data Analysis*. Addison-Wesley.

- Utian, W.H. (2005): Psychosocial and Socioeconomic Burden of Vasomotor Symptoms in Perimenopause: A Comprehensive Review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(47). <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-3-47>
- Versey, H. S., & Newton, N. J. (2013): Generativity and productive pursuits: Pathways to successful aging in midlife African American and White women. *Journal of Adult Development*, 20(4). 185–196. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9170-x>
- World Health Organization (2024). *Menopause*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

A MENOPAUAZÁIS KULTURÁLIS LENYOMATAI. BIOPSZICHOSZOCIÁLIS TÉNYEZŐK A TÜNETI TAPASZTALAT HÁTTERÉBEN



BADACSONYI Jácinta
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
jacinta.pszichologus@gmail.com

KARIP Tímea
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
kariptimi@gmail.com

NAGY Beáta Magda
ELTE PPK Pedagógiai és Pszichológiai Intézet
nagy.beata@ppk.elte.hu

KENGYEL Judith Gabriella
ELTE PPK Pedagógiai és Pszichológiai Intézet
kengyel.gabriella@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A tanulmány célja a menopauzális tünetek súlyosságát befolyásoló szociodemográfiai, reprodukzív, életmódbeli és kulturális tényezők feltárása, valamint ezen változók interakcióinak vizsgálata különböző társadalmi és földrajzi környezetekben.

Módszer: A kutatás feltérképező irodalmi áttekintés formájában készült a PRISMA 2020 irányelvei alapján. A keresés három nemzetközi adatbázisban (PubMed, Scopus, EBSCOhost) történt, a 2010 és 2025 között megjelent empirikus, angol nyelvű tanulmányok bevonásával. A beválasztási kritériumoknak tizennégy tanulmány felelt meg, amelyek öt kontinens és több mint tíz kulturális környezet populációit reprezentálták.

Eredmények: A menopauzális tünetek megjelenését komplex biopszichoszociális tényezők befolyásolják. Az individualista nyugati társadalmakban a menopauza gyakrabban jelent meg veszteségélményként, míg a kollektivisták és matrilineáris kultúrákban természetes életciklus-váltásként. A leggyakoribb prediktorok a testtömegindex (BMI), a fizikai aktivitás, az

iskolázottság, a foglalkoztatottság, a paritás és a társas támogatás voltak, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a vazomotoros, pszichés és szomatikus tünetek súlyosságával. *Következtetések:* A menopauza során a biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezők kölcsönhatása formálja a tüneti tapasztalatot. Az eredmények a kulturálisan érzékeny, interdiszciplináris prevenció és intervenció megközelítések szükségességét hangsúlyozzák.

Kulcsszavak: menopauza, kulturális különbségek, szociodemográfiai tényezők, életmód, prediktorok, pszichológiai adaptáció

BEVEZETÉS

A menopauza a World Health Organization (WHO) meghatározása szerint az az életszakasz, amely az utolsó menstruációt követően kezdődik el, és akkor megállapítható, ha már tudjuk, hogy legalább 12 hónapja nem volt újabb vérzés – a petefészek ösztrogénszokréciónak csökkenése miatt, más nyilvánvaló patológiai vagy fiziológiai előzmény nélkül (Sherman, 2005). A menopauza korai szakaszában a tünetek funkcionális változások formájában jelentkezhetnek: az érintettek *kardiovaszkuláris* és *vazomotoros* tünetekkel – hőhullámok, erős szívdobogás, szédülés, vérnyomás-ingadozás – szembesülnek (Nelson, 2008). Később is számos fizikai – alvási nehézségek, ízületi- és izomfájdalmak, hüvelyszárazság – és pszichés – hangulati zavarok, depresszió, alacsonyabb életminőség – tünetről számolnak be (Dennerstein et al, 2007). Bár a menopauza beköszöntenek ideje genetikai tényezők által erősen befolyásolt, jellemzően 45 és 55 éves kor zajlik le. A legújabb nemzetközi összehasonlító áttekintés (Tang et al., 2025) szerint a természetes menopauza átlagéletkora Ázsiában körülbelül 49 év, míg Európában és Észak-Amerikában 51 év.

A menopauza jelensége ugyan univerzális, a változókor megélése azonban komoly

eltéréseket mutat. A menopauzát átélő nők a biológiai változásokon túl a változókor pszichés és társadalmi hatásaival is szembesülnek. A menopauzát az orvostudomány sokáig csak biológiai megközelítésben vizsgálta, a tanulmányok a változókor biológiai aspektusaira fókuszáltak. Azonban egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy a pszichológiai megközelítésre is szükség van. A középkorú nőknél a biológiai – hormonális – változások sok esetben pszichés tünetek formájában jelentkeznek, ebben az életkorban egyre többen tapasztalják meg a hangulatingadozásokkal és depresszióval járó életminőség-csökkenést. A társadalmi és szociális aspektusok vizsgálata újabb lökést adott a változókor vizsgálatának: a nők társadalmi helyzete – például a munkahelyen tapasztalható hozzáállás a menopauzát átélő nőkhöz – nagyban befolyásolja, hogy az érintettek hogyan élik meg az életciklus-váltást. Az utóbbi években folytatott kulturális összehasonlító elemzések arra is rávilágítottak, hogy az a szemlélet, ahogy az adott kultúra a reprodukív életkorból kilépő nőkre tekint, keretbe foglalja, hogy a menopauzát átélő nők veszteségként vagy státuszemlékedésként élik-e meg a változókort, ami a tünetek számát és azok megélését is nagyban meghatározza. A kulturális nézetek ugyanis a menopauza érzelmi és kognitív reprezentációiként belsővé válnak.

Az összehasonlító kutatásokat vizsgálva kitűnik, hogy a menopauzális tünetek globális mintázatai nemcsak biológiai, hanem társadalmi és kulturális kódok mentén szerveződnek.

Egy libanoni, marokkói, spanyol és amerikai menopauzában érintett nőket összehasonlító tanulmány kimutatta, hogy az egyik alapvető tünet – a hőhullámok – gyakorisága minden országban hasonló volt, ám a tünetek megélése a lakóhely szerint eltérést mutatott (Obermeyer et al., 2007). Ugyanerre a következtetésre jutott egy másik tanulmány is, amely francia, német, amerikai, brit és olasz nőket hasonlított össze (Dennerstein et al., 2007).

A nyugati nők körében elsősorban a vazomotoros és pszichés tünetek – hőhullámok és alvászavarok – dominálnak, amelyek előfordulási aránya 70–87% között mozog (Tang et al., 2025). Ezzel szemben az ázsiai nők jellemzően szomatikus panaszokról számolnak be, mint az izom- és ízületi fájdalom, fáradtság vagy fejfájás, amelyek sok országban 70–80% feletti gyakorisággal fordulnak elő. A különbségek nem pusztán genetikai, hanem életmódbeli és szociokulturális tényezőkkel is összefüggenek, beleértve az étrendet (különösen a fitoösztrogén-tartalmú ételek fogyasztását), a fizikai aktivitást, a dohányzási szokásokat, a stresszterhelést és az egészségpercepciót. Az urbanizált környezet, a magasabb iskolázottság és a kedvezőbb szocioökonómiai státusz mindkét régióban védőfaktorokként jelent meg, míg az alacsony iskolázottság és a gazdasági hátrány fokozta a tüneti terhelést és a distressz kockázatát.

A megjelenő tünetek súlyossága mellett azok észlelése és jelentéssel való felruházása is kulturális különbségeket mutat. A hosszú távú SWAN (Study of Women's

Health Across the Nation) vizsgálat tovább pontosítja ezeket az eredményeket: a vazomotoros tünetek időtartama etnikai csoportonként eltér, afroamerikai nők esetében átlagosan tíz év, míg japán és kínai nők esetében mindössze öt év. (A SWAN egy hosszú távú, az Egyesült Államokban több helyszínen zajló multidiszciplináris, longitudinális vizsgálat, amelynek általános célja a menopauza és a posztmenopauza természetes lefolyásának leírása, beleértve a biológiai, pszichoszociális és viselkedésszerű jellemzőket. A SWAN a menopauza hatását vizsgálja az olyan, az életkorral összefüggő krónikus betegségekre, mint a diabétesz, a szív- és érrendszeri betegségek, az osteoporosis vagy a depresszió.) Ez arra utal, hogy a hormonális és nem hormonális tényezők – különösen a kulturális attitűdök, az életmód és az egészséghez való viszony – egyaránt befolyásolják a tüneti tapasztalatokat. A menopauzát az érintett nők *vesztésgélményként* és *adaptív életszakaszként* egyaránt megélhetik. A változáshoz való viszonyt befolyásolja a perimenopauzát megelőző önértékelés és a megélt társas támogatás is (Chan et al., 2020).

A kezeléshez való viszonyulásban is markáns kulturális különbségek figyelhetők meg. A keleti nők ritkábban keresnek orvosi segítséget, és kevésbé ismerik a terápiás lehetőségeket (Tang et al., 2025). Míg Nyugaton a kezeléskeresés leggyakoribb indoka a hőhullám (62%), addig Keleten inkább az alvászavar (42%) vezet orvosi konzultációhoz. Az összegzett epidemiológiai adatok összhangban vannak a kvalitatív kutatásokkal is: a keleti populációkban az alvászavar, a fejfájás, a csökkent libidó és az ízületi panaszok gyakorisága meghaladja a vazomotoros tünetekét, ami az életmód, az egészségpercepció és a női szerepek

kulturális értelmezését tükrözi. A szegény aztán a tünetek – lehetőség szerinti – eltitkolásához vezet. Ennek következménye a közösség szintjén a gyakoriság alulbecslése, ami – a tüneteket egyéni jellemzőként, például a gyengeség jeleként tételezve – tovább fokozza a szegény megélését, és a hallgatás ördögi körét eredményezi, fenntartva ezzel a változókór stigmatizálását (de Salis et al., 2017). A nyugati országokban a biomedikális szemlélet a hormonális hiányt és a vazomotoros panaszokat hangsúlyozza, míg a keleti régiókban a közösségi beágyazottság, a vallási keretek és a pszichoszociális adaptáció kerül előtérbe. A változókori tünetek értelmezése kapcsán további különbséget hordoz az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége: azokban a társadalmakban, ahol az egészségügyi infrastruktúra korlátozott, a szolgáltatások jellemzően a reprodukív korban lévő nők szükségleteinek kielégítésére koncentrálnak, így a menopauza kiesik a közegészségügyi szolgáltatások köréből, és a menopauza tüneteivel küzdő nők támogatás nélkül maradnak. Ez a marginalizált és hátrányos helyzetű közösségekben, ahol az írástudatlanság aránya is magasabb, az információkhoz való hozzáférés korlátozottságával is együttjár, ami miatt a nők a tüneteiket vagy testük megváltozását szégyenként élik meg (Cronin et al., 2025).

A *stigmatizálás* forrása, hogy az állapotjal járó tünetek (pl. fáradékonyság), illetve önmagában a reprodukív képesség elvesztése olyan attribútumokként működnek, amelyek leértékelik és negatív jellemzőkkel ruházzák fel az érintett nőt, és amelyek a státuszvesztés, esetleg diszkrimináció alapjaként szolgálnak. Főként azokban a kultúrákban, ahol a nők társadalmi-gazdasági szerepe elsősorban a gyermekvállaláshoz

kapcsolódik, ezért a termékenység lezárulta egyben a női lét végét is jelenti, a nőknek tulajdonított érték (hasznosság) és ezzel a nők önértékelése is radikálisan csökken a változókór után (Goodman, 2020). A másik oldalról azonban az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége és a menopauza ellátására irányuló specializálódása a menopauza negatív aspektusainak túlzott hangsúlyozását, sőt, katasztrofizálását, és ezzel egy természetes életciklus medikalizálását eredményezheti (Hickey et al., 2022), ami ellenkező irányból ugyan, de szintén hozzájárul ahhoz, hogy a változókorbán lévő nők fokozott stresszt és az önértékelésük csökkenését (mint internalizált stigma) éljék át. A nyugati társadalmakban ehhez hozzáadódnak az idősebb nőkkel kapcsolatos negatív kulturális sztereotípiák és az öregedés leértékelése is (de Salis et al., 2017). A nők negatív attitűdje a menopauza iránt több tünettel jár, és ezt az összefüggést a negatív társadalmi attitűdök tovább erősítik (Ayers et al., 2010).

Ez a perspektíva megerősíti, hogy a menopauza nem kizárólag biológiai esemény, hanem társadalmi és kulturális értelemben is meghatározott átmenet, amelyet az életmód, az egészségpercepció és a női szerepek együttesen formálnak.

A „scoping review”, azaz feltérképező irodalmi áttekintés egy viszonylag új megközelítés a kutatások szintéziséhez, amelynek célja egy adott, viszonylag új téma irodalmának feltérképezése (Arksey & O'Malley, 2005; Munn et al., 2018). A scoping review-k elsősorban a releváns tanulmányok mennyiségére és jellemzőire vonatkozó információkat nyújtanak, és akkor válnak időszerűvé, amikor egy kutatási terület fejlődni kezd. A rendelkezésre álló kutatások ilyen módon történő számszerűsítése és leírása információt kell nyújtson a szakirodalom

hiányosságairól, és további kutatási kérdéseket vet fel, amelyek fontosak lehetnek a kutatás szempontjából (Arksey & O'Malley, 2005; Munn et al., 2018). A jelen áttekintés összefoglalja a menopauza megélésének kulturális különbségeiről szóló szakirodalmat az elmúlt 15 évből az alábbiak tekintetében: (1) az eddig vizsgált változók; (2) a legfontosabb eredmények; és (3) a kutatások jövőbeli irányai.

MÓDSZERTAN

A vizsgálat típusa

A jelen tanulmány feltérképező irodalmi áttekintésként készült, a PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) útmutató alapján. A jelenlegi elemzéshez a szakirodalmi áttekintésekhez az Arksey és O'Malley keretrendszerét és a Joanna Briggs Institute (JBI) módszert alkalmaztuk (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2015). Kutatási fókuszunkként a menopauza tüneteiben megfigyelhető kulturális különbségeket határoztuk meg, azzal a szándékos döntéssel, hogy nem szabunk szigorúbb korlátozásokat a keresési kifejezésekre és a tanulmányok típusára.

Vizsgálatunk célja a menopauzális tünetek súlyosságát befolyásoló szociodemográfiai, reprodukív, életmódbeli és kulturális tényezők összefoglalása, a különböző földrajzi és etnikai populációk közötti különbségek azonosítása érdekében. A kutatás nem metaanalitikus szintézist, hanem narratív szintézist alkalmazott az eredmények heterogenitása miatt.

A feltérképező irodalmi áttekintések (scoping review-k) módszertani sajátossága, hogy céljuk nem az egyes tanulmányok bizonyítékszintjének vagy torzítási kockázatának

összehasonlító értékelése, hanem a kutatási terület szerkezetének, főbb témáinak, változóinak és hiányosságainak feltérképezése. Ennek megfelelően a jelen vizsgálat során formális minőségértékelő eszközt (pl. risk of bias assessment) nem alkalmaztunk, ami összhangban áll a scoping review módszertanára vonatkozó nemzetközi ajánlásokkal (Arksey & O'Malley, 2005; Munn et al., 2018; Tricco et al., 2018). Ugyanakkor a formális minőségértékelés hiánya korlátozza az eredmények közvetlen összehasonlíthatóságát és az oksági következtetések levonhatóságát, ezért az eredményeket leíró és értelmező jelleggel mutatjuk be.

Keresési stratégia

Az irodalomkeresést 2025. augusztus 23-án végeztük, három nemzetközi adatbázisban: PubMed, Scopus és EBSCOhost.

A keresés során a menopauzális tünetek, a kulturális különbségek és a befolyásoló faktorok kulcsszavait kombináltuk Boole-operátorok segítségével. A keresési kifejezések az alábbiak voltak: „*menopause*” AND („*symptoms*” OR „*menopausal complaints*”) AND („*culture*” OR „*cross-cultural*” OR „*ethnic differences*”) AND („*lifestyle*” OR „*sociodemographic factors*” OR „*predictors*” OR „*quality of life*”). A keresés az angol nyelvű, 2010 és 2025 között megjelent tanulmányokra korlátozódott. A találatokat exportálás után a Covidence szoftverrel dolgoztuk fel; a duplikátumokat automatikusan azonosítottuk és eltávolítottuk.

Beválasztási és kizárási kritériumok

A tanulmányok bevonásának kritériumai az alábbiak voltak:

- empirikus kutatás menopauzális vagy perimenopauzális női populáción, validált mérőeszköz használata a menopauzális tünetek értékelésére,
- kettő vagy több csoport összehasonlítása kulturális szempontok figyelembevételével,
- legalább egy prediktorváltozó (szociodemográfiai, reprodukív, életmódbeli vagy kulturális tényező) vizsgálata,
- teljes szövegben elérhető, angol nyelvű publikáció,
- peer-reviewed folyóiratban megjelent eredeti kutatás.

A kizárás okai a következők voltak:

- életkori inkoherenca (pl. kizárólag premenopauzális minta; $n = 2$),
- nem megfelelő indikáció (pl. gyógyszeres beavatkozás vizsgálata; $n = 1$),
- nem összehasonlítható populáció vagy hiányzó kontrolles csoport ($n = 2$),
- alkalmatlan vizsgálati terv (pl. kvalitatív esettanulmány; $n = 5$),
- hiányzó interkulturális kontextus vagy ország-specifikus adatok ($n = 2$).

A tanulmányok azonosítása és kiválasztása

A keresés során 163 publikációt azonosítottunk (PubMed: $n = 87$; Scopus: $n = 33$; EBSCO: $n = 43^*$). A Covidence rendszerben 11 duplikátumot eltávolítottunk, így 152 rekordot értékeltünk. Ezek közül 124 tanulmányt kizártunk az absztrakt-szűrés során, míg 28 cikket teljes szövegben értékeltünk. A beválasztási kritériumoknak végül 13

tanulmány felelt meg, amelyek bekerültek az elemzésbe. A kiválasztási folyamatot a PRISMA 2020 ábra szemlélteti (1. ábra).

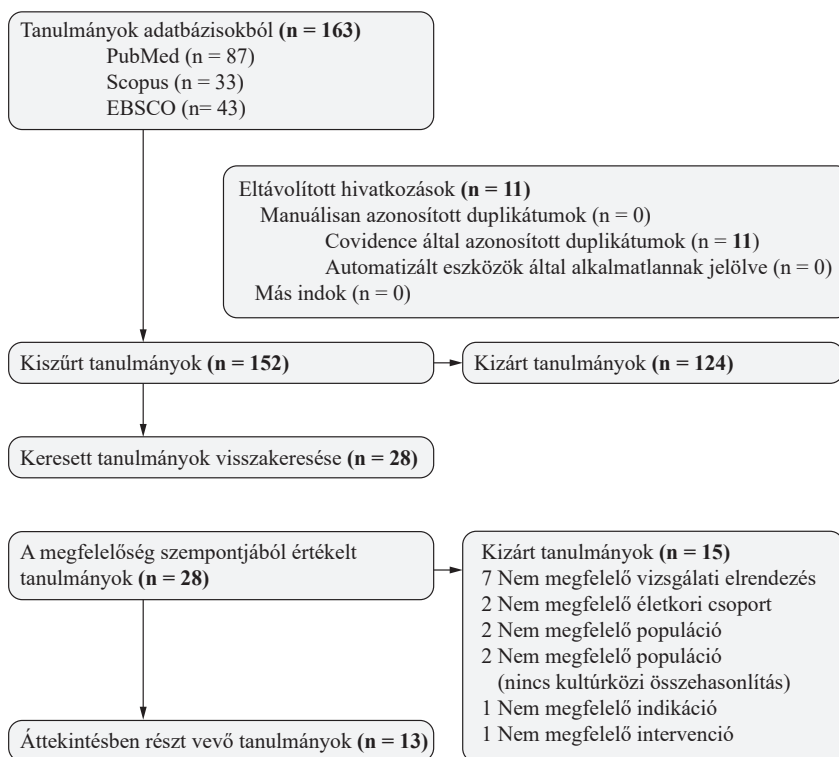
A cikkek beválasztását a Covidence szoftverben két, egymástól független (pszichológus, és viselkedéselemző végzettségű) kutató végezte. Mindkét értékelő önállóan döntött a tanulmányok bevonásáról az előre meghatározott beválasztási és kizárási kritériumok alapján. Azokban az esetekben, ahol az értékelők megítélése eltért, a végső döntést a kutatásvezető mint harmadik, független bíráló hozta meg. Ez az eljárás a feltérképező irodalmi áttekintés módszertani megbízhatóságát és a torzítás kockázatának minimalizálását szolgálta.

Adatkivonás és kódolás

A kiválasztott tanulmányokból a következő adatokat gyűjtöttük ki: szerző(k) és megjelenés éve, vizsgálat helyszíne és kulturális kontextusa, vizsgálati terv (study design), minta nagysága és jellemzői, alkalmazott mérőeszközök (outcome measures), valamint a főbb eredmények (key findings).

Prediktorváltozók kategorizálása

A menopauzális tünetek potenciális prediktorait három fő kategóriába soroltuk: *szociodemográfiai tényezők* (életkor, iskolázottság, munkavégzés, családi állapot, társadalmi-gazdasági státusz), *reprodukív tényezők* (menarche kora, paritás, menopauza életkora, hormonális státusz), valamint *életmódbeli és kulturális tényezők* (testtömegindex [BMI], fizikai aktivitás, étrendi szokások, dohányzás, vallási és kulturális attitűdök, önértékelt egészségi állapot).



1. ábra. PRISMA

Módszertani minőségértékelés

A vizsgálat során formális minőségértékelő eszköz nem került alkalmazásra. A bevont tanulmányok módszertani megfelelését az előre meghatározott beválasztási kritériumok és publikációs jellemzők alapján ítéltük meg. Minden általunk bevont tanulmány lektorált, tudományos folyóiratban jelent meg. Ezzel az eljárással biztosítottuk, hogy az elemzésbe kizárólag tudományosan megalapozott, lektorált és tematikailag releváns tanulmányok

kerüljenek, ezáltal a feltérképező irodalmi áttekintés eredményei magas módszertani színvonalat képviseljenek.

Etikai megfelelés

A vizsgálat korábban publikált, nyilvánosan elérhető adatok másodelemzésén alapult, ezért külön etikai engedélyre nem volt szükség. Az adatok feldolgozása és bemutatása a COPE (Committee on Publication Ethics) irányelveinek megfelelően történt.

ÉREDMÉNYEK

A bevont tanulmányok jellemzői

A feltérképező irodalmi áttekintésbe bevont tizenhárom tanulmány földrajzilag és módszertanilag is heterogén mintákat foglal magában, amelyek különböző társadalmi-gazdasági, kulturális és klimatikus környezeteket képviselnek.

A jelen áttekintés célja nem a menopauzális tünetek prevalenciájának kvantitatív összehasonlítása volt, hanem annak bemutatása, hogy a kortárs szakirodalomban milyen kulturális jelentésmezők mentén értelmeződik a menopauza tapasztalata. Ennek megfelelően az elemzés olyan empirikus vizsgálatokra fókuszált, amelyekben a kulturális vagy etnikai különbségek explicit összehasonlítási dimenzióként jelentek meg.

A tanulmányok narratív szintézise lehetővé tette annak érzékeltetését, hogy a menopauzális tünetek nem pusztán biológiai változásokként, hanem kulturálisan közvetített tapasztalatként jelennek meg, ahol a tünetek észlelése, jelentéssel való felruházása és elbeszélhetősége társadalmi normákhoz, nemi szerepekhez és egészségpercepciókhoz kapcsolódik. Az áttekintés így nem egyes kultúrák „összehasonlító rangsorolására”, hanem a domináns kulturális narratívák és értelmezési mintázatok feltérképezésére törekedett.

A tanulmányok öt kontinensről származnak: *Észak-Amerika, Dél-Amerika, Európa, Ázsia és Afrika*, lehetővé téve a menopauzális tapasztalatok globális és interkulturális összevetését. A minták döntő többsége keresztmetszeti vizsgálati tervet alkalmazott, validált mérőeszközökkel (pl. Menopause Rating Scale [MRS], Kupperman

Index, Women’s Health Questionnaire, Greene Climacteric Scale [GCS], Menopause Symptoms’ Severity Inventory [MSSI-38], Center of Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D-10], The Sleep Index for Midlife Women [SIMW], Health-Related Quality of Life Scale [HRQOL], Beck’s Depression Inventory [BDI] WHOQOL-BREF), amelyek a szomatikus, pszichológiai és urogenitális tünetdomének összevetését is lehetővé tették.

A vizsgálatokban részt vevő populációk életkora jellemzően 40 és 65 év között mozgott, a menopauzális státusz meghatározása pedig a legtöbb tanulmányban a menstruáció hiányának időtartama és a hormonális paraméterek alapján történt (a nemzetközileg elfogadott STRAW-kritériumok logikáját követve). A mintanagyságok széles skálán mozogtak ($N = 85\text{--}86\,000$), ami lehetővé tette mind a kis léptékű antropológiai vizsgálatok (pl. India, Mosuo-kultúra), mind a nagymintás epidemiológiai elemzések (pl. USA, Evernow-platform) bevonását.

A mérőeszközök fordítási és kulturális adaptációja a legtöbb kutatásban dokumentált volt, így a tüneti és pszichológiai mutatók kulturaközi összevetése megbízhatóan elvégezhető. A tanulmányok 2010 és 2025 között jelentek meg, és mindegyik peer-reviewed folyóiratban került publikálásra, ami a bevont adatok tudományos megbízhatóságát és reprezentativitását növeli. A kutatások tematikailag három fő dimenziót fedtek le: (1) a menopauzális tünetek földrajzi és kulturális különbségeit, (2) a pszichológiai és életminőségi összefüggéseket, valamint (3) a tünetek prediktórváltozóit, különös tekintettel az életmódbeli és reprodukzív tényezőkre.

1. táblázat. Az elemzésbe bevont tanulmányok főbb jellemzői

Szerző (év)	Összehasonlított populációk	Módszertan	Mérőeszközök	Minta jellemzői	Menopauza tünetei	Kulturális megközelítés/magyarázat	Kritikai megjegyzés
1) Abou-Raya et al. (2016)	Egyiptomi nők (városi és vidéki minták); eredmények irodalmi összevetése nyugati populációkkal.	Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálat	Menopause Rating Scale (MRS)	540 nő, 40–65 év	Ízületi és izomfájdalom, urogenitális panaszok, hőhullámok és éjszakai izzadás, alvászavar, ingerlékenység, depresszív hangulat, szorongás, fizikai és mentális kimerültség.	A klasszikus vazomotoros tünetek alacsonyabb előfordulása kulturális tényezőkkel és étrendi sajátosságokkal magyarázható a nyugati populációkhoz képest	A nyugati populációkkal való összevetés irodalmi jellegű, nem közvetlen empirikus összehasonlításon alapul
2) Chan et al. (2020)	USA; több etnikai csoport összehasonlítása (afroamerikai, kínai, japán, fehér, hispán nők)	Longitudinális kohorszvizsgálat (SWAN, 1996–2008)	SWAN standard kérdőívek; menstruációs státusz önbeszámoló; szérum hormonvizsgálatok (FSH, E2, tesztoszteron, SHBG, DHEAS)	747 nő, 42–55 év	Etnikai eltérések a vazomotoros tünetek előfordulásában és a hormonális változások mintázatában (pl. FSH- és androgénszintek alakulása)	A menopauza időzítését és a tünetek variabilitását a párválasztási minták és a reprodukív életút kulturálisan meghatározott sajátosságai befolyásolhatják	Korhatárhoz kötött kohorsz (42–55 év), ezért a korai és késői menopauza teljes spektruma nem vizsgálható; a hormonértékek BMI-korrekciója hiányzik
3) De Mello et al. (2021)	USA (Arizona); alacsony vs. magas társadalmi-gazdasági státuszú nők összehasonlítása (Phoenix vs. Scottsdale)	Keresztmetszeti, összehasonlító kérdőíves vizsgálat	Greene Climacteric Scale (GCS)	255 nő, 40–65 év	Fáradtság, izom- és ízületi fájdalom, fejfájás, alvászavar, ingerlékenység; a pszichés és szomatikus tünetek összterhelése eltérő társadalmi-gazdasági környezetben	A tünetterhelés különbségei elsősorban a társadalmi-gazdasági környezethez és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréshez kapcsolódnak, nem etnikai különbségekhez	Önbeszámolón alapuló adatfelvétel; keresztmetszeti elrendezés miatt oksági következtetés nem vonható le
4) Gazibara et al. (2022)	Spanyolország és Szerbia; spanyol (Madrid) vs. szerb (Belgrád) városi női minták összehasonlítása	Keresztmetszeti, összehasonlító kérdőíves vizsgálat (két városi minta)	Menopause Rating Scale (MRS) – validált spanyol és szerb változat; kiegészítő szociodemográfiai és nőgyógyászati kérdőív	Összesen 974 nő: Madrid n = 461, Belgrád n = 513; 40–65 év	Pszichés tünetek (pl. ingerlékenység, hangulati panaszok) erősebbek az egyik városi mintában; a szomatovo-vegetatív és urogenitális tünetek összpontszámai hasonlóak	A két városi populáció közötti eltérések főként a pszichés tünetek megélésében és percepciójában jelennek meg, hasonló szomatikus és urogenitális terhelés mellett	Eltérő toborzási és adatfelvételi csatornák miatt szelekciós torzítás lehetséges; önkítöltős mérés; csak természetes menopauza került bevonásra
5) Hoseinzadeh et al. (2024)	Irán (Mashhad); nincs nemzetközi összehasonlítás, belső tüneti klaszterek összevetése	Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálat; klaszterelemzés (k-means), baseline kategóriás logit modell, ANOVA	Menopause Severity Symptoms Inventory (MSSI; 26 tételes, 7 faktoros változat)	664 nő, 42–60 év	Izom- és ízületi fájdalom, vazomotoros tünetek, szorongás, depresszió, kognitív panaszok és urogenitális tünetek eltérő mintázatai	A menopauzális tünetek megélését kulturális tabusítás, életmódbeli tényezők és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés együttesen alakítják	Az önbeszámolón alapuló klaszterek klinikai értelmezése korlátozott; a kulturális tabusítás és az aluljelentés torzíthatja a klaszterstruktúrát
6) Huicochea-Gómez et al. (2017)	Mexikó (Campeche); városi és vidéki közösségek összehasonlítása	Kvalitatív interjúk + egyszerű kvantitatív elemzés (feltáró, vegyes módszer)	Félig strukturált interjú; testábra a hőhullámok lokalizációjának jelölésére	85 nő, 37–77 év	Hőhullámok fej-, arc-, nyak- és mellkasi forróságérzettel, izzadással; idegesség és alvászavar kísérőtünetként	A „calores” fogalom többféle testi és érzelmi hőélményt jelöl, így a menopauzális hőhullám kulturálisan tágabb jelentésmezőbe ágyazódik	A kulcsfogalom nyelvi többértelműsége miatt a kérdőíves prevalencia túlbecsülhető; a kismintás, feltáró jelleg korlátozza az általánosíthatóságot
7) Im et al. (2015)	USA; országos, online adatfelvételre épülő női minta	Szekunder elemzés; keresztmetszeti, kérdőíves adatbázis; hierarchikus klaszteranalízis	Sleep Index for Midlife Women (SIMW)	1054 nő, 40–60 év	Alváshoz kapcsolódó fizikai, pszichológiai és pszichoszomatikus tünetek: alvászavar, éjszakai izzadás, fáradtság, hangulati zavarok	A tünetklaszterek kialakulása összefügg az etnikai hovatartozással, a menopauzális státusszal és több szocioökonómiai tényezővel, különösen alacsony tünetterhelés mellett	Internet-alapú, magasan iskolázott mintára épül; szekunder elemzés miatt a változók köre nem teljeskörűen kontrollálható

Szerző (év)	Összehasonlított populációk	Módszertan	Mérőeszközök	Minta jellemzői	Menopauza tünetei	Kulturális megközelítés/magyarázat	Kritikai megjegyzés
8) Kochersberger et al. (2024)	USA ; országos, önkéntes online női minta	Keresztmetszeti, online kérdőíves adatfelvétel	Módosított Menopause Rating Scale (online kérdőíves adatfelvétel részeként)	67 867 nő, 40–65 év	Hőhullámok, alvászavar, kognitív panaszok („agyi köd”), fáradtság, ízületi és izomfájdalom	A menopauzatünetek súlyossága etnikai csoportok között is különbözik, és ezek az eltérések nem magyarázhatók kizárólag társadalmi–gazdasági háttérrel	Önkéntes, online minta és önbevallásos adatok; a társadalmi-gazdasági helyzet becslése indirekt, területi mutatók alapján történt
9) Nayana & Sandeep (2022)	India (Észak-Karnataka); vidéki női populáció, antropológiai–szociokulturális fókusz	Keresztmetszeti, interjú és megfigyelés	Saját összeállítású strukturált interjú és kérdőív (szociodemográfiai, reprodukciós adatok, tünetek, attitűdök)	101 nő,	Ízületi fájdalom, fog- és szájjüregi panaszok, hőhullám, éjszakai izzadás, alvászavar, fáradtság, szorongás és feszültség	A menopauza életkora és tünetei szorosan kapcsolódnak a munkaterheléshez, a szoptatási időhöz, az életmódhoz és a kulturális gyakorlatokhoz, a menopauza megélése pedig részben felszabadulásként értelmeződik	Kis elemszámú, lokális minta; standardizált mérőeszköz hiánya; az eredmények elsősorban kulturális–antropológiai kontextusban értelmezhetők
10) Salazar-Poussada et al. (2017)	Dél-Amerika ; etnikailag eltérő női csoportok összehasonlítása (Kolumbia, Ecuador, Peru, Paraguay)	Keresztmetszeti, multicentrikus kérdőíves vizsgálat; interjú adatfelvétel	CESD-10 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale); Cervantes Scale – hőhullám-súlyosság (1. tétel); kiegészítő általános kérdőív	864 nő, 40–65 év	Depresszív tünetek, amelyek menopauzastátusszal, vazomotoros tünetekkel és életmódi tényezőkkel együtt jelennek meg	A depresszív tünetek etnikai különbségei arra utalnak, hogy a menopauzához társuló hangulati terheltséget nem kizárólag biológiai státusz, hanem szociokulturális és párkapcsolati kontextus is alakítja	Keresztmetszeti design és nem random mintavétel; a partneradatok önbeszámoló-sak; a populációk heterogenitása korlátozza az általánosíthatóságot
11) Shea (2020)	Kína ; városi és vidéki Han-kínai nők, irodalmi és részben módszertanilag összehangolt nemzetközi összevetéssel (Japán, Kanada, USA)	Longitudinális, vegyes módszertanú etnográfiai program (1990-es évek–2018)	Saját fejlesztésű, a Lock-Kaufert–McKinlay vizsgálatokkal összehangolt tünetkérdőív; félig strukturált interjúk és etnográfiai megfigyelések	399 nő, 40–65 év	Alacsony prevalenciájú hőhullámok és éjszakai izzadás; gyakori ingerlékenység és indulatkitörések; változó alvásminőség; a pszichés tünetek dominanciája a testi panaszokhoz képest	<i>A jueijing</i> és a <i>gengnianqi</i> fogalmi elkülönülése a menopauzát nem kizárólag női biológiai eseményként, hanem kulturálisan legitimált életátmenetként értelmezi	A kvalitatív és retrospektív elemek torzíthatják a tünetek időbeli pontosságát; a kulturálisan homogén minta korlátozza a kisebbségi generalizációt
12) Özkan et al. (2022)	Törökország (Denizli) vs. Lengyelország (Białystok); török és lengyel női minták összehasonlítása.	Keresztmetszeti, leíró-komparatív vizsgálat; személyes adatfelvétel	Kupperman Index (KI); Beck Depresszió Kérdőív (BDI); WHOQOL-BREF; leíró kérdőív	499 nő, 40–65 év	Posztmenopauzában magasabb menopauzapanasz- és depresszió-pontszám mindkét országban; egyes populációkban már premenopauzában is magasabb tünetterhelés	A menopauzaélményt kulturális szerepeltvárások, az öregedéshez társított jelentések és életmódbeli tényezők modulálják, amelyek befolyásolják a depressziót és az életminőséget	Keresztmetszeti elrendezés és klinikai minta; országok közötti életkor-, BMI- és iskolázottságkülönbségek potenciális konfúzorok; a Kupperman Index részben elavult
13) Zhang et al. (2016)	Kína (azonos régió); Mosuo (matriarchális kisebbség) vs. Han kínai (patriarchális többség) nők	Keresztmetszeti, összehasonlító (kényelmi mintavétel)	Menopause Rating Scale (MRS – 11 tétel, szexuális problémák tétel kihagyva); Rosenberg Self-Esteem Scale (SES); Perceived Social Support Scale (PSSS); szociodemográfiai kérdőív	106 nő, 40–60 év	Alacsonyabb pszichológiai és szomatovegetatív tünetpontszám egyes csoportokban; kevesebb hőhullám, hangulati panasz és kimerültség; izom- és ízületi fájdalom mindkét csoportban gyakori	A családszerkezet (matriarchális vs. patriarchális), az önértékelés és a családtól észlelt támogatás szoros összefüggést mutat a pszichológiai tünetterheléssel	Kényelmi, kis minta és keresztmetszeti design; részleges mérőeszköz-módosítás és nyelvi-kulturális ekvivalencia bizonytalansága; több konfúzor korlátozza az értelmezést

A vizsgálatok összesített jellemzőit az 1. táblázat foglalja össze, amely tartalmazza a erzők nevét, az országot, a mintanagyságot, a vizsgálati terv típusát, az alkalmazott mérőeszközöket és a legfontosabb eredményeket.

Az eredmények értelmezési síkjai

A bevont tanulmányok szintézise során több, egymással részben átfedő értelmezési sík rajzolódott ki. Ezek a síkok nem kizáró kategóriák, hanem analitikus perspektívák: ugyanazon vizsgálat több sík szempontjából is releváns lehet, eltérő hangsúllyal. A következőkben az eredményeket e síkok mentén rendezzük, minden esetben jelezve, hogy az adott megállapítás mely empirikus vizsgálatokhoz kapcsolódik.

- 1. Biomedikális vs. kulturálisan legitimált életátmenet kerete:** A menopauza egyes mintákban elsősorban medikálizált, tünet- és hiányállapot-fókuszú jelenségként jelenik meg, míg más kontextusokban inkább kulturálisan legitimált életciklus-átmenetként és adaptációs folyamatként értelmeződik (pl. a kínai etnográfiai vizsgálatban a „juejing” és „gengnianqi” fogalmi elkülönülése (Shea, 2020); illetve a Mosuo–Han-összehasonlítás (Zhang et al., 2016).
- 2. Tünetpercepció és jelentésadás:** Több vizsgálat rámutat, hogy a tünetek önbevallott súlyossága és a tünetek nyelvi kategorizációja kulturálisan szervezett, így az alacsonyabb beszámolt tünetterhelés bizonyos populációkban nem feltétlenül a tünetek hiányát jelzi (pl. a mexikói „calores” fogalom többértelműsége (Huicochea-Gómez et al., 2017).
- 3. Társas beágyazottság és női szerepek:** A társas támogatás, az önértékelés és a szerepelvárások több kulturális

kontextusban összefüggést mutattak a pszichés és szomato-vegetatív tüneti teherrel, illetve a menopauza státuszvesztésként vagy autonómia-növekedésként való értelmezésével; pl. Mosuo vs. Han (Zhang et al., 2016); Latin-Amerika multicentrikus minta (Salazar-Pousada et al., 2017); Törökország vs. Lengyelország (Özkan et al., 2022).

- 4. Strukturális és szocioökonómiai tényezők:** A szocioökonómiai státusz, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és a társadalmi egyenlőtlenségek több vizsgálatban önállóan is magyarázták a tünetterhelés különbségeit, illetve részben moderálták az etnikai különbségeket (pl. USA – alacsony vs. magas SES környezet: De Mello et al., 2021; nagymintás etnikai különbségek SES-korrektió mellett is: Kochersberger et al., 2024).

A fenti értelmezési síkok nem önálló elemzési egységek, hanem olyan fogalmi keretet jelölnek ki, amely mentén a különböző földrajzi és kulturális kontextusokban megjelenő menopauzális tapasztalatok értelmezhetők. A következő alfejezetben ezen perspektívák metszetében mutatjuk be, hogy az egyes régiókban végzett vizsgálatok milyen vizsztatérő mintázatokat rajzolnak ki a tünetek észlelésében, jelentésadásában és szubjektív terhelésében.

Kulturális és földrajzi különbségek a menopauzális tünetekben

A bevont tizennégy tanulmány földrajzi és kulturális spektruma lehetővé tette a menopauzális tapasztalatok széles körű összehasonlítását. Az eredmények egyértelműen rámutatnak, hogy a menopauza tüneteinek észlelése, jelentése és súlyossága nem

univerzális, hanem erősen kulturálisan és társadalmilag beágyazott jelenség.

A különböző régiókban végzett vizsgálatok alapján – a biomedikális értelmezési keretek, a tünetpercepció és jelentésadás, valamint a társas és strukturális tényezők metszetében – több visszatérő mintázat rajzolódik ki a menopauzális tapasztalatok szerveződésében: (1) a *vazomotoros tünetek* preponderanciája a nyugati populációkban, (2) a *pszichológiai és életminőségi dimenziók* kulturális variabilitása Európában, (3) a *reproduktív és életmódbeli faktorok* meghatározó szerepe a dél-ázsiai mintákban, valamint (4) a társas-pszichológiai védőfaktorok jelenléte a *matrilineáris és kollektivistá* társadalmakban.

Kulturális és etnikai különbségek – értelmező szintézis

A bevont összehasonlító tanulmányok alapján a kulturális és etnikai különbségek nem kizárólag a menopauzális tünetek előfordulásában vagy súlyosságában jelennek meg, hanem azok észlelésében, jelentésadásában és beszámolási módjában is. Több, eltérő földrajzi és kulturális kontextusban végzett vizsgálat arra utal, hogy az alacsonyabb önbevallott tüneti terhelés egyes populációkban nem feltétlenül a tünetek hiányát, hanem azok eltérő értelmezését és kommunikációját tükrözi.

A jelentésadás szerepét támasztják alá azok az összehasonlító elemzések, amelyek szerint a kínai mintákban az önbevallott depresszív és kognitív tünetek súlyossága alacsonyabbnak mutatkozott, ugyanakkor a jelentési heterogenitás figyelembevételét követően erőteljesebb depresszív érintettség volt kimutatható, miközben a kognitív teljesítmény kedvezőbbnek bizonyult (pl. Deng et al., 2025). Ez arra utal, hogy a tünetek szubjektív súlyossága részben a kulturálisan

meghatározott beszámolási normákhoz és egészségpercepcióhoz kapcsolódik.

Hasonló jelentésadási különbségekre utalnak a latin-amerikai populációkban végzett multicentrikus vizsgálatok is, ahol a vazomotoros tünetek nyelvi és konceptuális leírása jelentős variabilitást mutatott, és a testi változások gyakran általános diszkomfortként vagy érzelmi feszültségként kerültek megfogalmazásra, nem pedig elkülönült menopauzális panaszként (pl. Salazar-Pousada et al., 2017).

Az etnikai különbségek nem globális tüneti súlyosságban, hanem tünettípus-specifikus mintázatokban is megjelennek. Nagymintás összehasonlító vizsgálatok alapján egyes etnikai csoportokban a vazomotoros panaszok dominálnak, míg más csoportokban inkább az alvászavarok, pszichés tünetek vagy urogenitális problémák kerülnek előtérbe (pl. Im et al., 2015; Kochersberger et al., 2024). Ez arra utal, hogy a menopauzális élmény strukturált, de kulturálisan eltérő tüneti profilok mentén szerveződik.

A kulturális mintázatokhoz társuló társas és pszichológiai tényezők szerepét hangsúlyozzák azok az összehasonlító vizsgálatok is, amelyek szerint a matrilineáris vagy erősen közösségi struktúrájú társadalmakban élő nők enyhébb pszichológiai és szomato-vegetatív tüneti terhelésről számoltak be, magasabb önértékelés és erősebb észlelt társas támogatás mellett (pl. Zhang et al., 2016). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a menopauzális tünetek szubjektív terhe nem kizárólag biológiai változásokhoz, hanem kulturálisan közvetített jelentésadási és társas beágyazottsági mintázatokhoz is szorosan kapcsolódik.

Az északi-amerikai vizsgálat (USA) ($n = 68\ 864$) [Evernow platform] – a strukturális és szocioökonómiai tényezők értelmezési síkjában – a legnagyobb elemszámú

minta alapján igazolta, hogy a tünetek súlyosságát nemcsak biológiai, hanem rassz- és etnicitás-specifikus tényezők is befolyásolják. A fekete, spanyolajkú és őslakos nők szignifikánsan súlyosabb hőhullámokat, alvászavarokat és urogenitális panaszokat jelentettek, mint a fehérek, míg az ázsiai résztvevők enyhébb tünetekről számoltak be. A szocioökonómiai státusz (SES) részben mérsékelte, de nem szüntette meg ezeket a különbségeket, ami a strukturális egyenlőtlenségek szerepét hangsúlyozza.

A latin-amerikai országokban végzett többközpontú vizsgálat (Kolumbia, Peru, Ecuador, Paraguay) – a tünetpercepció, jelentésadás és társas beágyazottság összefüggésében – szintén kimutatta, hogy a menopauzális élmény erősen etnikum- és életmódfüggő. Az afro-kolumbiai és quechua nők magasabb depressziós pontszámokat értek el, ami összefüggött a posztmenopauzával, a hőhullámok súlyosságával, az ülő életmóddal, valamint a hormonkezelés használatával. Ezzel szemben a magasabb iskolázottság és a stabil párkapcsolat védőfaktoroként jelent meg. A partner egészségi állapota és a párkapcsolati intimitás minősége szintén befolyásolta a női hangulatot, ami a dél-amerikai társadalmakban a családi és párkapcsolati tényezők kiemelt jelentőségét tükrözi.

A közel-keleti és kelet-európai populációk összehasonlítása (Törökország és Lengyelország) – a biomedikális és kulturálisan legitimált életátmenet értelmezési keretei mentén – arra világított rá, hogy azonos fiziológiai folyamat eltérő kulturális jelentést hordozhat. A posztmenopauzális tünetek mindkét országban gyakoribbak és súlyosabbak voltak, de a pszichológiai és életminőségi következmények kulturálisan különböztek: Törökországban a premenopauza

időszakában volt magasabb a depresszió, míg Lengyelországban a posztmenopauzában. A lengyel nők alacsonyabb WHOQOL-BREF pontszámokat értek el minden dimenzióban, míg a török mintában a menopauza nagyobb elfogadottsága csökkentette a szubjektív teherérzetet. (A WHOQOL-BREF az általános életminőség mérésére szolgáló, 26 ítemes kérdőív, amely négy kulcsfontosságú területet vizsgál: fizikai egészség, pszichés jóllét, szociális kapcsolatok, valamint környezet – fizikai és anyagi helyzet.)

Az indiai antropológiai vizsgálat (Észak-Karnataka, $n = 101$) a természetes menopauza életkorát és befolyásoló tényezőit elemezte, és a korai menopauzát a fizikai megterheléssel, az alacsony iskolázottsággal, valamint a rövidebb szoptatási idővel hozta összefüggésbe. A résztvevők 45,5%-a a menopauzát a függetlenség és szabadság időszakaként értelmezte, ami a pozitív kulturális attitűdök védő hatására utal. Ez az értelmezés azt jelzi, hogy a menopauza megélése nem kizárólag tüneti terhelés mentén szerveződik, hanem a női szerepekhez és életciklus-váltáshoz kapcsolódó kulturális narratívák védő hatása is meghatározó lehet.

A kínai etnográfiai kutatás (Peking, Sanghaj, 1992–2018) megmutatta, hogy a „menopauza” fogalma nyelvileg és társadalmilag többértelmű: a juejing a menstruáció végét, a gengnianqi pedig a középkorból időskorba való átmenetet jelenti. A hőhullámok előfordulása alacsony (13,5%), míg az ingerlékenység gyakori, társadalmilag elfogadott tünet. A kulturális narratíva a biológiai helyett a pszichoszociális alkalmazkodásra helyezi a hangsúlyt.

Ezzel szemben a Mosuo és han kínai nők összehasonlítása (Jünnan tartomány) azt mutatta, hogy a matrilineáris, azaz női ágon öröklődő és nőközpontú közösségben

élő Mosuo nők enyhébb pszichológiai és szomatikus tünetekről számoltak be, magasabb önértékeléssel és erősebb családi támogatással. A tüneti súlyosság fő prediktorai az önértékelés, az észlelt társas támogatás és a családtagok száma voltak. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a társas-pszichológiai erőforrások és a nemi szerepek kulturális értelmezése összefüggésben állhat a menopauzális tünetek szubjektív terhével; ugyanakkor a bevont vizsgálat biológiai és egészségügyi paraméterek szerinti kontrollja korlátozott volt, így a megfigyelt különbségek hátterében biológiai tényezők lehetséges szerepével is számolni kell.

Összességében a kontinensek – a biomedikális, jelentésadási, társas és strukturális értelmezési síkok metszetében – közötti összevetés azt mutatja, hogy a menopauza tünetei kulturálisan kódolt tapasztalatok.

A nyugati országokban a biomedikális diskurzus a vazomotoros tüneteket, a depressziót és a hormonális hiányt hangsúlyozza; a keleti és déli régiókban a szociális-kulturális tényezők (munka, család, vallás, közösségi támogatás) dominálnak. Az etnikai-társadalmi hátrány, az életmódbeli tényezők és a kulturális attitűdök egyaránt befolyásolják, hogy a menopauzát a nők defícites vagy adaptív életszakaszként élik meg.

A menopauzális tünetek prediktorai

A bevont tanulmányok alapján a menopauzális tünetek súlyosságát nem kizárólag hormonális tényezők határozzák meg, hanem egymással összefüggő szociodemográfiai, reprodukzív és életmódbeli változók is. A tünetterhelést meghatározó prediktorok hatása nem egységes, hanem kulturális és társadalmi kontextus

által moderált, ugyanakkor több visszatérő mintázat is azonosítható. A következőkben a három fő dimenzió mentén foglaljuk össze az eredményeket. A szocioökonómiai státusz kulturálisan eltérő hatásmechanizmusai a szociodemográfiai prediktorok részletes elemzésében válnak láthatóvá.

Szociodemográfiai prediktorok

A legtöbb vizsgálatban a menopauzális tünetek súlyossága életkorral nem lineárisan, hanem státusz- és életmódfüggően változott. Az iskolázottság és a munkavégzés következetesen védőfaktorok bizonyult: a magasabb végzettségű és aktívan dolgozó nők általában alacsonyabb MRS-pontszámokat értek el, jobb pszichés alkalmazkodással és magasabb életminőséggel. Ezzel szemben a munkanélküliség, a gazdasági kiszolgáltatottság és az alacsony társadalmi státusz magasabb tünetterheléssel és depresszív hangulattal járt együtt (pl. Törökország, Lengyelország, Latin-Amerika). A családi állapot hatása kultúrafüggőnek bizonyult: míg egyes európai mintákban a partnerkapcsolat védőfaktor volt, addig több keleti vizsgálatban (pl. Irán, India) a családi szerepekből fakadó terhek inkább fokozott stresszel társultak. Általánosságban elmondható, hogy a kedvezőbb szocioökonómiai státusz (SES) (USA, Irán, Kína) csökkentette, míg a marginalizált helyzet (etnikai kisebbség, alacsony jövedelem) növelte a tüneti súlyosságot.

Reprodukzív prediktorok

A reprodukzív tényezők közül leggyakrabban a menarche kezdetének időpontja, a paritás (gyermekek száma), a szoptatás időtartama, valamint a menopauza életkora szerepelt

szignifikáns prediktorként. Az egyiptomi és iráni vizsgálatokban a magasabb paritás és a rövidebb szoptatási idő fokozott tünetterheléssel járt együtt, ami valószínűleg a hormonális ingadozások és a fizikai megterhelés következménye. Az indiai adatok szerint a korai menarche és az alacsony iskolázottság a korai menopauza rizikóját növelte, amelyet a fizikai munkavégzés tovább erősített. Ezzel szemben a későbbi menopauza-kor (pl. városi, magasabb SES-csoportokban) (USA, Irán, Kína) általában mérsékeltebb pszichológiai és szomatikus panaszokkal járt. A reprodukzív változók hatása tehát nem izolált, hanem a társadalmi és életmódbeli tényezőkkel együtt értelmezhető.

Életmódbeli és kulturális prediktorok

A tünetterhelés egyik legerősebb előrejelzője a testtömegindex (BMI) volt: a túlsúly és az elhízás szinte minden vizsgálatban fokozta a vazomotoros és mozgásszervi panaszok súlyosságát, és összefüggést mutatott a rosszabb önértékelt egészségi állapottal. A fizikai aktivitás ezzel ellentétes irányban hatott: az aktív életmód, különösen a rendszeres testmozgás, több vizsgálatban (pl. Irán, Egyiptom, Latin-Amerika) mérsékelte a hőhullámok, az alvászavarok és a pszichés tünetek gyakoriságát. A mozgásszegény, ülő életmód ezzel szemben a depresszív tünetek és a kimerültség fokozott kockázatával járt együtt. Az étrendi szokások, a dohányzás, valamint a vallási és spirituális gyakorlatok szintén befolyásolták a megküzdési mintázatokat: a keleti mintákban a vallásos és közösségi keret, míg a nyugati társadalmakban az egészségtudatos életmód

és a fizikai aktivitás mutatott védő hatást. A pszichológiai tényezők közül az önértékelés, a társas támogatás és az észlelt egészségi állapot bizonyultak meghatározónak. A kollektív kultúrákban (pl. Mosuo, Irán, Latin-Amerika) a társas beágyazottság és a közösségi kohézió csökkentette a tünetek szubjektív megélését, míg az individualista társadalmakban (pl. USA, Lengyelország) a tünetekre irányuló fokozott önmegfigyelés erősebb pszichés distressz-szel társult.

ÖSSZEGZÉS

A vizsgálatok együttesen azt mutatják, hogy a menopauzális tünetek előrejelzői nem csupán biológiai, hanem életmódbeli és szocio-kulturális tényezők is. A testtömeg, a fizikai aktivitás, az iskolázottság és a munkavégzés rendszeresen erősebb prediktorok voltak, mint a hormonális vagy reprodukatív paraméterek. A nemzetközi összehasonlítások (Tang et al., 2025) azt is alátámasztják, hogy a tüneti különbségekben az etnikai háttér, az étrendi szokások és a kulturális attitűdök meghatározó szerepet játszanak: az ázsiai nők körében például a hőhullámok ritkábbak, míg a szomatikus panaszok gyakoribbak, ami az eltérő életmód és egészségpercepció következménye. A kulturális attitűdök és a társas támogatás minősége jelentős mértékben befolyásolta, hogy a nők a menopauzát veszteségként vagy fejlődési életszakaszként élték meg. A tüneti élmény így nem csupán biológiai esemény, hanem kulturálisan kódolt, pszichoszociálisan közvetített tapasztalat, amelyet a társadalmi kontextus, az egyéni erőforrások és a kollektív jelentésadás együttesen formálnak.

DISZKUSSZIÓ

Főbb eredmények értelmezése

A feltérképező irodalmi áttekintés eredményei megerősítették, hogy a menopauzális tünetek intenzitása és megélése nem pusztán biológiai folyamat, hanem összetett, biopszichoszociális konstrukció, amelyet szociodemográfiai, életmódbeli és kulturális tényezők egyaránt befolyásolnak.

A kulturális különbségek értelmezését olyan vizsgálatok is árnyalják, amelyek nem kifejezetten menopauzális mintákon, hanem középkorú és idősebb populációkban elemzik az önbevalláson alapuló pszichés és kognitív tüneteket. Deng és munkatársai (2025) kínai és amerikai minták összehasonlításában azt találták, hogy a kínai résztvevők alacsonyabb súlyosságú depresszív és kognitív tünetekről számoltak be, azonban az eltérő értékelési szintek statisztikai korrekcióját követően a depresszív érintettség ténylegesen magasabbnak, míg a kognitív működés kedvezőbbnek bizonyult. Az eredmények arra utalnak, hogy az önbevallott tüneti súlyosság nem pusztán az aktuális állapotot tükrözi, hanem az adott kultúrára jellemző értelmezési és beszámolási normák mentén alakul. Ez különösen fontos szempont a menopauzális tünetek kultúrák közötti összehasonlításakor, mivel az alacsonyabb tüneti beszámoló nem feltétlenül a tünetek hiányát, hanem azok eltérő jelentésadását jelezheti.

A kulturális különbségek – különösen az individualista és kollektivistá minták, valamint a patriarchális és matrilineáris társadalmak közötti eltérések – alapvetően meghatározzák, hogy a menopauzát veszteségélményként vagy természetes átmenetként élik-e meg a nők. A nyugati, biomedikális szemléletet követő kultúrákban

a menopauza gyakran hormonális hiányállapotként, míg a keleti, spirituális vagy közösségi szemléletű társadalmakban életciklus-váltásként és érési folyamatként jelenik meg. Az eredmények illeszkednek korábbi nemzetközi vizsgálatokhoz (pl. Hunter & Rendall, 2017; Wang et. al., 2021), amelyek szintén hangsúlyozták a kulturális kontextus és a társadalmi szerepek jelentőségét a tüneti percepcióban és az egészségmagatartásban.

A prediktorváltozók elemzése tovább árnyalta a képet: a testtömegindex (BMI), a fizikai aktivitás, az iskolázottság és a foglalkozási státusz szinte minden mintában meghatározó tényezőként jelent meg. A túlsúly és az ülő életmód fokozta a vazomotoros és pszichés panaszokat, míg a magasabb iskolázottság, a munkavégzés és az egészségtudatos életmód védőhatásúnak bizonyult. A társas támogatás, az önértékelés és a pozitív egészségpercepció kulturálisan függetlenül csökkentették a tünetek szubjektív terhet, ami azt jelzi, hogy a pszichológiai erőforrások szerepe univerzális.

Kulturális mintázatok és értelmezési keretek

A kontinensek és kulturális típusok összevetése egyértelműen rámutat arra, hogy a menopauzális élmény kulturálisan kódolt: a nyugati populációkban a nők inkább orvosi kategóriaként tekintenek a menopauzára, míg a keleti és déli társadalmakban szimbolikus, társadalmi és spirituális jelentéssel is bír. A patriarchális rendszerekben (pl. India, Irán, Törökország) a menopauza gyakran státuszvesztéssel, a női szerepek átértékelődésével jár, ugyanakkor ezekben a kultúrákban erős a társadalmi kohézió és a családi beágyazottság, amely részben ellensúlyozza a biológiai és pszichés terheket.

Ezzel szemben az egalitárius vagy matrilineáris kultúrákban (pl. Mosuo, Latin-Amerika egyes közösségei) a menopauza a társadalmi tekintély és autonómia időszakát jelenti, és ezzel összefüggésben enyhébb tüneti percepcióval társul. Ez összhangban áll a kulturális pszichológia alapvetésével (Triandis, 1995; Markus & Kitayama, 2010), miszerint a közösségi önmeghatározás mérsékli a testi tünetekre irányuló önfigyelmet, ezáltal csökkenti a distresszt.

A kulturális különbségek a pszichológiai értelmezési keretekben is megmutatkoztak: a nyugati mintákban gyakrabban fordult elő depresszív és szorongásos tünetértelmezés, míg a keleti populációkban a menopauza inkább fizikai vagy energetikai egyensúlyzavarként jelent meg. Ezek a különbségek nemcsak a nyelvi kategóriákból, hanem az egészséghez és női szerepekhez kapcsolódó kulturális narratívákból is fakadnak.

Az orvosi ellátáshoz való hozzáférés hiányában a menopauza tüneteivel küzdő nők támogatás nélkül maradnak (Islam et al., 2025). Ez az információkhoz való hozzáférés korlátozottságával is jár, ami miatt a nők tüneteiket, testi változásait szégyenként élik meg, amely a változókor stigmatizálásához vezet (de Salis et al., 2017). Mindemellett az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége a menopauza negatív aspektusainak túlzott hangsúlyozásához vezet, megkérdőjelezve a folyamat természetes életciklus voltát (Hickey et al., 2022), ami szintén hozzájárul ahhoz, hogy a változókorban lévő nők fokozott stresszt élnek át és az önértékelésük csökken, valamint a nyugati társadalmakban társadalmi szinten is megjelennek az idősebb nőkkel kapcsolatos negatív sztereotípiák és az öregedés leértékelése (de Salis et al., 2017).

Szociodemográfiai és életmódbeli összefüggések

A szociodemográfiai tényezők hatása többdimenziós: a magasabb iskolázottság, a munkavégzés és a stabil szocioökonómiai háttér a legtöbb vizsgálatban védőfaktorként jelent meg. A kedvezőbb társadalmi helyzet összefüggött a jobb alvásminőséggel, a kisebb szubjektív tünetterheléssel és az adaptív megküzdési stratégiákkal. Ezzel szemben az alacsony jövedelmű, munkanélküli vagy háztartásbeli nők körében gyakoribb volt a pszichológiai distressz és az életminőség-romlás, függetlenül a biológiai státusztól. A BMI és a fizikai aktivitás kiemelkedő prediktor szerepe arra utal, hogy a menopauzális panaszok részben életmódbeli módosítással befolyásolhatók, ami jelentős preventív lehetőséget kínál. Ezek az eredmények megerősítik a biopszichoszociális modell érvényességét, amely szerint a biológiai változásokat a pszichológiai alkalmazkodás és a társadalmi erőforrások együttesen szabályozzák.

Pszichológiai és egészségügyi implikációk

Az eredményeknek széleskörű pszichológiai és klinikai relevanciája van. A menopauzális tünetek nem tekinthetők kizárólag endokrin eredetű folyamatnak, hanem olyan átmeneti állapotnak, amelyben a nők pszichés, társadalmi és identitásbeli változásokat élnek meg. A kutatás rámutatott arra, hogy az önértékelés, a társas támogatás és a kulturális attitűdök kulcsfontosságúak a pszichológiai jóllét fenntartásában. Ennek alapján az intervenciók hatékonysága növelhető, ha a

biológiai kezelések mellett pszichoedukációs és életmódalapú elemeket is tartalmaznak. A kulturálisan érzékeny megközelítések – amelyek figyelembe veszik a társadalmi normákat, vallási kereteket és a női szerepekkel kapcsolatos elvárásokat – lehetővé tehetik, hogy a menopauza ne veszteségként, hanem adaptív fejlődési szakaszként jelenjen meg.

Korlátok és jövőbeli irányok

A jelen feltérképező irodalmi áttekintés eredményei a menopauzális tünetek biopszichoszociális értelmezését erősítik, ugyanakkor néhány korlátot is figyelembe kell venni.

A jelen feltérképező irodalmi áttekintés egyik korlátja, hogy a bevont tanulmányok biológiai és egészségügyi paraméterek szerinti illesztése heterogén volt. Bár a menopauzális státusz meghatározása a legtöbb vizsgálatban a menstruáció hiányának időtartamán és/vagy nemzetközi ajánlások logikáján alapult, a hormonális paraméterek, a komorbid egészségi állapotok és a gyógyszeres vagy hormonális kezelések egységes kontrollja nem volt jellemző. Ennek megfelelően a kulturális és pszichoszociális tényezők szerepe nem értelmezhető a biológiai hatásoktól teljes mértékben elkülönítve, és a megfigyelt különbségek háttérében egészségügyi tényezők lehetséges szerepével is számolni kell. Az elemzés kizárólag angol nyelvű publikációkra támaszkodott, ami nyelvi torzítást eredményezhetett. A bevont tanulmányok többsége keresztmetszeti volt, ezért az oksági viszonyok csak korlátozottan értelmezhetők. Emellett a különböző mérőeszközök és kulturális fordítások heterogenitása némileg befolyásolhatta az összehasonlíthatóságot. A jövőbeli kutatásoknak célszerű lenne longitudinális, kulturáloközi mintákon

vizsgálni a menopauzális alkalmazkodás folyamatát, valamint kulturálisan validált mérőeszközöket alkalmazni. Indokolt lenne továbbá a biológiai paraméterek objektív mérése mentén homogén minták kialakítása – a kultúra hatásának pontos mérése és egyéb, biológiai tényezők hatásának kizárása érdekében. Érdemes lenne a biológiai tényezők mellett a pszichológiai rezilienciát, életmódot és társas támogatást is integrálni, a kulturális kontextus figyelembevételével. Fontos aspektus lenne a változókor stigmatizációjának vizsgálata az adott kultúrában és társadalomban, mivel ez elmélyítheti a tüneteket és megnehezíti a velük kapcsolatos segítségkérést, illetve további nyomást helyez a menopauzális nőkre.

KÖVETKEZTETÉSEK

A jelen feltérképező irodalmi áttekintés eredményei megerősítik, hogy a menopauza nem kizárólag biológiai esemény, hanem komplex, biopszichoszociális átmenet, amelyet a kulturális, szociodemográfiai és életmódbeli tényezők egyaránt alakítanak.

A különböző földrajzi és kulturális kontextusok összevetése azt mutatja, hogy a menopauzális tünetek megélése és értelmezése mélyen kulturálisan kódolt, és szorosan összefügg az adott társadalom női szerepeiről, egészségről és öregedésről alkotott narratíváival.

A nyugati biomedikális megközelítés a hormonális hiányt hangsúlyozza, míg a keleti és kollektivisták kultúrákban a menopauza éretté válási, társadalmi és pszichológiai adaptációs folyamatként jelenik meg.

A tünetek súlyosságát befolyásoló prediktorok közül a testtömegindex, a fizikai aktivitás, az iskolázottság, a foglalkozási státusz és a társas támogatás bizonyultak

leginkább meghatározónak, ami a biológiai mellett az életmódbeli és pszichológiai beavatkozások jelentőségét is alátámasztja. Az eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a menopauza értelmezése és kezelése csak interdiszciplináris, kulturálisan érzékeny megközelítéssel lehet hatékony:

a biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezők együttes figyelembevételével.

A menopauza nem csupán egy fiziológiai állapot lezárása, hanem életciklusváltás, amelyben a nők számára a testi változásokkal párhuzamosan új szerepek, identitások és erőforrások is megjelennek.

SUMMARY

SOCIODEMOGRAPHIC, LIFESTYLE, AND CULTURAL PREDICTORS OF MENOPAUSAL SYMPTOM SEVERITY: A SYSTEMATIC REVIEW

Background and aims: This study aimed to explore sociodemographic, reproductive, lifestyle, and cultural factors influencing the severity of menopausal symptoms across diverse social and geographical contexts.

Methods: Following the PRISMA 2020 guidelines, a scoping literature review was conducted across three international databases (PubMed, Scopus, and EBSCOhost) including empirical, English-language studies published between 2010 and 2025.

Results: Findings indicate that menopausal symptoms are shaped not only by hormonal factors but also by sociocultural and behavioral variables. Body mass index, physical activity, educational level, and social support emerged as the most consistent predictors across populations. Moreover, cultural attitudes significantly influenced symptom perception and reporting.

Discussion: Menopause represents a culturally encoded transition best understood as an interaction among biological, psychological, and social dimensions. These results emphasize the need for culturally sensitive preventive and therapeutic strategies in addressing menopausal health.

Keywords: menopause; cultural differences; sociodemographic factors; lifestyle; predictors; psychological adaptation

IRODALOM

- Abou-Raya, S., Sadek, S., AbelBaqy, M., ElSharkawy, O., Bakr, L., Ismail, K., & Abou-Raya, A. (2016): Relationship between sociodemographic, reproductive, and lifestyle factors and the severity of menopausal symptoms among Egyptian women in Alexandria. *Menopause*, 23(8). 888–893. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000635>
- Abo Ali, E., & Oka, A. (2021): Menopausal symptoms and health-promoting lifestyle behaviors among women in Tanta, Egypt: An analytic cross-sectional study. *The Egyptian Family Medicine Journal*, 5(1). 125–140. <https://doi.org/10.21608/efmj.2021.34033.1037>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005): Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1). 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Ayers, B., Forshaw, M., & Hunter, M. S. (2010): The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas*, 65(1). 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.10.016>
- Chan, S., Gomes, A., & Singh, R. S. (2020): Is menopause still evolving? Evidence from a longitudinal study of multiethnic populations and its relevance to women's health. *BMC Women's Health*, 74(20). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00932-8>
- Chedraui, P., Pérez-López, F. R., & Blumel, J. E. (2021): Cultural aspects and health-related quality of life during menopause. *Climacteric*, 24(3). 215–224. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1869165>
- Cronin, C., Donevant, S., Hughes, K.-A., Kaunonen, M., Marcussen, J., & Wilson, R. (2025): Amplifying women's voices in menopause research: The importance of inclusive perspectives. *Health Expectations*, 28(1). e70163. <https://doi.org/10.1111/hex.70163>
- Dennerstein, L., Lehert, P., Koochaki, P. E., Graziottin, A., Leiblum, S., & Alexander, J. L. (2007): A symptomatic approach to understanding women's health experiences: A cross-cultural comparison of women aged 20 to 70 years. *Menopause*, 14(4). 688–696. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31802dabf0>
- De Mello, A., Chavez, A., Mukarram, M., Buras, M. R., & Kling, J. M. (2021): Menopausal symptoms in the Southwest United States: A cross-sectional survey of women from areas with different socioeconomic resources. *Maturitas*, 154. 7–12.
- De Mello, A., Chavez, A., Mukarram, M., Buras, M. R., & Kling, J. M. (2021). *Menopausal symptoms in the Southwest United States: A cross-sectional survey of women from areas with different socioeconomic resources*. *Maturitas*, 154. 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.08.110>
- Deng, Q., Liu, S., Yang, Y., & Chen, Y. (2025). Mind matters: A comparative study of self-reported severity of depression and cognitive symptoms in China and the USA. *BMC Public Health*, 25. Article 1088. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22356-5>
- de Salis, I., Owen-Smith, A., Donovan, J. L., & Lawlor, D. A. (2017): Experiencing menopause in the UK: The interrelated narratives of normality, distress, and transformation. *Journal of Women & Aging*, 30(6). 520–540. <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1396783>

- Gao, L., Wang, J., Zhang, Y., Zhao, X., & Fu, H. (2025): Psychological and cultural correlates of illness conception and menopausal symptoms: A cross-sectional and longitudinal comparative study of Mosuo, Yi, and Han women. *Frontiers in Psychiatry*, 16. 1496889. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1496889>
- Gazibara, T., López-Picado, A., Larroy, C., Milic, M., Markovic, N., Fernández-Arias, I., Marín-Martín, C., & Dotlic, J. (2022): A comparative study of climacteric symptoms among two populations of mid-aged women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(6). 2178–2184. <https://doi.org/10.1080/01443615.2022.2035334>
- Gold, E. B., Crawford, S. L., Avis, N. E., Crandall, C. J., Matthews, K. A., Waetjen, L. E., ... & Bromberger, J. T. (2013): Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *American Journal of Epidemiology*, 178(1). 70–83. <https://doi.org/10.1093/aje/kws421>
- Goodman, A. (2020): Menopause and society: the association of educational level, social status, and financial status with positive versus negative perceptions about menopause. *Menopause*, 27(6). 630–631. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001563>
- Green, R., & Santoro, N. (2009): Menopausal symptoms and ethnicity: The Study of Women's Health Across the Nation. *Women's Health*, 5(2). 127–133. <https://doi.org/10.2217/17455057.5.2.127>
- Hickey, M., Hunter, M. S., Santoro, N., & Ussher, J. (2022): Normalising menopause. *BMJ*, 377. e069369. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069369>
- Hoseinzadeh, F., Esmaily, H., Ayatiafin, S., & Saki, A. (2024): Clustering Iranian women according to their menopausal severity symptoms and exploring the factors associated with severe categories, using baseline category logit model. *BMC Women's Health*, 24(1). 653.
- Hoseinzadeh, F., Esmaily, H., Ayatiafin, S., & Saki, A. (2024): Clustering Iranian women according to their menopausal severity symptoms and exploring the factors associated with severe categories, using baseline category logit model. *BMC Women's Health*, 24. Article 653. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03511-3>
- Huicochea-Gómez, L., Sievert, L. L., Cahuich-Campos, D., & Brown, D. E. (2017): An investigation of life circumstances associated with the experience of hot flashes in Campeche, Mexico. *Menopause*, 24(1). 52–63. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000717>
- Hunter, M. S., & Rendall, M. (2007): Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2). 261–274. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.001>
- Im, E. O., Ko, Y., Chee, E., & Chee, W. (2015): Cluster analysis of midlife women's sleep-related symptoms: Racial/ethnic differences. *Menopause*, 22(11). 1182–1189. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000451>
- Islam, R. M., Rana, J., Katha, S., Hossain, M. A., Salekin, S. U., Chowdhury, A. T., Kabir, A., Romero, L., & Davis, S. R. (2025): Menopause in low and middle-income countries: a scoping review of knowledge, symptoms and management. *Climacteric*, 28(3). 242–279. <https://doi.org/10.1080/13697137.2025.2509254>

- Kochersberger, A., Coakley, A., Millheiser, L., Morris, J. R., Manneh, C., Jackson, A., ... Hariton, E. (2024): The association of race, ethnicity, and socioeconomic status on the severity of menopause symptoms: a study of 68,864 women. *Menopause*, 31(6). 476–483. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002349>
- Lewko, J., Çınar, Ö., Türkçü, G., Piechocka, D. I., Sierżantowicz, R., Serçekuş, A. P., ... & Alataş, S. E. (2022): Relationships between psychological symptoms and quality of life in pre- and postmenopausal Turkish and Polish women: A cross-sectional study. *Progress in Health Sciences*, 12(1). 33–42. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.8872>.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (2010): Cultures and selves: A cycle of mutual constitution. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4). 420–430. <https://doi.org/10.1177/1745691610375557>
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018): Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018): Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18. Article 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Nayana, V., & Sandeep, J. (2022): *Age at natural menopause in India: An anthropological study of determinants, symptoms and attitude among rural women of North Karnataka. Antrocom: Online Journal of Anthropology*, 18(2a). 357–367.
- Nelson, H. D. (2008): Menopause. *The Lancet* 371(9614). 760–770. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60346-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60346-3)
- Nemiah, J. C. (1980): Dissociative disorders. In H. I. Kaplan (Ed.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1544–1561). William and Wilkins.
- Obermeyer, C. M., Reher, D., & Saliba, M. (2007): Symptoms, menopause status, and country differences: A comparative analysis from DAMES. *Menopause*, 14(4). 788–797. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318046eb4a>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015): Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3). 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Roman, M., & Stastny, P. (1987): An inquiry into art and madness: The career of Jochen Seidel. *Annual of Psychoanalysis*, 15(4). 269–291.
- Salazar-Pousada, D., Monterrosa-Castro, A., Ojeda, E., Sanchez, S. C., Morales-Luna, I. F., Perez-Lopez, F. R., & Chedraui, P. (2017): Evaluation of depressive symptoms in mid-aged women: report of a multicenter South American study. *Menopause*, 24(11). 1282–1288. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000924>
- Shea, J. L. (2020): Menopause and midlife aging in cross-cultural perspective: findings from ethnographic research in China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 35(4). 367–388. <https://doi.org/10.1007/s10823-020-09408-6>
- Sherman, S. (2005): Defining the menopausal transition. *American Journal of Medicine*, 118(12). 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.11.002>

- Tang, R., Liu, Q., & Yu, Q. (2025): Menopausal symptoms: what are the differences between the West and the East? *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 28(5). 510–515. <https://doi.org/10.1080/13697137.2025.2503880>
- Triandis, H. C. (1995): *Individualism & collectivism*. Westview Press.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, S. E. (2018): PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7). 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Wang, L., Zhang, R., Yang, Y., Sun, X., Zhang, B., Zhu, H., Luo, X., Ma, X., & Zhang, X. (2021): Severity and factors of menopausal symptoms in middle-aged women in Gansu Province of China: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 21. Article 405. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01531-x>
- Zhang, Y., Zhao, X., Leonhart, R., Nadig, M., Hasenburg, A., Wirsching, M., & Fritzsche, K. (2016): A cross-cultural comparison of climacteric symptoms, self-esteem, and perceived social support between Mosuo women and Han Chinese women. *Menopause*, 23(7). 784–791. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000621>

A MENOPAUZA PSZICHOSZOCIÁLIS KIHÍVÁSAI. A GENERATIVITÁS, IDENTITÁSFEJLŐDÉS ÉS NEMISZEREPI-ORIENTÁCIÓ ÖSSZEFÜGGÉSEI



KENGYEL Judith Gabriella
ELTE PPK Pedagógiai és Pszichológiai Intézet
kengyel.gabriella@ppk.elte.hu

CSONKA Benigna
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
benicsonki@gmail.com

BERÁN Eszter
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
beran.eszter@btk.ppke.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A női nemi szerepek hagyományosan magukban foglalják a gondoskodást és mások iránti felelősségvállalást. A menopauza mint normatív krízis különösen érzékeny időszak az identitás újraszerveződése szempontjából, hiszen a testi változások mellett a társadalmi elvárások és a nőiességhoz kötődő sztereotípiák is átalakulnak. A vizsgálat célja annak feltárása volt, hogy a különböző nemiszerepi-orientációk miként befolyásolják a generativitás megélését, az identitásfejlődést és a menopauzális tünetekhez való viszonyt.

Módszer: A kutatásban 45-55 év közötti magyar nők vettek részt. Online kérdőívet osztottunk meg tematikus menopauza csoportokban, melynek részei a következők voltak: Demográfiai Kérdőív, Nemiszerepi-preferencia Kérdőív, Menopauza Értékelési Skála (MRS), Fejlődési Krízis Kérdőív (DCQ), Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS), Loyola Generativitás Skála (LGS). A hipotézisek tesztelésére t-próbákat, korrelációs teszteket, és mediációs elemzést alkalmaztunk.

Eredmények: A generativitás és a hagyományos nemiszerepi-orientáció negatív összefüggést mutatnak, ami arra utalhat, hogy a gondoskodó szerepek túlzott jelenléte korlátozhatja a személyes fejlődés és társadalmi hasznosság megélését. A hagyományos nemiszerepi-orientációjú nők körében gyakoribb volt az identitáskrízis és a menopauzális tünetek erősebb megélése, míg a modern nemiszerepi-orientáció az elköteleződés és a rugalmas szerepértelmezés védőfaktoraként jelent meg. A mediációs elemzés alapján a nemiszerepi-orientáció közvetlenül és a menopauzális tüneteken keresztül is hozzájárul az identitáskrízis kialakulásához.

Következtetések: Összességében a progresszív nemiszerep-orientáció támogató tényezőként segítheti az identitás integrációját és a menopauza pozitívabb megélését. A nőekkel szembeni társadalmi elvárásoknak való megfelelés vágya és a változó kort övező negatív sztereotípiák növelik az identitáskrizis előfordulásának valószínűségét: a női létből és az idősödésből adódó hátrányok hatása összeadódik.

Kulcsszavak: menopauza tünetek, nemi szerepek, identitáskrizis, generativitás, identitásfejlődés

BEVEZETŐ

A menopauza ideje alatti (általában 45–55 éves kor között) hormonális változásokkal párhuzamosan változik a nők személyes és társadalmi identitása is (lásd pl. Sergeant & Rizq, 2017; Csonka et al., 2026). Egyes beszámolók szerint a menopauza – ami a peteérés 12 hónapja tartó megszűnésének időpontja – az élet egy bizonyos szakaszának lezárását, míg egy új szakaszba való belépést jelent. Természetes menopauzális folyamat esetén általában nem hirtelen bekövetkező változásról beszélhetünk, hanem különböző szakaszokat is megkülönböztethetünk. Bár jellemző, hogy az alább felsorolt szakaszokra egységesen menopauzaként hivatkoznak, az egyes szakaszok, olykor egymástól jól elhatárolható, különböző biológiai és pszichés jellemzőkkel járnak. A kezdeti szakasz neve perimenopauza/klimaktérium: általában a menopauzát megelőző 3–5 évben lép fel. Ebben az időszakban jellemző a ciklus rendszertelenné válása, valamint számos tünet megjelenése (pl. hőhullámok, éjszakai izzadás, alvási nehézségek, erős szívdobogás érzése). Ugyanakkor a női szervezet a perimenopauza időszakában továbbra is termékeny. A következő szakasz a menopauza névre hallgat: a fent említett definíció szerint menopauzában a menopauzális folyamatban az utolsó menstruációs ciklust

követő 1 évet jelöljük. Ebben az időszakban a petefészkek működése visszaesik, valamint a peteérés véglegesen leáll, tehát a petefészkek leállítják a megtermékenyítésre szánt petesejtek kibocsátását, amely jelentős ösztrogénszint-csökkenést eredményez (Barth et al., 2015; WHO, 2024). Posztmenopauzaként hivatkozunk a menopauzát követő időszakra, amely során a hormonális változások által okozott tünetek még pár évig fennállhatnak (Baker & Benayoun, 2023). Jól látható, hogy a menopauza jellemzően hosszú, évekig tartó folyamat, amelynek egyes szakaszait, valamint egészét tekintve is változatos tünetek kísérnek. Ez a fajta átmenet a menopauzán áteső nőket társas szerepeik és státuszuk újragondolására ösztönzi (Rubinstein & Foster, 2013; Sathiyaseelan et al., 2024). A menopauza tapasztalatai összefüggést mutathatnak azzal, hogy milyen változások következnek be a női szerepek működésében, és ezeket hogyan értelmezi és hogyan éli meg az egyén. Jelen kutatásunk azt a kérdést veti fel, hogy a nemiszerep felfogás (hagyományos vagy progresszív) hogyan függ össze a menopauza alatt megtapasztalt tünetek erősségével, a generativitással valamint a középkorúság alatt átélt identitáskrizissal és identitásfejlődéssel a menopauza időszakában lévő nőknél.

Bár a menopauza biológiai értelemben univerzális jelenség, a változókor szubjektív

megélése és a tünetek mintázata jelentős kulturális, társadalmi és életmódbeli eltéréseket mutat (Badacsonyi et al., 2026; Endara-Mina, et al., 2025). Számos vizsgálat igazolta, hogy a menopauzális tünetek intenzitásával összefüggő tényezők – így az iskolázottság, a lakóhely, a szocioökonómiai státusz, a rassz és etnikum, a paritás, valamint a testtömegindex (BMI) – kulturálisan differenciált módon hatnak (Qingwen Deng et al., 2025). A nyugati társadalmakban élő nők körében elsősorban a vazomotoros és pszichés tünetek (pl. hőhullámok, alvászavarok) dominálnak, amelyek előfordulási aránya elérheti a 70–87%-ot (Tang et al., 2025). Ezzel szemben az ázsiai populációkban gyakrabban számolnak be szomatikus panaszokról, például izom- és ízületi fájdalomról, fáradtságról vagy fejfájásról.

A menopauza az érintett nők számára egyszerre jelenhet meg veszteségélményként és adaptív életciklus-váltásként, amelynek megélését befolyásolja a perimenopauzát megelőző önértékelés, valamint a rendelkezésre álló társas támogatás. A menopauza gyakori fizikai megjelenései közé tartoznak a hőhullámok, alvászavarok, hüvelyszárazság és testsúlyváltozások, amelyek önmagukban is hatással lehetnek a testkép és az önértékelés érzésére (Séjourné et al., 2019). Több tanulmány is kimutatta, hogy a menopauza tüneteit erősebben megélt nők gyakrabban mutatnak negatív testkép- és önértékelési mintázatokat, valamint hogy ezek a pszichológiai tényezők kapcsolatban állnak a tünetek intenzitásával is (Nazarpour et al., 2021, Vincent et al., 2023). Ezutóbbi szisztematikus áttekintés rámutat, hogy a menopauza során tapasztalt testi változások gyakran társulnak érzelmi és pszichológiai stresszel, testkép- és énkép-aggályokkal, amelyek együttesen

befolyásolják a közérzetet. A pozitív énkép és testkép védőfaktort jelent az erős tünetekkel szemben (Bloch, 2002). Ha a változókor szexualitás változásaira fókuszálunk, egyes kutatások szerint a testkép pozitívabb megélése összefügg a jobb szexuális működéssel és elégedettséggel is, míg a negatív testkép és testszégyen gyengébb szexuális funkcióhoz kapcsolódik (Nazarpour et al., 2021).

A nyugati társadalmakban mindehhez gyakran társulnak az idősödő nőekkel kapcsolatos negatív sztereotípiák és az öregedés devalválása (de Salis et al., 2017). Empirikus adatok szerint a menopauzával kapcsolatos negatív attitűdök erősebb tüneti beszámolókkal járnak együtt, különösen azokban a kulturális kontextusokban, ahol a változókor nem betegségként, hanem a normatív öregedési folyamat részeként jelenik meg (Ayers et al., 2010).

Változások a családi és partneri szerepekben

A menopauza időszakában a nők szembesülnek azzal, hogy családi és partneri szerepüket újra kell értékelniük, mivel a gyermekeik kamasszá, majd felnőtté válása új kihívások elé állítja házasságukat. Egyesek arról számolnak be, hogy kevésbé tudnak partnerként viselkedni vagy már nem tartják magukat annyira kompetensnek bizonyos társadalmi szerepekben, mint pl. az anyai szerepben. Sokszor tapasztalják azt a menopauzában lévő nők, hogy férjeik állapotukkal kapcsolatban értetlenek vagy negatív hozzáállást tanúsítanak (Sathiyaseelan et al., 2024). Többen is beszámoltak arról, hogy férjeik nem értették meg a menopauza folyamatát és annak párkapcsolatukra gyakorolt hatását: „Leggyakrabban a férjem nem érti meg

a hiányosságaimat és azt a tényt, hogy klimaxos nő vagyok. Nem érti, hogy mire gondolok, amikor azt mondom, hogy fáradt vagyok és itt az ideje, hogy kipihenjem magam.” (Parand avar et al., 2014, p. 250). Pedig a családtagok támogatása jelentősen hozzájárul ahhoz, hogy egy nő mennyire pozitívan/negatívan éli meg a változókort, valamint a házastársak közötti kapcsolat minősége is jelentős mértékben befolyásolja a nők menopauza alatti mentális egészségét. A partner támogatásának hiánya ugyanis növelheti a depresszió vagy a súlyos szorongás rizikóját, ahogy a csökkent vonzerő és a szexuális diszfunkció kialakulását is (Perrig-Chiello et al., 2008; Sathiyaseelan et al., 2024). A szexuális problémák meglehetősen gyakoriak a menopauzában lévő nők körében, ami befolyásolja a párok életét. Sokan félnek attól, hogy érzelmi labilitásuk és csökkent libidójuk miatt elveszítik partnerüket, különösen akkor, ha szexuális igényeik eltérőek. A csökkenő libidó akkor lehet kevésbé problematikus, amennyiben azt partnerük elfogadja (Nosek et al., 2012). A nők és férjeik kapcsolatában illetően bekövetkező változások stresszt okozhatnak, ami könnyen a menopauzával szembeni negatív hozzáállás kialakulásához vezethet (Parand avar et al., 2014). Egy vizsgálat szerint az európai nők mintegy harmada érezte úgy, hogy családja, az egészségügyi szakemberek és a barátok nem értik meg menopauza tüneteiket és nem tudják őket megfelelően támogatni ebben az időszakban (Panay et al., 2021).

A változókorba lépés gyakran szerepkonfliktusokat is tartogat: a menopauzán éppen áteső nők serdülő gyermekei is átmeneten mennek keresztül, mindez pedig félreértésekhez, konfliktusokhoz vezethet. Továbbá, a szülő-gyermek kapcsolat jellege

drasztikusan változhat: a posztmenopauzába lépő nők egyre több időt és figyelmet igényelnek gyermekeiktől (Sathiyaseelan et al., 2024). A tényleges és a kívánt szerep-befektetés közötti eltérést a társadalmi és gazdasági kapacitás kontextusában kell vizsgálnunk. Egy kutatás szerint a gyermeküket egyedül nevelő anyáknál és az egyedülálló nőknél volt a legalacsonyabb az összhang, míg a kétgyermekes nőknél volt a legnagyobb. A szerepekkel való elégedettség hatással van a mentális jóllétre, amelyet meghatároz partnerkapcsolatuk és fizikai egészségük is (Perrig-Chiello et al., 2008).

Egy vizsgálat szerint a középkorú nők szerepei közül a legtöbb időt az anyaság, illetve a munkavállalói szerepkör követeli, éppen ezért érthető vágy részükről, hogy több minőségi időt szeretnének szánni önmagukra és partnerükre, amely magyarázható azzal is, hogy a sok éven át tartó, gyermeknevelésbe és munkába fektetett erőfeszítés után egyre nagyobb igényük van önmaguk újradefiniálására, az önreflexió gyakorlására is. A megkérdezett nők kiemelték, hogy jó lenne, ha kevesebb időt kellene az anyai szerepből fakadó feladataikra, illetve a munkájukra áldozniuk, tehát több időt igényeltőlük ez a két szerepkör, mint amit ők valójában erre szerettek volna fordítani. Ebben a 2008-as, svájci kutatásban sok nő felnőtt korú gyermeke (átlag életkor: 20 év) még otthon élt, amely okozhatta az anyák szerepeinek túlterheltségét is (Perrig-Chiello et al., 2008). Valószínűsíthetően ez ma sincs másképp, főleg, ha figyelembe vesszük, hogy még az időszerű szülők ellátása is többnyire a középkorú nőkre hárul.

Munkahelyi szerepek és státusz változása a középkorú nőknél

Ebben az életszakaszban mind a nők, mind a férfiak maximális státusznak örvendhetnek karrierjük szempontjából, és munkahelyi felelősségeik szerteágazóak (Sathiyaseelan et al., 2024). A középkorú személyek önbévallása szerint intelligenciájuk és integrációs készségük is hatékonyabb, amit magyarázhat az, hogy a státusszal járó elvárások generálják az intellektuális fejlődést is (Helson & Soto, 2005). A társadalmi szerepek szempontjából az élet közepe az az időszak, amiben egyszerre több szerepet (pl. házastárs, munkavállaló, szülő) is össze kell hangolni. A változókorban azonban az évek előrehaladtával ezek a szerepek számuk és jellegük tekintetében is változnak, pl. gyermekek önállósodásának, szülők gondozásának, elvesztésének következtében. Továbbá, a középkorúság vége felé már jól érzékelhető a státusz csökkenése is, amely a nyugdíjba vonulásban csúcsosodik ki (Helson & Soto, 2005).

