

HADHÁZI ÉVA

Babára hangolódni

Szemelvények a várandósságról

A várandósság mint normatív krízis

Kutatások és terápiás tapasztalatok megerősítik, hogy a legtöbb felnőtt emberben munkál egy belső hajtóerő: értelmesen próbálja alakítani életét, szeretne valami maradandót alkotni, nyomot hagyni, s e szükséglete kielégítésének a legtermészetesebb módja, hogy gyermeket nemz és gondoskodik felneveléséről. (Fromm 1993) Optimális esetben e vágya megvalósításához megtalálja az a társat, akivel belevágnak életük egyik legjelentősebb vállalásába. Ám ekkor még talán nem is sejtik, milyen komoly változások elé néznek, s bár hagyományosan főleg a nőket érintő változásokban gondolkodunk, mindketten részesei a folyamatnak. Annál hasonlóbb e változás mintázata (még a hormonális változásoké is), minél több időt tölt együtt pár, minél jobban egymásra hangolódnak, azaz minél több élményt, gondolatot osztanak meg egymással.

Tekintve a változások sokrétűségét és kiterjedtségét, joggal tartjuk a gyermekvárás idejét normatív krízisállapotnak, még hozzá nemcsak a nő, hanem az apa és a pár szempontjából is. Újra kell definiálni önmagukat, a kapcsolatot, átalakítani a meglévő szokás-, szabály- és normarendszert. Új szükségletek, feladatok jelennek meg, amelyeknek a megoldására nem feltétlenül válnak be a régi módszerek. Újakat kell kidolgozni, s ez sok időt, energiabefektetést igényel, nemegyszer nagy feszültséggel jár. A változások testi, lelki, párkapcsolati, gazdasági szinten egyaránt jelentkeznek, ezek egy része átmeneti, többségük viszont tartós vagy végleges. Az identitásba ekkor kezd beépülni az anya- és apaszerep, amely visszafordíthatatlan, elkísér életünk végéig. Ugyanakkor van az élményeknek és tapasztalatoknak egy olyan szintje is, amely ebben az életszakaszban felerősödik, majd a várandósság és csecsemős időszak elmúltával elcsitul, visszaren-

deződik. A várandósság során megtapasztalt változások drámaiságát és átmeneti jellegét nagyon plasztikusan fogalmazta meg egy 33 éves, második gyermekét váró anya, aki így jellemezte a pre- és perinatális időszakát: „ilyenkor nem vagyok otthon a saját fejemben, a babám egyéves kora után kezdek visszatérni a normális kerékvágásba”.

A pre- és perinatális tudományok és technológiai fejlettség lehetővé tette, hogy korábban soha nem tapasztalt módon jusunk információkhoz, s bepillantást nyerjünk a magzati fejlődés misztériumába. (Természetesen mai tudásunk is véges, sok a bizonytalanság, a feltételezések jó része még további pontosításra, ellenőrzésre szorul, és valószínűleg a ma születő válaszokat is revideálnunk kell a majdani, fejlettebb kutatási módszereknek köszönhetően. A mára felhalmozódott tudományos tapasztalatokat nagy körültekintéssel igyekszünk hasznosítani, hogy a lehető legkevesebb beavatkozással támogatni tudjuk a kisbabát váró szülőket, akik így minél felkészültebben várhatják gyermeküket.) Az anyák ösztönös és tapasztalati tudása a magzat védelméről, szülésről, születésről, csecsemőgondozásról, amelyet a hagyományos közösségekben magától értetődően örökítettek át a következő generációknak, a főként nukleáris, gyakran egy- szülős családokban élő társadalmunkban nem vagy csak kevesek számára hozzáférhető. Gyakori, hogy a fiatalok internetes blogbeírásokból tájékozódnak a várandósságról, személytelenül, mások által megélt „valós” élményekből merítenek. Mozijelenetekből, a világhálón keringő videofilmeken látott szülések alapján próbálnak benyomásokat szerezni. Sok esetben a saját újszülöttjük lesz az első, akit az újszülött szülők kézbe foghatnak, érinthetnek. Korábban sosem láttak közelről szoptató anyát, nincs honnan ellesni a tudást. Éppen ezért érthető, hogy fokozott az igény a személyre szóló odafigyelésre. A biztonságot jelentő tudást és támogatást az egészségügyi ellátórendszerből, a hivatásos segítőtől (orvos, szülésznő, neonatológus, védőnő, dúla, perinatális tanácsadó, pszichológus, szoptatási tanácsadó stb.), szakemberektől várják. Természetesen az ellátórendszer törekszik az igényeknek megfelelni, de a „terhesgondozásnak, kórházi szülésnek” az eszköztára elsősorban az orvosi szempontokat képes messzemenően figyelembe venni, a pszichológiai szempontokat már kevésbé. Így továbbra is igen kiemelkedő jelentősége van a kismamát, párt körülvevő társas mezőnek, megtartó közegnek.