A 21. századi társadalomban nemcsak elvárás, de gazdasági szempont is, hogy a nők az anyaság mellett munkát is vállaljanak, karrierútjuk legyen. A középkorúságot elérő nők nemcsak az anyai és a munkavállalói szerepekkel kell, hogy megbirkózzanak, hanem új szerepeik (pl. szüleikről való gondoskodás) is adódhatnak, ahogy az életközépi szakaszba lépnek. Éppen ezért gyakran "szendvicsgenerációnak" is nevezzük őket (McFadden & Rawson Swan, 2012). Ugyanakkor más nehézségeket él meg és más lehetőségeket észlelhet egy 40-es éveie elején járó, fiatal felnőtt gyerekeket nevelő anya, míg egy 60-as éveiben járó nyugdíjba készülő nagymama, vagy mint egy 50-es éveiben járó, vezető beosztásban dolgozó nő társa (Newton & Stewart, 2010). Amennyiben egy nő

dolgozik, akkor elképzelhető, hogy tudatosabban és rugalmasabban tud navigálni ebben az időszakban, mivel munkavállalói státusza az identitásának jelentős aspektusát képezheti, valamint segít erősíteni az öntudatot is. Egy kutatás eredménye szerint, a dolgozó nők esetében alacsonyabb a valószínűsége annak, hogy a menopauza alatt depresszió, szorongás vagy társas diszfunkció alakul ki (Sathiyaseelan et al., 2024). Mivel azonban a munkahelyi feladataik mellett magánéletükben is a már korábban említett fokozódó érzelmi és fizikai terhek nehezeden rájuk, így extra támogatásra szorulhatnak, mivel több szerep hatékony ellátása küzdelmes kihívás (Helson & Soto, 2005; Sathiyaseelan et al., 2024).

A szerepváltozások hatása a középkorú nők identitására és életminőségére

A nők szerepeiken belül és azok között megélt tapasztalati minősége hozzájárul az egészségi állapothoz is, amely egyébként is terhelt lehet a menopauza következtében. A többféle szerepet betöltő nők esetében a szerepek észlelt minősége és fontossága befolyásolta a mentális egészséget is (Perrig-Chiello et al., 2008). Sok nő – bár úgy érezte, hogy fontos szerepeik vannak mind a családi életben, mind pedig foglalkozásukból fakadóan – azt tapasztalta maga körül, hogy a társadalmi feltételek a fiataloknak kedveznek, és kihangsúlyozták, hogy a médiában nincsenek reális, idősebb női példaképek (Rubinstein & Foster, 2013).

A szerepek megváltozása olykor jelentős nyomást helyez a középkorú nők mentális egészségére és a társas működésre is (Lanza di Scalea et al., 2012). A nők jelentős többsége számol be negatívan alakuló pszichoszociális változásokról, pl. gyermekeikkel kapcsolatos

problémákról, irántuk érzett aggodalomról, illetve félnek a magánytól is (McFadden & Rawson Swan, 2012). Amennyiben egy középkorú nőre gondozói szerepek is hárulnak, az növelheti a depressziós tünetek megjelenésének valószínűségét és kevésbé kielégítő társas működéssel is együttjár. Ez az eredmény nem meglepő, hiszen mások gondozása pszichésen megterhelő és időigényes tevékenység, melynek következtében a gondozást végző egyénnek kevésbé lesz lehetősége arra, hogy társas kapcsolatait ápolja (Lanza di Scalea et al., 2012). Előfordul az is, hogy a menopauzális átmenetet átélő nők attól tartanak, hogy szociális helyzetekben jelentkeznek majd tüneteik, minek következtében megjelenő kényelmetlen érzéseiket nem fogják tudni kezelni, amely oda vezethet, hogy inkább elkerülik majd a társas helyzeteket vagy kellemetlen érzéseik kompenzálását választják, amely egészségük romlásához vezethet (Nosek et al., 2012). Úgy tűnik azonban, hogy a középkorú nők barátaikkal és családtagjaikkal való kapcsolattartása több tényezőtől függ: a kapcsolat jellegétől, a családstruktúrájától (e kettő a legmeghatározóbb a barátokkal töltött időt tekintve), a fizikai távolságtól, az erőforrásoktól és a kapcsolattartás iránti érdeklődéstől. A középkorú nők kevesebb időt töltenek baráti és családi kapcsolataik ápolásával, ha gyermekeik még otthon élnek, dolgoznak vagy rossz egészségügyi állapotban vannak, ellentétben azokkal, akik magasabb jövedelemmel rendelkeznek – ők arányosan több időt szentelnek barátságaik ápolására (McFadden & Rawson Swan, 2012).

A társadalmi és nemi szerepek nemcsak számszerűen változnak, hanem a társas biztonságot, a normakövetést, az érzelmi komplexitást, és a motivációt is átalakítják. A változókor idején átalakulnak az egyének motivációs bizonytalanságai: egy kutatás

szerint 43 éves korra tehető az identitás, a státusz és a szex iránti érdeklődés tetőpontja, míg 61 éves korban csúcsosodik az öregedés tudatosítása és ahhoz való pozitív attitűd. A középkor derekán (kb. 52 éves kor) a nők már kevésbé érdeklődtek kapcsolataik, valamint belső lelki életük iránt, mint korábban vagy a késői középkorban, amit magyarázhat az, hogy ebben az életkorban már kevesebb erőforrást és figyelmet igénylő kapcsolati elvárásokkal, valamint fokozott munkahelyi kötelezettségekkel kell szembenéznük (Helson & Soto, 2005).

A menopauza tehát leírható egy olyan átmeneti időszakként, amikor a nőnek újra kell értelmeznie szerepeit és státuszát – mivel a társadalmi narratívák gyakran kérdőjelezzik meg a menopauzába jutó nők relevanciáját, vonzerejét és érzelmi stabilitását (Sergeant & Rizq, 2017). Stotland (2002) szerint a társadalom által gerjesztett, menopauzához kötődő negatív sztereotípiák – olyan képek, mint az „idős, szexuálisan inaktív, értéktelen nő” – nyomást gyakorolnak a nők identitására, ezáltal identitáskrizist idézve elő, különösen azon nők esetében, ahol a társadalom által elvárt női szerepeknek való megfelelés központibb helyet foglal el az identitásban. Ugyanakkor Opayemi (2025) kutatása arra is rámutat, hogy bár ez az időszak gyakran szorongással jár együtt amiatt, hogy a társadalom hogyan látja a menopauzális nőket (pl. marginalizálás, láthatatlanság), ugyanakkor lehetőségként is szolgálhat az identitás újra-fókuszálására, így releváns lehet az identitásfejlődési dimenziók vizsgálata is. A hormonális, testi és társadalmi változások ösztönözhetik a hagyományos nemi szerepek újrafogalmazását, felfedezését, illetve a változás idején az egyén erősebben elköteleződhet valamilyen új szerep vagy identitás mellett

(pl. karrierorientált identitás), amely kevésbé épül a külső nemi szerepelvárásokra.

A menopauza biológiai átmenet, az identitáskrizis viszont pszichológiai konstrukció. A kettő közötti kapcsolat feltételezésünk alapján nem direkt összefüggést mutat, hanem a tünetek szubjektív megélésén keresztül valósul meg. Az erős menopauza tünetek (pl. hőhullámok, libidócsökkenés, testi változások) aktiválják a nőiességről, öregedéssről, termékenységről szóló hiedelmeket, ezáltal megkérdőjelezhetik a hagyományosan nőies szerepeket preferáló nők énképét. A hagyományos női szerepek gyakran kapcsolódnak a fiatalsághoz, termékenységhez, szexuális vonzerőhöz és gondoskodó szerephez, amelyeket a menopauza tünetek megnehezíthetnek, megkérdőjelezhetnek. Korábbi kutatások rámutattak arra, hogy a menopauzával kapcsolatos attitűdök és nemi szerepelvárások befolyásolják a tünetek észlelt intenzitását és distresszét (Hunter & Rendall, 2007; Ayers et al., 2010), míg a tünetek megélése önálló és erősebb prediktora az identitáskrizis kialakulásának, mint maga az életkor vagy menopauzális státusz (Stotland, 2002; Peterson & Duncan, 2007;). Az identitáskrizis különösen erős lehet azoknál a nőknél, akik hagyományosan a női szerepekre építik identitásukat (Peterson & Duncan, 2007).

Nemi szerep-felfogás a menopauzában

A nemi szerepek fogalma azon, férfiakhoz és nőkhez társított viselkedésminták, elvárások, normák és szabályok összességét jelöli, amelyek egy adott társadalmi-kulturális közegben érvényesek. A nemi szerepattitűdök ezzel szemben az egyéneknek a nemi szerepekről és a családon belüli munkamegosztásról alkotott nézeteit és értékeléseit fejezik ki (Gregor, 2014). Számos kutatás rámutat

arra, hogy a nemi szerepek jelentős mértékben eltérnek kultúránként (Mead, 1949), történeti korszakokként (Merton, 1968), sőt társadalmi rétegenként is, annak ellenére, hogy a biológiai és genetikai adottságok alapvetően változatlanok. Mindez arra utal, hogy a nemi szerepek elsősorban társadalmi tanulás és szocializáció eredményeként formálódnak. Társadalomban élve megtanuljuk az elvárt „*férfias*” (jellemzői: ambiciózus, merész, domináns), illetve „*nőies*” (jellemzői: gondoskodó, együttérző, kedves, érzelmes) viselkedésformákat, amelyek aztán a nemi szerepeket formálják. A nemi szerep alapvetően a társadalom által meghatározott, a nemekkel kapcsolatos elvárás, amelynek nőként is és férfiként is meg kell felelnünk. Azonban a nemi szerepek önmagukban nem csupán két végleletet, a „*nőies*” és „*férfias*” jellegzetességeket jelölik, hanem lehetünk egyszerre nőiesek és férfiasak is (Onder & Batigun, 2016). A XX. század során a fejlett országokban a nemi szerepek átalakulását elsősorban a modernizáció és a posztindusztriális társadalom kialakulása, a nők oktatásban és munkaerőpiacon való fokozódó részvétele, a szekularizáció, valamint a női emancipáció és individualizáció, illetve a feminista mozgalmak megerősödése segítette elő (Inglehart–Norris, 2003). A hagyományos nemi szerepek olyan normarendszert jelentenek, amely a férfiak és nők viselkedését, társadalmi feladatait és identitását biológiai nemhez köti, és gyakran hierarchikus viszonyban értelmezi. A férfi szerepe elsősorban az anyagi eltartás, döntéshozatal, dominancia, míg a nő szerepe a gondoskodás, gyermeknevelés, háztartási munka (Bem, 1981, Bales & Parsons, 2014). A progresszív vagy egalitárius nemi szerepek olyan felfogást tükröznek, amely a nemi szerepeket társadalmilag konstruált,

rugalmas és újratárgyalható mintázatokként értelmezi, tehát a családi és munkahelyi szerepek nem kötődnek szigorúan a nemhez: a gondoskodási feladatok és a kenyérkereső szerepek megosztottak (Eagly & Wood, 2012).

A kutatások szerint a férfias nemi szerep a korai menopauzában (45 éves kor alatt) lévő nők esetében volt jellemző. Ezt azzal magyarázzák, hogy a korai menopauzázt átélő nők esetlegesen nem tudták internalizálni a társadalmi normának megfelelő nemi szerepet, amely fokozott stresszt okozott számukra (Onder & Batigun, 2016). Bár egyértelmű ok-okozati kapcsolatot a korai menopauza és az internalizált férfias nemi szerep között nem lehet kimutatni, azonban lehetséges az is, hogy a férfias nemi szerep, valamint az annak való megfelelés okozta fokozott stressz, a házastársi alkalmazkodás elégtelensége és a maladaptív stresszkezelési technikák mind-mind hozzájárulhatnak a korai menopauza kialakulásához (Onder & Batigun, 2016). Ezzel ellentétben Kruk és munkatársainak (2021) eredményei szerint a leszbikus és biszexuális nők kisebb mértékű pszichés tünetet élnek meg a menopauza kapcsán, és ennek a különbségnek egy része azzal magyarázható, hogy a szexuális kisebbséghez tartozó nőkre kevésbé jellemző a tradicionális nemiszerep-orientáció.

Generativitás és a menopauza időszaka

Erikson pszichoszociális fejlődésmélete (Erikson, 1959) az emberi fejlődést egész életen át tartó folyamatként írja le, amelynek során az egyén egymást követő fejlődési kihívásokkal és krízisekkel szembesül. A középső felnőttkor (kb. 40–65 év), mely a nők esetében rendszerint a menopauza

bekövetkezésének időszaka is, központi fejlődési feladata a generativitás, amely azon képességet jelöli, hogy az egyén túllépjen saját szükségletein, és felelősséget vállaljon a következő nemzedék, illetve a tágabb közösség iránt. Erikson a generativitást a pszichoszociális érettség egyik kulcsindikátorának tekintette, amely a gondoskodásban, iránymutatásban, valamint a társadalmi és alkotó tevékenységekben nyilvánul meg (Kotre, 1984; McAdams, 2006; McAdams et al., 1986; Van De Water & McAdams, 1989). A generativitás magában foglalja a produktivitást és a kreativitást is, és szoros összefügg azzal a kérdéssel, hogy az egyén milyen értékeket, hozzájárulást és „örökséget” hagy maga után.

McAdams és de St. Aubin (1992) a generativitást nem normatív fejlődési feladatként, hanem a világ felé irányuló, gondoskodó és produktív attitűdként értelmezik, amely az egyén társas elköteleződését fejezi ki (McAdams, 2006). Felfogásuk szerint a generativitás egy komplex, többkomponensű konstruktum, amely a következő generációra irányuló személyes és társas célok mentén szerveződik. A kulturális normák és a belső motivációk együttesen formálják a generativitásra irányuló törekvéseket, amelyek a következő generáció iránti felelősségérzetben, aggodalomban és aktív odafordulásban öltenek testet. Kotre (1984) rámutat arra, hogy a generativitás nem kizárólag másokra irányuló, gondoskodó tevékenységekben jelenhet meg, hanem az egyénre fókuszáló, alkotó jellegű törekvések formáját is öltheti, amelyek elsődlegesen az egyén önmegvalósítását szolgálják, ugyanakkor tartós értéket hordoznak, és közvetve a következő generáció számára is jelentéssel bírnak.

A menopauza mint normatív testi és szerepbeli átmenet potenciálisan erősítheti a generativitást: Mc Adams és de St. Aubin (1992) kutatásában középkorú nők narratíváiban a generativitás átalakulhat (az anyaság fókuszából mentorálásra vagy alkotásra), valamint identitás-újraservezéssel jár együtt. A testi változások és az öregedés, a termékenység lezárulása jelentésadási folyamaton keresztül hatnak a generativitásra, de amennyiben identitáskrízisként vagy veszteségélményként interpretálódnak, az stagnáláshoz vezethet. A krízis kimenetele függ attól, hogy a nő képes-e számára értelmes, új szerepeket találni, vagy nőiessége elvesztéseként értelmezi az átmenetet.

Nemiszerep-orientáció, generativitás és identitáskrízis

Peterson és Duncan (2007) vizsgálatában a generativitás pozitív összefüggést mutatott az étellel való elégedettséggel és a sikeres öregedéssel, viszont a hagyományos nemi szerepek elfogadása ehhez nem járult hozzá. Ugyanakkor egy középkorú felnőttek körében végzett kutatás szerint a generativitást függetlenül előrejelezi a férfias és nőies aspektusok is, azaz mindkét nemiszerep-orientáció hozzájárulhat az önmegvalósításhoz és jóléthez (Ackerman et al., 2000). Sagara és Ito (2017) japán nőkkel végzett kutatása rámutatott arra, hogy a generativitásnak több típusa is létezik, és a társadalmi hozzájárulás iránti vágy aspektusa kutatásuk szerint a nők esetében intenzívebben jelen van - ez arra utal, hogy a nemi szerepek és kulturális elvárások befolyásolhatják, hogy ki hogyan éli meg a generativitást. Chen és munkatársai (2022) arra jutottak, hogy a nőknél ezzel

szemben a társas tőke (kapcsolatok, társas támogatás) a generativitás kulcsa. Láthatjuk, hogy ez pont olyan életszakaszban jelenik meg, amikor a nők – ahelyett, hogy támogatást kapnának – mások támogatásának a feladatát végzik el (Lanza di Scalea et al., 2012), amely megnehezítheti a generativitás megélését, míg a fenti kutatásban a férfiakra jellemző humán tőke (ismeretek, készségek elsajátítása) elősegítheti azt.

Erikson pszichoszociális fejlődésmélete szerint a középkorúság egyik kulcsfeladata a generativitás, amely két formában is megnyilvánulhat, a tudatosság és a társadalmi hasznosság iránti vágy formájában (Sagara & Ito, 2017). A női nemi szerepek gyakran magukban foglalják a gondoskodást, törődést és mások iránti felelősségvállalást, azonban hiányozhat belőlük a szakmai önmegvalósítás, karrierépítés, a családon kívüli társadalomban való aktív részvétel, ami szoros összefüggésben áll a generativitással. Ezért azok a nők, akik jobban azonosulnak a hagyományos női szerepekkel, lehetséges, hogy kisebb mértékű generativitási hajlandóságot mutatnak (Peterson & Duncan, 2007; Sagara & Ito, 2017).

Jelen kutatás és hipotézisek

Jelen kutatásunkban négy hipotézist fogalmaztunk meg arra vonatkozóan, hogy milyen összefüggések mutatkoznak a nemiszerep felfogás (hagyományos vagy progresszív) valamint a menopauza tünetei, a generativitás, a középkorúság alatt átélt identitáskrízis és identitásfejlődés között a menopauza időszakában lévő nőknél. Hipotéziseink a következők voltak:

H1. Azok a nők, akik a nemi szerep preferencia kérdőív alapján inkább a hagyományos női szerepeket preferálják, alacsonyabb

generativitási szintet mutatnak (Ackerman et al., 2000; Peterson & Duncan, 2007; Sagara & Ito, 2017; Chen et al., 2022).

H2. Különbség mutatkozik a hagyományos és a progresszív nemi szerep-orientációjú nők között az identitáskrizis megélésénekmértékében, valamint a széleskörű exploráció, a ruminatív exploráció, az elköteleződéssel való azonosulás, az elköteleződéssel, továbbá a mély exploráció-identitásfejlődési dimenziókban (Stotland, 2002; Peterson & Duncan, 2007; Sagara & Ito, 2017; Sergeant & Rizq, 2017; Chen et al., 2022).

H3. Azok a nők, akik nagyobb mértékben tapasztalnak menopauza tüneteket, hagyományosabb nemiszerep-orientációval rendelkeznek (Kruk et al., 2021; Sathiyaseelan et al., 2024).

H4. A több észlelt menopauza tünet mediálja a kapcsolatot a hagyományos női szerepek preferenciája és az identitáskrizis megélésének mértéke között (Rubinstein & Foster, 2013; Onder & Batigun, 2016; Lycke & Brorsson, 2022; Sathiyaseelan et al., 2024).

MÓDSZER

Vizsgálati személyek

Az adatok felvétele online kérdőívcsomag kitöltésével zajlott 2024. november 28. – 2025. március 13. között.

A kérdőívet kényelmi mintavétellel és hálóba módszerrel, online terjesztettük. A menopauza szakaszában lévő női kitöltőket (45–55 év) a közösségi média felületein található, Facebookon fellelhető tematizált menopauza csoportokban, illetve chat szobákban, szöveget és képet is tartalmazó

posztok megosztásával kerestük meg. Ezentúl a csoportokhoz tartozó privát üzenetben is megosztottuk a kutatásról szóló felhívást, ahogy néhány, a korosztályi feltételeket teljesítő nőt privát üzenetben is megkerestünk, akik aztán tovább osztották a kérdőívet saját ismeretségi körükben. A kérdéssort egy tájékoztató és beleegyező nyilatkozat előzte meg, ahol a kitöltők információt kaptak a vizsgálat céljáról, az adatok kezeléséről, kiemelve az anonimitást és azt, hogy visszajelzést ezen vizsgálat keretében nem tudunk adni. A résztvevők önkéntes alapon vettek részt a vizsgálatban, a kitöltés feltétele a 18. életév betöltése volt, melyről a vizsgálati személyek önbevallásos alapon nyilatkoztak. A mintába történő beválogatás feltételei a következők voltak: 45 és 55 év közötti női kitöltők kerültek bele a vizsgált csoportba. Kizárási kritérium: 45 év alatti és 55 év feletti életkor, nem.

A kutatásban 644 fő ($N = 644$ fő) vett részt. Azonban a teljes kérdőívet végül 348 fő ($N = 348$ fő) töltötte ki. A vizsgálatban szabott feltételeknek, életkor (45–55 év), valamint nem (csak női kitöltőket kerestünk) 22 résztvevő nem felelt meg, így őket kizártuk a kutatásból. A statisztikai elemzésbe végül 326 fő ($N = 326$ fő) adata került.

A résztvevők átlagéletkora 50,4 év volt ($SD = 2,83$ év; $min = 45$ év; $max = 55$ év).

A kitöltők 23%-a a fővárosban, 23%-a megyei jogú városban, 34%-a városban, míg 20%-a községben él.

A kitöltők 16%-a jelenleg egyedülálló, elvált vagy özvegy, kapcsolatban 83%-uk él, míg 1%-uk nem nyilatkozott jelenlegi kapcsolati státuszáról.

A résztvevők 10%-nak nincs, míg 90%-nak van legalább egy gyermeke. A kitöltők 92%-a rendelkezik jelenleg munkahellyel.

Vizsgálati eszközök

Az adatok felvételéhez a következő kérdőíveket használtuk:

Demográfiai kérdőív

A demográfiai kérdőívben a kitöltő nemére, életkorára, legmagasabb iskolai végzettségére, lakhelyének típusára, anyagi helyzetére, párkapcsolati státuszára, gyermekeinek számára kérdeztünk rá. Ezentúl kérdés volt az is, hogy rendelkezik-e munkahellyel, valamint jelenleg hormonterápiában részesül-e.

Menopauza Értékelési Skála (Menopause Rating Scale – MRS)

Hauser és munkatársai (1994) által fejlesztett *Menopause Rating Scale (MRS)* (12 tétel) kérdőív, melynek segítségével az öregedési tünetek súlyosságát (mennyire jellemző az adott tünet a kitöltő egyénre) és azok hatását mérjük (például „Hőhullámok, izzadás”, „Ingerlékenység [idegesség, belső feszültség, agresszivitás]”). A válaszadás ötfokú Likert-típusú skálán történik (0 = nincs, 1 = enyhe, 2 = mérsékelt, 3 = súlyos, 4 = nagyon súlyos). A mérőeszközt Lukács (2024) fordította magyarra egyetemi tanszéki kutatás keretében.

Fejlődési Krízis Kérdőív (DCQ)

Az eredeti, 12 tételű kérdőívet Petrov és munkatársai (2022) dolgozták ki, melynek segítségével a felnőttkorban bekövetkező fejlődési krízis epizódokat mérjük az elmúlt 6 hónap tükrében (pl. „Többször kérdőjeleztem meg magamat és az életemet, mint általában.”, „Az életem stabilnak és kiszámíthatónak tűnik.”). Az angol kérdőívet Horváth és Szabó (2024) fordította magyarra egyetemi tanszéki kutatás keretében.

A 12 tételű kérdőívnek 3 alskálája van: *elhatárolódás és stressz, fordulópont és átmenet* (a kapcsolatok és szerepek radikális vagy nem folytonos változását méri), *átláthatóság hiánya és kontrollvesztés*. Az *elhatárolódás és stressz* dimenzió elméleti háttere szerint a fejlődési krízisnek gyakori velejárója, hogy a környezetből érkező elvárások túlterhelik az egyént, amelyre már nem tud a korábban hatékonynak bizonyuló megküzdési módokkal reagálni. Ha sikerül új, adaptívabb megküzdési módokat találnia, amely támogatja a krízisen való átjutását, akkor az viselkedésmintáinak megváltozásával fog együtt járni, amely hatással lesz személyes kapcsolataira is. Az *átláthatóság és kontrollvesztés* dimenzió hátterében pedig az áll, hogy a krízisepizódok során erősen negatív érzelmeket élünk át, amelyek a jövővel kapcsolatos bizonytalanságot, szorongást és a kontrollvesztés érzetét kelthetik. Ezek az intenzív és negatív érzelmek depressziót, szorongást, frusztrációt vagy annak érzetét okozhatják, hogy az egyén nem tud megbirkózni a krízissel (Petrov et al., 2022).

A válaszadás ötfokú Likert-típusú skálán történik (1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2 = Nem értek egyet; 3 = Semleges; 4 = Egyetértek; 5 = Teljes mértékben egyetértek). A skála első 4 tétele az *elhatárolódás és stressz*, az 5–8. tétel az *átláthatóság hiánya és kontrollvesztés*, a 9–12. tételek pedig a *fordulópont és átmenet* alskálákhoz kapcsolódnak. Az 5, 6, 7, 8-as tételek fordított tételek, amelyeket az adattisztítás során ennek megfelelően kódoltunk.

Petrov és munkatársai (2022) először egy feltáró faktorelemzést (EFA) végeztek, melynek eredményeként előzetesen 3-faktoros és 6-faktoros modell feltételezhető. A 3 dimenziós, 12 tételű verziót használjuk kutatásunkban.

*Identitásfejlődési Dimenziók Skála
(DIDS)*

Az eredeti kérdőívet Luyckx és munkatársai (2008) hozták létre. A 25 tételű kérdőív segítségével a ruminatív (folytatólagos) explorációt, elköteleződést, valamint a jövővel kapcsolatos terveket mérjük (pl. „Eldöntöttem, hogy merre tartsak az életben.”, „A jövőbeli terveimnek köszönhetően biztos vagyok magamban.”).

A magyar nyelvűre történő fordítást és validálást Rivnyák és munkatársai (2022) végezték. Az eredeti kérdőív 4 alskálát (széles körű exploráció, mély exploráció, elköteleződés és azonosulás az elköteleződéssel) tartalmaz. Rivnyák és munkatársai (2022) 4, 5 és 6 alskálát tartalmazó változatára is konfirmációs faktorelemzést (CFA) végeztek, melynek eredményeképpen magyar mintán az 5 alskálát alkalmazó változat illeszkedése a legjobb ($\chi^2(260) = 956.302, p < 0,001, CFI = 0,928, TLI = 0,917, RMSEA = 0,058$). Ennek megfelelően kutatásunkban az 5 dimenziós kérdőívet használtuk, amely az exploráció 3 típusát vizsgálja, melyek a következők: *széleskörű exploráció* (az egyén identitásával kapcsolatban végzett kereső, feltáró tevékenységét méri), *mély exploráció* (azt méri, hogy az egyén céljainak és értékeinek mekkora mértékben felel meg az a választás, amely mellett elköteleződött), *ruminatív exploráció* (azt méri, hogy fennáll-e maladaptív folyamat, miszerint az egyén nem képes elköteleződni egyetlen lehetőség mellett sem, ezért folyamatos rágódás jellemzi). További alskálák még az *elköteleződés* (azt méri, hogy az egyénnek vannak-e határozott döntései az identitásával és életével kapcsolatban), illetve *azonosulás az elköteleződéssel* (az egyén döntéseivel kapcsolatos érzelmeit méri). A válaszadás ötfokú Likert-típusú skálán történik (1 = Egyáltalán nem értek egyet;

2 = Nem értek egyet; 3 = Nem tudom eldönteni; 4 = Egyetértek; 5 = Teljesen egyetértek). A skála első 5 tétele az elköteleződés dimenzióhoz, a 6–10. tételek a széleskörű explorációhoz, a 11–15. tételek a ruminatív explorációhoz, a 16–20. tételek az elköteleződéssel való azonosuláshoz, míg a 21–25. tételek a mély explorációhoz kapcsolódnak.

Loyola Generativitás Skála (LGS)

Az eredeti, 20 tételű kérdőívet McAdams és De St. Aubin (1992) készítette, melynek segítségével a generativitásra vonatkozó ambíciók egyéni különbségeit, valamint a fiatalabb generáció(k) jóléte iránti elköteleződést mérhetjük. A kérdőívet Ilea és munkatársai (2022) fordították és validálták magyar nyelvűre, felnőtt mintára. Magyar nyelven a 18 tételű kérdőív érhető el (pl. „Igyekszem átadni a tudásomat, amelyet a tapasztalatomon keresztül szereztem.”, „Mások azt mondanák, hogy a hozzájárulásom a társadalomhoz példátlan.”). A válaszadás négyfokú Likert-típusú skálán történik (0 = Az állítás sosem igaz Önre.; 1 = Az állítás néha vagy ritkán igaz Önre.; 2 = Az állítás gyakran igaz Önre.; 3 = Az állítás nagyon gyakran vagy majdnem mindig igaz Önre).

Ilea és munkatársai (2022) feltáró faktorelemzést (EFA) végeztek (KMO = 0,909; Bartlett-teszt: $\chi^2(190) = 2765,09, p < 0,01$), melynek eredménye szerint egy faktor jelenléte feltételezhető. Mivel az eredeti kérdőív két állítása (9. és 11. tétel) nem érte el a meghatározott küszöbértéket, ezért Ilea és munkatársai (2022) ezeket kivették a kérdőívből. A 18 tételű kérdőív megerősítő faktorelemzést (CFA) végeztek a kutatók, melynek eredményeképpen a 18 tételt tartalmazó kérdőív illeszkedése jobb volt a magyar mintára ($\Delta\chi^2 = 73,487; \Delta df = 5; p < 0,001$), ezért én is ezt a változatot alkalmaztuk

Nemi Szerep Preferencia Kérdőív

A Nemi Szerep Preferencia kérdőívet Becker és Wagner (2009) fejlesztette. Eredetileg 33 ítemes kérdőívet hoztak létre, amely a feltárási faktorelemzés (EFA) után végül 8 tételes kérdőívet eredményezett. Az eszköz alapvetően az egyéni szerep preferenciákat és a valóságban megélt nemi szerepeket méri. Az egyes tételek a nők mindennapi életének különböző területeit fedik le, pl. munka (karrierépítési preferenciája az otthonmaradással szemben), politika (politikai szerepvállalás preferenciája), gyereknevelés, partnerkapcsolat (pl. a hagyományos bánásmód preferálása), társadalmi normák (pl. leánykori név megtartásának preferálása). A tételekre példa: „Inkább otthon maradnék ahelyett, hogy előrelépjek az életben”, „Nem avatkoznék bele politikai ügyekbe, mert az a férfiak dolga”. A kérdőívet Kengyel (2024) fordította magyar nyelvre egyetemi tanszéki kutatás keretében, két független fordító segítségével.

A válaszadás hatfokú Likert-típusú skálán történik (1 = Egyáltalán nem értek egyet.; 2 = Nem értek egyet; 3 = Enyhén nem értek egyet; 4 = Enyhén egyetértek; 5 = Egyetértek; 6 = Határozottan egyetértek). A magas pontszám a hagyományos nemi szerepek iránti preferenciát, míg az alacsony pontszám a progresszív nemi szerepek iránti elkötelezettséget jelöli. Jelen kutatás skála Cronbach α értékeit az 1. táblázat foglalja össze.

Mivel a Nemi Szerep Preferencia Kérdőív megbízhatósága Cronbach- α -teszt alapján alacsony, így a kérdőív egy itemét eltávolítottuk. Ez az item a kérdőív 2. iteme volt: „Butaságnak érezném megtartani a leánykori nevemet házasság után.”

Ez a kérdőív megbízhatóságát megnövelte annyira, hogy a Cronbach- α -értéke az elfogadható tartományban legyen, így végül a kérdőív 7 ítemes verziója került felhasználásra.

Eljárás

A kutatást a PPKE Pszichológiai Kutatásügyi Bizottsága engedélyezte (az etikai engedély iktatószáma 2024_51).

A vizsgálat online adatfelvétellel zajlott. A kérdőívcsomagot közösségi médiafelületen (Facebook) terjesztettük Qualtrics hivatkozás formájában. A kitöltés megkezdése előtt a résztvevők részletes írásos tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról, menetéről és a részvétel feltételeiről. A kérdőív kitöltését kizárólag azok kezdehették meg, akik nyilatkoztak arról, hogy betöltötték a 18. életévüket, a vizsgálatban önkéntesen vesznek részt, és az informált beleegyező nyilatkozat tartalmát elfogadják.

A résztvevőket tájékoztattuk arról, hogy a kutatás anonim módon zajlik, személyazonosításra alkalmas adatokat nem gyűjtöttünk, és a vizsgálat keretében egyéni

1. táblázat. A Nemi Szerep Preferencia Kérdőív Cronbach- α -értéke

Skála	Becker & Wagner (2009)	Magyar nyelvű változat 8 ítemmel (2025)	A 7 ítemes verzió
Nemi Szerep Preferencia Kérdőív	0,73	0,59	0,61

visszajelzés nyújtására nincs lehetőség. A kérdőív elindítása az informált beleegyezés megadásának tekinthető.

Az adatfelvétel során a demográfiai kérdések kitöltését követően a résztvevők a Menopauza Értékelési Skálát (Menopause Rating Scale; MRS), a Loyola Generativitás Skálát (LGS), a Fejlődési Krízis Kérdőívet (Developmental Crisis Questionnaire; DCQ) és az Identitásfejlődési Dimenziók Skálát (Dimensions of Identity Development Scale; DIDS) és a Nemi Szerep Preferencia Kérdőívet (Gender Roles Preference) töltötték ki. Az Életkerék feladat kitöltése ugyan megtörtént, azonban ezek eredményeit a jelen tanulmány elemzése nem tartalmazza.

A vizsgálatban a menopauzális tüneti terhelést, az identitásfejlődés jellemző dimenzióit, a fejlődési krízis szubjektív megélését, valamint a generativitás szintjét operacionalizáltuk standardizált önbeszámolás mérőeszközök segítségével. A mért változók leíró statisztikai mutatóit a 2. táblázat foglalja össze.

Statisztikai módszerek ismertetése

A menopauzális tünetek szubjektív intenzitását a Menopauza Értékelési Skála (Menopause Rating Scale; MRS) mérte, amely 11 tünet súlyosságának értékelését teszi lehetővé 5-fokú Likert-skálán (0 = nincs tünet, 4 = nagyon súlyos tünet). Az összpontszám 0 és 44 pont között alakul; az alacsonyabb értékek enyhe, a magasabb értékek fokozott tüneti terhelést jeleznek, a szakirodalomban elfogadott kategóriák szerint (Csetvei et al., 2024). Jelen vizsgálatban az összesített mutatót használtuk fel.

Az identitásfejlődés aktuális állapotát és dinamikáját az Identitásfejlődési Dimenziók Skála (Dimensions of Identity Development Scale; DIDS) segítségével vizsgáltuk, amely az identitás elköteleződésével és explorációjával összefüggő folyamatokat ragadja meg. A skála összes alskáláját külön-külön felhasználtuk hipotéziseink tesztelésekor.

A fejlődési krízis szubjektív megélését a Fejlődési Krízis Kérdőív (Developmental Crisis Questionnaire; DCQ) operacionalizálta, amely a normatív életszakaszváltásokhoz kapcsolódó bizonytalanság, feszültség és újraszerveződés mértékét méri. Jelen vizsgálatban az összesített mutatót használtuk fel.

A generativitást, mint középkorú felnőttkorban kiemelt fejlődési feladatot, a Loyola Generativitás Skála (Loyola Generativity Scale; LGS) segítségével értékeltük, amely a mások iránti felelősségvállalás, gondoskodás és társadalmi hozzájárulás szubjektív élményét ragadja meg. Jelen vizsgálatban az összesített mutatót használtuk fel.

A hagyományos, illetve a progresszív nemi szerepek preferenciáját a Nemi Szerep Preferencia Kérdőív (Gender Roles Scale) összetett mutatója segítségével mértük.

A feltételezett együttjárások teszteléséhez korrelációs elemzést, a csoportok összehasonlításához nemparaméteres Mann-Whitney-próbát és Kruskal-Wallis-próbát Dunn-féle post-hoc elemzéssel, illetve a negyedik hipotézisünk teszteléséhez mediációs elemzést alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK

Leíró statisztika

Az alábbi táblázatban látható a vizsgálatban felhasznált mérőeszközök leíró statisztikája (2. táblázat).

Hipotézisvizsgálat

H1. Azok a nők, akik a hagyományos női szerepeket preferálják, alacsonyabb generativitási szintet mutatnak.

Az első hipotézisünk tesztelésére Spearman-féle korrelációs tesztek használtunk, mivel a Loyola Generativitás Skála nem normális eloszlású ($W_{LGS}(326) = 0,991$,

$p = 0,037$). Az elemzés alapján gyenge, negatív irányú szignifikáns kapcsolat van a nemiszerep preferencia és a generativitás szintje között ($r_s(324) = -0,174$, $p = 0,002$). Hipotézisünk teljesült, tehát minél inkább a hagyományos női szerepeket preferálja valaki, annál kevésbé jellemző rá a generativitás.

H2. Különbség mutatkozik a hagyományos és a progresszív nemi szereporientációjú nők között az identitáskriszis megélésének területén, valamint az identitásfejlődési dimenziókban.

A nemiszerep orientáció kérdőív alapján a vizsgálati személyekből két csoportot hoztunk létre medián split módszerrel, azaz a medián alatti értékek alapján

2. táblázat. Az alkalmazott skálák és alszállak leíró statisztikája

Skála/alszállak	Tétel-szám	Átlag	Szórás	Min.	Max.	Cronbach- α
MRS – összpontszám	11	14,21	6,87	0	31	0,82
MRS – pszichológiai	4	5,49	3,28	0	14	0,84
MRS – szomato-vegetatív	4	5,25	2,79	0	16	0,62
MRS – urogenitális	3	3,48	2,43	0	11	0,56
DCQ – összpontszám	12	34,45	8,46	15	59	0,865
DCQ – elhatárolódás és stressz	4	10,23	4,16	4	20	0,861
DCQ – fordulópont és átmenet	4	13,83	3,48	4	20	0,847
DCQ – átláthatóság hiánya és kontrollvesztés	4	10,39	3,43	4	20	0,845
DIDS – összpontszám	25	81,92	9,47	56	111	0,760
DIDS – elköteleződés alszállak	5	18,66	4,22	5	25	0,944
DIDS – széleskörű exploráció alszállak	5	18,77	3,90	5	25	0,892
DIDS – ruminatív exploráció alszállak	5	12,37	5,25	5	25	0,928
DIDS – elköteleződéssel való azonosulás alszállak	5	17,88	4,20	5	25	0,931
DIDS – mély exploráció alszállak	5	14,11	3,84	5	25	0,721
LGS – összpontszám	18	23,13	5,95	7	42	0,730
Nemiszerep-preferencia	7	19,76	6,04	7	36	0,61

a modern, a medián feletti értékek alapján a hagyományos nemiszerep orientációjú csoportba kerültek a vizsgálati személyek. A medián értékeket hiányzó értéként tüntettük fel, ők egyik csoportba sem kerültek bele, így 18 értéket eltávolítottunk. Az így kapott változóban 158 fő az inkább modern ($M = 14,76$; $SD = 3,27$), 150 fő az inkább hagyományos ($M = 25,01$, $SD = 3,74$) nemiszerep orientációjú csoportba került.

Abban az esetben, ha a vizsgált változó normál eloszlású volt, Student féle t-próbával, amennyiben a Shapiro–Wilk-teszt eredménye szerint a változó nem mutatott normál eloszlást, Mann–Whitney-próbával teszteltük a hipotéziseinket. A 3. táblázatban láthatók az elvégzett próbák eredményei.

Látható, hogy a nemiszerep orientáció a mély exploráció változón kívül a vizsgált alskálák között szignifikáns különbséget mutat, valamint az identitáskrízis esetében is szignifikáns a két csoport közötti különbség. Eredményeink szerint a hagyományos nemiszerep-orientációval rendelkező nők

a modern nemiszerep-orientációjú nőkhöz képest nagyobb fejlődési krízist élnek át, valamint az identitásfejlődésükre kevésbé jellemző a széleskörű exploráció, az elköteleződéssel való azonosulás és maga az elköteleződés is, ellenben hajlamosak a ruminatív explorációra.

H3. Azok a nők, akik intenzívebb menopauza tüneteket tapasztalnak, nőiesebb szerepeket mutatnak.

Hipotézisünk teszteléséhez Kruskal-Wallis tesztet használtunk, mivel bár a Nemi Szerep Preferencia Kérdőív skála (W_{GRP} (326) = 0,992, $p = 0,1$) normál eloszlást mutat, de a Menopauza Értékelési Skála nem (W_{MRS} (326) = 0,982, $p < 0,001$). A Kruskal-Wallis teszt eredménye szerint szignifikáns különbség van a csoportok között ($H(2) = 10,92$, $p = 0,004$). Annak érdekében, hogy megvizsgáljuk, melyik csoportok között van különbség a Dunn-féle post-hoc elemzést alkalmaztuk. A Dunn-teszt post-hoc, Bonferroni korrekcióval történő analizisében

3. táblázat. A második hipotézis tesztelésének eredményei

	Test	Statistic	df	p	Effect Size	SE Effect Size
z_DCQ	Student	-4,562	306	< 0,001	-0,520	0,118
DIDS – szélesk. exploráció	Mann–Whitney	13,400.500		0,044	-0,131	0,066
DIDS – ruminatív exploráció	Mann–Whitney	9,138.000		< 0,001	0,229	0,066
DIDS – elköteleződéssel való azonosulás	Mann–Whitney	15,185.500		< 0,001	-0,281	0,066
DIDS – elköteleződés	Mann–Whitney	15,043.000		< 0,001	-0,269	0,066
DIDS – mély exploráció	Student	-0,632	306	0,528	-0,072	0,114

szignifikáns különbség mutatkozott az enyhe és a súlyos menopauza tüneteket tapasztaló csoportok között ($p = 0,05$), de nem találtunk szignifikáns különbséget az enyhe és a mérsékelt tüneteket tapasztaló ($p = 0,481$) és a mérsékelt és a súlyos tüneteket megéllő ($p = 0,080$) csoportok között. Összegezve, a menopauza tünetek mértékétől függően eltér, hogy ki, mennyire preferálja a hagyományos női szerepeket. Azok a személyek, akiknek súlyos menopauza tüneteik voltak, szignifikánsan nagyobb pontszámot értek el a Nemi Szerep Preferencia kérdőívben, tehát a hagyományos női szerepeket preferálják, nőiesebb szerepeket mutatnak, mint az enyhe tüneteket átélő társaik.

H4. Azok a nők, akik a nőies szerepeket preferálják, súlyos menopauza tünetek hatására nagyobb identitáskrizist élnek át.

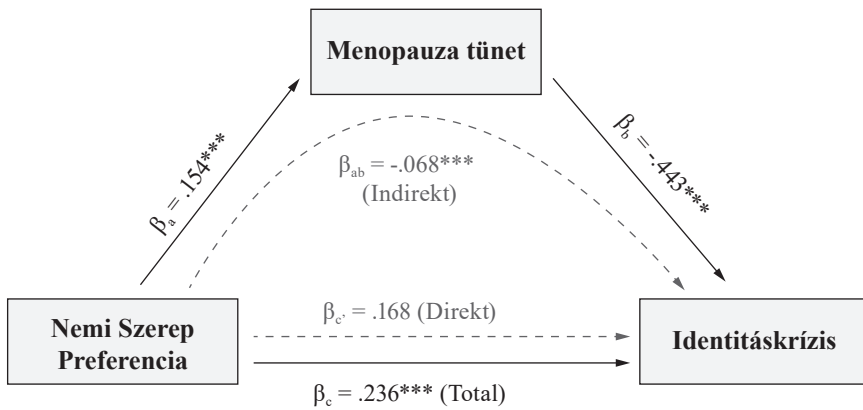
Negyedik hipotézisünk tesztelésére mediációs elemzést végeztünk, hogy megvizsgáljuk, hogy a nemiszerep preferencia identitáskrizisre gyakorolt hatása (miszertint növeli annak mértékét) a menopauza

tünetek súlyosságán keresztül valósul-e meg. A nemiszerep preferencia teljes hatása az identitáskrizisre szignifikáns, pozitív hatás: $F(1,324) = 19,08$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,056$, $\beta_{total} = 0,236$. A nemiszerep preferencia és a menopauza tünetek együttes hatása az identitáskrizisre szignifikáns, pozitív hatás: $F(2,323) = 52,97$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,242$; $\beta_{menopauza\ tünet} = 0,438$, $t(325) = 9,06$, $p < 0,001$; $\beta_{nemi\ szerepek} = 0,156$, $t(325) = 3,432$, $p < 0,001$. A nemiszerep preferencia menopauza tüneteken keresztül megvalósuló indirekt hatása az identitásfejlődésre szignifikáns: $\beta_{indirekt} = 0,068$, LLCI = 0,019, ULCI = 0,117.

A mediációs elemzéssel a nemiszerep preferencia, a menopauza tünetek és az identitáskrizis összefüggésrendszerén *részleges mediációt* igazoltunk, ahol mind a direkt, mind az indirekt útvonal szignifikáns, tehát a nemiszerep preferencia részben közvetlenül, részben indirekten a menopauza tünetek súlyosságának növelésén keresztül hat az identitáskrizisre, azt növeli, így ez a hipotézis beigazolódott. A mediációs elemzés eredményeit a 4. táblázat és az 1. ábra szemlélteti.

4. táblázat. A negyedik hipotézis mediációs elemzésének eredményei

X	Y	útvonal	β	SE (B)	t	p	LLCI	ULCI
Nemi Szerep Preferencia	Identitáskrizis	c (teljes hatás)	0,236	0,052	4,509	<0,001	0,133	0,338
Nemi Szerep Preferencia	Menopauza tünet	a	0,154	0,054	2,846	0,004	0,048	0,260
Menopauza tünet	Identitáskrizis	b	0,443	0,044	10,079	<0,001	0,357	0,529
Nemi Szerep Preferencia		c' (direkt hatás)	0,168	0,048	3,483	<0,001	0,073	0,262
Nemi Szerep Preferencia (Menopauza tüneten át)	Identitáskrizis	ab (indirekt hatás)	0,068	0,025	2,745	0,006	0,019	0,117



1. ábra. A nemiszerep preferencia menopauza tüneteken keresztül gyakorolt hatása az identitáskrízisre

KÖVETKEZTETÉSEK

A női nemi szerepek gyakran magukban foglalják a törődést és mások iránti felelősségvállalást, ami szoros összefüggésben áll a generativitással. Erikson pszichoszociális fejlődésmélete szerint a középkorúság egyik kulcsfeladata a generativitás, amely tipikusan a következő generáció felé fordulást, gondoskodást és mentori szerepeket jelenti. Eredményeink szerint a generativitás és a tradicionális nemi szerepek elfogadása negatív összefüggést mutatnak. Jelenségszinten ez azt jelenti, hogy a hagyományos nemiszerep-orientációjú nők kevésbé élték meg magukat olyan személyként, aki aktívan és jelentéstelien járul hozzá a következő generációhoz. Ez adódhat abból is, hogy a hagyományos női szerep fókuszában a karrierépítés és szakmai önmegvalósítás helyett inkább a gyermeknevelés és a másokról való gondolkodás áll. Ebből adódóan lehetséges lehet az a magyarázat is, hogy a hagyományos nemiszerep-orientációjú nők kevésbé tudják megélni a generativitást, hiszen

a munka/karrier szerep, a társadalmi hasznosság iránti vágy – szemben a progresszív nemiszerep-orientációjú nőkkel – korábban kevésbé képezte identitásuknak fontos részét (Sagara & Ito, 2017). A kapott eredményhez hozzájárulhat az is, hogy a menopauza időszakában a nők társas támogatás iránti szükséglete nem tud kielégülni, hiszen a gondoskodó női szerepből adódóan inkább tőlük várják a támogatást (Chen et al., 2022). A szakirodalomban láthatunk arra is példát, hogy a másokról való gondoskodás, mentori szerep hozzájárulhat a generativitás megéléséhez (Onder & Batigun, 2016), a mi eredményeink mégis ellentétes összefüggést mutatnak. Bár nem tudjuk, hogy résztvevőink ténylegesen mennyi gondozási feladatot végeznek, és eredményeink alapján nem állapítható meg oksági kapcsolat, ugyanakkor felvethető, hogy amennyiben a (gondoskodó) szerep a kívántnál nagyobb mértékben van jelen a változó korba érő nők életében (Perrig-Chiello et al., 2008), lehetséges, hogy a gondoskodás hatása kontraproduktív a generativitás megélésének szempontjából.

Bozalek és Hooyman (2012) kutatása is megállapította, hogy a gondozás, mint egész életen átívelő női szerepelvárás hatására a nők gyakran vállaltak úgy gondoskodási feladatokat, hogy közben ők maguk is gondozásra szorultak. Eagly & Wood (1999, 2012) szociális szerep elmélete szerint a nemiszerep preferencia nem pusztán viselkedést, hanem normatív elvárások internalizálását jelenti. A tradicionális női szerephez tartozó gondoskodási normák még abban az esetben is pszichés terhelést jelentenek, ha a tényleges gondozási feladatok mértéke közepes vagy kisebb mértékű. McAdams & de St. Aubin (1992) szerint a generativitás nem pusztán másokról való gondoskodás, hanem jelentésteremtési, autonóm hozzájárulás a következő generációhoz. Amennyiben a gondoskodás normatív elvárásként, nem pedig személyes értékvalasztásként jelenik meg, az nem erősíti, hanem gátolhatja a generativitás szubjektív megélését. Ez alapján a generativitás alacsonyabb szintje nem feltétlenül a gondozási feladatok mennyiségének, hanem annak kötelesség-jellegű, nem autonóm megélésének következménye lehet. Mivel az általunk talált összefüggés gyenge, így feltételezhető, hogy a nemiszerep-orientáción kívül még számos egyéb tényező összefüggésben állhat a generativitás megélésével.

Eredményeink alátámasztják, hogy az identitáskrízis sokkal jellemzőbb a hagyományos nemiszerep-orientációjú nőkre, mely megerősíti Stotland (2002) illetve Sergeant és Rizq (2017) eredményeit, azaz a nőkkel szembeni társadalmi elvárásoknak való csökkent megfelelési képesség (fiatalság, szexuális vonzóság) és a változó kort övező negatív sztereotípiák növelik az identitáskrízis előfordulásának valószínűségét azon nők esetében, akik a társadalom által elvárt női szerepeknek igyekeznek megfelelni. Bár

jelen vizsgálatunk során ezekre a tapasztalatokra nem kérdeztünk rá, de más kutatások alapján feltételezhető, hogy az idős nők a szexizmusból és az idősödésből kifolyólag is hátrányokat szenvedhetnek el (Barrett & Naiman-Sessions, 2016), amelyek szintén kapcsolatban állhatnak az identitáskrízis megélésével.

A modern nemiszerep-orientációjú nőkre jellemzőbb a széleskörű exploráció, az elköteleződéssel való azonosulás és maga az elköteleződés. Az eredmények fényében a hagyományos nemiszerep-orientáció egyfajta korai zárásként is interpretálható (Marcia, 1966; Josselson, 1987). Bár a résztvevők identitásállapotára vizsgálatunkban nem kérdeztünk rá, felmerülhet annak lehetősége, hogy a társadalom által elvárt női szereppel azonosuló nők exploráció nélkül elfogadták a társadalom által felkínált női szerepeket, így a széleskörű exploráció és az elköteleződés is kevésbé tudott megvalósulni, mely alátámasztja a kapott eredményeket. Schenkel (1975) is hasonló eredményre jutott fiatal nőkkel megvalósult vizsgálatában – a korai zárás identitásállapotában lévő nők között gyakoribb a hagyományos nemi szerepek elfogadása. A modern nemiszerep-orientációjú nők, feltételezhetően egy széleskörű explorációt követően, mélyebben el tudtak köteleződni, és így – eredményeink szerint – jobban is tudnak azonosulni elköteleződésükkel (Sathiyaseelan et al., 2024). A menopauzális átmenet hatására létrejövő identitáskrízis az eddigi szerep(ek) megkérdőjelezését hozhatja magával: erre utalhat a ruminatív exploráció, melynek során az egyén nem képes elköteleződni, mivel immáron a változó korba lépve a hagyományos női szereppel való azonosulást nehezítik a társadalom menopauzával kapcsolatos negatív sztereotípiái (Stotland, 2002;

Sergeant & Rizq, 2017). Az elköteleződés hiánya a hagyományos nemiszerep-orientációjú nőknél megjelenhet akár egy folyamatos rágódás formájában, mely utalhat a külső nemi szerep-elvárások internalizálásából adódó nehézségekre, melynek kevésbé tudnak megfelelni a változó korba lépve. A mély explorációban nem találtunk különbséget, azaz mind a hagyományos, mind a modern nemi szerep orientációval rendelkező nők úgy érzik, hogy megfelel értékeiknek az a választás, amely mellett elköteleződtek. Ennek hátterében állhat a választott nemiszerep-orientációval kapcsolatos kognitív diszonzancia csökkentése is (Festinger, 1957), azaz utólagos igazolása annak, hogy jól választottak, a jó irányba valósult meg az elköteleződés.

Kutatásunk megállapította, hogy azok a nők, akik intenzívebb menopauza tüneteket tapasztalnak, hagyományosabb nemiszerep-orientációval rendelkeznek. A különbség az erős és a gyengébb tüneteket mutató csoportok között érhető tetten. A hagyományos női szerepre épülő identitású nők számára a nőiesség „elvesztése”, átalakulása egy traumatikusabb krízishelyzetet teremthet (Peterson & Duncan, 2007), így lehetséges, hogy a tünetek megjelenésére is nagyobb figyelem irányul, illetve a pszichés tünetek ebből adódóan akár erősebbek is lehetnek.

Vizsgálatunk annak az összefüggésnek a feltárását is célozta, hogy a nemiszerep-orientáció és a menopauza tünetek milyen szerepet játszanak az identitáskrizis kialakulásában (Stotland, 2002; Peterson & Duncan, 2007; Sergeant & Rizq, 2017; Panay et al., 2021). Eredményeink részleges mediációt mutattak, azaz mind a nemiszerep-orientáció közvetlen, mind a menopauza tüneteken keresztül megvalósuló hatása hozzájárul az

identitáskrizis kialakulásához. A tünetek kellemetlen megélése kihangsúlyozhatja a változás negatív aspektusait, míg a hagyományos nemiszerep-orientáció a termékenység és a női státusz elvesztésével fenyeget, mely indukálhatja az identitáskrizist.

Összességében azt mondhatjuk, hogy a generativitás, identitáskrizis, és a különféle identitásfejlődési dimenziók mind összefüggésben állnak a menopauzával, mint normatív krízissel és a megtapasztalt tünetekkel. A menopauza megélését és az identitáskrizis mértékét jelentősen befolyásolják a nőkkel és nemi szerepekkel kapcsolatos társadalmi attitűdök, normák és sztereotípiák. Eredményeink alapján elmondható, hogy a progresszív nemiszerep-orientáció védőfaktorot jelent, hiszen magasabb elköteleződéssel, kevesebb ruminációval, enyhébb tünetekkel és kisebb mértékű identitáskrizissel mutat együttjárást.

Korlátok és kitekintés

A kutatás online, kérdőíves adatfelvétellel készült, amely nem biztosított egységes kitöltési körülményeket a válaszadók számára. Az eltérő ingerkörnyezet, a kitöltés bármely pillanatban történő megszakíthatósága, valamint a válaszok átgondoltságának változékonysága befolyásolhatja eredményeink általánosíthatóságát. Továbbá, a vizsgálat keresztmetszeti elrendezése összefüggések feltárását teszi lehetővé, ok-okozati következtetéseket nem. A modern nemi szerep preferencia adott kulturális és történelmi kontextusban értelmezhető igazán, így más közegben eltérő jelentést hordozhat, továbbá nem zárható ki, hogy a Loyola Generativitás Skála elsősorban az autonóm, individuális hozzájárulás

dimenzióit ragadja meg, így a hagyományosabb nemiszerep-orientációjú nők generativitása részben alulreprezentálódhatott. Végül, a menopauza élménye és a tünetek megélése függ az életkortól, az egyéni egészségügyi és pszichológiai sajátosságoktól is, melyet jelen kutatás nem tudott teljeskörűen lefedni.

Más kultúrákban – ahol a középkorú nők magasabb társadalmi presztízzsel bírnak – a menopauza folyamata és a tünetek megélése is más lehet (Ali, 2020; Matina et al., 2024). Fontos kiemelni azt is, hogy a

menopauza gyakran egybeesik más fontos életeseményekkel (gyermekek kirepülése, szülőkről való gondoskodás, karrierváltás). Ezek a változások kumulatív hatással lehetnek a generativitás és identitásdimenziók alakulására. Fontos lenne feltárni, hogy a modern nemi szerep orientáción felül milyen személyiségbeli és környezeti tényezők jelenthetnek védőfaktort a nők számára ebben az időszakban, például az önegyüttérzés, reziliencia, spiritualitás vagy társas támogatás szerepe kulcsfontosságú lehet az identitáskrizis mérséklésében.

SUMMARY

PSYCHOSOCIAL CHALLENGES OF MENOPAUSE: THE CONNECTIONS BETWEEN GENERATIVITY, IDENTITY DEVELOPMENT AND GENDER ROLE ORIENTATION

Background and Aims: Female gender roles traditionally include caregiving and responsibility for others. Menopause, as a normative crisis, is a particularly sensitive period for identity reorganization, as in addition to physical changes, social expectations and stereotypes related to femininity are also transformed. The aim of the study was to explore how different gender role orientations influence the experience of generativity, identity development and attitudes toward menopausal symptoms.

Methods: Hungarian women between the ages of 45 and 55 participated in the study. An online questionnaire was distributed in thematic menopause groups, which included the following parts: Demographic Questionnaire, Gender Role Preference Questionnaire, Menopause Rating Scale (MRS), Developmental Crisis Questionnaire (DCQ), Identity Development Dimensions Scale (DIDS), Loyola Generativity Scale (LGS). We used t-tests, correlation tests, and mediation analysis to test the hypotheses.

Results: Generativity and traditional gender role orientation show a negative correlation, which may indicate that the excessive presence of caregiving roles may limit the experience of personal development and social usefulness. Identity crisis and stronger experience of menopausal symptoms were more common among women with traditional gender role orientation, while modern gender role orientation appeared as a protective factor for commitment and flexible role interpretation. Based on the mediation analysis, gender role orientation contributes to the development of identity crisis both directly and through menopausal symptoms.

Discussion: Overall, progressive gender role orientation can be a supportive factor in identity integration and a more positive experience of menopause. The desire to conform to social expectations of women and negative stereotypes surrounding changing age increase the likelihood of an identity crisis: the effects of the disadvantages of being a woman and aging are compounded.

Keywords: menopause symptoms, gender roles, identity crisis, generativity, identity development

IRODALOM

- Ackerman, S., Zuroff, D. C., & Moskowitz, D. S. (2000): Generativity in midlife and young adults: Links to agency, communion and subjective well-being. *International Journal of Aging & Human Development*, 50(1). 17–41. <https://doi.org/10.2190/9F51-LR6T-JHRJ-2QW6>
- Ali, A., Ahmed, A., & Smail, L. (2020). Psychological climacteric symptoms and attitudes toward menopause among Emirati women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14). 5028. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145028>
- Badacsonyi, J., Karip, T., Nagy, B. M., & Kengyel, J. G. (2026): A menopauza kulturális lenyomatai: biopszichoszociális tényezők a tüneti tapasztalat háttérében. *Alkalmazott Pszichológia*, 27(4). 119–141.
- Baker, C., & Benayoun, B. A. (2023): Menopause is more than just loss of fertility. *Public Policy & Aging Report*, 33(4). 113–119. <https://doi.org/10.1093/ppar/prad023>
- Bales, R. F., & Parsons, T. (2014): *Family: Socialization and Interaction Process*. Routledge.
- Barrett, A. E., & Naiman-Sessions, M. (2016): “It’s our turn to play”: Performance of girlhood as a collective response to gendered ageism. *Ageing & Society*, 36(4). 764–784. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14001553>
- Barth, C., Villringer, A., & Sacher, J. (2015): Sex hormones affect neurotransmitters and shape the adult female brain during hormonal transition periods. *Frontiers in Neuroscience*, 9(37). 1–20. <https://doi.org/10.3389/fnins.2015.00037>
- Becker, J., & Wagner, U. (2009): Doing gender differently: The interplay of strength of gender identification and content of gender identity in predicting women’s endorsement of sexist beliefs. *European Journal of Social Psychology*, 39(4). 487–508. <https://doi.org/10.1002/ejsp.551>
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4). 354–364. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.88.4.354>
- Bozalek, V., & Hooyman, N. R. (2012): Ageing and intergenerational care: Critical/political ethics of care and feminist gerontology perspectives. *Agenda*, 26(4). 37–47. <https://doi.org/10.1080/10130950.2012.759487>

- Chen, Y. C., Hung, N., Lau, B. H. P., Choy Yung, R. M. P., Fung, E. S. M., & Chan, C. L. W. (2022): Generativity and gendered pathways to health: The role of human, social, and financial capital past mid-life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9). 4956. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094956>
- Csetvei, A., Püspök, N., Gombárovity, E., Dr. (PhD) Karácsony, I., & Dr. Habil Pakai, A. (2024): Változókorban élő nők életminőségének, a depresszió és a stressz mértékének vizsgálata. *Nővér*, 37(5). 21–29. <https://doi.org/10.55608/nover.37.0022>
- Csonka, B., Kengyel, J. G., & Berán, E. (2026): Menopauza tünetek és identitásfejlődés összefüggései a menopauza időszaka során. *Alkalmazott Pszichológia*, 27(4). 89–117.
- Eagly, A. H., & Wood, W. (2012): Social role theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 458–476). Sage. <https://doi.org/10.1002/9781118663219.wbegs183>
- Endara-Mina, J., Coloma-Ramirez, L., Escudero, C. J., Andrade-Travez, K., Osorio, C. J., Campaña, E., ... & Ríos-Quituzaca, P. (2025): Experience of menopause across ethnic groups: mapping the evidence through a scoping review. *Frontiers in Reproductive Health*, 7: 1732836. <https://doi.org/10.3389/frph.2025.1732836>
- Erikson, E. (1959): Theory of identity development. In Erikson, E. (Eds.), *Identity and the life cycle*. International Universities Press.
- Festinger, L. (1957): *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Hauser, G. A., Huber, I. C., Keller, P. J., Lauritzen, C., & Schneider, H. P. G. (1994): Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). *Zentralblatt für Gynäkologie*, 116(1). 16–23.
- Helson, R., & Soto, C. J. (2005): Up and down in middle age: Monotonic and nonmonotonic changes in roles, status and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(2), 194–204. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.2.194>
- Horváth, L. F., & Szabó, B. (2024): *Development Crisis Questionnaire magyar fordítás*. [Nem publikált kézirat].
- Ilea, I., Jenei, D., & Vincze, O. (2022): A Loyola Generativitás Skála (LGS-18) magyar nyelvű adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(2). 163–181. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00012>
- Inglehart, R., & Norris, P. (2003): *Rising Tide: Gender Equality and Cultural Change around the World*. Cambridge University Press.
- Josselson, R. (1987): *Finding herself: Pathways to identity development in women*. Jossey-Bass.
- Kengyel, J. G. (2024): *Gender Role Preference magyar fordítás* [Nem publikált kézirat].
- Kovács, M., & Szabó, M. (2017): A feminizmus szociálpszichológiája: Attitűdök, identitás és cselekvés. In M. Kovács (Ed.), *Társadalmi nemek – Elméleti megközelítések és kutatási eredmények* (pp. 39–57). ELTE Eötvös Kiadó.
- Kruk, M., Matsick, J. L., & Wardecker, B. M. (2021): Femininity concerns and feelings about menstruation cessation among lesbian, bisexual, and heterosexual women: Implications for menopause. *Journal of Women's Health*, 30(12). 1751–1760. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8757>

- Lanza di Scalea, T., Matthews, K. A., Avis, N. E., Thurston, R. C., Brown, C., Harlow, S., & Bromberger, J. T. (2012): Role stress, role reward, and mental health in a multiethnic sample of midlife women: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Journal of Women's Health, 21*(5). 481–489. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3180>
- Lukács, L. (2024): *Menopauza Rating Scale magyar fordítás* [Nem publikált kézirat].
- Luyckx, K., Schwartz, S. J., Berzonsky, M. D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Smits, I., & Goossens, L. (2008): Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality, 42*(1). 58–82. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.04.004>
- Lycke, A., & Brorsson, A. (2023): Swedish women's experience of menopausal transition: A focus group study. *Sexual & Reproductive Healthcare, 35*. 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100807>
- Marcia, J. E. (1966): Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*(5). 551–558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>
- Matina, S. S., Mendenhall, E., & Cohen, E. (2024): Women's experiences of menopause: A qualitative study among women in Soweto, South Africa. *Global Public Health, 19*(1). 1–12. <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2326013>
- McAdams, D. P. (2006): The redemptive self: Generativity and the stories americans live by. *Research in Human Development, 3*(2). 81–100. https://doi.org/10.1207/s15427617rhd0302&3_2
- McAdams, D. P., & De St. Aubin, E. (1992): A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(6). 1003–1015. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.6.1003>
- McAdams, D. P., Ruetzel, K., & Foley, J. M. (1986): Complexity and generativity at mid-life: Relations among social motives, ego development and adults' plans for the future. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(4). 800–807. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.4.800>
- McFadden, J. R., & Rawson Swan, K. T. (2012): Women during midlife: Is it transition or crisis? *Family & Consumer Sciences Research Journal, 40*(3). 313–325. <https://doi.org/10.1111/j.1552-3934.2011.02113.x>
- Nazarpour, S., Simbar, M., Majd, H. A., Torkamani, Z. J., Andarvar, K. D., & Rahnemaei, F. (2021): The relationship between postmenopausal women's body image and the severity of menopausal symptoms. *BMC Public Health, 21*(1). 1599. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11643-6>
- Newton, N., & Stewart, A. J. (2010): The middle ages: Change in women's personalities and social roles. *Psychology of Women Quarterly, 34*(1). 75–84. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01543.x>
- Nosek, M., Powell Kennedy, H., & Gudmundsdottir, M. (2012): Distress during the menopause transition: A rich contextual analysis of midlife women's narratives. *SAGE Open, 2*(3). 1–10. <https://doi.org/10.1177/2158244012455178>

- Onder, M., & Batigun, A. D. (2016): Premature and normal menopause: An evaluation in terms of stress, marital adjustment and sex roles. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(2). 129–138. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2016290204>
- Opayemi, O. O. (2025): Menopausal transition, uncertainty, and women’s identity construction: Understanding the influence of menopause talk with peers and healthcare providers. *Communication Quarterly*, 73(2). 239–263. <https://doi.org/10.1080/01463373.2024.2408921>
- Panay, N., Palacios, S., Davison, S., & Barber, R. (2021): Women’s perception of the menopause transition: A multinational, prospective, community-based survey. *Gynecological and Reproductive Endocrinology and Metabolism*, 2(3). 178–183. <https://doi.org/10.53260/GREM.212037>
- Parandavar, N., Mosalanejad, L., Ramezanli, S., & Ghavi, F. (2014): Menopause and crisis? Fake or real: Comprehensive search to the depth of crisis experiences: A mixed-method study. *Global Journal of Health Science*, 6(2). 246–255. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p246>
- Perrig-Chiello, P., Hutchison, S., & Hoepflinger, F. (2008): Role involvement and well-being in middle-aged women. *Women & Health*, 48(3). 303–323. <https://doi.org/10.1080/03630240802463517>
- Peterson, B. E., & Duncan, L. E. (2007): Midlife women’s generativity and authoritarianism: Marriage, motherhood, and 10 years of aging. *Psychology and Aging*, 22(3). 411–419. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.411>
- Petrov, N., Robinson, O. C., & Arnett, J. J. (2022): The Developmental Crisis Questionnaire (DCQ-12): Psychometric development and validation. *Journal of Adult Development*, 29. 265–278. <https://doi.org/10.1007/s10804-022-09403-w>
- Rivnyák, A., Járdaházi, E., Arató, N., Péley, B., & Láng, A. (2022): The assessment of dual-cycle identity models among secondary school students: The Hungarian adaptation of DIDS and U-MICS. *Frontiers in Psychiatry*, 13. 1–25. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.804529>
- Rubinstein, H. R., & Foster, J. L. H. (2013): “I don’t know whether it is to do with age or to do with hormones and whether it is to do with a stage in your life”: Making sense of menopause and the body. *Journal of Health Psychology*, 18(2). 292–307. <https://doi.org/10.1177/1359105312454040>
- Sagara, J., & Ito, Y. (2017): The structure of generativity and the gender differences in middle age. *The Japanese Journal of Personality*, 26(1). 92–94. <https://doi.org/10.2132/personality.26.92>
- Sathiyaseelan, A., Patangia, B., & Hainary, P. (2024): Meaning in life in menopause: A narrative literature review on how menopausal women make sense of their life? *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 21(1). 66–73. https://doi.org/10.4103/iopn.iopn_14_24
- Schenkel, S. (1975): Relationship among ego identity status, field-independence, and traditional femininity. *Journal of Youth and Adolescence*, 4(1). 73–82. <https://doi.org/10.1007/BF01537802>

- Séjourné, N., Got, F., Solans, C., & Raynal, P. (2019): Body image, satisfaction with sexual life, self-esteem, and anxiodepressive symptoms: A comparative study between premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women. *Journal of Women & Aging*, 31(1). 18–29. <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1510247>
- Sergeant, J., & Rizq, R. (2017): “It’s all part of the big CHANGE”: A grounded theory study of women’s identity during menopause. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 38(3). 189–201. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1270937>
- Stotland, N. L. (2002): Menopause: Social expectations, women’s realities. *Archives of Women’s Mental Health*, 5(1). 5–8. <https://doi.org/10.1007/s007370200016>
- Van De Water, D. A., & McAdams, D. P. (1989): Generativity and Erikson’s „belief in the species. *Journal of Research in Personality*, 23(4). 435–449. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(89\)90013-5](https://doi.org/10.1016/0092-6566(89)90013-5)
- Vincent, C., Bodnaruc, A. M., Prud’homme, D., Olson, V., & Giroux, I. (2023): Associations between menopause and body image: A systematic review. *Women’s Health* (London, England), 19. 17455057231209536. <https://doi.org/10.1177/17455057231209536>
- World Health Organization (2024): *Menopause*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>.

MELLÉKLET

1. melléklet. Táblázatok

1. táblázat. A Nemi Szerep Preferencia Kérdőív Cronbach α értéke

Skála	Becker & Wagner (2009)	Magyar nyelvű változat 8 ítemmel (2025)	A 7 ítemes verzió
Nemi Szerep Preferencia Kérdőív	0,73	0,59	0,61

2. táblázat: Az alkalmazott skálák és alskálák leíró statisztikája

Skála/alskála	Tétel-szám	Átlag	Szórás	Min.	Max.	Cronbach α
MRS – összpontszám	11	14,21	6,87	0	31	0,82
MRS – pszichológiai	4	5,49	3,28	0	14	0,84
MRS – szomato-vegetatív	4	5,25	2,79	0	16	0,62
MRS – urogenitális	3	3,48	2,43	0	11	0,56
DCQ – összpontszám	12	34,45	8,46	15	59	0,865
DCQ – elhatárolódás és stressz	4	10,23	4,16	4	20	0,861
DCQ – fordulópont és átmenet	4	13,83	3,48	4	20	0,847
DCQ – átláthatóság hiánya és kontroll-vesztés	4	10,39	3,43	4	20	0,845
DIDS – összpontszám	25	81,92	9,47	56	111	0,760
DIDS – elköteleződés alskála	5	18,66	4,22	5	25	0,944
DIDS – széleskörű exploráció alskála	5	18,77	3,90	5	25	0,892
DIDS – ruminatív exploráció alskála	5	12,37	5,25	5	25	0,928
DIDS – elköteleződéssel való azonosulás alskála	5	17,88	4,20	5	25	0,931
DIDS – mély exploráció alskála	5	14,11	3,84	5	25	0,721
LGS – összpontszám	18	23,13	5,95	7	42	0,730
Nemiszerep-preferencia	7	19,76	6,04	7	36	0,61

3. táblázat. A második hipotézis tesztelésének eredményei

	Test	Statistic	df	p	Effect Size	SE Effect Size
z_DCQ	Student	-4,562	306	< 0,001	-0,520	0,118
DIDS – szélesk. exploráció	Mann–Whitney	13,400.500		0,044	-0,131	0,066
DIDS – ruminatív exploráció	Mann–Whitney	9,138.000		< 0,001	0,229	0,066
DIDS – elköteleződéssel való azonosulás	Mann–Whitney	15,185.500		< 0,001	-0,281	0,066
DIDS – elköteleződés	Mann–Whitney	15,043.000		< 0,001	-0,269	0,066
DIDS – mély exploráció	Student	-0,632	306	0,528	-0,072	0,114

4. táblázat. A negyedik hipotézis mediációs elemzésének eredményei

X	Y	útvonat	β	SE (B)	t	p	LLCI	ULCI
Nemi Szerep Preferencia	Identitás-krízis	c (teljes hatás)	0,236	0,052	4,509	<0,001	0,133	0,338
Nemi Szerep Preferencia	Menopauza tünet	a	0,154	0,054	2,846	0,004	0,048	0,260
Menopauza tünet	Identitás-krízis	b	0,443	0,044	10,079	<0,001	0,357	0,529
Nemi Szerep Preferencia		c' (direkt hatás)	0,168	0,048	3,483	<0,001	0,073	0,262
Nemi Szerep Preferencia (Menopauza tüneten át)	Identitás-krízis	ab (indirekt hatás)	0,068	0,025	2,745	0,006	0,019	0,117

MENOPAUZÁLIS ÁTMENET ÉS BIPOLÁRIS ZAVAR. HANGULATI EPIZÓDOK ÉS KIMENETEK – SZISZTEMATIKUS FÓKUSZÁLT ÁTTEKINTÉS



ZÁKÁNY Laura
Simmelweis Egyetem
zakany.laura@phd.semmelweis.hu

BADACSONYI Jácinta
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
badacsonyi.jacinta@gmail.com

SZABÓ Beáta
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
szabo.beata@btk.ppke.hu

BERÁN Eszter
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
beran.eszter@btk.ppke.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A menopauza időszakában bekövetkező hormonális változások – különösen az ösztrogén- és progeszteronszint csökkenése – jelentős pszichés hatásokat fejthetnek ki: súlyosbíthatják a hangulatzavarokat, különös tekintettel a depressziós epizódokra. Ez kiemelkedően fontos lehet a bipoláris zavarral küzdő nőknél, akik a menopauza alatt fokozott érzelmi ingadozásokat tapasztalhatnak. Jelen áttekintés célja, hogy feltérképezze a menopauza pszichés hatásait bipoláris zavarban szenvedő nők körében, különös tekintettel a depresszív tünetek dinamikájára és ennek hatására az életminőségre, valamint a hormonális változások pszichológiai hatásaira.

Módszer: Egy szisztematikus fókuszált áttekintést (scoping review) végeztünk, követve a PRISMA-ScR irányelveit. Az elemzésbe a 2015 és 2025 között publikált, angol nyelvű, lektorált (peer-reviewed) tanulmányokat válogattuk be, amelyek a menopauza és bipoláris zavar közötti kapcsolatot vizsgálták.

Eredmények: A menopauzális időszakot vizsgáló hét tanulmány adatai szerint a perimenopauza alatt a depressziós epizódok gyakorisága és súlyossága növekszik, míg a mániás és hipomániás epizódok kevésbé mutatnak eltérést. Ahogy a személy a postmenopauza felé halad, a depressziós epizódok súlyossága és gyakorisága csökken. A depressziós epizódok súlyosbodása a menopauza alatt együtt jár a jóllét csökkenésével. Az érintett nők szubjektív jóllétét a hormonális változások mellett a társas támogatás, a pszichoszociális stressz és a kulturális tényezők is jelentősen befolyásolják. Az eredmények azt mutatják, hogy a menopauza alatt a gyógyszeres és pszichoterápiás kezelések hatékonysága eltérhet, és az egyéni különbségek alapvetően meghatározzák a tünetek lefolyását.

Következtetések: A jövőbeli kutatások javasolt célkitűzései közé tartozhat a neurobiológiai mechanizmusok részletesebb feltárása, a gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelési stratégiák optimalizálása, valamint a menopauza és bipoláris zavar kapcsolatának hosszabb távú utánkövetése.

Kulcsszavak: Bipoláris zavar, hormonális változások a menopauza alatt, depressziós epizódok, hangulatváltozás, női mentális egészség

BEVEZETŐ

Menopauza

A menopauza a női élet természetes életeménye, amely a fogamzóképes időszak lezárulását jelzi. Klinikai értelemben a menopauza a menstruációs szakasz végleges megszűnését jelenti, amelyet retrospektíven, 12 egymást követő hónap amenorrhoea (vérzéskimaradás) után lehet megállapítani. Fontos azonban elkülöníteni magát a menopauza időpontját a menopauzális átmenettől (climacterium), amely egy több éves folyamat, és magában foglalja a perimenopauza, a menopauza és a posztmenopauza szakaszait (Harlow et al., 2012; Papp, 2016). A változókor jellemzően a 45–50. életév között kezdődik, és átlagosan körülbelül öt évig tart (Treloar, 1981; McKinlay et al., 1992). A perimenopauzát a menstruációs ciklus fokozatos változása és megszűnése jellemzi, amely elsősorban

az ösztrogén- és progeszteronszint ingadozásával és csökkenésével áll összefüggésben. A menopauza a ciklus végleges lezárulásának időpontja, míg a posztmenopauza a menopauzát követő életszakasz, amelyben a hormonális szintek tartósan alacsonyabb, stabilabb állapotba kerülnek. Bár az említett szakaszok eltérő fizikai tünetekkel járnak, a pszichés állapotot és a hangulatot mindvégig, a teljes átmenet alatt befolyásolja, gyakran intenzív érzelmi és pszichológiai változásokat idézve elő. Ezen kívül fontos figyelembe venni a menopauza kezdeti életkorát, ugyanis a szubjektív jólét mértéke ennek függvényében is változhat. A korai menopauza súlyosabb fizikai tünetekkel és rosszabb pszichoszociális működéssel jár együtt (Climacteric, Hunter et al., 2012). A változókor háttérben a petefészkek fokozatos funkcionális előregedése, valamint az ezzel járó petesejtszám csökkenése áll. Minezek következtében az ösztrogén és progeszteron, két kulcsfontosságú hormon

szintje csökken a szervezetben, ami széleskörű fiziológiai és pszichológiai tüneteket eredményezhet (Burger et al., 2002).

Hormonális változások és depresszió

A menopauza során bekövetkező hormonális változások a nők működésének számos területére hatnak, beleértve a kognitív, érzelmi és testi folyamatokat is. Ezek közül a legfontosabb szerepe az ösztrogénnek van, amely jelentősen befolyásolja az agy működését, különösen a hippocampus és a hypothalamus területén. A hippocampusban az ösztrogén a szinaptikus plaszticitás szabályozásában vesz részt: elősegíti az új idegi kapcsolatok kialakulását, növeli a dendritikus tüskék (spine-ok) számát, valamint befolyásolja azokat a neurotranszmitter-rendszereket, amelyek a tanulás és az emlékezeti folyamatok működéséhez szükségesek (Hara et al., 2015). Ennek következtében e hormon jelenléte szorosan összefügg a memória, a figyelem és az általános kognitív teljesítmény fenntartásával. Az ösztrogén hatása részben gyors, nem-genomikus mechanizmusokon, részben pedig génexpressziót befolyásoló folyamatokon keresztül érvényesül, amelyek együtt strukturális és funkcionális változásokat hoznak létre a hippocampalis neuronhálózatokban. A hippocampus a memória és a tanulás központi területe, így az ösztrogénszint csökkenése közvetetten memóriazavarokhoz, koncentrációs problémákhoz és az általános kognitív teljesítmény romlásához vezethet (Sherwin et al., 1994; Spencer et al., 2007). Az ösztrogén szerepet játszik továbbá az agy plaszticitásában és az új idegi kapcsolatok kialakításában, amely szintén elengedhetetlen a tanuláshoz és a hosszútávú memória fenntartásához (McEwen & Alves, 1999; Hara et al.,

2015). A változókorban lévő nők gyakran számolnak be „ködös gondolkodásról” és komplex problémamegoldás során jelentkező zavarokról (Greendale et al., 2020). A másik kulcsfontosságú terület, a hypothalamus az agy termoregulációs központja. Menopauza idején az ösztrogénszint csökkenése a hypothalamus diszfunkcióját idézheti elő, ami a gyakori tünetként említett hőhullámokat és éjszakai izzadást okozza. Egészen konkrétan a hypothalamus fokozottan érzékenyvé válik, és már kisebb hőmérséklet-változásokra is szélsőséges reakciókat idéz elő (Freedman et al., 2013). A hőháztartás ilyenfajta zavara közvetetten rontja az alvásminőséget és nappali funkcióirmláshoz is vezet (Joffe et al., 2010). A hőhullámokat kiváltó termoregulációs zavarokon túl maga az ösztrogénhiány is ronthatja az alvás minőségét. A hypothalamus több magjában, köztük a cirkadián ritmust irányító suprachiasmaticus magban kimutathatók ösztrogénreceptorok (Kruijver et al., 2003). Menopauza idején a csökkent ösztrogénszint feltételezhető, hogy megzavarja a hypothalamus ösztrogénfüggő szabályozási folyamatait, így befolyásolva az alvásminőséget.

A jelen elérhető tanulmányok alapján a menopauzában tapasztalt hangulati labilitás és depressziós tünetek egyik fő biológiai magyarázata az, hogy az ösztrogénszint ingadozása és tartós csökkenése érzékenyebbé teszi az agy stresszrendszerét és érzelmszabályozó hálózatait. Például Gordon és mtsai. (2019) perimenopauzás vizsgálatai kimutatták, hogy a nagyobb ösztradiol-ingadozás magasabb depressziós értékeket idéz elő, valamint erősebb negatív érzelmi reakcióval jár egy pszichoszociális stresszhelyzet során. Funkcionális MRI-vizsgálatok szerint pedig az alacsony ösztrogénszintű ciklusfázisban erősebb az amygdala,

a hypothalamus és a kapcsolódó „arousal” hálózat aktivációja érzelmi ingerekre, tehát az ösztrogén normális esetben tompítja a fenyegetésre adott limbikus választ (Goldstein et al., 2005). Továbbá PET-vizsgálatok azt mutatják, hogy az ösztrogénpótlás közvetlenül megváltoztatja a szerotonintranszporter kötődését több kortikális, limbikus és striátális régióban, ami azt bizonyítja, hogy a gonadális hormonok közvetlenül modulálják a hangulatszabályozás szempontjából kulcsfontosságú szerotonerg rendszert (Jovanovic et al., 2015). Emellett az ösztrodial a szerotonin-neurotranszmisszióhoz kapcsolódó gének expresszióját is szabályozza, vagyis több szinten avatkozik be a szerotoninrendszer működésébe. Ez magyarázatot adhat arra, hogy az ösztrogénszint változása miért járhat együtt hangulati ingadozásokkal vagy depresszív tünetekkel (Hernández-Hernández et al., 2019).

Az ösztrogénről tehát elmondhatjuk, hogy védőfaktor a kognitív-affektív tünetek ellen, mivel hozzájárul az agy neurokémiai egyensúlyának fenntartásához (Gonzalez-Rodriguez & Seeman, 2019).

Tehát a változókor leggyakoribb pszichológiai tünetei közé tartoznak a hangulatingadozások, szorongás, depresszió, ingerlékenység és csökkent önértékelés (Bromberger et al., 2007; Bryant et al., 2011; Gümüssoy et al., 2022). A progeszteron, a másik menopauza alatt csökkenő hormon lehet ezen tünetek második kulcsfelelőse, ugyanis ez a hormon megfelelő mennyiség esetén nyugtatja központi idegrendszert. A progeszteronszint csökkenésének hatására a szorongásos tünetek fokozódnak, ugyanis kevesebb nyugtató impulzus éri a szervezetet. A progeszteron lebontása során keletkező metabolitok szabályozzák a GABA (gamma-amino-vajsav) neurotranszmitter aktivitását, amely az

agy fő gátló ingerületátvivő anyaga. Ilyen metabolit például az allopregnanolon, amely erősíti a GABA-A receptorok működését, ezáltal csökkenti a neuronok ingerelhetőségét és elősegíti a relaxációt (Gunn et al., 2011; Schüle et al., 2013). A változókor idején, amikor a progeszteronszint jelentősen csökken, a nyugtató hatás gyengülhet, ez pedig fokozott szorongásos tünetekhez és érzelmi instabilitáshoz vezet. A depressziót és az említett negatív hangulati változásokat a hormonális ingadozások mellett számtalan egyéb tényező is befolyásolja. A nők életében ebben az időszakban gyakran bekövetkeznek más változások is; a családtagokkal való kapcsolatok átalakulnak, a munkahelyi kihívások jelennek meg és az öregedéssel kapcsolatos aggodalmak is előtérbe kerülnek (Hunter & Rendall, 2006). A hormonális visszaesések, az életciklus-változások, valamint a kellemetlen fiziológiás tünetek együttes hatása idézi elő tehát a pszichés állapot időszakos hanyatlását.

Bipoláris zavar a menopauzális átmenet alatt

A bipoláris zavar – a továbbiakban BD – egy élethosszig tartó, súlyos pszichiátriai állapot, amely világszerte a népesség körülbelül 0,5–5%-át érinti. A betegség két fő formája közül a bipoláris I zavar élettartam-prevalenciája 1,06%, míg a bipoláris II zavaré 1,57% (Clemente et al., 2015). A kórkép általában serdülőkorban vagy fiatal felnőttkorban kezdődik, leggyakrabban 15–19 éves korban, jelentős terhet róva az egyén életminőségére és társas kapcsolataira. A BD-t intenzív hangulati ingadozások jellemzik, amelyek mániás, hipomániás, esetenként kevert, illetve depressziós epizódok váltakozásában nyilvánulnak meg. A bipoláris zavar két fő

típusa a bipoláris I zavar, amely legalább egy mániás vagy kevert epizóddal jár, valamint a bipoláris II zavar, amely hipomániás epizódokkal és ismétlődő súlyos depressziós epizódokkal társul (Grande et al., 2015). A depressziós epizódok során a betegek tartósan negatív hangulatról, alacsony energiaszintről és érdeklődésük elvesztéséről számolnak be, míg a mániás epizódokat fokozott aktivitás, túlzott önbizalom és impulzív döntések jellemzik. A bipoláris I zavar általában súlyosabb és hosszabb epizódokkal társul, míg a bipoláris II zavar esetében a depressziós epizódok gyakorisága magasabb (Judd, 2008). A nemzetközi diagnosztikai rendszerek szintén elkülönítik ezeket az altípusokat: a BNO-10 a bipoláris affektív zavart az F31 kategóriában sorolja fel, míg a DSM-5 a bipoláris I zavart legalább egy mániás epizód fennállásához, a bipoláris II zavart pedig legalább egy hipomániás és egy major depressziós epizód jelenlétéhez köti (World Health Organization, 2016; American Psychiatric Association, 2022). E klasszifikációs különbségek klinikai jelentőségét az adja, hogy a tüneti lefolyás, az epizódmintázat és a funkcionális következmények az egyes altípusok között is eltérhetnek. Kutatások kimutatták, hogy a bipoláris betegek háromszor gyakrabban tapasztalnak depressziós epizódokat, mint hipomániás vagy mániás epizódokat (Judd, 2008), ami jelentős negatív hatást gyakorol az érintettek életminőségére. A betegek mintegy 75%-ának van egyidejűleg más pszichiátriai betegsége is, például szorongásos zavara, pánikzavara, illetve alkohol- vagy droghasználattal kapcsolatos problémája (Loftus et al., 2020). Noha a BD előfordulása férfiak és nők között hasonló, a nők esetében a betegség lefolyása gyakran súlyosabb. Náluk gyakoribbak a gyors ciklusváltások, a szorongásos zavarok és

a vegyes epizódok, míg a férfiaknál inkább a mániás epizódok dominálnak; ezek a különbségek kedvezőtlenebb klinikai lefolyással társulhatnak (Baldassano et al., 2005). A menstruációs ciklus, a terhesség és a menopauza során bekövetkező hormonális változások jelentősen befolyásolhatják a bipoláris zavar lefolyását. Bár az egyéni érzékenység eltérő lehet, több vizsgálat is kimutatta, hogy a menopauzális átmenet különösen sérülékeny időszak. Marsh és munkatársai (2007) eredményei szerint a bipoláris zavarral élő nők 68%-a élt át legalább egy depressziós epizódot a perimenopauza alatt, és a depressziós epizódok előfordulása szignifikánsan magasabb volt, mint a reprodukív években. A hangulatromlás tehát gyakori ebben az életszakaszban, és elsősorban a depresszív tünetek gyakoribbá válásában jelentkezik.

Célkitűzés

A menopauza és a bipoláris zavar kapcsolatának kutatása tehát különösen fontos, mivel ez az életszakasz olyan hormonális, pszichológiai és társadalmi változásokkal jár, amelyek potenciálisan súlyosbíthatják a BD tüneteit. Bár a menopauza általánosan elismert, mint a nők életének természetes része, a BD-vel élők számára ez az időszak különösen megterhelő lehet. Összefoglalva tehát a fentieket, a hormonális ingadozások közvetlen hatást gyakorolnak azokra az agyi neurotranszmitterekre, amelyek a hangulatszabályozás alapját képezik. Ennek következtében a már eleve sérülékeny hangulatszabályozási mechanizmusok tovább gyengülhetnek, ami a tünetek súlyosbodásához, a depressziós epizódok gyakoribb megjelenéséhez és a fokozott érzelmi instabilitáshoz vezethet. Ugyanakkor az is nagyon fontos, hogy nem minden nőnél jelentkeznek

negatív hangulati változások: számos kutató óva int attól, hogy a menopauza pszichés következményeit túlzottan patologizáljuk. Szerintük a menopauza egy biopszicho-szociokulturális átmenetnek is tekinthető, ahol a nők élményeit olyan tényezők befolyásolják, mint a testi változások, a társadalmi és kulturális kontextus, valamint az, hogy hogyan értelmezik a pszichés és fizikális változásokat (Hunter & Rendall, 2006b). Más tanulmányok viszont rávilágítottak, hogy az érzelmi nehézségek háttérben szerepet játszik a korábbi depressziós történet – különösen a BD-, a szexuális abúzus, a testtömeg-index, illetve az életszakaszra jellemző stresszes események (Epperson et al., 2017).