Jelen tanulmányban lélektani szempontból reflektálunk a várandósság folyamatára.

Az anyában zajló lelki változások lehetséges hatásai a születendőre

Bebizonyították, hogy nemcsak az orvostudomány által azonosított teratogének (környezeti ártalmak) befolyásolják a magzati fejlődést, hanem az anyában zajló lelki változások is hatással vannak a magzat egészséges fejlődésére. Az anya jelenti az elsődleges környezetet, így az ő lelkiállapota, az őt érő pozitív és negatív hatások alapvetően befolyásolják a születendő gyermek fizikai, érzelmi és kognitív fejlődését. A sejtbiológus Lipton (2009, 143) szerint „[A] magzatot az anya minden tette, gondolata és érzése hangolja folyamatosan, és a méhen belüli élmények alakítják az agyat, fektetik le a személyiség alapját, az érzelmi temperamentumot, és a magasabb gondolkodási formákat”.

A lelki történések az anya szervezetében végbemenő fiziológiai, ún. „pszichoneuroimmunoendokrin” (Máté 2011) változások révén érvényesíthetik hatásukat a méhen belüli fejlődésre. A csecsemők érzékelő rendszere már az anyaméhben is jól működik – lásd magzati kompetenciák (Andrek 1997, Chamberlain 1998): bőrérzékelés, hallás, mozgás stb. –, így joggal feltételezhető, hogy méhen belül érzékelik az érzelmeket implikáló ingercsoportokat. Az anyában a negatív és pozitív érzések különféle hormonok (adrenalin, noradrenalin, cortisol, oxytocin, dopamin, szerotonin, endogén morfinok) felszabadulásával járnak és 15–20%-ban átjutnak a magzatba. (Esch – Stefano 2005; Huizink 2001; Kinsella – Monk 2009; Mulder 2002; van den Bergh 1990) Így, például az anyát érő negatív stresszek, különös tekintettel a hosszú távú, tartós stresszhatásokra, kedvezőtlen irányba terelik a magzat fejlődését, ami évekkal a születést követően is megmutatkozik.

Az *anyai prenatális stressz* a babák agyának, idegrendszerének fejlődését befolyásolja (Charil, Laplante, Vaillancourt, King 2010), ami kognitív, viselkedéses, érzelmi és fizikai problémákban nyilvánulhat meg. Kutatók (Di Pietro, Hilton, Hawkins, Costigan, Pressman 2002) összehasonlították a várandósság alatt nyugodt, vidám, illetve stresszes, sokat bosszankodó, nyűgös anyák magzatait a születés előtti 24., 30. és 36. hétben. A stresszelt magzatok többet mozogtak, bár csak 36 hetesen találtak kapcsolatot a szívfrekvencia és mozgás között. A prenatális stressz és csecsemőkori irritabilitás között is összefüggést mutattak ki. (Zukerman, Bauchner, Parker, Cabral 1990) A 90%-ban depressziós várandósoknál 2,6-szor valószínűbb, hogy babájuk vigasztalhatatlanul sírós lesz újszülött és csecsemőkorában, mint aki csak 10%-ot ér el a depressziót mérő skálán. Sőt már a hatvanas években (Ottinger – Simmons 1964, idézi: Martin – Dombrowski 2008) is azt találták, hogy a várandósan szorongó édesanyák babái jelentősen többet sírnak a születésük utáni 2–4 napban, mint a nem szorongó anyáké. A kétezres évek elején a kutatásokat kiterjesztették a születés utáni hónapokra, s azt tapasztalták, hogy a vá-