Míndezen alapján elmondható, hogy a meglévő szakirodalom nem nyújt átfogó és egyértelmű képet arról, hogy a menopauza milyen összefüggést mutat a BD lefolyásával és a tünetek intenzitásával. A kutatások gyakran heterogének, különböző mintanagyságokkal, módszertanokkal és vizsgálati fókuszokkal dolgoznak, ami megnehezíti az egyértelmű következtetések levonását. Jelen átfogó szakirodalmi áttekintésnek a célja, hogy rendszerezetten összegyűjtse és elemezze a menopauza és a BD közötti kapcsolatot vizsgáló kutatásokat. Tekintettel a heterogén irodalomra, a scoping review megközelítést alkalmaztunk a bizonyítékok jelenlegi állapotának feltérképezésére és a jövőbeli kutatásokhoz szükséges hiányosságok azonosítására. A végső cél az, hogy jobban megértsük, hogyan függ össze a menopauza a BD tüneteivel, valamint, hogy milyen stratégiák alkalmazhatók a betegek életminőségének javítására ebben az életszakaszban. Egy ilyen áttekintés segítheti az egészségügyi szakembereket, pszichiátereket és terapeutákat abban, hogy mélyebben megértsék a menopauza mögött álló biológiai és

pszichológiai mechanizmusokat, és ezáltal személyre szabottabb, hatékonyabb kezelési stratégiákat alakíthassanak ki a nem mindennapi esetek során is. A szisztematikusan feldolgozott információk végső soron hozzájárulhatnak a BD-vel élő nők életminőségének javításához, csökkenthetik a súlyos epizódok előfordulását és támogatják őket abban, hogy hatékonyabban megküzdjenek az életkorukból és betegségükből fakadó komplex kihívásokkal. Mivel ez a téma jelenleg viszonylag kevésbé kutatott, az ilyen irányú vizsgálatok nemcsak tudományos hiányt pótolhatnának, hanem fontos támpontot és pszichológiai támogatást is nyújthatnának az érintett nők számára. Azáltal, hogy jobban megértik saját működésüket és a biológiai változások hatásait, lehetőségük nyílna arra, hogy tudatosabban kezeljék állapotukat, nagyobb kontrollt éljenek meg, és reményt találjanak a stabilitás és a kitartás fenntartásában. A kutatás során az alábbi kérdésekre keressük a választ:

1. Tapasztalnak-e a bipoláris zavarral élő nők fokozott tüneti súlyosságot, gyakoribb hangulati epizódokat vagy változást a betegség lefolyásában a menopauza átmenet és a posztmenopauza időszakában?
2. Hogyan befolyásolja a menopauza a bipoláris zavarral élő nők életminőségét, pszichés jóllétét és mindennapi működését?
3. Milyen kapcsolat figyelhető meg a menopauzális státusz, a napi affektív állapotok és a kognitív teljesítmény (pl. figyelem, koncentráció) között bipoláris zavar esetén?
4. Milyen szerepet játszanak a reprodukzív élettörténeti események (pl. menarche, szülések, hormonpótlás, menopauza kezdete) a bipoláris zavar megjelenésében vagy lefolyásában?

5. Hogyan reagálnak a nők a különböző farmakológiai (pl. antidepresszánsok, hangulatstabilizátorok, hormonpótlás és pszichológiai kezelési stratégiákra a menopauza idején, és milyen megelőző vagy támogató beavatkozások csökkenthetik a tünetek súlyosbodását?

MÓDSZERTAN

Megközelítés

Jelen tanulmány szisztematikus fókuszált áttekintés (scoping review) formájában készült, a PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews; Tricco et al., 2018) irányelveinek megfelelően. Ez a módszertani megközelítés különösen hasznos az olyan kutatási területek feltérképezésére, ahol a tudományos ismeretek heterogének, többdimenziósak és hiányosak vagy még nem áll rendelkezésre elegendő adat egy hagyományos szisztematikus áttekintés vagy metaanalízis elvégzéséhez. A scoping review célja, hogy bemutassa és rendszerezze az adott területen meglévő empirikus bizonyítékokat, azonosítsa a legfontosabb fogalmakat, elméleti kereteket, és megvilágítsa az eddig kevésbé kutatott területeket. Ebben a tudásszintézisben nemcsak a vizsgált témakörre vonatkozó eredmények jellemzőit vizsgáltuk, hanem azt is, hogy hogyan strukturálhatók ezek a bizonyítékok egy koherens elméleti keretbe. Célunk a jelenlegi tudományos diskurzusban rejlő dinamikák megértése, valamint, hogy új kutatási irányokat határozzunk meg, különösen egy olyan összetett és multidiszciplináris téma esetében, mint a bipoláris zavar és a menopauza kapcsolata.

Információforrások

A szakirodalmi keresést 2025. szeptember 13-án végeztük, több nemzetközi tudományos adatbázis és keresőmotor felhasználásával: PubMed, Web of Science, PsycINFO, Embase és ScienceDirect. Ezek a pszichiátriai és pszichológiai kutatásokban leggyakrabban használt, magas lefedettségű adatbázisok, amelyek lehetővé teszik az empirikus, diagnosztikailag megerősített minták azonosítását. A keresés célja az volt, hogy azonosítsa a bipoláris zavarban szenvedő nők menopauza alatti tüneteivel, betegség-lefolyásával és életminőségével foglalkozó tanulmányokat. A keresés a 2015 és 2025 között megjelent, angol nyelvű, humán mintán végzett, peer-review publikációkra korlátozódott. A keresési stratégia kulcsszavak és tárgyszavak kombinációját alkalmazta, a következő fő kifejezésekkel: *bipolar disorder*, *bipolar depression*, *menopause*, *menopausal transition*, *perimenopause*, *postmenopause*, *reproductive aging*, *women*, *symptom severity*, *quality of life*, *cognitive performance*.

A kulcsszavakat és tárgyszavakat (MeSH) kombináltuk logikai operátorok (AND, OR, NOT) segítségével, hogy lefedjük az eltérő szóhasználatokat a szakirodalomban.

A pontos PubMed-keresési kifejezés az alábbi mintát követte: („bipolar disorder” [MeSH Terms] OR „bipolar depression” OR „bipolar affective disorder”) AND („menopause” [MeSH Terms] OR „menopausal transition” OR „perimenopause” OR „postmenopause”) NOT („man” OR „animal” [MeSH Terms]).

A 96 egyedi találatot RIS-formátumban importáltuk a Covidence rendszerbe, majd a duplikált rekordokat automatikusan és manuálisan is azonosítottuk és eltávolítottuk.

A megmaradt 52 találatot cím és absztrakt alapján előszűrtük, kizárva a nem empirikus (pl. narratív, kvalitatív vagy esettanulmány), valamint a review-jellegű közleményeket. A Covidence-felületen 16 tanulmány került teljes szöveges értékelésre, melyek közül 7 cikk maradt a beválasztási kritériumok alapján további elemzésre. A keresést kiegészítette egy manuális bibliográfiai áttekintés (snowballing), amely során a már beválogatott cikkek hivatkozásait is átnéztük további releváns forrásokért. A szűrés és beválogatás folyamatát három független reviewer (J.B., L.Z., B.Sz.) végezte. A Covidence platformon két reviewer önállóan értékelte a cikkeket, majd az adatokat exportáltuk és a harmadik fő Excel-fájlban manuálisan is rögzítette az included (beválogatott), excluded (kizárt) és unclear (bizonytalan) kategóriákat. Az eltérő értékeléseket konfliktusmegoldás keretében közösen egyeztetjük, és konszenzussal döntöttünk a végleges bevonásról. A PRISMA-folyamatára (Identification → Screening → Eligibility → Included) a Covidence rendszerből exportált adatok alapján készült, és a kézirat mellékletében kerül bemutatásra (*1. melléklet*).

Inklúziós és exklúziós kritériumok

A keresés tehát a 2015 és 2025 közötti időszakra korlátozódott, hogy a legfrissebb és legmegbízhatóbb adatok kerüljenek elemzésbe, kizárva a korábbi, már összegzett vagy elavult eredményeket. A keresés során kizárólag angol nyelvű, lektorált (peer-reviewed) tudományos közleményeket vettünk figyelembe, amelyek humán mintán, diagnosztikailag megerősített bipoláris zavarban (BD-I vagy BD-II) szenvedő nőkkel készültek. Az elfogadott tanulmányokban a menopauza státusza meghatározott volt.

Legjobb volt, ha STRAW vagy Monash kategóriák alapján bizonyosodtak meg a menopauza meglétéről, de elfogadtunk legalább 12 hónapos önbevallott amenorrhoea-t, hormonmarker-adatokat és egyéb standard önbevalláson alapuló besorolást is. A beválasztott kutatások mind legalább egy pszichológiai vagy klinikai kimenetet értékelték, például a depresszív, mániás vagy szorongásos tüneteket, az életminőséget, a kognitív teljesítményt, a betegség lefolyását vagy a kezelési választ. Az elemzésbe csak olyan vizsgálatok kerültek be, amelyek mintanagysága meghaladta a harminc főt. A beválasztás során a nyílt hozzáférés nem volt kritérium, a legtöbb teljes szöveghez intézményi hozzáféréssel vagy a szerzők közvetlen megosztásán keresztül jutottunk hozzá.

A kizárás alapját azok a publikációk képezték, amelyek nem empirikus jellegűek (narratív vagy elméleti áttekintések, kommentárok, szerkesztői közlemények, levelek), illetve esettanulmányok vagy kis mintájú vizsgálatok voltak. Kizártuk továbbá azokat a tanulmányokat, amelyek nem diagnosztizált bipoláris mintán dolgoztak, kizárólag farmakológiai vagy biomarker-fókuszúak voltak pszichológiai kimenetek nélkül, nem tartalmaztak egyértelmű menopauzális státusz-meghatározást vagy csupán a kor alapján azonosították a változókort. Kivételt képezett a Perich és munkatársai (2017) tanulmány, amely bár a teljes reprodukzív ciklust vizsgálta, önálló menopauzális alféjezetet tartalmazott, ezért empirikus relevanciája miatt bevonásra került.

Adatáttekintés és kinyerés

A többszáz találatot a szűrési folyamatok során az előre meghatározott szisztematikus protokoll alapján elemeztük. A végső

1. táblázat. Inklúziós és exklúziós kritériumok

Kategória	Beválasztási kritériumok	Kizárási kritériumok
Population / (Populáció)	Felnőtt nők, akik a menopauzális átmenetben vannak (peri- vagy posztmenopauza), természetes vagy sebészi menopauza után. Klinikai BD-diagnózis DSM/ICD alapján, strukturált interjúval (SCID/MINI) vagy előzetes szakorvosi dokumentációval. Bipoláris I. vagy II. zavar; kevert minták elfogadhatók	Nem BD-populáció vagy vegyes pszichiátriai minta BD-alcsoport nélküli bonntással. Férfiak vagy serdülők (< 18 év).
Intervention / Exposure (Beavatkozás / expozíció)	Menopauza-státusz validált meghatározása: STRAW/Monash kategória, ≥ 12 hónap amenorrhoea önbevallás alapján, vagy laboratóriumi hormonmarkerek (pl. estradiol, FSH, LH), standardizált önbevallás	Életkor mint egyetlen proxy a menopauza meghatározásához.
Comparator / Context (Összehasonlító csoport / Kontextus)	Premenopauzális BD-nők, vagy within-subject összehasonlítás a tranzíció során. Hormon-szint kategóriák vagy folyamatos prediktorok és BD-kimenetek kapcsolata.	Nincs összehasonlító csoport (sem longitudinális, sem keresztmetszeti).
Outcome (Kimenet)	Depressziós tünetek súlyossága (pl. MADRS, HDRS/HAM-D) – standardizált, validált skálák. Mániás/hipomániás tünetek (pl. YMRS). Hangulati epizódok vagy relapszus gyakorisága, klinikai lefolyás (visszaesés, epizódszám).	Csak általános distressz- vagy menopauza-tünet skálák (pl. MENQOL, Greene) BD-specifikus kimenet nélkül. Csak kognitív/neurobiológiai kimenetek BD-adat nélkül.
Study characteristics (Tanulmányjellemzők)	Dizájn: prospektív, longitudinális, retrospektív kohorsz, eset-kontroll vagy jól definiált keresztmetszeti vizsgálat. Peer-reviewed publikáció. Humán minta, angol nyelv. Mintanagyság $N \geq 30$ (BD-alcsoport). 2015 utáni publikáció. Teljes szöveg elérhető.	Esettanulmány, kvalitatív, szerkesztőségi közlemény, narratív review, protokoll, konferencia-abstract.
Other (Egyéb tényezők)	Gyógyszeres kezelés vagy HRT (hormonpótlás) státusza feltüntetve, legalább jelzésszinten.	Duplikátum, nem egyértelmű BD-definíció vagy hiányos menopauza-besorolás.

mintába kerülő cikkekről részletes információkat gyűjtöttünk. Ezek közé tartozott a kutatás vezetőjének országa, a tanulmány típusa, a BD-diagnózishoz használt eszköz, a minta mérete, az átlagéletkor és a szórás,

a nem és a gender, menopauza mérésére használt eszköz, valamint a depresszió menopauzához kapcsolódó hatásai. Ezen információkat a 2. táblázatban összesítettük.

Adatszintézis

Az első szerző, a második és harmadik szerző először egyénileg, majd interaktívan vettek részt a kritériumoknak megfelelő cikkek beválogatásában. A hasonló témákat tárgyaló tanulmányokat csoportosították, és közösen elemezték azok tartalmát és eredményeit, követve a tematikus elemzés standard módszertanát (Levac et al., 2010). Az eredmények bemutatása során az elemzett cikkeket és azok megállapításait az összefoglaló táblázatokban részletezzük. A 2. táblázat segít átláthatóan összegezni a tanulmányok által nyújtott adatokat. A keresési eredmények a következő találatokat hozták:

- Embase: 39 találat
- Web of Science: 13 találat
- Google Scholar: 10 találat
- Scopus: 9 találat
- PubMed: 7 találat
- Egyéb / nem specifikált forrás: 18 találat
- Egyéb forrás (manuális keresés, hivatkozás-láncolat): 1 találat

Tanulmányok és minta jellemzői

A hét bevont tanulmány különböző földrajzi helyszínekről származik; az Egyesült Királyságból (Gordon-Smith et al., 2025), az Egyesült Államokból (Liu et al., 2023; Marsh et al., 2015), Olaszországból (Attanasio et al., 2025), valamint Ausztráliából több publikáció is bekerült az elemzésbe (Perich et al., 2017; Perich et al., 2021; Perich & Ussher, 2021). A vizsgálatok időben széles skálát fednek le, hiszen a legkorábbi 2015-ben (Marsh et al.) jelent meg, míg a legfrissebb 2025-ben (Gordon-Smith et al.; Attanasio et al.). A tanulmányok összevont mintanagysága $n = 1869$ fő, azonban jelentős

heterogenitás figyelhető meg mintaszerkezetben és életkorban. A posztmenopauzális és perimenopauzális részminták összesített létszáma legalább ~900 nő, amelyet főként nagy mintás kérdőíves kutatások adnak (pl. Gordon-Smith et al., 2025: $n = 567$ posztmenopauzális; Perich et al., 2021: $n = 538$ három menopauzális státusszal; Attanasio et al., 2025: 303 posztmenopauzális). A klinikai, prospektív vagy EMA-alapú vizsgálatok kisebb mintával dolgoznak (Liu et al., 2023: $n = 86$; Marsh et al., 2015: $n = 56$; Perich & Ussher, 2021: $n = 100$).

Ami a diagnosztikát illeti, több tanulmány standardizált klinikai interjúkat használt: DSM-IV/DSM-5 besorolás SCAN-interjúval és kórlapellenőrzéssel (Gordon-Smith et al., 2025), DSM-5-TR pszichiátriai interjúval (Attanasio et al., 2025), vagy SCID-I interjúval (Perich et al., 2017). Más vizsgálatok korábban szakember által megerősített bipoláris diagnózist alkalmaztak (Perich et al., 2021; Perich & Ussher, 2021). Liu és munkatársai (2023) vizsgálata DSM-IV diagnózist használt képzett interjúzókkal, míg Marsh és munkatársai (2015) a DSM-IV szerinti BD I/II/NOS kategóriákat alkalmazta hormonméréssel kombinált longitudinális keretben. A tanulmányok túlnyomó része keresztmetszeti kérdőíves designra épült (Gordon-Smith et al., 2025; Perich et al., 2017; Perich et al., 2021; Perich & Ussher, 2021), azonban két vizsgálat prospektív, követéses kohorsz módszertant alkalmazott (Marsh et al., 2015 – 4 hónapos hormon- és hangulatkövetés; Attanasio et al., 2025 – 4 hetes hospitalizációs kezelés vizsgálata). A Liu és munkatársai (2023) egy egyedülálló, kéthetes intenzív EMA-vizsgálatot végzett napi három hangulatméréssel és ismételt figyelmi tesztekkel.

2. táblázat. Beválasztott tanulmányok jellemzői

Authors, year, journal, doi	Country	Sample size	Age of participants	design	diagnosys	effects on depression/mania episodes	menopause status
Gordon-Smith et al. (2025) <i>Archives of Women's Mental Health</i> , 28: 573–581 https://doi.org/10.1007/s00737-024-01533-2	Egyesült Királyság	n = 567	Medián életkor: 59 év	keresztmetszeti, retrospektív, önbevalláson alapuló, kérdőíves	diagnosztizált bipoláris zavar DSM-IV / DSM-5 alapján, SCAN-interjú + kórlapok, szakértői konszenzus: – BD I: 72,1% (409/567) – BD II: 22,4% (127/567) – Schizoaffectív bipoláris típus: 2,6% – BD NOS: 2,8%	mániákus epizódok és a reproduktív események között nem találtak szignifikáns összefüggést premenstruális és postnatális depressziós tünetek kapcsolódnak depressziós epizóddal perimenopauzában	posztmenopauzális nők Önbevallás: nők, akik magukat posztmenopauzálisnak jelölték; megadták életkort a menopauza idején (medián: 50 év)
Attanasio, et al. (2025). <i>Journal of Psychiatric Research</i> , (184). 371–377. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.02.043	Olaszország	n = 364	Reproduktív csoport: M = 43 év; posztmenopauzális csoport: M = 63,38 év	prospektív (4 hetes kórházi kezelés vizsgálata), kohorsz típusú	diagnosztizált bipoláris zavar I. típus DSM-5-TR szerinti Bipolar I Disorder, pszichiáter által felvett klinikai interjú	posztmenopauzális csoport rosszabb terápiás választ mutatott, alacsonyabb remissziós arányokkal, mint a reproduktív státuszú csoport. A mániás epizódokban nem találtak szignifikáns különbséget	reproduktív fázisban lévő nők és posztmenopauzális nők STRAW+10 alapján két csoport: Group A – reproduktív fázis (STRAW –5, –4, –3b, –3a): N = 61 Group B – posztmenopauza (PM) (STRAW +1c, +2): N = 303
Liu et al., (2023). <i>Archives of Women's Mental Health</i> , 26. 863–868, https://doi.org/10.1007/s00737-023-01359-4	USA	n = 86	25–60 év közötti nők	Keresztmetszeti, rövid távú (2 hét) adatokkal, mobil önkitöltős napi hangulat-kérdőívekkel	Bipoláris zavar diagnózis (DSM-IV alapján, strukturált klinikai interjúval (trained raters) igazolva – BD I: 43% – BD II: 46% – Egyéb/unsure: 11% és egészséges kontrollcsoport	A menopauzális státusz jelentősen kapcsolódott magasabb negatív hangulati állapotokkal bipoláris nők között, de befolyásolta a figyelmi teljesítményt	Diagnosztika: Menstrual History Questionnaire alapján: reproduktív fázisban lévő nők és menopauzális nők – Cycling (pre/perimenopauza): 47 fő – Menopausal (postmenopauze): 39 fő
Perich et al. (2017). <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 1(2). 161–167. https://doi.org/10.1177/0004867416670015	Ausztrália	n = 158 BD I. = 108 BD II. = 50	M = 37,9 év, 19-76 év közötti nők	keresztmetszeti, retrospektív, önbevalláson alapuló, kérdőíves	diagnosztizált bipoláris zavar I., II. típus eszköz: SCID-I + DSM-IV	a reproduktív ciklus eseményeivel (pl. premenstruális és postnatális depressziós tünetek, menopauza) összefüggő hangulatromlás szorosabb kapcsolatot mutat bipoláris zavar súlyosságával 70% depressziós tünetfokozódás; korábbi depressziós kezdet; több depressziós epizód 29% hypománia-fokozódás; korábbi hypománia kezdet	reproduktív, perimenopauzális, posztmenopauzális nők eszköz: Önbevallás

Authors, year, journal, doi	Country	Sample size	Age of participants	design	diagnosys	effects on depression/mania episodes	menopause status
Perich et al. (2021). <i>Maturitas</i> . https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.09.002	Kutatóhely: Ausztrália Minta: nem-zetközi	n = 538	M = 45,94, 18–65 év közti nők	Keresztmetszeti, kvantitatív kérdő- íves	Bipoláris zavar diagnózis (önbeval- lás, ill. klinikai diagnózis alapján) BD diagnózis; altípusok (teljes mintában): 39% BD I, 51% BD II, 10% bizonytalan	A menopauza-átmenetben lévő nők szignifikánsan magasabb depressz- ziós tünetpontoszámot mutattak, mint a reproduktív és posztmenopauzális csoport; a mániás tünetek között nem volt különbség.	Három csoport összehasonlítása: reproduktív, perimenopauzális, posztmenopauzális nők Diagn: STRAW + Monash research staging: reproduktív <40 év; MT: 40–57 év, vérzési variabilitás ≥ 7 nap ≥ 10 cikluson VAGY 60–365 nap amenorrhoea; post-menopause: >1 év amenorr- hoea, >58 év, vagy ≥ 51 év hyste- rectomia/egyéb orvosi ok alapján
Marsh et al. (2015). <i>International Journal of Bipolar Disorders</i> . https://doi.org/10.1186/s40345-015-0035-z	USA	56 BD-s nő; fő analízis: 44 28 BD I (50%), 23 BD II (41%), 5 BD NOS (9%)	M = 48,5 \pm 5,0 év (40–60 év)	Prospektív, lon- gitudinális, 4 hónapos követés, 5 vizit, ismét- elt YMRS és MADRS + hor- monmérések	DSM-IV bipoláris zavar (I, II, NOS); ADE (SCID-alapú klinikai int)	Depresszió: Late/early-post csoport: +4.43 ponttal magasabb MADRS az early transition-hoz képest (SE 2.14; p = 0.039); ~10%-kal magasabb depresszió Mánia: Late/early-post csoport: +2.54 ponttal magasabb YMRS (SE 1.15; p = 0.027); kb. 10%-os növekedés	Early transition: late repro- ductive + early perimenopause (n = 21; GEE n = 15); Late + early-post transition: late perimenopause + early post- menopause (n = 35; GEE n = 29) Diagnózis: STRAW + 10 szerinti stádiumok: ciklushossz-változás, ≥ 60 nap amenorrhoea, 1–5 év vérzésmentesség; FSH/E2-szin- tekkel alátámasztva
Perich, T., Ussher, J. (2021) <i>Menopause: The Journal of The North American Menopause Society</i> https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001894	Ausztrália	N = 100 BD-típus: ~43% BD I, ~46% BD II, ~11% „unsure/ other”	M = 48,74 (SD = 3,95)	Keresztmetszeti, online kérdőíves vizsgálat	Önbevallott bipoláris zavar, korábban egészségügyi szakember által diagnosztizálva	Depressziós tünetek 40%-át önmagá- ban a stressz magyarázta, míg a szo- rongás csak a második lépésben járult hozzá a modellhez. Mánia esetén nem találtak szignifikáns összefüggést	STRAW + Monash kritériumok alapján Csak menopauza-átmeneti (perimenopauzális) nők

A menopauzális státusz besorolása is eltérő módszerekkel történt. A legszigorúbb definíciót a STRAW+10 kritériumrendszer alapján alkalmazták (Marsh et al., 2015; Perich et al., 2021; Attanasio et al., 2025), míg más vizsgálatok önbevalláson alapultak (Gordon-Smith et al., 2025; Perich et al., 2017; Perich & Ussher, 2021). A Liu és mtsai (2023) a Menstrual History Questionnaire alapján különítette el a cycling (pre/perimenopauzális) és menopauzális csoportot.

EREDMÉNYEK

Áttekintés

A tanulmányok fő kimeneti változói a tüneti súlyosság, az életminőség, a betegség-lefolyás, a kognitív funkciók és a reprodukatív életesemények prediktív szerepe voltak. A kutatások közös célja annak feltárása volt, hogy a hormonális változásokkal jellemezhető menopauza-átmenet miként befolyásolja a bipoláris zavar affektív és funkcionális kimeneteit, valamint, hogy a korábbi reprodukatív életszakaszok (premenstruáció, posztnatális periódus) érzékenysége milyen prediktív értékkel bír e szakaszban.

Tüneti súlyosság és életminőség a menopauza fázisaiban

A vizsgálatok eredményei összhangban mutatják, hogy a menopauza átmenete során a BD-ben szenvedő nők körében elsősorban depressziós tünetfokozódás észlelhető, míg a (hipo)mániás epizódok gyakorisága stabil marad vagy csökken (Marsh et al., 2015; Attanasio et al., 2025). A perimenopauza időszakában fokozott tüneti labilitás, érzelmi diszreguláció és alvászavar jellemző,

amelyek együtt járnak az életminőség szubjektív romlásával és a mindennapi funkciók beszűkülésével (Perich et al., 2021). A tüneti hullámvás szorosan összefügg a hormonális fluktuációval és a vazomotoros panaszok súlyosságával, ugyanakkor a BD-specifikus érzelmi instabilitás a posztmenopauzában részben mérséklődik, különösen a stabil farmakoterápiát folytató mintákban (Attanasio et al., 2025).

A hosszú távú utánkövetéses vizsgálatok szerint a menopauza-átmenet nem növeli univerzálisan az affektív epizódok kockázatát, azonban egyértelműen kirajzolódik egy sérülékeny alcsoport, amelyet korábbi depresszív epizódok, súlyos vazomotoros tünetek, alvásmegbomlás és pszichoszociális stresszorok jellemeznek (Perich et al., 2022; Gordon-Smith et al., 2025). Ezekben az esetekben a menopauza idején jelentkező depresszív szimptomák a globális életminőség szignifikáns romlásával és a funkcionális aktivitás csökkenésével járnak együtt.

Betegség-lefolyás, kezelésválasz és klinikai implikációk

A menopauza-átmenet időszaka a bipoláris zavar lefolyásában egyértelműen kritikus, de nem univerzálisan rizikós periódusnak tekinthető. A vizsgálatok szerint (Perich et al., 2021; Marsh et al., 2015; Attanasio et al., 2025) a hangulati instabilitás elsősorban azoknál a nőknél fokozódik, akiknél a betegség korábbi szakaszaiban is jellemző volt a visszaesésre való hajlam, a gyors ciklusváltás vagy a stresszre adott maladaptív érzelmi reakció. Esetükben a menopauza idején gyakoribb a tüneti rekurrencia, rövidebbek a tünetmentes periódusok, és nagyobb az antidepresszív vagy hangulatstabilizáló kezelés melletti relapsuskockázat.

A BD tünetmenete a menopauza különböző fázisaiban nem egyenletes. A perimenopauza alatt jellemző a depresszív pólus dominanciája, míg a posztmenopauzában a tüneti labilitás enyhülése figyelhető meg, különösen a stabil farmakoterápia és alvásrítmus fenntartása mellett (Attanasio et al., 2025). A hormonális fluktuációhoz kapcsolódó epizódok gyakrabban depresszív jellegűek, és társulhatnak pszichoszomatikus panaszokkal (pl. hőhullám, alvászavar, szomatikus szorongás), amelyek növelik a reziduális tünetek fennmaradását.

A kezelésre adott válasz eltérései szintén megfigyelhetők. Több tanulmány (Perich et al., 2021; Marsh et al., 2015) szerint a menopauza átmenetben gyengébb farmakoterápiás válasz tapasztalható az antidepresszánsokra, ugyanakkor a hangulatstabilizáló szerek (lítium, lamotrigin) megtartó hatása kifejezettebb. A pszichoterápiás intervenciók hatékonyságát elsősorban a hormonális változásokhoz való alkalmazkodás, a stresszmenedzsment és az alvásreguláció befolyásolja (Perich et al., 2022). Eredményeik alapján a klinikusoknak érdemes a menopauza időszakát fokozott monitorozási és edukációs periódusként kezelni, különösen a korábbi relapszusokra hajlamos nők esetében.

Az eddigi adatok azt is jelzik, hogy a menopauza-átmenet alatt fennálló BD-s tünetek és a pszichoszociális működés romlása ciklikus jellegű: a tünetek intenzitása gyakran a vazomotoros zavarokkal párhuzamosan hullámzik, majd stabilizálódik a hormonális profil állandósulásával. E folyamat pszichoendokrinális komponensként értelmezhető, amely a bipoláris spektrumon belüli sérülékenységi faktorokat hormonális szinten is modulálhatja.

Reproduktív élettörténeti tényezők és kockázatok

A vizsgálatok egyik legfontosabb eredménye, hogy a menopauzális hangulatromlás nem feltétlenül értelmezhető önálló jelenségként, hanem inkább olyan egyéni sérülékenységgént, amely különböző, jelentős hormonális változásokkal járó reproduktív életesemények során ismételten megnyilvánulhat. Kutatások szerint a perimenopauzális depresszív tünetek előfordulását szignifikánsan magyarázta a korábbi premenstruális és posztmenstruális érzékenység (Perich et al., 2017; Gordon-Smith et al., 2025). Azok a nők, akik korábban premenstruális hangulatváltozásról vagy posztmenstruális depresszióról számoltak be, nagyobb valószínűséggel tapasztaltak depresszív epizódokat a menopauza átmenet idején (Perich et al., 2017). Ezen eredmények egy valószínűsíthetően hormonális változásokra adott fokozott érzékenységet, hajlamot jelölnek, amely különböző életszakaszokban hasonló módon növelheti a hangulati zavar kialakulásának kockázatát (Perich et al., 2017). Vagyis ez a reproduktív sérülékenység egyfajta „fenotípus-szerű” vulnerabilitási mintázatként értelmezhető, amely az affektív instabilitás biológiai és pszichoszociális prediktorainak együttesét tükrözi.

A longitudinális vizsgálatok (Gordon-Smith et al., 2025) azt is kimutatták, hogy a reproduktív múlt eseményeinek száma és minősége (pl. szülés, vetélés, hormonális fogamzásgátlás használata) befolyásolhatja a menopauzális tünetek megjelenését és a hangulati epizódok kockázatát. Különösen a rövid ciklusú, intenzív hormonális változások, mint a menstruációs ciklus luteális fázisa, a szülést követő első hetek,

vagy éppen a perimenopauza időszaka, valamint a korábbi hormonális instabilitás (pl. premenstruális szindróma) növelik a perimenopauzális depresszió valószínűségét.

Perich és munkatársai (2021, 2022) szerint a reprodukív életeseményekhez kapcsolódó sérülékenység pszichoszociális tényezőkkel is interakcióba lép: a fokozott stresszpercepció és a negatív érzelmfókuszált megküzdés közvetítő szerepet játszik a menopauzális tünetfokozódásban. Ez azt jelenti, hogy a menopauza nemcsak biológiai, hanem életút-szintű stressztrigger is lehet a BD-ben érintett nők számára.

A posztmenopauzális fázisban (Attanasio et al., 2025) a tüneti instabilitás enyhül, de a korábbi reprodukív érzékenység továbbra is prediktív értékű lehet a reziduális depresszív tünetekre és az életminőség alakulására. Ezek az eredmények a reprodukív életszokások integrált klinikai értelmezését támasztják alá, ahol a hormonális és pszichoszociális tényezők kumulatív, nem lineáris hatást fejtenek ki a bipoláris betegség lefolyására.

Kogníció és mindennapi működés

A menopauzális kognitív változások BD-ben kettős természetűek: részben hormonális eredetűek, részben a hangulati epizódok reziduális hatásait tükrözik. Liu és mtsai. (2023) kimutatták, hogy a BD-ben szenvedő nők perimenopauzában nagyobb napi hangulati fluktuációt mutatnak, mint az egészséges kontrollok, nem találtak azonban különbséget a kognitív teljesítményben a BD és HC csoportok között.

Egy másik vizsgálat (Perich et al., 2021) szerint a kognitív zavarok leginkább a figyelmi kontroll és a munkamemória területein jelentkeznek, és gyakran együtt járnak alvásmegbomlással és szubjektív

fáradékonysággal. Ezek a kognitív ingadozások hozzájárulhatnak az életminőség romlásához és a napi működés nehézségeihez, különösen akkor, ha a hormonális változások pszichés distresszel kombinálódnak (Perich et al., 2021). A kognitív tünetek jellemzően reverzibilisek, amennyiben a hangulati stabilizáció és az alvásciklus rendeződése megtörténik, ami a hormonális egyensúly visszaállításával párhuzamosan következik be.

MEGVITATÁS

A menopauza és bipoláris zavar közötti összefüggést viszonylag kevés kutatás vizsgálta az utóbbi tíz évben. A fent összesített eredmények, amelyek egy szisztematikus összegzést adnak ezekből a vizsgálatokból 2015–2025 között, azt mutatják, hogy a menopauza és a bipoláris zavar tünetei között kapcsolat mutatható ki a tüneti súlyosság, menopauza alatti életminőség, betegség-lefolyás, korábbi, reprodukcióhoz köthető hangulati epizódok, és a kognitív funkciók tekintetében. Az elemzett szakirodalmak alapján konszenzus alakult ki számos kérdésben, ám apróbb eltérések is kimutathatóak a vizsgálati eredmények között.

Az egyik legfontosabb kérdés az volt, hogy milyen összefüggés mutatható ki a bipoláris tünetek és a menopauza alatti életminőség szempontjából. Erre egyértelmű választ adtak a vizsgálatba bevont kutatások, azt mutatva ki, hogy elsősorban a depressziós tünetek erősödnek a menopauza időszakában (46–91% között; Szeliga et al. 2021), ami az életminőség romlásával járt együtt. Azonban azt is kimutatták, hogy ez csak azoknál a nőknél növeli a depressziós epizódok és hangulatingadozások gyakoriságát, valamint rontja az életminőséget,

akiknél a menopauzális átmenet előtt is jellemzőek voltak a gyakoribb epizódok és rövidebbek voltak a tünetmentes időszakok.

A menopauza időszaka során a depresszív tünetek erősödése csökkenő tendenciát mutat, ahogy a perimenopauzából a személy a postmenopauza felé halad, ugyanakkor hullámvázis is megfigyelhető a tünetek erősségében, ami a vazomotoros menopauza tünetekkel hozható kapcsolatba. A postmenopauzában megvalósuló tünetenyhülésben szerepet játszik hormonális stabilizáció, valamint a megfelelő minőségű alvás is, és a farmakoterápiás szerek hatékony használata, ami elsősorban a lítium és lamotrigin használatát jelenti. Ugyanakkor pszichoterápiás beavatkozások is segíthetik a stabilitás fenntartását, mint például a stresszmenedzsment és pszichoedukáció alkalmazása.

Fenti elemzésünk rámutatott arra is, hogy a menopauzális átmenetben tapasztalható hangulatromlás a reprodukív életeseemények során megtapasztalt hangulati tünetekkel állt összefüggésben, mint például a posztnatális depresszió, és a premenstruális szindróma. Ezek az életeseemények szintén összefüggést mutatnak bizonyos pszicho-szociális tényezőkkel, mint például a szubjektív stresszpercepció, és az érzelem fókuszú megküzdés.

Végezetül szakirodalmi áttekintésünk alapján azt találtuk, hogy a BD-ben a menopauzális átmenet során tapasztalható kognitív tünetek egy részéért a hormonális hatásokon kívül a hangulati epizódok is szerepet játszanak. Ennek hatására a kognitív teljesítmény ingadozhat a BD-vel küzdő nőknél, ami a figyelmi kontrollt és munkamemóriát érintheti. Ezek a tünetek visszafordíthatóak azonban, amennyiben a menopauzális átmenet végére beáll a hormonális stabilitás.

Összességében elmondható a menopauzális átmenet és az azzal járó hormonális változások pszichés hatásait vizsgáló kutatásokról, hogy általánosságban megerősítik az úgynevezett ösztrogén megvonási elméletet, miszerint bizonyos hangulati ingadozások együtt járnak a csökkenő ösztrogén szinttel (Robinson, 2001; Szeliga et al., 2021). Az elmélet szerint az ösztrogén protektív hatást fejt ki a hangulati zavarok tüneteivel szemben, és az ösztrogén szint csökkenése a tünetek romlásához vezethet. Ugyanakkor fontos megállapítás, ami némileg keretek közé szorítja az elmélet kiterjesztését a BD csoportra, hogy a posztpmenopauzában, amikor a hormonszint stabilizálódik, a depressziós tünetek súlyossága csökken ezeknél a nőknél.

Korlátok és jövőbeli irányok

A jelenlegi bizonyítékok értékelését több módszertani tényező korlátozza. A legtöbb vizsgálat retrospektív önbeszámolóra támaszkodott, és a menopauza-státuszt sok esetben önbevallás alapján határozták meg. A hormonális biomarkerek ritkán kerültek bevonásra, és kevés tanulmány alkalmazott prospektív, BD-specifikus design-t. A perimenopauzában lévő minták gyakran kisméretűek, és a diagnosztikai kritériumok (pl. STRAW, Monash kategóriák) heterogén módon jelentek meg. A jövőbeli kutatások számára szükséges a longitudinális, hormonálisan validált vizsgálati protokollok alkalmazása, amelyek integrálják a pszichoszociális, neurokognitív és endokrin tényezőket. A transzdiagnosztikus megközelítések (pl. RDoC-keret) lehetővé tehetik a reprodukív sérülékenységi fenotípus pontosabb azonosítását, valamint a személyre szabott terápiás stratégiák kidolgozását a menopauza-átmenet idején.

ÖSSZEFOGLALÁS

Összességében a menopauza-átmenet a BD-ben szenvedő nők számára fokozott, de nem általánosított kockázati időszak. A legnagyobb veszélyt azok a betegek hordozzák, akiknél korábbi reprodukzív életszakaszokban (premenstruáció, posztnatális időszak) már jelentkezett hangulati érzékenység.

Az affektív tünetek és az életminőség-romlás főként depresszív irányú, és összefügg a hormonális ingadozással, az alvásmegbomlással és a pszichoszociális stresszorokkal. A klinikai ellátás szempontjából a menopauza időszaka kulcsfontosságú intervenciók ablak, amely megelőző és célzott kezelési stratégiákat igényel a relapszus és a funkcionális hanyatlás elkerülésére.

SUMMARY

MENOPAUSAL TRANSITION AND BIPOLAR DISORDER: MOOD EPISODES AND OUTCOMES – A SYSTEMATIC FOCUSED REVIEW

Background and Aims: Hormonal changes during the menopausal transition – specifically the decrease in estrogen and progesterone levels – may influence psychological symptoms such as increased mood lability and depressive episodes during menopause. This may be especially important in women with bipolar disorder, who may experience an increase in their various mood symptoms. The goal of the current review is to explore the psychological effects of the menopause transition on women suffering from bipolar disorder (BD); in particular, we looked at the dynamics of depressive episodes during menopause and their relationship with quality of life, and the psychological consequences of hormonal changes.

Methods: We used a systematic, focused overview (scoping review), following PRISMA-ScR principles. We selected peer-reviewed studies published between 2015 and 2025 in English, which examined the relationship between menopause and BD.

Results: We selected seven studies fulfilling our criteria, based on which we found that during perimenopause the frequency and severity of depressive episodes increase, whereas the frequency of manic and hypomanic episodes shows less deviation from levels before the menopausal transition. As the person progresses towards post-menopause, the frequency and severity of depressive episodes decrease. The increase in depressive episodes during menopause is related to a decrease in wellbeing. Menopausal women's subjective wellbeing is affected by hormonal changes during the transition period, and besides that by social support, psychosocial stress, and cultural factors. Our results show that the effectiveness of medication and psychotherapeutic treatment during menopause may vary, and individual differences may determine symptom outcomes.

Discussion: We suggest that future studies aim at a deeper understanding of the neurobiological mechanisms underlying BD during menopause, at the optimization of pharmacological and psychological intervention possibilities, and at the longitudinal follow-up study of women with BD after the menopausal transition.

Keywords: BD, hormonal changes during menopause, depressive episodes, mood changes, female mental health

IRODALOM

- American Psychiatric Association (2022): *Bipolar I and bipolar II disorders*.
- Baldassano, C. F., Marangell, L. B., Gyulai, L., Ghaemi, S. N., Joffe, H., Kim, D. R., Sagduyu, K., Truman, C. J., Wisniewski, S. R., Sachs, G. S., & Cohen, L. S. (2005): Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disorders*, 7(5). 465–470. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00237.x>
- Bromberger, J. T., Matthews, K. A., Schott, L. L., Brockwell, S., Avis, N. E., Kravitz, H. M., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., Sowers, M., & Randolph, J. F. (2007): Depressive symptoms during the menopausal transition: The Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). *Journal of Affective Disorders*, 103(1–3). 267–272. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.034>
- Bryant, C., Judd, F. K., & Hickey, M. (2011): Anxiety during the menopausal transition: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(2). 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.055>
- Burger, H. G., Dudley, E. C., Robertson, D. M., & Dennerstein, L. (2002): Hormonal changes in the menopause transition. *Recent Progress in Hormone Research*, 57(1). 257–275. <https://doi.org/10.1210/rp.57.1.257>
- Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., & Castro-Costa, É. (2015): Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37(2). 155–161. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1693>
- Epperson, C. N., Sammel, M. D., Bale, T. L., Kim, D. R., Conlin, S., Scalice, S., Freeman, K., & Freeman, E. W. (2017): Adverse childhood experiences and risk for first-episode major depression during the menopause transition. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(3). e298–e307. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m10819>
- Freedman, R. R. (2013): Menopausal hot flashes: Mechanisms, endocrinology, treatment. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 142. 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2013.08.010>
- Goldstein, J. M., Jerram, M., Poldrack, R., Ahern, T., Kennedy, D. N., Seidman, L. J., & Makris, N. (2005): Hormonal cycle modulates arousal circuitry in women using functional magnetic resonance imaging. *Journal of Neuroscience*, 25(40). 9309–9316. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.2239-05.2005>

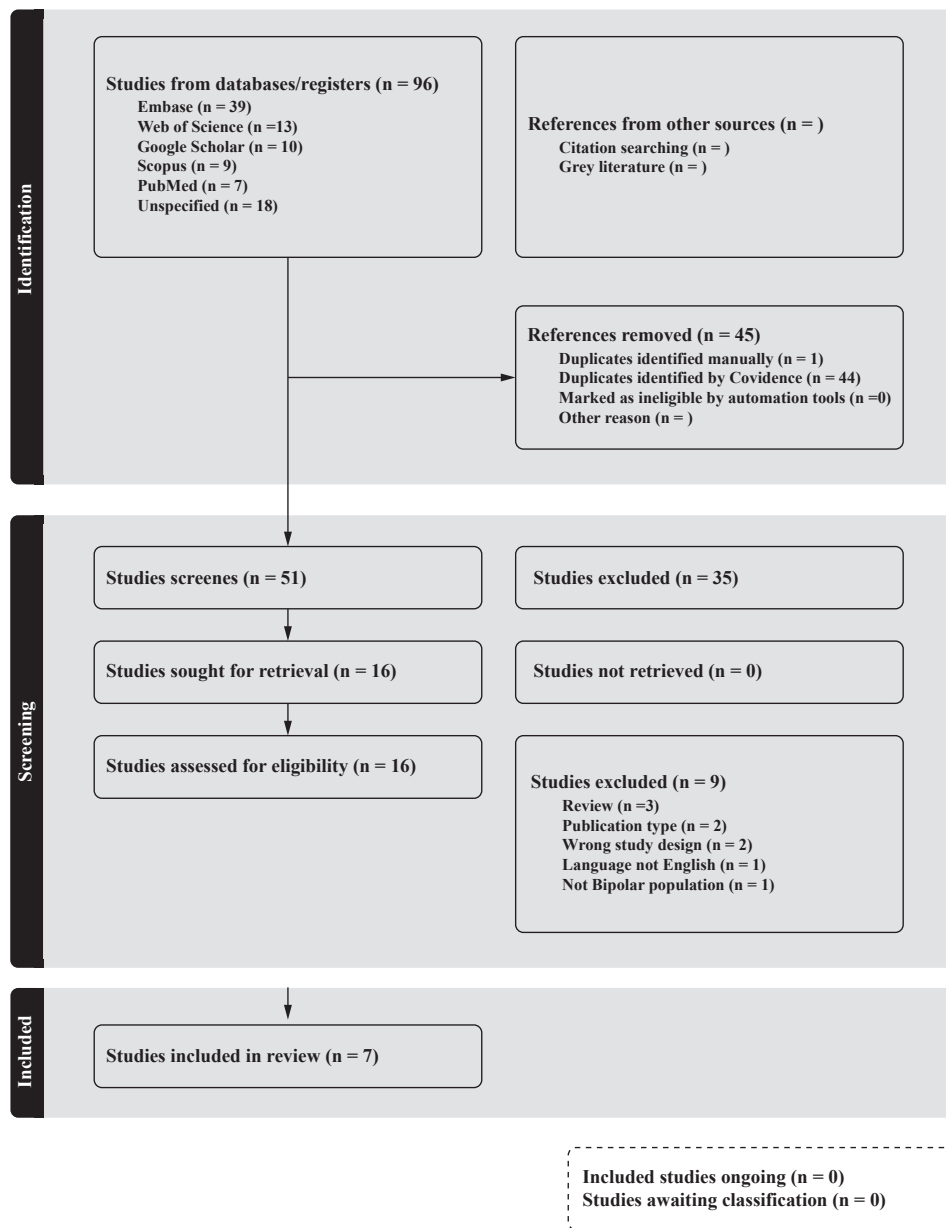
- González-Rodríguez, A., & Seeman, M. V. (2019): The association between hormones and antipsychotic use: a focus on postpartum and menopausal women. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 9. 2045125319859973. <https://doi.org/10.1177/2045125319859973>
- Gordon, J. L., Peltier, A., Grummisch, J. A., & Tottenham, L. S. (2019): Estradiol fluctuation, sensitivity to stress, and depressive symptoms in the menopause transition: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 10. 1319. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01319>
- Gordon-Smith, K., Perry, A., Di Florio, A., Forty, L., Craddock, N., Jones, I., & Jones, L. (2025). Associations between lifetime reproductive events among postmenopausal women with bipolar disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 28(3), 573–581. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01533-2>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2015): Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027). 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00241-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00241-x)
- Greendale, G. A., Karlamangla, A. S., & Maki, P. M. (2020): The menopause transition and cognition. *JAMA*, 323(15). 1495. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1757>
- Gunn, B. G., Brown, A. R., Lambert, J. J., & Belelli, D. (2011): Neurosteroids and GABAA receptor interactions: A focus on stress. *Frontiers in Neuroscience*, 5. 131. <https://doi.org/10.3389/fnins.2011.00131>
- Gümüşsoy, S., Öztürk, R., Keskin, G., & Yıldırım, G. Ö. (2022): Effects of surgical and natural menopause on body image, Self-Esteem, and dyadic adjustment: A Descriptive and Comparative study. *Clinical Nursing Research*, 32(4). 712–722. <https://doi.org/10.1177/10547738221114588>
- Hara, Y., Waters, E. M., McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2015): Estrogen effects on cognitive and synaptic health over the lifecourse. *Physiological Reviews*, 95(3). 785–807. <https://doi.org/10.1152/physrev.00036.2014>
- Joffe, H., Massler, A., & Sharkey, K. (2010): Evaluation and Management of Sleep Disturbance during the Menopause Transition. *Seminars in Reproductive Medicine*, 28(5). 404–421. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262900>
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & De Villiers, T. J. (2012): Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10. *Menopause the Journal of the North American Menopause Society*, 19(4). 387–395. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31824d8f40>
- Hernández-Hernández, O. T., Martínez-Mota, L., Herrera-Pérez, J. J., & Jiménez-Rubio, G. (2018): Role of estradiol in the expression of genes involved in serotonin neurotransmission: Implications for female depression. *Current Neuropharmacology*, 17(5). 459–471. <https://doi.org/10.2174/1570159x16666180628165107>
- Hunter, Gentry-Maharaj, A., Ryan, A., Burnell, M., Lanceley, A., Fraser, L., Jacobs, I., & Menon, U. (2011): Prevalence, frequency and problem rating of hot flushes persist in older postmenopausal women: impact of age, body mass index, hysterectomy, hormone therapy use, lifestyle and mood in a cross-sectional cohort study of 10 418 British women aged 54–65. *BJOG an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(1). 40–50. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03166.x>

- Hunter, M., & Rendall, M. (2006): Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2). 261–274. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.001>
- Hunter, M., & Rendall, M. (2006b): Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2). 261–274. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.001>
- Jovanovic, H., Kocoska-Maras, L., Rådestad, A. F., Halldin, C., Borg, J., Hirschberg, A. L., & Nordström, A. (2014): Effects of estrogen and testosterone treatment on serotonin transporter binding in the brain of surgically postmenopausal women – a PET study. *NeuroImage*, 106. 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.11.003>
- Judd, L. L. (2008): Long-term course of bipolar I and II disorders: chronicity, dimensionality and relapse. *Annals of General Psychiatry*, 7(S1). <https://doi.org/10.1186/1744-859x-7-s1-s54>
- Loftus, J., Scott, J., Vorspan, F., Icick, R., Henry, C., Gard, S., Kahn, J., Leboyer, M., Bellivier, F., & Etain, B. (2020): Psychiatric comorbidities in bipolar disorders: An examination of the prevalence and chronology of onset according to sex and bipolar subtype. *Journal of Affective Disorders*, 267. 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.035>
- Marsh, W. K., Templeton, A., Ketter, T. A., & Rasgon, N. L. (2007): Increased frequency of depressive episodes during the menopausal transition in women with bipolar disorder: Preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3). 247–251. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.12.006>
- McEwen, B. S., & Alves, S. E. (1999): Estrogen actions in the central nervous system. *Endocrine Reviews*, 20(3). 279–307. <https://doi.org/10.1210/edrv.20.3.0365>
- McKinlay, S. M., Brambilla, D. J., & Posner, J. G. (1992): The normal menopause transition. *Maturitas*, 14(2). 103–115. [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(92\)90003-m](https://doi.org/10.1016/0378-5122(92)90003-m)
- Papp, Z. (szerk.) (2016): *A nőgyógyászat kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó.
- Perich, T., & Ussher, J. (2021). Stress predicts depression symptoms for women living with bipolar disorder during the menopause transition. *Menopause*, 29(2), 231–235. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001894>
- Randolph, J. F., Jr, Sowers, M., Bondarenko, I. V., Harlow, S. D., Luborsky, J. L., & Little, R. J. (2004): Change in estradiol and follicle-stimulating hormone across the early menopausal transition: effects of ethnicity and age. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89(4). 1555–1561. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-031183>
- Schüle, C., Nothdurfter, C., & Rupprecht, R. (2013): The role of allopregnanolone in depression and anxiety. *Progress in Neurobiology*, 113. 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.09.003>
- Sherwin, B. B. (2003): Estrogen and cognitive functioning in women. *Endocrine Reviews*, 24(2). 133–151. <https://doi.org/10.1210/er.2001-0016>
- Spencer, J. L., Waters, E. M., Romeo, R. D., Wood, G. E., Milner, T. A., & McEwen, B. S. (2007): Uncovering the mechanisms of estrogen effects on hippocampal function. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29(2). 219–237. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2007.08.006>
- Treloar, A. E. (1981): Menstrual cyclicality and the pre-menopause. *Maturitas*, 3(3–4). 249–264. [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(81\)90032-3](https://doi.org/10.1016/0378-5122(81)90032-3)
- World Health Organization (2016): *ICD-10 Version: 2016*.

MELLÉKLET

1. melléklet.

Menopauzális átmenet és bipoláris zavar: hangulati epizódok és kimenetek



II. TEMATIKUS EGYSÉG – HATÁRHELYZETEK

HATÁRHELYZETEK A(Z ÉLMÉNY)VILÁGBAN: ÁTMENET ÉS FOLYTONOSSÁG. VENDÉGSZERKESZTŐI ELŐSZÓ



DÜLL Andrea

ELTE PPK Ember-Környezet Tranzakció Intézet
BME GTK Szociológia és Kommunikáció Tanszék
dull.andrea@ppk.elte.hu

*„A határ és vidéke, bárhogy is nézzük, mindig sokkal izgalmasabb hely, mint az ország belseje. Varázslatos, bűvös térség, a kockázat, kaland titokzatos helye, ahol a táj és annak minden rezdülése feszültséggel van tele.” (Bodor Ádám: *A börtön szaga*. Magvető, 2001. p. 12.)*

A határhelyzetek pszichológiája többnyire az emberi létezés kritikus, átmeneti vagy krízisszerű állapotai felől közelít (vö. Árkovits & Varga S., 2025). A környezetpszichológiai megközelítés (Düll, 2009, 2021, 2023) szerint minden határhelyzet egyben térbeli és helyélménybeli tapasztalat (Düll, 2010) is. Nem csupán pszichés vagy társadalmi átmenetéről van szó, hanem olyan szociofizikai állapotokról, amelyekben az ember és környezete közötti viszony is átrendeződik. A határhelyzet ezért nem egyszerűen „belső” történés: mindig valahol történik. Terekben, helyek között, helyvesztésben vagy új helyek keresésében.

A liminalitás – a küszöbhelyzet – fogalma (lásd Árkovits & Varga S., 2025) különösen termékeny kapcsolódási pontot kínál a lélektan és ezen belül a környezetpszichológia számára. A latin *limen*, vagyis

’küszöb’, eredendően maga is térbeli metafora: átjárót, köztes állapotot, átmeneti zónát jelöl; olyan állapotot, amelyben a korábbi struktúrák már elveszítették stabilitásukat, az új rend azonban még nem szilárdult meg. Az ember ilyenkor „két világ között” létezik – pszichológiai értelemben éppúgy, mint térbeli tapasztalatként. A köztes lét egyszerre hordoz bizonytalanságot és lehetőséget, dezorientációt és kreatív átalakulást.

Az átmenetek élménye mindig szorosan kapcsolódik a helyekhez és az énazonosság folytonosságához (Düll, 2025). Az ember identitása nem pusztán narratív vagy társas konstrukció, hanem mélyen beágyazott a pszichológiailag jelentős helyek tapasztalatába. Gyermekkori kertek, rejtékhelyek, vakációk átmeneti terei, kollégiumi szobák, elhagyott otthonok vagy éppen ideiglenes menedékek nemcsak emlékek hordozói, hanem az én folytonosságának szociofizikai horgonyai is. Az átmenet ezért soha nem „üres” időszak: helyekkel telített élménystruktúra.

A határhelyzetek egyik legfontosabb környezetpszichológiai kérdése éppen az, hogy miként válik egy tér átmeneti térére, vagy még inkább: átmeneti helylé. Maga

a tér és a hely viszonya is értelmezhető egyfajta átmenetként: a tér a fizikai-geográfiai lokalitás, míg a hely pszichológiailag interpretált tér (Dúll, 2015). Mikor lesz egy folyosó küszöb, egy váróterem liminális hely, egy iskola idegenség vagy otthonosság tere? A liminalitás nem kizárólag pszichodinamikai vagy kulturális állapot, hanem térélmény is. Az átmeneti terek egyszerre nyitottak és bizonytalanok: nem teljesen bentiek, és nem teljesen kintiek (Benkő, 2025). Az ember ezekben a helyzetekben gyakran elveszíti megszokott tájékozódási pontjait, ugyanakkor lehetőséget kap új jelentések és új identitásformák kialakítására (Dúll, 2010).

A környezetpszichológia tranzakcionális szemlélete (Dúll, 2021, 2023) szerint az ember és környezete kölcsönösen alakítják egymást. Ez különösen jól megfigyelhető a krízishelyzetekben és az életfordulók során. A gyász (Dobai, 2019), a költözés (Horvát et al., 2011), a pszichiátriai problémák – pszichotikus állapotok (Dobai, 2025a, 2025b), az evészavarok (Túry et al., 2006), a hajléktalanság (Kántor et al., 2019), a serdülőkori identitáskrizis (Dúll, 2014) vagy a droghasználat (Kiss et al., 2015) mind együttjárnak a térélmény átalakulásával. Az ismerős környezet idegenné válhat, míg korábban jelentéktelen helyek pszichológiai menedékké alakulhatnak. A liminális állapotok egyik alapélménye éppen a „helyvesztés”: az otthonosság megbomlása, a világ megszokott rendjének feloldódása (Dúll, 2018).

Tim Marshall a *Falak – Életünk kerítések árnyékában* (*Divided: Why We're Living in an Age of Walls*) című könyvében alapvetően azt állítja, hogy a globalizációról szóló optimista narratíva ellenére a világ nem nyitottabb lett, hanem egyre inkább újrafelosztott és elhatárolt. A hidegháború után sokan a

határok elhalványulását várták, valójában viszont soha annyi határfal, kerítés és ellenőrzött zóna nem épült, mint a 21. században. Marshall fő kérdése, hogy miért épít az emberiség egyre több falat éppen akkor, amikor elvileg minden össze van kötve, összekapcsolódik? Marshall szerint a fal nem pusztán fizikai objektum, hanem egyszerre fejezi ki a félelmet (a fal mint biztonsági illúzió), az identitásvédelem igényét, a politikai kontrollt, a gazdasági egyenlőtlenségeket és a kulturális szorongást – a modern falak mögött tulajdonképpen mindig ugyanaz a logika áll: a „mi” és az „ők” elválasztása. A 21. századi világ egyszerre szeretne nyitott és védett lenni – és ez a két törekvés gyakran konfliktusba kerül. Ráadásul ma már nemcsak kőfalak vagy rönkkerítések léteznek, hanem vannak virtuális elkülönülések is: információs falak, algoritmikus buborékok, internetes cenzúrák, kulturális elkülönítések is. Ebből a nézőpontból nézve a modern ember fizikailag közelebb került másokhoz, mentálisan viszont sokszor távolabb. Marshall végső soron azt állítja – és ezzel egyet is érthetünk –, hogy az emberi társadalmaknak szükségük van határookra. Nem feltétlenül falakra, de mindenképpen identitásra, elkülönülésre, „saját térre”. A probléma akkor kezdődik, amikor: a falak párbeszéd helyett épülnek, vagy amikor a félelem válik társadalomszervező erővé. Marshall tulajdonképpen azt mutatja meg, hogy a geopolitikai falak mögött nagyon is emberi pszichológiai mintázatok állnak: félelem az idegentől, kontrolligény, identitásvédelem, a „bent” és „kint” archetipikus elkülönítése. Környezetpszichológiai szempontból ez a gondolatmenet nagyon is izgalmas felvetéseket jelent a territoriális viselkedés, az énhatárok, az otthonosság- és a biztonságérzet, valamint

a kollektív térhasználat globális léptékű pszichológiája szempontjából (vö. Dúll, 2010, 2015a, 2015b). Mindez pedig sok tekintetben a szociofizikai térstruktúrák átértelmezésének igényét is megteremti.

A határhelyzetek persze nem pusztán veszteségekkel vagy krízisekkel kapcsolódnak össze. Victor Turner (1920–1983) brit kulturális antropológus klasszikus liminalitáselmélete alapvető vizsgálati keretet kínál a társadalmi átmenetek, rítusok és a struktúra nélküli állapotok megértéséhez. A liminalitás (a latin *limen* = küszöb szóból) az átmeneti rítusok középső fázisa, amely az elkülönülés és a reintegráció (beilleszkedés) között helyezkedik el. A liminalitás az „anti-struktúra állapota”, ami a „struktúra” (a társadalmi hierarchia és rend) alternatívája vagy tagadása. Ez egy kaotikus, ám teremtő állapot, amelyben a társadalmi szabályok átmenetileg nem érvényesek, a társadalmi különbségek (vagyon, hatalom) elhalványulnak, egyfajta intenzív, egyenlőségen alapuló közösségi élmény – *communitas* – alakul ki, amelyben a tagok között mély, közvetlen emberi kapcsolat (struktúra nélküli társadalmi összetartozás) jön létre. A struktúra (rend) és az anti-struktúra (liminalitás) váltakozása a társadalom működésének alapvető ritmusa, így a liminalitás a társadalmi megújulás terepe is: a köztes létben az addigi struktúrák fellazulnak, ami lehetőséget ad új kapcsolódások, új identitások és új helyélmények kialakulására. Így a liminalitás szakaszai potenciálisan kreatívak és transzformatívak is lehetnek.

Környezetpszichológus szemmel nézve ezt a folyamatot az ember–környezet összeillés dinamikus újraszerveződésekként értelmezhetjük. Nem véletlen, hogy az identitásváltások és életfordulók gyakran együtt

járnak a környezet átalakításával: szobák újrendezésével, költözéssel, személyes tárgyak új jelentéseivel, új helyek birtokbavételével (Dúll, 2012) vagy épp a világ globális átrendeződésével.

A 21. század világa különösen intenzív liminális tapasztalatokat termel. A gyors társadalmi változások, a mobilitás, a digitális terek térnyerése, a bizonytalan életutak és az állandó alkalmazkodási kényszer mind hozzájárulnak ahhoz, hogy manapság az átmenetiség nem kivételes állapot, hanem szinte permanens létélmény. A modern ember gyakran tartós „köztes létben” él: egyszerre kapcsolódik több helyhez, közösséghez és identitáshoz, miközben egyikhez sem teljesen. A környezetpszichológia számára ezért különösen fontos kérdés, hogyan őrizhető meg az én folytonossága egy állandóan változó világban (Dúll, 2015).

Az *Alkalmazott Pszichológia* jelen tematikus számában közölt tanulmányok sokféle perspektívából közelítik meg a határhelyzeteket, mégis közös bennük, hogy érzékenyen reflektálnak az ember sérülékeny, átmeneti és gyakran bizonytalan létezés módjaira. A környezetpszichológia nézőpontja ehhez azt a felismerést teszi hozzá, hogy az emberi élet fordulópontjai mindig térben is történnek. A határhelyzeteknek vannak helyei, atmoszférái, tárgyai és testi-téri tapasztalatai. A küszöbhelyzet nem pusztán metafora, hanem megélt szociofizikai valóság.

Talán éppen ezért különösen fontos ma újraértelmezni az átmenet és folytonosság kapcsolatát. Az ember pszichológiai stabilitása nem a változás hiányából fakad, hanem abból a képességből, hogy az átmenetek során is képes legyen jelentést, helyet és kapcsolódást találni. A liminális állapotok nem egyszerűen „köztes” időszakok, hanem az

emberi önmeghatározás egyik legfontosabb színterei. Életünk helyei nem pusztán háttéri történeteinknek, hanem aktív résztvevői identitásunk alakulásának (Dúll, 2025). A határhelyzetek így végső soron nem pusztán a veszteség, hanem az átalakulás helyei is. Olyan küszöbök, amelyek egyszerre választanak el és kapcsolnak össze: múltat és jövőt, ismertet és ismeretlent, önmagunk korábbi és lehetséges változatait.

IRODALOM

- Árkovits, A., & Varga S., K. (Eds.) (2025): *Határhelyzetek világa: Tanulmányok a köztes létről*. L'Harmattan–TIT Kossuth Klub Egyesület.
- Benkő, M. (2025): Átmeneti terek. In A. Árkovits & S. K. Varga S., K. (Eds.), *Határhelyzetek világa: Tanulmányok a köztes létről* (pp. 23–34). L'Harmattan–TIT Kossuth Klub Egyesület.
- Bodor, Á. (2001): *A börtön szaga*. Magvető.
- Dobai, A. (2019): Az elengedés és a gyász városi és a virtuális térben. *Kharón – Thanatológiai Szemle*, 23(4). 50–56.
- Dobai, A. (2025a): Az egészségügy mint hatalmi erőter a pszichiátria példáján. *Jogelméleti Szemle*, 26(3). 29–39. <https://doi.org/10.59558/jesz.2025.3.29>
- Dobai, A. (2025b): Pszichiátriai betegek az egészségügyi rendszer és a társadalom labirintusában. *Tanulmányok (Novi Sad)*, 2025(1). 97–114.
- Dúll, A. (2009): *A környezetpszichológia alapkérdései: helyek, tárgyak, viselkedés*. L'Harmattan Kiadó.
- Dúll, A. (2010): „Vannak vidékek legbelül”: Szakralitás a helyhasználatban – környezetpszichológiai megközelítésben. *Helikon*, 56(1–2). 227–238.
- Dúll, A. (2012): Az otthon dialektikája: A hétköznapi rutinok kreativitásától az otthon szakralitásáig. In Varga K. & Gösiné Greguss A. (Eds.), *Tudatállapotok, hipnózis, egymásra hangolódás* (pp. 525–561). L'Harmattan Kiadó.
- Dúll, A. (2014): Hol szeret lenni a serdülő? A serdülőkori identitásalakulás a kedvenc kamaszkori helyek tükrében. In Elek T. (Ed.), *Összebeszélünk* (pp. 52–55). Ifjúság szakmai Társaság Alapítvány.
- Dúll, A. (2015a): Amikor messze van az „odakinn” az „idebenn”-től: A helyváltoztatás és az identitás összefüggései. In Keszei A. & Bögre Zs. (Eds.), *Hely, identitás, emlékezet* (pp. 19–33). L'Harmattan Kiadó.
- Dúll, A. (2015b): Az identitás környezetpszichológiai értelmezése: Helyérzés, helykötődés és helyidentitás. In Bodor P. (Ed.), *Emlékezés, identitás, diszkurzus* (pp. 109–130). L'Harmattan Kiadó.
- Dúll, A. (2018): Az otthonosság környezetpszichológiai szempontból. *Magyar Művészet*, 6(1). 138–144.
- Dúll, A. (2021): A környezetpszichológiától az ember–környezet tranzakció tudományig: Áttekintés az elmúlt (majdnem) 30 évről. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 76(3–4). 727–745. <https://doi.org/10.1556/0016.2021.00050>

- Dúll, A. (2023): Ember–környezet tranzakció viselkedéstudományi kutatások: Környezetpszichológiai fenntarthatóság. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 78(4). 471–484. <https://doi.org/10.1556/0016.2023.00086>
- Dúll, A. (2025): Átmenet és folytonosság: Helyek az énmeghatározásban. In Árkovits A. & K. Varga S., K. (Eds.), *Határhelyzetek világa: Tanulmányok a köztes létről* (pp. 209–221). L'Harmattan–TIT Kossuth Klub Egyesület.
- Horvát, M. T., Dúll, A., & László, J. (2011): Helyvesztésemény és honvágy – egy „keserédes” jelenség környezetpszichológiája. *Alkalmazott Pszichológia*, 13(2). 21–32.
- Kántor, Á., Brózik, P., & Dúll, A. (2019): Psychological research on homelessness: The relation between psychological and external homelessness. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 7(3). 80–112. <https://doi.org/10.12663/PSYHUNG.7.2019.3.5>.
- Kiss, O., Dúll, A., Rácz, K., & Rácz, J. (2015): Droghasználat és a felépülés terei, útvonalai. In Keszei A. & Bögre Zs. (Eds.), *Hely, identitás, emlékezet* (pp. 116–138). L'Harmattan Kiadó.
- Marshall, T. (2021): *Falak – Életünk kerítések árnyékában*. Park Kiadó.
- Túry, F., Dúll, A., Wildmann, M., & László, Zs. (2006): Családlátogatás evészavarban szenvedőknél – környezetpszichológiai megfontolások. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61(1). 53–66. <https://doi.org/10.1556/mpszle.61.2006.1.4>

HATÁRHELYZETEK ÉS INTERDISZCIPLINÁRIS KAPCSOLÓDÁSOK. VENDÉGSZERKESZTŐI ELŐSZÓ



DOBAI Attila Marcellán
ELTE PPK Ember Környezet Tranzakció Intézet
Környezetpszichológia Kutatócsoport
dobai.attila@ppk.elte.hu

A HATÁRHELYZET MINT EGZISZTENCIÁLIS KÉRDÉS

A köznyelvben találkozunk a „határ” szóval, a szövethatárokat nem tisztelő dagantsejtek képében, vagy éppen a saját test és énhatáraink vonatkozásában. A proxemika (Hall, 1975) a szubjektumok egymáshoz viszonyított távolságát vizsgálja társas terekben, a többiekkel való közvetlen érintkezések felületeit, érintőit, határait. Erre utal Geert Hofstede is amikor az egyes kultúrák közötti hatalmai távolságokat írja le programadó művében (Hofstede, 2001), a hatalmi távolság szükségszerűen az egyén és a hatalmi mező közötti sérülések potenciális lehetőségeit is magában rejt, továbbá ezt látjuk a kultúrák ütközőpontjainál is. A nyelv dichotómiákban fejezi ki a határokat: élet-halál, lent-fent, odaát és itt, kint és bent (között) stb. A határ egyfelől kezdett és másfelől valaminek adott esetben a végeként reprezentálódik bennünk. Elérkezünk teljesítőképességünk végső határáig, vagy éppen a korszellemnek megfelelően feszegetjük a határainkat számtalan, hétköznapi, triviálisnak tűnő helyzetben is. A határ megjelenik a különböző életszakaszokról

szóló diskurzusokban mint az életkorok vízválasztója, így Eriksonnál (Erikson, 1956). A kezdet és a vég narratíváiban, de a kriminalizálódás, viktimizáció esetén is a kint és bent relációiban, az én belső önbüntető praxisaiban. A centrum, periféria és félperiféria fogalmak olyan viszonyokat fejtenek ki, amelyek a középponttól való elmozdulás irányát jelölik, azonban azt, hogy honnan mi számít perifériának és centrumnak csak az egyes viszonyrendszerek mélyebb elemzésével tudható meg. A határhelyzet (ilyenek a deviancia heterotópiái is) lehet periféria, de a fejlődés kulcsa is, a kiteljesedés, megértés potenciális lehetőségét hordozza, Janus-arcú. A liminalitás egy olyan átmeneti, úgynevezett küszöbállapot, amely egyik „létoldal” attribútumainak sem felel meg, de mindegyikkel részben azonosítható átmenet. Kháron (Illyés, 1959) az egyik legjobb példa erre, aki ladikjában a Sztüx folyón a holt lelkeket átviszi a túlsó partra, így az öregeket is Illyés esszéjében. A hajó mint metafora és a benne töltött idő a határhelyzetben eltöltött átmeneti állapotot és az egyik parttól való távolodást a másik partra történő megérkezés közötti időt keretezi. A világban benne lét (Heidegger, az időmodus és sajátos

keretet teremt. A szubjektum létének objektivációi a terek és a helyek, amelyek részben lehatárolt struktúrák, illetve a társadalmi tér különböző rétegei, metszetei. Valamennyi itt közölt tanulmány periférikus létezésről szól, amely pozitív élménnyel is jár, a személyes (én)hatékonyságot megélő, abban kiteljesedő szelfek is megjelennek a művekben, illetve a határhelyzetek pozitív értékelésén keresztül, ahol a határhelyzet lehetőségként jelenik meg az egyéni kiteljesedés felé vezető úton, így csupán nem (vég)állapot, hanem állomás.

A határokhoz szorosan kapcsolódnak téri tapasztalataink, szocifizikai környezetünk az ember–környezet összeillés paradigmájában. A térben szerzett tudás, a térre vonatkozó mentális reprezentációink, továbbá a helyek és terek közötti sajátos aporia is (Gyimesi, 2012). A tér euklédieszi értelemben geometriai paraméterekkel leírható, egzakt forma, „tartály” míg a relativista térfelfogás szerint sokkal fluidabb, nehezebben meghatározható rendszer (Nemes Nagy, 2009). A léleekben és a testünk felületein mégis léteznek láthatatlan határok, amelyek életkrízisekben, sorsdöntő pillanatokban objektíválódnak. Az egyén számára lényeges ez a folyamat, mert így realizálható a „határelmény” és formálható a lélektani munka a helyzet megértése és az ágencia megélése. Különszámunk az egyént és a társadalmat összefüzi a tanulmányok reflektálnak társadalmi kérdésekre is különböző perspektívákból. A szociológusok gyakran használják a társadalomra metaforaként a „szövet” kifejezést, például a *Térré szőtt társadalmiság* (2018) című kötet szerzője, Berger Viktor, aki a társadalomtudósok térvakságától kezdődően elemzi és részletesen bemutatja episztemiológiai igényességgel a térbeli fordulat főbb elméleteit, és vezeti át az olvasót azokon a szövetrétegeken, amelyek a társadalmi rétegek

között a lefebvre-i tér termelésétől Edward Soja thirdspace elméletig vezetnek. A határ, tér, hely fogalmak a társadalom szövetében, organikus egységet képeznek, mindhárom fogalom összesűrűsödik a társadalmi folyamatokban, annak ellenére, hogy egyéni szinteken hoz létre (tér)élményeket, vagy éppen határelményt. A *Testhatárok és énhatárok az identitás változó keretei* (Csabai & Erős, 2000) az én és a társadalom közötti diemenziókat tárgyalja, az egészséges és beteg szelftestek jellemzőit, a tömegtesthez való viszonyrendszereket. A köztes lét a szakmai diskurzusok kiemelt témája, a közelmúltban jelent meg egy igen átfogó tanulmánykötet liminalitás, köztes lét témakörökben, a kötet szerzői átmeneti állapot témákat jártak körül (Varga & Árkovits, 2025); a mű nyilvánvalóvá teszi, hogy a tudományos diskurzusok homlokterébe kerülő, releváns, időszerű kérdésekről szól a jelen különszám is.

Közös mindegyik írásunkban, hogy a határhelyzet más-más arcával találkozhatunk. Az élet főbb dilemmái ezek implicite magukban hordozzák a „nagy” kérdéseket: Mit remélhetek? Mit kell tennem? Mi az ember? (Kant, 2020) – a gyakorlati ész egzisztenciáját érintő, olykor veszélyeztető súlyos kérdések. A köztes lét nem csupán egy vízvonal, hanem adott esetben annak a képtelenségét is szimbolizálhatja, hogy a realitáskontrollt elvesztettük, bizonytalanná váltunk, amely az egész világszellemre jellemző bizonytalanság egyéni életekben egzisztenciális krízisekben ölt testet (Hankiss, 2015).

A *Gólyakalifában* Babits (2020) Táborny Elemér kettős belső jellemrajzával világít rá arra, hogy a realitás és az álomvilág mennyire plasztikusan képes összeérni, egy idő után az álom és a valóság különválasztása nehézségekbe ütközhet, a kontroll megtartásának főbb, pszichológiai értelemben

releváns kérdéseit is tisztázzuk. A valóságos jelenlét (in der Welt sein¹) és a virtuális térben történető szelf reprezentáció közötti megkülönböztetéséről ír Lippai Edit, a *Kontrollált határátlépés a szerepjátékban: Érzelmi bevonódás RPG és LARP kontextusában* tanulmányában.

Dobai Attila és Szócs Álmos munkája – az *Idegenség és otthonosság az iskolában: hátránnyal élő diákok a közoktatási rendszerben. Kvalitatív esettanulmány egy fővárosi iskolában* – marginalizálódott általános és középiskolás diákok tanulási környezetét vizsgálja, keresztmetszeti kvalitatív kutatás segítségével a tanár–diák interakciókon keresztül a biztonságot adó környezet, az érzelemszabályozás színtereinek (Sallay & Dúll, 2006), megteremtésének feltételeit. A határok megtartásának nehézségeit, atipikus tehetségekkel való tanári munkát, a pedagógiai mozzanatokon keresztül a tanuló–tanár–környezet összeillés tranzakcionális paradigmájában. „Úgy véljük, hogy e tanulók tanulási környezete épp ugyanannyira komplex (Molnár, 2010) és dinamikusan változó hatásrendszer, mint a közoktatásban tanuló »tipikus« tanulóké, amelyben a tanulástámogató és tanulásalakító tényezők összetett módon hatnak a tanulás résztvevőire, a szabályrendszerekre, befolyásolják a választott módszereket és eszközöket, és amelyeknek jól leírható térergonómiai vonzatai is vannak (Szócs et al., 2022)” (Dobai & Szócs, 2026: 203).

Farkas Johanna és Dan Octavian Rusu munkája, az *Invisible Victims: Commercial Sexual Exploitation of a Boy*, a szerzők egy esettanulmányon keresztül mutatják be egy viktimizáció történetét, a mű ma különösen aktuális a társadalmi és szakmai diskurzusok része az érzékeny, kiszolgáltatott,

védttelen szelf egy bántalmazóval szemben, aki fölényét kihasználva uralkodik az áldozaton, ennek kriminálpszichológiai vetületeit ismerhetjük meg a műből. Tóth-Varga Violetta: *Határhelyzetek és otthonteremtés Polcz Elaine életében és munkásságában* – a szerző arra vállalkozik, hogy az iskolateremtő pszichológus életén keresztül mutassa be és értelmezze az otthon mint a kompenzáció heterotópiáját. Polcz Elaine „életének traumatikus pontjai, a szenvedések, a betegségek, a halálközeli élmények mint egzisztenciális határhelyzetek, a saját bevallása szerint a megismerés lehetőségét kínálták neki.” (Tóth-Varga, 2026: 259). A határ mellett megjelenik a biztonság, a konfliktus, az egymásba olvadás élménye, miközben Mészöly Miklós dominanciája is a közös terekben, a belső és a külső rend a párkapcsolat dinamikájában értelmeződik, a határok elmosódtak, időnként illékonnyá váltak a pár életében. Polcz Elaine arra kényszerül, hogy újradefiniálja a saját helyeit a különböző közös terekben. Endrédi Balázs az imádság, ezen belül is a kérések artikulálására helyezi a hangsúlyt, „*Szépen könyörgök, segíts rajtam...*” – *A kérő ima egészségpszichológiai elemzése* írásában keresi azokat a hajtóerőket, amelyek meghatározzák a kérő ima alakváltozásait, és teljesen új megvilágításba helyezi az imádságot, annak inkább a praxisát vizsgálja, és sokkal kevésbé azt, hogy van-e értelme az imádságnak, ennek ellenére ezt a kérdést szabadon hagyja: „Andrade és Radhakrishnan (2009) tanulmányukban különböző eseteket tekintenek át, amelyekben az imának pozitív, semleges, illetve negatív hatása volt a gyógyulásra.” (Endrédi, 2026: 280). Ugyanakkor megjelenik a műben az ágencia

1 Heideggernél a *Lét és időben* a világban benne lét fogalma.

kérdése a fohászokodó részéről, ez átvezet a megküzdési mechanizmusokra gyakorolt pozitív hatására, amely nem a transzcendenstől függ csupán, hanem sokkal inkább az egyén belső életvilágának megerősítését szolgálhatja. Itt határ a belső énhatékonyság mobilizálható erőforrásaiként jelenik meg.

Fiath Titanilla: *A halál eleven terei: Egy gyermekhospice-intézmény környezetpszichológiai elemzése* – a szerző egy gyermekhospice-ház, a Thábita belső világát írja le, azt a környezetpszichológiai konzekvenciákat is rejtő teret, ahol egyszerre reprezentálódik a beteg szelf és a megküzdési stratégiákon keresztül a gyermeki varázsvilág és az otthon, amely az identitás részévé válik. Az eleven halál tereiben nem csupán a betegség, az elmúlás jelenik meg, hanem az életminőség érzékelhető javításán keresztül határhelyzetben nyújt sokrétű, sokszakmás ellátást, miközben otthontérré szerveződik az ellátottak számára. Nem kórház, hanem védelem, a test és a lélek harmóniáját – a paradoxonnak tűnő helyzet ellenére – biztosítani képes hely lesz. Erről a szerző így ír: „»A kislányunkról mondogatjuk is a családban, hogy most a wellnesshotelbe megy« – dicsérte a Tábitha Ház mentesítő szolgáltatását egy édesanya az érzékenyítő napon.” (Fiath, 2026: 301). A kvalitatív munka a házat rendszerként vizsgálja, az egyes funkcionálisan elkülönülő téri helyzeteket és az átmeneti tereket is megjeleníti. A háromdimenziós (bio-pszichoszociális) ellátásszervezés lényege, hogy tranzakcionális (Düll, 2009) kapcsolatokon keresztül értelmezhetőek a belső viszonyrendszerek és mikrovilágok. Kiss Virág: *Művészetterápiás módszerek és határhelyzet: Friedl Dicker-Brandeis terezini munkássága módszertani szempontból*

– Irwin Yalom egzisztenciális pszichoterápiájában megjelennek „kényszerítő” élmények, megváltozhatatlan állapotok, amelyek az egyén egzisztenciális válságát vetítik előre, ez magában hordozza a halál lehetőségének kulcsélményét is. A szorongás a jövőbe kivetített irracionális félelemként jelenik meg, de végeredményben az életvégtől való elementáris félelem, különösen határhelyzetekben. A megélt traumák sokszínűsége teszi a művészetterápiás módszereket alkalmassá az egyén belső konfliktusainak feltárására, és válik terápiás eszközrendszerre. Áldozó Borbála a *Határhelyzetek és női terek: garázsszalokok mint liminális, pseudo-terápiás terek* című munkájában arra vállalkozott, hogy a garázsszalokokat mint a „healing” helyeit vizsgálja. A fizikai közérzetjavító szolgáltatások egyfajta lélektani praxisok, a női lét meghatározó kompenzáció heterotópiáinak tekinthetőek a szalokok (kifejezetten a körmösszalokokra irányítja figyelmét a szerző). A megtisztulás a felfrissülés és a lelki feltöltődés igényével kecsesgetnek, különösen az elnyomás kompenzáló térként válik sajátos narratívává a garázsszalok. Michel de Certeau *A mindennapi élet gyakorlata* című művében (De Certeau, 1984) megjelenő elnyomás tér és ellenszegülő hely elméletét dolgozta ki.

„De Certeau úgy jellemzi a hatalom által megfogalmazott teret, hogy a térfoglalás, a tulajdon kizárólagosságán és egymásmellettiségén alapul; előírják, hogy egy térben más tér nem lehet. Ezzel a stratégiával szemben a mindennapi fogyasztó (a barkácsoló, aki nem hozhatja létre a környezetét, mert az mindig már adott, ám az a mód, ahogy használja, a praktika képes ellenszegülni a kényszereknek) gyakorlatai során diszkurzív teret hoz létre, amit helynek nevez, és

éppen a terek átjárhatóságával, a határok áthelyezésével kapcsolatba hozható taktikákat alkalmaz (Séra, 2007: 68).” (idézi Áldozó, 2026: 340).

Törekvéseink jelen különszámmal arra irányulnak, hogy többen eltérő dimenziókból mutassunk rá a liminalitásra, ezért az írások egy része a pedagógiához, a

környezetpszichológiához, a pszichoanalízishez, továbbá a kriminálpszichológiához, kulturális antropológiához kötődik. Interdiszciplináris vállalkozás ez a szóvalódi értelmében, az egyes szerzők a saját szűkebb szakterületükkel járulnak hozzá egy sokrétű témakör rétegeinek hitelesebb megértéséhez.

IRODALOM

- Andrade, C., & Radhakrishnan, R. (2009): Prayer and healing: A medical and scientific perspective on randomized controlled trials. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(4). 247. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.58288>
- Árkovits A. & Varga S. K. (2025): *Határhelyzetek világa – Tanulmányok a köztes létről*. L'Harmattan Kiadó.
- Berger, V. (2018): *Térré szőtt társadalmiság – A tér kategóriája a szociológiaelméletekben*. L' Harmattan Kiadó.
- Csabai, M. & Erős, F. (2000): *Testhatárok és énhatárok az identitás változó keretei*. Jászöveg Műhely Kiadó.
- De Certeau, M. (1984): *The practice of everyday life* (S. F. Rendall, Trans.). University of California Press.
- Dúll, A. (2009): *A környezetpszichológia alapkérdései: Helyek, tárgyak, viselkedés* (Környezetpszichológiai tanulmányok). L'Harmattan Kiadó.
- Erikson, E. (1956): “The problem of ego identity”. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(1). 56–121.
- Hall, E. T. (1987): *Rejtett dimenziók*. Gondolat Kiadó.
- Hofstede, G. (2001): *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations*. Sage. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00184-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00184-5)
- Ginelli, Z. & Gyimesi, Z. (2012): A tér és a hely apóriája. [“The aporia of space and place”]. *Regionális Tudományi Tanulmányok*, 16. 149–174.
- Hankiss E. (2014): *A befejezetlen ember*. Helikon Kiadó.
- Heidegger, M. (2007): *Lét és Idő*. Osiris Kiadó.
- Illés, Gy. (1976): *Kharón ladikján*. Gondolat Kiadó.
- Kant, I. (2020): *A gyakorlati ész kritikája*. Osiris Kiadó.
- Molnár, É. D. (2010): A tanulás értelmezése a 21. században. *Iskolakultúra*, 20(11). 3–16. <https://www.iskolakultura.hu/index.php/iskolakultura/article/view/21083>
- Nemes Nagy J. (2009): *Terek, helyek, régiók*. Akadémiai Kiadó.
- Sallay, V. & Dúll, A. (2006): „Érezd magad otthon!”: Az otthonhoz fűződő viszony projektív, környezetpszichológiai szempontú vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61(1). 35–52. <https://doi.org/10.1556/mpszle.61.2006.1.3>

- Séra, B. (2007): Útleírás és inskripció. In Hajdu P. & Ritoók Zs. (Eds.), *Retorika és narráció* (pp. 61–75). Gondolat Kiadó. (Dekon Könyvek, 34)
- Szőcs, L. Á., Varga, A., & Angyal, Z. (2022): Tanulási tér és tanulási környezetek kapcsolata a környezeti nevelésben: Elméleti megközelítés a környezeti nevelés tanulási környezeteinek vizsgálatához. *Gyermeknevelés Tudományos Folyóirat*, 10(4). 245–255. <https://doi.org/10.31074/gyntf.2022.4.245.255>
- Yalom, I. D. (2025): *Egzisztenciális pszichoterápia* (4th ed.). Park Könyvkiadó. (Original work published in 1980)

KONTROLLÁLT HATÁRÁTLÉPÉS A SZEREJPÁTÉKBAN. ÉRZELMI BEVONÓDÁS RPG ÉS LARP KONTEXTUSÁBAN



LIPPAI Edit
Pannon Egyetem
Eötvös Loránd Tudományegyetem
edit.lippai.hu@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A szerepjátékos gyakorlatok – role-playing game, RPG; és live action role-playing, LARP – olyan élményalapú tanulási környezeteket hoznak létre, amelyekben a résztvevők narratív részvételen és aktív döntéshozatalon keresztül tapasztalják meg társas helyzetek következményeit. A szerepjátékos helyzetekben az érzelmi bevonódás, a narratív struktúra és az identitásfolyamatok szorosan összekapcsolódnak, ami sajátos pszichológiai dinamikákat eredményez.

Módszer: A tanulmány a szerepjátékot liminális pszichológiai térként értelmezi, amelyben a játékos és a karakter közötti határok ideiglenesen átjárhatóvá válnak. Ezt a folyamatot a szakirodalomban bleedként leírt jelenségek ragadják meg, amelyek az érzelmi és identitásbeli tapasztalatok kölcsönhatását jelzik. A megközelítés a narratív pszichológia, az érzelmszabályozás és a tapasztalati tanulás elméleteivel összhangban tárgyalja a határátlépés kialakulását és következményeit.

Eredmények: Az elemzés rámutat arra, hogy az érzelmi bevonódás nem pusztán kísérőjelenség, hanem a szerepjáték egyik alapvető mechanizmusa, amely befolyásolja a határátlépés intenzitását és az élmények feldolgozhatóságát. A karakterkonstrukció, a narratív szerveződés és a zsáner együttesen határozzák meg, hogy a résztvevők milyen módon kapcsolódnak a fikcióhoz, és milyen mértékben válik átjárhatóvá a karakter és a self közötti határ.

Következtetések: A szerepjátékos helyzetek ugyanakkor nem kizárólag spontán folyamatokként értelmezhetők. A strukturált előkészítés, az érzelmi intenzitás tudatos szabályozása és a reflektív feldolgozás lehetővé teszi, hogy a határátlépés folyamata alakíthatóvá váljon, ennek alapján a szerepjáték olyan modellhelyzetként írható le, amelyben az érzelmi bevonódás, az identitáskísérlet és a narratív jelentésképzés mechanizmusai vizsgálható és alkalmazható formában jelennek meg.

Kulcsszavak: szerepjáték, RPG, LARP, immerzió, bleed

SZEREPJÁTÉK, BEVONÓDÁS, BLEED

Az élményalapú tanulás és a szimulációs módszerek világa, például a szerepjátékos gyakorlatok és a problémafókuszú tanulási helyzetek, nem csupán a modern pedagógia, hanem az alkalmazott pszichológia területén is egyre fontosabb szerepet kap, hiszen azokban a helyzetekben, ahol komplex társas interakciók és érzelmi folyamatok megértése szükséges, akár segítői, akár önismereti céllal, pszichológiai szaktudásra is szükség lehet (Kolb, 1984; Salas et al., 2009; Salas et al., 2012). A szerepjátékos gyakorlatok, beleértve az asztali szerepjátékokat, az élőszereplős játékokat és különböző szimulációs tréningeket, olyan tanulási környezetet hoznak létre, amelyben a résztvevők aktív részvételen keresztül tapasztalhatják meg a társas döntések és interakciók következményeit, miközben lehetővé teszi tudásuk integrálását is. Alapvetés, hogy a tanulási folyamat nem pusztán érzelmi szinten zajlik, hanem kongnitív és identitáshoz kapcsolódó dimenziókat is érint. A narratív bevonódás, a magasabb arousalszint együttesen hozzájárulhat ahhoz, hogy a résztvevők mélyebb jelentést tulajdonítsanak az élményeknek, ami elősegítheti a tapasztalatok későbbi alkalmazását (Kolb, 1984; Green & Brock, 2000). A szerepjátékos élmények egyik jellegzetes sajátossága továbbá a játékos és az általa alakított karakter közötti kapcsolat dinamikája. A szerepjáték-elméletben ezt a kapcsolatot gyakran a „bleed” fogalommal írják le, amely a játékos és a karakter érzelmi és identitásbeli tapasztalatainak kölcsönhatását jelenti (Montola, 2010; Bowman, 2015; Hugaas, 2023). A jelenség arra utal, hogy a játék során megélt érzelmek és narratív élmények részben átszivároghatnak a játékos hétköznapi tapasztalati világába,

illetve fordítva, a játékos saját élményei is befolyásolhatják a karakter viselkedését. A bleed nem pusztán affektív átszivárgásként értelmezhető, hanem olyan identitásdinamikai folyamatként is, amelyben a játékos ideiglenesen kiterjeszti önreprezentációját a karakter irányába (Aron & Aron, 1986; Aron et al., 1992), és bizonyos esetekben a karakterrel való erős azonosulás az identitásfúzióhoz hasonló állapotot is létrehozhat (Swann et al., 2009). Bár a bleed fogalma elsősorban a szerepjátékos közösségek diskurzusában jelent meg, a jelenség összefüggésbe hozható a narratív bevonódás (Green & Brock, 2000), a narratív identitás (McAdams, 2001) és az érzelemszabályozás (Gross, 1998) pszichológiai elméleteivel. A szerepjáték ezért értelmezhető olyan modellhelyzetként, amelyben az identitáskísérlet, a perspektívaváltás és az érzelmi bevonódás folyamatai jól megfigyelhető formában jelennek meg. Jelen tanulmány célja annak vizsgálata, hogy miként értelmezhető a szerepjáték mint liminális pszichológiai tér, amelyben a karakter és a játékos közötti határok ideiglenesen elmosódnak, és hogyan járul hozzá ez a folyamat az érzelmi bevonódás és az élményalapú tanulás kialakulásához. A tanulmány a szerepjáték-elmélet, a narratív pszichológia és az alkalmazott pszichológiai kutatások eredményeire építve elemzi a karakter–játékos határátlépés különböző formáit, valamint azt, hogy ezek miként alkalmazhatók tréning- és facilitációs kontextusban. A következőkben a szerepjáték pszichológiai értelmezésének alapfogalmai és a karakter–játékos határátlépés különböző formái kerülnek tárgyalásra, majd az érzelmi bevonódás és a narratív struktúrák szerepe, ezt követően a határátlépések tudatos alakíthatóságának kérdése kerül elemzésre, elsősorban alkalmazott pszichológiai szempontból.

A SZEREJÁTÉK MINT LIMINÁLIS NARRATÍV TÉR

A szerepjáték (role-playing game, RPG) olyan strukturált, szabályozott imaginatív tevékenység, amelyben a résztvevők fiktív karaktereken keresztül vesznek részt egy közösen létrehozott narratív világban (Fine, 1983; Mackay, 2001; Montola, 2010). A szerepjáték alapvető sajátossága, hogy a cselekvések elsődleges referenciakerete nem a mindennapi valóság, hanem egy fikcionális, interszjektíven fenntartott jelentés-tér. E tekintetben különbözik a színháztól, mivel nincs külső közönség, és különbözik a hagyományos játéktól is, mivel a szabályrendszer nem pusztán versengést vagy problémamegoldást strukturál, hanem narratív jelentésképzést szervez (Fine, 1983; Mackay, 2001). A szerepjáték több alapvető formában jelenik meg. Az asztali szerepjátékok (tabletop role-playing games, TTRPG) verbális, narratív alapú interakciókra épülnek, amelyeket jellemzően egy mesélő (game master) facilitál. Az élőszerreplős játékok (live action role-playing, LARP) testi jelenléttel, fizikai térben zajlanak, és gyakran intenzívebb érzelmi és szenzoros bevonódással járnak. A Nordic Larp irányzat ezen belül különösen hangsúlyozza az érzelmi mélységet, a minimalista szabályrendszert és az élményközpontú design-t (Stenros & Montola, 2010; Bowman, 2015; Bowman & Standiford, 2015). A digitális szerepjátékok, például a számítógépes RPG-k, technológiai közvetítéssel működnek, de továbbra is a narratív azonosulásra és a karakterrel való részvételre építenek (Bizzocchi & Tanenbaum, 2011). A formák közötti különbségek ellenére a típusokban közös, hogy a résztvevők ideiglenesen elfogadják egy alternatív identitást, és egy fikcionális világ normái

szerint cselekszenek (Fine, 1983). A szerepjáték pszichológiai szempontból úgy értelmezhető, mint olyan folyamat, amely lehetővé teszi az identitás ideiglenes áthelyezését egy strukturált imaginatív térbe (McAdams, 2001; Aron & Aron, 1986). A karakter ebben az összefüggésben nem pusztán szerep, hanem narratív identitáskonstrukció. A narratív pszichológia szerint az identitás történeti szerkezetben szerveződik: az egyén önmagát koherens, jelentésteli történetként értelmezi (McAdams, 2001; Bruner, 1991; Sarbin, 1986). A szerepjáték-karakter e narratív struktúra kísérleti variánsa, egy alternatív „lehetséges én”, amely lehetőséget ad az identitás különböző aspektusainak kipróbálására. Bowman (2015) három szinten írja le a karakter működését. A funkcionális szint a szabályrendszerben rögzített tulajdonságokat és képességeket foglalja magában. A narratív szint a háttértörténetet, motivációkat és konfliktusokat jelenti. Az identitásszint pedig arra vonatkozik, milyen mértékben válik a karakter a játékos önreprezentációjának részévé: vagyis minél inkább aktiválódik ez a harmadik szint, annál nagyobb az esélye annak, hogy a karakter és a self közötti határ részlegesen elmosódik: és ez az a jelenség, amely az identity bleed fogalmával ragadható meg, amely a karakter és a játékos önreprezentációi közötti átfedésként írható le (Hugaas, 2024; Aron et al., 1992; Swann et al., 2009). A szerepjáték tehát nem csak interakciók sorozatából áll, hanem felfogható folyamatos narratív konstrukcióként is. A közösen létrehozott történet strukturálja a cselekvéseket, érzelmi kontextust biztosít, és koherenciát biztosít az észlelet és a tapasztalat között. A narratív koherencia az immerzió egyik alapfeltétele: a résztvevő akkor éli meg a fikciót „valóságosként”, amikor mentális modellje konzisztens és

érzelmi releváns (Ryan, 2001). A Nordic Larp diskurzusban a narratíva nem lineáris cselekményként, hanem élményarchitektúráként jelenik meg, amelynek célja nem pusztán történetmesélés, hanem intenzív tapasztalat létrehozása (Stenros & Montola, 2010). A karakter és a játékos közötti határ azonban nem statikus. A szakirodalom többféle határátlépési formát különít el. A bleed-in esetében a játékos saját érzelmei, élményei és attitűdjei befolyásolják a karakter viselkedését (Montola, 2010). A bleed-out ezzel szemben a karakterben megélt élmények visszahatását jelenti a játékos hétköznapi érzelmi állapotára (Montola, 2010). Az identity bleed ennél mélyebb szinten működik: a karakter és a self reprezentációja részlegesen összeolvad, és a játék során szerzett élmény az önkép szintjén integrálódik (Hugaas, 2024).

A szerepjátékos gyakorlatok több ponton rokoníthatók a pszichodráma és a drámapedagógiai módszerek hagyományával, amelyek szintén a szerepfelvételen és a narratív helyzetek megélésén keresztül dolgoznak. A pszichodráma esetében a szerepjáték terápiás célokat szolgál, és a résztvevők saját életeményeinek dramatikus újrajátszásán keresztül teszi lehetővé az érzelmi feldolgozást és a perspektívaváltást (Moreno, 1946; Kipper, 1992). A drámapedagógia és az alkalmazott színházi módszerek ezzel szemben elsősorban oktatási és készségfejlesztési kontextusban használják a szerepjátékot, hangsúlyozva a részvételt, az élményszerű tanulást és a társas helyzetek reflektív értelmezését (O'Toole & Dunn, 2002; Nicholson, 2005). A szerepjátékos (RPG/LARP) megközelítés ezekhez abban hasonlít, hogy az előrehaladásról számszerűsített visszajelzést adó (tapasztalati pont), de ugyanúgy imaginatív keretben teszi lehetővé alternatív szerepek kipróbálását, nem szakmai, hanem szórakozási céllal jön létre,

és gyakran koherensen felépített, a játékosok által ismert fikcionális világokon keresztül szervezi a tapasztalatot. Ez a különbség különösen a bleed jelenség értelmezésében releváns: míg a pszichodráma tudatosan a személyes élmények feldolgozására irányul, addig a szerepjátékban a karakter és a játékos közötti határátlépés gyakran indirekt módon, a narratív bevonódás melléktermékeként jelenik meg.

Az alkalmazott pszichológia számára a szerepjáték, mint szórakozási forma azért izgalmas kérdéskör, mert privát vagy fél-publikus térben, de kontrollált kísérleti környezetként működik, ahol az identitás, érzelem és narratív konstrukció kölcsönhatása, megfelelő etikai kutatási keretek megteremtésével vizsgálható és formálható. A játékszokással élők szubkulturáján belül a szerepjátékos események lehetőséget adnak alternatív identitások kipróbálására, érzelmi tanulási folyamatok aktiválására, valamint empátia és önreflexió fejlesztésére, kutatására. A szerepjátszás olyan hobbi, ami ugyanakkor strukturálatlan vagy reflektálatlan formában érzelmi túlterhelést vagy diszregulációt is eredményezhet, különösen intenzív tematikák esetén (Atwater, 2016). Ez a kettősség – a fejlesztő potenciál és a pszichológiai kockázat együttes jelenléte – teszi kulcskérdéssé a határátlépés mechanizmusainak pontos megértését.

Összefoglalva: a fejezetben bemutatott megközelítések alapján a szerepjáték olyan átmeneti, narratíván szervezett térként értelmezhető, amelyben a karakter és a játékos közötti határok dinamikusan alakulnak. A határátlépés különböző formái – a személyes élmények bevitele, a karakterélmények visszahatása, valamint az identitásszintű átfedések – nem kivételes jelenségek, hanem a részvétel strukturális sajátosságai. Hangsúlyozandó, hogy a szerepjátékot ne pusztán

reprezentációként, hanem olyan pszichológiai folyamatként értelmezzük, amelyben az érzelem, az identitás és a narratív jelentésképzés szorosan összekapcsolódik, vagyis a központi kérdés nem az, hogy létrejön-e határátlépés, hanem az, hogy milyen feltételek mellett válik az érzelmi bevonódás intenzívvé, és miként befolyásolják ezt a karakterkonstrukciók, a zsáner és a narratív szerveződés sajátosságai.

AZ ÉRZELMI BEVONÓDÁS DINAMIKÁJA

Az érzelmi bevonódás a szerepjáték egyik központi pszichológiai mechanizmusa, amely meghatározza a karakter és a játékos közötti határátlépés intenzitását. Fontos azonban megkülönböztetni az érzelmi bevonódást az immerzió fogalmától. Míg az immerzió a fikció mentális elfogadását és a narratív világba való kognitív belemerülést jelenti (Ryan, 2001; Green & Brock, 2000), addig az érzelmi bevonódás az affektív rendszer aktiválódása révén történő részvételt foglalja magában (Bowman, 2015). A két folyamat összefügg, de nem azonos: az érzelmi reakciók intenzitása nem kizárólag a narratív koherenciától függ, hanem az affektív arousaltól, a mentális képalkotástól és a személyes relevanciától is, ezért jelentős érzelmi bevonódás részlegesen kidolgozott vagy kevésbé koherens narratív környezetben is létrejöhet (Green & Brock, 2000; Green, 2021; McGaugh, 2018). Az affektív idegtudomány eredményei szerint az érzelmi arousal fokozza a figyelmi fókuszot és erősíti a memóriakonzolidációt (McGaugh, 2018). Az érzelmileg intenzív élmények nagyobb valószínűséggel épülnek be tartósan a személyes emlékezetbe, és erősebb

jelentésképzési folyamatokat indítanak el. A szerepjáték kontextusában ez azt jelenti, hogy az érzelmileg telített jelenetek gyorsabban és mélyebben hozzák létre a karakter-játékos azonosulást, ezáltal növelve a bleed jelenségének valószínűségét (Montola, 2010). Az érzelmi bevonódás tehát nem pusztán mellékhatás, hanem a határátlépés egyik meghatározó mechanizmusa. Az érzelmi bevonódás azonban nem homogén jelenség: minősége és intenzitása jelentős mértékben függ a karakter konstrukciójától, a választott zsánertől, valamint a narratív és világteremtési módszerektől. A narratív kutatások szerint a történet jellemzői, például a karakterekkel való azonosulás lehetősége, a perspektíva és a narratív struktúra, közvetlenül befolyásolják az érzelmi reakciók intenzitását (Green & Brock, 2000; Cohen, 2001). Emellett az affektív válaszok erősségét a személyes relevancia és a mentális bevonódás mértéke is meghatározza, ami azt jelenti, hogy a különböző narratív konfigurációk eltérő affektív mintázatokat aktiválnak (Oatley, 1999; Mar & Oatley, 2008).

A fenti tényezők együttesen befolyásolják, hogy a játék milyen érzelmi mintázatokat aktivál, és ezáltal milyen típusú határátlépés alakul ki. A karakterek strukturáltsága ebben kulcsszerepet játszik. Az alacsony mértékben meghatározott karakterek kevés előre rögzített tulajdonsággal rendelkeznek, ezért a játékos nagyobb mértékben támaszkodik saját tapasztalataira a karakter értelmezésében. A hiányzó információk ilyen módon történő kitöltése a személyes relevancia növekedésével jár, ami erősíti az érzelmi reakciókat és az azonosulást (Zillmann, 1994; Vorderer et al., 2004), ennek következtében a karakter viselkedése szorosabban kapcsolódhat a játékos saját élményeihez, ami kedvez a bleed-in

jelenségének (Montola, 2010). Az erősen strukturált karakterek ezzel szemben részletes háttértörténettel és világos motivációkkal rendelkeznek, ami csökkenti a játékos saját élményeire való támaszkodás mértékét. Ilyen esetben az érzelmi bevonódás inkább a karakter helyzetének megértésén és a perspektívaváltáson keresztül jön létre, amelyet a médiapszichológiai kutatások az empátias bevonódás egyik formájaként írnak le (Cohen, 2001; Batson, 2011). A kapcsolódás eltér a közvetlen önreferenciális folyamatoktól, és kisebb valószínűséggel vezet az énkép közvetlen bevonódásához. A játékos és a karakter közötti eltérés mértéke szintén meghatározó, ugyanis az én-diszkrepancia elmélet szerint az eltérés feszültséget generál, amely motiválhatja a kognitív és érzelmi feldolgozást (Higgins, 1987) és az ilyen eltérés egyszerre növelheti az érdeklődést és az érzelmi intenzitást, ugyanakkor távolságtartást is eredményezhet (Klimmt et al., 2009). A zsáner szintén meghatározza az érzelmi bevonódás jellegét, ugyanis a magas arousal-szintet kiváltó narratívák, például fenyegetést vagy bizonytalanságot tartalmazó helyzetek, fokozzák az élmény intenzitását és a figyelmi fókuszot (Zillmann, 1996; McGaugh, 2018), az érzelmi intenzitás növekedése pedig együtt járhat azzal is, hogy az élmények a fikción túl is hatást gyakorolnak a résztvevő érzelmi állapotára.

A heroikus fantasy nagyobb távolságot teremt a játékos és a karakter között, ez növeli a biztonságérzetet, az érzelmi bevonódás viszont archetipikus szinten működik (Bowman, 2010). A fantasztikus keret csökkentheti a trauma-aktiváció esélyét, de nem zárja ki a bleed jelenségét, különösen, ha a történet mélyebb egzisztenciális kérdéseket érint. A narratív és világteremtési módszerek tovább árnyalják az érzelmi bevonódás

dinamikáját. A világépítés (worldbuilding) a fikcionális környezet szabályainak, történeti háttérének és jelentésstruktúráinak kialakítását jelenti, amely meghatározza a résztvevők értelmezési keretét (Ryan, 2001; Wolf, 2012). A top-down világépítés, vagyis amikor a világ alapvető struktúrái előre meghatározottak, stabil és kiszámítható keretet biztosít a játékhoz, csökkenti a bizonytalanságot, ugyanakkor korlátozhatja a személyes hozzájárulás mértékét, és ezáltal lassíthatja az érzelmi bevonódás kialakulását (Wolf, 2012). A bottom-up, közös világépítés ezzel szemben növeli a résztvevők autonómia- és kontrollélményét, ami a self-determination theory szerint az intrinzik motiváció egyik kulcstényezője, és erősíti a bevonódást (Ryan & Deci, 2000). A résztvevő társszerzővé válik, ha a narratív konstrukció személyes jelentéssel telítődik, ez szintén fokozza az érzelmi érintettséget. Hasonló különbség figyelhető meg az irányított és a facilitált narratív struktúrák között. Az erősen irányított helyzetekben a kontroll a narratív keretet meghatározó szereplőnél marad, ami csökkentheti a résztvevők bevonódását, míg a részvételen alapuló, ko-kreatív struktúrák növelik az azonosulás és az élményszerű tanulás valószínűségét (Mezirow, 1991; Kolb, 1984). Az érzelmi bevonódás mértéke közvetlenül befolyásolja a határátlépés intenzitását, azonban a kapcsolat nem lineáris. A Yerkes–Dodson törvény szerint a teljesítmény és az arousal közötti kapcsolat fordított U-alakú: alacsony aktiváció mellett a bevonódás csekély, közepes szinten optimális, míg túl magas arousal esetén diszreguláció léphet fel (Yerkes & Dodson, 1908; Teigen, 1994), így ennek megfelelően mérsékelt érzelmi bevonódás mellett a határátlépés kontrollálható és integrálható, míg extrém intenzitás esetén megnő annak kockázata, hogy a karakterhez

kapcsolódó élmények az énkép szintjén is destabilizáló hatást fejtenek ki. A kulcs ezért nem az érzelmi intenzitás csökkentése, hanem annak tudatos szabályozása és értelmezése.

Az érzelmi bevonódás jelentőségét empirikus alkalmazott pszichológiai kutatások is alátámasztják, különösen a narratív bevonódás és a tapasztalati tanulás vizsgálatában. A narrative transportation olyan pszichológiai állapot, amelyben az egyén figyelme, mentális képalkotása és érzelmi reakciói nagymértékben a narratív eseményekre irányulnak, miközben a külső valóságra irányuló monitorozás csökken (Green & Brock, 2000; Gerrig, 1993), tehát úgy tűnik, ebben az állapotban a befogadó kevésbé támaszkodik kritikai feldolgozásra, és nagyobb valószínűséggel fogadja el a történet által közvetített jelentéseket és attitűdöket (Green & Brock, 2000). A szerepjáték kontextusában a mechanizmus sajátos módon jelenik meg, mivel a résztvevők nem csupán befogadói, hanem alakítói is a narratívának, ami tovább növelheti a bevonódás mértékét és az élmény személyes relevanciáját (Klimmt et al., 2009).

Oktatási és szakmai képzési környezetben a szerepalapú és szimulációs módszerek alkalmazását kiterjedt empirikus irodalom vizsgálja, különösen az orvosi, egészségügyi és pedagógiai képzések területén. Szisztematikus áttekintések szerint a szimulációs alapú tanulás hatékonyan támogatja a készségfejlesztést és a döntéshozatali kompetenciákat, különösen akkor, ha strukturált visszajelzés és reflektív feldolgozás is társul hozzá (Issenberg et al., 2005; Cook et al., 2011). A szerepalapú gyakorlatok lehetőséget adnak arra, hogy a résztvevők biztonságos környezetben gyakorolják az interperszonális készségeket, miközben közvetlen visszajelzést kapnak viselkedésük következményeiről (Lane & Rollnick, 2007), továbbá az ilyen

helyzetek különösen alkalmasak a perspektívaváltás és az empátiás megértés fejlesztésére, mivel a résztvevők aktívan lépnek be más szerepekbe, és tapasztalati úton dolgozzák fel a társas interakciókat (Nestel & Tierney, 2007). Az eredmények arra utalnak, hogy a szerepalapú tanulási helyzetekben az érzelmi bevonódás nem pusztán kísérőjelenség, hanem a tanulási folyamat egyik releváns komponense, amely hozzájárulhat a tapasztalatok mélyebb feldolgozásához és integrációjához.

A narratív immerzió és az aktív részvétel kombinációja olyan tanulási környezetet hoz létre, amelyben a résztvevők egyszerre dolgoznak kognitív, érzelmi és társas szinten. Ez a megközelítés nem egyedi: több pedagógiai modell is hasonló elvekre épül. A skót Storyline módszer narratív keretbe ágyazott tanulást alkalmaz, amelyben a tanulók közösen hoznak létre egy történeti világot, és ezen keresztül konstruálják tudásukat (Bell et al., 2007). A módszer központi eleme a tanulók aktív részvétele és a tanulási tartalom személyes jelentéssel való felruházása, ami elősegíti a mélyebb megértést és az integrációt. Hasonló elvek jelennek meg a drámapedagógiai és úgynevezett process drama megközelítésekben, amelyek a tanulást folyamatosan alakuló, közösen létrehozott narratív helyzetekbe ágyazzák. Ezekben a modellekben a résztvevők szerepeken és dramatikus helyzeteken keresztül vizsgálják a társas és erkölcsi problémákat, miközben a jelentésképzés a cselekvés és reflexió ciklusában zajlik (Bolton, 1998; O'Neill, 1995). A skandináv pedagógiai gyakorlatokban, például a leghíresebb mintaként emlegetett dán Østerskov Efterskole modelljében, a tanulás szintén szerepalapú és élményközpontú struktúrák mentén szerveződik, ahol a tanulók komplex, gyakran élőszerű

helyzetekben vesznek részt, vagyis a tanulási folyamat nem pusztán információátadás-ként, hanem közösen konstruált, narratív és érzelmileg is releváns tapasztalatként jelenik meg. E modellek alapján a szerepjáték-alapú tanulási helyzetek nem elszigetelt pedagógiai eszközök, hanem egy szélesebb didaktikai irányzat részét képezik, amely a narratív keretezést, az aktív részvételt és a tapasztalati feldolgozást tekinti a tanulás kulcstényezőinek.

A bemutatott megközelítések alapján az érzelmi bevonódás nem egységes jelenség, hanem több tényező kölcsönhatásában alakul ki. A karakter konstrukciója, a narratív struktúra, a zsáner és a részvétel módja együttesen határozzák meg, hogy a résztvevő milyen mértékben és milyen módon kapcsolódik a fikcióhoz. Ezek a tényezők nem csupán az élmény intenzitását befolyásolják, hanem azt is, hogy a karakter és a játékos közötti határ milyen formában és mélységben válik átjárhatóvá: úgy tűnik, a határátlépés nem tekinthető véletlenszerű mellékhatásnak, mert az érzelmi bevonódás dinamikája alapján részben előrejelezhető és alakítható folyamatként jelenik meg. A következő kérdés így az, hogy milyen eszközökkel és milyen feltételek mellett válik ez a folyamat tudatosan szabályozhatóvá.

TUDATOS MUNKA A KARAKTERHATÁROK ÁTLÉPÉSÉVEL

A szerepjáték-elmélet korai megközelítéseiben a bleed és az identity bleed jelensége gyakran spontán, a játék intenzitásából fakadó folyamatként jelent meg (Montola, 2010). A későbbi, elsősorban a Nordic Larp konferenciákhoz és az ezekhez kapcsolódó szerkesztett kötetekhez kötődő szakirodalom

azonban rámutatott arra, hogy a karakter és a játékos közötti határátlépés nem pusztán spontán módon alakul ki, hanem bizonyos mértékig tudatosan is alakítható (Stenros & Montola, 2010; Bowman, 2015; Hugaas, 2024). A közzétett tapasztalatok alapján a határátlépés nem csupán kockázati tényezőként, hanem potenciálisan használható pszichológiai mechanizmusként is értelmezhető, amennyiben megfelelő keretek között zajlik. A folyamat első szakasza az előkészítés, amely átmeneti, liminális állapotként írható le, ez kapcsolódik Turner (1969) elméletéhez, mely szerint az ilyen átmeneti helyzetekben az egyén ideiglenesen kilép megszokott szerepeiből, és egy szabályozott „köztes” térbe lép, ahol a normák és identitásminták részben átalakulnak. A szerepjátékban a briefing és a belépési rituálék hasonló funkciót töltenek be: csökkentik a bizonytalanságot, kijelölik az értelmezési kereteket, és előkészítik a fikciós részvételt (Atwater, 2016). Pszichológiai szempontból ez a folyamat a figyelmi és értelmezési keretek átrendeződéseként írható le: a résztvevő fokozatosan a narratív helyzet által meghatározott jelentésekhez igazítja percepcióját és értelmezését. Az előkészítés során alkalmazott elemek (pl. zene, testi aktivitás vagy közös ráhangolódás) módosíthatják az aktuális érzelmi állapotot, ami megkönnyíti a bevonódást (Gross, 1998; McGaugh, 2018). Az érzelmi aktiváció azonban csak akkor marad adaptív, ha a helyzet keretei világosak és értelmezhetőek. A határátlépés nemcsak a belépés, hanem az élmény intenzitásának alakulása szempontjából is szabályozható. A bevonódás különösen akkor erősödik, ha a narratív helyzet személyesen releváns kérdéseket érint, például erkölcsi dilemmákat vagy társas konfliktusokat, ha a helyzet fokozza az érzelmi reakciók intenzitását és

a kognitív feldolgozást (Oatley, 1999; Higgins, 1987). A túl magas érzelmi intenzitás ugyanakkor növelheti az érzelmszabályozási nehézségek kockázatát, ezért a bevonódás mértékének tudatos alakítása kulcsfontosságú (Gross, 1998). A szabályozás egyik lényeges eleme az érzelmi intenzitás folyamatos alakítása, mert az érzelmi reakciók nem bináris módon jelennek meg, hanem különböző intenzitási szinteken, amelyekhez eltérő szabályozási stratégiák kapcsolódhatnak. Gross (1998) érzelmszabályozási modellje szerint az egyén több ponton is beavatkozhat az érzelmi folyamatokba, akár a helyzet megválasztásával, módosításával vagy az értelmezés átalakításával: ha a játék keretei lehetővé teszik ezeknek a stratégiáknak az alkalmazását, az érzelmi bevonódás kontrollálható marad. A tudatosítás szintén meghatározó szerepet játszik, ugyanis a határátlépés akkor válik kezelhetővé, ha a résztvevő képes felismerni, hogy a karakterhez kapcsolódó élmények milyen módon hatnak saját érzelmi állapotára. Ez a reflexív tudatosság csökkenti annak kockázatát, hogy a karakter és az énkép közötti határ tartósan elmosódjon, és elősegíti az élmények integrációját. A folyamat záró szakasza a visszaintegráció, amely során a résztvevő visszatér a hétköznapi kontextusba. Turner (1969) elmélete szerint minden liminális állapotot ilyen visszatérés követ. A szerepjátékban ez különböző lezáró gyakorlatokban jelenhet meg (reflexiók kör, tapasztalati pontozás, karakternapló), amelyek segítik az identitáshatárok helyreállítását és az élmények feldolgozását. A strukturált reflexió különösen fontos intenzív élmények után, mivel lehetővé teszi a tapasztalatok értelmezését és beépítését. Atwater (2016) szerint a debriefing nem is opcionális kiegészítő, hanem pszichológiai szükséglet. A debrief három

fő funkciót tölt be: érzelmi levezetést biztosít, kognitív strukturálást tesz lehetővé, és elősegíti a tanulásgképzést. A narratív újramegtervezés, amelyet McAdams (2001) az identitásformálás központi mechanizmusaként írt le, lehetővé teszi, hogy a karakterben megélt tapasztalat az önéletrajzi narratíva részévé váljon anélkül, hogy identitáskonfliktust idézne elő. A reintegráció így nem pusztán visszatérés a hétköznapi állapotba, hanem strukturált jelentésképzés.

A karakter és a játékos közötti határátlépés pszichológiai értelmezése kapcsolatba hozható az identitás és önkiterjesztés kutatásával is. A self-expansion theory szerint az emberek hajlamosak identitásukat kiterjeszteni olyan kapcsolatokon vagy tapasztalatokon keresztül, amelyek új perspektívákat, képességeket vagy érzelmi élményeket kínálnak számukra (Aron & Aron, 1986; Aron et al., 1992), vagyis ebben az értelemben a szerepjáték olyan helyzetként értelmezhető, amelyben a résztvevő ideiglenesen integrálhatja a megszokott énképétől eltérő tapasztalatokat és nézőpontokat, ami hozzájárulhat az énkép rugalmasabbá válásához. A szerepjáték során a karakterrel való azonosulás értelmezhető ilyen ideiglenes önkiterjesztési folyamatként, amelyben a játékos saját identitásrepresentációját kísérletileg bővíti egy alternatív narratív identitással és ez a folyamat különösen intenzív lehet akkor, ha a karakter története vagy konfliktusai rezonálnak a játékos személyes élményeivel. Az identitás és szerep közötti határ dinamikáját a szociálpszichológiai kutatások is vizsgálták. Az identity fusion elmélet szerint bizonyos helyzetekben a személyes és kollektív identitás representációi szorosan összekapcsolódhatnak, ami intenzív érzelmi azonosulással és erős motivációs elköteleződéssel jár (Swann et al., 2009). Bár az

identity fusion eredetileg csoportidentitások vizsgálatára irányult, egyes mechanizmusai értelmezési keretet kínálhatnak a karakter és a játékos kapcsolatának leírásához, például erős azonosulás esetén a karakter perspektívája és céljai ideiglenesen befolyásolhatják a játékos értelmezését és érzelmi reakcióit, anélkül azonban, hogy a két reprezentáció teljesen összeolvadna. Ez magyarázza, hogy bizonyos szerepjátékos élmények miért váltanak ki erős érzelmi reakciókat, és miért maradhatnak emlékezetesek a játék lezárása után is. A szerepjátékos design számos eleme, elsősorban az érzelmi intenzitás tudatos alakítását szolgáló technikák, szoros másodikként a résztvevők biztonságérzetét fenntartó szabályok és jelzések (biztonsági mechanizmusok), továbbá az élmények közös feldolgozását lehetővé tevő strukturált megbeszélések (debriefing), mind értelmezhető olyan facilitációs eszközként, amelyek támogatják az érzelmi folyamatok szabályozását (Atwater, 2016; Gross, 1998), lehetővé teszik, hogy a résztvevők intenzív érzelmi élményeket tapasztaljanak meg anélkül, hogy ezek az élmények kontrollálatlanná vagy destabilizálónak válnának, mivel keretet biztosítanak az érzelmi aktiváció értelmezéséhez és feldolgozásához. Az identitás ideiglenes átalakulása és annak reflexív feldolgozása kapcsolatba hozható a transzformatív tanulás elméletével is. Mezirow (1991) szerint a mély tanulási folyamatok gyakran akkor következnek be, amikor az egyének olyan tapasztalatokkal találkoznak, amelyek megkérdőjelezzik korábbi értelmezési kereteiket, és ezt követően reflexív módon új jelentéseket alakítanak ki. Az élményalapú és szimulációs tanulási helyzetekben végzett kutatások azt mutatják, hogy a perspektíaváltást igénylő, komplex szituációk elősegíthetik az ilyen típusú jelentésátalakítást, különösen

akkor, ha strukturált reflexió is társul hozzájuk (Illeris, 2009; Cranton, 2006). A reflexív feldolgozás szerepét empirikus kutatások is alátámasztják: a strukturált megbeszélés és visszacsatolás hozzájárul a tapasztalatok mélyebb feldolgozásához és az általánosítható tanulságok kialakításához (Fanning & Gaba, 2007). Ennek alapján a karakterhez kapcsolódó élmények nem önmagukban vezetnek tanuláshoz, hanem akkor válhatnak fejlesztő hatásúvá, ha azok értelmezése és integrációja is megtörténik. A szerepjátékos helyzetek így olyan tanulási környezetként írhatók le, ahol az érzelmi bevonódás és a reflexív feldolgozás együttesen járulhat hozzá a tapasztalatok jelentésének átalakulásához.

A fenti modellek alapján a karakter és a játékos közötti határátlépés nem véletlenszerű mellékjelenség, hanem olyan folyamat, amely megfelelő keretek között tudatosan alakítható. A narratív struktúra, az érzelmi intenzitás szabályozása és a reflexív feldolgozás együttesen határozzák meg, hogy a bevonódás milyen mértékben válik integrálhatóvá. A határátlépés nem önmagában hordoz kockázatot, hanem annak szabályozatlansága miatt, ám ha folyamatot strukturált előkészítés, tudatos facilitáció és következetes reflexió kíséri, a szerepjáték olyan élménytérként működhet, amelyben az intenzitás nem destabilizáló, hanem jelentésképző és integrálható tapasztalatot hoz létre.

ALKALMAZOTT TANULSÁGOK

Egy szerepjátékos esemény (legyen egyszeri vagy kampány) nem csupán kulturális vagy szabadidős jelenség, hanem olyan strukturált élményforma, amely több, empirikusan vizsgált alkalmazási területtel is kapcsolatba

hozható. Szimulációs és szerepalapú módszereket széles körben alkalmaznak például szakmai képzésekben, különösen az egészségügyi és pedagógiai területeken, ahol a komplex interperszonális helyzetek gyakorlása kiemelt jelentőségű (Issenberg et al., 2005; Cook et al., 2011). A dramatikus technikák megjelenése, a perspektívaváltás és az érzelmi feldolgozás terápiás és fejlesztési kontextusokban nem új (Kipper, 1992; Moreno, 1946), különösen az élményalapú tanulás (experiential learning) kontextusában mutathatók ki erős párhuzamok a szerepjáték és a tréninghelyzet között. Kolb (1984) modellje szerint a tanulás ciklikus folyamat, amely a konkrét tapasztalattól indul ki, reflexión, konceptualizáción és aktív alkalmazáson keresztül válik integrált tudássá. Hasonló hangsúly jelenik meg Dewey (1938) tapasztalatelméletében, valamint Schön (1983) reflexív gyakorló modelljében. A modellben megfogalmazott ciklus strukturálisan megfeleltethető a szerepjáték során leírt átmeneti belépés, intenzív élmény és reflektív feldolgozás folyamatának. Mindkét esetben a tapasztalat önmagában nem elegendő: az élmény csak akkor válik tanulássá, ha tudatos feldolgozás és reintegráció követi (Kolb, 1984; Mezirow, 1991; Atwater, 2016). A feldolgozatlan élmények nem vezetnek tartós tudásváltozáshoz, sőt, bizonyos esetekben védekező reakciókat vagy kognitív elkerülést is kiválthatnak (Illeris, 2009). A szervezeti tréningekben gyakran alkalmaznak szerepjátékos gyakorlatokat (pl. konfliktuskezelési szimulációkat, vezetői helyzetgyakorlatokat), ám ritkán reflektálnak tudatosan arra, hogy ezek nem csupán viselkedési, hanem érzelmi és identitásszintű bevonódást is generálhatnak. A szerepjáték-elmélet hozzájárulása abban áll, hogy rámutat: az érzelmi és identitásszintű

érintettség nem mellékhatás, hanem a tanulási folyamat egyik központi összetevője, amelynek tudatos szabályozása szükséges.

A Nordic Larp egyik alapelve a „safe but not comfortable” megközelítés, amely szerint az élmény lehet érzelmileg intenzív, de csak strukturált biztonsági keretek között (Bowman, 2015). Ez az elv a tréningkörnyezetben is értelmezhető. A szervezeti fejlesztésben alkalmazott szerepalapú gyakorlatok nem teljes karakterazonosulásra épülnek, hanem konkrét viselkedési helyzetek szimulációjára, ugyanakkor ezek a helyzetek is kiválthatnak jelentős érzelmi reakciókat. A tréninggyakorlatok így gyakran két véglet között mozognak: vagy alacsony érzelmi bevonódással járó, erősen strukturált helyzeteket alkalmaznak, vagy olyan intenzív szituációkat hoznak létre, amelyek megfelelő keretek hiányában védekező reakciókat válthatnak ki (Salas et al., 2012). A szerepjátékos design egyik releváns tanulsága az, hogy az érzelmi intenzitás és a pszichológiai biztonság egyensúlya tudatosan alakítható. Ez összhangban áll Gross (1998) érzelemszabályozási modelljével, amely szerint a facilitátor a helyzetválasztás és helyzetmódosítás révén befolyásolhatja az érzelmi aktiváció mértékét.

A karakter mint eszköz különösen értékes tanulási potenciált hordoz, akár társadalmi kommunikációban, participatív tervezésben is használható módszer (Kurucz, 2024), mivel lehetővé teszi, hogy a résztvevők eltérő perspektívákat és viselkedési mintázatokat próbáljanak ki biztonságos környezetben. A szerepfelvétel a társas megértés egyik alapmechanizmusa, amely hozzájárul a perspektívaváltás és az empátiás feldolgozás fejlődéséhez (Mead, 1934; Selman, 1980). Az oktatási és tréningkörnyezetben alkalmazott szerepalapú módszerek ezt

a mechanizmust tudatosan használják (Nestel & Tierney, 2007; Yardley-Matwiejczuk, 1997). A dramatikus és szerepalapú tanulási megközelítések hangsúlyozzák, hogy a szerepbé helyezkedés jelentésképzési folyamat (O'Neill, 1995; Bolton, 1998).

A szerepjáték lehetőséget ad alternatív identitások kipróbálására, ami közvetlenül alkalmazható vezetői tréningekben, diverzitási programokban vagy konfliktuskezelési workshopokon. A diszkrepáns karakter biztonságos térben kínál lehetőséget új perspektívák megtapasztalására (Higgins, 1987; Bowman, 2015). A narratív design alkalmazása a fejlesztési környezetben további lehetőségeket kínál. A szerepjátékos mesélők és designerek implicit módon élményarchitektúrát hoznak létre (Stenros & Montola, 2010). A narratív keretezés lehetővé teszi, hogy a résztvevő társszerzőként vegyen részt a folyamatban, ami növeli az agency élményét (Ryan & Deci, 2000).

A szerepjáték egyik legfontosabb alkalmazott tanulsága a tudatos határátlépés ciklikus modellje. A folyamat biztonságos belépéssel kezdődik, amelyet intenzív tapasztalat követ, majd tudatosítás és integráció zárja le. A tréningek gyakran az első két fázisra koncentrálnak, miközben a tudatosítás és reintegráció háttérbe szorul. A debriefing azonban nem pusztán megbeszélés, hanem narratív integrációs folyamat (Atwater, 2016). A szerepjáték különböző formáiban – TTRPG és LARP – eltérő facilitátori szerepek jelennek meg, de közös bennük, hogy a résztvevők élményének strukturálásában kulcsszerepet játszanak (Mackay, 2001; Stenros & Montola, 2010; Bowman, 2015). A facilitáció magában foglalja a narratív keretek kialakítását, a részvétel feltételeinek biztosítását és az érzelmi intenzitás szabályozását. A bleed perception threshold

fogalma (Hugaas, 2024) ebben a kontextusban is releváns.

Az alkalmazott pszichológiai kutatások az elmúlt évtizedekben egyre nagyobb figyelmet fordítottak a szimulációs és szerepjáték-alapú tanulási módszerekre. Szisztematikus áttekintések és meta-analízisek kimutatták, hogy a szimulációs alapú tréningek szignifikáns pozitív hatást gyakorolnak a teljesítményre (Issenberg et al., 2005; Cook et al., 2011; Salas et al., 2012; Sitzmann, 2011). A szimulációs tanulás hatékonysága különösen akkor erős, ha strukturált visszajelzéssel és reflektív feldolgozással párosul (Fanning & Gaba, 2007; Rudolph et al., 2006). Egészségügyi és klinikai képzésekben végzett kutatások szerint a szerepalapú gyakorlatok hatékonyan fejlesztik a kommunikációt és a döntéshozatalt (Lane & Rollnick, 2007; Nestel & Tierney, 2007; Rosen et al., 2008). Hasonló eredmények jelennek meg szervezeti tréningekben is (Arthur et al., 2003; Salas et al., 2009; Bell et al., 2008).

A kutatások azt is hangsúlyozzák, hogy az ilyen tanulási környezetek különösen hatékonyak a nehezen formalizálható tudás fejlesztésében (Noe et al., 2014; Eraut, 2004). A tapasztalati tanulás modellje szerint a tanulás hatékonysága nő, ha a résztvevők aktívan bevonódnak és reflektálnak (Kolb & Kolb, 2005; Illeris, 2009; Yardley et al., 2012; Mezirow, 1991; Merriam & Bierema, 2014). A szervezetpszichológiai kutatások hangsúlyozzák a facilitáció szerepét (Salas et al., 2012). A perspektívaváltás és az empátia fejlesztése szintén fontos eleme a szerepjátékos tréningeknek (Nestel & Tierney, 2007; Lane & Rollnick, 2007; Bearman et al., 2015; Batson, 2011).

Összegzésként megállapítható, hogy a szerepjáték olyan strukturált pszichológiai térként írható le, amelyben a résztvevők

narratív és érzelmi részvételen keresztül ideiglenesen módosítják saját értelmezési kereteiket. A karakter és a játékos közötti határ dinamikus alakulása a szerepjáték működésének alapvető sajátossága, amelynek jelentősége nem az intenzitásában, hanem annak feldolgozottságában ragadható meg. A személyesen releváns tapasztalatok akkor válnak fejlesztő erejűvé, ha azok tudatos értelmezése és integrációja is megtörténik. Ennek megfelelően a

szerepjátékos helyzetek nem pusztán spontán élményeket generálnak, hanem olyan folyamatokat, amelyek megfelelő keretek között szabályozhatók és fejlesztési célokra is alkalmazhatók. Az alkalmazott pszichológia szempontjából mindez olyan tanulási környezetként értelmezhető, ahol a kognitív, érzelmi és társas folyamatok egyidejűleg aktiválódnak, és ahol a facilitáció minősége meghatározó a tapasztalatok jelentésének kialakulásában.

SUMMARY

CONTROLLED BOUNDARY CROSSING IN ROLE-PLAYING: EMOTIONAL ENGAGEMENT IN RPG AND LARP

Background and Aims: Role-playing practices – role-playing game; RPG and live action role-playing; LARP – create experiential learning environments in which participants engage with social situations through narrative participation and active decision-making. In these role-player contexts, emotional engagement, narrative structure, and identity processes are closely intertwined, giving rise to distinct psychological dynamics.

Methods: This article conceptualizes role-playing as a liminal psychological space in which the boundaries between player and character become temporarily permeable. This process is captured by phenomena described in the literature as bleed which refer to interactions between emotional and identity-related experiences. The analysis draws on frameworks from narrative psychology, emotion regulation, and experiential learning to examine the emergence and implications of boundary crossing.

Results: The analysis highlights that emotional engagement is not merely a byproduct but a core mechanism of role-playing, shaping both the intensity of boundary crossing and the integration of experience. Character construction, narrative organization, and genre jointly influence how participants relate to the fiction and the extent to which the boundary between character and self becomes permeable.

Discussion: At the same time, role-playing processes are not purely spontaneous. Structured preparation, deliberate modulation of emotional intensity, and reflective processing allow boundary crossing to be shaped and regulated, from this perspective, role-playing can be understood as a model setting in which emotional engagement, identity experimentation, and narrative meaning-making emerge in an observable and applicable form.

Keywords: role-playing, RPG, LARP, immersion, bleed

IRODALOM

- Aron, A., & Aron, E. N. (1986): *Love and the expansion of self: Understanding attraction and satisfaction*. Hemisphere.
- Aron, A., Aron, E. N., & Smollan, D. (1992): Inclusion of other in the self scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4). 596–612. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.4.596>
- Arthur, W., Jr., Bennett, W., Jr., Edens, P. S., & Bell, S. T. (2003): Effectiveness of training in organizations: A meta-analysis of design and evaluation features. *Journal of Applied Psychology*, 88(2). 234–245. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.2.234>
- Atwater, B. (2016): We need to talk: A literature review of debrief. *International Journal of Role-Playing*, (6). 7–11. <https://doi.org/10.33063/ijrp.vi6.240>
- Batson, C. D. (2011): *Altruism in humans*. Oxford University Press.
- Bearman, M., Palermo, C., Allen, L. M., & Williams, B. (2015): Learning empathy through simulation: A systematic literature review. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 10(5). 308–319. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000113>
- Bell, S., Harkness, S., & White, G. (2007): *Storyline: Past, present & future*. Enterprising Careers.
- Bell, B. S., Kanar, A. M., & Kozlowski, S. W. J. (2008): Current issues and future directions in simulation-based training in North America. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(8). 1416–1434. <https://doi.org/10.1080/09585190802200173>
- Bizzocchi, J., & Tanenbaum, J. (2011): Well read: Applying close reading techniques to gameplay experiences. In D. Davidson (Ed.), *Well played 3.0: Video games, value and meaning* (pp. 289–315). ETC Press.
- Bolton, G. (1998): *Acting in classroom drama: A critical analysis*. Trentham Books.
- Bowman, S. L. (2010): *The functions of role-playing games: How participants create community, solve problems and explore identity*. McFarland.
- Bowman, S. L. (2015): *Bleed: The spillover between player and character. Nordic Larp*.
- Bowman, S. L., & Standiford, A. (2015): Educational Larp in the Middle School Classroom: A Mixed Method Case Study. *International Journal of Role-Playing*, (5). 4–25. <https://doi.org/10.33063/ijrp.vi5.233>
- Bruner, J. (1991): The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18(1). 1–21. <http://dx.doi.org/10.1086/448619>
- Cohen, J. (2001): Defining identification: A Theoretical Look at the Identification of Audiences With Media Characters. *Mass Communication & Society*, 4(3). 245–264. https://doi.org/10.1207/S15327825MCS0403_01
- Cook, D. A., Hatala, R., Brydges, R., Zendejas, B., Szostek, J. H., Wang, A. T., Erwin, P. J., & Hamstra, S. J. (2011): Technology-enhanced simulation for health professions education: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 306(9). 978–988. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1234>
- Cranton, P. (2006): *Understanding and promoting transformative learning*. Jossey-Bass.

- Dewey, J. (1938): *Experience and education*. Macmillan.
- Eraut, M. (2004): Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26(2). 247–273. <https://doi.org/10.1080/158037042000225245>
- Fanning, R. M., & Gaba, D. M. (2007): The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 2(2). 115–125. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3180315539>
- Fine, G. A. (1983): *Shared fantasy: Role-playing games as social worlds*. University of Chicago Press.
- Gerrig, R. J. (1993): *Experiencing narrative worlds: On the psychological activities of reading*. Yale University Press.
- Green, M. C. (2021): Transportation into Narrative Worlds. In: Frank, L. B., Falzone, P. (Eds), *Entertainment-Education Behind the Scenes*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63614-2_6
- Green, M. C., & Brock, T. C. (2000): Transportation into a narrative world reduces counter-arguing and increases belief change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5). 701–721. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.701>
- Gross, J. J. (1998): The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3). 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2015): Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Higgins, E. T. (1987): Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3). 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
- Hugaas, K. H. (2024): Bleed and identity: A conceptual model of bleed and how bleed-out from role-playing games can affect a player's sense of self. *International Journal of Role-Playing*, (15). 9–35. <https://doi.org/10.33063/ijrp.vi15.323>
- Illeris, K. (2009): *Contemporary theories of learning: Learning theorists... in their own words*. Routledge.
- Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005): Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1). 10–28. <https://doi.org/10.1080/01421590500046924>
- Kipper, D. A. (1992): Psychodrama: An integrative therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(3). 354–363.
- Klimmt, C., Hefner, D., & Vorderer, P. (2009): The video game experience as “true” identification: A theory of enjoyable alterations of players' self-perception. *Communication Theory*, 19(4). 351–373. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2009.01347.x>
- Kolb, D. A. (1984): *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2005): Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in Higher Education. *Academy of Management Learning & Education*, 4(2). 193–212. <https://doi.org/10.5465/AMLE.2005.17268566>

- Kurucz, O. (2024): *Közös városi játéktér* (DLA értekezés). Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem.
- Lane, C., & Rollnick, S. (2007): The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling*, 67(1–2). 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.02.011>
- Mackay, D. (2001): *The Fantasy Role-Playing Game: A New Performing Art*. McFarland.
- Mar, R. A., & Oatley, K. (2008): The function of fiction is the abstraction and simulation of social experience. *Perspectives on Psychological Science*, 3(3). 173–192. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00073.x>
- McAdams, D. P. (2001): The Psychology of Life Stories. *Review of General Psychology*, 5(2). 100–122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>
- McGaugh, J. L. (2018): Emotional arousal regulation and memory consolidation. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, (19). 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.10.003>
- Mead, G. H. (1934): *Mind, self, and society*. University of Chicago Press.
- Merriam, S. B., & Bierema, L. L. (2014): *Adult learning: Linking theory and practice*. Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1991): *Transformative dimensions of adult learning*. Jossey-Bass.
- Montola, M. (2010): *The Positive Negative Experience in Extreme Role-Playing*. University of Tampere: Authors & Digital Games Research Association (DiGRA).
- Moreno, J. L. (1946): *Psychodrama*. Beacon House.
- Nestel, D., & Tierney, T. (2007): Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education*, 7(1). 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-3>
- Nicholson, H. (2005): *Applied drama: The gift of theatre*. Palgrave Macmillan.
- Noe, R. A., Clarke, A. D. M., & Klein, H. J. (2014): Learning in the Twenty-First-Century Workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1). 245–275. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091321>
- Oatley, K. (1999): Why Fiction May be Twice as True as Fact: Fiction as Cognitive and Emotional Simulation. *Review of General Psychology*, 3(2). 101–117. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.3.2.101>
- O’Neill, C. (1995): *Drama worlds: A framework for process drama*. Heinemann.
- O’Toole, J., & Dunn, J. (2002): *Pretending to learn: Helping children learn through drama*. Longman.
- Rosen, M. A., Salas, E., Wilson, K. A., King, H. B., Salisbury, M., Augenstein, J. S., Robinson, D. W., & Birnbach, D. J. (2008): Measuring team performance in simulation-based training: Adopting best practices for healthcare. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 3(1). 33–41. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3181626276>
- Rudolph, J. W., Simon, R., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2006): There’s No Such Thing as “Nonjudgmental” Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 1(1). 49–55. <https://doi.org/10.1097/01266021-200600110-00006>

- Ryan, M. L. (2001): *Narrative as virtual reality: Immersion and interactivity in literature and electronic media*. Johns Hopkins University Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000): Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1). 68–78. <https://doi.org/10.1037/110003-066X.55.1.68>
- Salas, E., Tannenbaum, S. I., Kraiger, K., & Smith-Jentsch, K. A. (2012): The science of training and development in organizations: What matters in practice. *Psychological Science in the Public Interest*, 13(2). 74–101. <https://doi.org/10.1177/1529100612436661>
- Sarbin, T. R. (Ed.) (1986): *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. Praeger.
- Schön, D. A. (1983): *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Basic Books.
- Selman, R. L. (1980): *The Growth of Interpersonal Understanding*. Academic Press.
- Sitzmann, T. (2011): A meta-analytic examination of the instructional effectiveness of computer-based simulation games. *Personnel Psychology*, 64(2). 489–528. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2011.01190.x>
- Stenros, J., & Montola, M. (Eds.) (2010): *Nordic larp*. Fëa Livia.
- Swann, W. B., Jr., Gómez, Á., Seyle, D. C., Morales, J. F., & Huici, C. (2009): Identity fusion: The interplay of personal and social identities in extreme group behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(5). 995–1011. <https://doi.org/10.1037/a0013668>
- Teigen, K. H. (1994): Yerkes–Dodson: A law for all seasons. *Theory & Psychology*, 4(4). 525–547. <https://doi.org/10.1177/0959354394044004>
- Turner, V. (1969): *The Ritual Process. Structure and Antistructure*. Aldine Publishing.
- Vorderer, P., Klimmt, C., & Ritterfeld, U. (2004): Enjoyment: At the heart of media entertainment. *Communication Theory*, 14(4). 388–408. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2004.tb00321.x>
- Wolf, M. J. P. (2012): *Building Imaginary Worlds The Theory and History of Subcreation*. Routledge.
- Yardley-Matwieczuk, K. M. (1997): *Role play: Theory and practice*. Sage Publications, Inc.
- Yardley, S., Teunissen, P. W., & Dornan, T. (2012): Experiential learning: Transforming theory into practice. *Medical Teacher*, 34(2). 161–164. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.643264>
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908): The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18(5). 459–482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>
- Zillmann, D. (1995): Mechanisms of emotional involvement with drama. *Poetics*, 23(1–2). 33–51. [https://doi.org/10.1016/0304-422X\(94\)00020-7](https://doi.org/10.1016/0304-422X(94)00020-7)
- Zillmann, D. (1996): The psychology of suspense in dramatic exposition. In P. Vorderer, H. J. Wulff, & M. Friedrichsen (Eds.), *Suspense: Conceptualizations, theoretical analyses, and empirical explorations* (pp. 199–231). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

IDEGENSÉG ÉS OTTHONOSSÁG AZ ISKOLÁBAN. HÁTRÁNNYAL ÉLŐ DIÁKOK A KÖZOKTATÁSI RENDSZERBEN: KVALITATÍV ESETTANULMÁNY EGY FŐVÁROSI ISKOLÁBAN



DOBAI Attila Marcelián
ELTE PPK Ember Környezet Tranzakció Intézet
Környezetpszichológia Kutatócsoport
dobai.attila@ppk.elte.hu

Szöcs Levente Álmos
ELTE PPK Ember Környezet Tranzakció Intézet
Környezetpszichológia Kutatócsoport
szocs.levente@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A modern oktatás szerepéről és feladatáról szóló szakmai diszkuszióban rendre előkerül az egyéni tanulási utak támogatásának lehetősége (Molnár, 2010). Miután a körülöttünk lévő világ észlelése és értelmezése személyenként eltér, ezért úgy véljük, hogy az egyén tanulási folyamatai akkor támogathatóak igazán – pedagógiai és pszichológiai értelemben is –, ha ismerjük és a pedagógiai praktikumba integráljuk azokat a személyes sajátosságokat, egyéni kompetenciákat, amelyek az egyén ideális tanulási környezetét is meghatározzák (Imre & Kálmán, 2011). Különösen igaz ez azokra a gyermekekre, akiknek a tanulási útja a pszichiátriai diagnózisuk okán, vagy tanulási nehézségeikre tekintettel eltér a „hagyományostól”, a közoktatási intézményrendszerének jelenlegi és sajnos igen rigid adottságai közé nehezen illeszthető be (Hegedüs, 2024). Úgy véljük, hogy e tanulók tanulási környezete épp ugyanannyira komplex és dinamikusan változó hatásrendszer, mint a közoktatásban tanuló „tipikus” tanulóké, amelyben a tanulástámogató és tanulásalakító tényezők összetett módon hatnak a tanulás résztvevőire, a szabályrendszerekre, befolyásolják a választott módszereket és eszközöket, és amelyeknek jól leírható térergonómiai vonzatai is vannak (Szöcs et al., 2022). A kiválasztott iskolában elvégzett kutatómunka eredményeként ezeket a pedagógiai szempontból releváns téri variációkat írtuk le.

Módszer: A kutatás során keresztmetszeti kvalitatív vizsgálatot végeztünk. A mintában összesen 20 fő pedagógus és egyéb végzettségű segítő szakember került kiválasztásra. A kutatás során elsőként az interjúalanyok tanóráit, foglalkozásait figyeltük meg, itt pedagógiai mozzanatok, tanár–diák interakciókat jelenítettünk meg, ezt követően félig strukturált interjúkat vettünk fel, az interjúk során az interjú készítő instrukciói alapján mentális térkép szabadrajz következett az iskoláról. Az interjúkat és a rajzokat kódoltuk, ezt követően a Grounded Theory módszertanával elemeztük a különböző modalitásokba tartozó adatokat. *Következtetések:* Az elvégzett kutatómunka során sikeresen azonosítottunk egy különleges budapesti intézményben olyan tényezőket, amelyek a szokásostól eltérő „atipikus tehetségek” nevelésének és tanításának elveit meghatározzák. Az iskolai kereteket biztosító rendszer plasztikusan alakul, folyamatos dinamikus változásban van, amely a munkatársak igazodását is nagymértékben befolyásolja. A munkatársak a diákok igényei szerint szervezik az iskola belső működését, amely részben segíti a közös hang megtalálását, de folyamatos határrekonstrukciókat igényel. Az iskola belső tereinek kialakítása is inkább egy folyamatosan akkomodálódó otthontérre, a befogadás téri narratívájára épül. A terek és a helyek elsődleges funkciója a védelem, biztonság megteremtése.

Kulcsszavak: tanulási környezetek, pszichiátriai diagnózis, atipikus tehetségek, eltérő tanulási környezetek

TÉMAKIJELÖLÉS

A tanulási terek, tanulási környezetek a pedagógiában

Napjaink tanulástámogatási narratívájában – különösen, ha azt a fogalom keretrendszerét jelentő konstruktivista pedagógiai megközelítésben értelmezzük (Nahalka, 2002) – az egyénre szabott oktatás és az ahhoz kapcsolódó szakmai szempontok mentén történő, differenciáló pedagógiai munka rendszerszintű szükséglet (Ercse, 2020). Ezt a szükségletet a pedagógus munkája elégíti ki. Az említett konstruktivista tanulásértelmezés mentén épít az adott tanuló előzetes tudására, figyelembe veszi annak egyéni tanulási szükségleteit, a tanulást adaptív és szituatív folyamatként értelmezi, amelyben kiemelt jelentősége van

annak, hogy a pedagógus miként értelmezi azt a tanulási környezetet, amely dinamikusan változó, komplex rendszerként a közös tanulási folyamat egészét meghatározza (Engeström, 1987). Különösen igaz ez, ha a tanulási folyamat résztvevői, a diákok sajátos nevelési igényvel, tanulási nehézségekkel és/vagy az iskolai tanulási folyamat egészére ható pszichiátriai diagnózissal rendelkeznek. Ezekben az esetekben meghatározó, hogy a pedagógiai munka, a tervezett és szervezett tanulástámogatás miként kapcsolódik a diákok rendkívül egyedi jellegzetességeihez (Hegedüs-Lovescher, 2024). A tanulási környezet részletgazdag és értő reflektálása kardinálissá válik abból a szempontból, hogy e speciális tanulói szükségletek támogató és – semmiképp sem deficitként értelmezhető – elemként épüljenek bele egy eredményes tanulási folyamatba.

Tanulási nehézségeket mutatók joghelyzete Magyarországon

A jogalkotó igyekszik olyan fenntartói és működési környezetet biztosítani, amelyben speciális tanulói igények rendszeresen jelennek meg, sőt, intézményi keretek között biztosított a tanulástámogatás; a változatos pedagógiai gyakorlat ugyanakkor arra utal, hogy a pedagógusok maguk is sokféle módon támogatják a speciális tanulási igényű tanulókat, az atipikus tanulói sajátosságokat – a többségitől deklaráltan – eltérő módon veszik figyelembe és ebből adódóan a tanulási környezet kialakítása és alakítása is egyféle „atipikus” értelmezés mentén valósul meg. A jogszabályi keretek ugyan kijelölik az utat a tanulási, vagy viselkedési nehézségekkel küzdő gyermekek számára, de elkerülhetetlen az intézmények „kreatív rezilienciája” a jogi szabályozás rugalmatlanságára tekintettel. A jogforrási hierarchia több szintjén elszórtan jelennek meg azok a normák, amelyeket az SNI irányelv: „32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról” (továbbiakban: Irányelv) egészít ki. A kerettanterv kialakítása során a nemzeti alaptanterv (továbbiakban: NAT) rendelkezései irányadóak, amelyet az iskola speciális tantervvel egészíthet ki: „Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelvében foglaltak figyelembevételével készíti el és fogadja el.” Jelen vizsgálatunkban is azzal találkoztunk, hogy a gyermekek egyéni igényei a legtöbb esetben túlmutatnak az iskola lehetőségein, ezért az adott intézmény is a rugalmasságot és az ismeretek átadásának új útjait igényli. Az utóbbi években az orvosok és klinikai

szakpszichológusok körében „népszerű” az ADHD diagnózis (Lajtai, 2025), illetve a pedagógusok is sokkal könnyebben címkéznek egyes tanulókat valamilyen (disz) funkcionális kategóriával, ennek hátrányai a közoktatás hétköznapijaiban tapinthatóak.

Az iskolákban a tanárok hármasság alatt dolgoznak, a jogszabályoknak való megfelelés, a pályaszocializáció során elsajátított ismeretek és a trendek egyaránt hatnak a tanulási környezetekre és a pedagógusok hozzáállására. Miközben a diagnosztikus kategóriák megkönnyítik a problémásabb tanulók viselkedésének „tüneteinek” felismerését, egyben egyfajta belső migrációs réteget alakítanak ki az osztályközösségekben, amely megnehezíti az érintettek integrációját. Vizsgálatunkban ezt a speciális igényekre épülő környezetértelmezést, illetve annak egy-egy szegletét tártuk fel és illesztettük egy általánosabb hazai oktatási képbe. Annak érdekében, hogy feltárjuk azokat a mintázatokat, melyek hosszú távon kölcsönösen segíthetik a többségi iskolák és az atipikus tehetségekkel foglalkozó intézmények pedagógusait.

ELMÉLETI HÁTTÉR

A képességek fejlődésének tipikustól eltérő mintázata egyre több tanulónál detektált (Hegedűs, 2023), amely a tanulói sajátosságokhoz illeszkedő, differenciált oktatást kíván meg (Kós, 2015). A differenciált tanulástámogatás az általunk is használt konstruktivista értelmezésben azt a tudatosságot jelenti, amelyben a pedagógus a tanulási környezet dimenzióit, tanulásalkító tényezőit annak fényében reflektálja, hogy a tanulási célok eléréséhez ideális – más környezeti állapothoz képest ideálisabb – környezetet

alakíthasson ki (Szőcs et al., 2023). A kutatás fókuszát jelentő tanulócsoporthoz egy-egy tanulásalakító dimenzió kifejezetten „felértékelődhet”, fontossá válhat az egyedi nevelési igény és/vagy pszichiátriai szimptóma okán, amelynek ebből adódóan jól látható nyoma van a pedagógiai gyakorlaton és azokon a pedagógiai tereken is, amelyet a tanuló és a tanár kölcsönösen alakít és használ a tanulási folyamatban. A pedagógiai tér ebben az esetben azt a fizikai dimenziót jelenti, amelyben a pedagógiai praktikum és a tanulástámogatás adaptivitása a térergonómiában is szervesen megjelenik (Szijarto és Cousins, 2019). Így a tanulástámogatás szempontjából kifejezetten fontos lesz, hogy maguk a terek – tantermek, foglalkoztató szobák, egyéni és közösségi terek – mennyire alakíthatók, továbbá hogy kik és milyen szempontok mentén alakíthatják azokat.

Több nemzetközi kutatás is amellel érvel, hogy a tanulói sajátosságokhoz igazítható, flexibilis tanulási terek meghatározó mértékben hozzájárulnak a tanulás hatékonyságához (Blackmore et al., 2011; Ucci et al., 2015; Kariippanon et al., 2019). Kariippanon és munkatársai (2020) egy további, a témával foglalkozó feltáró elemzéséből kiderül, hogy a tanulóközpontú pedagógiai módszereket alkalmazó és a tanulói önállóságot elősegítő épített környezetet használó osztályterekben, ahol a tanulás helyének és módjának megválasztását a diák rugalmasan és saját igényei szerint alakíthatja, kedvező eredmények érhetők el bizonyos mozgásformák és tanulási eredmények terén még akkor is, ha a tanuló speciális igényei okán egy „átlagos” – ez esetben a többségi iskolák osztálytermeire jellemző – tanulási térben nehezebben menne végbe, vagy akadályoztatva lenne. Ezek a tanulási terek lehetőséget nyújtanak egy interdiszciplináris megközelítésre az

osztályterekben, hiszen változatos téri egységekkel, téri megoldásokkal kapcsolódnak a tantárgyi tartalmakhoz (Prain et al., 2017). Ugyanakkor a pedagógiai nyitottság és a szerteágazó módszertani tudás mellett egy ilyen, nyitottabb pedagógiai térben az iskola – diákokra és pedagógusokra vonatkozó – szabályrendszerei és a szakmai közösség döntései is felértékelődnek (Benade, 2019). A rugalmasan alakítható terek használatához egyrészt olyan pedagógiai narratíva kapcsolódik, amely közvetlenül vagy közvetve, de a tanulási folyamat egészét – az iskolai munkát – szabályozó dokumentumokban is megjelenik. Másrészt, a tanulási környezet fentebb leírt komplex értelmezésében e tényezők kölcsönösen összefüggenek, egy kiemelt dimenzió mentén történő változtatás más reflektált tanulásalakító tényezők megváltoztatását is eredményezi. Ezen a ponton érdemes megjegyeznünk, ahogy a pedagógiai gyakorlatban tapasztalhatjuk, ezek a változtatások egy-egy atipikus tanulói helyzethez, speciális tanulói sajátossághoz igazodva sokszor igen radikálisnak tűnnek, holott a céljuk, hogy olyan innovatív teret hozzanak létre, ahol magas szinten valósulhat meg a differenciált tanulástámogatás. Ugyanakkor Bayers és munkatársainak (2014) elemzéseiről rávilágítottak arra, hogy a diákok tanulási élményeikhez és elkötelezettségükhöz való hozzáállása eltérő volt a hagyományos tantermi térben és egy innovatív, adaptívan változtatott tantermi térben. Bár kognitív teljesítmény szempontjából hasonló eredményeket értek el, de az adaptív és innovatív tanulási térben a diákok tanuláshoz való hozzáállása és attitűdje is pozitívan változott mind a humán, mind a reál tantárgyak esetében.

Nem mindegy azonban, hogy az adott oktatási innováció milyen szabályozási környezetbe és milyen uralkodó pedagógiai

narratívába ágyazódik be (Fazekas et al., 2018), hiszen az innováció további implementációját akadályozhatja, ha a szűkebb szakmai környezetben nincs a szakmai értelemben vett gyarapodás megvalósításának igényével kapcsolatos egyetértés, illetve ha a tágabb szakmai környezet elutasító: a régi szakmai megszokások és bevált gyakorlatok erőltetett átalakítását látja benne (Varga & Kalocsai, 2016). Különösen igaznak gondoljuk ezt az épített terekkel kapcsolatos változtatások, pedagógiai innovációk esetén, mivel egyrészt a téri kialakítás, átalakítás egyfajta térergonómiai lenyomata a speciális tanulói igényeknek, ami nehezen illeszthető be a hagyományos iskolák folyosós-cellás téri elrendezésébe (Cseh, 2018), hiszen e speciális szükségletek okán sokszor éppen a szabályos elrendezésű, tábla felé berendezett, frontális oktatási helyzetre beállított tantermekre nincs szükség. A speciális tanulási igényekhez illeszkedő differenciált tanulástámogatás ebben az értelemben azt is jelenti, hogy olyan konstruktív pedagógiai gyakorlatot alakítanak ki az adott intézmény pedagógusai, amelyben a tanulási környezet egésze éppúgy aktív ágens, mint a tanuló és tanár (Cseh et al., 2023), vagyis a tanulás terének egyedisége, egyedi kialakítása kulcsfontosságú abban a tekintetben, hogy a speciális tanulói igényeket ne hátrányként kezelje a pedagógus.

Úgy véljük, hogy ez a többféle szakmai szempont mentén átgondolt, tudatosan alakított tér kulcsfontosságú ahhoz, hogy a tanulás egészére nézve otthonosan érezzék magukat azok a gyerekek, akiknek tanulási útja a pszichiátriai diagnózisuk okán eltér a „hagyományostól”. Kutatásunkban ezért olyan mintavételi környezetet, speciális iskolát választottunk, amely pedagógiai programjában is rögzíti a többségi iskoláktól

alapvetően eltérő tanulászervezési módját. Mind órarendtervezésben, mind a tanulócsoporthoz alakításában olyan sajátos megoldásokat alakított ki, amely a többségi iskolához képest nagyobb szabadságot nyújt a diákoknak, továbbá szinte egyéni szintű tanrendtervezést igényel. A rugalmas és nyitott iskolavezetés mellett a pedagógusok elkötelezettsége is segíti a gyermekek beilleszkedését. Alapvető értéként kezelik, hogy a diákok otthonosságérzete tulajdonképpen az iskolai sikeresség kulcsát jelenti, így a tanulási tereket – akár évről-évre – aszerint alakítják, hogy az pedagógiai szempontból is köthető legyen a tanuló egyéniségéhez.

Az Aptv. X. cikkének 1. bekezdése rögzíti a tanulás és tanítás alapvető szabadságát, de alacsonyabb szintű jogszabályok rendezik a tanítás formáit, a tanulók speciális igényeit. A köznevelésnek és az oktatásnak a normatív alapjait elsősorban a jogalkotók és a jogalkalmazók jelölik ki, illetve a tanítás és tanulás szakmódszertana biztosítja a minőségi tényezőket. Az alkalmazott fogalmak vonatkozásában az Irányelv rendelkezéseire utalunk részletesebben. A sajátos nevelési igény alatt két jogi kategória értendő: különleges bánásmódot igénylő gyermekek, tanulók csoportjai:

- sajátos nevelési igényű gyermek/tanuló;
- beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek/tanuló.

A fenti két kategória tagjai más és más eljárásokat, pedagógiai programot igényelnének, amelyek egyetlen intézményen belül nem hozhatók létre.

Vizsgálatunkban egy olyan iskola belső környezetét tártuk fel a hatályos szabályok alapulvételével, amely a hagyományostól szinte teljesen eltérő struktúrában működik, a diagnosztikus vagy SNI kategóriák

helyett „atipikus tehetségek” (Kerényi, 2019) elnevezést használják a tanulókra. Az intézmény különleges abban a tekintetben is, hogy nem gyógypedagógiai speciális iskola, de nem tekinthető integráló iskolának sem. A tanulók többsége tanulási, személyiségfejlődési zavarral küzd, az iskolát létrehozó pedagógusok szerint ez egyfajta sajátos szabad tér, ahol a normákat maga az iskola egyedi és máshoz nem hasonlítható szemlélete formálja. A tanulási folyamatot nem az előzetesen kialakított sajátos diagnosztikai kategóriák köré szervezik, sokkal inkább egyfajta plasztikus, folyamatos öndefiníciós, önreflexív rendszert működtető tanuló-tanító közösség működik. A kulcsfogalom az ágencia; ebben a tandem egymásra hangolódásban alakul a jogi keretrendszer nehézségei ellenére a belső munka. Az írott jog mindig az életviszonyok konkrét leírására törekszik, a társadalmi igény a jogalkotó felé mindig a szabályozási terület világos, érthető normaanyagainak kialakítása és a jogi dogmatika segítségével a hierarchikus felépítés megteremtése, a koherencia biztosítása. Ha a normák egymásnak ellentmondanak, netán inkoherensek, akkor jobbizonytalanság keletkezik. A közoktatási rendszert a túlszabályozás jellemzi, az egyes merev kategóriák miatt a sajátos igények felismerése, kezelése, rendszerszintű problémái érezhetőek többnyire bizonytalanságot okoznak az iskoláknak. A változó szabályokra tekintettel rezilienciára van szükség, minden szereplő részéről. A tanulás és tanítás szabadság az alaptörvény szintjén megfogalmazódik, a X. cikkben, amikor a jogszabály kimondja: „(1) Magyarország biztosítja a tudományos kutatás és művészeti alkotás szabadságát, továbbá – a lehető legmagasabb szintű tudás megszerzése érdekében – a tanulás, valamint törvényben meghatározott keretek között a

tanítás szabadságát.” A jogszabályok hierarchiába rendeződnek, a közoktatás normaanyaga törvényekben és rendeletekben artikulálódik, a Nemzeti Alaptanterv bontja ki az oktatás tartalmi vonatkozásait az iskola pedagógiai programja pedig ennek gyakorlati megvalósulását. A szervezeti keretek az állami, egyházi, alapítványi fenntartói struktúrától függenek.

KUTATÁSI KÉRDÉSEK

Kutatási kérdéseink a következők voltak:

- Egy kiválasztott, atipikus tehetségekkel dolgozó iskola belső architektúrájának és viszonyrendszerének feltárása.
- A tanári pályaszocializáció belső mozgatórugónak, az átlagostól eltérő iskolai miliő vonzásának, törvényszerűségeinek megértése.
- Pedagógiai események, tanulási tevékenységek (pedagógiai mozzanatok) feltérképezése, ezen belül megfigyelni a tanulók és a tanárok egymás közötti kommunikációjának, attitűdjeinek alakulását, illetve, ezek különleges jellemzőinek rögzítése.

KUTATÁSMÓDSZERTAN

A kutatás módszertanában egy keresztmetszeti vizsgálat megvalósítására törekedtünk, amelyben – ahogy a kérdésekből is látszik – a pszichiátriai diagnózissal rendelkező gyermekeket oktató pedagógus kollégáknak a tanulási környezetre vonatkozó értelmezéseit tártuk fel. Az értelmezésben különös hangsúlyt fektettünk az iskolai terek fizikai dimenziójára, valamint arra, hogy az általuk észlelt szűkebb-tágabb iskolai környezet

milyen elemek mentén képes támogatni a diákok kiteljesedését és a tanulástámogatás intézményi megvalósítását. A kutatás elsődleges adatfelvételeként 20 esetben esetmegfigyeléseket végeztünk, amelyet a megfigyelt esetek után félig strukturált interjúkkal egészítettünk ki.

Az esetmegfigyelések során az interjúalanyok tanóráin, foglalkozásain rögzítettük azok legfontosabb pedagógiai mozzanatait: azokat a pedagógiai és pszichológiai szempontból kiemelt és/vagy sarkalatos momentumokat, amikor a tanuló, vagy tanulók, vagy a tanár tevékenységeihez a rendelkezésre álló tér használata (tudatos alakítása, rendezése) is párosult. Például kiemelt pedagógiai mozzanatként jelent meg, hogy egyes tanórai csoportfeladatok során a tanulócsoporthoz szabadon választható helyszínt a feladat megoldásához, akár a tanterem kívül. A pedagógiai mozzanatokot a tanterem, vagy – a vizsgált intézmény esetében kifejezetten sokszor – az adott tanulási folyamathoz kötött tér alaprajzi képébe rögzítettük, amely az egyes esetek pedagógiai elemzésén túl arra is lehetőséget adott, hogy a pedagógusok és a diákok tanulási téri preferenciáit is elemezzük. Az esetmegfigyelések továbbá lehetővé tették, hogy a pedagógus munkáját szakmódszertani elemzési szempontok mentén hasonlítsuk össze a tanulási terek kialakításával és használatával. Ebben az elemzésünkben azonban kifejezetten azokra pedagógiai és tágabb értelemben vett oktatásszervezési sajátosságokra koncentráltunk, amelyek téri vetületei – egy atipikus tehetségeket gondozó iskola példáján keresztül az otthonosságérzet kialakítását segíthetik a többségi iskolákban is.

Ezt követően 20 esetben félig strukturált interjút vettünk fel a pedagógusokkal, amely

során az interjúalany pályaszocializációjához köthető, az adott oktatási tér alakításának szempontjából is releváns eseményeket rögzítettünk. Az interjúk előkészítése és rögzítése során Brinkmann és Kvale (2015: 128–129) szakaszait tartottuk irányadónak. Mindemellett az elképzelt ideális tanulás tér leírását is kértük, valamint az adott iskolai környezet pedagógiai szempontból kiemelt téri megoldásait reflektáltattuk. Ezen kívül azokra a negatívumokra, tanulásakadályozó tényezőkre és hiányosságokra is rákérdeztünk, amelyek – akár korábbi tapasztalatok alapján – e speciális tanulási igényű gyermekek esetében hangsúlyosan megjelennek. Egy-egy tisztázó kérdés kapcsán kitértünk arra is, hogy az általunk megfigyelt eseteket, foglalkozásokat hogyan reflektálja maga a pedagógus.

Az interjúk során az interjúalanyok mentális térképi képet, szabadkézi rajzot készítettek az iskoláról, annak tanulási tereiről. Ezeket a rajzokat az egyes téri egységek elnevezéseit (tantermek neveit, különleges téri elnevezéseket) is rögzítették. Ez a későbbi adatelemzés során kiemelt fontosságú, mivel a vizsgált iskola többek között azzal igyekszik magát távolítani a többségi iskolák tanulászervezésétől, hogy az iskolai terekre használt fogalomkészletben számos „újító”, nem feltétlenül hagyományos iskolai téri kifejezést használ (lásd: dühöngő).

Az interjúkról hangfelvételt készítettünk, amelyekből szöveges átiratok készültek. A szöveges átiratban az adott pedagógus személye nem beazonosítható, az intézményi anonimitás okán az iskola azonosítását lehetővé tevő konkrétumokat érzékeny adatként kezeltük. A vizsgálat szempontjából azonban kiemelendő, hogy olyan közoktatási intézményről van szó, amely alapítványi működési formában valósít meg az Oktatási

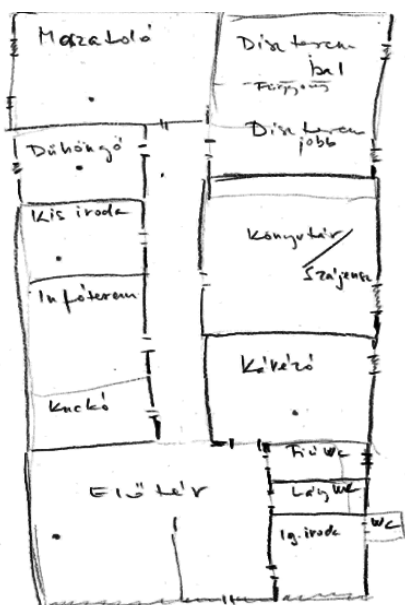
Hivatal által jóváhagyott, egyedi pedagógiai programot, kifejezetten az atipikus tehetségeknek, beleértve a vizsgálat szempontjából kiemelt jelentőségű, pszichiátriai diagnózissal is rendelkező gyermekeket is.

Mivel a pszichiátriai diagnózissal rendelkező – vizsgált intézményben atipikus tehetségként definiált – diákok tanulástámogatásához a fókuszterület kölcsönös összefüggéseit érintő tágabb szakmai környezetben is többféle tanulásméleti megközelítés kapcsolódik, így arra törekedtünk, hogy kutatómódszertanunk mentén az elméleti keretrendszer további pontosítása is lehetővé váljon. Éppen ezért Charmaz-féle Grounded Theory (2008), továbbá Corbin-Strauss (2015) elméleti megközelítése mentén valósítottuk meg a kódolásunkat, hiszen kifejezett célunk volt, hogy a meglévő és a kutatás résztvevői által értelmezett konstruktumokat kritikusan kezeljük, adott esetben további konstruktumokkal egészítsük ki. Az interjúkat külön-külön kódoltuk, a szerzőtárs által egyszer már kódolt interjú-átiratokat minden esetben másodkódoltuk. Az így létrejött kódrendszert a korábbi szakirodalmak mentén reflektáltuk. Jelen tanulmánynak nem célja a kódrendszer egészének bemutatása, mivel kifejezetten azokat a sajátosságokat vizsgáljuk, amelyek téri és térértelmezési szempontból segítik az otthonosságérzet megteremtését.

EREDMÉNYEK

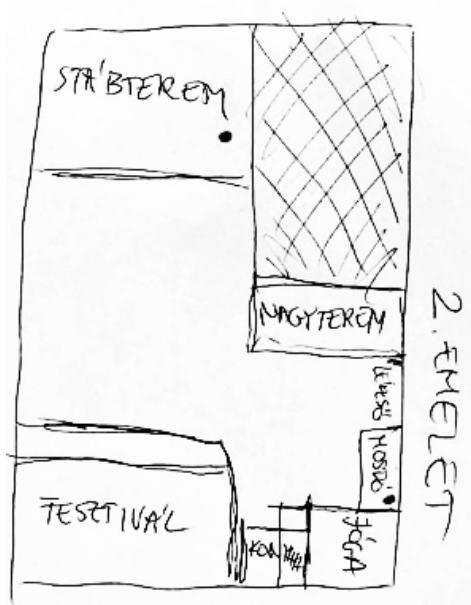
Az „atipikus tehetségekkel” foglalkozó iskola belső és külső architektúrája tulajdonképpen teljesen megegyezik a többségi iskolákéval. Mind felépítésében, mind téri adottságaiban követi a közoktatási intézményrendszer általános téri adottságait, azaz az iskola főbb téri egységei jól azonosíthatók

és definiálhatók a hagyományos iskolaképméntén is (pl. tantermek, folyosók, tanári szobák). Ez azonban nem meglepő, hiszen az oktatási intézmény alapvetően igyekszik beágyazódni a magyarországi intézményi kultúrába, kulturális keretrendszerbe, amely áttételesen mint aktuális oktatási narratíva is hat rá. A megfigyelt esetek és felvett interjúk alapján azonban az első – és talán legszembevetőbb – különbség egyes iskolai terek elnevezése. A terek elnevezéseiben explicit tanulástámogatási tartalomhoz vagy tanítási alaphelyzethez kötött megjelöléseket alkalmaznak. Az intézmény sajátosságait tekintve ez többnyire tudatos döntés, hiszen ezzel mintegy kiszakítja az iskolai terekre használt kifejezéstárat a hagyományos, „megszokott” iskolai narratívából, vagyis abból kontextusból, ami az idegenségérzetre erősít rá számos gyermek esetén. Az alábbi, pedagógusok által készített mentális térképek példáján (1. és 2. ábra) mutatjuk be, hogy e téri elnevezéseknek valójában pedagógiai kontextust teremtő ereje is van, mivel – ahogy az interjú adatai alapján is látjuk – a pedagógiai praktikumban és a tanulók otthonosság-érzetének kialakításában meghatározó, hogy melyik tanóra/foglalkozás milyen „elnevezésű” teremben valósul meg. A „maszatoló”, a „dühöngő” és a „kuckó” elnevezésű tantermek a speciális tanulói igényekhez való alkalmazkodás okán jöttek létre. E termek belső tereinek kialakításában inkább egy folyamatosan akkomodálódó otthontér kialakítása írható le, bár a többségi iskolák téri elnevezéseikhez köthető szaktárgyi szervező erő itt is megjelenik (maszatoló mint rajz szaktanterem). A „kuckó” az iskolai teret célzottan kapcsolja össze a valódi otthontérrel. Egyfajta átmenetet képez annak támogatására, hogy a biztonságosnak tűnő személyes tér a téri gesztusokon, a térergonómián



1. ábra.

Interjúalany 3 iskolai térbrázolása



2. ábra.

Interjúalany 2 iskolai térbrázolása
(részlet)

keresztül az iskola – elsősre idegen – tereihez is szorosan kapcsolódjon. A dühöngő, mint explicit tanulói adottságokhoz, tanulási szituációkhoz rendelt tanterem azonban arról árulkodik, hogy a munkatársak napi szinten (sőt akár tanórai szinten) találkoznak olyan esetekkel is, amely határrekonstrukciókat, a szabályok újradefiniálását, egy változó keretrendszer fenntartását igénylik. A „dühöngő”, mint iskolai téri egység tulajdonképpen egy adekvát tanulástámogatási válasz, hiszen azt közvetíti felénk, hogy a tanulási folyamat egészében a megélt érzelmi szélsőségek is valid tanulássalakító tényezők. Ez esetben az érzelmi szélsőségek pedagógiai és pszichológiai támogatása legalább annyira fontos a tanulási környezet alakításában, mint a pedagógus által választott eszköz és módszer. A „kuckó” és a konyha (egyres interjúban

a „füstös”-nek jelölt helység célzottan a biztonság és a védelem megteremtésére törekszik, szerepük, hogy az intézmény saját pedagógiai kontextusába az adott tanuló a saját igényeihez igazodva tudjon aktív szereplőként csatlakozni.

Az interjúátiratok mentén kialakított kódrendszerünkben rögzítettük az otthonter és az iskolai tér elmosódását jelző dimenzionális egységeket, melyeket a helyidentitáshoz mint folyamatosan gyarapodó és változó kognitív struktúrához kötünk. Mivel fontos szerepet tölt be az önszabályozás és az érzelmszabályozás környezeti stratégiáiban (Sallay & Düll, 2006), ezért érthető módon a helykötődés és az otthonélmények szintűgy meghatározók lesznek egy olyan iskolai környezetben, ahol a pedagógiai narratíva része az iskola hagyományos határainak elmosása. A vizsgált

iskola esetében a helykötődés, az otthonélmények és az otthonpercepciók legalább annyira fontos elemei a tanulási környezet értelmezésének, ezért a kódrendszerünkben külön dimenzionális egységként kezeltük őket.

Az otthontér és dedikált tanulási terek határainak elmosódására erősítenek rá az alábbi interjúrészletek is:

„Tehát van a lenti konyha, meg itt van a fönti konyha, és a legjobb emlékeink azok ilyen közös ebédelések voltak, amikor elindítottuk a MineCraft mellett. Ezekbe a terekbe ez nagyon fontos nekem.” (Interjúalany 2)

„Fölmegyünk az első emeletre, ott van egy óriási kartonpapír bunker. És ez hetekig készült, az úgy ott marad, és ez egy ilyen tájkép elem. Vagy van olyan terem, a második emeleten ilyen nagyon nagy, tágas terem, ahol most van például egy nagy sátor, egy négyszemélyes nagy kemping sátor, meg egy kicsi, meg csocsóasztal, meg legók, meg kanapék, meg mindenféle. ... már csak maga az, hogy kuckók, akkor abból kitalálnak maguknak különböző történeteket, esetleg eljátsszák őket...” (Interjúalany 4)

Az iskolatér fizikai határainak elmosódása és a nagyfokú variabilitás tudatos intézményirányítási döntés, amely a pedagógusok munkájában közvetlenül is megjelenik. A tanulástámogatás szerves részévé válik az is, ahogy a tanulócsoporthoz – vagy egyéni foglalkozás esetén az adott tanuló – a teret és a tér adottságait a tanuláshoz alakítható kiinduló állapotként használja. Azaz a tanulás eredményességéhez kulcsfontosságú, hogy a kereteket biztosító rendszer plasztikusan alakuljon, folyamatos és dinamikus változásban legyen. Az

esetmegfigyelések tanulsága, hogy a tanóra/foglalkozás elején érzékelhető téri elrendezés egyféle „nulladik állapot”, kiindulópont, amelyet a tanulócsoporthoz/tanuló szinte automatikusan alakít az aktuális igényeknek megfelelően. Ugyanakkor intézményi szinten az is tudatos, hogy a térhasználatot mint pedagógiai narratívát is elszakítsa a többségi iskolák tanulásértelmezésétől. A tanulási környezet fizikai dimenziójának legfontosabb tulajdonsága az alakíthatóság, amely erősen összekapcsolódik a tanulók autonómiájával, valamint a tanulók és tanárok által közösen létrehozott szabályrendszerekkel. Ez erősen hozzájárul a korábban említett helyidentitás kialakulásához. Kódrendszerünkben a tanulási környezet szabálydimenzióihoz kötve, korábbi elméleti megközelítésünket kiegészítve olyan további kódokat hoztunk létre, amelyek a térátalakítások szabályzására vonatkoznak, hiszen a tanulástámogatás szempontjából annak is kiemelt jelentősége lesz, hogy ki alakíthatja egyáltalán a tereket, továbbá, hogy milyen alulról és felülről jövő szabályzási igények és elemek épülnek be a tanulási tér használatába. A vizsgált iskola esetében a térátalakítás szabályai is rugalmasak, a szabályok és szabályzások plasztikusan alakulnak a tanulói igényekhez. Ezt a vizsgálatban részt vevő pedagógusok pozitívumként, pedagógiai előnyként azonosítják.

„Akkor fontos az, hogy alakíthatóak a terek. Tehát, hogy így bent a termekben minden változtatható, akkor a Gyémántteremnek a lustálkodós ilyen-olyan szabadsága, hogy mindenféle lehet. Az első szinten van egy, én mindig a Vándor Csabának a műhelye, nekem mindig a Pettson műhelyére hasonlít, nem tudom, hogy ismeritek-e a mesét, Pettson és Findusz.” (Interjúalany 1)

Ám közben az esetmegfigyelések alapján épp a tanulási tér plaszticitásához való igazodás az, ami olyan nehézségeként, negatív hatásként is reflektálható, amely miatt a tanulókra és a tanulási folyamatra vonatkozó szabályok rekonstrukciója is állandóan jelen van. Más szóval azok a szabályszerűségeik, intézményi keretek is módosulhatnak, melyeknek állandósága a speciális szükségletű gyermekek tanulását támogatná. Erre az iskola intézményi szinten reagál, és olyan tanulószervezést valósít meg, amely tudatosan eltávolítja a térhasználatot és a tanulásra vonatkozó szabályszerűségeket a többségi iskolákban megszokottól. Ebből adódóan a tanulás és annak időbeli egységei nincsenek tantermekhez kötve. Valójában a vizsgált intézmény pedagógiai fogalomrendszerében alig-alig jelenik meg a tanterem, mint téri egység. Az interjúkban a tanterem csupán a korábbi pályaszocializációs hatások mentén reflektálódott, az iskolában folyó pedagógiai gyakorlatban alig használták mint térszervező fogalmat. A tanulási környezet dimenzióihoz köthető kódrendszerünkben ezért a pályaszocializációs hatásokon belül külön reflektáljuk a tanulásról és tanításról alkotott korábbi nézeteket, valamint az ehhez köthető korábbi térértelmezéseket is. Mivel pedagógiai tevékenység megvalósítását nagyban befolyásolják a korábbi tapasztalatok, valamint a pályatársak korábbi tapasztalatai is (Imre & Imre, 2016), ezért kifejezetten fontosnak látjuk, hogy miként jelenik meg ez a dimenzió az adott pedagógus tanulási környezet-értelmezésében egy olyan esetben, ahol az iskolai pedagógiai narratíva tulajdonképpen a többségi iskoláktól való elszakadást kívánja meg. A többségi iskoláktól való elszakadás kívánalma közvetett módon ugyan, de jól érzékelhető a pedagógusok előképzettségében is (lásd később).