randósság alatti szorongás (15–17 hetesen, illetve 27–28 hetesen) és a babák temperamentumát problémásnak értékelő anyai minősítések 3 hónaposan szignifikáns összefüggést mutattak. Sőt, negatív kapcsolatot mértek a prenatális anyai szorongás és a babák figyelemszabályozása, mentális és motoros fejlődése között 3 és 6 hónaposan is. Összefüggést találtak a nappali nyűgösség és a nyálban mért stresszhormon (cortisol) szint, valamint az alacsony mentális és motoros fejlettség között. (Huizink, Robles de Medina, Mulder, Visser, Biutelaar 2002, 2003; Huizink, Mulder, Biutelaar 2004) A baba 3 hetes és 12 hónapos korában az anya 32. héten mért szorongásszintjének van a leginkább előremutató ereje a figyelemre gyakorolt negatív hatást illetően. (Brouwer, van Baar, Pop 2001)

Strukturális rendellenességeket is feltártak (pl. szájpadahasadék), amelyek 0,65%-kal gyakrabban fordultak elő komoly stressznek kitett anyák babáinál, mint egyébként. Ha az anya férje vagy nagyobb gyermeke megbetegszik vagy meghal a várandósság alatt, az 1,18%-kal növeli az arcon jelentkező elváltozás (faciális malformáció) előfordulását. Ha a nagyobb gyermek halála váratlan, a valószínűség nyolcszorosa az átlagnak. (Hansen, Lou & Olsen 2000, idézi: Martin – Dombrowski 2008)

Az alacsony születési súly és a koraszülés is kapcsolatba hozható a várandósság alatti szorongással. (Cardwell 2013; Dunkel Schetter 2011; Dunkel Schetter – Tanner 2012; Hedegaard, Henriksen, Sabore, Secher 1993)

A méhen belüli stressz tehető felelőssé a gyakoribb depresszió és skizofrénia felnőttkori előfordulásáért azokban az esetekben, ahol az édesanya várandósan erős stressznek volt kitéve. Például a földrengést átélt várandós anyák gyermekei felnőttként nagyobb arányban voltak depressziósok (13,3%), mint a kontrollcsoport (5,5%). (Watson, Mednick, Huttunen, Wang, 1999) A skizofrénia előfordulása gyakoribb volt ott, ahol az apa magzati korban halálozott el (6/167), azokhoz képest, mint akik csecsemőkorban veszítették el az édesapjukat (1/168). (Huttunen – Niskanen 1978) Szintén magasabb volt az előfordulása Hollandiában azoknál a felnőtteknél, akiknek édesanyjuk a német megszállás alatt volt várandós, különösen, ha a várandósság elején tartottak. (van Os – Selten 1998)

Az még nem teljesen feltárt, hogy milyen *mechanizmusok* közvetítik az anya és magzata között a stresszt és a szorongást. Öt lehetséges mechanizmust valószínűsítene. (Martin – Dombrowsky 2008) 1. A depressziós, szorongó anyák máshogy viselkednek, mint a boldog, kiegyensúlyozottak, többet dohányoznak, isznak, drogot használnak, gyógyszert szednek. Ezekről az anyagokról biztosan tudjuk, hogy ártalmasak a magzat fejlődésére. 2. A stresszreakció a véráramban fejt ki hatását, fenntartva a „küzdj vagy menekülj” állapotot, így a vér a mozgást biztosító szív és vázizmok ellátására koncentrálódik; csökken a lepény és méh vérellátása, ami azzal jár, hogy nem kap

megfelelő oxigént és tápanyagellátást a magzat. 3. A placentán átjutó nagyarányú stresszhormonok (pl. cortisol) nem megfelelő, azaz maladaptív működési szintre programozzák be a neurológiai struktúrákat, így a későbbiekben azok nem tudnak alkalmazkodni a megváltozott körülményekhez. A 4. és 5. hipotézisek a hipotalamus–hipofízis–gonadális tengely működésével kapcsolatosak. Stressz hatására fokozódik annak a hormonnak (corticotropin releasing hormon) az elválasztása, amely adott esetben a méhösszehúzóerőket kiváltó hormon (prostaglandin) termelődését beindítva koraszülést okoz; illetve számos más hatás köthető e tengely működéséhez, például a terhesség természetes velejárójaként megjelenő immunrendszer elnyomása is. Mindez stressz hatására fokozódik, fogékonyra téve az anyát a fertőzésekre, amelyek a placentagáton átjutva hatnak a magzat fejlődésére. A fenti mechanizmusok további ellenőrzésre várnak, hiszen jelenleg nincs egységes álláspont a szülés előtti stressz biológiai átvitele és utódra gyakorolt hatása között.