Tanulószervezésében az iskola projekttevékenységeket kínál, amelyhez a tanulók szabadon csatlakozhatnak, így a projektek helyszínei – amiket a hagyományos iskolákban egyszerű tantermekként definiálnánk – a foglalkozások ideje alatt szabad bejárású terek, mind fizikai, mind közös alkotási térként értelmezve. A téri megjelölések így egyszerre jelentenek iskolai tereket és tanulócsoporthoz dedikált, tanulói sajátosságok mentén alakított tereket (pl. Maugli, Elit). Ugyan a projektszemléletű oktatásra a közoktatás minden területén van lehetőség (Vincze, 2013), a vizsgált intézményben megvalósított projektoktatás szemléletében is elszakad a többségi iskolák módszertanától és megszokásaitól. A projekt ebben az esetben tantárgyi tartalmak tekintetében és átvitt értelemben is egy, a tanulóval/tanulókkal közösen kialakított alkotóteret hoz létre. Ez egyrészt a szabadabb, már-már irányítatlannak tűnő, de valójában exploratív tanulás élményével feloldhatja a személyiség és a kogníció diszharmóniáját. Másrészt a tanulási környezet szervezése – a többségi iskolákban leírható általános tapasztalatokkal szemben – rendkívül jól igazodik a tanulói szinten eltérő előzetes tudásrendszerekhez. Az interjúk mentén kialakított kódrendszerbe ezért ezen a ponton az előzetes tudásrendszerek – mint tanulásalkotó tényezők – dimenziójába bekerült „az alkotóterhez és tanulási térhez kapcsolódó korábbi tudások” aldimenzió is, mivel úgy véljük, hogy a tanulási környezet egészének értelmezését alapvetően meghatározza, hogy a korábbi téri tapasztalatok és tudások hogyan épülnek be az adott tanulási tér „használatába”.

„Projektjeink vannak, amilyen projekteket én vezetek. Az egyik a 8 projektet, tehát nagyjából a Csillagszórók az egy ilyen

általános érdekességek projekt, a Grafománia, ami inkább az írás felé halad, a Pilvax egy irodalom felé közelítő dolog. Védikus matematikát, ami egy olyan projekt, ami a zene és matek kapcsolata. És egy történelemhez közelítő projektet is, ami úgy indult, hogy több stáción ment át, kémképzőn és zsarnokképzőn keresztül egészen a filmrészletek, háborús filmrészletek elemzéséig. Tehát nem a szokványos dolgok.” (Interjúalany 3)

Fontosnak látjuk kiemelni, hogy a tanulási környezet organikus, sok szempontból előremutató értelmezéséhez az is szükséges, hogy a különleges bánásmód, az atipikus sajátosságokhoz való igazodás nem csupán a pedagógiai program egy eleme a vizsgált iskolában. Mondhatni a működés motorja. Az ehhez való igazodás a vizsgált intézmény esetében azt is jelenti, hogy a pedagógiai narratíva – a többségi iskolák jelentős részével ellentétben – nem korlátozódik a tanár (ez esetben végzett pedagógus) és a tanuló közötti interakciókra, hanem a tanulási célok elérése és a tanulási folyamat megfelelő támogatása érdekében pedagógiai képzettség nélküli tanárokat is bevon az iskola életébe. Jelenleg vannak pedagógiai képzettséget szerzett, tanár végzettségű alkalmazottak és olyan munkatársak is, akik személyes érintettségük, vagy az iskola szellemiségéhez illeszkedő kompetenciáik mentén csatlakoztak az intézményhez. Az intézmény munkatársainak pályaszocializációs sokszínűsége jól illeszthető ahhoz a pedagógiai képhez, amit az intézmény képvisel. Hiszen a sokféle életpálya és pedagógiai hatás egyfajta szakmai tevékenységet nyújtó, a gyermekek számára állandóan rendelkezésre álló személyi biztonságot ad az iskola értékeihez,

amellyel túlmutat a hagyományos tanári szerepfelfogásokon, a formális oktatási környezetben definiált mentor, tutor vagy facilitátor szerepén. Az elkészített interjúk alapján ez a tanári életpályák jellegzetességein is visszatükröződik.

„Hát én úgy lettem pedagógus, hogy sehogy. Tanultam 3D modellezést egy tanfolyamon, és nagyon megszerettem, 3D nyomtatóim is voltak, minden. És a feleségem már itt dolgozott, »bedolgozott«. Csak külsőként tartott pár projektet, mert ugye itt projektoktatás folyik, nem tanórák vannak. És a fenntartó mondta nekem, hogy mi lenne, ha bejönnék én is, és akkor a gyerekeknek ilyen 3D programmal mutatnám, hátha megtetszene nekik, mert ugye művészeti képzés is van nálunk, és az animáció az tők beleillik ebbe a koncepcióba. Kezdtem a Blenderrel, utána a programozást is elkezdtem oktatni nekik.” (Interjúalany 5)

„...’95-ben már elkezdtem, de akkor még tanárképző főiskolás voltam, és akkor ilyen magántanítványaim voltak, ugye angol-francia szakos fősulis voltam, és voltak magántanítványaim, tehát az már egyfajta tanári pálya. És aztán nyelviskolában dolgoztam, miután 98-ban lediplomáztam, és 2001-ben kezdtem el állami-ban dolgozni, majd kicsit később, tehát kicsit később..., 2017-ben hagytam ott az államit. Saját gyerek kapcsán is, meg én magam is az államinak a tudjuk, hogy milyen rögzös útjai miatt.” (Interjúalany 4)

Az esetmegfigyelések sajátossága, hogy a megfigyelt pedagógus sok esetben valóban ki is lép a hagyományos tanári szerepkörből.

Éppen ezért a kódrendszerünkben a tanulási környezet értelmezése kapcsán a pedagógiai szerepértelmezés mint tanulásalakító dimenzió is szervesen megjelenik.

Az intézményi sajátosságok tükrében a tanári szerep ebben a tekintetben sokkal inkább tekinthető egyféle „tanuláskísérőnek” (Tian et al., 2026). Ebben az esetben ez nem kapcsolódik csupán az intézményi pedagógus (azaz hagyományos tanárképre építő pedagógus) szerepéhez, és nem is kizárólag az informális tanulást szervező, facilitátorként definiálható résztvevő, hanem egy tágabb, komplex szerepfelfogás, amely átlóg a formális-informális határon és inkább jelenik meg nem-klasszikus tanári kontextusban.

A speciális tanárszerepet az intézmény oktatói kiemelten fontosnak találják, mivel a speciális tanulói igényekhez való alkalmazkodás itt azt is jelenti, hogy legtöbbször kifejezetten az oktató teremti meg az otthonosság érzését. Ebből adódóan a tanulók szabadon csatlakozhatnak tanárokhoz, tanárok által vezetett kurzusokhoz; a kapcsolódás során leginkább azt a szempontot veszik figyelembe, hogy az adott gyermek a saját döntése mentén, belső motivációból kapcsolódjon az oktatójához/tanuláskísérőjéhez.

„...ez úgy volt, hogy az a tanár, aki köré szerveződtek a gyerekek, ő kialakított egy bizonyos légkörű csoportot, és annak volt bizonyos fajta érdeklődése, vagy mentális viszonyulásuk egymáshoz, hogy nem tudom, valahogy így a személyiségük, vagy valahogy lehetett kicsit tipizálni, hogy miért tartoznak egy csoportba. És akkor így volt: Joker, River... ez Maugli volt, 2.0 volt, Elit, és különböző életkorú gyerekek jártak bele különböző évfolyamokon.” (Interjúalany 4)

Eme oktatásszervezési sajátosság miatt a tanulástámogatás rendkívül jól igazítható a különleges tanulói igényekhez, hiszen tulajdonképpen a tanuló egy olyan érzelmi, tanulási struktúrába helyezkedik bele, ami már eleve kényelmes vagy kényelmesebb neki. Ugyanakkor e sajátosság nem összeegyeztethető a többségi iskolák – és általában a magyar oktatási kultúra – adottságaival, így az a dilemmahelyzet is kialakulhat, hogy a vizsgált intézményben tanuló diák a későbbiekben nem, vagy csak nagyon nehezen tud kapcsolódni másik oktatási intézmény oktatási milióijébe. Az esetmegfigyelések és az interjúk alapján ehhez kapcsolódóan a kódrendszer további elemmel volt kiegészíthető. A tanulási környezet értelmezésébe a tanuló és az adott intézmény tanulászervezési sajátosságainak kapcsolódása, összeillése is legalább annyira fontos tanulásalakító tényező.

A speciális tanulói igényekhez való alkalmazkodás a vizsgált intézmény esetében összességében az otthonosságérzet megteremtésén keresztül a tanulási teret aktívan alakító tanuláskísérő tevékenységeként is értelmezhető. Ehhez átgondolt, összehangolt és a tanulási-tanítási folyamatra nézve önreflexív szakmai tevékenységnek kell megválnia. Ez az interjúk és az esetmegfigyelések alapján heti rendszerességű szakmai diskurzust jelent, amelynek állandó tartalmi eleme az intézményi struktúra folyamatos újradefiniálása. A speciális igényű gyermekekre való kidolgozott, illetve az igényeikhez való szisztematikus alkalmazkodás a legfontosabb, leginkább kiemelendő érték, hiszen mindez nemcsak az iskola terében való otthonosságérzet kialakulásához járul hozzá, de a tanulásban mint önálló, önfejlesztő tevékenységben való otthonosságérzet kialakításában is jelentős szerepe van. Ugyanakkor az

intézményi struktúra dilemmájaként is érzelmezhető, hiszen állandó változtatási igényt jelent egy olyan, a vizsgált iskolán túlnyúló tágabb oktatási kontextusban, amely jelen pillanatban sokkal nehezebben változtatható, rigid szabályzásokon és rögzített pedagógiai megfontolásokon alapuló narratíva.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az elvégzett kutatómunka során sikeresen azonosítottunk egy különleges budapesti intézményben olyan tényezőket, amelyek a szokásostól eltérő „atipikus tehetségek” nevelésének és tanításának elveit meghatározzák. A különleges bánásmód nem csupán egy pedagógiai program a vizsgált iskolában, hanem a működés motorja, amely a pedagógiai mozzanatokon a tanári életpályák jellegzetességein is visszatükröződik. Az iskolai kereteket biztosító rendszer plasztikusan alakul, folyamatos

dinamikus változásban van, amely a munkatársak igazodását is nagymértékben befolyásolja. A szabadság ára, az intézményi struktúra folyamatos újradefiniálása, a normákhoz történő igazodás nehézségei, a referenciapontok nem egyértelműek, a szabályok rekonstrukciója állandóan jelen van. A munkatársak a diákok igényei szerint szervezik az iskola belső működését, amely részben segíti a közös hang megtalálását, de folyamatos határrekonstrukciókat igényel. Az iskola belső tereinek kialakítása is inkább egy folyamatosan akkomodálódó otthontérre, a befogadás téri narratívájára épül. Az iskolában a spirituális dimenzió megélésére jógatermet alkottak, de több önálló program is segíti a kompenzációt, szorongáscsökkentést az iskolában. A terek és a helyek elsődleges funkciója a védelem, biztonság megteremtése, az a szándék, hogy az iskola az otthonosság élményével feloldja a személyiség és a kogníció diszharmoniját ezeknél a gyermekeknél.

SUMMARY

STRANGENESS AND SENSE OF BELONGING AT SCHOOL:
DISADVANTAGED STUDENTS IN THE PUBLIC EDUCATION SYSTEM.
A QUALITATIVE CASE STUDY IN AN CAPITAL CITY SCHOOL

Background and Aims: In professional discussions about the role and tasks of modern education, the possibility of supporting individual learning paths is regularly raised (Molnár, 2010). Since each person perceives and interprets the world around them differently, we believe that individual learning processes can only be truly supported—in both pedagogical and psychological terms—if we recognize and integrate into pedagogical practice the personal characteristics and individual competencies that determine an individual’s ideal learning environment (Kálmán, 2011). This is especially true for children whose learning path differs from the “traditional” one due to their psychiatric diagnosis and who are difficult to fit into the current and, unfortunately, very rigid conditions of the public education system (Hege-düs, 2024). We believe that the learning environment of these students is just as complex and dynamically changing as that of “typical” students in public education, in which learning

support and learning shaping factors have a complex effect on learning participants, and regulatory systems, influence the methods and tools chosen, and have clearly describable spatial-ergonomic implications (Szöcs et al., 2022).

Method: During the research, we conducted a cross-sectional qualitative study using the snowball sampling method. A total of 20 teachers and other qualified support professionals were selected for the sample. During the research, we first observed the interviewees' lessons and activities, highlighting pedagogical moments and teacher-student interactions, followed by semi-structured life history interviews. During the interviews, based on the interviewer's instructions, a freehand mental map of the school was drawn. The interviews and drawings were coded, followed by Grounded Theory.

Conclusions: The study highlights pedagogical methods and spatial arrangements tailored to the specific characteristics and needs of individual students. In our research, we systematically analyzed the characteristics of the socio-physical space and sought to observe and describe the dynamically changing spaces in an unusual school. At the end of the research, we can ask ourselves whether the difference between the "unusual" and the familiar is an advantage or a disadvantage. What kind of spatial arrangement better facilitates active learning processes and supports experience-based pedagogical approaches?

Keywords: learning environments, psychiatric diagnosis, atypical talents, alternative learning environments

IRODALOM

- Benade, L. (2019): Flexible learning spaces: Inclusive by design? *New Zealand Journal of Educational Studies*, 54, 53–68. <https://doi.org/10.1007/s40841-019-00127-2>
- Blackmore, J., Bateman, D., Cloonan, A., Dixon, M., Loughlin, J., O'Mara, J., & Senior, K. (2011): *Innovative learning environments research study*. Department of Education and Early Childhood Development.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015): *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). Sage.
- Byers, T., Imms, W., & Hartnell-Young, E. (2014): Making the case for space: The effect of learning spaces on teaching and learning. *Curriculum and Teaching*, 29(1), 5–19. <https://doi.org/10.7459/ct/29.1.02>
- Charmaz, K. (2008): Constructionism and the grounded theory method. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.), *Handbook of Constructionist Research* (pp. 397–412). Guilford Press.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015): *A kvalitatív kutatás alapjai*. L'Harmattan.
- Cseh, A. (2018): Space pedagogy-responsive environment for learning. In Proceedings of the *5th International Conference on Architecture and Environment with Awards*.
- Cseh, A., Szöcs, L. Á., Köninger, Sz., Bognár, A., Düll, A., Élő, J., Németh, D., & Tátrai, Á. (2023): *Bazalt iskola: A kültéri tanulás kézikönyve*. CAN Architects Studio Kft.

- Engeström, Y. (1987): *Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. Orienta-Konsultit.
- Ercse, K. (2020): Deficitszemlélet a kutatói diskurzusbán. *Új Pedagógiai Szemle*, 2020(3–4). 73–85.
- Fazekas, Á., Halász, G., & Horváth, L. (2018): Innovációk és innovációs folyamatok a magyar oktatási rendszerben. *Educatio*, 27(2). 247–264. <https://doi.org/10.1556/2063.27.2018.2.7>
- Hegedüs-Lovescher, R. (2024): *Integráció társadalmi megközelítése – Fogyatékos emberek integrált nevelése, oktatása* (Doktori disszertáció). Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem.
- Hegedüs, R. (2023): Sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók számának területi és statisztikai elemzése. *Educatio*, 32(2). 228–246. <https://doi.org/10.1556/2063.32.2023.2.4>
- Imre, A., & Imre, N. (2016): Pályakezdő pedagógusok támogatása – nemzetközi tükrökben. In Kállai G. (Ed.), *Középkép a gyakornoki rendszer első tapasztalatairól* (pp. 9–21). Oktatókutató és Fejlesztő Intézet.
- Imre, A., & Kálmán, I. (2011): Tanulási utak és tanulási környezetek. In Kozma T. (Ed.), *Oktatókutató: HERA évkönyv* (pp. 51–67).
- Kariippanon, K. E., Cliff, D. P., Lancaster, S. J., Okely, A. D., & Parrish, A. M. (2019): Flexible learning spaces facilitate interaction, collaboration and behavioural engagement in secondary school. *PLoS ONE*, 14(10). e0223607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223607>
- Kariippanon, K., Cliff, D., Ellis, Y., Ucci, M., Okely, A., & Parrish, A. (2020): School flexible learning spaces, student movement behavior and educational outcomes among adolescents: A mixed-methods systematic review. *Journal of School Health*, 91(2). 133–145. <https://doi.org/10.1111/josh.12984>
- Kerényi, M. (2019): *ZK mint Zöld Kakas*. L'Harmattan.
- Kós, N. (2015): A differenciált oktatás hatására változó személyiségjellemzők: Az önértékelés területeinek fejlődése felső tagozatos tanulóknál. *Különleges Bánásmód*, 1(3). 21–42. <https://doi.org/10.18458/KB.2015.3.21>
- Lajtai, L. (2025): Robban-e az ADHD-bomba? A figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar medikalizációja: gyógyszeres kezelés és hazai intézményi vonatkozások. *Orvosi Hetilap*, 166(49). <https://doi.org/10.1556/650.2025.33432>
- Molnár, É. D. (2010): A tanulás értelmezése a 21. században. *Iskolakultúra*, 20(11). 3–16.
- Nahalka, I. (2002). *Hogyan alakul ki a tudás a gyerekekben: Konstruktivizmus és pedagógia*. Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Prain, V., Waldrip, B., Sbaglia, R., & Lovejoy, V. (2017): Towards personalising learning in school science: Making this learning more relevant. *Teaching Science*, 63(1). 27–33.
- Sallay, V., & Dúll, A. (2006): „Érezd magad otthon!": Az otthonhoz fűződő viszony projektív, környezetpszichológiai szempontú vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61(1). 35–52. <https://doi.org/10.1556/mpszle.61.2006.1.3>
- Szijártó, B., & Cousins, J. B. (2019): Making space for adaptive learning. *American Journal of Evaluation*, 40(2). 160–176. DOI: 10.1177/1098214018781506

- Szőcs, L. Á., Varga, A., & Angyal, Z. (2022): Tanulási tér és tanulási környezetek kapcsolatarendszer a környezeti nevelésben: Elméleti megközelítés a környezeti nevelés tanulási környezeteinek vizsgálatához. *Gyermeknevelés Tudományos Folyóirat*, 10(4). 245–255. <https://doi.org/10.31074/gyntf.2022.4.245.255>
- Szőcs, L. Á., Angyal, Z., & Varga, A. (2023): Az iskolán kívüli és otthoni tanulási környezet értelmezése a környezeti nevelés megvalósításában. In Molnár-Kovács Zs., Andl H. & Steklács J. (Eds.), 21. századi képességek, írásbeliség, esélyegyenlőség (pp. 69–80). Pécsi Tudományegyetem.
- Tian, X., Li, J., & Ji, Y. (2026). Investigating the impact of an intelligent learning companion on learning effect and experience in analog circuit laboratory instruction. *Frontiers in Digital Education*, 3. 5. <https://doi.org/10.1007/s44366-026-0079-x>
- Ucci, M., Law, S., Andrews, R., Fisher, A., Smith, L., Sawyer, A., & Marmot, A. (2015): Indoor school environments, physical activity, sitting behaviour and pedagogy: A scoping review. *Building Research & Information*, 43(5). 566–581. <http://dx.doi.org/10.1080/09613218.2015.1004275>
- Varga, A., & Kalocsai, J. (2016): A pedagógiai innovációt támogató környezet. In A. Varga & J. Ugrai (Eds.), *Tanulmányok a pedagógiai innováció támogatásának lehetőségeiről* (pp. 43–60). Oktatókutató és Fejlesztő Intézet – Miskolci Egyetem.
- Vincze, B. (2013): A projektoktatás jelene a kihívások tükrében: A projekt módszer alkalmazásának tapasztalatai a tanárképzésben. *Acta Academiae Agriensis. Sectio Paedagogica*, pp. 41–54. (*Új Sorozat*, 40. kötet)

INVISIBLE VICTIMS: COMMERCIAL SEXUAL EXPLOITATION OF A BOY



Johanna FARKAS

Faculty of Law Enforcement, Ludovika University of Public Service, Budapest, Hungary
Heim Pál Paediatric Hospital, Budapest, Hungary
johanna.farkas@heimpalkorhaz.hu

Dan Octavian RUSU

Babeş-Bolyai University of Cluj-Napoca, Department of Applied Psychology,
Cluj-Napoca, Romania

SUMMARY

Background and Aims: Child sexual exploitation (CSE), particularly in its commercial forms (CSEC), constitutes a severe developmental and interpersonal trauma with long-term psychological and relational consequences. Contemporary research conceptualises exploitation as a relational process shaped by attachment disruption, coercive control, and social vulnerability. Despite strengthened institutional responses, exploitation remains largely hidden, with boys still under-recognised in research and professional practice. This study examines the psychological dynamics and institutional visibility of CSEC in Hungary, positioning exploitation as a developmental and relational process shaped by both individual vulnerability and institutional recognition. It aims to support a trauma-informed applied psychology understanding, and to improve professional recognition and intervention.

Methods: The study adopts a mixed-method design combining international epidemiological estimates, official Hungarian crime statistics, and qualitative clinical case analysis. The case vignette was based on clinical assessment, psycho-diagnostic evaluation, and an institutional document review within developmental trauma and attachment-based frameworks.

Results: Comparison of epidemiological estimates and official statistics revealed a clear gap between the expected prevalence and the cases registered, indicating substantial latent victimisation. Male victimisation appeared consistently but remained less visible, likely due to stigma and gender-related barriers to disclosure. The clinical case illustrates how cumulative developmental adversity and repeated exploitation may lead to severe psychiatric decompensation, while also demonstrating recovery potential through trauma-informed multidisciplinary intervention.

Discussion: CSE should be understood as a developmental and relational trauma process rather than a single event. Effective prevention and intervention require trauma-informed practice, improved institutional recognition, interdisciplinary cooperation, and stigma reduction to facilitate early identification and long-term recovery, particularly among male victims, who often remain hidden.

Keywords: child prostitution, minor victims, child protection, criminal statistics, prevention

INTRODUCTION

Child sexual exploitation (CSE), particularly in its commercial forms (CSEC), typically occurs during developmentally sensitive periods when several core psychological capacities are still forming (Franchino-Olsen et al., 2022). Exploitation rarely affects single psychological domain; instead, it tends to disrupt multiple processes simultaneously, which include attachment patterns, emotional regulation, identity development, and interpersonal trust. Exposure to coercion, manipulation, or relational betrayal often leaves enduring psychological traces that extend well into adulthood, manifesting in unstable self-image, relational difficulties, and heightened vulnerability to mental health problems (Ford & Courtois, 2020). For this reason, CSE is increasingly approached not only as a legal or child-protection issue but also as a developmental and relational phenomenon that requires psychological interpretation alongside institutional responses (Josenhans et al., 2020; Franchino-Olsen et al., 2022).

Over roughly the last two decades, the conceptual framing of CSE has gradually shifted. Earlier approaches were strongly influenced by legal definitions and policy frameworks, focusing primarily on regulation and classification. Increasingly, more recent work has interpreted exploitation as a relational process unfolding within

developmental vulnerability (Winterdyk & Jones, 2020). From this perspective, the impact of exploitation often becomes visible later, through clinical symptoms or relational disturbances, rather than through immediate criminal justice identification. Psychological analysis therefore cannot be separated from the legal and institutional environments in which exploitation is recognised and managed (ECPAT International; UNICEF; UNODC). Despite strengthened international conventions following the Palermo Protocol, exploitation continues to remain largely hidden. In practice, institutional detection often occurs only when barriers to disclosure—such as shame, dependency, or fear of judgement – are temporarily reduced or disrupted.

European legal frameworks define exploitation broadly, including prostitution and other sexual activities performed in exchange for material or financial gain (ECPAT, 2022). At the same time, empirical studies suggest that exploitation frequently relies less on overt physical violence than on manipulation, coercive control, and the exploitation of developmental vulnerability. Technological changes have further transformed these dynamics. Online grooming, live-streamed abuse, and coerced content production have become increasingly prominent components of contemporary exploitation patterns (UNODC, 2020). During the

COVID-19 pandemic, these risks intensified as social isolation increased and young people spent more time in digital environments, which expanded opportunities for exploitative contact (Europol, 2020; Erdélyi, 2021).

In the present study, CSE is approached as a broad concept encompassing situations in which a minor is drawn into sexual activity through coercion, manipulation, or various forms of exchange (material, financial, or symbolic). Within this framework, CSEC refers more specifically to cases where material or financial gain is involved. In the Hungarian legal and statistical context, however, these concepts do not appear as single, clearly defined categories. Instead, relevant cases are captured under a range of criminal offences, including prostitution involving minors, trafficking in human beings, and other forms of sexual exploitation defined in the Criminal Code and as recorded in the ENYÜBS system of criminal statistics. For analytical purposes, the study therefore brings together these legally distinct categories under a common conceptual framework. This alignment remains necessarily imperfect, and differences between international research definitions and national legal classifications need to be considered when interpreting the data. These differences are likely to contribute to the gap between epidemiological estimates and officially recorded cases.

Although the literature on CSE has grown significantly, the psychological dynamic of exploitation among boys remains comparatively underexplored, especially in intrafamilial contexts and within Central and Eastern Europe. The present study therefore examines how exploitation becomes both psychologically and institutionally visible by integrating quantitative statistical analysis with qualitative clinical interpretation.

A more nuanced understanding of these processes may support earlier identification, more accurate assessment, and more effective prevention within the Hungarian child protection system.

INSTITUTIONAL AND RESEARCH DEVELOPMENTS

Recent international initiatives have illustrated both progress in the identification of victims but also the continuing difficulties involved in detection. During Operation 17 – a coordinated action involving Europol, Interpol, and experts from 22 countries – 51 sexually abused children were identified (Europol, 2025). While such operations demonstrate the potential in international cooperation, they also reveal how resource-intensive and complex identification remains, suggesting that many victims inevitably remain outside of formal institutional awareness.

Legal responses to child sexual exploitation have developed considerably over the past decades. The United Nations Palermo Protocol established an overarching global framework to prevent trafficking and protect vulnerable populations, particularly women and children (United Nations, 2000). At the European level, the Council of Europe Lanzarote Convention further defined child sexual exploitation and abuse as being serious violations of children's rights that required integrated preventive and protective responses (Council of Europe, 2007). Within the European Union, Directive 2011/36/EU reinforced these developments by emphasising victim-centred identification, interdisciplinary cooperation, and enhanced safeguards for minors. Collectively, these

frameworks have gradually shifted professional perspectives away from exclusively criminal justice approaches toward models that increasingly incorporate developmental and psychological understanding.

CSEC encompasses a heterogeneous range of practices, including child prostitution, child sexual abuse material, trafficking for sexual exploitation, online coercion, live-streamed abuse, exploitation associated with travel and tourism, forced marriage involving sexual abuse, intrafamilial exploitation, and digitally mediated transactional relationships. Digital communication platforms now frequently serve as entry points for offender–victim contact. Exploitation often develops through relational influence rather than explicit force, as perpetrators may gradually establish trust and emotional dependency, blurring boundaries between attachment and exploitation and complicating recognition for both victims and professionals.

Digital environments further heighten vulnerability through their enablement of anonymity, repeated targeting, and cross-border coordination while reducing opportunities for external intervention. The creation and potential redistribution of exploitative material may create an enduring psychological burden, as victims commonly report persistent fear, shame, and a sense of lost control regarding future exposure. These dynamics intersect with developmental characteristics typical of adolescence, including increased sensitivity to reward and ongoing identity exploration (Crone & Dahl, 2012).

International monitoring systems and legal frameworks have also stimulated substantial interdisciplinary research. Contemporary scholarship increasingly combines developmental psychology, trauma research, criminology, and public health approaches,

which allows for a more systematic exploration of vulnerability pathways, grooming mechanisms, and offender strategies (Franchino-Olsen et al., 2022; UNODC, 2022; Wyles et al., 2025).

PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES

Recent psychological research has increasingly highlighted groups that were historically underrepresented in the literature on CSE, particularly boys, transgender individuals, and gender-diverse youth. These groups may face additional barriers to disclosure related to stigma, gender norms, or institutional expectations, which can delay recognition and access to support (Josenhans et al., 2020). In minors, developmental immaturity and pronounced power asymmetries further complicate questions of consent, since neuropsychological systems responsible for impulse control, long-term planning, and risk evaluation are being developed throughout adolescence (Shulman et al., 2016).

Clinical descriptions of CSE often refer to relational contexts in which perceived agency gradually diminishes rather than abruptly disappearing. Exploitation may unfold through dependency, emotional influence, or progressive manipulation rather than overt force alone. Grooming processes typically include gradual desensitisation, isolation from supportive relationships, emotional conditioning, and intermittent reinforcement, which may contribute to the internalisation of exploitative relational dynamics (Herman, 1992). Within such contexts, emotional regulation, interpersonal trust, and identity development may be disrupted, thereby increasing vulnerability to later revictimisation.

A range of vulnerability factors has been repeatedly identified in the literature, including socioeconomic adversity, family dysfunction, emotional neglect, and insecure attachment histories (Ford & Courtois, 2020). Clinically, survivors rarely present with isolated or clearly bounded symptom profiles; psychological responses tend instead to be complex, overlapping, and strongly shaped by developmental timing. These reactions may be particularly pronounced during adolescence, a period characterised by heightened social sensitivity existing alongside still-maturing executive control systems (Crone & Dahl, 2012).

PREVALENCE AND EPIDEMIOLOGICAL CONTEXT

International epidemiological evidence

Commercial sexual exploitation of children is widely recognised as a major, albeit only partially observable, child-protection and public-health concern. International monitoring systems consistently indicate that children represent a substantial proportion of identified trafficking victims worldwide, with sexual exploitation among the most frequently reported forms (UNODC, 2022). At the same time, such figures require careful interpretation. Official statistics reflect cases that reach institutional awareness rather than the underlying prevalence of victimisation, and are therefore shaped by legal definitions, reporting practices, and professional detection capacities.

From a broader public-health perspective, exposure to violence during childhood appears far more widespread than

exploitation statistics alone would suggest. Global estimates indicate that up to one billion children experience some form of violence each year (WHO, 2020). Although this category includes diverse forms of harm, the figure highlights the extent to which child victimisation may remain outside formal protection structures. Reports produced by UNICEF and ECPAT similarly emphasise that disclosure is frequently constrained by shame, dependency, fear of social consequences, and limited trust in institutions. These barriers may be particularly relevant in the case of boys and gender-diverse youth, whose victimisation has historically received less recognition both within research and professional practice.

Methodological limitations further complicate epidemiological assessment. Hidden populations, inconsistent operational definitions, and the covert nature of exploitation restrict comparability across studies and hinder the precise estimation of prevalence (Franchino-Olsen et al., 2022). Nevertheless, certain patterns emerge repeatedly across contexts. Elevated vulnerability is consistently documented among children living in residential care, homeless youth, and adolescents involved in juvenile justice systems (Reid et al., 2021), which suggests that developmental adversity and structural marginalisation interact in shaping exposure risk.

Clinical research complements these epidemiological observations. Studies across different settings report recurring psychological difficulties among exploited minors, including symptoms of post-traumatic stress, depressive states, dissociation, substance-related issues, and disturbances in interpersonal functioning (Cloitre et al., 2018; Ottisova et al., 2016). Importantly, such

consequences often become visible only after prolonged exposure or secondary crises, further widening the gap between lived experience and institutional recognition.

Taken together, evidence garnered internationally points to a persistent visibility paradox: while epidemiological and clinical findings indicate a substantial burden of harm, official statistics capture only a limited subset of affected children. For this reason, national datasets should be interpreted less as direct indicators of prevalence and more as reflections of institutional visibility shaped by specific legal, professional, and sociocultural conditions. The Hungarian data presented below are examined from this perspective, with particular attention on the way gender and developmental factors influence which cases become visible and which remain unrecognised.

Hungarian context and institutional visibility

In addition to international epidemiological evidence and estimates produced by non-governmental organisations, the analysis draws on official Hungarian crime statistics derived from the Ministry of the Interior's ENYÜBS database. The dataset covers recorded offences involving minor victims between 2019 and 2025.

Prior to analysis, the data were reviewed to remove duplicate entries across reporting units, exclude cases with missing age or gender information, and organise offences into analytically coherent categories. For the purposes of this study, legally defined offences were grouped into broader analytical clusters,

including prostitution-related offences involving minors, trafficking for sexual exploitation, and other forms of sexual exploitation reflected in the criminal statistics.

Given the absence of reliable population-level denominators, and the well-documented hidden nature of exploitation, the analysis relies on absolute case counts rather than calculated rates. The results are therefore interpreted as reflecting patterns of institutional detection and recording practices, rather than underlying prevalence. *Figure 1* shows the institutional visibility of minors who have fallen victim to registered CSEC in Hungary. The dataset contains cases registered between 2019 and 2025, broken down by age and gender (children aged 0–13 and young people aged 14–17).

According to ECPAT (2022), as many as 500 minors may be involved in prostitution in Hungary, whereas BM statistics record substantially lower annual numbers. This discrepancy reflects a typical visibility paradox: official criminal statistics capture institutional detection rather than actual prevalence. Adolescent girls (14–17 years) constitute the largest registered victim group, while boys remain consistently present but less visible, which suggests under-detection rather than absence. The pattern indicates that male victimisation becomes most visible during adolescence, potentially reflecting delayed disclosure related to stigma and gender norms (Villeneuve et al., 2024). Overall, statistical data represent a filtered institutional view of exploitation. They cannot capture grooming processes, attachment disruptions, or developmental vulnerabilities that shape disclosure dynamics.

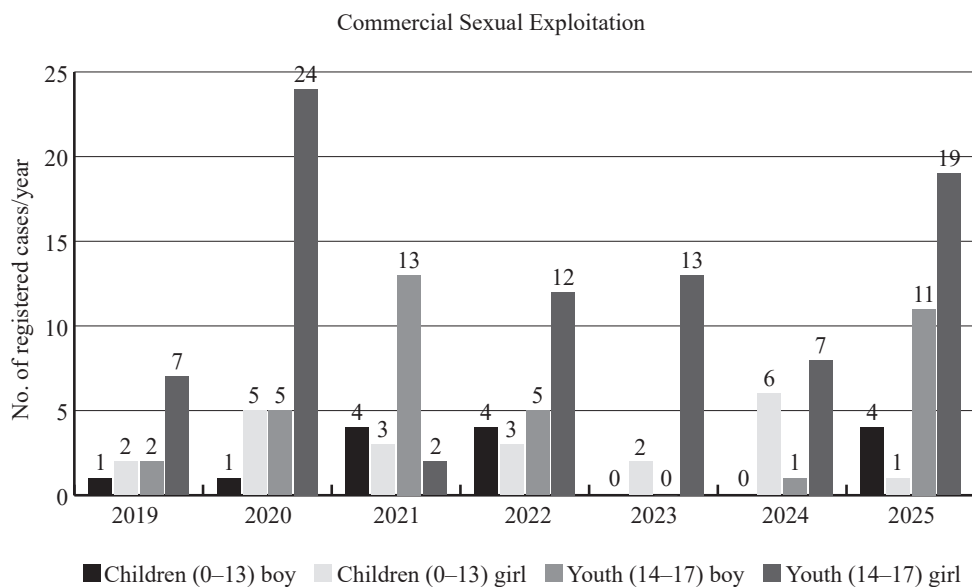


Figure 1. Registered cases of commercial sexual exploitation of children in Hungary (2019–2025)
Source: Authors' own compilation based on BM/ENYÜBS data; accessed 18 February 2026

MALE VICTIMS AND GENDERED INSTITUTIONAL VISIBILITY

The statistical tendencies observed in the Hungarian ENYÜBS dataset suggest that male victimisation is consistently present yet remains less visible within institutional systems than female victimisation. This pattern is not unique to the Hungarian context; rather, it reflects a broader international phenomenon in which low official numbers are more likely to signal pathways of delayed disclosure and uneven institutional recognition than any genuine rarity (Depraetere et al., 2018). For decades, both research and professional intervention models were largely built around female victim trajectories, gradually shaping implicit assumptions about who is recognised as a 'typical' victim. Emerging

empirical work increasingly challenges this framework, indicating that boys represent a substantial – though frequently under-recognised – subgroup among exploited minors (Josenhans et al., 2020). Cultural expectations surrounding masculinity, self-reliance, and assumptions about male sexual agency may further reduce both self-identification as a victim and willingness to disclose exploitation experiences (Magugliani, 2021).

Research also suggests that boys may interpret exploitative experiences differently from girls, particularly where coercion is embedded in grooming, emotional dependency, or relational manipulation rather than overt force. Adolescence adds further complexity: identity exploration and heightened sensitivity to peer evaluation may render

exploitative interactions ambiguous from the victim's perspective, delaying recognition and naming of harm (Magugliani, 2021). Disclosure therefore often occurs only after prolonged exposure, frequently triggered by secondary crises – deterioration in behaviour, psychiatric destabilisation, or institutional intervention. This pattern has been described as a gendered disclosure gap, where psychological barriers (e.g., shame, fear of stigma, uncertainty regarding sexual identity) intersect with professional blind spots and institutional expectations (Cole et al., 2016; Villeneuve et al., 2024). In practice, service systems may continue to rely on victim profiles historically derived from female trajectories, inadvertently delaying referral in male cases. Consequently, male victimisation may remain statistically underrepresented despite comparable exposure to exploitation-related harm (Depraetere et al., 2018).

Male survivors often present with psychological consequences similar in severity to those described among girls, including post-traumatic symptoms, depressive states, emotional dysregulation, and identity-related distress (Villeneuve et al., 2024). Differences may lie more in expression than in underlying burden. Externalising behaviour, risk-taking, aggression, or emotional withdrawal may obscure underlying distress and reduce opportunities for early identification across educational, social, or healthcare settings (Nyúl et al., 2018). From a developmental perspective, the interaction of attachment disruption, trauma-related secrecy, and socially reinforced masculine norms may contribute to these issues manifesting in a latent manner within institutions. The adolescent peak seen in Hungarian data is therefore best interpreted not solely as a

demographic pattern but as an indicator of gendered mechanisms shaping recognition and reporting. Understanding the victimisation of males is thus essential in order to bridge the gap between epidemiological estimates and official statistics. The following case offers a clinical illustration of how exploitation processes may remain concealed until severe psychological decompensation renders them visible.

Case vignette

Child and adolescent sexual exploitation, particularly when commercial coercion is involved, represents a severe form of developmental trauma capable of producing profound psychiatric and psychological consequences (Farkas, 2012). Clinical presentations may involve complex constellations of post-traumatic symptoms: dissociation, attachment disturbances, suicidality, and, in some cases, transient psychotic phenomena (Kuritárné et al., 2018). Management therefore requires an integrative and multidisciplinary approach that combines psychiatric stabilisation with trauma-focused psychological intervention.

The present analysis is based on clinical interviews, diagnostic evaluation, and institutional document review. The case concerns a boy living in residential child protection care who required emergency child psychiatric admission following acute suicidal ideation accompanied by psychotic symptoms in the context of repeated exploitation. Beyond the individual presentation, the case illustrates how cumulative developmental adversity, disrupted attachment processes, and exploitation-related coercion may interact over time to produce severe psychopathology.

Medical history

The patient was referred from a specialised children's home in Hungary. On admission, he was attending seventh grade and initially appeared to adapt reasonably well to institutional life. Early developmental history, however, revealed marked relational instability. His mother had been involved in prostitution; his father was unknown; and after his mother's imprisonment he was primarily raised by his grandmother. Initial contact with child protection services occurred at age 13 due to recurrent school absenteeism, although no formally documented high-risk circumstances were identified at that stage. Educational reports described impulsivity, integration difficulties, and sexually provocative behaviour associated with peer conflict.

At age 14, authorities initiated an investigation after allegations emerged that his grandmother had coerced him into prostitution, including cross-dressing and participation in sexual acts for financial gains. He was subsequently transferred to specialised residential care. The patient repeatedly absconded and returned to family members, during which he reported further episodes of coercion into prostitution. Social media facilitated contact with clients, eventually leading to exploitation abroad. He was later apprehended in Germany while engaged in coerced commercial sexual exploitation and was returned to the Hungarian authorities. Overall, the developmental trajectory reflects escalating exploitation unfolding against a background of attachment instability and limited protective containment.

Clinical findings

The patient presented with severe psychological decompensation. He reported repeated episodes of non-suicidal self-injury accompanied by a subjective loss of control. Trauma-related auditory command hallucinations urging self-harm contributed to intense anxiety, insomnia, and pervasive fear. Recurrent nightmares and intrusive trauma memories were accompanied by pronounced affective arousal. Diagnostic assessment suggested preserved baseline coping capacities but marked disturbances in emotional integration and reality testing. The clinical picture included emotional constriction, internal emptiness, reduced reflective capacity, and narrowed experiential range. Depressive functioning, sexual trauma indicators, and attachment-related disturbances were prominent. Ego-function weaknesses emerged in the form of diminished self-confidence, anxiety, interpersonal withdrawal, and acting-out behaviours. Importantly, psychotic-like experiences appeared closely linked to trauma activation and affective overload, suggesting trauma-related destabilisation rather than primary psychotic organisation.

Treatment and therapeutic interventions

Initial intervention focused on crisis stabilisation and risk reduction. Pharmacotherapy (haloperidol and clonazepam) was introduced to reduce hallucinations, anxiety, and sleep disturbance. Psychological treatment combined trauma-focused

intervention, emotion regulation work, and attachment-oriented approaches within a structured inpatient environment. Over the course of treatment, psychotic-like symptoms gradually subsided, suicidal ideation decreased, and affective stabilisation was achieved. Follow-up assessment indicated improved reality testing and significant reduction in acute symptom severity. The patient was discharged with continued outpatient psychiatric and psychological follow-up.

Currently, he is completing two school years simultaneously and demonstrates increased future orientation. Foster placement is planned, and he reports vocational aspirations. A criminal investigation remains ongoing. Clinically, the case illustrates how trauma-related deterioration in reality testing may resemble primary psychosis in severely exploited adolescents.

DISCUSSION

In the present case, exploitation did not appear as a discrete event but unfolded gradually within persistently unstable attachment relationships. From a developmental clinical perspective, repeated relational violations may become progressively internalised, contributing to self-directed aggression and dissociative coping processes (Herman, 1992; Courtois & Ford, 2013). Early relational trauma, emotional neglect, and repeated exploitation appear central in understanding the observed psychiatric decompensation. The coexistence of suicidality, trauma-related psychotic symptoms, and severe emotional dysregulation reflects the complex interaction between developmental adversity and disrupted attachment processes.

Clinical evidence consistently indicates that prolonged interpersonal trauma in childhood may result in enduring functional impairment extending beyond diagnostic symptom categories. Sexual exploitation is associated with psychological, somatic, and social consequences that may shape developmental trajectories over time. Gender differences have been described, with male survivors often presenting more externalising patterns, while female survivors more frequently exhibit substance misuse or continued exploitation trajectories.

Symptoms observed among survivors commonly include post-traumatic stress reactions, depression, dissociation, self-injury, and substance misuse (Nyúl et al., 2018). Kuritárné Szabó and Merza (2017) similarly described elevated rates of depressive disorders, suicidality, and sleep disturbance among sexually abused individuals, findings that closely correspond to the current presentation. Early sexual victimisation has also been associated with later borderline personality organisation characterised by emotional instability and relational disturbance. Commercial sexual exploitation typically involves prolonged coercion and repeated relational betrayal, contributing to gradual psychological and social decline. Emotional and sexual abuse may additionally manifest in psychosomatic symptoms, underlining the importance of multidisciplinary care that is capable of identifying victimisation before severe psychiatric deterioration takes place (Farkas, 2012). The case supports understanding exploitation as a cumulative relational process rather than a singular traumatic event. The interaction of attachment disruption, trauma-related psychopathology, and institutional blind spots

underscore the need for integrated psychiatric and psychological treatment alongside improved early detection and prevention strategies. The findings suggest that the primary challenge in addressing CSE lies not only in prevalence but in the mechanisms that regulate its visibility within institutional systems.

LIMITATIONS

The interpretation of the findings requires a number of cautionary considerations. Official crime statistics capture only those cases that come to the attention of institutions, which means that a substantial proportion of exploitation is likely to remain unrecorded, particularly in more hidden or socially stigmatised contexts. Accordingly, the data presented here should not be understood as reflecting the actual prevalence of CSE or CSEC, but rather as indicating patterns of institutional visibility shaped by legal frameworks, reporting practices, and professional recognition. In addition, the analysis draws on a single clinical case, which allows for a detailed exploration of psychological processes but inevitably limits the scope for generalisation. The case is therefore used as an illustrative lens on developmental and relational dynamics rather than as representative evidence. Finally, the comparison between international research and Hungarian data is constrained by differences in conceptual and legal classifications, which complicates direct alignment across contexts. Future research would benefit from integrating longitudinal designs and multi-source data to better capture the temporal dynamics and hidden dimensions of exploitation.

CONCLUSION

Commercial sexual exploitation of children remains characterised by profound social invisibility and delayed institutional recognition. Epidemiological estimates and clinical experience indicate that official statistics reflect only a limited segment of the actual victimisation, a discrepancy particularly evident among boys, whose experiences frequently remain outside formal detection pathways. Reducing the gap between estimated prevalence and recorded cases therefore requires the integration of quantitative monitoring with psychologically informed qualitative approaches that are capable of capturing developmental and relational dynamics invisible in statistical data alone.

The Hungarian findings presented here align with wider international observations, demonstrating that stigma, gender norms, and social taboos continue to hinder disclosure and access to support (Tamási, 2013). Survivors often describe fear of misunderstanding or disbelief, factors that may delay help-seeking and prolong exploitation (Windt, 2021; 2022). From a clinical perspective, such barriers reinforce secrecy and increase vulnerability to long-term psychological difficulties. Effective intervention must therefore extend beyond criminal justice frameworks and include psychologically informed assessment and institutional cultures supportive of early recognition.

ECPAT reports further highlight persistent gaps in access to specialised psychological and psychiatric care, despite the availability of evidence-based interventions such as EMDR for trauma-related conditions (Szigeti, 2018). Prevention should include developmentally adapted sensitisation programmes together

with strengthened collaboration among mental health services, child protection, education, and law enforcement. Continued national research and systematic data collection remain essential, particularly regarding male victims and intrafamilial exploitation, where institutional visibility remains limited. Several organisations are currently involved in prevention, professional training, and awareness-raising activities related to child sexual exploitation in Hungary:

- The International Red Cross has implemented training activities within its PGI (Protection, Gender, and Inclusion) programme.
- UNICEF has offered sensitisation courses for social workers at Eötvös Loránd University since 2018.
- The Directorate-General for Social and Child Protection organises continuing professional training aimed at reducing child prostitution and improving victim identification.
- The Hungarian National Police Headquarters promotes prevention and awareness through the “*Kiálllok érted!*” [I Stand Up for You!] educational theatre programme and police sensitisation initiatives.
- In addition, a Professional Forum against Child Trafficking is currently being established to strengthen interdisciplinary cooperation and coordinated responses.

Ultimately, prevention and recovery depend on coordinated action across clinical, institutional, and societal levels. Without supportive and non-stigmatising environments, disclosure remains unlikely and exploitation may persist even after institutional contact. The present case demonstrates

not only the severe psychological consequences of exploitation but also the potential for stabilisation when timely clinical intervention and supportive institutional responses are successfully combined.

Acknowledgements

I would like to express my sincere gratitude to the dedicated staff of the police and child protection services for their invaluable cooperation and support throughout the research process. Their professionalism and commitment were essential in facilitating this study.

Conflict of interest statement

The authors declare no conflict of interest.

Ethical statement

The study was conducted in accordance with relevant ethical standards and the principles of the Declaration of Helsinki (1964, and its later amendments). The case study was included only after obtaining informed consent from the legal guardian. All personal data were anonymised, and procedures followed ethical requirements concerning participant protection, confidentiality, and responsible handling of sensitive information.

Funding sources

This research was conducted within the framework of the Law Enforcement, Security and Psychology CEEPUS Network and did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

ÖSSZEFOGLALÓ

LÁTHATATLAN ÁLDOZATOK: EGY FIÚ PROSTITÚCIÓS CÉLÚ KIZSÁKMÁNYOLÁSA

Háttér és célkitűzések: A gyermekek szexuális kizsákmányolása (CSE), különösen annak kereskedelmi formái (CSEC), súlyos fejlődési és interperszonális traumaformát jelentenek, amelyek hosszútávú pszichológiai és kapcsolati következményekkel járnak. A kortárs kutatások a kizsákmányolást egyre inkább olyan kapcsolati folyamatként *értelmezik*, amelyet kötődési zavarok, kényszerítő kontroll és társadalmi sérülékenység alakít. Bár az intézményi válaszok erősödtek, a jelenség továbbra is nagyrészt rejtve marad, és a fiú *áldozatok* a kutatásban és a szakmai gyakorlatban is alulreprezentáltak. A tanulmány a kiskorúak kereskedelmi szexuális kizsákmányolásának pszichológiai dinamikáját és intézményi láthatóságát vizsgálja Magyarországon, különös tekintettel az intrafamiális kizsákmányolásra és a fiú *áldozatokra*. Célja a trauma-informált alkalmazott pszichológiai megközelítés támogatása, valamint a szakmai felismerés és intervenció fejlesztése.

Módszer: Vegyes módszertanú kutatási design került alkalmazásra, amely nemzetközi epidemiológiai eredmények, magyar hivatalos bűnügyi statisztikák és kvalitatív klinikai esetelemzés integrálásán alapult. Az esettanulmány klinikai vizsgálatokra, pszichodiagnosztikai *értékelésre* és intézményi dokumentumelemzésre *épült*, fejlődési trauma- és kötődéseméleti keretben.

Eredmények: Az epidemiológiai becslések és a hivatalos statisztikák *összevetése* jelentős eltérést mutatott a várható prevalencia és a regisztrált esetek között, ami kiterjedt látenciára utal. A fiú *áldozatok* jelenléte következetes, de kevésbé látható, feltehetően a stigmatizáció és a nemi szerepekkel *összefüggő* feltárási akadályok miatt. A klinikai eset bemutatja, hogy a halmozódó fejlődési *ártalmak* és az ismételt kizsákmányolás súlyos pszichiátriai dekompenzációhoz vezethetnek, ugyanakkor a traumainformált multidiszciplináris beavatkozás a felépülés lehetőségét is jelzi.

Következtetések: A gyermekek szexuális kizsákmányolása fejlődési és kapcsolati traumafolyamatként *értelmezendő*, nem pedig egyszeri eseményként. A hatékony prevenció és intervenció trauma-informált gyakorlatot, az intézményi felismerés javítását, interdiszciplináris együttműködést és a stigmatizáció csökkentését igényli a korai azonosítás és a hosszútávú felépülés elősegítése *érdekében*, különösen a gyakran rejtve maradó fiú *áldozatok* esetében.

Kulcsszavak: gyermek prostitúció, fiatalok, áldozat, gyermekvédelem, kriminálstatisztika, megelőzés

REFERENCES

- Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Brewin, C. R., Maercker, A., & Ben-Ezra, M. (2018): The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6). 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Council of Europe (2007): *Council of Europe Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse* (Lanzarote Convention). <https://rm.coe.int/1680084828>
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012): Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(9). 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- Depraetere, J., Vandeviver, C., Beken, T. V., & Keygnaert, I. (2018): Big Boys Don't Cry: A Critical Interpretive Synthesis of Male Sexual Victimization. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(5). 991–1010. <https://doi.org/10.1177/1524838018816979>
- Directive 2011/36/EU of the European Parliament and of the Council of 5 April 2011 on preventing and combating trafficking in human beings and protecting its victims.
- ECPAT International (2022): *Global Boys Initiative: Hungary Report*. ECPAT.
- Erdélyi, Á. (2021): Az online térben bekövetkező zaklatások lehetséges okai, dinamikai jellegzetességei és megoldási lehetőségei [Possible causes, dynamics, and solutions of online harassment]. *Nemzetbiztonsági Szemle*, 9(3). 18–32. <https://doi.org/10.32561/nsz.2021.3.2>
- Europol. (2020): *Exploiting isolation: Offenders and victims of online child sexual abuse during the COVID-19 pandemic*. https://www.europol.europa.eu/cms/sites/default/files/documents/europol_covid_report-cse_jun2020v.3_0.pdf
- Europol (2025, September 22): *51 children identified during international taskforce against child sexual exploitation*. <https://www.europol.europa.eu/media-press/newsroom/news/51-children-identified-during-international-taskforce-against-child-sexual-exploitation>
- Farkas, J. (2012): *Családon belüli erőszak – különös tekintettel a gyermekek sérelmére elkövetett bűncselekményekre*. [Domestic violence – with particular regard to crimes committed against children] (Doctoral dissertation). University of Miskolc.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.) (2020): *Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models* (2nd ed.). Guilford Press.
- Franchino-Olsen, H., Chesworth, B. R., Boyle, C., Rizo, C. F., Martin, S. L., Jordan, B., Macy, R. J. & Stevens, L. (2022): The prevalence of sex trafficking of children and adolescents in the United States: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1). 182–195. <https://doi.org/10.1177/1524838020933873>
- Herman, J. L. (1992): *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Josenhans, V., Kavenagh, M., Smith, S. & Wekerle, C. (2020): Gender, rights, and responsibilities: The need for a global analysis of the sexual exploitation of boys. *Child Abuse & Neglect*, 110(Pt 1). Article 104291. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104291>

- Kuritárné Szabó, I., & Merza, K. (2017): A szexuális bántalmazás és a borderline tünetprofil összefüggései [The relationship between sexual abuse and the Borderline Symptom Profile]. In K. Parti (Ed.), *Szexuális erőszak: mítosz és valóság* (pp. 89–127). National Institute of Criminology.
- Kuritárné Szabó, I., Molnár, J., & Nagy, A. (2018): *Trauma-eredetű disszociáció: Elmélet és terápia* [Trauma-induced dissociation: Theory and therapy]. Oriold Kiadó.
- Magugliani, N. (2021): *Trafficked adult males, gendered constructions of vulnerability and access to protection* (Doctoral thesis). National University of Ireland, Galway.
- Nyúl, B., Ferenczy, D., Kende, A., & Szabó, M. (2018): A Nemierőszak-mítoszok Elfogadása Skála (NEMES) magyar adaptációja [The Hungarian adaptation of the Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA-SF)]. *Alkalmazott Pszichológia*, 18(1). 115–135. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2018.1.115>
- Ottisova, L., Hemmings, S., Howard, L. M., Zimmerman, C., & Oram, S. (2016): Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: An updated systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(4). 317–341. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000135>
- Reid, J. A., Fox, B., Bilali, K., & Diaz, J. (2021): Personality traits and male vulnerability to commercial sexual exploitation victimisation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 31(2). 120–130. <https://doi.org/10.1002/cbm.2189>
- Shulman, E. P., Smith, A. R., Silva, K., Icenogle, G., Duell, N., Chein, J. & Steinberg, L. (2016): The dual systems model: Review, reappraisal, and reaffirmation. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 17. 103–117. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.12.010>
- Szigeti, F. J. (2018): Szemmozgásos traumafeldolgozás (EMDR-terápia): Hatás, hatásmechanizmus, hatékonyság. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 19(4). 335–356. <https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.011>
- Tamási, E. (2013): Szex és új kor: A prostitúció jövője, avagy a prostitúció vége? [Sex and a new era: The future of prostitution, or the end of prostitution?] *Kaleidoscope History*, 13(26). 236–259.
- United Nations (2000): *Protocol to prevent, suppress and punish trafficking in persons, especially women and children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime* (Palermo Protocol). <https://www.unodc.org/unodc/en/organized-crime/intro/UNTOC.html>
- UNICEF (2020): *Action to end child sexual abuse and exploitation: A review of the evidence*. <https://www.unicef.org/media/89026/file/CSAE-Report.pdf>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2020): *Global report on trafficking in persons*. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tip/2021/GLOTiP_2020_15jan_web.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2022): *Global report on trafficking in persons 2022*. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/glotip.html>

- Villeneuve, É., Paradis, A., Brassard, A., Vaillancourt-Morel, M. P., Fernet, M., Gewirtz-Meydan, A., & Godbout, N. (2024): Dissociation and sexual concerns in male survivors of childhood sexual abuse: The role of identity cohesion. *Journal of Trauma & Dissociation*, 25(4). 500–515. <https://doi.org/10.1080/15299732.2024.2356597>
- World Health Organization (2020): *Global status report on preventing violence against children 2020*.
- Widanaralalage, B. K., Hine, B. A., Murphy, A. D., & Murji, K. (2022): “I didn’t feel I was a victim”: A phenomenological analysis of the experiences of male-on-male survivors of rape and sexual abuse. *Victims & Offenders*, 17(8). 1147–1172. <https://doi.org/10.1080/15564886.2022.2069898>
- Wyles, P., O’Leary, P., Tsantefski, M., & Young, A. (2025): Male survivors of institutional child sexual abuse: A review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 26(1). 183–198. <https://doi.org/10.1177/15248380241277272>
- Tamási, E., Windt, S. (2022). A láthatatlan emberek – Az emberkereskedelem jelensége Magyarországon. *Magyar Rendészet*, 22(3). 201–202. <https://doi.org/10.32577/mr.2022.3.15>
- Windt, S. (2022): A gyerek: Érték vagy értékes árucikk? *Belügyi Szemle*, 70(8). 1687–1703. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.8.7>
- Winterdyk, J., & Jones, J. (Eds.) (2020): *The Palgrave international handbook of human trafficking*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-63058-8>

HATÁRHELYZETEK ÉS OTTHONTEREMTÉS POLCZ ALAINE ÉLETÉBEN ÉS MUNKÁSSÁGÁBAN



TÓTH-VARGA Violetta
ELTE PPK Ember–Környezet Tranzakció Intézet
toth-varga.violetta@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Jaspers (2008) szerint az általa Grenzsituationen-nek nevezett (határ) helyzetekkel mindannyian szükségszerűen szembesülünk életünk folyamán, melyek – elkerülhetetlenségük révén – biztonságérzetünket markánsan megrendítő tapasztalatokkal járnak. Ilyen élethelyzetek közé tartozik a betegség, a szenvedés, a halál, a kiszolgáltatottság, ami önkéntelenül is önreflexióra késztet és felhívja a figyelmet a korlátainkra, végességünkre, miáltal kénytelenek vagyunk autentikus módon szembenézni önmagunkkal. Jaspers szerint ezeknek a nehéz élethelyzeteknek pozitív hozadéka is lehet, mert megteremti az „igazi önmagunkkal” való találkozás lehetőségét, kizökönt a mindennapok rutinjából és utat nyithat az autentikus létezés, egy transzcendens gondolkodás és megélés felé.

Kulcsszavak: határhelyzetek, önreflexió, otthonter

HATÁRHELYZETEK KONTEXTUSÁBAN

Polcz Alaine élettörténetében több ponton is felbukkan a határhelyzetekben való létezés, hiszen nemcsak a magánéletét kísérték végig szélsőséges, alapvető biztonságot és életet veszélyeztető tényezők, hanem élete második felében a munkásságát is ez dominálta. Életének traumatikus pontjai, a szenvedések, a betegségek, a halálközeli élmények

mint egzisztenciális határhelyzetek, a saját bevallása szerint a megismerés lehetőségét kínálták neki.

Hírnevét szakmai körökben a játékdinagnosztikai és játékkerápiás újításai mellett a haldoklók kíséréséhez való újszerű hozzáállás alapozta meg: az élet végi méltóságra törekedett az utolsó percig a Hospice-ellátást létrehozva is, és a gyerekpáciensei kísérése mellett is. Íróként egyértelműen *Az asszony a fronton* című munkája révén vált elismertté,¹

1 1991-ben Déry Tibor-díjban, 1992-ben Év Könyve díjban részesült. https://szepiroktarsasaga.hu/tagok/polcz_alaine.463.html?pageid=973

mely a háború alatt az orosz katonáktól elszenvedett erőszaknak a krónikája, azaz erőteljesen egzisztenciális határhelyzetből született mű.

A tanulmány nem célozza meg, hogy pszichobiográfiaként vizsgálja az élettörténetének és a munkásságának összefüggéseit, már csak azért sem, mert halála óta eltelt kevesebb, mint húsz esztendő nem biztosít kellő távolságot a rálátásra. Ugyanakkor életének bizonyos mozzanatait és munkásságának egyes sarokpontjait izgalmasan vetülnek egymásra, s mindez kiválóan értelmezhetővé válik egy ember-környezet tranzakciós kontextusban. Értelemszerűen arra sem tudok vállalkozni, hogy a teljes élettörténetet és a munkásságát felrajzoljam, arra viszont igen, hogy az alábbi sarokpontok által kijelölt mezőben vizsgálódjak: az életét végigkísérő határhelyzeteket kontextusként értelmezem, melyben fontos vonatkoztatási pontként artikulálódik az ember és a tárgyak, a fizikai környezet kapcsolata, benne az erőteljes otthoneremtési törekvésekkel, melyek szintűgy kölcsönhatásba kerülnek a határhelyzetekkel, illetve az azokkal való megküzdéssel. Tanulmányomban tehát az fenomenológiai módszer (Tavakola és Sandars, 2025) interpretatív megközelítésével az otthoneremtés tapasztalatát szeretném bemutatni, amely megfigyelésem szerint életének és munkásságának számtalan pontján visszatérő jelleggel felbukkan. Ennek érdekében – a hermeneutikai alapelv mentén – felvázolom az élettörténeti vonatkozásokat, mint nagy egészet, illetve munkásságából az ideillő részleteket. Ez a környezetbe ágyazottság mind a környezetpszichológiában, mind a fenomenológiai megközelítésben alapvetés, ahogy már Heidegger (2001) is megfogalmazta: az

emberi lét jelentése az „ott-létezés”, azaz a szituativitásra és a kontextualitásra helyezi a hangsúlyt.

A „RENDEZKEDŐ EMBER”

Már az első tudományos munkájában, a doktori a disszertációjában, az embert egyfajta rendezkedő lényként írja le, aki rendezzi a gondolatait, a tárgyait, a dolgait, de aki berendezzi a házait, a városait is. Tehát mindenhol valamiféle rendet, rendszert teremt, mert anélkül nem tud élni. (Polcz, 1987). Disszertációját 1959. júniusában az ELTE BTK-án, Füst Milán és Kardos Lajos opponenciája mellett védte meg az *Ember és tárgy kapcsolatának pszichológiája* címmel (Melhardt, 2025), mely – a később több kiadást is megért – *A rend és rendetlenség (jelensége az emberi cselekvésben)* (Polcz, 1987/2007)² címmel kiadott kötetének első változata. A szöveg egyrészt kiváló lakásviszonyokra vonatkozó kortörténeti dokumentum is, mely bemutatja az ötvenesévekbeli, leginkább (alkotó) értelmiségi réteg lakásviszonyait, otthonhasználati jellemzőit, tárgykultúráját. Azonban abból a szempontból még érdekesebb, hogy a rend és rendetlenség kérdésére úgy tekint, mint az egyén lelkiállapotának tárgyi világra való kivetülésére. Leírja, hogy minden cselekvésünket, megnyilvánulásunkat egyfajta sajátos rend jellemzi, ebből fakadóan a rend és rendetlenség jelenségét speciálisan humán tulajdonságként írja le, „mely az ember és tárgy közötti viszonyt határozza meg” (Polcz, 1987: 16). A definícióban nem nehéz a környezetpszichológia előfutárát felfedezni, ami azért is igencsak jelentőségteljes, mert abban az

2 Ezen kívül még 1996-ban és 2004-ben is megjelent.

időben még nemzetközi szakirodalom sem igazán létezett ebben a tárgykörben. Ugyanakkor a térhasználat és a lelki jelenségek összefüggéseivel több dinamikus szemléletű teoretikus is foglalkozott, például Hermann Imre (1947), akit a lelki jelenségek térvonatkozásai érdekeltek, s térszemléletünket érzelmileg meghatározottnak gondolta. De Bálint Mihály (1959/1997) tárgyakapcsolati attitűd elmélete is idecitolható, aki a tárgyakapcsolat-elméletet kontextusban szemléli, az egyén környezetéhez való viszonyulása mentén értelmezi. Bálint a környezet alatt részben társas kapcsolatokat ért, de emellett a (szocio)fizikai helyeket s tárgyakat is, ekképpen az emberek tárgyakapcsolati attitűdjét az oknofilikus (erős ragaszkodás, sőt akár függés a tárgyaktól) és filobatikus (a tárgyak iránti szükségletek tagadása és a nyitott terek iránti túlzott igény) tengely valamely pontjára helyezi.

Polcz kiemeli a rend–rendetlenség viszony dinamikus jellegét is, azt, hogy ez a reláció változhat az egyén élete folyamán, de más és más lehet a különböző viszonyrendszereiben is (Polcz, 1987). Ez a gondolat is nagyon jól illeszkedik a környezetpszichológia alapvetéseibe, hiszen a dinamikus változó jelleg alapértelmezett a környezeti vonatkozásokban. Emellett a renddel kapcsolatos viszonyunk tudatosságra emelésének fontosságát és nehézségét is boncolgatja a környezeti ingerek nehezen tudatosuló jellege okán (Polcz, 1987), ami szintén visszaköszön az ember–környezet tranzakció alap gondolatai között (Dúll, 2009).

A lakás berendezéséről leírja Polcz, hogy „a lakást csak az tudja igazán jól beosztani, aki tudja, hogy mit akar az életben, ismeri a képességeit, helyesen méri fel a körülményeket, valóra tudja váltani terveit és

célkitűzéseit” (Polcz, 1987: 37). Sőt, olyannyira továbbviszi az otthon berendezése és a személyiség egésze közötti összefüggéseket, hogy úgy fogalmaz: „az élet rendjétől elszakadt berendezés [...] gyanúra ad okot a személyiség egészének vagy egyes összetevőinek a megrekedtségére, eltorzulására [...] vagy arról árulkodik, hogy az egyén az otthonától elszakadt vagy nem a jelenében, hanem múltja emlékeinek él vagy vágyainak” (Polcz, 1987: 46). Az otthon a környezetpszichológiának kiemelt kutatási területe (Dúll, 1995, 2009), és egyik alapvetése, hogy az otthon az én szimbóluma (Cooper, 1972), így az otthon el- és berendezése, személyre szabása jól tükrözi használója személyes és szociális identitását. Jungnál a ház a lélek képe, ahogy „az én házam–álomban” (1987) is arról beszél, hogy a ház egyes részeiben miként ölthetnek testet a psziché alkotóelemei. A háztulajdonosok többsége szerint a háza, lakása megfelelően kifejezi saját személyiségét, tehát önkifejezési forma (Dúll, 1995).

Hogy Polcz Elaine a szakirodalomhoz hasonlóan gondolkodott az otthon és az én egymásra vetülése kapcsán, az abból a szövegrészletből is kiviláglik, amit a Városmajor utcai házokról és annak tulajdonosáról, Basch Lórántról ír: „A ház története egyúttal az ő története; hosszú ideig ő szabta meg a ház légkörét, rendjét, ami a halála utána mindenestül felbomlott [...] Utcai frontja tökéletesen zárt, nem kelt hivalkodó benyomást: [...] kétemeletes, komor családi villaház. Belül ugyanakkor olaszosan nyitott: loggia, nagy teraszok, oszlopok, pergola és virág; hatalmas öskerttel, ösfákkal. [...] A ház és Basch Lóránt személyisége pontosan rímelt egymással.” (Polcz, 1999: 9).

Az egyén és az őt körülvevő környezet összhangjáról, fontosságáról benne élő

tudást igyekezett több módon is terjeszteni. B. Tóth Klára³ – akinek szüleivel a kisoroszi parókián Alaine közeli, baráti viszonyt ápolt – írja: „Alaine egy napon kijelentette, hogy 14 éves vagyok, nekem már külön szobára van szükségem, ahova kithetem a festményeimet, szobraimat, ahol a saját produktumaim teret kapnak, »magammal« vehetem körbe magamat” (B.Tóth, 2023). Viszont a parókia sok gyerek számára szűkebb tere nem engedett meg külön szobát, de Alaine kiváló szemmértékkel pillanatok alatt felmérte, hogy az előszobából leválasztva egy kis részt, s a bútorokat beforgatva a kamaszlány egy saját kis kuckót teremthet magának. A tér leválasztása mellett annak otthonossá tételére is volt gondja, innen került egy kis függöny, onnan egy kis textil és meglett a saját kis alkotótér, önálló mini műterem, elvonulásra alkalmas kamaszkuckó (B.Tóth, 2023).

A lakás(ok) jelentősége ott is megmutatkozik Alaine életében, ahogy az ’56-os forradalom leverése után reagál barátainak a nyugatra távozás ötletére: „mikor nyitva volt a határ, jöttek Nemes Nagy Ágnes, Lengyel Balázs és Miklós, hogy hajnalban itt egy teherautó, csomagoljunk, menjünk ki nyugatra. [...] Én gondolkodás nélkül válaszoltam: Ti menjetek, én itt maradok és őrzöm a lakásokat” (Polcz, 2006: 26).

A lakás a saját zug, a magammal körbevenni magamat gondolköre különösen érdekesen cseng vissza egy későbbi fejezetben, amikor házáséletében az otthonának férjével való meg- és beosztásának kérdéseit elemzem.

Előbb azonban a munkásságában megjelenő otthonteremtési törekvéseket mutatom be.

OTTHONTEREMTÉS A MUNKÁSSÁGÁBAN

A Világjáték-teszt bölcsője: Központi Gyermekideggyógyító Intézet

A doktori disszertációja megírása után a hatvanas évek enyhülő politikai légkörében kezdett kiépülni a gyermek-ideggyógyító intézetek hálózata Schnell János vezetésével. Polcz Alaine a 8. kerületi, Központi Gyermekideggyógyító Intézetben helyezkedett el,⁴ ahol az épületbe való beköltözésükkor Alaine rögtön meglátta a lehetőséget az egyik szobában: „Hú, micsoda játékszobát lehetne itt berendezni!” (Singer, 2007: 76), és Schnell támogatásával a saját tárgyaival, bútoraival, játékaival rendezhette be. Ez lett az ország első diagnosztikus és játékterápiás szobája, ahonnan aztán elindult a Világjáték-teszt (Polcz, 1999) kifejlesztése is.

A gyerekekkel való hatékony munkához alapvetőnek tartotta, hogy olyan a gyermeki világhoz, tevékenységekhez és méretekhez illeszkedő játékszobát teremtsen, amelyben a gyerekek otthonosabban, komfortosabban érzik magukat. A teszt kifejlesztésének gondolati alapja az volt, hogy a gyermeki világ belső reprezentációja megjeleníthetővé váljék a gyerek társas és fizikai környezetének természeti és épített elemei révén.

3 Később festő és restaurátor, a kisoroszi művészkolónia életének is fontos krónikása (lásd B.Tóth, 2023).
4 1956–1969-ig dolgozott itt (Polcz, 2022: 119)

Ehhez egyrészt a Löwenfeld által 1954-ben kidolgozott⁵ világépítés módszerét használta,⁶ másrészt Staabs 1951-ben létrehozott Sceno-tesztjére is támaszkodott. Ez utóbbiban az ember elsődleges és másodlagos környezetének alapvető figuráit használva kell jelenetet bemutatni egy színpadon a (gyermek vagy felnőtt) vizsgálati személynek (Polcz, 1962).⁷ Pár év múlva nagyobb intézetbe költözve egy fürdőszobát is berendeztek pancsoló-vizes helyiségnek a „Játékdiagnosztikus terápiás osztályon”, így már lett tenger is, rajta fodrozódó hullámokkal, viharokkal (gumicsővel fújtak levegőt), benne tengeri szörnyekkel. A „pancsolóalkotó”-ban lehetett agyagozni, sarazni, megcsempére festeni is (Singer, 2007).

Mindezekből az előzményekből együttesen született meg az a konstruktív projektív Világjáték-teszt, amelyben az élet különböző területeiről a valóságos környezet elemeinek kicsinyített változatából, emberekből, állatokból, növényekből, épületekből kell a gyerekeknek egy világot megkonstruálni egy 70*50 cm-es kék tálcán, mely a tengert jelképezi és amelybe homokot szórva lehet szárazföldet építeni (Polcz, 1999). A felhívó kérdések beiktatása a vizsgálatba egy véletlennek és férjének, Mészöly Miklós-nak köszönhető, aki időnként bement hozzá a munkahelyére és nézte, hogy dolgozik a gyerekekkel. Amikor egy alkalommal Elaine-t telefonhoz hívták, és ki kellett lépnie a szobából, Miklós elkezdett beszélgetni a világot építő gyerekekkel, és megkérdezte tőle,

hogy melyik házban lakik. Ez az ötlet vezette Elaine-t a felhívó kérdések megfogalmazásához (Singer, 2007; Polcz, 2022).

Otthon(osan) a kórházban – Tűzoltó utcai Gyermekklinika

A hetvenes évek elején már a Tűzoltó utcai Gyermekklinikán dolgozott, ahol szintén fontos törekvése volt, hogy egy kis otthonosságot csempésszen a falak közé. Folyamatosan azon munkálkodott, hogy tehetné barátságosabbá a kórtermeket, ami – az akkori egységesen fehér kórházi falak, bútorok, köpenyek révén – valóban nagyon steril és intézmény jellegű volt. Felismerte, hogy a félelmek és szorongások oldásában sokat segíthet, ha az intézményes jelleg helyett otthonossá teszi a kórházi tereket. Tudta, hogy a hófehér falak helyett a színek becsempészése eleven és barátságos közeget teremt, melyhez a megfelelő nagyságú teret is alapvetőnek tartotta, hogy a gyerek a szabad mozgása biztosított legyen. Nem csak a szobák falának színére ügyelt, hogy azok nyugtató hatást gyakoroljanak a gyerekekre, de a Reich Károly grafikus is megkérte, hogy készítsen egy hatalmas képet a klinika előcsarnokába (B.Tóth, 2023).

Emellett azt is kijárta, hogy az ágyhoz kötött gyerekek is részt vehessenek a foglalkozásterápiában, ami esetükben azt jelentette, hogy fekvé, az ágyukban készítették a képeiket, ott festettek. Ezt eleinte mind a kórházi vezetőség, mind a szülők veszélyesnek, a higiénia elleni támadásnak

5 Bühler és munkatársai standardizálták a gyerekek számára (Polcz, 1999).

6 Ebben a vizsgálati személynek a világ reális és a fantáziavilág tárgyaiból megkonstruálva oly módon kellett egy játékvilágot felépítenie, ahogy ő látja és megéli a saját világát (Polcz, 1962).

7 Ezek alapján dolgozta ki A „kisoroslán-játék”-ot is, amit az egyedül maradástól, a sötétségtől való félelem projektálására szolgáló diagnosztikus és terápiás eszköz. Ebben az eszközben egy puritánul berendezett kis házikóban lakó ijedős oroslánra vetíthetik ki a gyerekek a félelmeiket, és szerezhetnek jártasságot a félelem legyőzésében, a bátorság megélésében (Polcz, 1962).

tulajdonították, de Alaine nyugati tanulmányokkal igazolta, hogy a baktériumok behozása a kórház falai közé ilyen módon igen csekély veszéllyel fenyeget, a gyerekek számára nyújtott élmény pedig egyértelműen több előnnyel szolgál a jóllétük, gyógyulásuk kapcsán. Így hát az elkészült művekből kiállításokat is szerveztek, amelyek tovább színesítették, otthonosították a falakat.

Az otthonosság érzésének növelését a szülői látogatások mindennapi bevezetésével érte el, ami eleinte szintén heves tiltakozási hullámmal járt, de a szülők betanításával, külföldi tanulmányút tapasztalatainak hazai adaptálásával nagyon pozitív eredményeket kaptak. „A régi zárt osztályból egy nyitott, étellel teli és az életre készülő kórház lett” (Singer, 2007: 97). Felismerte azt is, hogy ha a gyerekek is aktív alakítói a környezetüknek és nem csak passzív, szenvedő betegek, az a gyógyulásukra is pozitívan hat (Polcz, 2022).

Az otthonteremtési törekvések következő lépcsőfoka pedig a gyógyíthatatlan beteg, végstádiumú gyerekek otthonukba bocsátása volt. Kijárta, hogy azok a gyerekek, akik kezelést már nem kaptak, csak fájdalomcsillapítást, ha a család is vállalja, hazaengedhetők legyenek a kórházból a tényleges otthonukba, a családi körükbe, szülők, nagyszülők, rokonok, testvérek közelségébe, oda, ahol az élet ténylegesen zajlik. Így sem a beteg gyerek, sem az őt gondozó egyik szülő – jellemzően az anya – nem izolálódik a családtól, hanem továbbra is szerves részei lesznek a családnak. Utánkövetései vizsgálatokkal igazolták, hogy az otthonban zajló haldoklás legnagyobb előnye az együttlét folytonossága volt, s ha a haldoklót az élet és a család veszi körül mindvégig, az elbúcsúzásnak is tere nyílik, s a felesleges egészségügyi beavatkozások fájdalma és

kiszolgáltatottsága sem lebeg a fejük fölött. Persze mindehhez komoly és folyamatos szülői felkészítésre volt szükség, a megfelelő fájdalomcsillapításra, a szükség esetén való gyors orvosi hozzáférésre, s a kórházba való bármikori azonnali felvételre, ha a család úgy látja és úgy igényli (Polcz, 1982).

És természetesen ezeken az elveken alapulva teremtette meg a Hospice ellátást is, ahol a végstádiumú betegek életvégi, méltóságteljes kísérése zajlik, otthonos – de nem otthoni – környezetben (Singer, 2007).

A halálra való felkészülés a privát életében is aktívan zajlott. Sokakat megbotráncoltatott, amikor halála előtt egy évvel – tudván már a betegségéről, de még igen jó fizikai állapotban – megvette a saját koporsóját, beállította a szobájába és időnként kipróbálta. Sőt, a vendégeit is megkínálta a megágyazott próbafekhelyel és megkérte őket, hogy fessenek, írjanak a koporsóra valami vidámat (B.Tóth, 2023).

A munkásságában lépten-nyomon felbukkanó rendezkedés, otthonteremtés, a fizikai környezet fontosságára való odafigyelés megértéséhez tekintsünk rá az életére, hogy lássuk, vajon milyen tényezők keretezték az útját, a határhelyzeti élményei miként alakíthatták gondolkodását.

POLCZ ALAINE OTTHONAI

Gyerek- és fiataalkori otthonélmények

Ugyan Polcz Alaine egy jónévű erdélyi családból származott, apja, Polcz Radó jogász-doktor, vármegyei tiszti főügyész és műkedvelő író volt, aki – Alaine szerint – fabatkát sem érő könyveket írt (Nagy, 2017), viszont ahelyett, hogy tisztos hátországot nyújtott volna a családnak, állandóan csalta feleségét.

Így Elaine anyja, Helmecczy Zsuzsanna gyakran hetekre egyedül maradt az öt gyerekkel, pénz nélkül (Zsédeli, 2018). Ebből adódóan állandóan költöztek, hol egy rokon fogadta be őket, hol különböző albérleti szobákba vándoroltak. Bukarestbe is elköltöztek, amikor az anya cselédként helyezkedett el, hogy eltarthassa gyerekeit, mert férjére – aki még ha oly ritkán is, de azért néha mégis felbukkant a családban – anyagilag sem számíthatott (B.Tóth, 2023). A szegényes albérleti szobák egyikét úgy írja le Elaine, hogy hosszú, mély és sötét, ablak nélküli helyiség volt, csak egy ajtó nyílt az udvarra, onnan jött be fény, és a kilátás a szemközti ház málló vakolatú falára nyílt. WC nem volt, az udvarban lévő közösbé jártak (Polcz, 2018). Törődés, szülői jelenlét, odafigyelés nem sok jutott az öt gyereknek, mert az anya állandóan dolgozott, hogy valahogy eltarthassa őket, a csapodár apa pedig, ha hazament, se törődött a gyerekeivel. Állandó költözések, szegényes albérletek, létbizonytalanság jellemezte a gyerekkorát, húszéves koráig 17 különböző lakhelyet tudott megszámolni, ahol lakott (Zsédeli, 2018). Az anyagi és érzelmi nélkülözések közepette egy 3-4 éves kori karácsonyt és karácsonyi ajándékot idéz fel nagy örömmel, boldogsággal, amikor a karácsonyfa alatt egy kicsi babaszoba rejtőzött. „Egy nyitott kis láda, kettéosztva. Jobbra volt benne egy kicsi konyha, és abban a kicsi konyhában volt egy polc, és én ezzel a polccal voltam boldog. Egy pillanatig nem jutott eszembe, hogy engem Polcznak hívnak, hanem arra gondoltam, hogy ebben a poleban én kialakíthatok egy igazi babakamrát. Kicsi gyógyszeres üvegeket gyűjtöttem [...] egyikbe rizst, másikba lencsét, harmadikba grízt tettem. [...] ez volt az én kamrámm” (Singer, 2007: 17).

Ugyan életének ezt a momentumát inkább a majdani szakácskönyv-írással kapcsolja össze, de nem nehéz észrevenni benne a rendezkedés, a berendezés, az otthonteremtés iránti érdeklődést. A konyha, a kamra az otthon szíve, melege, a vágyott családi élet központja. B. Tóth (2023) is utal arra, hogy azért is volt fontos számára a lakberendezés, mert otthonossá kellett varázsolja maga körül a környezetét, ha már gyermekkorában nem tapasztalhatta meg ezt az érzést. Ezt alátámasztják Cooper Marcus (1992) kutatásai is, miszerint a felnőttkori otthonok, vagy a fontos környezetek kialakítására nagy hatással vannak a gyerekkori helyek, a gyerekkori otthonok jellegzetességei.⁸ Az otthonok fontosságát illetően pedig Heidegger óta tudjuk, hogy az embernek alapvető szüksége a nyilvánostól való elkülönülés; az ember lakozó lény, saját, elkülönült teret tart fenn, ami a lakása, s amely a rendet jelenti és jelképezi számára, a biztonságot és az otthonosságot (Tényi, 2010).

Első házassága Vitányi János erdélyi íróval, költővel sem emelte ki a szerencsétlenségek közül. A 14 évesen kezdődött nagy szerelem és 19 évesen kötött házasság érzelmileg inkább egyoldalúnak tűnt, az erősen alkoholizáló férj már a nászútjukon megcsalta, és Elaine 19 évesen nemi betegséget, gonorrhéát kapott tőle. Mindezt tetézték és árnyalták a háború borzalmai, a nélkülözések, a bujkálások, a megalázások és az orosz katonák részéről elkövetett fizikai és szexuális erőszak, mely történések ismét a határhelyzetek felé mozdították. Az előzményekből adódóan az egészsége is megrendült, a halál közvetlen közelségébe is került (Zsédeli, 2018). Mivel a háborút lezáró párizsi béke 1947-ben

8 Olyannyira, hogy a korai tértapasztalatok jól kimutathatóan meghatározóak voltak még az építészeti munkáiban is (Cooper Marcus, 1992)

érvénytelenítette a bécsi döntéseket, Erdély újra Romániához tartozott, s nem kaptak munkavállalási engedélyt, így más választás híján, Budapestre mentek a férjével. Az áttelepedés hamar meghozta számára a felismerést, hogy a férje nem változik, s ha túl akar élni, nincs más megoldás, mint hogy elhagyja (Polcz, 2013).



1. kép. Polcz Alaine Kolozsvár belvárosában
(Szávai, 2022a)⁹

**„Nem volt szoba, ami ne lett volna
Miklós szobája” – Városmajor utca 48.**

A háború alatti évek a gyerekkorhoz hasonlóan vándorlások és menekülések, albérletekben hányódások mellett, óvóhelyeken és pincékben bujdosással telt, s csak a második férjével való megismerkedés hozott változást az életébe: biztos otthont és a lakhatást illetően állandóságot. 1948 elején ismerkedett meg Mészöly Miklós (jogász végzettségű) íróval egy kávéházban, s a kortársak elbeszélése és a saját beszámolóik szerint is első látásra szerelem gyúlt közöttük. S bár a korszakban egyáltalán nem volt jellemző és erkölcsös házasság nélkül összeköltözni a szerelmeseknek, ők nagyon hamar közös otthonban rendezkedtek be. Már 1948 telét egy Házmán utcai villa körben üvegfalú, fűtetlen, komfort nélküli télikertjében vészeltek át együtt, ahol a helyiségnek csak egy dobkályha és egy priccs kölcsönzött némi otthonosságot (Polcz, 1989). Aztán a tavasz beköszöntével Basch Lóránt a Baumgartner Alapítvány kurátora¹⁰ olyan ajánlattal kereste meg Mészölyt, amit Alaine – mivel akkora változás volt ez a korábbi életükhöz képest – egyenesen „életalapnak” nevezett, (Polcz, 1989). Basch ugyanis – aki a nehéz sorsú, de tehetséges írókat amúgy is segítette – felajánlotta Mészölynek, hogy beköltözhetnek a Városmajor utcában épített, gyönyörű, öskertes, Bauhaus-villában lévő kétszobás, összkomfortos lakásba. A villát a korszak jó nevű építésze, Vágó József tervezte, a középeurópai kortárs modernizmust és a klasszikus építészeti formákat ötvözve, a belső tereket pedig kifejezetten a Basch-testvérek

9 Ez úton is köszönetet mondok a Pont Kiadónak és Szávai Ilonának, hogy rendelkezésemre bocsátotta az eredeti fotókat és engedélyezte a megjelenésüket.

10 Irodalomtörténész és ügyvéd

életmódjához szabták (Zsoldos, 2019). Ekkoriban a Városmajor még liget volt, benne csak gyéren elszórva nőttek a fák, csendes környék, a ház mediterrán teraszáról pedig szemet gyönyörködtető látvány nyílt a ház függőkertjére. A környéken élő lakók listája is prominens: a közeli utcákban Klaniczay Tibor irodalomtörténész, Göncz Árpád, a vár oldalában pedig Csontos Gyula lakott (Kass, 2002), de Levendel Júliáék és Scháár Ezsébeték is szomszédai voltak az ott töltött bő ötven év alatt. (Polcz, 1993).

A házat Basch a családjának építette, ő lakott a földszinten, a nővérei¹¹ az első emeleten, a 2. emeleti műteremlakás viszont üresen állt, mert eredetileg Basch tragikusan elhunyt festőművész fivéréé, Andoré volt. A lakáshoz egy külön bejáratú kis fürdőszobás vendégszoba is tartozott nyáron virágzó balkonnal,¹² ezt egyben bocsátotta a Mészöly–Polcz házaspár rendelkezésére,¹³ benne gyönyörű bútorokkal, itt maradt festményekkel. Abban egyeztek meg, hogy csak akkor kell fizetniük, ha lesz hozzá megfelelő jövedelmük (Polcz, 1996).¹⁴ Aztán 1949-ben államosításkor az illetékes kerületi lakásosztály kiutalta nekik ezt a lakást, amely végül Mészölyék egész hátralévő életében a közös otthonuk volt (Nagy, 2017).

A ház és a lakásba kerülés történeténél azonban még izgalmasabb az, ahogyan használták a lakás belső tereit.

Mivel az 50-es években mindketten nagyon kevés jövedelemhez jutottak,¹⁵ ezért keresetkiegészítés gyanánt a lakás egyik felébe albérlőt fogadtak. Erről az időszakról így ír Elaine: „Én a fürdőszobába tettem az ágyamat, hogy Miklós tudjon éjszaka dolgozni, reggel pedig ne ébredjen fel, amikor én korán kelek és megyek dolgozni” (Singer, 2007: 82.). Ugyan ismerjük az ötvenes évek lakásviszonyait, a zsúfoltságot, az egybeköltötött családok szűkös élettereit, sőt, tudjuk, hogy ennél körülményesebb helyzetek is adódtak, de azért Elaine önfeláldozása, önmaga és saját szükségleteinek háttérbe szorítása a férje javára már a kapcsoltuk kezdetén is jól tetten érhető a fenti motívum alapján, és ez később sem igen változott.

A nagy, égre néző üveges műteremszoba első pillanattól Miklósé volt, de deklaratíve Elaine-nek is volt saját dolgozója, bár időben változó helyen. Elaine visszaemlékezéseiben ez a lakás kicsi szobája, melynek az „ablaka a teraszra nyílik. Nincs benne más, mint egy beépített szekrény, íróasztal és szék. [...] Ez volt az én dolgozószobám – amíg Miklós élt. Nagyon szerettem, a teraszra lehetett kilátni. Nem a nagy, nyitott tájra, a kert százados fáira – ami elviszi az embert, hanem egy zárt, kedves látványra. Az ablak elé, mint zöld függöny, ereszkedtek le a vadszőlő indái.” (Polcz, 2006: 76).

11 De ők 1947-ben Rómába távoztak, s végül haza sem jöttek (Polcz, 1996).

12 Irodalomtörténeti vonatkozása, érdekessége, hogy Babits is élt és alkotott itt (Polcz, 1996).

13 Lakott ott többek között Cseh Tamás és Szederkényi Júlia is. A szobát a ház lakói többször is megpróbálták elperelni a házaspártól (Nagy, 2017).

14 Basch Lóránt nagyvonalú segítőkészségére korábban is volt példa, pl. háború előtt is támogatta a Párizsban élő magyar kommunistákat a saját vagyonából, illetve a háza lakásainak kiadásával megelőzte az önkényes beköltöztetést (Polcz, 1999).

15 Miklós nem jelenhetett meg, Elaine pszichológiai munkája önkéntes alapú vagy nagyon alacsony bérezésű volt (Singer, 2007).

De – és ezt már Nádas Péternél olvashatjuk – „ez nem egészen így igaz. [...] Az az igazság, hogy [...] nem volt szoba, ami ne lett volna Miklós szobája. Ebben a kérdésben Miklós nem ismert tréfát és határokat, mert minden helyiséget mindig az esedékes vagy tervbe vett munkája igényei szerint foglalt el és használt. A műterem egyértelműen volt az övé. Ha azonban éppen az Alaine szobájából nyíló teraszon dolgozott, olykor meztelenül, tűző napon, [...] akkor a terasz sem volt közös többé, mi több, Alaine-nek a saját szobájában is lábujjhegyen kellett lépkednie. Vagy inkább sehogy. Nehogy Miklós rádörrenjen [...]. Jól tudod, kincsem, hogy recseg a padló. De az is megtörtént, hogy bizonyos munkák miatt hosszú időkre kiszorította Alaine-t akár a saját szobájából is, megfosztotta az íróasztalától, s ilyenkor Alaine kivonult az írónivalóival az egyébként derűs, almazöld faliszekrényekkel berendezett gardrób fésülködőasztalához.” (Nádas, 2017: 843–844). Miklós térfoglalása és Alaine kiszorítása annyira szembeötlő, hogy Nádas, Miklós és Alaine jóbarátja, több ilyen szituációt is rögzít:

„Miklós munka közben szívesen ledőlt, szívem, ledőlök, s így aztán Alaine leszorult a saját szobája díványáról.

Nincsen hová ledőlnöm, kisszívem.

Ledőlhetett volna Miklós üres díványára a műteremben, de oda nem dőlt le, mert a műterem abszolút tabunak számított. Amikor Miklós dolgozott, akkor a műtermet nagy óvatosan megkerülve közlekedett a lakásban, ezzel se okozzon recsenéseket. Egyszer aztán, hogy az áldatlan és mulatságos helyzetet megoldja, neki is legyen önálló helye a lakásban, kitalálta,

hogy berendezi magának a kis ablaktalan helyiséget, amelyet az egykori építtető a műterem képraktárának szánt. Előbb mindössze egy kerevet állt benne, egy asztalka és egy olvasólámpa. Aztán lett benne Alaine-nak egy asztala, amelyen a jegyzeteit is széttereggette. A helyiséget ablaktalansága miatt uterusnak, azaz anyaméhnek nevezték. Amíg Miklós onnan is ki nem túrta, és el nem foglalta hálószobának. Ami ártatlanul kezdődött, Miklós betolakodott Alaine mellé a kerevetre. Csak szunyókálni járt oda. Egy idő után azonban zavarni kezdte őt a helyiség ablaktalansága és levegőtlenisége. Egy lichthofra néző ablakot nyitottak rá. S ha egyszer már volt a kis szobának lichthofra néző ablaka, akkor Miklósnak itt is lett egy íróasztala élete első komputerével.” (Nádas, 2017: 844).

A környezetpszichológia szakirodalma leírja, hogy az otthon az ember elsődleges territórium (Altman, 1975), ami leginkább a hosszú idejű, személyes használat, valamint a felette gyakorolt kontroll révén válik azzá. Jól látható, hogy a fenti esetben – a párkapcsolati dinamika térbeli kivételése miatt – ez nem tudott megvalósulni, hiszen Alaine-nek nem lehetett kontrollja a saját tere fölött, mert férje azt bármikor elfoglalhatta. Emellett az otthonhoz kötődésnek fontos eleme volna az is, hogy viszonylag hathatósan szabályozhatjuk az ott zajló érintkezéseket, jobban, mint bárhol másutt, ami – a fenti példából jól látható – szintén nem tudott megvalósulni.

De nem csak a Városmajor utcai lakásokban zajlott így az életük, a különböző kisoroszi átmeneti otthonaikban sem volt másképp.



2. kép. Polcz Alaine a Városmajor utcai lakásban (Szávai, 2022a)

Búvóhely Isten tenyerén”¹⁶ – Kisoroszi

Kisoroszi, az alkotó emberek búvóhelye lett 1956 után, egy olyan rejtkehely, amely a fővárosból való kivonulással kicsit segített elviselni, túlélni a Kádár-korszakot. Elsősorban képzőművészek és írók paradicsoma lett a szigeten elhelyezkedő kis falu, amely az évek múlásával egyre népszerűbb, művésztől nyüzsgő helyé vált.¹⁷ Persze az állambiztonság keze idővel idáig is elért, de mégis sokáig nyugalmat, a kivonulás szabadságát és egymás közötti kohézió erejének megtapasztalását adta a kis falu sokaknak (B. Tóth, 2023).

Mészöly édesanyjának írott leveléből tudjuk, hogy 1977-ben sikerült Kisorosziiban megvásárolniuk két egymás melletti telket, Nádas Péter szomszédságában. „[...] bent a sziget közepén, a fenyőerdő szélén; sok gyümölcsfával [...]. Valahogy majd kerül rá remélem egy kis ház is; a lehető legegyszerűbb; amolyan kis parasztház, annak nagyon szeretem a beosztását” – írja és kis alaprajzot is felskiccel a levélben, miszerint szoba-konyha-nagyobb szoba és egy ámbitus (tornác) kerül majd a házba (Mészöly, 1977).

Azonban Kisoroszi már jóval hamarabb része lett az életüknek, hiszen a 60-as évek végétől béreltek ott szobát rendszeresen. Alaine 1970. október 7-én írja levelében

¹⁶ Szávai, 2022, p. 102.

¹⁷ A Mészöly–Polcz házaspár mellett Nádas Péter, Fekete István, B. Nagy István és Sváby Lajos festők, Melocco Miklós és Áprily Lajos is kiköltözött. Cseh Tamás indián mozgalma is innen indult, de filmes paradicsommá is vált, Jancsó Miklós is házat vett a faluban a 70-es években. Idővel kiköltöztek Balassa Péterék, Csalog Zsolt és Kukorelly Endre is (Károlyi, 2022).

a Londonban tartózkodó férjének: „Duna – csönd. [Nádas] Péter csodálatosan berendezkedett. Meglepetésnek olyan szobát rendezett be nekem, amilyen kéne legyenek. Budoár és tudomány. Magának cella és életélvezet.” (Nagy, 2017: 544). Ebben a pár mondatos levélrészletben ismét csak benne rejlik, az otthon és lakója közötti megfeleltetés, a gondolat, hogy a ház a lélek tükre, az én szimbóluma vagy éppen az én-ideálé, a vágyott éné, ahogy Elaine fogalmaz. Ennek ellenére nem sokáig lehetett ez itt Elaine saját fészke, noha azért vette ki Nádas Péterrel együtt 1969 őszén az egyik kisoroszi ház emeletét (Károlyi, 2022), mert el akart menekülni a városból, leginkább a férje viszonyai, szeretői elől. Ezért hát keresett magának egy helyet, – mondja Nádas – „ahol elbújhat a bánatával a világ elől. [...] De hát nem tudhatta Miklós elől elmenekíteni a bánatát, mert Miklós jött utána, s ha már utána jött, akkor Elaine asztala az ő íróasztala lett, időbeosztásunk Miklós kiszámíthatatlanságához igazodott, ilyen egy uralkodó személyiség. Elaine kiszorult a konyhába és Miklós szépen elterpeszkedett ebben a házban is.” (Károlyi, 2022: 139).

1974-ben írja meg Elaine férjének, hogy „Én Kisorosziba, a magányba menekültem, hogy te szabad légy Á.-val.¹⁸ Hogy ne zavarjalak, hogy élni tudjak. De Te odajöttél, hogy otthagyj, elvetted a menedékem és pokollá változtattad. Mert a szüntelen várás helye lett, nem az önként vállalt magányé” (Nagy, 2017: 630). A helyhez fűződő érzelmek, jelentések nagyon fontosak, és Seamon (1979) leírása szerint is a gyakori, ismétlődő, hétköznapi történések és rituálék mentén alakul ki az otthonosságérzet,

azaz jól érthető, hogy a menedék és önkéntes magány rítusait felborította a férje betoppánása. Amellett, hogy a hely addigi jelentését szétdúlta, a territorriális szabályokat is megbolygatta. A menedék jelleg, amit levelében is hangsúlyoz, az otthon definíciójában is alapértelmezetten benne rejlik: egy olyan biztonságot jelentő hely, melyhez erősen kötődünk. Ugyanakkor az otthon tértapasztalata általánosságban véve sem csak pozitív jellemzőkkel írható le, hiszen a kedvezőtlen téri vagy családi, kapcsolati, élettörténeti esetleg életciklusbeli jellemzők negatívvá is tehetik (Manzo 2003, 2005), ahogy tették a kisoroszi kuckót is.

Miklós határtalansága nemcsak feleségével kapcsolatos térfoglalásokat generált, Nádas is elmenekült előle 1984-ben Gombosszegre: „Elmenekültem előle. Nem volt más választásom. Majdnem szomszédok voltunk, mert a két kis faház között jó sokáig maradt egy üres telek. Ezen a senkiföldjén Miklós nemkívánatos vendégei átgyalogoltak hozzám, integettek, hogy huhú, itt vagyunk, ragyogunk. Ők kirándulni jöttek ki a szabadba, de hát én dolgoztam. [...] Miklóssal többször megpróbáltam tisztázni a dolgot, mármint a függetlenségemet. Ne küldje már át őket hozzám. Olyankor ő sem kívánta a vendégeit, akik szabályosan ellepték, és akkor valamilyen ürüggyel mégiscsak átküldte őket. Minden kérésem és tiltakozásom ellenére.” (Károlyi, 2022: 10).

Ezek a határtartással kapcsolatos nehézségei a házon belül is megjelentek. „Amikor csak hármasan voltunk Kisorosziiban, akkor a beszélgetések vagy a viták fordulatanál Elaine ösztönösen a konyhai díványt kereste. A konyha volt a nappalink, a társalgónk.

18 A „Mészöly-szerelmeket” jellemzően a keresztnév kezdőbetűivel említik levelezésükben.



3. kép. Polcz Alaine és Mészöly Miklós a kisoroszi kertben Szávaiék unokájával (Szávai, 2022b)

Miklós ezt is el akarta foglalni, hogy majd ez is a dolgozószobája lesz, de a közös konyhánkból a legszigorúbban kiutasítottam a könyveivel és a papírjaival együtt. Hogy füstöl a szobában a kályhája. Hát akkor javítsd meg a kályhát.” (Nádas, 2017: 862).

„Író-lakás”

Kezdetben „de nagy volt a szerelem! Őlben vitt fel Miklós a kórházban az emeletre. Kincsemnek szólított egész életében. Az első tíz évben nem volt szerelme. Mi voltunk az álompár. Egyszer megkérdezte egy újságíró, hogy milyen érzés királyi párnak lenni? Irigyeltek, vonzóak voltunk, ismeretek minket. Annál is keservesebb volt innen lezuhanni.” (Singer, 2007: 168).

A kezdeti kizárólagosságból,¹⁹ a lángoló szerelemből idővel kisebb futó kalandok, majd nagyobb, tartós, párhuzamos viszonyok, évekig tartó komoly szerelmek születtek Mészöly részéről, a 70-es években pedig a nagy szerelmekkel Miklós félig vagy egészen össze is költözött, eleinte a hosszú külföldi tartózkodásokon, ösztöndíjakon, aztán a 80-as években már Budapesten is. S noha mind a Városmajor utcai lakást, mind a kisoroszi tereket ő uralta Alaine-nel szemben, szüksége volt egy független új lakásra is, amit szinte csak ő használt: ez lett az „író-lakás”. „A házaspár lakáscsere helyett végül egy kis garzonlakást vásárolt a [...] Guyon közben, amelyet Mészöly használt. 1986 októberében fizettek előleget a lakásra, amelyet 1987 februárjában jegyeztek be

19 Ugyanakkor Mészöly már korán, 1948 decemberében, a megismerkedésüket követően pár hónappal arról ír Alaine-nek, hogy bár ő alapvetően egy „csavargó alkát”, de – akkor még azt gondolja – ez „végső soron nem zárja ki a megülést, a kikötőt” (Nagy, 2017: 10).

közös tulajdonként.” (Nagy, 2017: 792). Ezt a lakást Miklós gyakorlatilag akkor használta, ha (tartós, hónapokig, évekig tartó) szeretője volt. 1986-ban az aktuális szeretői kapcsolata ismét erősen elmélyült, és – amint ez egyik 1986 szeptemberi leveléből is kiderül – Elaine is nagyon igyekezett mindent megtenni, hogy a Városmajor utcai kis lakásukat (a műteremlakás melletti egy szobát) el tudják cserélni egy másik, független lakásra, ahol Miklós együtt lehet a szeretőjével (Nagy, 2017: 799). Ilyenkor ott lakott, ott aludt, s rendszertelenül, de időközönként hazajárt Alainhez. Sőt olykor meghívta az író-lakásba vacsorára, éjszakára, s az aktuális szeretővel is mindig összeismertette. Elaine pedig megadta neki ezt a szabadságot, a korlátok nélküli függetlenséget, s egy idő után Miklós mindig visszament hozzá, elhagyni soha nem tudta, ahogy Elaine sem őt. Sőt, az „író-lakást” Elaine maga rendezte be szépen, a legszebb bútorokkal, azt hitte, úgy könnyebben elviseli majd Miklós párhuzamos életét. Döbbenet vette tudomásul, hogy ebben a lakásban mennyire másképp viselkedik a férje: „aki otthon fel nem áll, hogy egy papírszalvétát elvegyen, gyönyörűen terít, virággal kedveskedik, kiszolgál. Csak bámultam, hogy hát ez ugyanaz a Miklós [...]?” (Singer, 2007: 120). Aki a nagy szerelmek kihülésével, végül mindig hazatalált, s Elaine valahogy elfogadta ezt, ahogy a térből való kiszorítottságot is, bár a felszíni elfogadás mögött összetett tüneti kép bontakozott ki, fogyás, újabb és újabb betegségekkel karöltve.

Az író-lakás berendezéséről nem sok forrás maradt fent, de az otthonteremtő működésének egy izgalmas pontja ez környezetpszichológiai vetületben vizsgálva is. Egyfelől az ember–környezet tranzakció tudományában lényeges momentum, hogy

az otthon külső és belső díszítettsége, személyre szabása, azaz perszonalizációja révén fontos (hely)identitás-kérdéssé válik, vagyis az általa el- és berendezett lakás a személyt is szüntelen megidézi az ott tartózkodók számára. Hiába a férje és szeretőinek búvóhelye, Elaine ezáltal mindig ott van, személye és a háttérben való jelenléte soha meg nem kérdőjelezhető. Heidegger (2002) is hasonlóképpen fogalmaz, amikor arról ír, hogy az építeni (vagy jelen esetben berendezni) és lakni jelentése összefonódik, mindenképpen magában hordozza a gondozás, ápolás értelmét, jelentését is. Ezek alapján az író-lakás berendezésével nemcsak a szüntelen jelenlét élményét biztosította abban a térben is, hanem egyúttal kitágította a gondoskodás aktusával is, amit egyfajta kontrollként is értelmezhetünk.

Mészöly más emberként viselkedett ebben a lakásban, írja Elaine, ami Barker (1968) viselkedéses környezet (behavior setting) fogalmával is megmagyarázható. Eszerint bizonyos környezetek jobban meghatározzák, hogy miként viselkednek ott az emberek, mint azok egyéni tulajdonságai. A közeg, a tér legtöbb esetben predesztinál egy adott típusú viselkedést, másokat pedig gátol vagy ellehetetlenít, amiben benne rejlik a téri-idői dimenzió, de a jellegzetesek a szerep- és viselkedéses minták is. Ezzel a lakással Elaine nagyon világosan deklaráta, hogy elfogadja férje paralel kapcsolatait, de ez a gesztus a férjében erős büntudat forrása is lehetett, amely ezt a más típusú viselkedést, szerepmintát – lásd Elaine kiszolgálása – indukálta. Tehát Elaine egyfelől explicit módon mindent alárendelt férje írói teljesítményének, tehetségének és ambícióinak kiteljesedése érdekében, másfelől ez táptalaja is volt Mészöly büntudatának, aki több levélben tanúbizonyságot tesz arról

a fantáziájáról, hogy felesége betegségét az ő hűtlensége okozza, szeretőire viszont az alkotói élmény szempontjából (is) szükség volt (lásd Nagy, 2017).

A következő fejezetben a kapcsolatuk jellemzői, illetve határaitra vonatkozó gondolatok kerülnek megvilágításra a fent maradt források alapján.

„HATÁRKÉRDÉSEK”

„Csak ha nem voltál, akkor láttam és tudtam kapcsolatba lépni emberrel, állattal, és tájjal is.”²⁰

Örkény István a legszebb emberpárnak nevezte őket, akit valaha életében láthatott, szerinte kapcsolatuk az eleve elrendelés műve. „Nincs benne semmi wenn und aber” (Nádas, 2017: 848). B. Gáspár Judit szerint „Gyönyörű emberpár voltak, mint két vadállat” (Szávai, 2022b: 36), s ez a megfogalmazás már közelít ahhoz a se veled, se nélküled típusú kötélék leírásához, melyről Mészöly maga úgy ír 1975-ben Berlinből a feleségének az akkor újonnan látott Bergmann film, a *Jelenetek egy házasságból* kapcsán, hogy „a kapcsolat, ami nem szétzúzható; a kötések a roncsok alatt is fognak.” (Nagy, 2017: 671).

Ez találó summázata a házaspár drámájának is Gelencsér (2018) szerint. Egy 1977-ben kelt levelében Mészöly már azt fejtegeti Elaine-nek a K-val²¹ tartó hosszú szerelmi

kapcsolata idején, hogy a „tisztá és tisztátalan találkozott velünk; s noha összeegyeztethetetlenek, mégse tudnak elszakadni egymástól” (Nagy, 2017: 710). Zsédél (2018) tanulmányában kettejük kapcsolatát addiktív szerelemként értelmezi, melyet mindkét fél korai élettörténeti eseményeiből adódó kötődési zavara alapoz meg és táplál. A korai aztán a közösen átélt és feldolgozatlan traumáik következtében a kapcsolatukat interperszonális addikcióként fogalmazza meg, melyből a szenvedéseik ellenére sem voltak képesek bő ötven évig tartó házasságuk alatt kilépni.

Bár Nádas (2017: 856) úgy látta, hogy nem éltek szimbiózisban, csak „megkapóan közel éltek egymáshoz”, a határok illékony és bizonytalan volta megnyilvánult írói munkásságukban is. Ez persze nem ritka az alkotómunkát végző párok esetében, bár Elaine írói pályafutása inkább a férje halála után teljesedett ki.²² A házasságuk kezdeti időszakában közösen írtak bábdarabokat, amik hol Elaine, hol Miklós nevének jelentek meg.²³ Elaine egyértelműen „írófeleségnek” tekintette magát, azaz alárendelte személyét és igényeit a férj alkotómunkájával szemben, másrészt nagyon sok „nyersanyagot” gyűjtött férjének, tüpontos és érzékeny megfigyelései sok-sok adatot szolgáltatottak Miklós írásaihoz.²⁴

Nagyon izgalmas a levelezésükben felbukkanó névhasználat is, ami a kettejük közti egybeolvadást sejteti. A kezdeti Elaine,

20 Írja Elaine 1977-ben férjének (Nagy, 2017: 706).

21 Ő volt a legnagyobb és leghosszabb szerelem – Elaine mellett – Miklós életében.

22 Mintha ez feloldotta volna őt a gátlások alól (Geröcs & Dér, 2011), s egyébként is élete egy hosszú időszakában inkább Nádas Péter volt, aki az írásait korrektúrázta, mert Mészöly a szövegeit olvasva dühbe gurult, hogy egy író felesége hogy tud ilyen mondatokat leírni (Singer, 2007).

23 A jobban sikerültek Miklósén, a kevésbé jók Elaine nevének (Singer, 2007).

24 Például az 1989-ben kiadott *Pontos történetek, útközben* című Mészöly-regény Elaine feljegyzései alapján készült.

Ali, A és Miklós, M aláírások az évek múlásával változnak, már 1950-ben időnként felbukkan aláírásként a *Big-Bog* is, ami problémák jelentkezését, kibogozásra váró helyzeteket jelentenek, s így válik Alaine és Miklós aláírása is sok esetben ezzé a játékosan megnevezett, de kettejük kapcsolatának nehézségeit szimbolizáló kifejezéssé. A közös névhasználat a szerelem kezdeti fázisában – még ha kibogozásra váró ügyek fel is villannak – az összetartozás, az egy párrá válás szimbólumaként is jól értelmezhető. Az már talán érdekesebb, hogy egy idővel, a párkapcsolatuk kifejezetten nehéz, érzelmileg megterhelt, Alaine betegségekkel és Miklós büntudatával megtűzdelt szakaszában, Miklós elkezd a leveleit *Mö* vagy *Mö-mö* betűszóval aláírni, ezek után Alaine aláírása sokszor *Mö-né-vé* (Nagy, 2017: 372) változik, majd a 60-as években még csak szórványosan, de 70–80-as évekbe egyre jellemzőbben ugyanúgy *Mö*-ként írja alá leveleit, mint férje. S mivel gyakran a levél eleji megszólítás is ugyanaz, hiszen kölcsönösen Kincsemnek nevezik egymást,²⁵ így hát az a furcsa helyzet áll elő, hogy sem a levélkezdet, sem az aláírás sokszor nem orientálja az olvasót, hogy kinek az írását olvassa, tehát az összeolvadás, a szimbiózis teljesnek tűnik.²⁶

A ház mint a kapcsolat jelképe

„Állandó közös gondjuk volt [...] a kulcs” – állapítja meg Nádas (2017: 857), de az állandó kulcskeresési, kulcselhagyási mizériát Márton László is kiemeli, és csokorba gyűjt néhány idézetet a levelezésgyűjteményükből, amely rávilágít erre a határkezelést szimbolikusan is megvilágító problémára: „Vissza-visszatérő téma a lakáskulcs megléte, meg nem léte, elvesztése, keresése. »A kulcsot odadugom a gázóra hátára, ha elmegyek« (nr. 241). »Júlia nincs otthon; kulcs sincs, mivel a kistáskám a vonatban felejtettem« (nr. 249). [...] »Kincsem, mind a két kulcsot elvitted!!! (...) Vagy Nagy néni vitte el az én kulcsomat? (...) Ági keresett, de őt se tudtam beengedni« (nr. 295). »Írószövetségbe mentem (lengyelek), szobát berendeztem kint. (...) Kulcsot kint felejtettem. (nr. 415).« (Márton, 2018: 69–70).²⁷

Nádas is kiemeli a kulcs-kérdést, itt éppen Miklósról ír: „most sem volt nála kulcs. Csöngetett. Nem vitte magával, elveszítette, nem vesztette el, de nem találta, illetve valahol elhagyta, mégis abban reménykedett, hogy csak nem találja – ezek voltak a lehetséges variációk”. (Nádas, 2017: 843). De azt is leszögezi, hogy a kulcskeresés mindkettejük problémája volt: „Melyikük hol vesztette el éppen az egyetlen kulcsukat, mert valamelyikük a másikat valahol már régebben elveszítette. Valamelyikük már megint nem ment el a lakatoshoz, pedig kész az új kulcs, és szépen megígérte. [...] Pedig itt volt

25 A levelekben és az életben is, szerelemben és csatározásaik kellős közepén is.

26 Izgalmas adalék, hogy e névváltozatok közben Alaine esetében feltűnik egy-egy „*Nevem nincs*” (Nagy, 2017 p. 263), vagy 1966-ban „*Magát megnevezni nem tudó*” (uott, p. 432) aláírás is.

27 Márton (2018) egyébként összefüggést talál Örkény István 1975-ös Kulcskeresők című írása és a házaspár kulcskeresési hercehurcája között. Szerinte ihletadók lehettek Örkény számára, aki közeli, baráti viszonyuk miatt biztosan tudott erről a problematikájukról.

a Moszkva tér és a Szilágyi Erzsébet fasor sarkán az állandó kulcsosuk, három lépcsőn kellett lemenni, ott folyamatosan készítette nekik a másolatok másolatait az elhagyott kulcsok helyett” (Nádas, 2017: 857).

A „kulcs-kérdés” szemlélhető a külső és belső határok konfliktusaként is, ahol a kint és bent átjárhatósága és összetartozása sérül. De vizsgálhatjuk az otthon elérhetőség mentén is, s ha úgy tekintünk az otthonra, mint tartalmazó funkcióval rendelkező anya-szimbólumra, akkor elemi jellemzője az elérhetőség (Bion, 1959), hiszen ha nem hozzáférhető, akkor nem nyújt védelmet és biztonságot sem. Emellett azt se feledjük, hogy a fizikai környezet szimbolikus jelentésű részei folyamatosan hatnak az egyének érzelmeire és viselkedésére, nem tudunk tőlük elvonatkoztatni (Stokols, 1990). Ezek a viszályok pedig a szimbolikus szint mellett a konkrét fizikai valóságában is súlyos terhet okoztak mindkettőjüknek, de Elaine-nek biztosan.

Az elérhetőség, hozzáférhetőség mellett fontos az otthonaik térhasználat, mely magán viseli házasságuk dinamikáját, hiszen kapcsolatuk jellege, működésmódjuk leképeződik a térhasználatban, a terek, helyek elosztásában, a territóriális viszonyok egyoldalú jelenlétében. A ház, az otthon a házasságuk reprezentációja is volt, és az alábbi levélrészletből jól látható, milyen különböző módon ábrázolódik a házastársak fejében a kapcsolatuk állapota. Márton (2018) is a házasságuk metaforájaként értelmezi az alábbi levélrészletet, amelyet Mészöly hagyott Elaine-nek egy alkalommal a kisoroszi házra vonatkozóan: „Kincsem, a szagok ne tévesszenek meg, csak kisebb szenesedés következett be a sólymok miatt...” Erre a levél végére Elaine csak egy kurta megjegyzést fűzött: „leégett a ház” (Nagy, 2017: 510).

„Saját szoba”

Low és Altman (1992) definíciója szerint a hely, melyhez érzelmileg kötődünk lehetőséget ad a cselekvési kontrollra, megélhető ott a kreativitás és a hozzáértés-élménye. Ez a kontrollfunkció Elaine számára nem működhetett hibátlanul, hiszen a saját maga számára berendezett, kialakított, perszonifikált helyeit Miklós rendre elfoglalta s a magáévá tette. Ugyanakkor azt is észre kell venni, hogy ez a térfoglalás főként az alkotótér, a dolgozó sarok, az íróasztal aspektusában érvényesült. Talán nem véletlen, hogy írói tevékenysége akkor öltött nagyobb mértéket, miután meghalt a férje, mintha akkor nyílt volna tere az írásra a szó fizikai és mentális értelmében is. Ebben az értelmezésben pedig mindenképpen ide kívánczok Virginia Woolf forradalmi gondolata, melyet 1929-ben fogalmazott meg a *Saját szoba* című írásában arról, hogy a nőknek rendelkezniük kell pénzzel és saját szobával, hogy írásra adják a fejüket. A pénz a szemlélődésre való jogot, a zár az ajtón pedig a független gondolkodás jogát teremti meg a nő számára.

Polcz Elaine-nek saját – határhelyzetek által kikövezett – életében sem gyermekkorában, sem felnőttként nem igen lehetett része „saját szobában”. Ha olykor meg is teremtette magának, rendre kiüldöztetett onnan. Ugyanakkor az eszméjét minden bizonnyal fontosnak tartotta, hiszen mind az ideggondozói, mind a kórházi környezetben arra törekedett, hogy megteremtse az otthonosságot, a gyerekeknek a „saját szobát” vagy legalább egy zugot, perszonalizálható tereket. Arra törekedett, hogy az ápolási-gondozási tér minél inkább elsődleges territórium lehessen a nehéz helyzetben lévő gyerekeknek. De nem csak azoknak,

hiszen ezt javasolta kedves ismerősének, a kiskamasz B. Tóth Klárának is, hogy „magával vegye körül magát”, mert ez segíti az alkotómunkát, az identitás alakulását, épülését, ugyanúgy, ahogy segíti a gyógyulást is. Határhelyzetekben bővelkedő életének talán egyfajta védekező mechanizmusaként

is értelmezhetjük az otthonteremtési törekvéseit, s az mindenképpen megállapítható, hogy bár privát életében kevésbé volt része ebben (vagy csak élete utolsó magányos, özvegy éveiben), a munkásságában meszesemenően megteremtette és elterjesztette ennek jelentőségét.

SUMMARY

BORDER SITUATIONS AND THE CREATION OF A HOME IN THE LIFE AND WORK OF ALAINE POLCZ

Background and Aims: According to Jaspers (2008), we all inevitably encounter what he calls “Grenzsituationen” (borderline situations) in the course of our lives; due to their inevitability, these situations involve experiences that profoundly shake our sense of security. Such life situations include illness, suffering, death, and vulnerability, which involuntarily prompt self-reflection and draw attention to our limitations and finitude, thereby forcing us to face ourselves authentically. According to Jaspers, these difficult life situations can also have a positive outcome, because they create the possibility of encountering our “true selves,” break us out of the routine of everyday life, and can open the way to authentic existence, to a transcendent way of thinking and living.

Keywords: borderline situations, self reflections, home(space)

IRODALOM

- Altman, I. (1975): *The environment and social behavior. Privacy, personal space, territory and crowding*. Brooks/Cole.
- Bálint M. (1959/1997): *A borzongások és regressziók világa*. Animula Kiadó.
- Barker, Roger G. (1968): *Ecological psychology: Concepts and methods for studying the environment of human behavior*. Stanford University Press.
- Berti, S., Cigala, A. & Sharmahd, N. (2019): Early Childhood Education and Care Physical Environment and Child Development: State of the art and Reflections on Future Orientations and Methodologies. *Educational Psychology Review*, 31(12). 991–1021. <https://doi.org/10.1007/s10648-019-09486-0>
- Bion, W. R (1959): Attacks in linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40(5–6). 308–315.; Bion, W. R. (2013): Attacks in linking. *The Psychoanalytic Quarterly*, 82(2). 285-300. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2013.00029.x>

- B.Tóth K. (2023): *Két víz között. Kisoroszi emlékezete*. Muravidék Baráti Kör Kulturális Egyesület.
- Cooper, C. (1972): The house as a symbol of self. In J. Lang, C. Burnette, W. Moleski, & D. Vachon (Eds.), *Designing for human behavior: Architecture and the behavioral sciences* (pp. 130–146). Hutchinson & Ross.
- Cooper Marcus, C. (1992): Environmental memories. In I. Altman & S. M. Low (Eds.), *Place attachment* (pp. 87–111). Plenum Press.
- Dúll, A. (1995): Az otthon környezetpszichológiai aspektusai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 35(5–6). 345–377.
- Dúll A. (2009): *A környezetpszichológia alapkérdései. Helyek, tárgyak, viselkedés*. L'Harmattan.
- Gelencsér G. (2018): Jelenetek egy házasságból Mészöly Miklós és Polcz Elaine levelezése filmekről. *Jelenkor*, 61(1). 77–81.
- Gerőcs P., & Dér A. (2011): *privát mézőly*. Dokumentumfilm. https://epa.oszk.hu/02900/02931/00151/pdf/EPA02931_forras_2012_2_003-027.pdf
- Heidegger M. (2001): *Lét és idő*. Budapest: Osiris
- Heidegger, M. (2002): Építés, lak(oz)ás, gondolkodás. In Schneller I. (Ed.), *Az építészeti tér minőségi dimenziói* (pp. 257–270). Librarius.
- Hermann, I. (1947): Néhány lelki jelenség térvonatkozása, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 16(3–4). 102–114.
- Klaniczay, S. (1992): Tér és lélek. Hermann munkái alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1992–93(1–2). 45–60.
- Jaspers, K. (2008): *Mi az ember?* Media Nova Kiadó
- Jung, C. G. (1987): *Emlékek, álmok, gondolatok*. Európa Könyvkiadó.
- Károlyi, Cs. (2022): *Egy teljes év. Beszélgetés Nádas Péterrel*. Jelenkor.
- Kass, J. (1996): A kortárs levelei. Negyvenöt év. *Alföld*, 47(9). 44. <https://epa.oszk.hu/00000/00002/00009/kass.html>
- Low, S. M., & Altman, I. (1992): Place attachment: A conceptual inquiry. In: I. Altman, & S. M. Low (Eds.), *Place attachment* (pp. 1–12). Plenum Press.
- Manzo, L. C. (2003): Beyond house and haven: Toward a revisioning of emotional relationships with places. *Journal of Environmental Psychology*, 23(1). 47–61. [https://doi.org/10.1016/s0272-4944\(02\)00074-9](https://doi.org/10.1016/s0272-4944(02)00074-9)
- Manzo, L. C. (2005): For better or worse: Exploring multiple dimensions of place meaning. *Journal of Environmental Psychology*, 25(1). 67–86. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2005.01.002>
- Márton, L. (2018): Párosult magány, *Alföld*, 62(5). 54–71. <https://alfoldonline.hu/2018/08/parosult-magany/>
- Melhardt, G. (2025): Doktori és cipőfüző. Polcz Elaine, Füst Milán és Mészöly Miklós egy napja 1959-ben. *A Petőfi Irodalmi Múzeum szakmai blogja*. 2025. július 2. https://pimblog.blog.hu/2025/07/02/doktori_es_cipofuzo
- Mészöly, M. (1977 szeptember): Mészöly Miklós levele édesanyjának [Kézirat]. Petőfi Irodalmi Múzeum, Lelt.sz: 6410/19 /95.

- Nagy, B. (2017): *A bilincs a szabadság legyen. Mészöly Miklós Polcz Elaine levelezése 1948–1997*. Jelenkor.
- Nádas, P. (2017): Bármi jó. In Nagy B. (Ed.), *A bilincs a szabadság legyen. Mészöly Miklós Polcz Elaine levelezése 1948–1997* (pp. 839–863). Jelenkor.
- Polcz, A. (1962): A „kisoroszlán-játék” mint diagnosztikai és terápiás eszköz. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 19(2). 186–195.
- Polcz, A. (1982): Gyermek halála családi es kórházi környezetben. *Valóság*, 25(6). 68–81.
- Polcz, A. (1987/2007): *A rend és rendetlenség jelensége az emberi cselekvésben*. Kosmosz Könyvek Kiadó.
- Polcz, A. (1989): Polcz Elaine beszél Basch Lóránról és arról, hogy költöztek Mészöly Miklóssal Basch házába a Városmajor utcába. [Hangzó dokumentum/Audiovizuális anyag]. Petőfi Irodalmi Múzeum, Médiatár. Lelt.sz. K00602/2
- Polcz, A. (1993): A Városmajor utcában. Egy ház, egy utca lakói, látogatói. *Magyar Lettre Internationale*, (9). 23–24.
- Polcz, A. (1999): Egy ház és lakói. In Polcz A., *Éjjeli lámpa* (pp. 7–32). Jelenkor.
- Polcz, A. (2006): *Egész lényeddel*. Jelenkor.
- Polcz, A. (2013): *Asszony a fronton. Egy fejezet életéből*. Jelenkor.
- Polcz, A. (2018): *Gyermekkorom*. Jelenkor.
- Polcz, A. (2022): *Magam világa*. Jelenkor.
- Seamon, D. (1979): *A geography of the lifeworld. Movement, rest and encounter*. St Martin's Press.
- Singer M. (2007): *Partitúra. Utolsó beszélgetés Polcz Elaine-nel*. Jaffa Kiadó.
- Stokols, D. (1990): Instrumental and spiritual views of people-environment relations. *American Psychologist*, 45(5). 641–646. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.5.641>
- Szávai G. (2022a): *Az életed, Polcz Elaine. Asszony a hátországban*. Pont Kiadó.
- Szávai G. (2022b): *Az élet és Mészöly Miklós. A templom és kilincse*. Pont Kiadó.
- Tavakola, M., & Sandars, J. (2025): Twelve tips for using phenomenology as a qualitative research approach in health professions education. *Medical Teacher*, 47(9). 1441–1446. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2025.2478871>
- Tényi, T. (2010): Tér és forma: A pszichózisok térvonatkozásának egzisztenciál-analízise. In Szentpéteri M. & Tillmann J. (Eds.), *Térpoétika: A Helikon folyóirat különszáma* (pp. 220–226). Helikon, (1–2).
- Woolf, V. (1929/2001): *Saját szoba*. Európa Kiadó.
- Zsédél, K. (2018): „Uram, csak egy szóval mondd, és meggyógyul az én lelkem”: Az addiktív szerelem szerepe Mészöly Miklós és Polcz Elaine traumafeldolgozásában. In Ocsovai D. & Zsédél K. (Eds.), *A terápiák társadalmától a teremtő vágyakig: Gerevich József 70. születésnapjára* (pp. 293–302). Noran Libro Kiadó.
- Zsoldos, A. (2019): A budapesti Basch-villa egyszerűvált otthona magának a 20. századi magyar irodalomnak. *OCTOGON Magazin* 2019(1). 149. <https://www.octogon.hu/epiteszet/orokosok-a-budapesti-basch-villa-felujita>

„SZÉPEN KÖNYÖRGÖK, SEGÍTS RAJTAM...” A KÉRŐ IMA EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI ELEMZÉSE



ENDRÉDY Balázs

Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar,
Társadalomtudományi Intézet, Társadalomismereti Tanszék
Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Pedagógiai Kar, Neveléstudományi Doktori Iskola
endredy.balazs@uni-eszterhazy.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

Háttér és célkitűzések: Sok kultúrában megfigyelhető, hogy a határhelyzetekben, például a betegség idején a kérő imádság a megküzdési stratégiák része lehet. A betegség kontrollvesztett állapotában az ágencia tapasztalatát jelentheti, hogy a hívőnek a kérő imádságon keresztül önnön állapotának befolyásolására nyílik lehetősége. Tanulmányunkban bemutatjuk a kérő imák pszichológiai recepciójának és klasszifikációjának történetét. Ismertetünk a kérő ima motivációs bázisával kapcsolatos saját faktoranalitikus vizsgálatot ($N = 454$), melynek fő eredménye, hogy többféle bázishoz kapcsolódhat annak megfelelően, hogy az egyén számára milyen jelentéssel bír. Vizsgálatunkban négy faktor különült el: *Önfelismerés Istenben*, *Elvárás*, *Közösség*, *Istenkapcsolat*. A misztikusabb *Önfelismerés Istenben* faktor esetén a valódi, mély szükségletek motívuma jelent meg, míg az *Istenkapcsolat* esetén a kérés Isten elé tárása, továbbá alacsony faktorsúllyal az *Elváráshoz* is kapcsolódott, ahol a kérésteljesülés motívumát figyelhettük meg. Továbbá, rámutatunk arra, hogy a Pargament-féle (1997) vallásos megküzdési stílusokat elkülönítő tipológia hogyan kapcsolható a kérő imádságok különböző fajtáihoz, valamint a vallásosság kötődéseméleti megközelítéséből is megvizsgáljuk a kérdéskört. Végül kitérünk a lényeges tanácsadói és terápiás implikációkat hordozó kérdésre, hogy milyen esetben lehet adaptív vagy maladaptív a kérő ima.

Kulcsszavak: ágencia, megküzdés, motiváció, valláspszichológia, adaptivitás

PROBLÉMAFELVETÉS

Az imát meghatározhatjuk úgy, mint az Istennel vagy a transzcendenssel való kapcsolódást, melynek számos formája létezik. A formai csoportosítás történhet különböző spirituális hagyományok mentén, vagy formai és tartalmi mozzanatok alapján. Mindezekre még visszatérünk a következő fejezetben, e helyütt a tanulmány fókuszában álló kérő imával kapcsolatos alapvetéseket vázoljuk fel. Ez az imafajta az egyik legősibb és -elterjedtebb; formáját tekintve lehet kötött és saját szavakkal végzett is. Közös jellemzőjük, hogy Istenhez vagy a transzcendenshez szóló kérést tartalmaznak, mely az egyénhez és másokhoz is kapcsolódhat (Horváth-Szabó, 2007). Ezek az imádságok sokszor nehéz, küzdelmes helyzetekből fakadnak, melyekben az egyén kiszolgáltatottságot, kontrollvesztettséget tapasztal meg. Például, 2020-as időszakban a koronavírus-járvány idején a valaha volt legmagasabb számban kerestek rá az internetezők az 'ima' (*prayer*) kulcsszóra a Google-ban (Bentzen, 2021). Ebben a helyzetben a kérő ima annak a lehetőségét is kínálja, hogy a páciencia helyett az ágencia, a kontroll megélése kaphasson teret. Ezen helyzet pszichológiai vizsgálata több, egymással összefüggő dimenziót tartalmaz:

1. Magában foglalhatja az egyén megküzdését, és azt, hogy ezen belül a kérő ima milyen jelentéssel bír.
2. A motivációs bázis is eltérő lehet, amelyen az imák artikulációra kerülnek.
3. Mindezekkel összefüggésben felmerül, hogy lélektani értelemben az imádkozás adaptív vagy maladaptív viselkedésforma-e.

Tanulmányunkban ezekre a kérdésekre keressük a választ. Nem foglalkozunk olyan kérdésekkel, mint hogy van-e értelme a kérő imának (ehhez lásd Weissmahr, 1987). Azt sem tárgyaljuk, hogy a kérő imák gyógyítanak-e, rendkívül komplex kérdésről van szó. Ennek kapcsán csak két tanulmányra utalunk: Andrade és Radhakrishnan (2009) tanulmányukban különböző eseteket tekintenek át, amelyekben az imának pozitív, semleges, illetve negatív hatása volt a gyógyulásra. Azt is szemügyre vesszük, milyen folyamatok állhatnak a háttérben (pl. placebo vagy Pygmalion-effektus). A téma kvalitatív megközelítését nyújtják Kruijthoff és munkatársai (2022), akik Hollandiában vizsgáltak meg gyógyulást átélő személyeket, 14 esetben mélyinterjút is felvettek. Az orvosi szakértőkből álló csoport 11 esetet figyelemre méltónak talált, de egyiket sem sorolták a megmagyarázhatatlan kategóriába. A kettő idézett tanulmányból is kitűnik a téma komplexitása, transzdiszciplináris jellege, Andrade és Radhakrishnan (2009) utalnak is arra, hogy az esetleges isteni beavatkozás tudományos vizsgálata bizarr, sok kérdést felvető lenne.

Horváth-Szabó Katalin (2007) rámutat néhány további releváns pszichológiai szempontra a kérő ima kapcsán. Ez az imafajta különböző hitszakaszokban is megjelenik, a kérések lehetnek egoisztikusak, materiálisak, de kapcsolódhatnak spirituális útmutatás kereséséhez vagy nehéz helyzetben nyújtott támaszhoz, akár az Isten akaratának elfogadásával együtt. Az ima értelmezhető az ember és az Isten akaratának közötti konfliktus kifejeződéséként, de a közöttük lévő kommunikációként is megragadható. Az imádkozó a kommunikációs helyzetben kettős

1. táblázat. A kérő imához kapcsolódó tételek áttekintése

A kérő ima motivációs hátterére vonatkozó tételek besorolása		
Önfelismerés	„Az imában kapom meg azt, amire igazán szükségem van.”	Isten mint a saját, mély szükségletek visszatükrözője az imában; az imádkozó önmagára talál.
Elvárás	„Azért imádkozom, mert az imában Isten megadja azt, amit kérek tőle.”	Az elvárás az Istenre vonatkozik, teljesíti, amit az imádkozó kér.
Közösség	–	–
Kapcsolat	„Isten az imában meghallgatja kéréseimet.” „Fontos számomra, hogy az imában Istennel megoszthatom a szívem vágyait, kéréseit.”	Istent mint kapcsolati partnert éli meg a személy az imában.

orientációval vesz részt, melyet Capps (1982) koorientációnak (*coorientation*) nevez. Egyrészt figyel önmagára és a kérésére, másrészt Isten nézőpontjából is igyekszik a tárgyra tekinteni és anticipálja a választ, amely a kommunikációs folyamatban funkcionálisan a válasz szerepét is betöltheti. Ez párhuzamba állítható azzal a dinamikával, amikor a szülőjét jól ismerő serdülő kér valamit, és már elővételezi a valószínű választ.

A (KÉRŐ) IMA TÉMÁJÁNAK RECEPCIÓJA A VALLÁSPSZICHOLOGIÁBAN ÉS -FENOMENOLÓGIÁBAN

A valláspszichológia egyik első fontos szerzője William James volt, akit általában az érzelemelméletéről ismerünk, illetve az amerikai pszichológia kezdetében játszott meghatározó szerepéről (Wundt előtt négy évvel, már 1875-ben megkezdte kutatásait). Azonban a valláslélektan terén is maradandót alkotott. Szemléletteremtő monográfiájában

A vallási élmény változataiban (1902/2019) a XIX. fejezet nagy részét az ima kérdéskörének szenteli:

„Az Istennel való párbeszéd az imában valósul meg. Az ima a cselekvés formáját öltő vallás; vagyis az ima az igazi vallás. Az ima különbözteti meg a vallási jelenséget az olyan hasonló vagy szomszédos jelenségektől, mint a tisztán erkölcsi vagy esztétikai érzés. A vallás lényege az az aktus, amellyel az egész elme törekszik a megváltásra, azzal, hogy az életét adó elvhez fordul. Ez az aktus az ima, amelyen nem a szavak, szent formulák ismételtetését értem, hanem a lélek mozgását, amely személyes viszonyba lép azzal a rejtélyes erővel, amelynek jelenlétét érzi – talán még mielőtt megtanulná megnevezni. Ahol hiányzik ez a belső ima, hiányzik a vallás is; ha viszont ez az ima megszólal és felkavarja a lelket, akár formák és doktrínák hiányában is, akkor eleven vallással van dolgunk.” (James, 1902/2019: 345)

Az ima pszichológiai konceptualizációjának alapvető mozzanatait kezdi el itt James kibontani, és az imában látja az elkülönítési lehetőségét a vallásos jelenségnek az erkölcsi vagy esztétikai élménytől. Hangsúlyozza ennek személyes jellegét, továbbá azt, hogy az ima preverbális is lehet ('talán még mielőtt megtanulná megnevezni'). James számára az ima a vallásosság szíve, amely a hitbeli tapasztalat egyik alapvető, párbeszéd- és cselekvésjellegű megnyilvánulása. A kérő imák kapcsán is több szempontot megfogalmaz – például, hogy az imádság nem csupán ezt a formát jelenti, más fontos típusai is vannak. Reagál az akkori kortárs kritikákra, amelyekben azt fogalmazták meg, hogy felesleges időjárás változásokért¹ vagy betegek gyógyulásáért imádkozni. James válaszában megkülönbözteti a két kategóriát, a meteorológiai jelenségek kapcsán a fizikai okokat nem változtatja meg a kérő ima (de ha az ima alatt nem csak a kérő imát értjük, akkor valamiképp ezek is Isten elé tárhatóak). A betegekért végzett imánál más az álláspontja, egyes esetekben a gyógyulást támogathatja, és ekképp támogatandó.

A XX. század során vallásfenomenológiai vizsgálódások körébe is került az ima (Schaeffler, 2003), Max Scheler és Friedrich Heiler részletesen is foglalkozott a kérdéssel. Heiler külön monográfiát is szentelt a témának *Az imádság (Das Gebet, 1921)* címmel,

ebben a kötetben az ima belső struktúrájának három alapvető konstitutív mozzanatát hangsúlyozza: az Isten létébe vetett hitet, Isten közvetlen megtapasztalásának hitét és a drámai viszonyt, melyet a hívő az Istennel kialakít.²

Heiler az imák tipologizálását is megkezdi, melyet természetesen korábban már vallásos szerzők megtettek, például a középkorra nagy hatást gyakorló Johannes Cassianus³ († 435), viszont Heiler csoportosítási szintje fenomenológiai, ő az ima profetikus és misztikus típusáról írt, az előbbi szavakkal való imát jelöl, utóbbi a hallgatást elérő, kontemplatív állapotot.⁴ A kötött imákat kritizálja, álláspontja szerint azok megmerevedést hordozó jelenségek (Schaeffler, 2003).

A pszichológiai recepcióhoz visszatérve röviden ismertetjük a James utáni fejleményeket a kérő imára összpontosítva (általánosabb fókusszal és részletesebben megtettük ezt: Endrédy, 2025-ben). Bernard Spilka és Kevin Ladd (2012) monográfiájukban az ima többféle meghatározást összegyűjtöttek. Álláspontjuk szerint a kortárs megközelítések az imát gyakran úgy ragadják meg, mint megszólítást, kérést és szükségletet. Egyes szerzők – a szakirodalom elemzését követően – pedig arra az álláspontra helyezkednek, hogy ez az ima motivációjához alapvetően hozzátartozik (Janssen és mtsai, 1990). Poloma és Pendleton (1989) faktorelemzéses

- 1 Az időjárás jelenségekért (pl. esőért) való imádság kapcsolódik ahhoz is, hogy hagyományosan a hívő számára nem jelentett ellentétet a szent és a profán Ehhez bővebben lásd Dobai (2022).
- 2 Schaeffler (2003) felhívja a figyelmet, hogy Scheler nagy erővel szorgalmazta az ima noematikájának kifejtését, és valószínűsíthető, hogy azért nem tett így, mert Scheler könyvének megjelenése előtt Heiler publikálta sajátját.)
- 3 Cassianus a páli szakasz (1Tim 2,1) alapján a következő csoportosítást mutatja be (Geri, 2017): az elkövetett bűnökért való bocsánatkérés (*obsecrationes*), Istennek való fogadalomtétel (*orationes*), kérő imát (*postulationes*), és hálaadást (*gratiarum actiones*).
- 4 Egy Nazianzoszi Szt. Gergely-féle himnuszszöveg alapján Isten πανώνυμος (mindennevű), illetve ἄκλειστος (kimondhatatlan), erre hivatkozva írja le Heiler a saját tipológiáját (Schaeffler, 2003).

vizsgálatainkban az ima tartalmát, megjelenési formáit differenciálták. Ezek közül az egyik csoportot a kérő imádság jelentette (pl. anyagi javakért végzett), emellett a meditatív ima, a rituális ima (kötött szöveggel végzett) és a kollokvialis ima (imádkozás a saját szavakkal) különült el. Hangsúlyozandó, hogy az itt bemutatott csoportosítások nem egymást kizáró kategóriák, hanem szempontból és módszerekkel megragadott, egymást kiegészítő megközelítések.

A KÉRŐ IMA MOTIVÁCIÓS HÁTTERE

Eddigi vizsgálódásainkat úgy foglalhatjuk össze, hogy William Jamestől a kortárs megközelítésekig a kérő ima lényeges megközelítését jelenti úgy az ima motivációs bázisa megragadásának, mint a megjelenési formáinak. Azt is láthattuk (a vallásfenomenológiához kapcsolódó szerzőknél), hogy lehetségesek más tipologizálások az imának. A kérő ima motivációs hátterével kapcsolatban saját nagymintás kutatásunkból tudunk adalékkal szolgálni. Ahogyan a bevezetőben is említettük, ez összefügghet azzal, hogy az egyén számára mennyiben lehet adaptív az imádság.

Önbeszámolás, kérdőíves mérőeszközt dolgoztunk ki (Endrédi, 2025), melyben az ima motivációs hátterének négy komponense különült el, ezeket röviden ismertetjük az egyes faktorokhoz tartozó tételek összefoglalásával. (1) *Önfelismerés Istenben*: az imádkozó Isten arcát szemléli az imában, az imában megtapasztalja, hogy igazán önmaga lehet; (2) *Elvárás*: az imádkozó szorongató kötelességként és a túlvilági sorsot meghatározó elvárásként tekint az imára;

(3) *Közösség*: ebben az esetben a motivációs bázist a társakhoz való kapcsolódás jelenti; (4) *Istenkapcsolat*: ez a faktor az Isten megtapasztalását, illetve a tematikus imákat tartalmazza. Korábbi vizsgálatunkban a kérő imával kapcsolatos tételek nem kerültek egyik faktorba sem, így egy újabb nagymintás vizsgálatban ($N = 924$; a feltáró faktorelemzést felezéses módszerrel végeztük itt $N = 454$) több kérő imával kapcsolatos tételt írtunk. Eredményeink szerint a különböző megfogalmazású tételek több motivációs faktorhoz is kapcsolódhatnak, nem alkotnak külön dimenziót. A hat, kérő imádsággal kapcsolatos tételből három maradt meg az elemzés végére, további egy tétel pedig értelmezhető, de gyenge faktortöltéssel rendelkezett.

Az a tétel, hogy „Az imában kapom meg azt, amire igazán szükségem van” az első faktorhoz (*Önfelismerés Istenben*) került. A faktor kontextusában ez jól elhelyezhető, az imádkozó önmagára talál, ahogyan Istent szemléli, és ebben a viszonyban megkapja azt, amire *igazán* szüksége van – nem feltétlenül azt, amit kér. Az ima ezen dimenzió esetén a valódi, mély szükségletekhez kapcsolódik, s nem olyanokhoz, melyeket az elvárások vagy a konformizmus alakít. (Az első két faktor a valódi és a hamis szelf konstruktumához is kapcsolható.) Az alábbi tételek az *Istenkapcsolat* faktorhoz kerültek: „Isten az imában meghallgatja kéréseimet.” és „Fontos számomra, hogy az imában Istennel megoszthatom a szívem vágyait, kéréseit.” E tételek is erősíthetik az értelmezést, itt már nem feltétlenül a valódi szükségletekről (lásd első faktor) van szó, hanem arról, hogy „az imában Isten meghallgatja kéréseimet”, a birtokos személyjel utal arra, hogy ebben az esetben az imádkozó által meghatározott kérések teljesüléséről van szó.

A két faktor közötti különbséget jól kifejezi a kérő imákkal kapcsolatos tételekben látható különbség.⁵

Amikor kisebb faktorsúlyokra (,3) kértük ki az elemzést, a kérő ima egyik tétele az *Elvárás* faktorba került: „Azért imádkozom, mert az imában Isten megadja azt, amit kérek tőle”. Ebben az esetben már a hangsúly még inkább az enre kerül Isten helyett, ő inkább egy funkció, amely teljesíti a szükségletet. Ezt is elhelyezhetjük redukációs keretben, csak a tétel esetében nem az ima kötelessége a szorongás okozója, hanem a teljesületlen szükséglet, mely az ima révén megszűnik, „Isten megadja azt, amit kérek tőle”. Ez a tétel tehát tágabb szemantikai mezőt nyitna meg a dimenzió eredeti tartományához képest (az elvárás kétoldalúvá válik), ugyanakkor az alacsonyabb faktortöltés miatt az elhagyása mellett döntöttünk. Azt láthatjuk tehát, hogy a kérő ima többfajta motivációs bázishoz is kapcsolódhat, attól függően, hogy pontosan milyen jelentéssel bír az egyén számára.

AZ IMA MINT MEGKÜZDÉS (*COPING*) ÉS A KÖTŐDÉSELMÉLETI NÉZŐPONT

A megküzdés alatt a különböző nehézségekkel való szembenézést, azok kezelésének, megoldásának folyamatát értjük a pszichológiában. Magában foglalja a helyzet által kiváltott érzelmelek feldolgozását is a helyzetet előidéző probléma megoldása mellett (amennyiben ez lehetséges). Lazarus és Folkman (1984) széles körben elterjedt megküzdési modellt dolgoztak ki, melyben

meghatározó szerepet kap a kiértékelés: a helyzet veszélyességének és a rendelkezésre álló erőforrásoknak a felmérése. A helyzetnek megfelelően megküzdésünk lehet probléma-, illetve érzelmelek központú. Előbbi esetén a probléma megoldásán van a hangsúly, utóbbiban pedig az érzelmi feszültség csökkentésén. Egyénenként eltérő, melyiket részesítjük előnyben; a kontrollálhatatlannak vélt helyzetekben az érzelmelek központú a gyakoribb (pl. traumák, veszteség), a kihívásként észlelt és kontrollálhatónak tartott helyzetekben pedig a problémaközpontú megküzdés előnyben részesítése figyelhető meg. Horváth-Szabó Katalin (2007) valláspszichológiai kontextusban rámutat, hogy a vallásos megküzdés gyakrabban kapcsolódik traumatikus, kontrollálhatatlannak megélt helyzetekhez; tehát ebben a keretben jellemzően az érzelmelek központú megküzdés egyik sajátos formájaként értelmezhető.

Kenneth Pargament (1997; Pargament et al., 1988) a vallásos megküzdési stílusok négy típusát dolgozta ki. A vallásos megküzdés ebben az értelemben nem egyszerűen figyelemelterelő vagy feszültségcsökkentő technikák alkalmazását jelenti, hanem az egyén Istenhez fűződő kapcsolatán keresztül történő megküzdését. A kontroll és a felelősség különböző módon alakulhat az egyén és a transzcendens között. E típusokat érdemes röviden áttekintenünk, mert összekapcsolódnak azzal is, hogy a kérő ima milyen formát ölt, milyen fenomenológiai mezővel bír a hívő számára.

1. Az önirányító (*self-directing*) megküzdési stílus esetén a kontroll helye az egyénben található: a megküzdő önmagában keresi a megoldáshoz szükséges erőt.

5 Ehhez kapcsolódik a kapcsolati élmény valláspszichológiai megragadása, a különböző nézőpontok ilyen fókuszú áttekintését adja Sütő és Gyimesi, 2024.

Hisz Istenben, sokszor felekezethez tartozónak is vallja magát, megküzdése során pedig a személyes autonómiát és az egyéni felelősséget hangsúlyozza. Úgy gondolja, Isten erőforrásokat, eszközöket ad az embernek, széleskörű kompetencia és társas erőforrások jellemzik. Kihívásnak megélt helyzetekben adaptív ez a megküzdési mód, kontrollálhatatlan helyzetekben csökken a hatékonysága, negatív következmények jelenhetnek meg (pl. harag, szorongás), illetve egyéb, a stresszhez kapcsolódó rendellenességek (pl. drogabúzus vagy dohányzás).

2. Az együttműködő (*collaborative*) megküzdési stílus esetén a kontroll megosztott: az Isten és ember kapcsolatára épül. A hívő Istenben segítő partnert lát, aki motiválja a problémamegoldásra, valamint az érzelmi egyensúly fenntartásában támogatást ad neki. Az imádkozás mellett információkat gyűjt, változtat a körülményeken. A nem kontrollálható helyzetekben megjelenhet az értelemkeresés és -találás, valamint a vigasztaló Isten megtapasztalása. A megosztott kontroll ahhoz is hozzájárulhat, hogy az egyén a saját javára irányuló törekvésein túlra láthasson (öntranszcendencia).
3. A belenyugvó (*deferring*) megküzdési stílussal jellemezhető hívő a kontrollt teljes mértékben Isten kezébe helyezi. Megfigyelhető a szabályoktól való függés is, valamint a szó szerinti értelmezés. Ez a legkevésbé adaptív megküzdési mód, alacsonyabb személyes kontrollal, negatívabb önértékeléssel, illetve alacsony problémamegoldó-képességgel kapcsolódik össze. E helyütt

lényeges hangsúlyoznunk az elfogadás és a belenyugvás közötti különbséget, az utóbbi passzív, személyes küzdelem nélküli. Felvethető lenne, hogy a kérő ima ehhez a megküzdési stílushoz kapcsolódna, de Bänzinger és munkatársai (2008) nem találtak kapcsolatot a kettő között, amely arra utalhat, hogy a kérő ima sokszor aktív, alkudozó (*pleading*) megközelítés lehet; de a használt mérőeszközök nem így ragadták meg.

4. Az alkudozó (*pleading*) megküzdési stílus esetén a fókusz Isten befolyásolásán, csodaváráson van, nem a probléma megoldásán. A hívő imádkozik, fogadalmakat és felajánlásokat tesz, jó cselekedeteket végez annak érdekében, hogy a számára kedvező kimenetellel záruljanak az élethelyzetek, események. A csodavárás vagy az imából eredő béke adaptív lehet kontrollálatlan helyzetekben, kontrollálható helyzetekben viszont nem. Gyermeki vallással kapcsolódik össze, mely jól követhető az imamódok formálódásában is. Ahogyan Horváth-Szabó Katalin (2007) megjegyzi, a serdülő sokszor már a megoldáshoz szükséges eszközökért fohászkodik, a felnőtt hitben pedig az a mozzanat is megjelenhet, hogy az ima az istenkapcsolatot erősíti, így közvetve ad erőforrást. Természetesen a hitfejlődés kérdésköre ennél differenciáltabb (lásd Fowler, 1981), de ehhez kapcsolható Vergote (2001) azon megfontolása is – saját, illetve Thouless és Brown kutatása nyomán –, hogy a serdülők egyre kevésbé gondolták úgy, hogy imájuknak oksági hatása lenne,

ugyanakkor a serdülőkor végén tartották leginkább időszerűnek az imákat.⁶ Pargament megküzdési típusai relevánsak a témánk szempontjából, hiszen a betegség idején végzett kérő imádság pszichológiai értelemben megküzdés lehet. Az, ahogyan a hívő artikulálja az imáját, eltérő megküzdési stílus esetén más formát ölthet, illetve ugyanazon szavakhoz más jelentés, élmény kapcsolódhat. Például, az alkudozó megküzdési stílusban a hívő fogadalmat tehet arra az esetre, ha meggyógyulna, az együttműködő stílusban a hívő erőt kérhet Istentől a kór elviselésére, a belenyugvó stílussal jellemezhető talán nem is kéri gyógyulását, hanem azt hangsúlyozza, hogy „legyen meg a te akaratom”. Az önirányító, illetve az együttműködő stílusban egyaránt megjelenhet a gyógyulás kérése, de más jelentést kapnak a fohászok. Az önirányító ahhoz kéri Isten kegyelmét, hogy saját eszközei legyenek a gyógyuláshoz, az együttműködő stílus esetén a kérés háttérében a kapcsolat lesz a meghatározó, érzelmi támaszt nyer belőle. A kontroll kapcsán azt figyelhetjük meg, hogy bizonyos esetekben az ima a kontroll megtapasztalását jelentheti, de megjelenik éppen az arról való lemondás is (lásd belenyugvó). Horváth-Szabó Katalin (2007) arra is felhívja a figyelmet, hogy a probléma- és érzelempőzpontú megküzdéshez is hozzájárulhat az imádság. Megjegyezhetjük továbbá, hogy különböző aspektusok vonatkozásában más lehet a kontroll tapasztalata, például egy végstádiumú beteg megélhet belenyugvó (*deferring*) vallásos

megküzdést, miközben a kezeléseivel kapcsolatos önrendelkezésében megjelenhet a kontroll.⁷ Az imádkozás továbbá interpretációs aktusnak is tekinthető, amelyben az imádkozó átértékeli a helyzetet, értelemlehetőségeket talál meg benne. Azt láthatjuk, hogy a kérő ima motivációs háttere és a megküzdési stílus nem függetlenek, hanem kölcsönösen hatnak egymásra.

Exkurzusként megemlítünk a kérő ima szempontjából kevésbé kutatott, de lényeges adalékokkal szolgáló perspektívát: a kötődélmélet nézőpontját. Egyes valláspszichológiai megközelítések az Istenhez való viszonyt kötődési kapcsolatként írják le. Empirikus eredmények arra utalnak, hogy a kötődési stílus hatással lehet az ima formájára és pszichológiai hatásaira. Például, a biztonságos kötődéshez inkább a kapcsolat fenntartására irányuló imaformák és kedvezőbb kimenetekre irányuló kérések (pl. gyógyulás vagy kevésbé súlyos betegség) társulhatnak (Byrd & Boe, 2001; Ellison et al., 2014; Bradshaw & Kent, 2017). A szorongó kötődés esetén pedig a kérő ima közelségkereső funkciót tölthet be (Byrd & Boe, 2001; Ellison et al., 2014). Bár ezek az eredmények nem kifejezetten a betegség idején végzett imára vonatkoznak, rámutatnak arra, hogy az ima jelentése az egyén számára a transzcendenshez való kapcsolatának minőségével állhat összefüggésben. A kérő ima ebben az értelemben kötődési viselkedésként is értelmezhető, amely különösen a biztonságot fenyegető, kontrollvesztett helyzetekben aktiválódik.

6 Horváth-Szabó Katalin (2007) Pargamentre (1997) hivatkozva egy további megküzdési stílust is elkülönít, mely átadó (*surrender*) néven illet, az önirányító és az együttműködő megküzdés között helyezkedne el. Pargamentnél azonban nem találunk ilyen csoportot, így nem is ismertetjük itt.

7 Köszönetemet fejezem ki Dr. Szabó-Jáki Zsuzsannának, aki erre a szempontra felhívta a figyelmem.

A KÉRŐ IMA MINT ADAPTÍV ÉS MALADAPTÍV MEGKÜZDÉS

A következő fejezetben azt tekintjük át, hogy a (kérő) ima mennyiben jelent esélyt és veszélyt a nehéz helyzetben lévő egyén számára. Cain (2019) több szempontot is bemutat ehhez, az ima kontextust és társas kapcsolódást biztosít, ami segít a stresszkezelésben. Relációs erőforrásként is megragadható, az Istennel való személyes kapcsolat révén az egyén nem érzi magát egyedül a nehézségben. Már többször utaltunk rá, de Cain (2019) is kiemeli a kontrollérzetet az egyébként kontrollálhatatlan helyzetekben, mert az Istennel vagy transzcendens partnerrel való kommunikáció egyfajta cselekvést jelent. Kiemeli továbbá a kognitív átértékelést, az imádság segíthet értelmet találni a szenvedésben, a reményhez és az optimizmushoz is hozzájárulhat. További adaptív előnyöket jelenthet az elfogadás, a megnyugvás és a támogatás tapasztalata. Taylor és Outlaw (2002) betegek beszámolóit elemezték. Arról számoltak be, hogy az ima jóleső érzéssel tölti el őket, segíti az állapotukkal való megbékélést, megnyugvást ad, a stresszt enyhíti, amelyet a betegség okoz fizikai, érzelmi és spirituális szinten. Cotton és munkatársai (2012) gyermekekkel kapcsolatos eredményeket közölnek, a legtöbben arról számoltak be, hogy segít nekik az imádság, jobban érzik magukat tőle; bár voltak, akik szerint csak néha „működött”. Jors és munkatársai (2015) azt hangsúlyozzák, hogy az imádság erőforrás a betegek számára, hozzájárul ahhoz, hogy pozitívan átalakítsák a betegség alatti tapasztalataikat. Amellett érvelnek, hogy a kérő imák a kognitív disszonancia elkerülésében is segíthetnek, amennyiben például a beteg

személy nem valószínűtlen csodáért, hanem a helyzet elfogadásáért imádkozik. Hozzáteszik, vannak, akik félnek is az egészségéért imádkozni.

Pérez és munkatársai (2011) a közbenjáró imádságokat vizsgálták. Ebben az esetben a személyek nem magukért, hanem másokért mondanak kérő imát. A szerzők vizsgálatában ez a fajta ima jótékony hatású volt a daganatos betegséggel élők depressziós tüneteinek csökkentésében, mivel mások felé irányul, erősíti a szociális köteleket. A kapcsolat nem azért volt szignifikáns, mert kevesebbet rumináltak volna ezek a személyek; részben a szociális támogatás mediálta a kapcsolatot. Ai és munkatársai (2007) a felelősség kapcsán fogalmazznak meg egy további szempontot, melyet már Pargament modelljében (1997) is láthattunk. Válsághelyzetben a szerzők szerint az ima segít a kontroll elvesztése miatti szorongás enyhítésében azzal, hogy a felelősséget Isten kezébe helyezi az imádkozó.

Számos kutatás foglalkozott azzal, hogy milyen potenciális negatív hatásai lehetnek az imának (elsősorban a kérő imáknak), röviden tekintsük át ezeket is! Az ima távol tarthatja a betegséggel élő személyt az aktív megoldásoktól elkerüléssel vagy az aktív stratégiák hiánya miatt (Andersson, 2008; Ashby és Lenhart, 1994). Ez rokon azzal a megfontolással, hogy a kérő ima elmossa a terápiás határokat (bár vannak, akik a holisztikus ellátás részének tekintik), és egyes szakemberek aggódnak, ha a kérő imára nem a kezelés kiegészítéseként, hanem helyettesítőként tekintenek. Ez különösen akkor figyelhető meg, ha a páciens vilásképe szerint csak az isteni beavatkozás segíthet rajta, mely szemlélet az orvosi kezelés visszautasításához vezethet (Van Nieuw

Amerongen-Meeuse et al., 2020). Ashby és Lenhart (1994) eredménye szerint azok a betegek, akik gyakran imádkoznak a fájdalom miatt, kevesebb önkontrollt éreznek a helyzetük felett és a fájdalom nagyobb mértékben hatja át a mindennapi életüket. Természetesen itt felvethetjük, hogy épp fordított az összefüggés, a fájdalom és az önkontrollcsökkenés élménye vezethet az imádsághoz. Taylor és Outlaw (2002) azt a szempontot fogalmazzák meg, hogy a kérő imát belső feszültségek is kísérhetik, a hívők bizonytalanok lehetnek abban, hogy jól imádkoznak-e; illetve, hogy szabad-e a gyógyulásért imádkozniuk, ha a betegség Isten akaratát tükrözi. Magyar-Russell és munkatársai (2013) arra mutatnak rá, az Istenhez intézett kérések mellett kétely és büntetéstől való félelem is felmerül, a leggyakoribb küzdelemként pedig Isten hatalmának megkérdőjelezését találták. Továbbá, azok a betegek, akik vallási küzdelmet élnek át, gyakran egyaránt alkalmaztak pozitív és negatív megküzdési stratégiát. Ezen személyek magasabb szintű inszomniát mutattak, ami a fokozott pszichés distressz egyik indikátoraként értelmezhető, valamint alacsonyabb kognitív működést jeleztek (pl. figyelem, memória, orientáció terén). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a kérő ima – amellett, hogy a megküzdési része lehet –, belső konfliktusok megnyilvánulásának a terét is jelentheti. Amennyiben a motivációt bizonytalanság határozza meg, ez összefüggő lehet maladaptív megküzdési formákkal, például fokozott szorongással és depresszióval vagy negatív vallásos megküzdéssel.

ÖSSZEZGÉS

Tanulmányunkban áttekintettük a kérő ima egészségpszichológiai összefüggéseinek néhány jellegzetességét. Látható, hogy William Jamestől kezdve a vallásfenomenológiai tradíción keresztül a kortárs, empirikus valláspszichológiáig lényeges témáról van szó. Saját, nagymintás vizsgálatunkból kitűnt, hogy a kérő ima motivációs bázisa kapcsolódhat különböző faktorokhoz (például a misztikusabb, ön- és istenfelismerést tartalmazóhoz, illetve az istenkapcsolatihoz) annak megfelelően, hogy az imádkozó számára milyen jelentést hordoz. Ehhez a differenciáláshoz kapcsolható Pargament (1997) vallásos megküzdéssel kapcsolatos koncepciója, ahol a kérő ima egyaránt megjelenhet az önirányító, az együttműködő, a belenyugvó és az alkudozó stílusban, különböző mértékű kontrolltapasztalatot és adaptivitást hordozva. Végül, arra is rámutattunk, hogy a kérő ima nem önmagában adaptív vagy maladaptív, mind a két lehetőséget hordozza. Adaptív, amennyiben az egyéni kontrollérzetet növeli és kapcsolati erőforrást ad a hívőnek, értelemtalálást, optimizmust és reményt támogató (Cain, 2019) vagy a betegség idején szerzett tapasztalatok átalakítását teszi lehetővé (Jors et al., 2015). Maladaptív, ha az orvosi kezelés visszautasításához vezet (Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2020) vagy ha a lehetséges aktív megoldáskeresés helyett elkerülést eredményez (Andersson, 2008; Ashby és Lenhart, 1994). Továbbá, az istenképpel összefüggésben is megjelenhetnek maladaptív utak, amennyiben a hívő

kétkelkedik abban, szabad-e a gyógyulásáért fohászkodnia, vagy Isten hatalmának megkérdőjelezése küzdelmet jelent a számára (Taylor és Outlaw, 2002; Magyar-Russell et al., 2013). Tanácsadói vagy terápiás munkában mindez fontos implikációkat hordoz.

A vallásos vagy spirituális kliens imája a betegség (vagy egyéb nehézség idején) erőforrás lehet, azonban bizonyos formái kockázatokat is hordoznak. A tanácsadó vagy terapeuta differenciált szemlélete hozzájárulhat a kliens adekvát kíséréséhez.

SUMMARY

„I'M ASKING VERY NICELY NOW. PLEASE HELP”.

A HEALTH PSYCHOLOGY ANALYSIS OF PETITIONARY PRAYER

Background and Aims: It is observed in many cultures that in boundary situations, such as during illness, petitionary prayer can be a part of coping strategies. In the state of loss of control that accompanies illness, it can provide an experience of agency, as the believer gains the opportunity to influence their own condition through petitionary prayer. In our study, we present the history of the psychological reception and classification of petitionary prayers. We describe our own factor-analytical study ($N = 454$) regarding the motivational basis of petitionary prayer, the main finding of which is that it can be linked to multiple bases depending on the meaning it holds for the individual. In our investigation, four factors were identified, namely *Self-recognition in God*, *Expectation*, *Community*, and *Relationship with God*. In the case of the more mystical *Self-recognition in God* factor, the motive of true, deep needs emerged, while in *Relationship with God*, it was the presentation of the request to God; furthermore, with a low factor loading, it was also linked to *Expectation*, where the motive of request fulfillment was observed.

Furthermore, we highlight how Pargament's (1997) typology distinguishing religious coping styles can be linked to different types of petitionary prayer, and we also examine the issue from the perspective of attachment theory in religiosity. Finally, we address the question of when petitionary prayer may be adaptive or maladaptive, carrying significant implications for counseling and therapy.

Keywords: agency, coping, motivation, psychology of religion, adaptivity

IRODALOM

- Ai, A. L., Peterson, C., Tice, T. N., Huang, B., Rodgers, W., & Bolling, S. F. (2007): The Influence of Prayer Coping on Mental Health among Cardiac Surgery Patients. *Journal of Health Psychology*, 12(4). 580–596. <https://doi.org/10.1177/1359105307078164>
- Andersson, G. (2008): Chronic pain and praying to a higher power: useful or useless? *Journal of Religion and Health*, 47(2). 176–187. <https://doi.org/10.1007/s10943-007-9148-8>
- Andrade, C., & Radhakrishnan, R. (2009): Prayer and healing: A medical and scientific perspective on randomized controlled trials. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(4). 247. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.58288>
- Ashby, J. S., & Lenhart, R. S. (1994): Prayer as a coping strategy for chronic pain patients. *Rehabilitation Psychology*, 39(3). 205–209. <https://doi.org/10.1037/h0080317>
- Bänziger, S., Van Uden, M., & Janssen, J. (2008): Praying and coping: The relation between varieties of praying and religious coping styles. *Mental Health Religion & Culture*, 11(1). 101–118. <https://doi.org/10.1080/13674670600748386>
- Bentzen, J. S. (2021): In crisis, we pray: Religiosity and the COVID-19 pandemic. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 192(1). 541–583. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.10.014>
- Bradshaw, M., & Kent, B. V. (2017): Prayer, attachment to God, and changes in Psychological Well-Being in later life. *Journal of Aging and Health*, 30(5). 667–691. <https://doi.org/10.1177/0898264316688116>
- Byrd, K. R., & Boe, A. (2001): The correspondence between attachment dimensions and prayer in college students. *International Journal for the Psychology of Religion*, 11(1). 9–24. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr1101_02
- Cain, C. D. (2019): The effects of prayer as a coping strategy for nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(6). 1187–1195. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.03.013>
- Capps, D. (1982): The psychology of petitionary prayer. *Theology Today*, 39(2). 130–141. <https://doi.org/10.1177/004057368203900203>
- Cotton, S., Grosseohme, D., & McGrady, M. E. (2012): Religious coping and the use of prayer in children with sickle cell disease. *Pediatric Blood & Cancer*, 58(2). 244–249. <https://doi.org/10.1002/pbc.23038>
- Dobai, A. (2022): *Szagrális terek Budapesten a rendszerváltozás után*. L'Harmattan Kiadó.
- Ellison, C. G., Bradshaw, M., Flannelly, K. J., & Galek, K. C. (2014): Prayer, Attachment to God, and Symptoms of Anxiety-Related Disorders among U.S. Adults. *Sociology of Religion*, 75(2). 208–233. <https://doi.org/10.1093/socrel/srt079>
- Endrédi, B. (2023): Teológia és dramaturgia: ima az Isteni színjátékban. In Karlovitz, J. T. (Ed.): *What will our Future be Like?* (pp. 316–335). Sozial und Wirtschafts Forschungsgruppe.
- Endrédi, B. (2025): Az ima motivációs hátterének tárgyakapcsolatelméleti perspektívája. *Vigilia*, 90(4). 307–315.
- Fowler, J. W. (1981): *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. Harper & Row.

- Geri, L. (2017): „Dopo i perduti giorni”. La preghiera nei Rerum Vulgarium Fragmenta, *Petrarchesca*, 5. 21–37. <https://doi.org/10.19272/201712001002>
- Heiler, F. (1921): *Das Gebet: Eine religionsgeschichtliche und religionspsychologische Untersuchung*. Reinhardt.
- Horváth-Szabó, K. (2007): *Vallás és emberi magatartás*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar.
- James, W. (1902/2019): *A vallási élmény változatai: Tanulmány az emberi természetről*. Osiris Kiadó.
- Janssen, J., De Hart, J., & Den Draak, C. (1990): A Content Analysis of the Praying Practices of Dutch Youth. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29(1). 99–107. <https://doi.org/10.2307/1387033>
- Jors, K., Büssing, A., Hvidt, N. C., & Baumann, K. (2015): Personal Prayer in Patients Dealing with Chronic Illness: A Review of the Research Literature. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2015. 1–12. <https://doi.org/10.1155/2015/927973>
- Kruijthoff, D., Bendien, E., Van Der Kooij, K., Glas, G., & Abma, T. (2022): Prayer and Healing: a study of 83 healing reports in the Netherlands. *Religions*, 13(11). 1056. <https://doi.org/10.3390/rel13111056>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Magyar-Russell, G., Brown, I. T., Edara, I. R., Smith, M. T., Marine, J. E., & Ziegelstein, R. C. (2013): In search of Serenity: Religious struggle among patients hospitalized for suspected acute coronary syndrome. *Journal of Religion and Health*, 53(2). 562–578. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9713-2>
- Pargament, K. I. (1997): *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988): Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1). 90–104. <https://doi.org/10.2307/1387404>
- Poloma, M. M., & Pendleton, B. F. (1989): Exploring Types of Prayer and Quality of Life: A Research Note. *Review of Religious Research*, 31(1). 46. <https://doi.org/10.2307/3511023>
- Schaeffler, R. (2003): *A vallásfilozófia kézikönyve*. Osiris Kiadó.
- Spilka, B., & Ladd, K. L. (2012): *The psychology of prayer: A scientific approach*. Guilford Press.
- Sütő, B. B., & Gyimesi, J. (2024): Az Isten van valamiként...: Isten–ember kapcsolat a valláspszichológiában és a mentalizáció elméletének valláslélektani alkalmazása. *Imágó Budapest*, 13(3). 48–58.
- Taylor, E. J., & Outlaw, F. H. (2002): Use of Prayer among Persons with Cancer. *Holistic Nursing Practice*, 16(3). 46–60. <https://doi.org/10.1097/00004650-200204000-00010>
- Van Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C., Braam, A. W., Anbeek, C., & Schaap-Jonker, H. (2020): ‘Beyond boundaries or best practice’ Prayer in clinical mental health care: Opinions of professionals and patients. *Religions*, 11(10). 492. <https://doi.org/10.3390/rel11100492>
- Vergote, A. (2001): *Valláslélektan*. Párbeszéd Alapítvány.
- Weissmahr, B. (1987): Van-e értelme a kérő imának? *Szolgálat*, 75(3). 28–36.

A HALÁL ELEVEN TEREI. EGY GYERMEKHOSPICE-INTÉZMÉNY KÖRNYEZETPSZICHOLÓGIAI ELEMZÉSE



FIÁTH Titanilla
ELTE TáTK Szociálpszichológia Tanszék
fiath.titanilla@tatk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A gyermekhospice-intézmények társadalmi és térbeli helyzete kettős: a gyerekhalál tabusítása és láthatatlansága következtében egyszerre perifériára szorult, ugyanakkor az életminőséget támogató terek. A tanulmány célja a Tábita Ház környezetpszichológiai vizsgálata, különös tekintettel arra, hogyan válnak a hospice terei az élethez és a halálhoz kapcsolódó jelentések és narratívák újratárgyalásának helyszíneivé.

Módszer: 2024 szeptemberétől heti rendszerességgel végeztem résztvevő megfigyelést a Tábita Házban. A terepnaplók tematikus elemzésével azonosítottam a térhasználathoz kapcsolódó narratívákat és szimbolikus gyakorlatokat, mindemellett az intézmény önreprezentációja során használt gyakoribb szimbólumok és metaforák értelmezésére is hangsúlyt fektettem.

Eredmények: A gyermekhospice tereinek interpretációját többnyire a „ház” metaforája határozza meg, amely felidézi az otthonosságot és gondoskodást, miközben a kontrollvesztés és a transzformáció helye is marad. A Tábita Ház heterotróp térként működik, amely átrendezi a halálhoz és az élethez való viszonyulásokat: a közösségi és személyes terek lehetőséget adnak a családoknak az együttes élményekre, a mindennapi rutinok fenntartására a betegség és a gyermekhalálhoz kapcsolódó jelentések ellenére. Az intézmény otthonként való értelmezéséből ugyanakkor nehézségek – a határok kijelölésével, a professzionális és magánszféra, illetve a goffmani „front stage” és „back stage” elválasztásával összefüggő konfliktusok – is adódnak.

Következtetések: Földényi F. László *Az eleven halál terei* című művére reflektálva a gyermekhospice „ellen-architektúraként” is értelmezhető, amely a funkcionális és steril „halál-terekkel” szemben az élet és halál határán új kulturális narratívákat próbál létrehozni. A családi szerepek jellegzetes interpretációi nem csupán a Tábita Ház intézményi identitásának konstrukciójához, hanem a szolgáltatásokat igénybe vevő családok megküzdési kapacitásának erősítéséhez, illetve a gondoskodási helyszínek átmeneti, rituális terekként történő használatához is hozzájárulnak.

Kulcsszavak: gyermekhospice; palliatív ellátás; terepmunka; térhasználat; heterotópia; ellen-architektúra

DERMEDT ÉS ELEVEN TEREK

Az eleven halál terei című esszéjében Földényi F. László (2018: 22) a hibátlansággal, „ronthatatlansággal” és „romolhatatlansággal” kapcsolja össze az étellel: „Az élet megregulázása a cél, a kiszámíthatatlan elemek kiiktatása. Vagyis a kontroll. Ilyenkor mintha az élet ellen folya háború”. Az európai kultúra évszázadaiban, vonja le a következtetést, a tökéletessel és a mozdulatlannal voltaképp a „halál csarnokait” sikerült felépítenünk. Noha az elemzés alapvetően reneszánsz várostervekre, a Panopticonra, illetve később a krematóriumokra fókuszál, a vizsgált terekben nem nehéz ráismerni a – különösen a hospice-mozgalom által élesen kritizált – steril, izolációval és elszemélytelenedéssel jellemezhető modern kórházi helyszínekre (Ariés, 1987; Hegedűs, 2017). A halál – írja Földényi, illetve a „tabusítást” bíráló társadalomtudósok – a huszadik század második felétől kezdődően nem egyszerűen eltűnt a hétköznapokból, hanem sajátos, funkcionálisan szervezett és elkülönített terekbe húzódott vissza (ahol, tegyük hozzá, ha a halált magát nem is, de a láthatóságát sikerült kontrollálni).

A leplezésre vonatkozó igyekezet kapcsán természetesen számos kérdés merül fel: vajon miféle „ellen-terek” jönnek létre ott, ahol a halál nem kivételes esemény, hanem a mindennapi működés része? Hogyan lehet ezeken a rejtett vagy rejtőzködő helyszíneken létezni egyáltalán – a halál tagadása helyett annak *tudatában*? A hospice intézménye – és amint azt a későbbiekben látni fogjuk, a gyermekhospice különösen – ebben az

összefüggésben eleve roppant ellentmondásokkal és feszültségekkel terhelt: olyan térként ragadható meg, amely szükségszerűen kilép a kontroll modern logikájából. Míg Földényi elemzésében a halál terei a kiszámíthatatlanság kiiktatására, az élet „megregulázására” irányuló törekvések lenyomatai, addig a palliatív ellátásban a kontroll eleve töredékes, az élet pedig elfogadottan esetleges és bizonytalan marad. A hospice így nem a „rend” helyreállításának, hanem a „megszokott” felbomlásával való sajátos együtt létezésnek a tere.

A hazánkban egyedülálló Tábitha Gyermekhospice Ház önmeghatározása ebben a problématerben nyer sajátos jelentést. Az intézmény következetesen „házként”, „otthonként” hivatkozik önmagára, kommunikációjában pedig hangsúlyosan jelenik meg az „élet háza” metafora is (lásd például a weboldalon elhelyezett szövegeket: www.tabitha.hu¹). Az önreprezentáció – amellett, hogy fontos nyelvi és vizuális választás – a térbeli és szervezeti döntésekben is tetten érhető: abban, ahogyan a dolgozók és a családok az épületet használják (például ahogy a mindennapokat strukturálják vagy az intézményi határokat kijelölik). A továbbiakban a Tábithában folytatott résztvevő megfigyeléseim alapján amellett érvelek, hogy a „ház” ebben az esetben nem egyszerűen az otthonosság ígérete, hanem olyan ellenpont, amely a halálhoz kapcsolódó, funkcionálisan elkülönített terek logikájával szemben igyekszik alternatívát kínálni. Nem azt vizsgálom, hogy miként „jelenik meg” a halál egy gyermekhospice-ban, hanem azt, hogy milyen térbeli és szimbolikus műveletek teszik lehetővé,

1 A „ház” elnevezés alapvetően jellemző a gyermekhospice-intézményekre, lásd például a Haven House (Egyesült Királyság), a Casa Sollievo Bimbi (Olaszország), a La Casa de Luz (Chile) vagy a La Casa Khuyana (Peru) tulajdonveket.

hogy a halál jelenléte mellett is értelmezhető, „belakható” és élhető környezet jöjjön létre. Földényi gondolatmenetére reflektálva: a gyerekhospice ebben az értelemben nem az eleven halál tere, hanem ellenkezőleg: a *halál eleven tere*. Nem a halál eltüntetésére vagy semlegesítésére irányul, hanem arra, hogy a halál tapasztalata – valamennyi ambivalenciájával együtt – a Ház mindennapi működésének részeként legyen értelmezhető.

BELAKHATÓ HELYEK: SZAKIRODALMI ÖSSZEGZÉS

A gyermekhospice-ellátás sajátosságai

A gyermekhospice-ellátás intézményes formája a 20. század végén bontakozott ki: az első, kifejezetten gyerekek számára létrehozott hospice-intézmény 1982-ben nyílt meg az Egyesült Királyságban, Oxfordban (Helen House). A modell később további intézmények létrejöttét inspirálta; kezdetben elsősorban az angolszász országokban terjedt el, majd német nyelvterületen és Közép-Kelet-Európában is meghonosodott. Magyarországon az ellátás csirái a kilencvenes években jelentek meg: 1996 és 2005 között a Bethesda Gyermekkórházban működött olyan program, amely a súlyos, életet korlátozó betegségben szenvedő gyermekek palliatív szemléletű gondozását valósította meg, dr. Békési Andrea vezetésével. Ezt követően hosszabb ideig nem létezett önálló, kifejezetten gyermekhospice-ként működő intézmény. Hatalmas lépést jelentett, amikor a Magyar Hospice Alapítvány kezdeményezésére – dr. Muszbek Katalin orvosigazgató irányításával és dr. Gergely Anita közreműködésével – 2010-ben elindult a „Fogd a kezem” otthonellátási program,

amely a családok lakókörnyezetében biztosított palliatív támogatást.

Az első, kifejezetten gyermekek számára létrehozott hospice-házak megnyitására Magyarországon hosszas előkészítő munka után 2011-ben került sor. Pécssett a Szemem Fénye Alapítvány keretében jött létre a Dóri Ház, amely 2011 és 2019 között működött, míg Törökbálinton megalakult a Tábita Gyermekhospice Ház dr. Benyó Gábor szakmai vezetésével. A hazai ellátórendszer fejlődéséhez kapcsolódik a pécsi Eurakvilo Gyermekonkológiai és Gyermekhospice Közhasznú Alapítvány létrejötte is (2012), amelyet dr. Ottóffy Gábor alapított, és amely az onkológiai osztályon kezelt gyermekek intézményi és otthoni életvégi ellátását egyaránt támogatja (Benyó, 2022).

A gyermekhospice-ellátás elsősorban az életet korlátozó vagy azt megrövidítő betegséggel élő gyerekek és családjaik komplex, multidiszciplináris támogatására irányul. A közvélekedéssel ellentétben mind a dolgozók, mind a vonatkozó szakirodalom hangsúlyozza, hogy a palliatív gondozás célja nem egyszerűen a haldoklás folyamatának „megkönnyítése”, hanem a gyermek és családtagjai életminőségének fenntartása vagy javítása egy olyan helyzetben, amelyben a gyógyulás lehetősége korlátozott vagy nem adott (Benyó, 2022; Walker et al., 2023).

A fentiekből következően a gyermekhospice-ok működésének egyik alapvető jellegzetessége a sajátos tér- és időbeliség. A felnőtt hospice-ellátással szemben – amely többnyire az élet végső, viszonylag jól körülhatárolható szakaszára koncentrálna (Bérczes & Biró, 2020) – a gyermekhospice időhorizontja bizonytalanabb és töredezetebb. A gondozás nem feltétlenül egy több-kevésbé lineáris leépülési folyamatra reagál: itt javulások és romlások váltakoznak,

az ellátás megszakadhat, majd újraindulhat, a gyermek állapota pedig akár hosszabb időre is stabilizálódhat (Davis et al., 2019). Mindehhez szorosan kapcsolódik a gyermekhospice egyedülálló, úgynevezett „mentesítő funkciója” is. Az intézmény nem kizárólag a gyermek ellátását szolgálja, hanem a *család egészségének* tehermentesítését is: időlegesen – Magyarországon egy évben összesen 28 napra – átvállalja a gondoskodást a beteg gyermekről, lehetőséget kínálva a családtagoknak az ápolói szerepből való kiszakadásra és a regenerációra (Benyó, 2022).

Az eltérő gondoskodási funkciók következtében az intézmény egyidejűleg tölt be különböző szerepeket: miközben egyes családok számára az életvégi kísérés kereteit biztosítja, más – nem terminális állapotú, ugyanakkor halmozott fogyatékossgal, súlyos betegséggel élő – gyermekek esetében az ellátás a folyamatos, biztonságos jelenlétre, valamint az életminőséget támogató élmények biztosítására irányul. Amint azt a későbbiekben is látni fogjuk, a gyermekhospice működésének megértése nem kizárólag a haldoklás és a halál felől lehetséges: legalább ennyire meghatározó az a mód is, ahogyan az intézmény az élethez, a hétköznapisághoz és a normalitás megteremtését célzó gyakorlatokhoz viszonyul (Andrews & Shaw, 2008).