Mitől is „másállapot” a várandósság?

Szubjektív beszámolók, terápiás tapasztalatok alapján is ismert, hogy a várandósság során a támasz igénye megnő: az anya vagy a „tartva vagyok/vagyunk” érzés iránt igen erős.

Nem fér hozzá kétség, mivel meglehetősen sok kismama szubjektív tapasztalata, hogy várandóssága során sokkal érzékenyebb, hamarabb meghatódik, a korábban közömbösnek ítélt események is intenzív értelmi átélésekre készítetik, gyakoribb az emocionális labilitás, érzelmi érintődés, s ez az „érzékenység” még a szülést követő egy évben is fennáll. A jelenségnek egyik lehetséges pszichológiai magyarázata, hogy várandósan az énvédő mechanizmusaik fellazulnak, szabadabb áramlást engedve a tudatelőtt és tudattalan tartalmaknak. Úgynevezett „lelki áttetszőség” (Bydlowski, idézi: Antoine 2010) alakul ki. Ebben a helyzetben az érintettek könnyebben hozzáférnek elfojtott emlékeikhez, gyermekkori történéseikhez, mert a feltörő élmények a szokásos cenzúrán nem mennek át. A „korábbi fejlődési szakaszok újra megnyílnak, meghosszabbodnak, s az anyát pszichológiailag megérlelik” (Antoine 2010, 145). Az anya olyan krízisidőszakot él meg (Szeverényi 2008), amelyet lelkesedés, kétség és szorongás kísér, így a hétköznapi élet eseményei is sokszor a vártnál erőteljesebb, szokatlan reakciókat válthatnak ki. A környezetéből érkező jelzések mélyebb, szuggesztívebb hatást gyakorolnak. A várandós időszakban előforduló tudatváltozások, megélések közel állnak a megváltozott tudatállapotokhoz. A nő testében végbemenő változások képezik azt a kiindulópontot, amely kihat a tudati megélésre.

Három trimeszter, három feladat

Bibring (1959) a várandósságot lélektani szempontból 3 trimeszterre osztja, mindegyiknek más-más jellegzetességeket tulajdonítva.

A várandósság elején zajló, testi, hormonális változások hatására bekövetkező émelygés, hányinger, undor bizonyos ízekről, illatokról, ólmos fáradtság, álmoság, az érdeklődés beszűkülése, a korábban kedvelt tevékenységek iránti motiváció csökkenése, a viselkedési szokások megváltozása jellemző. Lélektani szinten a várandósság elfogadása, megtartása, a „mi egyek vagyunk” érzésnek a kialakulása zajlik. Még a tervezett, nagyon várt várandósságoknál is természetes az anyai (apai) ambivalencia. A szorongás magas szintjéhez hozzájárul, hogy ez a trimeszter a spontán vetélések gyakorisága miatt is kritikus időszak, amelynek egyik lehetséges oka, hogy a petesejt és a spermium találkozásakor az apai génállomány bekerül az anyai szervezetbe, amire az „idegenként” reagál, ki szeretné lökni, azaz immunológiai szinten támadást indít ellene. Testi szinten megvalósul egy immunelnyomás, hogy ne vesse ki az anyai szervezet magából a „szövetidegen magzatot”.

A második harmadban a fókuszban a magzatnak mint önálló lénynek az elfogadása, belső elkülönülése, a testhatárok differenciálódásának segítése áll. A várandósság végére a mellet növekedése jelzi, hogy alkalmassá válnak a tejelválasztásra, a méh izomzata a húszszorosára, úrtartalma az ötezerszeresére növekszik. (Varga – Suhai-Hodász 2002) A pocak jól látható módon egyre terjedelmesebbé válik, és ezzel párhuzamosan gyarapodik a súly. A belső és külső jelzések, mint például a magzatmozgások észlelése, az ultrahang és egyéb orvosi vizsgálati eredmények a baba egészségi állapotáról, paramétereiről szembesítik az anyát a benne zajló fejlődési folyamattal. Minden várandós igyekszik mentális reprezentációt kialakítani a testéről, de a változások olyan gyors tempóban zajlanak, hogy nem egyszerű követnie őket, hozzászokni meg végképp nincs ideje. Mindezekhez a változásokhoz társul egy olyan attitűd a maga érzelmi, kognitív és viselkedéses komponensével, amely meghatározza a folyamat-hoz való örömteli, ambivalens, esetleg tiltakozó viszonyulást. (Leff 1993; Hadházi 2002) A sikeres differenciálódás eredménye a magzatnak mint autonóm entitásnak a felismerése, az „önálló lény van bennem” érzésének a kialakulása, elfogadása.