Kórház, otthon, hospice: a helyvel kapcsolatos döntések morális aspektusai

A gyermekpalliatív ellátás egyik központi dilemmája – mind a családok, mind a szakemberek részéről –, hogy *hol* történjen a gondoskodás, illetve az életvégi kísérés.

A szakirodalom hangsúlyozza, hogy az ellátás helyének megválasztása nem pusztán szervezési vagy egészségügyi kérdés, hanem olyan morális és érzelmi aspektusokat is mozgósító döntés, amely a felelősségvállalás, a „jó halál” és a „megfelelő gondoskodás” eltérő értelmezéseit tükrözi (Walker et al., 2023). A kórház, az otthon és a hospice ebben az értelemben nem semleges opciók: mindegyik eltérő elvárásokat, terheket és tapasztalatokat mozgósít a gyermek és a család számára.

A *kórházi ellátás* a palliatív szakirodalomban elsősorban a szakmai kontroll és a „professzionizmusból” adódó biztonság terepeként jelenik meg, ugyanakkor gyakran társul az intézményi túlszabályozottság, az idegenség és a „biomedikális” perspektívával asszociálódó személytelenség élményével (Andrews & Shaw, 2008; McGann, 2013). A gondoskodás itt a protokolloknak megfelelően zajlik, ami csökkentheti a szorongást, ugyanakkor korlátozza az intimitást, illetve a családtagok cselekvési és részvételi lehetőségeit is.

Az *otthon* a kórházzal szemben számos diskurzusban a gondoskodás „természetes” – nem személytelen vagy „futószalagszerű” – helyszíneként jelenik meg. Empirikus vizsgálatok rámutatnak ugyanakkor arra, hogy az otthoni gondozás jelentős fizikai, érzelmi és időbeli terheket ró a családokra, különösen, amikor a beteg állapota romlik, és az ápolás egyre inkább folyamatos jelenlétet, szakértelmet és orvostechnikai felszereléseket igényel (Milligan & Wiles, 2010; Walker et al., 2023). Menzfeld (2018) Németországban végzett etnográfiai vizsgálatai alapján úgy tűnik, az otthon – mint az életvégi gondoskodás egyre inkább „előírt”, megkérdőjelezhetetlen helyszíne – *ambivalens*

ideálként működik. A „jó halál” otthonhoz kötött elképzelése sok esetben csak a betegség korai szakaszában tartható fenn; az otthonosság ideálja később gyakorta ütközik a gondozás mindennapi realitásával és a családtagok teherbírásának határaival (a betegek például a családtagok munkahelyi kötelezettségei következtében jóval gyakrabban maradnak magukra, mint ahogy azt korábban elképzelték).

A *hospice-házak és -részlegek* ebben az összefüggésben nem pusztán alternatívát kínálnak a kórházzal vagy az otthoni ellátással szemben, hanem köztes megoldásként is megjelennek. McGann (2013) szerint a gyermekhospice legpontosabban olyan ellátási konfigurációként ragadható meg, amely *hálózatos módon* kapcsolja össze az intézményi és az otthoni gondozás elemeit. A gondoskodás többnyire nem egyetlen, rögzített helyhez kötődik, hanem mozgásokon, átmeneteken és kapcsolódásokon keresztül szerveződik, alkalmazkodva a gyermek állapotához és a család aktuális szükségleteihez. Más szerzők arra is felhívják a figyelmet, hogy az otthon és az intézmény közötti különbség a palliatív gondozás során fokozatosan elmosódhat. Amennyiben a család az otthoni ellátást választja, az ápolás gyakorlatai révén a lakótér egyre inkább *intézményes* jelleget ölt: a szokatlan tárgyak, orvosi eszközök és a szakemberek egyre gyakoribb jelenléte, illetve korábban ismeretlen időbeosztások és protokollok szervezik újjá a mindennapi környezetet (Andrews & Shaw, 2008; Milligan & Wiles, 2010). Ezzel párhuzamosan maga a hospice-ellátás tudatosan törekszik az *otthonosság* megteremtésére és az intézményi jelleg tompítására, miközben a hétköznapi élet elemeit integrálja a gondoskodás keretei közé (McGann, 2013;

Walker et al., 2023). Az ellátás helyszínei így egyre kevésbé stabil kategóriák: inkább egymás felé mozduló konfigurációknak tekinthetők, amelyekben az otthon bizonyos szempontból egyre idegenebbé („intézményesen újjászervezetté”) válik, míg az intézmény az otthonosság irányába nyit (Brown, 2003).

A gyermekhospice mint sajátos tér

Ahogy azt a bevezető fejezetben említettem már, a gyermekhospice térbeliségének értelmezése nem választható el azoktól az elképzelésektől, amelyek a haldokláshoz, a halálhoz és a gondoskodás gyakorlataihoz kapcsolódnak. A hospice-ház ebben a viszonyrendszerben egyfajta köztes helyet foglal el: egyszerre kapcsolódik az otthonosság-ideálhoz és az intézményi ellátás működési logikájához. E kettősség megragadásához olyan elméleti megközelítések kínálhatnak értelmezési kereteket, amelyek alkalmasak az átmenetiség, a határhelyzetek és a több funkciójú, illetve ambivalens térhasználat leírására.

Michel Foucault (2000) *heterotópia*-fogalma a Tábita Ház kontextusában különösen releváns. A heterotópiák olyan „abszolút módon más terek”, amelyek a társadalmi rend részét képezik ugyan, mégis eltérő szabályok, szerepek és időbeliségek szerint működnek. Képesek befogadni egymással összeegyeztethetetlen jelentéseket és gyakorlatokat, miközben sajátos viszonyt alakítanak ki az idővel: gyakran a krízis, az átmenet vagy a felfüggesztettség tapasztalatahoz kötődnek. A heterotópia fogalmának empirikusan megalapozott alkalmazását kínálja Davis és munkatársai (2018) gyermekpalliatív ellátásban végzett etnográfiai kutatása, amely a hospice-t nem egységes

helyként, hanem egymásra rétegződő tér- és időrendek mintázataként írja le. Értelmezésükben a gyerekhospice heterotóp jellege épp abban ragadható meg, hogy képes „egyben tartani” az egymással nehezen összeegyeztethető gyakorlatokat anélkül, hogy azok hierarchikusan rendeződnének. A hospice tere egyszerre szolgál a gyermek életének fenntartására irányuló beavatkozások, a családi együttlétek hétköznapi rutinjai és a halál közelségéhez kapcsolódó „rituális, érzelmi munka” helyszínéeként.

A hospice térbeliségének értelmezéséhez további fontos kiegészítést kínál Thomas Fuchs (2019) *tabutér* fogalma. Fuchs szerint a tabu elsősorban nem explicit normákban jelenik meg, hanem térbeli szerveződésként: bizonyos jelenségek fokozatosan kiszorulnak a mindennapi élet tereiből, miközben a közelükben sajátos, elkerülő mozgások alakulnak ki (a társadalmi gyakorlatok „negatív görbülete” veszi őket körül). A tabutér ily módon történő meghatározása egyúttal azt is megvilágítja, hogy a „jó halálhoz” kapcsolódó kortárs elképzelések nem a tabu feloldására, hanem annak *szabályozására* tesznek kísérletet. A „jó halál” diskurzusa így nem a halál nyilvánossá tételét célozza, hanem egy olyan normatív keret kialakítását, amely meghatározza, hogy milyen feltételek mellett válhat a halál elfogadhatóvá, elviselhetővé, illetve társadalmilag integrálhatóvá. Ami

e kereteken kívül esik, továbbra is a tabutér logikája szerint szerveződik: elkerülendővé, nehezen artikulálhatóvá, térben és nyelvileg is problematikussá válik.

A kortárs – különösen a hospice-mozgalomhoz kapcsolódó – diskurzusokban a „jó halál” alapvetően az autonómiához, a szenvedés minimalizálásához, a személyes cselekvőképességhez, az informált döntésekhez és az érzelmi-kapcsolati rendezés, a búcsú lehetőségéhez kapcsolódik (Bérczes & Biró, 2020; Hegedűs, 2006; Walter, 1994). Fontos hangsúlyoznunk ugyanakkor, hogy az említett elképzelések implicit módon egy *felöltt*, az életútját immár lezáró személy halálára vonatkoznak. A gyermekhalál a kortárs nyugati gondolkodásban nem értelmezhető „jó halálként” (vö. Scheper-Hughes, 1987): nem illeszthető be sem az életszakaszok rendjébe, sem azokba a narratívákba, amelyek a halált beteljesülésként interpretálják. A gyermekhalál mindezek következtében napjainkban *radikálisan problematikus esemény*, amely különösen nehézé teszi a veszteség értelmezését és kezelését. A gyerekhospice ebben az értelemben nem lehet a „jó halál” megvalósításának helyszíne (a külvilág számára pedig épp emiatt elképzelhetetlen tabu-tér²); sokkal inkább olyan hely, amely a gondoskodás és a szenvedés enyhítésének gyakorlatait a jelentésadás súlyos nehézségeinek kontextusában szervezi meg.

2 A gyerekhospice a külvilág számára alapvetően sokkoló, nehezen integrálható tapasztalatként jelenik meg: olyan helyszíneként, amely felülírja a hétköznapi normákat, elvárásokat és morális reflexeket. Mindennek szépirodalmi megjelenítésére kiváló példa Krusovszky Dénes *Pontban este hatkor* című tárcanovellája (2023), amelyben egy kertvárosi konfliktus pillanatok alatt veszíti el az értelmét, amikor kiderül, hogy a főhóst az örületbe kergető autóhasználat egy haldokló gyermek utolsó örömforrásához kapcsolódik. A hospice-ház implicit jelenléte a történetben olyan tabu-térként (fuchs értelemben: „negatív görbületként”) működik, amely minden szereplő számára felfüggeszti a megszokott ítéleteket és cselekvési logikákat.

Otthonosság és helykötődés

A gyermekhospice-ok térbeli működésének, illetve a Tábita Ház önreprezentációjának megértéséhez további fontos kiindulópont jelenthet az *otthon* környezetpszichológiai értelmezése. Az otthon nem pusztán fizikai helyszíneként – illetve annak mentális reprezentációjaként –, hanem olyan komplex pszichoszociális térként is leírható, amely a mindennapok rutinszerű megélését, az ismerősség és a kontroll tapasztalatát, valamint a biztonság, a visszahúzóds és a magánélet lehetőségét biztosítja. Ebben az értelemben természetesen nem statikus entitás, hanem a használat, az ismétlődő gyakorlatok és a személyes jelentéstulajdonítás révén konstruálódik. Környezetpszichológiai megközelítések hangsúlyozzák, hogy az otthon egyúttal identitásképző tér is: a *helyidentitás* a személyes önazonosság alstruktúrájaként alakul ki a helyekhez és a tárgyakhoz fűződő tapasztalatokon és a velük történő tranzakciókon keresztül (Düll, 2009).

Annak ellenére, hogy az otthonosság tapasztalatának legalább részleges reprodukciója a gyermekhospice-ok működésének alapvető eleme, egyértelmű, hogy az „otthon-érzés” az intézményi környezettel való többszöri találkozás és kapcsolódás során formálódik (azaz nem „elve adott”). A helykötődésre vonatkozó kutatások arra mutatnak rá, hogy a palliatív ellátás helyszínéhez fűződő viszony nem kizárólag funkcionális, hanem érzelmi és szimbolikus dimenziókkal is rendelkezik, amelyek befolyásolják az ellátás értékelését (Dunbar et al., 2018). Mindebből következik, hogy a „mentesítés” során a gyermekhospice-t már ismerő és elfogadó szülők könnyebben fordulnak a házhoz segítségért, amikor életvégi ellátás válik szükségessé.

Az otthonosság megteremtésével kapcsolatos nehézségek és feszültségek a gyermekhospice-tervezésről szóló szakirodalomban is megjelennek. Az építészeti, illetve a dizájnjal kapcsolatos megközelítések hangsúlyozzák, hogy a gyermekhospice-ok kialakításának központi célja a támogató, „nem intézményi” jellegű légkör megteremtése, amely elősegíti a gyermekek, a hozzátartozók és a személyzet jóllétét (Poulsen et al., 2017; Knox, 2023). A természet közelsége, a fényviszonyok, a rugalmas térszervezés és a személyre szabhatóság mind olyan elemek, amelyek erősíthetik a szabadság és az otthonosság ideiglenes tapasztalatát. A tervezési elvek ugyanakkor – ahogy azt a hazai példák elemzése kapcsán is láthatjuk majd – együtt járnak azzal, hogy az intézménynek meg kell felelnie az egészségügyi ellátás biztonsági és működési követelményeinek, ami szükség-szerű kompromisszumokat von maga után.

MÓDSZERTAN

A Tábita Gyermekhospice Ház mindennapi működésének megértéséhez elengedhetetlen azokhoz az intézményi és térbeli gyakorlatokhoz való hozzáférés, amelyek elsősorban a rendszeres és tartós jelenlét révén válnak érzékelhetővé. Tanulmányom empirikus alapját az intézményben 2024 szeptemberétől jelen tanulmány megírásáig, 2026 januárjáig heti egy, ritkábban két alkalommal kulturális antropológusként végzett terepmunka képezi. A megfigyelések – az etnográfia gyakorlatához illeszkedve – nem egy előzetesen rögzített elméleti modell vizsgálatára vagy hipotézisek igazolására irányultak, hanem arra, hogy feltárják, miként szerveződnek a gyermekhospice-intézményben a

térhasználathoz kapcsolódó gyakorlatok, narratívák és szimbolikus jelentések. Noha a vizsgálat részét képezték a rövidebb, nem strukturált interjúk, beszélgetések is, a résztvevő megfigyelés (Eriksen, 2006; Emerson, Fretz & Shaw, 2011) tette valóban hozzáférhetővé a térhasználat implicit, alapvetően nehezen artikulálható, sokszor reflektálatlan dimenzióit (amelyek jobbára a mindennapi rutinokban, mozgásokban, elrendezésekben és interakciókban nyilvánulnak meg).

A terepmunka kezdeti, strukturálatlan szakaszában kizárólag *megfigyelőként* voltam jelen az intézményben. Pozícióm elsősorban a térhasználat monitorozását tette lehetővé: a különböző funkciókhoz rendelt terek – mentesítés, illetve életvégi kísérés –, illetve a nyilvános és privát zónák elkülönülésének és összefonódásának vizsgálatát. Figyelemmel kísérhettem azokat a gyakorlatokat is, amelyek révén az „otthonos” és az „intézményi” közötti határok és átmenetek megszerveződnek a mindennapokban. 2025 januárjától a terepen betöltött szerepem jelentősen átalakult. Egy családterápiákat támogató projekt (MOL – Új Európa Alapítvány) keretében klinikai szakpszichológusként is bekapcsolódtam az ellátásba, ami a jelenlétem intenzívebbé és sokrétűbbé válásával járt együtt. A kettős pozíció – megfigyelő és segítő – lehetővé tette, hogy a térhasználatot ne csupán külső perspektívából, hanem az ellátás mindennapi gyakorlatai felől is érzekeljem. Módszertani szempontból ugyanakkor mindez fokozott reflexivitást is igényelt, hiszen a kutatói és a segítői szerepek az ottlétem idején nem váltak el élesen egymástól. A feljegyzéseimben igyekeztem minél hangsúlyosabban megjeleníteni a szerepváltásokhoz, az érintettséghez és az ebből fakadó értelmezési „eltolódásokhoz” kapcsolódó reflexióimat,

összhangban a kvalitatív kutatások metodológiai hagyományaival (Davies, 2008).

Az adatgyűjtés alapját – a kulturális antropológia módszertanához kapcsolódva – a folyamatosan vezetett terepnaplók képezték. Ezek nem csupán a megfigyeléseim rögzítésére szolgáltak, hanem a családtagokkal, a személyzettel, az önkéntesekkel és az intézmény más szereplőivel folytatott informális beszélgetések lenyomatait is tartalmazták. A kutatás során nem készültek hangfelvételen rögzített, formális interjúk. A beszélgetések természetes helyzetekben zajlottak – ezeket a terep sajátosságaihoz igazodva utólag jegyeztem le. Döntésem összhangban állt a gyerekhospice-ban zajló eseményekkel (úgy éreztem, hogy a formális adatfelvétel könnyen megtörhette volna az együttlétek intimitását és természetes ritmusát). A kutatás során az intézmény nevét kizárólag amiatt említem, mert Magyarországon jelenleg a Tábitha Ház az egyetlen működő gyerekhospice-intézmény. A résztvevők személyazonosságának védelme érdekében ugyanakkor minden egyéni szereplő anonim módon, álnéven jelenik meg a szövegben, az azonosíthatóságot lehetővé tevő részletek elhagyásával vagy módosításával.

Az empirikus anyag elemzése során a terepnaplók szövegében visszatérő mintázatok, narratívák és szimbolikus gyakorlatok megragadására törekedtem, különös tekintettel a térhasználathoz, az otthonosság tapasztalatához és az intézményi működés ambivalenciáihoz kapcsolódó jelentésekre (Braun & Clarke, 2006) – a halálhoz való viszonytal és a hospice-ellátás komplex tapasztalatával ebben az írásban nem foglalkozom. Az elemzés kiterjedt továbbá az intézmény önreprezentációjára is: a leggyakrabban használt kommunikációs – szöveges és vizuális – elemekre, illetve metaforákra,

amelyek az intézményi honlapon kívül az önkéntesek képzésén, és a Tábitha Ház által az érdeklődőknek szervezett „érzékenyítő napokon” jelentek meg.

„AZOKNAK, AKIK SOHASEM
NŐHETNEK FEL”
– A TÁBITHA HÁZ TEREI

Más hangok, más szobák

„A kislányunkról mondogatjuk is a családban, hogy most a wellnesshotelbe megy” – dicsérte a Tábitha Ház mentesítő szolgáltatását egy édesanya az érzékenyítő napon. – „Ugyan sérült gyerekek ők, de mégiscsak gyerekek. Szeretetre és játékra vágnak”. A szülők által gyakran említett „wellneszelés” – amely első hallásra talán abszurdnak és zavarba ejtőnek hathat egy gyermekhospice-intézmény kontextusában – elsősorban arra utal, hogy a Ház a terhek ideiglenes átvállalásának tereként képes a hangsúlyt a betegség „kezelése” helyett az életminőség fenntartására helyezni (mind a gyerekek, mind a szüleik szempontjából).

A regenerációt és a testi-lelki jóllétet ideiglenesen biztosító környezet mellett az életvégi ellátásra érkező családok számára a Ház nem átmeneti térként, hanem egyre inkább a végesség, az elszakadás és a búcsú – eltérő értelemben átmeneti – helyszínékként jelenik meg. A gyermekhospice működésének és térstruktúrájának legnagyobb nehézsége alighanem a funkciók egyidejűségéből, a heterotópikus jellegből fakad: ugyanazon térnek kell befogadnia és biztosítania a „wellness” tapasztalatát, mint a halál közelségének radikálisan más idő- és érzelmstruktúráját, anélkül, hogy ezek kioltanák egymást. Míg a – különösen a

mozgásképtelen – gyerekek és hozzátartozók számára a Tábitha a beszűkült életter *kinyílását* jeleníti meg, addig az életvégi ellátás során épp ellenkezőleg: a korábban sokrétű, gazdag életter egyre *korlátozottabbá* válik.

A terek és az idősíkok összetett, heterotópikus jellege érhető tetten az *emlékezés* módjában és rítusaiban is. A Tábitha Házban az emlékezés nem elkülönített, elzárt helyiségekhez kötődik, hanem a mindennapi térhasználatba ágyazottan jelenik meg (vö. Halbwachs, 2018). A közösségi tér falára festett fa, amelynek ágai között az ellátott gyerekek fotói kaptak helyet (és amely mellett mindennap elhaladnak a dolgozók, sőt, a terápiás foglalkozásokra visszaérkező szülők rendszeresen meg is simogatják a gyermekük fényképét), valamint a kert előterében elhelyezett, festett emlékkavicsok olyan tárgyak, amelyek az elveszített gyerekek felidézése mellett a Ház *kollektív identitásának* is a részét képezik. Bár a képek és a kövek nem kizárólag a gyász számára jelölik ki a teret, nem teszik lehetővé a veszteség elkendőzését sem: sokkal inkább azt biztosítják, hogy az emlékezés és a mindennapi funkcionálás ne váljanak el élesen egymástól.

Az említett együtt-létek – a játék, a gondoskodás, a veszteség és az emlékezés egyidejű jelenléte – önmagukban is jól mutatják, hogy a Tábitha Ház tereiben a különböző szerepek nem egymást kizárva, hanem egymásra rétegződve működnek. A környezetet természetesen nem tekinthetjük egyszerűen „adottnak” és pusztán birtokba vehetőnek: a használók folyamatosan létrehozzák, alakítják és „újrátárgyalják” a rájuk visszaható tereket (Berger, 2018). A továbbiakban a tereptapasztalataim alapján azt vizsgálom, hogy a Tábitha Házban zajló gyakorlatok – a mozgások, megtorpanások, elválasztások

és összekapcsolódások – hogyan járulnak hozzá ahhoz, hogy a különböző ellátási formákhoz kötődően többé-kevésbé eltérő jelentésű és hangulatú, mégis átjárható terek jöjjenek létre ugyanazon az épületen belül.

A nappali mint hibrid tér

A 2011 óta működő Tábita Ház egy eredetileg *családi otthonként* szolgáló épületben kapott helyet, amelyet később – amennyire ez lehetséges volt – a megváltozott funkciókhoz igazítottak. Az ide érkezőt egy kisebb „előszobából” kilépve világos, tágas helyiség fogadja, amelyet – a kórházi elrendezéstől és gyakorlatoktól eltérően, a Ház eredeti terveire utalva – rendszerint „nappalinak” neveznek. A nappaliból folyosó vezet a „mentesített” gyerekek szobáihoz és a fürdőhöz, illetve egy oldalfolyosó a személyzet két egymásba nyíló, szűkös irodahelyiségéhez. Az egy-egy család beköltözését lehetővé tevő „életvégi apartman” az alsó szinten alakították ki; ettől elkülönítve, ugyancsak ezen a szinten található egy csoportfoglalkozásokat, dolgozói és családi megbeszéléseket lehetővé tevő közösségi helyiség (a „tűkrös terem”), valamint egy pszichológusi szoba.

A *nappali* a Tábita Ház mindennapi működésének csomópontja: olyan megkerülhetetlen helyszín, ahol a különböző ellátási formák, szerepek és szereplők összetalálkoznak, illetve rendszerint egyidejűleg jelennek meg. A pultnál adminisztrációs feladatokat ellátó nővér, a középre fektetett szőnyegen kisgyereket mozgató gyógytornász, a gitározó vagy épp egy másik gyermeket ebédeltető önkéntes, az ablakok melletti asztalnál a látogatókat kávéval kínáló koordinátor

együttes jelenléte megszokott, mindennapi tapasztalat. A dolgozók oly módon igyekeznek kialakítani vagy módosítani a nappali terét, hogy az minél kevésbé keltessen „intézményi” benyomást vagy élményt. Andrews és Shaw (2008) „normalizálásnak” nevezik azokat a gyakorlatokat, amelyeket a személyzet tagjai arra használnak, hogy a páciensek életterét a lehető legközelebb hozzák az egészségügyi intézményen kívüli környezethez (például dekorációs elemekkel, játéksarkok biztosításával vagy a játék ösztönzésével).

A nappaliban zajló tevékenységek egyidejűsége ugyanakkor nem korlátozódik a gondozás „életoldali” gyakorlataira: ritkábban, de előfordul, hogy a központi tér az életvégi ellátás elemeit is befogadja. Esetenként egy-egy súlyos állapotú csecsemő kerül például a nővérpulthoz közeli kiságyba, amikor a szülők épp nincsenek a Házban. Hasonló módon lép át az életvégi helyzet tapasztalata a nappali terébe akkor is, amikor a gyermekével az alsó szinten található apartmanba beköltöző szülő próbál meg egy időre kilépni az elszigeteltségéből, és ül le a dolgozókkal teázni – miközben úgy helyezkedik el, hogy mindvégig figyelemmel kísérhesse a nővérpult mögött elhelyezett, a lenti történéseket mutató monitort.³

Az „életvégi tapasztalatok” belépése esetén ugyancsak fontosak lesznek a korábban említett „normalizációs” gyakorlatok, ám az „intézményi jelleg” kiiktatása, a „természetes környezet” megteremtése mellett hangsúlyossá válik a *magánterek* keresése és biztosítása is (Andrews & Shaw, 2008). Shortt (2014) félig privát, félig publikus

3 A nővérpult mögött elhelyezett, az életvégi apartman történéseit mutató monitor alapvetően diszkrétben, a nappaliban tartózkodók számára majdhogynem észrevétlenül, de mégis beemeli a haldoklás tapasztalatát az intézmény mindennapi terébe.

mikroterritóriumokról szóló elemzése arra mutat rá, hogy az intimszféra igénye esetén hogyan alakulnak át a – sokak számára csak átmeneti terekként, nem-helyekként értelmezhető – folyosók, lépcsők, mosdók vagy sarkok. Amikor egy váratlanul elérzékenyülő szülő szeretne például félrevonulni a Tábitha Ház nappalijának nyüzsgő teréből, fontossá válhat az apró konyhába való belépés, a mindig nyitott ajtó gyors behajtása, vagy a szűk, sötét folyosó sarkába, esetleg egy üresen álló gyerekszobába való átmeneti visszavonulás.

Összességében, a nappali nem pusztán fizikai értelemben működik központi térként, hanem olyan szimbolikus és interakciós csomópontnak is tekinthető, ahol az intézményi működés látható és rejtettebb rétegei – például az önreprezentációban hangsúlyos „élet háza” és a gyermekhalál tragikus tapasztalata – alkalmanként átfedik egymást. A későbbiekben a nappaliban zajló események elemzéséhez a *frontstage* és a *backstage* vizsgálata során még visszatérek – mindennek megértéséhez azonban nélkülözhetetlen az életvégi apartman terének előzetes elemzése is.

A „lenti család”: az életvégi apartman

A Tábitha Ház alsó szintjén elhelyezkedő közösségi térhez képtelen vagyok hozzászokni. A korábban tornateremként használt helyiség egyik falát óriási tükrök borítják, amelyek az intimitás atmoszférájánál sokkal erőteljesebben idézik fel Foucault (2000) gondolatait a heterotópiáról (létező helyekről, amelyek a tükörképhez hasonlóan egyúttal a hiányra, a nem-létezésre és a valótlanságra is utalnak). A kényelmetlenség ellenére valahogy mégsem jut eszembe soha, hogy egy-egy beszélgetésre vagy csak megpihenésre az alkalmanként üresen álló

életvégi apartman kanapéjára húzódjak vissza. Néhány lépést kellene csak megtennem a folyosón, kinyitni a Tábithában szokatlan módon állandóan csukva tartott ajtót, mégis érzekelem, hogy az életvégi lakrész küszöbe másfajta határt jelöl. Az átlépéshez alapos indok és jogosultság szükséges – még egy intim terekben egyébként szűkölködő épületben is.

Az életvégi apartman a Tábitha Ház fizikailag leginkább elkülönülő, leválasztott tere, amelyhez sajátos visszafogottság kapcsolódik (előfordult, hogy még a nővérek is megmagyarázták, hogy amiatt használják az akkor épp nem lakott apartman mosógépét, mert a „Házé” elromlott). A távolságtartás nem explicit módon lefektetett, formális szabályokból, sokkal inkább egyfajta kollektív érzékenységből fakad, amely ugyanakkor számos további kérdést vet fel. Julia Lawton (2000) elemzi azt a felnőtt hospice-okra jellemző kettősséget, amely a „nyíltság” eszméjéből – vagyis a „haláltagadás” és a „rejtegetés” elutasításából –, illetve az autonómia tiszteletben tartásából áll. Mivel azonban a nyitottság és a magánélet tisztelete – vagyis az elzárkózás lehetővé tétele – *egymással ellentétes térbeli kódok*, érdemes megvizsgálni azokat a hospice-intézményekben megragadható térbeli konfigurációkat és viselkedésszerű stratégiákat, amelyekkel az emberek a többértelműségeket kezelni próbálják.

A haldokló gyermekkel együtt beköltöző „életvégi család” magánéletének tiszteletben tartását, az apartman „tilalmas jellegét” – ahogy fentebb jeleztem már – számos implicit szabály biztosítja (egy specifikus nyitó-záró rendszer működtetése: a csak indokolt esetben történő belépés; a Ház iránt érdeklődő, más terekbe szívesen bevezetett látogatók távol tartása; az életvégi család számára egy különálló, a kerten keresztül

történi bejárat biztosítása). Beszédese azok a szituációk is, amikor az apartman ajtaja véletlenül mégis nyitva marad – például a takarítónő munkája és mozgása következtében –; ilyenkor az arra járók reflexszerűen becsukják azt, jelezve, hogy az odabent zajló események nem tartoznak a közös tér nyilvánosságához, még akkor sem, ha az intézmény egésze működése a nyitottság és az átláthatóság ethoszára épül.

Az életvégi apartman ideje és tere természetesen sok szempontból eltér a Ház többi helyiségének jellemzőitől. Davis és munkatársai (2019) szerint a haldoklás tere a gyermekhospice-intézmény heterotóp terein belül is sajátos heterotópiát képez, hiszen magába sűríti az „élet és a halál”, az „otthon és a kórház”, a „jelenlét és a jövő”, illetve a „káosz és a kétértelműség” – a kiszámíthatatlanság és a tehetetlenség – tereit és idejét. Az időbeli fluktuációhoz és a többértelműséghez kapcsolódóan megállapíthatjuk, hogy az életvégi apartman egyúttal a *várakozás* tere is: az ide költöző családok egy bizonytalan, időben akár hosszan elnyúló, előre nem látható, pontosan nem tervezhető folyamatba lépnek be. Az itt töltött napokat vagy heteket nem a cselekvés, hanem a „várakozás” tapasztalata szervezi – amely ugyanakkor mégsem „passzív állapot”, hanem a minimális cselekvés” látszata ellenére is folyamatos érzelmi és erkölcsi munka.

Hasonlóképpen elemzi Han (2012) a krónikus bizonytalanságban töltött chilei hétköznapokat: az emberek, bár nem passzívan várják a jövőt, mégsem képesek alakítani azt. Az „aktív várakozás” állapota különösen jól megfigyelhető az otthonhoz kötődő gyakorlataikban: a chileiek fenntartják a rendet, az otthon működőképességét, miközben tudják, hogy bármelyik pillanatban megváltozhat minden. A kisebb átalakításokkal összefüggő

tevékenységek voltaképp nem egy kiszámítható jövőbe való befektetés, hanem a jelen elviselhetővé tételének az eszközei. Az életvégi apartman „személyre szabásának”, otthonossá formálásának lehetősége ugyanezt az „érzelmi belakást” (Bachelard, 2011), az „élhetővé tételt” szolgálja (amellett, hogy a megszemélyesítés további szimbolikus határt képezhet az uniformizált és steril kórházi környezettel szemben). A Tábitás családok korlátozottan ugyan, de díszíthetik és berendezhetik a rendelkezésükre álló térreszeket: a gyermek szobáját (az anya általában itt, a gyermek mellett, egy állítható ágyon alszik), illetve az ebből nyíló amerikai konyhát (ahol egy kihúzható kanapé további családtagok elhelyezését teszi lehetővé).

„Bizonyos szempontból talán jobb lett volna otthon maradnunk – mondta egyszer egy, a gyermekével az apartmanba beköltöző édesanya –, nem tudom. Jobb lett volna a saját házunkat átrendezni, az mégis egy ingergazdagabb környezet, mert itt sok mindent azért nem lehet megcsinálni. De hogy ott tudnék-e maradni a házban, miután a lányom meghalt benne, az azért nem valószínű”. Az életvégi apartman idézett „ingerszegénysége” jól mutatja, hogy az otthonosságra törekvés ellenére a tér csak korlátozottan alakítható. Az egészségügyi ellátás, a steril környezet megteremtésének követelményei kizárják például a „béleltséget”, „puhaságot”, „komfortot” biztosítani hivatott szőnyegetek, függönyöket vagy virágokat. Ennek ellenére emlék- és dísz tárgyak, fényképek elhelyezhetők – annak a fájdalmas tudásnak, az „aktív várakozásnak” a jelenlétével, hogy az otthonosság időben korlátozott. Amit a családtagok belaknak, attól rövidezen el kell szakadniuk.

Shortt (2014) átmeneti terekhez kapcsolódó elemzése jól megragadja az említett ambivalenciát: az olyan helyek, amelyek

eredendően nem hosszú távú tartózkodásra, hanem ideiglenes jelenlétre lettek kijelölve, a bennük zajló mindennapi gyakorlatok révén alkalmanként mégis „lakottá” válhatnak. Az életvégi apartman ebben az értelemben olyan átmeneti hely, amelyet a család valamennyire képes érzelmileg „belakni”, illetve rutinul, emlékezettel és jelentéssel megtölteni (miközben mindvégig tudatában van annak, hogy ez az „otthon” időben korlátozott). A gyermekhospice így nem válik a klasszikus értelemben vett otthonná, de nem is marad pusztán intézményi tér: liminális pozíciójából fakadóan egyszerre hordozza a részleges lehorgonyozottság és a végesség tapasztalatát.

Elmosódó határok: a *frontstage* és *backstage* problematikája

Erving Goffman (1981) klasszikus megkülönböztetése szerint az elülső (*frontstage*) és a hátsó (*backstage*) régiók azok a terek, ahol a társas szerepek előadása, illetve ezek időleges felfüggesztése történik. Az elülső régióban a szereplők kontrolláltan, stilizált módon viselkednek, míg a hátsó régióban lehetőség nyílik a feszültség elengedésére, a „szerepből való kilépésre”, a felkészülésre és az érzelmi teher csökkentésére. A hétköznapi kórházi terek elemzésekor a dramaturgiai megkülönböztetés viszonylag egyértelműen alkalmazható: a betegszobák és rendelők az elülső régióhoz, a személyzeti helyiségek, nővér-szobák, öltözők a hátsó régióhoz tartoznak. A Tábita Ház tereiben a goffmani felosztás ugyanakkor csak korlátozottan működik. A tereptapasztalataim alapján a gyermekhospice-ban az elülső és hátsó régiók nem stabilan elkülönülő zónák, hanem folyamatosan változó, helyzetfüggő térhasználatok eredményeként jönnek létre. Látni fogjuk, hogy a Ház működése épp azokat a határokat

lazítja fel, amelyek egyéb kórházi környezetekben a szerepek védelmét szolgálják.

A nappali és az abból nyíló kis konyha terei tipikusan *frontstage*-ként működnek a Házban: itt zajlik a gondoskodás „látható” része, itt találkoznak a családok a személyzettel, többnyire itt jelennek meg a „normalitás” (a nem intézmény-jellegű tevékenységek), a játék és a közösségi együttlét gyakorlatai is. Az említett térszerek ugyanakkor egyidejűleg *backstage*-funkciókat is betöltenek: a személyzet tagjai itt esznek, itt pihennek meg, vagy éppen itt beszélnek meg egymással a nehézségeiket (miközben esetenként a családok is jelen vannak). Egy alkalommal például egy beteg gyermek édesanyja és testvére érkeztek pszichológiai konzultációra. Amíg mi ebédeltünk a nappaliban elhelyezett asztalnál, ők ugyanabban a térben, kicsit távolabb a „mentesített” kicsik etetésében segédkeztek. „Nagyon furcsa volt, rendkívül kényelmetlenül éreztem magam – irtam később a terepmunka-naplómba –, ha egyedül lettem volna, inkább később ebédelek. Vagy ha lett volna egy tér, ahová visszahúzódhatok, akkor biztos inkább ott eszek. Persze ez mindenkinek természetes volt, de ekkor éreztem először nagyon furcsának ezeknek a határoknak az elvékonyodását.”

Az említett „határsértésről” hamar kiderült számomra, hogy nem kivételes szituáció, hanem a hospice mindennapi működésének része: a nővérek és önkéntesek nem rendelkeznek valódi *backstage*-térrel, ahová visszavonulhatnak. A szerepek közötti váltás mindezek miatt alapvetően nem a térben elkülönülve, hanem időben, pillanatok alatt történik meg. Egy nővér az egyik percben egy haldokló gyermek édesanyjával beszélget, a következőben pedig már mosolyogva buzdít játékra egy kisgyereket,

majd adminisztratív feladatokat végez. A frontstage és a backstage közötti mozgás így nem térbeli átlépésként, hanem – ugyanazon térhez kötötten – mentális és érzelmi váltásként jelenik meg.

Az előlő és hátsó régiók problémája sajátosan rajzolódik ki az életvégi ellátás kontextusában is. Az apartman az előző fejezetben írottak alapján a Házon belül egyértelműen backstage-nek tűnhet: leválasztott, intim tér, amelyet a nyilvánosságtól alapvetően elzárva tartanak. Az intuíciónknak némiképp ellentmondva a beköltöző családtagok számára maga az apartman, illetve a gyermek szobája gyakran mégis inkább frontstage-ként értékelődik. A szülők arról számolnak be, hogy a gyermek előtt érzelmileg „tartaniuk kell magukat”, illetve vannak, akik úgy döntenek, hogy nem is említik a meghalás, a búcsúzás kérdéskörét: gyermek védelmében igyekeznek fenntartani a „normalitás” látszatát. Ezzel párhuzamosan a valódi backstage másutt jön létre. „Elmegek zuhanyozni, mondtam a lányomnak, amikor már nem bírtam tovább – mesélte egy anyuka. – Délután kettő volt, nem tudom, mit gondolt. De legalább egyedül sírhattam egy darabig.” Mások a kertben, vagy egy rövid bevásárlás, esetleg futás vagy séta során találhatnak maguknak olyan helyet, ahol „kikapcsolhatnak”, illetve erőt meríthetnek a további szerepjátszáshoz.

A Tábita frontstage–backstage problémája csak részben kapcsolódik a rendelkezésre álló terek szűkösségéhez (a tényhez, hogy a Háznak nincs elkülönített személyzeti pihenője és konyhája: az érkező családok ugyanazokat a helyiségeket használják, mint a dolgozók). A nehézségek ennél alighanem mélyebben gyökereznek: megítélésem szerint a gyermekhospice működését meghatározó gondoskodásaitikai elvekhez

kapcsolódnak. A dolgozók és a családok közötti határok elvékonyodása egyszerre teremti meg az intimitás lehetőségét, illetve növeli a sérülékenységet. Miközben elősegíti a közelséget és a kapcsolódást, meg is nehezíti a működéssel kapcsolatos kérdések nyílt megvitatását a családok jelenlétében, vagy olyan helyzeteket hoz létre, amelyekben a személyzet érzelmi érintettsége óhatatlanul is láthatóvá válik. Arlie Hochschild (1983) az érzelmi munkáról szóló klasszikus elemzésében hangsúlyozza, hogy a segítő foglalkozások esetében az emóciók nem pusztán belső állapotok, hanem a munka szerves részei: megjelenítésük, szabályozásuk és adott esetben a visszatartásuk a biztonságos és kiszámítható légkör fenntartásának feltétele. A gyerekhospice kontextusában ugyanakkor nehéz egyértelmű határt húzni azzal kapcsolatban, hogy a személyzet érzelmi jelenléte mikor erősíti, és mikor veszélyezteti ezt a biztonságot.

„Az élet háza” és a „varázsvilág”: a tér metaforikus értelmezései

A Tábita Ház kommunikációjában visszatérően jelennek meg azok a metaforák, amelyek az intézményt nem egészségügyi vagy hospice-ellátóhelyként, hanem az „élet házaként”, illetve „varázsvilágként” írják le. Egy olyan intézmény esetében, amely a kortárs nyugati kultúrában radikálisan problematikus eseményhez, a gyermekhalálhoz kapcsolódik, az említett – számomra az első találkozáskor nehezen értelmezhető – metaforák elsősorban olyan jelentésképző keretek, amelyek megpróbálják megtörni a „zsigeri elutasítást”, és igyekeznek segíteni abban, hogy a gyermekhospice a külvilág számára is „elképzelhetővé” és érzelmileg megközelíthetővé váljon.

A „ház” metafora központi szerepe ebben az összefüggésben Francesca Rigotti (1995) elemzése felől válik igazán érthetővé. A szerző szerint a ház nem egyszerűen lakhely, hanem alapvető antropológiai és morális referencia: az a stabil középpont, amelyhez viszonyítva az ember egyáltalán képes elindulni az ismeretlen felé. A ház a rend, az összetartozás és a védelem szimbóluma, amely lehetővé teszi a kiszámíthatatlan, veszélyes vagy átmeneti állapotok elviselését. Nem véletlen, hogy a ház metaforája különösen gyakran jelenik meg krízishelyzetekben: ott, ahol az élet kontinuitása megbomlik, ahol egyfajta külső stabilitás válik szükségessé (amely legalább részben pótolja a belső bizonyosság elvesztését). Rigotti hangsúlyozza, hogy a ház-metafora gyakran akkor válik hangsúlyossá, amikor a test és az élet integritása megbomlik: ilyenkor a külső tér válik a megtartás hordozójává. A Táibitha Ház önmeghatározása ebben a perspektívában annak kimondásaként értelmezhető, hogy amikor a test nem képes már „otthonként” működni, szükség van egy olyan „külső házra”, amely legalább részben átveszi ezt a funkciót.

Az „élet háza” kifejezés egyúttal továbblépés is: immár nemcsak a védelemre utal. A hospice-ellátás alapvető dilemmája, hogy miként lehet elkerülni, hogy az intézmény kizárólag a halál helyszínékként legyen elképzelhető. Az „élet háza” metafora nem a halált tagadja, hanem azt a perspektívát erősíti, hogy a hospice a *halál előtti életre* fókuszál. A „varázsvilág” metafora mindehhez képest egy további jelentéstartalmat emel be: olyan térre utal, ahol a hétköznapi szabályok nem érvénytelenek ugyan, de nem is kizárólagosak. A metafora nem azt ígéri, hogy a szenvedés eltűnik, hanem azt, hogy létezhet mellette játék, öröm, meglepetés és

kapcsolat. A metaforák ebben az értelemben védelmi funkciót is betölthetnek: egyszerre óvják a családokat, a dolgozókat és magát az intézményt attól, hogy a gyermekhalál kizárólag a horror, a rendellenesség vagy az értelmetlenség nyelvén legyen elbeszélhető. Ugyanakkor fontos látni azt is, hogy a reprezentáció során alkalmazott metaforák szükségszerűen részlegesek. A „varázsvilág” és az „élet háza” hangsúlyozása el is fed bizonyos tapasztalatokat: a kimerültséget, a dühöt, az ambivalenciát, a határhelyzetek nyers valóságát.

Fontos megemlítenem, hogy a ház-metafora szorosan összekapcsolódik egy további, kevésbé expliciten megfogalmazott, ám a mindennapi működésben annál hangsúlyosabb jelentéssel: az otthonnal és a családdal is. A Táibitha Házban – a „ház” és az „otthon” jelentésekhez metonimikusan kapcsolódva (vö. Kövecses, 2005; Lakoff & Johnson, 1980) – gyakran hangzik el, hogy „itt mindenki egy család része”, illetve „egyetlen nagy család vagyunk”. A személyzet és a családok viszonya, ahogy korábban többször is utaltam már rá, sok tekintetben valóban eltér a kórházi ellátás megszokott hierarchikus rendjétől: a szerepek közötti határok elmosódottabbak, az érzelmi érintettség nyíltabban jelenik meg, a mindennapi együttlét pedig intenzívebb formákat ölt. Az otthonosság és közösségiség ugyanakkor nemcsak erőforrás, hanem sérülékeny állapot is. Egyes nővérek beszámolóí szerint a 2026-ban várható, nagyobb épületbe költözés éppen azt a családi légkört fenyegetheti, ami miatt sokan a megterhelő munka ellenére is a Táibitha Házban maradtak. „Ha kórházban akarnék dolgozni, ott dolgoznék” – fogalmazott az egyik ápolónő jelezve, hogy attól tart: a tágasabb, „intézményszerűbb” térrel együtt talán egy személytelenebb működésmód is

megjelenik majd. A félelmek nem kizárólag a fizikai környezet megváltozására vonatkoznak tehát, hanem arra is, hogy a közösségi kohézió – az egymásra utaltság, a kölcsönös segítségnyújtás és az informális támogatás – a jövőben talán nehezebben lesz fenntartható. Ebben az értelemben a jelenlegi Tábita Ház működése sok szempontból inkább egy érzelmi alapú, személyes kötődésekre épülő közösség logikáját követi, amely Tönnies (1983) klasszikus megkülönböztetésével élve a *Gemeinschaft* jegyeit hordozza, szemben a formálisabb, szerepalapú működést jelölő *Gesellschaft* logikájával.

KÉRDÉSEK BEN ÉLNI: KITEKINTÉS

Földényi F. László (2018) a modernitás haláltér-szervező logikáját a *kontroll esztétikáján* keresztül ragadja meg: azokban a terekben, ahol a tökéletesség, az extrém racionalitás és a szabályozottság válik elsődlegessé, az élet szükségszerűen zavaró tényezőként jelenik meg. A gyerekhalál, amint láthatuk, szétfeszíti a kontrollra épülő térlogikát. A gyerekhospice térbeli működése egy eltérő ontológiai alapállásból indul ki: abból a felismerésből, hogy itt nem a kontroll visszaszerzése, hanem annak részleges feladása válik elkerülhetetlenné.

A „hátrébb lépés” szükségességét sűríti magukba egy, a tizenéves lánygyermekét elvesztő édesanya szavai is: „Meg kellett értenem, hogy valami nálam nagyobb dolog történik, és el kellett fogadnom, hogy itt vannak a megértésem korlátai.” A mondat elsősorban egy új határtapasztalatra reagál: annak belátását fogalmazza meg, hogy az életvilág „hozzáférhető” szegmenseiben (vö. Schütz & Luckmann, 2000) immár megjelentek olyan helyzetek, amelyekben az értelmezés és a cselekvés korábban megszokott keretei felbomlanak. A gyerekhospice ebben az értelemben nem a „megoldások” tere, hanem annak az elfogadásáé, hogy nem minden érthető és oldható meg maradéktalanul.

Érdekes módon éppen ebben a kontrollvesztésben válik a gyerekhospice-intézmény mégis *elevenné*. A Tábita Ház tere nem a kiszámíthatatlanság kiiktatására – vagyis a megmerevedésre – törekszik, hanem arra, hogy a bizonytalanság a közösség segítségével váljon elfogadhatóvá. Ez az „együtt-élhetőség” nemcsak az egyéni szenvedés elviselésére vonatkozik, hanem arra is, hogy a Tábitaháza érkezők – legyen szó akár a mentesítő, akár az életvégi ellátásról – még családként, szülőként lehessenek jelen egymás számára. A tér itt lehetőséget igyekszik teremteni arra, hogy a szerepek megtartásával zajló együttlét – bármilyen rövid időre is – megmaradhasson.

SUMMARY

LIVING SPACES OF DEATH:
AN ENVIRONMENTAL PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF
A HUNGARIAN CHILDREN'S HOSPICE INSTITUTION

Background and Aims: Children's hospice institutions occupy an ambivalent social and spatial position: as a consequence of the social taboo and invisibility surrounding child death, they are simultaneously marginalized and framed as spaces that support quality of life. The aim of this study is to provide an environmental psychological analysis of the Tábittha Children's Hospice House, with particular attention to the ways in which hospice spaces become sites for the renegotiation of meanings and narratives associated with life and death.

Methods: From September 2024 onwards, I conducted weekly participant observation at Tábittha Children's Hospice House. Through the thematic analysis of fieldnotes, I identified narratives and symbolic practices related to spatial use. In addition, particular emphasis was placed on the interpretation of recurring symbols and metaphors employed in the institution's self-representation.

Results: The interpretation of children's hospice spaces is largely shaped by the metaphor of the "house," evoking notions of homeliness and care while simultaneously remaining a site of loss of control and transformation. The Tábittha House functions as a heterotopic space that reconfigures relationships to life and death: communal and personal spaces enable families to share experiences and maintain everyday routines despite the presence of illness and meanings associated with child death. At the same time, interpreting the institution as a home gives rise to tensions, particularly those related to boundary-making, the negotiation between professional and private spheres, and conflicts surrounding the separation of Goffman's "front stage" and "back stage" domains.

Discussion: In dialogue with László Földényi's work, the children's hospice can also be interpreted as a form of "counter-architecture" which, in contrast to functional and sterile "spaces of death," seeks to create new cultural narratives at the boundary between life and death. Characteristic interpretations of family roles contribute not only to the construction of the institutional identity of the Tábittha House, but also to strengthening the coping capacities of families using its services, as well as to the use of care settings as transitional, ritual spaces.

Keywords: children's hospice, palliative care, fieldwork, spatial practices, heterotopia, counter-architecture

IRODALOM

- Andrews, G. J., & Shaw, D. (2008): Clinical geography: Nursing practice and the (re)making of institutional space. *Journal of Nursing Management*, 16(4). 463–473. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00864.x>
- Ariés, P. (1987): *Gyermek, család, halál*. Gondolat Kiadó.
- Bachelard, G. (2011): *A tér poétikája*. Kijárát Kiadó.
- Benyó, G. (2022): Gyermekbetegek palliatív ellátása. In Csikó, Á. (Ed.), *Palliatív ellátás* (pp. 413–448). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Bérczes T., & Bíró E. (2020): *A halál életkérdés. Beszélgetések Bíró Eszterrel, a Magyar Hospice Alapítvány pszichológusával*. Corvina Kiadó.
- Berger, V. (2018): *Térré szótt társadalmiság: A tér kategóriája a szociológiaelméletekben*. L'Harmattan Kiadó.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown, M. (2003): Hospice and the spatial paradoxes of terminal care. *Environment and Planning A*, 35(5). 833–851. <https://doi.org/10.1068/a35121>
- Davies, C. A. (2008): *Reflexive ethnography: A guide to researching selves and others*. Routledge.
- Davis, C. S., Snider, M. J., King, L., Shukraft, A., Sonda, J. D., Hicks, L., & Irvin, L. (2019): A time to live and a time to die: Heterotopian spatialities and temporalities in a pediatric palliative care team. *Health Communication*, 34(9). 931–941. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1443262>
- Dúll, A. (2009): *A környezetpszichológia alapkérdései: Helyek, tárgyak, viselkedés* (Környezetpszichológiai tanulmányok). L'Harmattan Kiadó.
- Dunbar, H., Carter, B., & Brown, J. (2018): “Place bonding” in children’s hospice care: a qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 10(3). e25. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001543>
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (2011): *Writing ethnographic fieldnotes*. University of Chicago Press.
- Eriksen, T. H. (2006): *Kis helyek – nagy témák: Bevezetés a szociálanropológiába*. Gondolat Kiadó.
- Földényi, F. L. (2018): *Az eleven halál terei: Kafka, de Chirico és a többiek*. Jelenkor Kiadó.
- Foucault, M. (2000): Más terekről: Heterotópiák. In Sutyák, T. (Ed.), *Nyelv a végtelenhez: Tanulmányok, előadások, beszélgetések* (pp. 147–156). Latin Betűk Kiadó.
- Fuchs, T. (2019): Testemlékezet és tudattalan. *Nagyerdei Almanach*, 9(18). 32–48.
- Goffman, E. (1981): *A hétköznapi élet szociálpszichológiája*. Gondolat.
- Halbwachs, M. (2018): *Az emlékezet társadalmi keretei*. Atlantisz Kiadó.
- Han, C. (2012): *Life in debt: Times of care and violence in neoliberal Chile*. University of California Press.

- Hegedűs K. (2017): *Létezik-e jó halál?* Oriold és Társai Kft.
- Hochschild, A. R. (1983): *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Knox, M. (2023): Design-related impacts on end-of-life experience: A brief report of findings from an exploratory qualitative study. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 40(7). 753–760. <https://doi.org/10.1177/10499091221129203>
- Kövecses, Z. (2005): *A metafora: Gyakorlati bevezetés a kognitív metaforaelméletbe*. Typotex Kiadó.
- Krusovszky D. (2023): *Pontban este hatkor*. <https://telex.hu/karakter/telexarcak/2023/04/08/krusovszky-denes-pontban-este-hatkor-tarcanovella-irodalom>
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980): *Metaphors we live by*. University of Chicago Press.
- Lawton, J. (2000): *The Dying Process: Patients' Experiences of Palliative Care*. Routledge.
- McGann, S. (2013): *The production of hospice space: Conceptualising the space of caring and dying*. Ashgate Publishing Company.
- Menzfeld, M. (2018): *Anthropology of dying: A participant observation with dying persons in Germany*. Springer VS.
- Milligan, C., & Wiles, J. (2010): Landscapes of care. *Progress in Human Geography*, 34(6). 736–754. <https://doi.org/10.1177/0309132510364556>
- Pintér, J. N. (2018): *A krónikus betegségek lélektana: Válság és megújulás*. L'Harmattan Kiadó.
- Poulsen, M., Knudstrup, M., Hoff, P., & Lund, M. (2017): Future design of a children's hospice. In Mathiasen, N., & Frandsen, A. K. (Eds.), *3rd International Conference on Architecture, Research, Care and Health: Conference Proceedings* (pp. 71–90). Polyteknisk Boghandel.
- Rigotti, F. (1995): The house as metaphor. In Radman, Z. (Ed.), *From a metaphorical point of view: A multidisciplinary approach to the cognitive content of metaphor* (pp. 419–446). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110867831>
- Scheper-Hughes, N. (1992): *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. University of California Press.
- Schütz, A., & Luckmann, T. (2000): Az életvilág struktúrái. In Felkai G., Némédi D., & Somlai P. (Eds.), *Szociológiai irányzatok a XX. században. Olvasókönyv a szociológia történetéhez* (2. kötet, pp. 272–302). Új Mandátum Kiadó.
- Shields, R. (1991): *Places on the margin: Alternative geographies of modernity*. Routledge.
- Shortt, H. (2014): Liminality, space and the importance of 'transitory dwelling places' at work. *Human Relations*, 67(1). 1–26. <https://doi.org/10.1177/0018726714536938>
- Walker, M., Nicolardi, D., Christopoulos, T., & Ross, T. (2023): Hospital, hospice, or home: A scoping review of the importance of place in pediatric palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 21(5). 925–934. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000664>
- Walter, T. (1991). Modern death: taboo or not taboo? *Sociology*, 25(2). 293–310. <https://doi.org/10.1177/0038038591025002009>

MŰVÉSZETTERÁPIÁS MÓDSZEREK ÉS HATÁRHELYZET: FRIEDL DICKER-BRANDEIS TEREZINI MUNKÁSSÁGA MÓDSZERTANI SZEMPONTBÓL



Kiss Virág
ELTE BGGYK ÁLTGYPI
kiss.virag@barczy.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Tanulmányom a művészetterápia és művészetpedagógia vizuális modalitásának határhelyzetekkel való kapcsolódását vizsgálja. Ehhez Friedl Dicker-Brandeis művész-tanárnak a terezíni koncentrációs táborban gyerekekkel végzett művészetpedagógiai-művészetterápiás munkásságát vizsgálom meg módszertani modellek mentén, hiánypótló jelleggel a magyar szakirodalomban. Vizsgálódásomhoz segítséggel hívom az expresszív terápiás kontinuum (ETC) (Kagin & Lusebrink, 1978; Hinz, 2020; Malchiodi, 2018) modelljét, melynek szintén nincs még magyar nyelvű ismertetője, illetve a vizuális művészetterápia jellemzőit a traumafeldolgozás során, melyet művészetterapeuták egy csoportja foglalt össze (Kiss et al., 2023).

Módszer: Tanulmányom problémafelvető jellegű, nem a teljesség igényével és nem történeti szempontból írom, hanem forráselemzés segítségével azt keresem, milyen a későbbi művészetterápia számára hasznosítható módszertani jellemzőkkel dolgozott ebben a határhelyzetben, miközben ő maga is része volt annak.

Eredmények: A Friedl által használt művészetpedagógiai de terápiás szempontból is jól alkalmazható módszerek, melyek korábbi alternatív pedagógiai és Bauhaus-os tapasztalatain alapultak, jól összhangban vannak a mai traumafeldolgozásban használt modellekkel.

Következtetések: Mindezekon keresztül pedig ő is azzá vált, akire most, mint egy személyes példára nézhetünk vissza, akiből magából ez a határhelyzet a személyes egzisztencia és autonómia kibontakozását hozta, paradox módon önmegvalósítóvá vált általa.

Kulcsszavak: művészetpedagógia, művészetterápia, határhelyzet, expresszív terápiás kontinuum, Friedl Dicker-Brandeis, koncentrációs tábor

BEVEZETÉS ÉS ALAPFOGALMAK, MŰVÉSZETTERÁPIA ÉS HATÁRHELYZET

Tanulmányom a művészetterápia és ezzel összefüggésben részben a művészetpedagógia vizuális modalitásának határhelyzetekkel való kapcsolódását vizsgálja. Ehhez Friedl Dicker-Brandeis művész-tanárnak a terezíni náci koncentrációs táborban gyerekekkel végzett művészetpedagógiai-művészetterápiás munkásságát vizsgálom meg módszertani modellek mentén. Ezzel régi adósságot törlesztek, mert csak kevés, és említés szintű magyar nyelvű szakirodalom van erről. Vizsgálódásomhoz segítséggel hívom az expresszív terápiás kontinuum (ETC) (Kagin & Lusebrink, 1978; Hinz, 2020; Malchiodi, 2018) modelljét, melynek szintén nincs még említésnél több magyar nyelvű ismertetője, illetve a vizuális művészetterápia jellemzőit a traumafeldolgozás során, melyet magyar művészetterapeuták egy csoportja foglalt össze (Kiss et al., 2023).

Tanulmányom problémafelvető jellegű, nem a teljesség igényével és nem történeti szempontból írom, hanem azt keresem, milyen a későbbi művészetterápia számára hasznosítható módszertani jellemzőkkel dolgozott Friedl Dicker-Brandeis ebben a nehéz határhelyzetben, aminek ő maga is részese volt. Mindezeket keresztül pedig ő is azzá vált, akire most, mint egy személyes példára nézhetünk vissza, akinek az életében ez a tragikus határhelyzet paradox módon rendkívüli emberi és szakmai teljesítményt eredményezett, példaképpé és önmegvalósítóvá is vált általa. Helytállása a személyes egzisztencia és autonómia kibontakozását jelenti, még ha tragikusan is ért véget, mindenképpen értelmet adott tevékenységének és létezésének.

Művészetterápia, művészetpedagógia, művészetalapú eljárások

Művészetterápia és művészetpedagógia, ez a két rokon szakterület a tanulmányom tárgya, Friedl Dicker-Brandeis terezíni tevékenysége szempontjából összeér, így ennek a fogalmi tisztázását szükségesnek érzem. Az én megközelítésemben „A művészetterápia (művészetterápiák, tágabb értelemben művészeti beavatkozások) olyan eljárások gyűjtőneve, amelyek során a művészetterapeuta művészeti, azaz expresszív, kreatív, nonverbális eszközök segítségével dolgozik kliensével a terápiás célok elérése és a személyes pszichés jóllét érdekében.” (Kiss et al., 2023: 515). Emellett művészetterápia és a művészetpedagógia egymással átfedő, egymással szorosan összefüggő területek, ahogy azt doktori kutatásomban kimutattam (Kiss, 2014).

Judith Rubin, a művészetterápiás szakmaiság egyik nemzetközi jelentőségű szaktekinetelye és számos alapkönyv szerzője fontosnak tartotta a művészetterápia fogalmának szakmai értelmezését és a mögötte lévő szakmaiságot (Rubin, 2005: 348), és általában én is eszerint szoktam használni. Most azonban kivételt teszek a választott téma, Friedl Dicker-Brandeis munkásságának sajátosságai miatt, akit maga Rubin is a művészetterápia előfutárként mutat könyveiben több helyen is. Alapvetően a művészetterápia szakmai gondolkodásmódjával és fogalomrendszerével nézek rá erre a művészetpedagógiai jellegű tevékenységre és terápiás hatásukat nézve, azaz tágabb értelemben vett művészetterápiás vonatkozásukban vizsgálom.

Művészetterápián ebben a szövegben tehát szűkebb értelemben értek egy speciális professzionális szakterületet, tág értelemben a művészettel való pedagógiai és terápiás munka terápiás hatású vonatkozásait.

Határhelyzet

Irwin D. Yalom *Egzisztenciális pszichoterápia* című könyvében több helyen emleget olyan „kényszerítő” élményeket, úgynevezett határhelyzeteket, amelyek megváltoztathatatlan, orvosolhatatlan állapotok, melyek kizökkentik az egyént addigi létformájából, és tudatosságra indítják. Ilyenkor az egyén szembesül saját halandóságával, bizonyos visszavonhatatlan döntésekkel (Yalom, 1980/2025: 18, 47).

Karl Jaspers szerint (hivatkozva Kőváry 2025: 56.) „...az egyén többféleképpen reagálhat a létezés paradox jellegét feltáró határhelyzetekre: elleplezheti vagy elsajátíthatja azokat. Az elleplezés esetén az ember megfutamodik a határhelyzet kihívásai elől, míg az elsajátítás során az emberben szunnyadó kiaknázatlan potenciál a benne lehetséges egzisztencia megvalósulhat és teljesebb, autentikusabb létezővé válhat.”

A határhelyzet fogalmát eredetileg Karl Jaspers alkotta meg a filozófiában, majd Irvin D. Yalom alkalmazta és tette a modern egzisztenciális pszichoterápia alapkövévé.

A határhelyzet és a trauma pszichológiai fogalma szoros kapcsolatban áll egymással, mivel mindkettő olyan eseményre utal, amely szétzúzza az egyén korábbi világképét és alapvető biztonságérzetét. Határhelyzet lehet a végességgel, halállal szembesülni, barátot és hozzátartozót elveszteni, válni, börtönbe, koncentrációs táborba kerülni, háború kitérőse az otthonunkban, természeti csapás, migráció és menekülés a korábbi otthonunkból, súlyos testi vagy mentális betegség, pszichózis, ahol a korábbihoz képest egész más helyzet vár minket.

A MŰVÉSZETTERÁPIA ESZKÖZRENDSZERE

A határhelyzetekkel a művészetterápiás munkában is kapcsolatba kerülhetünk. A művészetterápiának sajátos eszköztrendszere van, amivel ilyen helyzetekben meg tudja kínálni a határhelyzetben lévő embert. A *Trauma kaleidoszkóp* című 2023-as könyvben ezt az eszköztrendszert tekinti át a művészetterápiáról szóló fejezet, ahol különböző területeken dolgozó művészetterapeuták mutatják be a traumafeldolgozás jellemzően művészetterápiás lehetőségeit. A művészet más-más arcát mutatja a keret-helyzettől függően, hol az aktivizáló, hol a kifejező jellege, hol a szabadság megélése általa stb. kerül jobban előtérbe. A könyvfejezetet író művészetterapeuták a következő vizuális művészetterápiás jellemzőket találták (Kiss et al., 2023: 520–532):

- Képek, fantázia, önkifejezés
- Nonverbalitás
- Anyagalakítás, érzékelés, vitalitás affektusok, formálódás
- Objektíváció, tárgyállandóság és teremtéssélmény
- Tudatállapotok, elmélyülés
- Autonómia, döntések és szabadság
- Átmeneti tér, átmeneti tárgy
- Keret, tartalmazás, expresszió, mint az érzelmreguláció lehetőségei
- Alkotófolyamat, aktivitás
- Kreativitás, spontaneitás, improvizáció
- Differenciálódás, szintetizáció, integráció
- Jelenidejűség és jelenlét az alkotásban és a befogadásban

Mindezek elsősorban az alkotó, vagy más néven aktív művészetterápia jellemzői; a receptív vagy befogadó jellegű művészetterápiás munka (pl. műalkotások közös feldolgozása) is hordoz hasonlókat, csak másképpen.

Az alkotófolyamat beindítása és lezárása, a kreativitás támogatása

A művészettel való munkában fontos szerep jut az alkotó folyamat beindításának, az instrukcióknak, illetve a visszajelzésnek és a verbális reflexióknak. Általában valamilyen hívóinger segítségével szabad alkotásra invitálja a terapeuta a résztvevőket. Ez lehet egy technika vagy alkotói módszer, egy téma, egy zene vagy szöveg, mozdulat... mindez úgy, hogy a terapeutának el kell tudnia képzelni, mentalizálni, hogy várhatóan milyen hatást tesz mindez a résztvevőire. Nem stimulálhat túl, de kell, hogy legyen benne felhívó jelleg és kihívás. Ehhez jó gondolkodási keretet és inspirációt tud adni az expresszív terápiás kontinuum (ETC), amit rövidesen részletesebben is bemutatok.

Fontos az alkotó tevékenységre történő ráhangolás, az alkotó tudatállapot létrehozása; ezt Merényi Márta nyomán (Merényi, 2007) nevezhetjük a vizuális alkotás esetében is kontrollált módosult tudatállapotnak, ami különbözik a hétköznapi tudatállapottól, és egyszerre van meg a spontán alkotó kreativitás és a folyamat kontrollálása. Különösen igaz lehet ez, ha a testtudati munkához hasonló mozgásos-érzékélős rávezetés hozza létre. Lehet ehhez az alkotó tudatállapothoz Csíkszentmihályi Mihály *flow*-fogalmával is közelíteni (1990), amikor minden más kizáródik, és csak az itt és most alkotó folyamata van jelen.

Az instrukció függhet attól, hogy a művészetterapeuta milyen szemléleti keretben gondolkodik (például jungiánus szemléleti keretben gyakori lesz az archetipikus téma, pszichodinamikus szemléleti keretben a „lebegős”, jól projektálható meghatározatlan alakzatok vagy fogalmak stb.). A verbális reflexióadás esetében mindenképpen a szemléleti keret lesz a hangsúlyos az értelmezésben, illetve jelentéstulajdoní-

tásban. A verbális, illetve esetleg nonverbális reflexióadás során figyelembe vesszük a létrejött képi produktumot, az alkotó folyamatot és a kapcsolódó érzéseket, érzeteket és asszociációkat is. Legfontosabb, hogy maga az alkotó hogyan kapcsolódik saját alkotásához, mi jut róla eszébe, hogyan élte-éli meg. Az elkészült alkotások befogadása, illetve „visszafogadása” tehát elsősorban az alkotó számára hordozott jelentése mentén történik.

A verbális visszajelzések közül a kritizáló, illetve tágabban a minősítő jellegűeket terápiás munkamódban elkerüljük. Elsősorban a fenomenológia mentén nézünk rá a produktumokra, egyfajta strukturális interpretációt, illetve tükrözést adunk, csoportvezetőként és a csoporttársak részéről is ezeket preferáljuk.

A verbális rész a végén azért is fontos, hogy ne ragadjon a kliens a módosult tudatállapotban, regresszióban, a preverbális tartományból vissza tudjon a résztvevő érkező egy hétköznapi tudatállapotba.

Expresszív terápiás kontinuum (ETC)

Egy jól használható módszertani gondolkodási keretrendszer lehet az expresszív terápiás kontinuum (ETC) (Kagin & Lusebrink, 1978; Hinz 2020; Malchiodi, 2018), ami az információfeldolgozás szintjei mentén helyezi el a művészeti eszközrendszert és egyfajta kreativitás-modellként is értelmezhető. Azt írja le, hogyan dolgozzuk fel az információkat és hogyan lépünk interakcióba a művészeti eszközökkel az alkotás során. A modellt Sandra Kagin és Vija Lusebrink alkotta meg 1978-ban, az emberi fejlődés és az információfeldolgozás elméleteire alapozva. Az ETC neurotudományi kutatásokkal és empirikus vizsgálatokkal alátámasztott keretrendszer, amely lehetővé teszi a művészetterápiás intervenciók rendszerszintű, bizonyítékokon

alapuló tervezését és alkalmazását a klinikai gyakorlatban. (Hinz, 2020). A rendszer négy szintből áll, amelyek a fejlődési folyamatunkat és az agyi működésünket tükrözik. (Kagin & Lusebrink, 1978).

Az ETC szintjei:

1. Kinesztetikus / Szenzoros szint (K/S):

- Ez a legalapvetőbb, gyakran szavak előtti (preverbális) szint.
- A kinesztetikus rész a mozgásra, ritmusra és a fizikai energiára fókuszál (pl. agyag csapkodása, firkalás).
- A szenzoros rész az érzékszervi élményekre, a textúrákra és az anyaggal való érintkezés örömeire koncentrálnak.

2. Perceptuális / Affektív szint (P/A):

- A perceptuális (észlelési) oldal a formákra, vonalakra és a vizuális rendre összpontosít, segítve a belső élmények strukturálását.

- Az affektív (érzelmi) oldal az érzelmek kifejezésére és a színek használatára fókuszál, gyakran formai korlátok nélkül.

3. Kognitív / Szimbolikus szint (C/Sy):

- A kognitív rész a tervezést, az absztrakt gondolkodást és a problémamegoldást foglalja magában.
- A szimbolikus rész a metaforák és személyes szimbólumok használatát jelenti az önkifejezésben.

4. Kreatív, illetve Integratív szint (Malchiodi, 2018): ez nem egy különálló lépcsőfok, hanem a fenti három szint szintézise. Akkor jelenik meg, amikor az egyén teljes mértékben elmerül az alkotásban (flow élmény), és megvalósul a belső egyensúly és öngyógyítás. Kreativitás bármelyik szinten megjelenhet és kibontakozhat. (1. táblázat)

1. táblázat. Lisa Hinz: Anyagválasztási és stratégiai táblázat (Hinz, 2020)

ETC Szint	Az anyag jellege	Példák az eszközökre	Terápiás cél / Stratégia
Kinesztetikus (K)	Fizikai erőt igénylő, ritmikus	Kemény agyag, nagy papírra firkalás, kalapálás	Feszültségoldás, fizikai energia levezetése, blokkok oldása.
Szenzoros (S)	Tapintható, érzékszervi, „maszatos”	Ujjfesték, borotvahab, puha agyag, vizes festék	Kapcsolódás a testhez, szenzoros élvezet, preverbális megnyugvás.
Perceptuális (P)	Formát adó, határokat kijelölő	Filctoll, színes ceruza, vonalzó, kollázs (formák szerint)	Struktúra adása, határok kijelölése, a káosz vizuális rendszerezése.
Affektív (A)	Érzelemkiváltó, folyékony	Akvarell, hígított akril, kréta (elmaszatosva)	Érzelmek felszabadítása, elfojtott érzések kifejezése.
Kognitív (C)	Logikus, tervezést igénylő	Kollázs (történetmesélés), makettépítés, írás	Problémamegoldás, ok-okozati összefüggések, tudatos tervezés.
Szimbolikus (Sy)	Metaforikus, belső képkeltő	Talált tárgyak, maszk készítés, szimbólumfestés	Belső jelentésadás, komplex traumák metaforikus feldolgozása.

A terapeuta az ETC segítségével döntheti el, milyen anyagokat (pl. könnyen folyó festék vs. kemény agyag) vagy feladatokat javasoljon a kliens aktuális állapota alapján. Segíthet megérteni, hogy a kliens hol „akadt el” a feldolgozásban – például, ha valaki túl sokat gondolkodik (kognitív túlsúly), a terapeuta segíthet neki visszatérni az érzékszervi (szenzoros) tapasztalatokhoz.

Lisa D. Hinz továbbgondolta mindezt, Vija Lusebrink elméleti alapjait rendszerezte és egy konkrét, a gyakorlatban is használható kézikönyvvé formálta 2009-ben, melyet még tovább fejlesztett az újabb kutatásokat is beleépítve (Hinz, 2020). Kidolgozta azokat a klinikai értékelési szempontokat, amikkel a terapeuta meg tudja állapítani, hogy a kliens éppen melyik szinten „működik”. Letette az alapjait annak a stratégiának, hogy mikor kell a klienst az egyik szintről a másikra (pl. az érzelmi szintről a kognitív felé) átvezetni az egyensúly érdekében, Cathy Malchiodi (2018) pedig bevitte a modellt a traumaterápia és a neurobiológia fősodrába.

Az ETC rendszere magukat a művészeti médiumokat is rendszerezi azok kontroll-jellemzői szempontjából. A művészetterapeuta egyik fontos eszköze, hogy milyen médiumot és instrukciót kínál fel az adott szituációban. Néhány példa erre:

- Az agyag példáulól nehezen kontrollálható és regresszív, ugyanakkor maga a kreálás, a teremtés ősi mozzanatát hordozza magában.
- A ceruza nagy kontrolligényt szolgál, narratív jellegű eszköz, de a firkalással ezt az eszközt is ösztönösebben lehet használni.
- A vizes festés során a folyékonytságot nehéz kontrollálni, emellett a színek hatása is az érzelmekkel való munkát támogatja. Rugalmasságra van szükség

a folyamatban, ami az elmosódás, szétfolyás érzetét aktiválja és a határtartás vagy annak hiánya is jelen van benne.

- A téma, illetve a figyelem irányítása is fontos érzelemregulációs eszköz lehet a művészetterápiában. A határhelyzet szempontjából, ahogy ezt látni fogjuk, az egyik lehetőség, hogy ha az affektív szinten az érzelmek elárasztóak, hasznos lehet a perceptív szinten dolgozni, ilyenkor a látható világ megfigyelésére irányítjuk a figyelmet az instrukcióval. Jól jöhet például egy látvány alapján történő rajzolás ilyenkor.

Hinz szerint a terapeuta olyan anyagot és feladatot választ, ami éppen annyira mozditja ki a klienst a komfortzónájából, hogy fejlődjön, de ne árasszák el az érzelmei. Ez a megfelelő kihívás stratégiája (Just right challenge). Malchiodi stratégiája szerint a legalacsonyabb szint (Kinesztetikus/Szenzoros) az alapja mindennek: ha valaki nincs testi szinten megnyugodva, nem fog tudni szimbólumokban (Szimbolikus szint) gondolkodni a traumájáról.

Lisa Hinz és az ETC modell mentén kidolgozta, hogyan érdemes megválasztani a művészeti eszközöket a kliens állapota és a terápiás cél szerint. A következő táblázat a Media Dimension Variables (MDV) elvén alapul: az anyagok a folyékonytól (érzelemkiváltó) a rezisztensig (kognitív kontrollt segítő) terjednek.

A Bottom-Up azaz „alulról felfelé” stratégia a művészetterápiában az ösztönös, testi és érzelmi folyamatokra épít. Nem a fejben megszületett tervvel indul, hanem az anyaggal való közvetlen, fizikai tapasztalattal (pl. agyaggal csapkodás, firka...). A Bottom-Up stratégiával ellentétes irányúan a Top-Down azaz „fentről le” megközelítésnél

a kliens először gondolkodik, tervez és értelmez és onnan mozdulnak tovább lefelé az ösztönösebb irányba.

Egy példa a kétféle stratégiára a düh feloldozása során:

Bottom-Up azaz lentől fel: „Itt egy nagy adag vizes agyag, csapkodd, gyúrd, érezd az erejét, amíg el nem fáradsz!”. Ilyenkor a cél a testi feszültség kiadása.

Top-Down azaz fentről le: „Rajzolj egy 5 rekeszből álló képregényt arról, mi történt tegnap, amikor dühös lettél. Írd oda a szereplők gondolatait is!” Ezzel a helyzet megértése, elemzése és távolságtartás a cél.

FRIEDL DICKER-BRANDEIS (1989 BÉCS – 1944 AUSCHWITZ)

Ebben a fejezetben bemutatom Friderika „Friedl” Dicker Brandeis művészetpedagógiai, illetve terápiás jellegű munkásságát, mely a terezíni koncentrációs táborban teljesedett ki, és tette esszenciálissá és unikálissá mindazt, amit csinált. A szövegben csak Friedl megnevezéssel fogom őt emlegetni, ahogy minden szakmai ismertető is teszi, ami róla készült.

Judith Rubin, az ismert művészetterapeuta és nemzetközileg is elismert szerző így ír Friedl-ről a „Bevezetés a művészetterápiába” című könyvében (Rubin, 2010: 229), mely a művészetterápiás szakirodalom egyik alapműve: „Az, hogy a művészet, vigasz a rettenetes időkben, régebben létezik, mint a művészetterápia területe. [...] Egy náci koncentrációs táborban például a gyerekek a szörnyűség elől, amiben találták magukat, művészettel próbáltak menekülni. [...] A művészetterápia úttörője, Edith Kramer mentora, Friedl Dicker-Brandeis művész tanította őket [...]. Kramer beszél Friedlről,

és hogy mit tanult tőle, amikor mindketten művészeti tevékenységet vittek a Csehszlovákiaiba érkező menekült gyerekeknek.”

Másutt ezt írja róla (Rubin, 2005: 324–325): „A gyerekek néha olyan mindent elsöprő eseményeknek vannak kitéve, amelyek megkérdőjelezhetetlenül traumatikusak minden korosztály számára [...]. Ilyenkor a művészet létfontosságú lehet. A terezíni náci koncentrációs tábor [...] gyermekei például szerencsések voltak, hogy a művészetterápia úttörője, Edith Kramer [...] mentora, egy Friedl Dicker-Brandeis nevű nő művészeti tevékenységbe vonta be őket (ajánlott fel nekik). A remény szigete volt a kétségbeesés tengerében.”

Friedl munkásságáról magyar nyelven eddig csupán szórványos, az előzőekhez hasonló rövid összefoglalók láttak napvilágot – részben saját publikációim formájában –, valamint egy szakdolgozat foglalkozott a témával.

Jelen írásom alapját két fő forrásmű adja, amelyek túlélők visszaemlékezéseire is támaszkodva nyújtanak részletes betekintést. Az egyik Molnárová Kristina 2022-es, az EKKE-en megvédett mesterszakos diplomamunkája, amely eredeti cseh források és saját fordítások alapján készült. A másik meghatározó forrásom, Linney Wix pedig angol nyelven írt Friedl-ről (2009, 2010), és egy könyve is megjelent róla (Through a Narrow Window, 2010). Ma, a mesterséges intelligencia világában már könnyebb és gyorsabb információkhoz jutni, akár magyar nyelven is, ezzel a lehetőséggel is éltem.

Friedl életútja

Friedl Dicker-Brandeis egy szegény bécsi zsidó családba született 1898-ban. Családi hátterét alapvetően meghatározta az

édesanyja korai elvesztése (4 éves volt ekkor), és apja szerény megélhetése. Ez a gyermekkori trauma és az anya hiánya végigkísérte az életét, és kutatók szerint ez is hozzájárult ahhoz, a rendkívüli empátiához, amellyel később a terezíni gyerekek felé fordult. Apja egy papír-írószer boltban dolgozott, Friedl gyerekkora nagy részét mellette töltötte, ahol bőségesen talált papírt, krétát és agyagot – itt fedezte fel és kezdte el szabadon kibontakoztatni művészi képzelőerejét.



1. kép. Friedl Dicker-Brandeis portréja¹

Johannes Itten svájci művész és teoretikus volt Friedl legfontosabb mentora. Itten nem másolásra tanított, hanem a diákok belső kreatív erőinek felszabadítására. Friedl tőle tanulta meg, hogy a művészet nem

csupán esztétika, hanem a lélek kifejezése. Itten óráin légző- és mozgásgyakorlatokkal készítették fel a testet és a szellemet az alkotásra. Friedl később ezeket a módszereket alkalmazta a terezíni gyerekeknél is, hogy segítsen nekik elszakadni a tábor borzalmas valóságától.

1919-ben követte Ittent Weimarba, a frissen alakult Bauhaus iskolába, ahol az intézmény egyik legtehetségesebb növendékévé vált. Itt textillel, könyvkötéssel és tipográfiával is foglalkozott. Mielőtt 1942-ben deportálták volna, Friedl több európai központban is élt és alkotott. 1923–1934 között Bécsben és Berlinben Franz Singer építésszel közös stúdiót tartott fenn (Atelier Singer-Dicker), ahol innovatív bútorokat, belső tereket és játékokat terveztek. Ebben az időszakban már tartott művészeti képzéseket óvónőknek is, ahol a gyermekek egyéniségének felismerésére tanította a felnőtteket.

Miután Bécsben politikai (kommunista) tevékenységéért rövid időre bebörtönözték, Prágába menekült. Itt ment feleségül 1936-ban unokatestvéréhez, a könyvelő Pavel Brandeishez, Prágában kezdett el szisztematikusan menekült gyermekekkel foglalkozni, alkalmazva Itten pedagógiáját. Férjével közösen deportálták őket Terezínbe. Friedl tudatosan készült: a megengedett 50 kilogrammos csomagkeret nagy részét nem ruhákkal, hanem művészeti kellékekkel – papírral és festékkel – töltötte meg, hogy Terezínben taníthassa a gyermekeket. Később is mindent elkövetett, hogy újabb eszközökhöz jusson a foglalkozásaihoz. A gettó titkos iskolájában tartott óráiról megrázó visszaemlékezések és egy hatalmas rajzgyűjtemény maradt fent; a gyerekek

1 Forrás: *Wikimedia Commons*. Retrieved April 19, 2026. [https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Friedl_Dicker-Brandeisov%C3%A11_\(1898-1944\).jpg&oldid=848454090](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Friedl_Dicker-Brandeisov%C3%A11_(1898-1944).jpg&oldid=848454090)

alkotásait ma a prágai Zsidó Múzeumban őrzik, de világszerte számos kiállításon bemutatják már őket. Friedl végül Terezínből Auschwitzba deportálták, ahová önként jelentkezett, hogy kövesse férjét. Őt 1944 októberében meggyilkolták, férje, Pavel Brandeis azonban túlélte a holokausztot.

A prágai Zsidó Múzeum képgalériája a terezíni gyerekrajzokról ezen a linken érhető el: <https://www.jewishmuseum.cz/en/collection-research/collections-funds/visual-arts/children-s-drawings-from-the-terezin-ghetto/>

Edith Kramer, a tanítvány

Friedl jelentősége a mai értelemben vett művészetterápia kialakulása szempontjából nem csak az extrém helyzetben mutatott helytállása kapcsán óriási. Edith Kramer, a művészetterápia úttörője a tanítványa volt. Emberi és szakmai kapcsolatuk is meghatározó volt Kramer életében. Első művészetterápiás könyvét is Friedl-nek dedikálta (*Art as Therapy with Children*, 1971).

Kramer így ír róla visszaemlékezéseiben (Kucerová, 2011, idézi Molnárová 2022: 10): „Friedl szabadon és nagyszerűen dolgozott velük, nagy papírlapokon, szénnel és zsírkézzel. Az alapelv Prágában ugyan az volt, mint Bécsben: diktálás hanggal és szöveggel, ritmikai gyakorlatok, kollázsok és műalkotások tanulmányozása, de mindez leegyszerűsített formában. A traumatizált gyerekeknek, akiket elűdöztek a hazájukból, ez a terápia sikeresnek bizonyult. Friedl az inspiráció központjává vált a számukra. A művészetterápiát befolyásoló dolgok nagy része Ausztriában kezdődött, majd Csehszlovákiában folytatódott. Az első lépések voltak, az első próbálkozások, amelyek a gyermekek viselkedésének és a gyermek munkájának a gyermek belső élete szempontjából történő megértésére irányultak”

Kramer nem a produktumban, hanem az alkotó folyamatban, a létrehozás folyamatában találja meg a művészetterápiás munka fókuszát, és ez bizonyára Friedl hatása.

Terezín

1941 után Terezínbe deportálták először a zsidókat és innen a gettóból vitték tovább őket más helyekre megsemmisíteni. Hogy összesen mennyien fordultak meg itt, arról viták folynak, de amikor Friedl ideérkezett 1942 decemberében, akkor kb. 50 000 ember élt a gettóban. Az emberek Csehországból, Morvaországból, Szlovákiából, Németországból, Hollandiából, Dániából és Magyarországról kerültek ide (Franková, 2013, idézi Molnárová, 2022: 13.)

Az élet erősen szabályozott volt sok tilalommal, de valamilyen szinten engedték a kulturális és művészeti életet. Aminek nagy jelentősége volt az itt élők számára. A gyerekeknek a sorsát igyekeztek a felnőttek a lehető legjobban megkönnyíteni az adott keretek közt, és a náci tilalom ellenére titkos iskolát szerveztek a számukra, odaadottak a nevelőkkel (Molnárová, 2022: 13.).

Friedl az L410-es leányotthonba került, cseh lányok közé. Itt egész napos oktatást biztosítottak, a jobb étkezés és szállás mellett a tiltás ellenére, bár veszélyes volt. Az éneklés, rajzolás és kézművesség megengedett volt, de olvasni számolni tanulni nem. Friedl a tiltott oktatási részbe is bekapcsolódott, és saját maga alakította ki órarendjét. Mivel tilos volt, egy gyermek őrt állt és jelzett, ha arra járt valaki. (Ivicová, 2013, hivatkozva Molnárová, 2022: 14.).

Friedl gettóbéli munkássága során 4500-5000 gyermekrajz készült. A rajzokat két bőröndben rejtette el a saját ágya alatt, a felszabadítás után kerültek elő. Emellett kézzel írt jegyzetei és a „Gyermekrajzok” című

előadása is megmaradt néhány rajzelemzés is van benne. Az előadást a gettóban elmondta 1943 júliusában a gyermekotthonok megalapításának az évfordulóján. Ezek fontos források művészetpedagógiai, illetve művészetterápiás szakmai szempontból, melyekben benne van Friedl művészetpedagógiai „hitvallása” is. (Ivícová, 2013, hivatkozva Molnárová, 2022: 15).

Friedl előadása:

a művészetpedagógiai „statement”

Az előzőekben emlegetett előadást Molnárová Kristina fordításában itt most hosszabban idézem, hogy hozzáférhetővé váljon a magyar olvasók számára.

„Ha örömmel szeretnénk nézni a gyerekrajzokat, és be szeretnénk fogadni belőlük valamit, muszáj elnyomnunk magunkban a formai és tartalmi igényeinket, és várakozva kell elfogadnunk azt, amit kínálnak számunkra. Az elképzeléseink arról, hogy mit akar velünk közölni a gyermek, és mit várunk el tőle magától, sokszor téves elképzelésekből fakad. Mindezek, a szülők magas vagy kevésbé magas esztétikai értékeinek elfogultságából erednek, akik ambícióból, hiúságból vagy félelemből a nehéz fejlődési szakaszokat véglegesnek tekintik, és aggodalmasan, idő előtt elnyomják a gyermeket. Miért akarják a felnőttek olyan korán, hogy gyermekeik a felnőttekre hasonlítsanak, olyan elégedettek vagyunk saját magunkkal? A gyermek nem (vagy nem csak) egy felnőtt befejezetlen, félig kész használhatatlan mása. (...) A gyerekek képességei nagyon különböző ütemben fejlődnek, ezáltal, ha utat szabunk meg számunkra, megfosztjuk a gyermeket az alkotói lehetőségeitől és magunktól pedig, hogy mindebbe betekintést kapjunk. A kreatív rajzolás legfőbb célja

a lehető legnagyobb szabadság biztosítása a gyermek számára, hogy mind formailag, mind hangulatában tudja kifejezni önmagát. Mindent a gyermekre kell hagyni, legfeljebb az anyagot vagy a kiindulópontot határozzuk meg. Az értékelésnek még nincs értelme. A tanárnak, nevelőnek a lehető legnagyobb visszafogottságot kell gyakorolnia a befolyásolás szempontjából; még azoknak is, akik rendelkeznek ízléssel és művészi adottságokkal. Késznek kell lennie arra, hogy a gyermeket egy bizonyos primitívitasban tartsa, vagy ha már lehetséges egy konkrét kifejezőmód felé terelje, legyen az valamilyen izmus vagy akadémista rajzolás. Ugyanakkor sokféle dolgot meg lehet mutatni a gyermeknek, régit és modernt egyaránt. A gyermek csak azt választja majd, amire szüksége van. De érzelmileg nem szabad befolyásolni, mert a gyermek bízik és támogatásra szorul, ezért szenvedélyesen fogadja annak a felnőttnek minden utasítását, akivel azonosul, és betartja azt, mert abban látja a siker garanciáját. Úgy gondolja, hogy egy felnőtt eszközeivel jobban fel tudja majd venni a versenyt. Ezzel azonban elterelné a figyelmet saját szükségleteiről, az élményhez kapcsolódó önkifejezés elveszne, és végül maga az élmény is kárba veszne. A gyermek szabadon kifejezheti, amit el szeretne mondani magáról, bármilyen fantázia ötleteit. Ezáltal felbecsülhetetlen értékű betekintést nyerhetünk az érdeklődési köreikbe, hobbijukba, tudásukba. Ha szabad utat, választási lehetőséget biztosítunk számunkra, a gyermeknek fejlődni fog a magabiztossága, kitartása, később pedig az ízlése is. A rajztanításnak nem az a célja, hogy minden gyermeket festővé alakítson, hanem az, hogy energiaforrásként felfedezzen bennük mindent, ami kreatív, önálló, fenntartsa azt, serkentse és gyarapítsa a képzeletet, az önálló

ítéletalkotás képességét és erősítse a megfigyelőképességet. A készterméssel, a merev esztétikai elképzelésekkel, a felnőttek pangó világával szemben a legjobb szövetségeseink, az igazi művészek maguk a gyerekek. Tíz éves kor előtt a pedagógusnak mindenekelőtt arra kell ügyelnie, hogy a gyermek kísérletei során, játékát ne zavarják meg. Nem célszerű tanítani őket, mert ebben a narcisztikus időszakban a különböző beavatkozásokra, behatásokra, a gyermek elfordulással válaszol. Ebben a korban a rajz és a festészet a fő kifejezőeszköz. A tíz évnél idősebb gyerek kezd elégedetlen lenni a kifejezőeszközeivel, a körülötte lévő világ felértékelődik számára. Már nem úgy ábrázolja a dolgokat, ahogy a képzeletében látja őket, hanem ahogy látja. Ezután kezdődhet a formális tanítás, de nem szabad elfednie az eddig megtartott szabadságot. Csak annyi technikai tudást kell átadni a gyermeknek, amennyire valójában szüksége van. Mindezek pedig nem különböznek a „nagy művészet” elemeivel: arányok, ritmus, fény, árnyék, plaszticitás, térbeliség, szín, kompozíció. Bár a gyermek lelkesen és örömmel fogad a világgal kapcsolatos minden új információt, mégsem szabad azokat ráerőltetni. Az a tudás, amelyet a gyermek nem megfelelő időpontban kap, akár amiatt, mert egyelőre meghaladják a szellemi képességeit, akár azért, mert épp más érdeklődési körrel foglalkozik, a gyermek ezt a világába való behatolásnak tekinti, és undorral vagy kudarccal reagál. A technikai eszközök hiányából adódó nehézségek a tanárok számára akár pedagógiai eszközzé is válhat, ha kapcsolatba kerülnek a gyerekekkel. Jobb több gyermeket tanítani, mint egy kisebb csoportot vagy egyéneket. Ha több a gyermek, biztatják egymást, megalapozzák a hangulatukat. A gyermekek hasznat kovácsolnak egymás ötleteiből, mert így

tanár nem tudja „túlterhelni” őket figyelmével, ezáltal mindinkább magukra vannak utalva. Ennek hatására kialakul valami, ami a későbbi életükben rendkívüli szerepet tölt majd be, mégpedig a csoportmunka - nem versengő egyének, hanem a közös teljesítmény kerül előtérbe. Közös erőfeszítésekkel a csoport a legkedveltebb, a számukra úgymond legszemélyesebb eszközökkel éri el a legnagyobb eredményeket. Ilyen körülmények között hajlandóak az anyaghiánnyal is megbirkózni, beérni a szerényebb körülményekkel, kölcsönösen segíteni egymást, alárendelődni...” Friedl Dicker-Brandeis szövege Molnárová Kristina fordításában (Ivicová, 2013, idézi Molnárová, 2022: 16–17).

A szövegből kiemelnék két (valójában egy) olyan mozzanatot, mely későbbi nagy pszichoterapeuták gondolataival rokonítható. Egyfajta nondirektivitásra, nem beavatkozó, emellett nem ítélező és nem minősítő hozzáállásra biztat, ami Carl Rogers személyközpontú terápiás irányzatának az alapja (Rogers, 1961/2003), és akinél a pszichoterápia egy kreatív folyamat, másfelől megjelenik a szövegben az a gondolat, hogy a tanári figyelem túlterhelő hatású lehet, ami előrevetíti számomra a Winnicott-féle „elég jó anya” jelenlétének képzetét, aki nem intruzív, de elkötelezett, és ami által a kreativitás átmeneti tere meg tud képződni (Winnicott, 1971/1999).

Friedl ilyen módon tehát ösztönösen törekedett arra, hogy megvalósítsa a „legkisebb beavatkozás” elvét (Kiss, 2015), ami a később kialakult művészetterápiás működés egyik alapja. „Nem fedtte meg a gyerekeket, nem erőltetett semmit, és semmilyen módon nem kényszerítette őket. A fantáziát és az intuíciót felhasználva, játékos szellemben fogott hozzá a munkához. Érdeklődéssel figyelte tanítványai első, tétova festői erőfeszítéseit, óvatosan kérdezősködött, lazán

terelte a figyelmüket. Mindenekelőtt arra biztatta a gyerekeket, hogy kövessék saját ötleteiket és inspirációikat, és adjanak nekik grafikai kifejezést. Egyik alapelve ez volt: »Hagyd, hogy a gyermek szabadon kifejezhesse magát.« (Wonschick, 2007 idézi Molnárová, 2022: 19).

Művészetterápiás módszertani jellemzők a tanítványok visszaemlékezései alapján

Friedl pedagógiai módszertana részben a túlélő tanítványokkal készült interjúkon keresztül is rekonstruálható. Ezek a források részletes adatokat szolgáltatnak a terezíni foglalkozások menetéről, a légköréről, az alkalmazott instrukciókról és művészeti technikákról, valamint, hogy hogyan hatott rájuk mindez, mit jelentett a számukra abban a nehéz helyzetben.

Helga: „A művészeti órán megfeledeztem minden másról”. „Csak az a nagy asztal volt ott a festési kellékekkel, a papír nem sok volt, néha csak papírhulladék vagy csomagolópapír néhány régi csomagból. De ezekben a pillanatokban szabad embernek éreztem magam.” „Tanítási módszere könnyed pillanatokot adott nekünk. Képes volt felébreszteni bennünk az állapotunkhoz, a Theresienstadt-i élethez való pozitív hozzáállást. A jelenlétében minden a helyére került – többé-kevésbé magától.” „Nem kellett jól rajzolnod. Nem ez volt az, ami igazán számított” – írja le tanítási módszerét Helga. „Az volt a cél, hogy fejleszd a tehetségedet, és megtanulj látni. A színek felismerésére tanított, hogy játszunk a színekkel.” (Wonschick, 2007 idézi Molnárová 2022: 18).

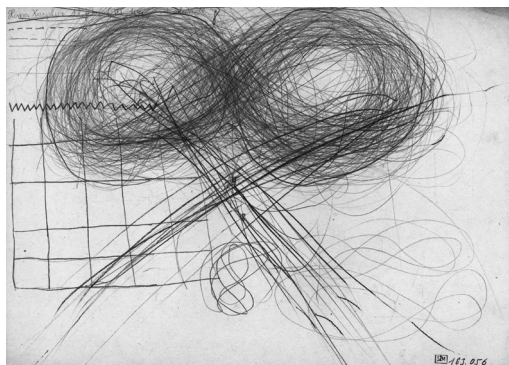
Ela Stein: „Bátorított minket, hogy azt ábrázoljuk, ami a gondolatainkban felmerül. Soha nem határozta meg, hogy mi legyen a végeredmény, nem ragaszkodott a realitáshoz, ellentétben a klasszikus rajzórakkal.

Megengedte, hogy játszunk a színekkel, hogy szabadjára engedjük a fantáziánkat és intuíciónkat, megszabaduljunk a sztereotípiáktól – és lélekben egy pillanatra a gettó határaitól is.” (Ivicová, 2013 idézi Molnárová, 2022: 22).

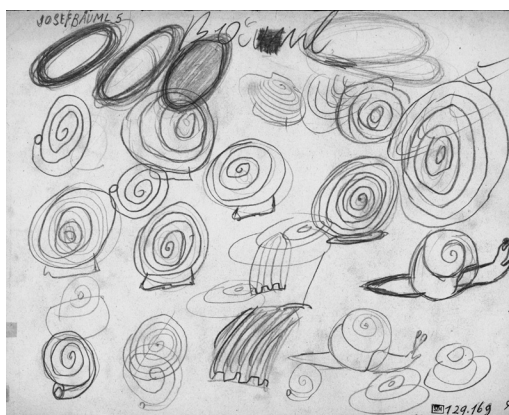
Nehéz, nyugtalan helyzetekben Friedl gyorsan bevonta a gyerekeket, leggyakrabban a ritmikus gyakorlatok segítettek. Dita Polachová-Krausová így emlékszik vissza a rajzórákra: „Amikor elkezdődött az óra, először ellazítottuk a csuklóinkat. Körkörös mozdulatokat és nyolcasokat írtunk le a kezünkkel, először csak a levegőben, majd ugyanezt papíron is megismételtük. A rajzaim között található két ilyen gyakorlat, melyeken ceruzával készült nyolcasok, csillagok és ehhez hasonló rajzok találhatóak...” (Ivicová, 2013 idézi Molnárová, 2022: 23).

„Amellett, hogy a festő kezét és az egész embert könnyűvé és rugalmassá tesz, az ilyen gyakorlatok megfelelő eszközt jelentenek arra, hogy az egyének rakoncátlan tömegét munkacsoporttá alakítsák, amely kész együttműködni egy ügynek” – írta egy jelentésében. 1943-ban, a Theresienstadt Gyermekotthonok megalakulásának első évfordulóján. „Sőt, felemelik a gyermeket a gondolkodás és a látás régi szokásaiból [és] olyan feladat elé állítják a gyermeket, amelyet örömmel és fantáziával, de mégis a legnagyobb precizitással lehet teljesíteni.” (Wonschick, 2007, idézi Molnárová, 2022: 19)

A ritmusgyakorlatokkal és firkákkal (2-3.kép) Friedl a Bauhausban (Johann Itten tanítványaként) tanult módszereket alkalmazta, ahol a gyerekeknek meghatározott ritmusra kellett vonalakat és formákat rajzolniuk, hogy felszabadítsák kreatív energiáikat és „kikapcsolják” a külvilág borzalmait (Elsby, é. n.).



2. kép. Sketches of objects/Hand relaxation exercise (Tárgyvázlatok / Kézlazító gyakorlat).
Készítette: Hana Erika Karplusová, 1943–1944²



3. kép. Drawing exercise – relaxing the hand, rhythm (Rajzgyakorlat – kézlazítás, ritmus).
Készítette: Josef Bäuml, 1943–1944³

Gyakran alkalmazta ezt a módszert az órák kezdetén, mely tulajdonképpen egy közös mozgásgyakorlat volt a gyerekek ellazítására és az azt követő tevékenységre való felkészítésre. (Ivicová, 2013, hivatkozva Molnárová, 2022: 23)

A gyerekek időnként zenei ritmusra alkottak: előfordult, hogy Friedl asztalon kopogott ritmusát követték, máskor a

hangjára reagáltak. A zenehallgatás és az azt követő mozgás, tánc fontos kiindulópontja volt a rajzolásnak, mivel a gyerekeknek ezt az összetett élményt kellett a papíron megjeleníteniük. A ritmus – legyen az zenei vagy akusztikus – elsődlegesen az érzékszervi észlelésre és a képzeletre hatott, nem csupán a koncentrációt vagy a kézügyességet javította. A rajzolás itt másodlagossá vált:

2 Forrás: Prágai Zsidó Múzeum (Acc. No. JMP 163.056r/163.056v). A múzeum engedélyével újraközölve.

3 Forrás: Prágai Zsidó Múzeum (Acc. No. JMP 129.169v). A múzeum engedélyével újraközölve.

csupán egy eszközként szolgált az érzékszervi tapasztalatok rögzítéséhez, lehetővé téve, hogy a gyermek ne a technikai kivitelezésre, hanem az átélt élményre fókuszáljon (Kučerová, 2011, hivatkozva Molnárová, 2022: 23).

Friedl pedagógiájának varázsa hamar magával ragadta a tanítványokat (Ivicová, 2013 hivatkozva Molnárová, 2022: 23). Anna Hanusová-Flachová így emlékezett vissza a közös munkára: „Látta, mennyire görcsösen fogom a ceruzát, ezért megpróbált ellazítani. Rávilágított, hogy nemcsak az ujjaim, hanem a könyököm, a vállam és a hátam is feszült. Azt mondta, ha testben nem vagyok szabad, sehol sem lehetek az. Meglepő volt, de a gyakorlatok után a kezem felszabadult, és megtanultam tudatosan elérni ezt az állapotot” (Kučerová, 2011, hivatkozva Molnárová, 2022: 23). Ezek a csoportos gyakorlatok a teljes test ellazulását, belső békét és mély koncentrációt eredményeztek.

Friedl az állatok ábrázolását is beemelte módszertanába, sajátos módon ötvözve a ritmikai gyakorlatokat a tematikus feladatokkal. A foglalkozások gyakran egy-egy spontán görbe vagy vonal meghúzásával kezdődtek, amelyet a gyerekek az aktuális hangulatuk, egy adott ritmus vagy mozgás hatására, ösztönösen vetettek papírra. Ezt követően kapták azt a feladatot, hogy ezeket a véletlenszerű formákat egészítsék ki konkrét alakzattá – így vált például egy absztrakt vonalból kakas. Friedl egy másik kedvelt módszere az ellentétekre épült: a gyerekeknek egymástól élesen elütő állatpárokat kellett megformálniuk, például kerekded és szarvval rendelkező állatokat (sertést és kecskét), méretbeli különbségeket (elefántot és egeret), vagy eltérő tapintású felületeket, mint a sündiszó tuskéi és a nyúl puha szőre. Helga Kinsky, aki emlékezett az

állatokkal kapcsolatos feladatra, a következőket mondta: „Egyszer nekünk is az volt a feladatunk, hogy rajzoljunk állatokat. És ezt muszáj volt elképzelnünk, mert Terezinben nem láttunk állatokat. Bár a németek akkoriban állatok voltak számunkra, el kellett képzelnünk ezeket az állatokat.” (Ivicová, 2013 hivatkozva Molnárová, 2022: 25).

A firkákat tehát szabadon tovább is alakíthatták. A terezíni gettó szűkös erőforrásai ellenére is változatos művészeti technikákat tanított Friedl a gyermekeknek. A gyűjteményben megőrzött 4500 mű a grafikai eljárásoktól (tus, ceruza, zsírkréta, toll) az akvarellen át a vegyes technikákig (kolázs, textilalkalmazások, hímzés, szövés) terjed. A tananyag részét képezték továbbá a térbeli alkotások is, például a bábkészítés és a különféle kézműves tárgyak előállításai (Ivicová, 2013, hivatkozva Molnárová, 2022: 29). Friedl biztosította a festékeket, ecsetet, ceruzákat és papírt. Gyakran hozott néhány művészeti könyvet vagy tárgyat, amelyek modellként szolgáltak. A modelltárgyakról a túlélő tanítványok (például Erna Furman vagy Eva Štichová-Beldová) visszaemlékezéseiből tudunk. Friedl – a rendkívüli hiány ellenére – gyakran becsempészett a foglalkozásokra egyszerű tárgyakat, mint például vázát vagy teáskannát, hogy a gyerekek a megfigyelésen alapuló rajzolást gyakorolhassák (Elsby, é. n.)

„A totális intézményhez nemcsak a praxisok, hanem az egyéni emlényomok és az épületegyütteshez fűződő élmények is hozzátartoznak.” – írja Dobai Attila Marcellán (2026: 175) a Lipótmező vizsgálatával kapcsolatban. Terezín, a gettó, maga a tér, mely egy börtönhöz vagy pszichiátriához hasonló zárt intézmény, percepciója és megélése is megjelennek a visszaemlékezésekben is, emellett a képeken is (4. kép).



4. kép. Pavel Sonnenschein (1931–1944) rajza: *Terezín udvara* (1942. október 23.)⁴



5. kép. Doris Weiserová (1932–1944) rajza: *Soha nem láttam többé pillangót* (1944).

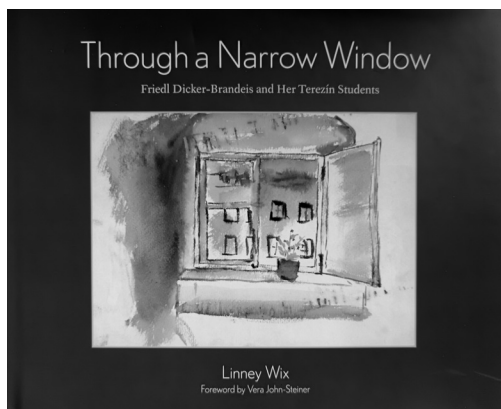
Fotó: F. Cellura, 2016⁵

Helga Kinsky így emlékszik erre: „Csak egy asztalunk volt. Nem tudtunk mindannyian együtt dolgozni. Talán nyolcan lehettünk egy csoportban... Néha hozott valamit, amit festenünk kellett: virágokat vázában, facipőket, híres festők képeit könyvben vagy képeslapon... Választhattunk.” (Wix, 2009: 156).

A térélményhez tartozik az elvagyódás is belőle, a képzeletben való kiszabadulás. Erről tanúskodik számos alkotás. Az 5. képnek még a címe is erről, a bezártságról és az élettől való elzártságról tanúskodik.

4 Forrás: *Wikimedia Commons*. Retrieved April 19, 2026. https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Prague_Praha_2014_Holmstad_ok_Pinkas_synagogue_pinkassynagogen_drawing_children_Terezin_tegning_barn_7.JPG&oldid=1185698682 Holmstad (2014). CC BY-SA 3.0 licenc alapján újraközölve.

5 Forrás: *Wikimedia Commons*. Retrieved April 19, 2026. https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:I_Never_Saw_Another_Butterfly_2.jpg&oldid=1194362368 Cellura (2016). CC BY-SA 4.0 licenc alapján újraközölve.



6. kép. Linney Wix (2010): *Egy szűk ablakon keresztül* című könyvének borítója⁶

Vannak képek, ahol ablakon keresztül néznek ki a tájba, a kinti szabad világba. Egy ilyen kép lett a borítója és a címadója is Linney Wix 2010-es Friedl Terezínbeli tevékenységéről szóló könyvének (6. kép), melynek magyarul „Egy szűk ablakon keresztül” a címe (*Through a Narrow Window: Friedl Dicker-Brandeis and her Terezín students*, 2010).

A térhez való viszonyulás is benne van H. Brenner-Wonschick visszaemlékezésében a kötött és szabad témák sokszínűsége mellett: „Néha témát tűzött ki – egy állatot a természet közepén vagy egy szeles, viharos estét. Máskor pedig egy fantasztikus történetet vázolt fel röviden. Friedl néha csak annyit mondott: Fesd le, ahol lenni akarsz, vagy most lenni szeretnél. Rajzolj, amit szeretnél. Fesd le, ami épp érdekel. Vagy: Nézz ki az ablakon, és rajzold le, amit látsz.” Ezek a feladatok kaput nyitottak a gyerekek legbelső vágyaira is, ahogy azt Helga Kinsky szavai is tanúsítják: „Ezt akartam csinálni, ez volt a vágyam, el akartam menni az erdőbe, egyedül lenni, naplót írni, és ilyen környezetben aludni.” (Molnárová, 2022: 31)

Helga Kinsky felidézi, hogy a gyerekek nem a körülöttük lévő nyomort és borzalmat ábrázolták, hanem azt, hogy Friedl „egy másik világba repített minket... Virágokat festett ablakokban, kilátást az ablakból. Teljesen más megközelítése volt...”. „Nem ő kényszerített minket Terezin rajzolására.” (Elsby, é. n.).

Egy másik túlélő tanítvány, Eva Dorian ezt mondta szeretett tanárnőjéről: „Úgy hiszem, amit tőlünk akart, az nem közvetlenül a rajzoláshoz kapcsolódott, hanem inkább a különböző érzések kifejezéséhez, a félelmeinktől való megszabaduláshoz.” (Elsby, é. n.).

Ahogy a beszámoló-részletekből láthatjuk, Friedl számos módszert, témát és technikát alkalmazott az órai során. A leggyakoribbak a következők voltak: ritmikus gyakorlatok, diktálások, mese vagy történet motívumainak ábrázolása, modellrajz, régi mesterek tanulmányozása és sokszorosítása, anyagismeret, színek és vonalak elemzése, csendélet. (Ivicová, 2013 hivatkozva Molnárová, 2022: 18).

6 Forrás: Wix, L. (2010): *Through a Narrow Window: Friedl Dicker-Brandeis and Her Terezín Students*. University of New Mexico Press. A szerző saját fotója. Gyerekraajz alkotója ismeretlen.

A leírások alapján a következő feladattípusokkal dolgozott:

- Spontán rajzolás és „gondolkodás nélküli” alkotás: Arra ösztönözte a gyerekeket, hogy előre meghatározott téma nélkül, szabadon engedjék áramlani az érzéseiket és álmaikat a papírra.
- Ritmusgyakorlatok: A Bauhaus-iskolából átvett módszer, ahol ismétlődő vonalakkal és formákkal segített a gyerekeknek az érzelmi koncentráció elérésében és a káosz feloldásában.
- Megfigyelés alapú rajzolás (Csendéletek és portrék): A külvilág tárgyainak és egymás arcának pontos megfigyelése segített a gyerekeknek újra kapcsolódni a valósághoz és a jelen pillanathoz.
- Színtani gyakorlatok: A színek érzelmi hatásait vizsgálták, ami segített a belső feszültségek vizuális kifejezésében.
- Képzletbeli ablakok: Mivel a gettóban a kilátás sivár volt, gyakran kért olyasmit, hogy fessenek virágokat vagy azt, amit egy képzletbeli ablakon keresztül látni szeretnének (pl. tájakat, otthoni emlékeket).
- Kollázskészítés és papírszövés: A korlátozott alapanyagok (hulladék papírok, úrlapok hátoldala) kreatív felhasználása a rugalmasságot és a problémamegoldást fejlesztette.
- Közös alkotómunka: A csoportos feladatok a szociális izoláció ellen hatottak, és megtanították a gyerekeket az egymásra figyelésre és toleranciára

Friedl szemléletében és módszertanában a 4 alapelem, vonal, textúra, forma, ritmus nem csupán esztétikai kategóriák, hanem a lélektani öngyógyítás eszközei voltak (Salomon, 2004). Edith Kramer tőle tanulta meg,

hogy a művészet alapvető alkotóelemei közvetlen csatornát nyitnak a gyermeki lélekhez.

- A Vonal: Friedl szerint a vonal a belső feszültség és az indulatok közvetítője. A gyerekekkel végzett gyakorlataiban a vonalvezetés segített a belső káosz strukturálásában. Egy határozott vonal meghúzása a biztonságérzetet és a kontrollt jelképezte a bizonytalan külvilággal szemben.
- A Textúra: A különböző anyagok tapintása és vizuális megjelenítése (érdeség, puhaság) a szenzoros élményeken keresztül segített a gyerekeknek viszsztalálni a saját testükhöz és a fizikai valósághoz, ami trauma esetén gyakran elveszik (disszociáció).
- A Forma: A formaalkotás a „szétesettség” ellenszere. Amikor a gyermek egy felismerhető alakzatot hoz létre, azzal belső rendet teremt. Dicker-Brandeis a Bauhaus geometrikus szemléletét használta arra, hogy megtanítsa: a világ elemekre bontható és újraépíthető.
- A Ritmus: Az ismétlődő mozdulatok, vonalak vagy színek (ritmikus firkálás) meditatív állapotot hoznak létre. Ez a ritmus segít az érzelmi önszabályozásban és a szorongás oldásában – hasonlóan a ringatáshoz.

Friedl módszere,

az ETC és a traumafeldolgozás

Az előző részben részletesen ismertetett módszertani szemléletmódban nem nehéz felismerni a korábban ismertetett expresszív terápiás kontinuummal (ETC) való analógiát.

A kinezetikus-szenzoros (K/S) szint jelenik meg a ritmusgyakorlatokban, és a „Bottom-Up” stratégiát ismerhetjük fel a leírásokból, különösen, amikor az így

keletkezett alakzatokból rajzolnak tovább, ahogy ezt olvashatjuk egyes visszaemlékezésekben. Ez a kinezetikus fázis segítette a gyerekeknek a belső feszültség levezetésében és a testi kontroll visszanyerésében a kaotikus tábori környezetben. A gyerekek különböző textúrájú papírokkal (pl. régi nyomtatványok, csomagolások) dolgoztak, ami a szenzoros ingereken keresztül segítette a jelenbe való földelést.

A perceptuális-affektív (P/A) szinten találjuk a megfigyeléseket és a formaalkotást, a vázák, teáskannák vagy facipők rajzolása a perceptuális fókuszot erősítette. Friedl arra ösztönözte a gyerekeket, hogy „lássák meg a tárgyak lényegét”, ami segítette a vizuális információk strukturált feldolgozásában, ezzel a nehéz lelkiállapotokról leveszi a fókuszot. Másfelől a szabad alkotás pedig lehetővé tette az érzelmek spontán kifejezését, ami az affektív (érzelmi) pólusnak felel meg.

A kognitív-szimbolikus (C/Sy) szinten Friedl a Bauhaus módszereit követve külön elemekre bontotta a képet (fény-árnyék, textúra, forma), majd újra összeillesztette azokat. Ez a kognitív tervezést és logikai rendszerezést igényelte. Amikor a gyerekek otthoni emlékeiket vagy vágyaikat rajzolták le, a művészet szimbolikus szintjén dolgoztak, ami segítette értelmet adni a szenvedésnek és megőrizni az identitásukat.

Az ETC-ben a kreatív dimenzió az, ahol az összes szint integrálódik. Friedl abban segítette, hogy a gyerekek a traumát (ami gyakran blokkolja a magasabb szintű feldolgozást) az alkotás útján újra aktív, cselekvő folyamattá alakítsák, megteremtve a „belső szabadság” élményét.

A művészetterápia Trauma-kaleidoszkóp című könyvben összeszedett jellemzői (amit a tanulmány elején röviden ismertetem) mentén is meg lehet vizsgálni Friedl művészeti módszereit.

- Nonverbalitás és önkifejezés: A gettó traumája szavakkal kimondhatatlan volt a gyermekek számára. Friedl a fantáziát és a képeket használta elsődleges nyelvként, ahol a nonverbális jelek (vonalak, színek) közvetítették a belső szorongást és a reményt.
- Anyagalakítás, érzékelés és vitalitás affektusok: A Bauhaus-iskola szellemében Friedl hitt az anyaggal való küzdelem életerő-növelő hatásában. A szegényes eszközök (hulladék papír, maradék festék) megmunkálása mellett a ritmikus gyakorlatok, diktálások a vitalitás affektusokat mozgósították. Az alkotás fizikai aktivitása ellensúlyozta a gettóban tapasztalt tehetetlenséget és apátiát.
- Objektiváció és tárgyállandóság: A rajz elkészülte egyfajta teremtésélmény. A gyermek egy kaotikus világban létrehozott valami maradandót (objektiváció), ami tőle függetlenül is létezik. Ez segítette a tárgyállandóság érzését egy olyan környezetben, ahol a személyek és tárgyak bármikor eltűnhettek.
- Autonómia, döntések és szabadság: A gettó teljes kontrollja alatt az alkotás egy olyan terület volt, ahol a gyermek autonóm döntéseket hozhatott (milyen szintet használjon, hova húzza a vonalat), még ha keretek között is, visszaadva neki az önrendelkezés méltóságát.

- **Átmeneti tér és átmeneti tárgy:** A rajzlap egyfajta winnicotti átmeneti térré vált: a belső szubjektív világ és a külső objektív valóság közötti biztonságos zónává. Az elkészült mű átmeneti tárgyként funkcionált, amely érzelmi biztonságot nyújtott a fenyegető környezetben. Maguk a megmaradt alkotások pedig átmeneti tárgyként képviselik a ma emberei számára fiatalon elveszett alkotóikat.
- **Keret, tartalmazás és érzelemreguláció:** Az alkotás folyamata (és maga a rajzlap széle) keretet adott az elárasztó érzelmeknek. Friedl jelenléte mint „tartalmazó” (containing) közeg lehetővé tette, hogy az expresszió ne szétessen, hanem az érzelemreguláció eszközévé váljon.
- **Kreativitás, spontaneitás és improvizáció:** A hiánygazdaságban az improvizáció alapvető volt. Mind a ritmikus gyakorlatok, mind az anyagalakítás az improvizatív jelleget erősítette. Friedl arra tanította a gyerekeket, hogy a korlátok között is maradjanak kreatívak, a spontaneitás pedig segített feltörni a depresszív gátlásokat.
- **Tudatállapotok és elmélyülés:** Az alkotás közbeni módosult tudatállapot (flow) lehetővé tette a környezetből való mentális kilépést. Az elmélyülés segített a gyermeknek a jelenidejűségben maradni, ahol nem a múlt fájdalma vagy a jövő félelme, hanem az alkotó jelenlét dominált.
- **Differenciálódás, szintetizáció és integráció:** A vizuális elemek (vonal, forma, ritmus) elkülönítése (differenciálás), majd egységes művé formálása (szintetizáció) a személyiség integrációját szolgálta. A darabokra tört világot a gyerekek a papíron rakták újra össze, ami a belső pszichés struktúra megerősödését eredményezte.

Friedl Dicker-Brandeis tehát nem „rajzolni tanított”, hanem az alkotó folyamat minden egyes lépését – a döntéstől az anyaggal való érintkezésig – a túlélés és a lelki integritás szolgálatába állította.

ÖSSZEFOGLALÁS, KONKLÚZIÓ

Tanulmányomban megvizsgáltam, milyen sajátos művészetterápiás módszertani eszközök vannak, és azok hogyan működnek határhelyzetben. Bemutattam Friedl Dicker Brandeis munkásságát, mely a határhelyzetként is felfogható koncentrációs táborban kapta meg esszenciális jelentését és jelentőségét. Edith Kramer, ismert művészetterapeuta tanítványa mondta róla: „Azt hiszem, Friedl valahogy kiteljesedett [Terezínben]” (Wix, 2009: 157.).

Az általa használt művészetpedagógiai de terápiás szempontból is jól alkalmazható módszerek, melyek korábbi alternatív pedagógiai és Bauhaus-os tapasztalatain alapultak, jól összhangban vannak a mai traumafeldolgozásban használt modellekkel. Bár Friedl gyakorlatai 1944-ben születtek, a vonal, a ritmus és a forma ereje a mai akut pszichiátriai ellátásban ugyanazt a funkciót tölti be: a belső káosz strukturálását. Felismerte, hogy az alkotás szabadsága a személyiség integritásának védvonalaként lehet a dehumanizációval szemben. A modelleken túl mégis a legfontosabb az a személy, aki a művészet révén kapcsolódik a másik személlyel, az elfogadás az empátia, és a hitelesség mentén a jelentéskeresésben és az értelemkeresésben, a közösen megélhető jelen pillanatban.

SUMMARY

ART THERAPY METHODS AND LIMINALITY:
THE WORK OF FRIEDL DICKER-BRANDEIS IN TEREZÍN FROM
A METHODOLOGICAL PERSPECTIVE

The art pedagogical and therapeutic methods used by Friedl Dicker-Brandeis, which are well-suited for use in art therapy and therapy, and which were based on her previous alternative pedagogical and Bauhaus experiences, are well in line with the models used in today's trauma processing.

Background and Aims: My study examines the connection between the visual modality of art therapy and art pedagogy in liminal situations. To this end, I examine the art pedagogical and art therapeutic work of artist-teacher Friedl Dicker-Brandeis with children in the Terezín concentration camp along methodological models, filling a gap in the Hungarian literature. For my investigation, I call upon the model of the expressive therapies continuum (ETC) (Kagin & Lusebrink, 1978; Hinz, 2020; Malchiodi, 2018), which also does not yet have a Hungarian-language introduction, and the characteristics of visual art therapy during trauma processing, which were summarised by a group of art therapists (Kiss et al. 2023).

Methods: My study is problem-based; I do not write to be complete or from a historical perspective, but with the help of source analysis, I am looking for the methodological characteristics that could be used for later art therapy, while she herself was part of it.

Results: The art pedagogical but also therapeutically applicable methods used by Friedl, which were based on her previous alternative pedagogical and Bauhaus experiences, are well in line with the models used in today's trauma processing. Through all this, she also became the person we can now look back on as a personal example, from whom this liminal situation itself brought about the development of personal existence and autonomy, paradoxically becoming self-actualizing through it.

Keywords: art pedagogy, art therapy, liminality, expressive therapies continuum, Friedl Dicker-Brandeis, concentration camp

IRODALOM

- Árkovits, A., Terenyi, Z., & Varga S., K. (Eds.) (2023): *Trauma-kaleidoszkóp*. Oriold és Társai.
- Bäumler, J. (1943–1944): *Drawing exercise – relaxing the hand, rhythm* [Rajz]. Prágai Zsidó Múzeum, Prága, Csehország. jewishmuseum.cz
- Csikszentmihályi, M. (1990): *Flow: The psychology of optimal experience*. Harper & Row.
- Dobai, A. M. (2026): *A Lipótmező, ahogy mi láttuk... Az OPNI belső architektúrája és a budapesti pszichiátriai ellátórendszer atmoszférája az intézménymegszüntetések árnyékában*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Elsby, L. (é. n.): *Coping through Art – Friedl Dicker-Brandeis and the children of Theresienstadt*. Yad Vashem – The World Holocaust Remembrance Center. <https://www.yadvashem.org/articles/general/coping-through-art-brandeis-theresienstadt.html>
- Hinz, L. D. (2020): *Expressive Therapies Continuum: A framework for using art in therapy* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429299339>
- Holmstad, Ø. (2014, április 30): *Prague Praha 2014 Holmstad ok Pinkas synagogue pinkassynagogen drawing children Terezin tegning barn 7* [Fotó]. Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Prague_Praha_2014_Holmstad_ok_Pinkas_synagogue_pinkassynagogen_drawing_children_Terezin_tegning_barn_7.JPG&oldid=1185698682
- Kagin, S., & Lusebrink, V. (1978): The expressive therapies continuum. *Art Psychotherapy*, 5. 171–180. [https://doi.org/10.1016/0090-9092\(78\)90031-5](https://doi.org/10.1016/0090-9092(78)90031-5)
- Karplusová, H. E. (1943–1944): *Sketches of objects/Hand relaxation exercise* [Rajz]. Prágai Zsidó Múzeum, Prága, Csehország. jewishmuseum.cz
- Kiss, V. (2014): *A vizuális művészetpedagógia és művészetterápia összehasonlítása a tanári és terapeuta kompetenciák tükrében* [Doktori disszertáció, Eötvös Loránd Tudományegyetem]. EDIT (ELTE Digitális Intézményi Tudástár). <http://hdl.handle.net/10831/39918>
- Kiss, V., Salz, G., Platthy, I., Horváth, A., & Klein, I. (2023). „A művészet befogadja a fájdalmat és kezd vele valamit” Shaun McNiff. In Árkovits A., Terenyi Z. & Varga, S. K. (Eds.), *Trauma-kaleidoszkóp* (pp. 515–537). Oriold és Társai Kiadó.
- Kramer, E. (1971): *Art as therapy with children*. Schocken Books.
- Kőváry, Z. (2025): *Az egzisztenciális pszichológia története és irányzatai*. Scolar Kiadó.
- Malchiodi, C. (2018): Expressive Therapies Continuum: Three-Part Healing Harmony. Start with embodiment and work your way up. *Psychology Today*. 2018 dec. 30. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/arts-and-health/201812/expressive-therapies-continuum-three-part-healing-harmony>
- Merényi, M. (2007): Tudatállapotok jelentősége a pszichodinamikus mozgás- és tánc-terápiában. *Pszichoterápia*, 16(4). 235–240.
- Molnárová, K. (2022): A művészet ereje a terezini gettóban – Friedl Dicker-Brandeis munkássága [Nem publikált mesterszakos szakdolgozat]. Eszterházy Károly Katolikus Egyetem.
- Rogers, C. R. (2003): *Valakivé válni: A személyiség kibontakozása* (T. Oláh, Ford.). Edge 2000. (Eredeti mű kiadva: 1961)

- Rubin, J. A. (2005): *Child art therapy*. John Wiley.
- Rubin, J. A. (2010): *Introduction to Art Therapy: Sources & Resources*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203893968>
- Salamon E. (2004): A művészetterápia története és elméleti irányzatai. In Kárpáti A. (Ed.), *Művészetterápia* (pp. 31–48). ELTE Bölcsészettudományi Kar – Természettudományi Kar, Vizuális Nevelési Csoport.
- Yalom, I. D. (2025): *Egzisztenciális pszichoterápia* (Adorján Zs., Ford.) (4. kiadás). Park Könyvkiadó. (Eredeti mű kiadva: 1980)
- Weiserová, D. (1944): *I Never Saw Another Butterfly 2* [Rajz; fotózta F. Cellura, 2016]. Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:I_Never_Saw_Another_Butterfly_2.jpg&oldid=1194362368
- Wix, L (2009): Aesthetic Empathy in Teaching Art to Children: The Work of Friedl Dicker-Brandeis in Terezín. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 26(4). 152–158. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ868051.pdf> <https://doi.org/10.1080/07421656.2009.10129612>
- Wix, L. (2010): *Through a narrow window: Friedl Dicker-Brandeis and her Terezín students*. University of New Mexico Press.
- Winnicott, D. W. (1999): *Játsszás és valóság* (V. Bánki, Ford.). Animula. (Eredeti mű kiadva: 1971).

HATÁRHELYZETEK ÉS NŐI TEREK. GARÁZSSZALONOK MINT LIMINÁLIS, PSZEUDO-TERÁPIÁS TEREK



ÁLDOZÓ Borbála
ELTE BTK Esztétika Tanszék (egyetemi hallgató)
aldozobori@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A tanulmány a panelházak aljában, eredetileg garázsokban és tárolóhelyiségekben kialakított szépségsszalonok (garázsszalonok) sajátos térhasználatát és kommunikációs gyakorlatát vizsgálja. Célja annak feltárása, hogy ezek a privát és nyilvános tér határán elhelyezkedő, liminális terek miként működnek informális, pszeudo-terápiás női térként, túlmutatva szépségipari funkciójukon.

Módszer: A vizsgálat egy városantropológiai kutatás eredményeire épül, strukturálatlan és félig strukturált interjúk, valamint résztvevő megfigyelések alkalmazásával. Az empirikus kutatás terepe lakótelepi garázsokban működő szépségsszalonok.

Eredmények: Az elemzés rámutat arra, hogy a garázsszalonok térbeli adottságai elősegítik az intimitás és a bizalmi viszony kialakulását a szolgáltató és a vendég között. A szalonokban zajló kommunikáció rendszeresen túlmutat a szolgáltatáshoz kapcsolódó interakciókon, és a testi ápolás gyakorlata pszeudo-terápiás funkciókkal egészül ki. A hatalom által strukturált terek a szépségipari dolgozók átalakító gyakorlatai révén „megszelídülnek”, háziasított, új gazdasági és társadalmi funkcióval bíró terekké válnak.

Következtetések: A garázsszalonok nem csupán gazdasági egységek, hanem a női tapasztalatok megosztásának, valamint a lakótelepi terek újraértelmezésének jelentős színterei. Ezek a liminális terek fontos szerepet töltenek be a mindennapi női kapcsolódások és informális gondoskodási formák fenntartásában.

Kulcsszavak: szépségsszalon, garázsszalon, kommunikáció, pszeudo-terápia, liminalitás

BEVEZETÉS

A kortárs városi terek vizsgálata egyre gyakrabban irányul olyan, a mindennapi városi életben jelen lévő, marginálisnak tekintett terek felé, amelyek kutatása révén a társadalmi viszonyok, a hatalom térbeli szerveződése és az itt élők környezetükkel való kapcsolata válhatnak értelmezhetővé. A jelen kutatás is egy ilyen, több szempontól figyelmen kívül hagyott városi teret kíván feltárni: a panelházak aljában található üzletekké, szépségszalonokká alakított egykori garázsok működését. Az eredetileg gépjármű-tárolókban és raktározási helyiségekben kialakított szépségszalonok kommunikációs és pszeudo-terápiás jellegét vizsgálja egy városantropológiai kutatás eredményeire támaszkodva.

A lakótelepi garázsszalonok sajátossága, hogy térbeli elhelyezkedésük révén a privát és a nyilvános tér határán helyezkednek el. Ez a liminális pozíció nem csupán építészeti értelemben lényeges a vizsgált terep esetében, hanem az itt zajló interakciók szintjén is. A szépségipari tevékenységek során a testtel való munka és az általam vizsgált szalonok építészeti jellegének intimitása sajátos kommunikációs helyzetet teremt, amelyben a beszélgetések gyakran átlépik a szolgáltatáshoz közvetlenül kapcsolódó témák határát. A garázsszalonosok és vendégeik között kialakult bizalmi kapcsolat olyan bensőséges teret hoz létre, amely alkalmas a mindennapi stressz, vagy akár a személyes krízishelyzetek megosztására és feldolgozására. A garázsszalonok így módon olyan női tereknek tekinthetők, ahol a testi átalakulás gyakorlata összekapcsolódik a női tapasztalatok megosztásával, amit a legtöbb vendég valódi terápiaként él meg, a szolgáltatók számára viszont sokszor érzelmi teherként

jelenik meg, hogy „hivatalos” munkája mellett „pszichológusként” is működni kell.

A szocialista várostervezés által meghatározott, vagyis az ideológiailag konstruált tér a mindennapi gyakorlatok révén „megszelídül”, a garázsszalonos megjelenésével új, közösségi, érzelmi és kommunikációs jelenségekkel telítődik. Tanulmányom célja, hogy bemutassam miként alakítják át az egykori garázsokat a terepemen működő fodrászok, körmösök és kozmetikusok és hogyan teremtik meg azt a környezetet, amiben a vendégekkel való bizalmi kapcsolat el tud mélyülni.

MÓDSZERTAN

Kutatásomat az a megfigyelés indította el, miszerint az egyik lakóhelyemhez közeli lakótelepen a panellakások aljában található garázsokban szinte kizárólag fodrászatok, kozmetikumok és manikűr-pedikűr szalonok működnek, úgy, hogy „egymás hátán” helyezkednek el, vagyis gazdasági szempontból elsőre érthetetlen módon üzemelnek. Terepmunkámat a lakótelepen 2025 nyarán kezdtem meg, amely során elsősorban azt a folyamatot vizsgáltam, hogy a hagyományosan maszkulin térként azonosított garázsok miként váltanak funkciót és hogyan alakulnak át megfelelő munkahellyé a szépségiparban dolgozó nőknek.

A terepmunkám során strukturálatlan és félig strukturált interjúk készítését, valamint fotózást és videózást alkalmaztam (Kovács, 2017). Strukturálatlan interjúkat olyankor készítettem, amikor spontán fedeztem fel egy interjúra alkalmas helyzetet. Félig strukturált interjúkat elsősorban a garázsokban dolgozókkal, a garázsszalonos vendégeivel, a lakótelepi lakosokkal és egyéb szépségipari munkásokkal készítettem, és ilyenkor

a struktúrát a mindenkinél visszatérő azonos kérdések alkották. Az interjúk mellett a megfigyelés is félig strukturált módon zajlott: előre kijelölt szempontok mentén (például a térhasználat formái, az interakciók jellege, a női tapasztalatok megosztásának módjai), ugyanakkor nyitott maradt az előre nem látható, spontán, eltérő módon megjelenő jelenségekre is. Az adatrögzítés elsősorban terepnaplók formájában, valamint az interjúk rögzítése mentén történt. A kutatás módszertana tehát kvalitatív megközelítésre épül, a vizsgálati metódus térbeli kerete a lakótelepen található garázsszalok és a közvetlen környezetük, elsősorban a lakóépületek és a szomszédos utcáknak a terei. Az időbeli keret a lakótelep építése óta eltelt időszakot foglalja magába, különös hangsúlyt fektetve a történeti perspektíva mellett a kortárs folyamatokra.

A kutatás egyik legnagyobb kihívása a garázsszalokba való bejutás volt, vagyis a terepre való belépés. Ennek volt egy helyi társadalmi szintű akadály, aminek oka leginkább a vendégkörök telítettsége és az abból következő kizárólag ajánlás útján való bejutás feltétele volt, illetve egy másik, fizikai gátja is, ami a garázsjellegből adódott. A későbbiekben részletezem a garázsszalok liminális jellegét ebből az aspektusból is, itt azt tartom fontosnak kiemelni, hogy az üzletekben történő szolgáltatások miatt nem lehet csak úgy „benyitni” ezekbe a terekbe. Ez az akadály persze változó mértékű, megfigyelésem szerint, a fodrászokhoz bátrabban nyitottak be az utcáról a vendégek egy-egy időpontot kérni, (illetve az adott fodrász közeli ismerősei akár egyéb okból is), de a körmös szalokra, legfőképp pedig a kozmetikumokra ez „benyitás” nem volt jellemző. A határ kialakítását az

is erősítette, hogy ugyan láthatóan nyitva volt egy-egy garázsszalok, a zárva tábla kitételével az ott dolgozók még élesebben kijelölték a belépés „tilalmát”. A kutatásom során tehát a terep az alapján konstruálódott, hogy melyek voltak azok a szalok, amikbe bejutottam és az ezekben készített interjúk során milyen egyéb csoportok (pl. sufnikörmösök) jelentek meg, ezzel tágítva a terep határait. A geertzi áttörési pontnak azt a pillanatot éreztem, mikor már nem csak a közvetlen, korábbi ismerőseimen keresztül tudtam elérni egy garázsszalost, hanem a terepmunkám során tudatosan felkutatott „új ismeretségeimen” keresztül, ekkor ugyanis megtapasztaltam, hogy a kezdeti lehatároltságom fokozatosan, idővel meghaladható, így a kutatás folytatása biztosított.

Az általam vizsgált lakótelepen jelenleg összesen tizenhármas eredetileg garázs vagy tárolóhelyiség van üzlettel alakítva, ebből tizenötben valamiféle szépségiparhoz köthető tevékenységet folytatnak. Pontosabban hat fodrász, öt körmös, két kozmetikus és egy műköröm-kellékekkel kereskedő üzemel. Ezekből terepmunkám során összesen négy fodrászsal három körmössel, egy kozmetikussal és a műköröm-kellékes kereskedővel tudtam interjút készíteni, minden alkalommal magát az üzletet is meglátogatva. A három körmösből kettőhöz vendégként is elkezdtem járni, hogy alkalmazni tudjam a résztvevő megfigyelés módszerét. A garázsokban működő dolgozókon kívül interjút készítettem négy lakótelepi lakossal, illetve öt nem a lakótelepen élő, de a garázsokban működő szolgáltatásokat igénybe vevő személlyel. Mindemellett az önkormányzat városfejlesztési osztályán dolgozó munkatárssal is interjúztam, aki a településen a garázsok átminősítésének ügyében jár el.

A VIZSGÁLT GARÁZSOK HELYZETE

A kutatást egy olyan magyarországi vonatkozásban közép méretű városban folytattam, ahol az országos viszonylathoz hasonlóan a lakótelepeknek nem annyira területspecifikus problémákkal, hanem sokkal inkább az elosztás gyakorlatából és az építési konstrukciókból adódó gondokkal küzdenek; vagyis az egyoldalúan lakáscentrikus szemlélet miatt a járulékos beruházások, mint az út-, járda- és garázsépítés és a szolgáltató egységek, mint a kereskedelem, vendéglátás, iskola, stb., jóval később, csak a lakásépítés befejezése után készültek el, vagy meg sem épültek. Az általam vizsgált lakótelep városi szinten különleges pozíciót foglalt el, ugyanis nem a többi lakóteleppel ellentétben nem a történelmi városrészen kívül, a település szélére építették, hanem a belvárosban helyezkedik el. Egyik oka annak, hogy ennyi szalont nyitottak az itteni garázsokban részben a lakótelep jó megközelíthetősége és központi elhelyezkedése. Viszont a lakáscentrikus szemléletből adódó problémák, kiemelten a parkolási probléma napjainkig központi témája a lakótelep mindennapjainak. Az, hogy ma már nem lehet átminősíteni garázsokat részben azért van, mert előírás, hogy egy tulajdonosnak több parkolóhelyet is ki alakítania ebben az esetben. 2022 óta a lakótelepen fizetni kell a parkolásért. Ez befolyásolja a garázzsalonokba érkezőket is, mivel össze kell egyeztetniük a parkolás és a kezelés idejét, ami sok esetben egyelőre pontosan meghatározatlan időtartam. A parkolási díj bevezetésének viszont az is a következménye, hogy az autóval érkező vendégek mindig találnak maguknak helyet. A fizető parkolás tehát megosztja mind az itt élőket, mind az ide látogatókat: vannak, akiket zavar a díj elkerése, sokak viszont

örülnek a biztosított helynek. Az egyéb parkolási lehetőségek, vagyis a beépített garázsok száma alapvetően limitált és a lakások számához képest arányaiban alacsony, ezt a számot garázsok elüzletesítése pedig még inkább csökkenti.

Az, hogy eredetileg nem terveztek központilag elegendő gépkocsi tárolásra alkalmas épületet a lakótelepekre a szocializmusban, összefüggésben állhat az autókhoz való ideológiai hozzáállással, vagyis befolyásolhatta az az ideológiai megfontolás, ami az autózást azért szerette volna a háttérbe helyezni, mert az az egyéni mobilitást ösztönzi, vagyis az individualizmust fokozza (Siegelbaum, 2020: 23). A vizsgált lakótelepen a település további lakótelepeivel ellentétben nem alakítottak ki garázssort így itt csak a panellakások aljába tervezett és épített garázsok az egyetlen gépjárműtárolásra alkalmas építmények, elüzletiesedésük ezért konfliktusban áll a helyi parkolási viszonyokkal. A garázssorok nélkül tehát a kereskedelmi és szolgáltatási funkciók kifejezetten az épület aljában lévő garázsokra helyeződnek át, amiknek fenntartásához, megfigyelésem szerint, a garázstelepi gazdasági működésekkel szemben szükséges a hivatalos működési mód. Vagyis ezek az üzletek hivatalosan be vannak jelentve az önkormányzatnál és át vannak minősítve, ezzel elvesztve eredeti funkciójukat. A terület integrálódása a városközpontba épp a kereskedelmi és szolgáltatói létesítményeknek köszönhető, amit az itt található garázsüzletek alapoztak meg.

Ahhoz tehát, hogy ezek az egykori garázsok és tárolóhelyiségek kereskedelmi és szolgáltatói célból működjenek, átminősítésre volt szükség. Az átminősítési eljárást követően a helyiségek építészeti átalakítása volt a következő lépés. Terepmunkám során

ezeket az átépítési megoldásokat is megfigyeltem, vagyis azt, hogy miként válhatnak szépségszalonná ezek az egyszerű terek. Ami közös az összes szalonban, az az, hogy szükséges volt a hűtés-fűtés rendszerek beszerelésére és a vizesblokkok kialakítására, amiket az üzletek tulajdonosai és használói egyedi módon oldották meg. Általános tendenciaként figyelhető meg viszont, hogy a legtöbben a klímaberendezések felszerelése mellett döntöttek, illetve a vizesblokk kialakítása érdekében az üzleten belül egy kisebb részt elhatároltak, egy szalon kivételével mindannyian. A legfontosabb szempontként azt kellett megoldaniuk, hogy a lakóházak víz és gázvezetékei közvetlenül az üzleteik felett futnak, így a mennyezet kialakításakor ügyelniük kellett, hogy a lakók hozzáférhessenek egy-egy probléma felmerülésekor ezekhez. Ezek az építészeti adottságok azok, amik állandó emlékeztetők a garázs szalonok szétválaszthatatlanságára a lakóépülettől. A felső szomszédok zajongása, az álmennyezet fölött futó csövekben lefolyó víz hangja beszűrődik a szalonokba, de ez az elhelyezkedés legtöbbször nem negatívumként, hanem előnyként jelent meg az interjúk során. Több interjúalanyom hangsúlyozta, hogy kifejezetten szeret a lakótelepen dolgozni, mert az, hogy lakókörnyezet veszi körül biztonságérzetet nyújt. Sőt, mivel ezek a szalonok a lakóházakban illeszkednek sokszor fűtési szempontból is előnyösek, a fodrászatok esetén sokszor elegendő a „hajszarítókkal fűteni”. A magas kereslet miatt azt sem problémaként élik meg, hogy sokszor egymás melletti garázsokban dolgoznak ugyanazt a szépségipari szolgáltatást nyújtva: mivel mindenki a saját vendéglőrével dolgozik rivalizálás helyett a közeli segítségnyújtás lehetőségét látják az esetleges krízishelyzetekben. Ilyen kisebb krízis

helyzet lehet interjúalanyaim történetében a váltópénz hiánya, egy-egy szállítmány átvétele, valamilyen munkaeszköz átmeneti hiánya és hasonló problémák, amikben a mellettük működő szakember segítségét tudják kérni.

ÖTTHONOSSÁG KIALAKÍTÁSA A KÖZTES TÉRBEN

A szovjet, sztálinista várostervezés ideológiája a várost olyan tervszerűen kialakított „társadalmi kondenzátorként” értelmezte, amely egy új típusú embert hivatott létrehozni (Germuska, 2004), ami a lakótelepek esetében a közösségi terek tudatos hiányában és a lépcsőházakra korlátozott, átmeneti térhasználatban is megjelent (vö. Dobák, 2024). Ebből a szemléletből kiindulva a garázsoknak is az „eredeti”, hivatalos besorolása a privát tér mezejébe esik, az tehát, hogy ezeket aztán üzletté alakítják, vagyis nyilvános térré alakuljanak szembe megy az egykori kialakítás politikai törekvéseivel. Többek között az antropológiai kutatások is felhívják a figyelmet arra, hogy a terek „kettős módon” épülnek fel; fizikailag épített struktúrák, amik „egyben értelmezhetők, érezhetők és elképzelhetők” (Gieryn, 2000: 465 idézi: Shortt, 2015: 635). A megélt tér (lived space) fogalma egy társadalmi konstruktivista paradigmába ágyazódik be ezek alapján, ami Lefebvre szerint átfedi a tér fizikai aspektusait, és magába foglalja a „kevésbé koherens nonverbális szimbólumok és jelek rendszereit”. (Lefebvre, 1991: 39). Nagy Emőke egy nagyváradai lakótelep vizsgálata kapcsán hangsúlyozza, hogy a lakótelepre költözőknek, ki kellett alakítaniuk a magukkal hozott értékek helyét, vagyis házasítaniuk kellett a teret (Nagy 2022: 88).

A tér háziasításaként értelmezhetjük a lakótelepeken üzletekké alakított garázsokat, hiszen azzal, hogy kialakítják, maguk képére formálják, vagyis belakják a szalonokat a dolgozók egyben meg is „szelídítik” a teret. A későbbiekben pedig ez a megszelídített, otthonossá tett tér fogja az alapjait nyújtani az intimitás megalapozásának.

Séra Bálint írásában így foglalja össze Michel de Certeau *A mindennapi élet gyakorlata* című művében (De Certeau, 1984) megjelenő elnyomó tér és ellenszegülő hely elméletét:

„De Certeau úgy jellemzi a hatalom által megfogalmazott teret, hogy a térfoglalás, a tulajdon kizárólagosságán és egymássallettségén alapul; előírják, hogy egy térben más tér nem lehet. Ezzel a stratégiával szemben a mindennapi fogyasztó (a barkácsoló, aki nem hozhatja létre a környezetét, mert az mindig már adott, ám az a mód, ahogy használja, a praktika képes ellenszegülni a kényszereknek) gyakorlatai során diszkurzív teret hoz létre, amit helynek nevez, és éppen a terek átjárhatóságával, a határok áthelyezésével kapcsolatba hozható taktikákat alkalmaz.” (Séra, 2007: 68).

A határok áthelyezése úgy jelenik meg a terepemen, hogy a garázsszalonosok döntésén alapszik, hogy a privát vagy a publikus tér jellegét használják ki éppen a garázsüzletek esetében. Viszont mivel leggyakoribb tapasztalat, hogy egyik jelleget sem állandósítják, hanem éppen ezeknek a lehetőségeknek a változtatásával operálnak érdemesebb ezeket a garázsokat épp a határhelyzetüknél megragadni.

Harriet Shortt *Liminality, space and the importance of 'transitory dwelling places' at work* című írásában kitágítja a liminalitás fogalmát és amellet érvel, hogy amikor

a köztes tereket a munkavállalók jelentőségteljesnek és létfontosságúnak tekintik a mindennapi életük szempontjából, akkor azok megszűnnek liminális terek lenni, és ehelyett „átmeneti lakhelyekké” válnak (Shortt, 2015). Az átmeneti terek kutatásával kapcsolatban a legújabb kutatások a „társadalmi élet mikro földrajzát” kezdtek el elemezni, vagyis a fókusz az olyan szinten átmeneti, liminális térként számontartott terekről mint a repülőterek, strandok és szállodák, a minket körülvevő kisebb, kevésbé nyilvánvaló liminális terek felé helyezték át. (Iedema et al., 2012: 44 idézi: Shortt, 2015: 638). Rick Iedema, Debbie Long és Katherine Carroll például *Corridor communication, spacial design and patient safety: enacting and managing complexities* című írásukban a kórházi folyosókkal kezdenek el foglalkozni és azzal, hogy a tér a liminális jellege miatt, vagyis „pontosan azért, mert hiányzik belőle a funkcionális definíció” miként formálja a folyosón zajló beszélgetéseket, miként tudja megteremtteni a szervezettség nélküli kommunikációt, (Iedema et al., 2012: 43 idézi: Shortt, uo.) ami a garázsszalonok esetében egy központi kérdésként jelenik meg. Shortt hangsúlyozza, hogy a fizikai liminális terek is határterületek között helyezkednek el, ahol a határok bizonyos mértékig elmosódnak, ezért nehezen határozhatóak meg egyértelműen, így fél-priváttá, fél-nyilvánossá válnak (Shortt, 2015: 639).

A panellakások aljába tervezett garázsok határterületen helyezkednek el, hiszen a járda, vagyis a nyilvános tér és a lakóépület között állnak. Építészetiileg a lakóépület része, viszont külön bejáratuk miatt ugyanannyira szerves része a lakótelep járdáinak. Az átmenetiség potenciálját hordozó teret küszöb térnek is nevezhetjük, ez a garázsok esetében különösen találó, hiszen a

járda lakóépület felőli küszöbén helyezkedik el. Épp ezért a garázstulajdonos vagy a garázsokat bérlők döntése határozza meg, hogy inkább privát vagy inkább nyilvános (pl. üzleti) funkciót adnak ennek az épületrésznek. Az általam vizsgált szépségszalonok azért nem esnek mégsem a nyilvános kategóriába, mivel bár üzletként funkcionálnak, a legtöbbször nem lehet csak úgy „betévedni”, belépni az utcáról. Ez egyrészt azért van, mert a garázsban történő szolgáltatás privát és ezt a helyi közösség is tudja (vagyis nem fogok benyitni egy kozmetikai szalonba még akkor sem, ha ég a villany vagy nyitva az ajtó, mert tudom, hogy rányithatok egy intim szituációra), másrészt a szalonban dolgozók is gyakran kiteszik a zárva táblát, vagy félig behajtják a takaró vas garázsajtókat még akkor is, ha éppen dolgoznak. Ahogy a lakótelepen élő egyik interjúalanyom fogalmazott „*nyitva is vannak meg nem is*”. Ilyen szempontból az időpontra érkezőnek, vagyis a „következő vendégnek” van a legtöbb joga belépni az üzlethelységbe az utcáról. Ahogy korábban említettem, Shortt szerint a jelentéssel bíró liminális terekkel kapcsolatban, amelyeket az egyének és a csoportok teszik a kötődés vagy a bennük lévő stabilitás érzés révén jelentőssé, érdemes megkérdőjelezni, hogy továbbra is liminálisak vagy egyáltalán terek-e. Ehelyett azt javasolja, hogy a jelentéssel bíró liminális tereket *átmeneti lakhelyekként* definiálhatjuk és hogy mélyebben vizsgáljuk meg a tér köztességével kapcsolatos összetettségüket (Shortt, 2015: 638). A garázsok átmeneti lakhelyként való kezeléséhez hasonlóan közelítettem meg én is ezeket a tereket, amikor a garázsok terének otthonosság tételét elemzem.

Shortt a kutatásában angliai fodrászüzleteket vizsgál és az munkahelyeken belüli privát-átmeneti-nyilvános tereket vizsgálja.

A garázsszalonok esetében épp az a különleges, hogy ezek a terek egybeolvadnak már csak építészeti szempontból is: az előtér, vagyis a „várakozó”, a szolgáltatás helye, a fejmosó vagy az egyéb kezelésekre tartozó bútorok mind ugyanabban a térben helyezkednek el. A mosdó kialakítása egy helyszínen kívül, ahol a lakóépület alagsorába kell külön bemenni, mindenhol egy kis elkerített rész volt a garázson belül, ami ugyan részben leválasztja azt, a garázsok alaprajza miatt mégse érezzük annyira különállónak, hanem az alap „domináns” tér részeként. Egyteresekek tehát s emiatt nincsenek meg azok a helyek, ahova igazán el tudnának húzódni a szalonban dolgozók, nincs „hátsó szoba”, ahol pihenni tudnának és kis időre kiesni a „szerepükből”. Legtöbbször, ha ki akarnak szakadni a munkából, vagy ellépni a vendégek szeme elől akkor azt úgy oldják meg, hogy elhagyják a garázst és az üzlet előtt dohányoznak például. Ez azért is érdekes helyzet mert ilyenkor viszont, amiatt, hogy egymás közelségében vannak a szalonjaik van lehetőségük egymással találkozni és beszélgetni. Az elvonulás lehetőségének fontossága a korábban már említett, a szalonokban jelenlevő beszélgetések intenzitása miatt áll fenn (Gimlin, 1996: 505–526). Amellett, hogy szünetet jelentenek a professzionális színpadai teljesítmény fenntartásának elvárásaitól (vö.: Goffman 1959, idézi Shortt, 2015: 644), távolságot biztosítanak az érzelmekkel való munkától, a szakma által elvárt forgatókönyvektől és érzelmi szabályoktól (vö.: Fineman, 2003; Hochschild, 1983). A garázsszalonok esetében talán éppen abban ragadható meg az, hogy ennyire otthonosság és intimé tudják alakítani a teret, hogy nincs különválasztva a professzionális és a magán tere a kozmetikusnak, fodrásznak vagy műkörmösnek,

ezáltal létrehozzák azt a bensőséges környezetet, amit a vendégek is érzékelnek, amikor belépnek a szalonba. Mindamellet, hogy a garázsszalokok esetében kirajzolódik egy korábbiakban kifejtett liminális jelleg, az itt dolgozó nők ebben az átmenetiségben is létrehozhatnak egy stabil pontot: egy helyet, ahova megszokott rendszerességgel, egy egyedi ritmus szerint vissza-vissza tudnak térni a vendégek. A vendégek ugyanis bízhatnak abban, hogy az adott szépségipari szakember egy hónap múlva, vagyis a következő kezelésük időpontjában is ott lesz, illetve ez a bizalom kölcsönös, a vendégek irányába is adott, így alakulhat ki a bizalmi, függő viszony, vagyis a vendégkör intézménye.

A GARÁZSSZALONOK KOMMUNIKÁCIÓS SZINTJE

A garázsszalokokban folyó pszeudo-terápiás jellegű folyamatokat a kezeléseik során létrejövő kommunikáció felől vizsgálom, elsősorban a körmösszalokokban végzett megfigyeléseimre támaszkodva. Egyrészt azért szeretném a körmös-vendég kapcsolatot kiemelni, mert ez az a szituáció, amit a terepemen nem csak interjúk során, de résztvevőként is meg tudtam figyelni, másrészt azért, mert a körmözésnek kiemelt szerepet tulajdonítok amiatt, hogy a kezelés során a szolgáltató és a vendég egymással szemben helyezkedik el, egy asztalnál ülve, gyakorlatilag folyamatosan testileg érintkezve egymással.

Mielőtt rátérnék a szalokokban folyó kommunikáció jellegére fontosnak tartom kifejteni ezt a sajátos pozíciót, amit a szolgáltató és vendége vesz fel a körmözés során, ugyanis meglátásom szerint ez a fizikai kapcsolódás hatással van a beszélgetések minőségére is. Míg a fizikai érintkezés adott

a fodrászati és a kozmetikai kezeléseik során is, amellet szeretnék érvelni, hogy egyik sem ennyire intenzív. Az előbbinél a szakember a legtöbb időt a vendég hajának érintésével tölti, ami nem érzékszervünk a bőrünkkel ellentétben; az utóbbinál pedig létrejön az érzékszervi érintkezés, de a vendég sokszor csukott szemmel, vagy a kozmetikust kevésbé látva fekszik a kezelőágyon. A körmös és a vendége ezzel szemben végig egymással szemben helyezkedve ül, úgy, hogy a kezek állandóan érintkeznek. Ennek a jelentőségét először akkor tapasztaltam, mikor kutatásom során ellátogattam egy plázában a folyosón működő „gyorskörmös” állomásra. Az elidegenítő környezetet fokozta a folyosón közlekedő tömeg, az állandó hangzavar és az ezzel kontrasztos csend, ami köztem és a körmös között állt fenn az alatt az egy óra alatt míg elkészítette a körmömet. Próbáltam utólag megérteni miért éreztem annyira kényelmetlenül magam és utólag beláttam, hogy a szavak nélküli fizikai érintkezés okozott kellemetlen légkört számomra: a beszélgetés hiányában úgy éreztem az idő lassan telik a kezelés során érezhető apró fájdalmak is felnagyítottak és egyszerűen furcsán éreztem magam, hogy ennyire közel ülök valakihez ennyi időn keresztül, aki hozzámér, de másképp nem teremt kontaktust. Meglátásom szerint tehát ez a fajta fizikai kapcsolat igényli a verbális kapcsolódást is, mondhatni feltételezi a beszélgetés létrejöttét.

A beszélgetés minősége pedig kulcsfontosságú. A garázsszalokokban végzett terepmunkám során azt tapasztaltam, hogy a vendégek sokszor nem elsősorban a technikai minőség szempontjából, hanem a szakember személyisége miatt választanak szalont maguknak. Ami igazán fontos számukra, hogy hosszútávon jól tudjanak

együttműködni, vagyis, hogy jó hangulatban teljen az együtt töltött idő. Ennek feltétele, hogy hasonló igényeik legyenek a kommunikáció terén. Több körmös interjúalanyom megjegyezte, hogy vannak olyan vendégeik, akik azért váltottak és „jöttek át hozzájuk”, mert az előző szakember túl csendes volt, illetve volt, aki azért pártolt el tőlük, mert nem szerette azt a közvetlenséget és beszédességet, amit az interjúalanyaim folytattak. Láthatjuk tehát, hogy nincs egy általánosan felvázolt és elvárt dinamika a szépségipari szolgáltatók és a vendégeik között, az első lépés az intimitás kialakításához a garázsszalónok otthonos kialakítása mellett az „egymásra találás”. Egyik interjúalanyom így jellemezte a vendégek döntését: „(...) inkább hozzám jön [az olcsóbb sufnikörmös vagy egy fiatalabb szakmabeli helyett], kap egy egyszerűbb körmöt, egy franciát... egy klasszikus körmöt, a higiénia és a kommunikáció miatt”. Illetve a kommunikáció fontossága kapcsán hangsúlyozta, hogy „(...) ez nem olyan, hogy bemész, kérsz fél kiló kenyeret és mész tovább, itt beszélgetni kell”. Említette, hogy van, aki azért kereste meg őt, mert korábbi körmöse „nem szólt hozzá” a körmozés során, és hogy ő épp azért törekszik arra, hogy csak ketten legyenek egyszerre az üzletben, hogy ki tudja alakítani azt az intim szférát, amiben vendégei el tudják mondani személyes problémáikat is. „Sokan mondják, hogy rád zúdítják a rossz dolgokat, de a végére úgy váltok el, hogy már jó kedvűek vagytok, szóval ez inkább beszélgetés”

Fodrász és körmös interjúalanyaimtól is azt tudtam meg, hogy a vendégek és ők is azt részesítik előnyben, ha csak kettesben vannak a szalonokban a kezelésekk alatt, vagyis, ha nincs más vendég jelen. „Azt szeretik a vendégek, ha csak mi vagyunk,

mert tényleg annyira megnyílnak.” Ezt az igényt a különböző szakmák eltérő formában tudják teljesíteni. Az egyik fodrász interjúalanyom például kiemelte, hogy egy festés várakozása közben van, hogy bevállal egy férfi hajvágást. Ebből a szempontból érdekes lenne további megfigyeléseket folytatni a „váltások időszakára” fókuszálva, vagyis azt megnézni, hogy mi történik a vendégek váltásakor, mikor az új vendég már belép a szalonba, időpontjára pontosan érkezve, de az előző vendég kezelése még nem ért véget, ezért átfedésbe kerülnek. Többen kiemelték, hogy ez a tendencia, vagyis, hogy csak a „szolgáltató” és egy vendég van jelen a Covid-járvány időszakában alakult ki a kötelező előírások miatt, és a vendégek hozzászoktak ehhez a „felálláshoz”, azóta ezt preferálják. Az igény a privát kezelésekre magyarázható azzal is, hogy mennyire intim beszélgetések folynak ezek alatt a kezelésekk alatt. A feltárukozáshoz pedig szükséges az intim tér biztosítása.

A privát tér megteremtése tehát elsősorban a szalonokban folyó kezelésekk közbeni beszélgetések miatt fontos. Mindannyiunknak van személyes tapasztalata arról, hogy a szépségszalónok megfelelő teret tudnak és sokszor akarnak is biztosítani a lelki feltárukozás mellett az információcserének, a pletykálásnak is, aminek szerepe szintén lényeges a szolgáltató és vendég kapcsolata szempontjából. Erről a jelenségről bár sokan megvetően vagy gyanakvóan beszélnek, Szvetelszky Zsuzsanna szociálpszichológus, aki a pletykáról szóló egyetlen magyar monográfia szerzője, könyvében éppen abból a téziszből indul ki, hogy a pletyka se nem rossz, se nem jó, hanem egy értékvtató jelenség (Szvetelszky, 2002: 15). Kutatásomban én is fontosnak tartom, hogy a pletykálás erkölcsi megítélése helyett a garázsszalónok

terével és a benne dolgozó nőkkel való kapcsolatát bontsam ki. Azt ugyanis, hogy ezek a garázsok ennyire intim és otthonos, legalábbis biztonságot nyújtó terekké tudnak válni épp az bizonyítja, hogy a vendégek milyen kommunikációs attitűdöt vesznek fel az itt töltött idő alatt, vagyis mit, hogyan és kinek mesélnek el. Ha W. Barnett Pearce és V. Cronen 1970-es években kidolgozott elmélete mentén a pletykálást is narratív stratégiaként értelmezzük akkor elfogadjuk, hogy mint narratív stratégia a beszédmód és a beszélgetés mint cselekvés által társadalmi környezetet hoz létre (Keszeg, 2007: 178). Vagyis nem csak az adott épített környezet és esetünkben a szalonban dolgozó szakember van hatással a pletykálásra, hanem éppen azzal együtt hozzák létre ezt a társadalmi közeget. A pletykálás társadalmi funkciója pont azért is összetett, mert tekinthetünk rá a társadalmi kontroll hatékony módjaként és a világ közös értelmezésének kulcsfontosságú eszközeként is: a pletykálás során az emberek közösen próbálnak meg értelmezni bizonyos szituációkat, miközben mások cselekedeteit, viselkedését tárgyalják ki, az értelmezés mellett pedig konszenzusra törekednek a megítélésüket illetően (Yngvesson, 1978: 153–155; idézi Hesz, 2017: 841 és Áldozó, 2022: 10). Az igény, hogy egy „félismerőssel” (vagyis valakivel, akivel a rendszeres találkozás, együtt töltött idő biztosított és kölcsönös önfeltárulkozás is, viszont nem baráti nexusban vagyunk) osszuk meg ezeket a terheket, tapogassuk ki a véleményeket, tehát hogy megismerjük a reakciókat, értelmezhető efelől is. De miért ennyire gyakori, hogy épp a szépségiparban dolgozókat tekintjük megfelelő alanyoknak a személyes problémáink való kibeszéléséhez? Black *The Beauty Industry: Gender, Culture, Pleasure* című munkájában arra mutat

rá, hogy a szépségiparban a munka érzelmi kötődést igényel az ügyfelekkel, és a fodrászok iránti tanácsadói, baráti vagyis bizalmas elvárások mindig jelen vannak, vagyis elkerülhetetlen kapcsolat van a szalonok vendégei és szakemberei között. (Black, 2004, kiemeli: Shortt, 2014: 652). Atsushi Kawakubo és Takashi Oguchi *Salon nail care with superficial self-disclosure vitalizes psychological state* című tanulmánya (Kawakubo & Oguchi, 2023) elsősorban a szalonkommunikáció, azaz a manikűrösök felé történő önfeltárás, és a körömápolás nőkre gyakorolt pszichológiai hatásai közötti kapcsolatot vizsgálja. Az önfeltárás magában foglalja a személyes információk mások előtti feltárását, ezáltal elnyerve szimpátiájukat (Collins & Miller, 1994; idézi Kawakubo & Oguchi, 2023: 3). Ez a folyamat egyre nagyobb hangsúlyt kap az első vonalbeli alkalmazottak és az ügyfelek közötti kapcsolatépítés esetében, ugyanis az értékesítők önfeltárása elősegíti a hosszú távú ügyfélkapcsolatokat (Anderson et al., 2016; vö.: Crosby et al., 1990, kiemeli: Kawakubo & Oguchi, 2023: 3). A tanulmányban két hipotézist vizsgálnak. Az egyik, hogy a saját alkalmazáshoz képest a körömápolás szakértői alkalmazása fokozza a szubjektív pszichológiai hatásokat. A másik hipotézis pedig, hogy a manikűrösök mélyreható önfeltárása fokozza a körömápolás szubjektív pszichológiai hatásait. A kutatás eredményei végül arra mutattak rá egyrészt, hogy a körömápolásnak számos hatása van a pozitív érzelmekre, a relaxációra és a vitalizációra, ugyanis az emberek boldogságot és elégedettséget tapasztalnak, amikor a körmeiket manikűrözik. Mindemellett körömápolás hatékonyan megnyugtatja és ellazítja a befogadót, az emberek, akik részeseülnek benne, extrovertáltabbnak érzik magukat,

szívesebben vannak nyilvános helyen és szívesebben kommunikálnak másokkal. Másrészt a tanulmány az is megmutatja, hogy azokhoz képest, akik önmaguknak készítik el a körműket, azok, akik szalon manikűrösöktől kapnak körömápolást, jelentősebb hatást tapasztalnak a pozitív érzelmek és a relaxáció terén (Kawakubo & Oguchi, 2023: 3). Összefoglalva, az eredmények alapján a manikűrösöknek meg kell érteniük az önfeltárás mechanizmusát, hogy megkülönböztessék magukat a versenytársaiktól és szolgáltatásukhoz hozzáadott értéket teremtsenek. Továbbá a tanulmány azt állítja, hogy a felületes önfeltárással járó szalonban végzett körömápolás hatékonyabb lehet az otthon végzett körömápolásnál. (Uo.: 7).

Katherine Hanson tanulmányában a fodrász-vendég kapcsolatokat vizsgálja: a fodrászoktól elvárt empatikus hallgatást, amit piacósított hallgatásnak is nevez és az azzal járó érzelmi munkát, amely sokszor súlyos pszichológiai terhet róhat a szépségipari szakemberekre. Meglátása szerint az ügyfelek és a szakemberek ritkán találkoznak egymással a szalonon kívül, de ez az ismeretlenség a szalon falai között lényegesen átalakul, a vendégek a szépségápolási „terápia” során megnyílnak, a szakemberek pedig munkájuk részeként meghallgatják őket (Hanson, 2019). Amerikai nagyvárosokban tett megfigyelései során azt tapasztalta, hogy a fodrászoknak kétféleképpen kell meghallgatniuk a vendégeket. Az egyik hallgatás technikai jellegű, a szolgáltatás során a kívánt eredmény azonosításához és megvalósításához szükséges kommunikációs folyamatokra összpontosít (Oshima, 2014, idézi Hanson, 2019: 2), míg a másik hallgatási forma empatikus jellegű. Mivel a vendég vágyai gyakran érzelmi alapúak – hiszen önképükhöz kapcsolódnak –, ezért a szakembernek megértőnek

kell lennie, érzelmileg kell kezelnie ezeket a vallomásokat, miközben technikai, átalakító megoldást dolgoz ki (Hanson, 2019: 2). Ahogy Hanson is kiemeli, a piacósított, kereskedelmi hallgatás (commercialized listening) a szalonok üzletpolitikájának része, viszont terepmunkám tapasztalata szerint a szakemberek és a vendégek közötti megnyílás és feltárulkozás ugyanúgy a szolgáltató lelki igénye is. A szoros egymásra hangolódásnak viszont megvannak a nehézségei is. Az általam készített interjúk során is megjelent az a probléma, hogy míg a vendég számára a megnyílás terápiás hatással bírhat, a szakember számára az empatikus hallgatás érzelmi munkája megterhelővé válik. Az egyik garázkörmös megfogalmazása szerint, ha vendége „olyan” problémával érkezik, ő maga is „átveszi a hangulatát” és neki is ugyanúgy megnehezíti érzelmileg a napja hátralevő részét.

Legfontosabb tapasztalatomat a szalonokban történő kommunikáció természetével kapcsolatban igazán a résztvevő megfigyelés alkalmazásával éltem át. Ahogy korábban említettem, a terepemen két szalonba is ellátogattam több alkalommal, hogy megismerjem az ide érkező vendégek tapasztalatát. Mindkét megfigyelést műkörmös szalonokban végeztem, az egyiket úgy, hogy már korábban készítettem interjút az adott körmőssel, így tudta, hogy részben kutatóként vagyok jelen, a másik körmösnek pedig csak a harmadik alkalom során mutatkoztam be kutatóként. Ezt azért tettem, hogy össze tudjam hasonlítani a beszélgetések témáit mind két pozícióból. Mindkét esetben azzal találkoztam, hogy már az első alkalommal a körmösök saját családjukról és a családi krízisekről meséltek nekem, de mindezt úgy, hogy nem várták el, hogy én is megosszam a hasonló problémáimat, hanem

inkább egy olyan környezetet hoztak létre ezáltal, ahol már a kezdetektől lefektették az önfeltárlkozás lehetőségét és helyét. Azáltal, hogy kimondták személyes gondjait egy (látszat)bizalmat tanúsítottak felém, ezáltal megalapozva az együtt töltött idő hangulatát és természetét. A körmös-vendég speciális bizalmi megnyílás kapcsán mesélte el egyik körmös interjúalanyom, hogy nála gyakoriak a gimnazista vendégek, és épp a közvetlenség és szimpátia miatt a fiatalabb lányok szülei megkérlik, hogy bizonyos témákat „szedjen ki” a lányokból. Azt nem részletezte beszélgetésünk során, hogy ezt a kérést mennyiben teljesíti, de azt kiemelte, hogy szerinte ezek a kamasz lányok előtte igazán meg tudnak nyílni.

A második körmösnél, ahova vendégként érkeztem elsősorban arra voltam kíváncsi, hogy megtapasztalom-e azt az intim környezetet, amit az interjúim során hangsúlyoztak az általam kérdezett nők, illetve, ha igen, akkor ezt a teret miként alakítja egy biztonságos környezetté, ahol a szakirodalom által is emlegetett önfeltárlkozásnak is helyet tud biztosítani. Az első lépés, amit megfigyelésem szerint a körmös szakember megtesz ennek érdekében, hogy odafigyel az időpontok pontos betartására és általában, ha van is csúszás, azt a pár percet a következő vendég az üzlet előtt várja meg, így nem zavarja meg a korábbi kezelés privát jellegét. A szalonban biztosított magánszféra egyrészt ezáltal valósul meg, másrészt a körmös személyisége, közvetlensége teremti meg azt. Már az első alkalommal, hogy elmentem hozzá, nagyon intim történeteken keresztül mutatta be magát. Úgy éreztem, hogy azáltal, hogy ezeket a személyes, sokszor komoly magánéleti kríziseit elmeséli az első találkozásunkkor, megalapozza

a szalonjában folyó kommunikáció jellegét, az általa tett önfeltárlkozással ugyanakkor nekem is lehetőséget nyújt, hogy ezt megtegyem. Mindezt úgy éri el, hogy kezdeményez: miután megnyílik, már én, azaz a vendég is biztonságban érzi magát, hogy hasonlóan tegyen, hiszen a másik fél előzőeken megadta a bizalmat. Ő úgy gondolja, hogy a körmözés terápiais jellegéből mind két félnek segít, ha nehéz témák merülnek fel a beszélgetés során kezeléseit van, hogy megszakítja, hogy megöleljék egymást vendégével, elmondása szerint előfordul, hogy együtt sírnak egy-egy felhozott megosztott történetet követően. Hozzá azóta is körülbelül 3–4 heti rendszerességgel járok, és a kommunikáció és bizalmi helyzet fenntartása érdekében érdemesnek találok kiemelni az emlékezés központi szerepét. Annak ellenére, hogy havonta lát és rengeteg vendége van, mindig emlékszik arra, hogy miről beszélünk előzőleg, és mondhatni onnan folytatja, ahol abbahagytuk, vagyis annak ellenére, hogy nem mindennapi rendszerességű a kapcsolatunk, fenntartja az érzetet, hogy olyan minden találkozásunk, mintha csak előző nap váltunk volna el.

„*Tudod, mi kicsit ilyen pszichológusok vagyunk*” – jegyezte meg az egyik itteni fodrász, de ennek a mondatnak a tartalmát nem csak ő, hanem az összes többi garázs-szalonos interjúalanyom hangsúlyozta. Teték ezt úgy, hogy gyakran megjegyezték, mennyire megterhelő nekik az, hogy ebben a szerepben is helyt kell állniuk munkahelyükön a mindennapokban. Bár kiemelték, hogy közeli kapcsolatban állnak vendégkörrükkel, ez a kimondatlan feladat sokszor láthatatlan munkaként jelenik meg és nincs társadalmilag elismerve, legalábbis komolyan véve és megbecsülve. Annak ellenére,

hogy általában a szépségipari szakemberektől megkövetelt intuitív és fogalmi képességek (beleértve a fiziológiai és pszichológiai aspektusokat is) egy másik munkakörben szakértői vagy professzionális szintre sorolhatók lennének (Eayrs, 1993, idézi Hanson, 2019: 4). Több szépségipari munkásokkal foglalkozó tanulmány is arra az ellentmondásra hívja fel a figyelmet, hogy előítéletek vannak a szépségipari szakemberek intellektuális képességeivel kapcsolatban, beleértve a feltételezett társadalmi státuszt és az oktatás hiányát, miközben a „szépségterápiában” a kezelések során empatikus és értő hallgatással érzelmi munkát várnak el tőlük (vö.: Black & Sharma, 2001; Gimlin, 1996; Hanson, 2019).

KONKLÚZIÓ

Azáltal, hogy az eredetileg tárolásra és gépjármű-elhelyezésre tervezett garázsokat a dolgozók saját igényeik mentén átalakítják, berendezik és belakják, a teret háziasítják, vagyis saját képükre formálják új gazdasági és társadalmi funkcióval ruházzák fel azt. A lakótelepi garázsokban működő szépségszalonok sajátos térbeli adottságai elősegítik az intimitás kialakulását és a bizalmi viszony elmélyülését a szolgáltató és a vendég között. Az írásom során arra igyekeztem rámutatni,

hogy ezek a liminális, a privát és a nyilvános tér határán elhelyezkedő szalonok nem csupán szépségipari szolgáltatási helyszínek, hanem olyan informális kommunikációs terek, ahol a testi ápolás gyakorlata pszeudo-terápiás funkciókkal egészül ki. A sajátos garázsszalonos és vendég közti kapcsolat létrejöttéhez az otthonos környezet biztosítása mellett szükséges a kölcsönös feltárulkozás, illetve az empatikus hallgatás, ami miatt a szépségipari szakember számára a szolgáltatásnyújtás gyakran láthatatlan érzelmi munkával egészül ki. A kutatás során végzett strukturálatlan és félig strukturált interjúk, valamint résztvevő megfigyelések alapján megállapítható, hogy a szalonokban zajló kommunikáció túlmutat a szolgáltatáshoz kapcsolódó beszélgetéseken. A garázsszalonnak így módon nem csupán gazdasági egységek, hanem a női tapasztalatok megosztásának és a lakótelepi terek újraértelmezésének fontos színterei. Működésük összefüggésbe hozható szélesebb társadalmi mechanizmusokkal, például felértékelődnek olyan informális kapcsolati hálók, amelyek rugalmas, személyes és közvetlen támogatási formákat tesznek lehetővé. Írásomban igyekeztem bemutatni, hogy bár ezek a gyakorlatok nem feltétlenül formalizáltak, mégis fontos szerepet játszanak az érzelmi támogatás, a közös gondolkodás és a személyes tapasztalatok megosztásának folyamatában.

SUMMARY

BOUNDARY POSITIONS AND FEMALE SPACES:
GARAGE SALONS AS LIMINAL, PSEUDO-THERAPEUTIC SPACES

Background and Aims: This study examines the spatial use and communicative practices of beauty salons established in former garages and storage rooms located on the ground floors of panel housing estates (so-called garage salons). Its aim is to explore how these liminal spaces, situated at the intersection of private and public spheres, function as informal, pseudo-therapeutic female spaces that extend beyond their primary role as sites of beauty services.

Methods: The research is based on an urban anthropological approach, employing unstructured and semi-structured interviews as well as participant observation conducted in beauty salons operating in residential garage spaces.

Results: The analysis demonstrates that the spatial characteristics of garage salons facilitate the emergence of intimacy and the deepening of trust between service providers and clients. Communication within these salons regularly extends beyond service-related interactions, and practices of bodily care are complemented by pseudo-therapeutic functions. Through the transformative practices of beauty service providers, spaces originally structured and regulated by power are „tamed” and domesticated, acquiring new economic and social functions.

Discussion: Garage salons function not only as economic units but also as important sites for the sharing of female experiences and for the reinterpretation of housing estate spaces. As liminal environments, they play a significant role in sustaining everyday female connections and informal forms of care.

Keywords: beauty salon, garage salon, communication, pseudo-therapy, liminality

IRODALOM

Andersson, P. K., Gustafsson, A., Kristensson & P., Wästlund, E. (2016): The effect of frontline employees' personal self-disclosure on consumers' encounter experience. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 30. 40–49. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2015.12.004>

Áldozó, B. (2024): „Itt a periféria szélén is nők vagyunk”. A piros körmök szimbolikus olvasata egy városi vonzáskörzeten kívül eső településen. *Antro-pólus*, 24(1–4). 138–149. https://tatk.elte.hu/dstore/document/2964/Antro-polus_24_1-4.pdf 2015.11.16.)

Black, P. (2004): *The Beauty Industry: Gender, Culture, Pleasure*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203684252>

Black, P., & Sharma, U. (2001): Men are real, women are ‘made up’: Beauty therapy and the construction of femininity. *The Sociological Review*, 49(1). 100–116. <https://doi.org/10.1111/1467-954x.00246>

- Collins, N. L., & Miller, L. C. (1994): Self-disclosure and liking: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 116. 457–475. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.457>
- Crosby, L. A., Evans, K. R., & Cowles, D. (1990): Relationship quality in services selling: An interpersonal influence perspective. *Journal of Marketing*, 54(3). 68–81. <https://doi.org/10.2307/1251817>
- De Certeau, M. (1984): *The Practice of Everyday Life* (Steven, F. R., Ford.). University of California Press.
- Dobák, J. (2024): A lépcsőház mint köztes tér Közösségi terek határai és szabályai egy panelházban. In Bognár, L., Dobák, J., Faragó, L. Molnár, Á., R. Nagy, J., & Török, Zs. (Eds.), *Köztes terek, megosztott életek* (pp. 32–52). Aldebaran Kutatóműhely.
- Eyars, M. (1993): Time, trust and hazard: Hairdressers' symbolic roles. *Symbolic Interaction*, 16(1). 19–37. <https://doi.org/10.1525/si.1993.16.1.19>
- Fineman, S. (2003): *Understanding Emotion at Work*. SAGE.
- Germuska, B. (2004): *Indusztria bővületében. Fejlesztéspolitika és a szocialista városok*. 1956-os Intézet.
- Gimlin, D. (1996): Pamela's place: Power and negotiation in the hair salon. *Gender and Society*, 10(5). 505–526. <http://www.jstor.org/stable/189880> <https://doi.org/10.1177/089124396010005002>
- Goffman, E. (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. Anchor Books.
- Hanson, K. (2019): Beauty “therapy”: the emotional labor of commercialized listening in the salon industry. *International Journal of Listening*, 33(3). 148–153. <https://doi.org/10.1080/10904018.2019.1634572>
- Hesz, Á. (2017): Mi a pletyka? Egy definiálhatatlan jelenség meghatározástörténete. In: Jakab, A. Zs., Vajda, A. (Eds.), *Tanulmányok Keszeg Vilmos tiszteletére* (pp. 831–844). BBTE Magyar Néprajz és Antropológia Tanszék.
- Hochschild, A. (1983): *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. University of California Press.
- Iedema, R., Long, D., & Carroll, K. (2012): Corridor communication, spatial design and patient safety: Enacting and managing complexities. In Van Marrewijk, A., & Yanow, D. (Eds.), *Organizational Spaces: Rematerializing the Workaday World* (pp. 41–57). Edward Elgar. <https://doi.org/10.4337/9781849804912.00008>
- Kawakubo, A., & Oguchi, T. (2023): “Salon nail care with superficial self-disclosure vitalizes psychological state”. *Frontiers in Psychology*, 14. 1112110. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1112110>
- Keszeg, V. (2007): Élettörténetek a populáris regiszterben. In Jakab, A. Zs., Keszeg, A., & Keszeg, V. (Eds.), *Emberk életpályák élettörténetek* (pp. 151–197). BBTE Magyar Néprajz és Antropológia Tanszék – Kriza János Néprajzi Társaság, Kolozsvár.
- Lefebvre, H. (1991): *The Production of Space*. Blackwell Publishing.
- Nagy, E. (2022): Beköltözők. Egy nagyvárad lakótelep társadalomszerkezete és az ott élők életmódjának változása a beköltözéstől napjainkig – kérdésselvetések és a kutatás alapjai. In Tötös, Á. (Ed.), *Fejezetek Erdély Történetéről*. Erdélyi Múzeum Egyesület.

- Oshima, S. (2014): Balancing multiple roles through consensus: Making revisions in haircutting sessions. *Text & Talk*, 34(6). 713-736 <https://doi.org/10.1515/text-2014-0024>
- Séra, B. (2007): Útleírás és inskripció. In Hajdu P., & Ritoók Zs. (Eds.), *Retorika és narráció* (pp. 61–75). Gondolat Kiadó. (deKON Könyvek, 34)
- Siegelbaum, L. H. (2010): Autós kultúra a Szovjetunióban az 1960-as – 1980-as években, *Eszmélet*, 22(86). 19–44.
- Szvetelszky, Zs. (2002): *A pletyka*. Gondolat Kiadó.
- Yngvesson, B. (1978): The reasonable man and the unreasonable gossip: on the flexibility of (legal) concepts and elasticity of (legal) time. In Gulliver, P. H. (Ed.), *Cross Examinations: Essays in Memory of Max Gluckman*. (pp.133–154). E. J. Brill. https://doi.org/10.1163/9789004476288_010



BADACSONYI JÁCINTA
BERÁN ESZTER
CSIKÓS NÓRA
CSIZMADIA PETRA
CSONKA BENIGNA
GAÁL ZSÓFIA ANNA
GERSZI DÓRA
GREFF DORINA
HORVÁTH ORSOLYA

KARIP TÍMEA
KENGYEL JUDITH GABRIELLA
KŐVÁRI LILI
NAGY BEÁTA MAGDA
PROTZNER B. ANDREA
SÁMUEL DÁNIEL
SZABÓ BEÁTA
VÁRBÍRÓ SZABOLCS
ZÁKÁNY LAURA

SZERZŐINK

ÁLDOZÓ BORBÁLA
DOBAI ATTILA MARCELIÁN
DÚLL ANDREA
ENDRÉDY BALÁZS
FARKAS, JOHANNA
FIÁTH TITANILLA

KISS VIRÁG
LIPPAI EDIT
RUSU, DAN OCTAVIAN
SZŐCS LEVENTE ÁLMOS
TÓTH-VARGA VIOLETTA