Sok nő számol be arról, hogy élénkebben fantáziál, többet álmodik, jobban visszaemlékszik az álmaira, mint korábban. Ennek a folyamatnak igen komoly jelentőséget tulajdonítanak, mivel a tapasztalatok szerint a fantáziálások, ábrándozások, ahogy a szorongások, félelmek is (amelyek gyakran álomban jelentkeznek) szükségesek ahhoz, hogy a szülők felkészülhessenek a reális baba elfogadására. (Brazelton 1992)

A várandósság előrehaladtával, a magzat intenzív fejlődésével a terhelés fokozódik: olyan testi tünetek jelenhetnek meg,

amelyek a „terhesség” érzetét keltik. A kismama elnehezedik, korlátozottabbá válik a mozgása, fizikai aktivitása megcsappan, sok mindenre nem vagy nem úgy képes, mint korábban, segísre, támogatásra szorul. Gondolatait, érzelmeit a közelebbi szülés uralja; a vágy, hogy végre kézben tarthassa kisbabáját, láthassa, érinthesse. De a szüléstől való félelem, szorongás, halálfélelem megjelenése sem ritka. A harmadik trimeszterben a várandós anya feladata a *már önállóan megélt gyermek elengedése*, a fokozatos elválás a babától, felkészülés a szülésre–születésre, az új életkörülményekre.

A fentiekből talán érzékelhetővé vált, hogy e megváltozott állapotban a várandós nő kapcsolata önmagával, babájával, az őt körülvevő világgal folyamatos hangolódáson, változáson megy át. E változás valószínűleg a számára jelentős emberi kapcsolatokban érzékelhető a legjobban. A testi-lelki szükségletek, családi kapcsolatok, prioritások átrendeződnek.

Az apák, azaz a párkapcsolat jelentősége a várandósság időszakában

Most egy rövid kitekintést szeretnénk tenni a párkapcsolatra, mivel ezt tekintjük az anya elsődleges támaszának, a biztonság forrásának. Ugy véljük, a partnerkapcsolat egyike a humán kapcsolati lehetőségeknek, amely alkalmas arra, hogy az embernél univerzálisnak tekinthető intimitásszükségletet kielégítse, a partnerek egymásra hangolódása pedig segíti, hogy egyre jobb feltételeket teremtsenek a születendő kisbaba számára.

A pszichológiában az intimitásnak számos megközelítése létezik: a folyamatot hangsúlyozó Wilhelm és Parker (1988) például a társas támasz szempontjából közelítik meg. A gondoskodást és kontrollt tekintik az intim kapcsolatok meghatározó tényezőinek, anélkül, hogy kizárólagosságot feltételeznének. Az intimitás kétirányú fogalom: saját szükségleteink és a másiktól kapott összetevők mentén definiálható, de az elvárások szubjektivitásától nem lehet eltekinteni.

Neurotikusok esetében például a valós szociális háló kevésbé befolyásolja az egyén tüneteit, mint az észlelt kapcsolatok. (Henderson – Moran 1983) Időseknél az észlelt társas támasz csökkenti a distresszt, és fokozza a mindennapi élethez kapcsolódó aktivitást. (Bierman – Statland 2010)

Neurotikus megbetegedésekben számos vizsgálat kimutatta az intimitás hiányát mint rizikótényezőt. Depressziós nők esetében komoly veszélyeztető tényező a nem megfelelő intim kapcsolat a férjjel, baráttal. (Brown – Harris 1978, idézi: Wilhelm – Parker 1988; Campbell, Cope, Teasdale 1983) Ezt a tényt mintegy alátámasztja, hogy a párterápia legalább olyan hatékonynak vagy hatékonyabbnak mutatkozott depressziósoknál, mint a gyógyszeres kezelés. (Leff 2000)

Az intim kapcsolatokat a társas támasz kitüntetett területének tekintik. Vitathatatlan szerepük van az egyén életterhekkkel szembeni rugalmasságát és neurotikus dekompenzációit illetően.

A várandós anyáknak fokozott védelemre és támogatásra van szükségük, mivel – mint azt korábban tárgyaltuk – az anyai stressz hatással van a születendő gyermek neurobiológiai rendszerére, s a korai stresszélmények érzékennyé teszik az agy vészközpontjait. (Bauer 2011) A szociális izoláció stressz hormontermeléssel jár, fokozva a stresszt, míg a pozitív társas interakciók, például a társal kialakított meghitt, intim kapcsolat centrális oxitocin felszabadulást okoz. Az oxitocin kedvez a bizalomnak, kötődésnek, az interakcióra való nyitottságnak. (Varga 2009) A várandósság során megélt gondoskodás növeli a leendő anya biztonságérzetét. A magzatra irányuló szorongásnak bizonyos szintje szinte természetes velejárója a folyamatnak, meglehetősen magas marad a várandósság alatt (Gloger-Tippelt 1988, idézi: Müller 1993), de az is kiderült, hogy az intimitásban megtapasztalt bizalom segíti a szorongás egészséges szinten tartását, így pozitív érzések továbbítását a baba felé. A megfelelő ember-től érkező társas támogatás véd a biológiai stressz reakciók szélsőséges kilengései ellen. (Bauer 2011)

A biztonság, támogatottság, szeretettség élménye pozitívan hangolja a várandós anyát, s ez igen kedvező a magzat fejlődése szempontjából. A biztonságos környezet legfontosabb eleme a család, azon belül is a gyermek apjának az odafigyelő, óvó, szerető, biztonságot nyújtó támogatása.

Ha elakadunk...

Várandósokkal folytatott munkám, elsősorban anya–magzat kapcsolatanalitikusi tapasztalataim is arról győztek meg, hogy a várandósság olyan mély változásokkal járó folyamat, amely igen megterhelő is tud lenni. Minél kevesebb lehetősége van a párnak, hogy korábban erős, terhelhető kapcsolatot, bizalomteli felnőtt kötődést alakítson ki, annál nehezebb a küzdelem az új élethelyzettel. Minél több energiát kell fordítani a párkapcsolatra vagy bármi másra (munkahelyi, lakás, egzisztencia, egészségügyi probléma, szülők gondozása stb.), annál kevesebb lelki tér jut a születendővel való foglalkozásra, a vele való kapcsolatra. A nem várt nehézség rendszerint extra szorongást tesz az anyára, a (házas)párra. Az amúgy természetes, a baba jóllétét illető aggodalomhoz plusz feszültség társul, nem beszélve arról a bűntudatról, amit amiatt érez a kismama, hogy nem tud elég időt, energiát fordítani a magzatára. A zömében nukleáris családokban élő társadalmunkban nagy a veszélye annak – különösen, ha nem megfelelő a párkapcsolat –, hogy az anya magára marad szorongásaival. Még optimális párkapcsolat esetén is szükség van a párt megtartó támogatásra, mivel mindkettejük élete

fenekestül fordul fel. Korábban a gyermeket várókat övező tágabb család és közösség biztosította a maga rítusaival, kiforrott szokásrendszerével a megtartó funkciót. Tudták, kinek mire van szüksége, ma pedig egymástól várják a felek minden szükségletük kielégítését – mindazt, amit régen egy falu látott el. Ennek a követelménynek lehetetlenség megfelelni, sőt belátható, hogy időnként szükségszerű segítségért folyamodni.

A várandósság aktiválta megváltozott tudatállapotban, az élethelyzetből következő feszültségek mellett felbukkannak az egyéni élmények, saját nagyon korai tapasztalatok, emlékek, családi minták, tilalmak, delegációk, amelyek akár nemzedékeken keresztül átadódnak és befolyásolják a szülőség megélését. A korábbi várandósság(ok), szülés(ek), esetleges veszteségélmények is előtérbe kerülnek az újabb kisbabára várva. Előfordul az is, hogy a bennünk élő tapasztalatok gátolják a megfogant kisbaba elfogadását; akkor is, ha tudatosan akarjuk, tervezzük őt. Ilyenkor mindenképpen érdemes szakemberhez fordulni, mert a babára hangolódás már a méhen belül megalapozza a későbbi szülő–gyermek kapcsolatot. Lássunk egy példát!

Tünde története

Tünde, 32 éves gyógypedagógus, 18 hetes várandós a második gyermekével, amikor megkeres. Első gyermeke, Áron lassan 3 éves lesz, gyermekei apjával élettársi kapcsolatban él.

Motivációját így fogalmazta meg: „Mivel már van egy gyermekem, mellette nincs energiám és időm egy jó kapcsolatot kialakítani. Oda-vissza működni, megtudni az ő reakcióit, válaszait.”

Első várandóssága úgy él benne, mint egy „euforikus állapot, tele feszültséggel”, amikor önerőből képes volt jó kapcsolatot kialakítani a babájával. „Ha arra gondoltam, mozgott például.”

Első szülése saját bevallása szerint traumatizálta, akarata ellenére indított szülés volt, a kórházban magára hagyták, az apát elküldték.

Aktuális várandósságát korábbra tervezték, de mint mondja: „Nem sikerült egymásra hangolódni a párommal.” Két hónappal korábban volt egy 5 hetes veszítése.

A jelenlegi várandósság fogadtatása a család részéről ambivalens, hiszen gyermektelen nővére valójában csak azért örül, mert „illik”.

Kapcsolata a családjával amúgy is „zűrös”. Elmondja, hogy számára „nem jutott anyai szeretet, elfogadás, csak bántalmazás. Anyukám elnyomó, diktatórikus, nagyon sokat veszekedett, sokat, nagyon vert, kézzel, fakanállal, tépte a hajam... Apám nem folyt bele, állami gondozott volt.” Gyermekkorát végigkísérte a szegény, édesapja többször került börtönbe garázdaságért, az iskolában harmadiktól nyolcadikig kiközösítették: „Nagyon sokat csúfoltak, anyukám csúnya ruhákban járatott, egy barátóm

volt, a végén ő sem.” Dühös az anyjára: „Ez egy olyan bűn, amit *nem tudok megbocsájtani!*”

Középisikoláskor szakít a családjával, kollégiumba költözik: „tudatosan építettem fel magam”. Első gyermeke születésekor veszi fel újra a kapcsolatot a családjával.

Az alábbiakban a kapcsolatanalitikus munka során felmerült témákból mutatok be néhányat.

A második alkalommal kiderül, hogy nagyon *csalódott a baba neme miatt*: „kislányt vártunk”, de biztos, hogy kisfiú. A csalódottsága mélyén az áll, hogy szerette volna újraírni az anya-lánya kapcsolatot: „Van bennem egy sóvárgás a szeretetre, elfogadásra, megkapni legalább most, amit gyermekként nem kaptam meg (...) a fiúk kevésbé bújósak.” Érezhetően neheztel a babára, aki fiúságával elodázza a vágyteljesítés lehetőségét.

Rossz érzéseit fokozzák kétségei, az önbizalom hiánya: „Képes leszek-e (vagyok-e) a gyökeres változásra, kétgyerekes anyaságra, ugyanúgy szeretni, mint a testvérét?”

Azt tudjuk, hogy őt második gyermekként anyukája nem volt képes szeretni, csak bántani, s noha a nővérenek is kijutott a bánatalmazásból, „ő kevesebbet kapott, ő még emlékszik pozitívumokra: mese, együtt játszás..., én nem”.

Arra vágyik, hogy a párja megerősítse, dicsérje, de úgy tűnik, nem éli meg a szerethetőséget, kölcsönösséget a párkapcsolatában sem, így ez a vágya is kielégítetlen marad. „Nagyon sok önbizalmat adtam a páromnak, közöttünk ez a gond.”

Munkál benne egy erős *megfelelési kényszer, teljesítményszorongás*; a babával való kapcsolatfelvételre úgy gondol, mint „feladat”-ra, amit teljesítenie kell, így, ha magáról beszél, büntudatot él meg.

Sikerül átkeretezni a feladatot, s úgy gondolni az ülésekre, mint „saját idő”-re, ami jár nekik. Ez a lehetőség már büszkeséggel tölti el. A tudat, hogy „lelki folyamatban veszek részt”, „a babámért teszem”, csökkenti a szorongását, és lehetőséget nyújt arra, hogy úgy érezhesse, képes meghaladnia saját anyját.

A harmadik alkalom teret nyit annak az érzésnek a kibontására, hogy „miért nem akarom, hogy esetleg lány legyen”. Bevallja, van benne félelem, a párja (gyerekei apja) veszélyes lehet a lánya számára, félti tőle: „az eszemmel tudom, hogy Ő sose, de a szívemmel még nem”. A félelme hátterében gyermekkorai visszaélések állnak: „Amik velem gyermekkorban megtörténtek, azok nem normális dolgok, mással nem esnek meg törvénytörően. Ezekre sokkal később jöttem rá.”

Emlékei szerint sorozatos *abúzusokat* élt meg: kiskorában édesapja szexuálisan zaklatta, kiskamaszként többször találkozott mutogatós bácsikkal, kamaszként az apja védőügyvédje az utcán molesztálta. Fiatal lányként a 10 évvel idősebb sógora szerelmet vallott neki. Ezek olyan *titkok* az életében, amelyekről senkinek sem beszélhetett eddig. Hajdanán az anyjának próbálta elmondani az apjával történeteket, de ő nem hitt neki, össze-

szidta, nem védte meg. Megtanulta, hogy *lánynak lenni veszélyes*. Nagyon megkönnyebbült, miután mindezt megoszthatta: „Nem értettem, egy feszítő erő volt, ami most lekerült.”

A titok miatt *szégyenérzet* maradt benne, mert úgy érzi, hogy „ilyen élmények miatt nem tudok kislányt szülni”. Attól tart, hogy csalódást okoz a párjának, de az abúzust még nem meri megosztani vele. A szégyen, amit most érez (a félelem mellett), analóg lehet azzal a gyermekkori érzésével, ami miatt nem merte elmondani az anyjának a történeteket, mintha ő lenne a *hibás*. Megbeszéljük, hogy valami olyasmiért szégyellte akkor is és most is magát, *amiről nem tehet*.

Felbukkan ismét a *lelkiismeret-furdalás*, de már egy tompított formában: „Ez egy álca, azt mondani, hogy miatta [a babára gondol] vagyok itt, mert magam miatt is, persze tudom, hogy ha én jól vagyok, akkor ő is jól van.”

Összesen 18 alkalommal találkoztunk, és esete megerősítette bennem Renggli (2016, 25) megállapítását: „A gyerek meglete újraéleszti a szülőkben az összes korai sérülésüket, vagyis a traumáikat.”

Idő kellett a biztonság megteremtéséhez, Tünde bizalmának elnyeréséhez, a traumák feldolgozásához, s ezzel párhuzamosan, fokozatosan, kis lépésekben tudott közelíteni a kisbaba elfogadásához. Megélte, hogy képes szeretni mindkét gyermekét, „megköszöntem ezt a szeretetfolyamot, hogy segít nekem, hogy megélejem”, hogy a kisbabája érti őt, „ha felé fordulok, akkor hallgat rám”. Ahogy az anya lelki tere tisztult a terhektől, úgy tudott elmélyülni kapcsolata a magzatával. „Sikerült ráfigyelni, elmondani azokat a szeretetgondolatokat, ez a mi időnk, sikerült megélni, ...most van meg bennem az a békesség, amittől ez beleférhetett. Ez most ilyen jó.” A kapcsolatanalitikus térben tapasztalt elfogadás hozzásegítette, hogy hozzáférjen a saját, mély érzéseihez: „Gyermekkoromban fogalmam sem volt, nincs emlékem a szeretetről. Megtaláltam, hogy tudom kifejezni a szeretetemet. Ösztönös dolog... Próbálkozás, erőlködés nélkül jönnek fel a dolgok, ősnnyugalom, ősbiztonság is benne van, most együtt éltük meg ezt a nyugalmat. Valahol tudtam, hogy meg tudom nyugtatni, de most van élményem róla.” Felismerte, része van abban, hogy nem kap kellő támogatást a párjától, hogy valójában nem tud ráhagyatkozni, bízni benne. Amikor világossá vált számára, hogy a dolgokat *jól csinálja*, megjelent a változtatásra való hajlandóság is: „nem szólok rá bosszankodva”.

A szülés rendben zajlott: „Jó élmény volt, ami megerősített.”

Utólag így írt: „Sokat segített nekem a kapcsolatanalízis, és nemcsak a babával való kapcsolatban. [...] Én ide jutottam el, és nagyon bízok..., nagyon nagy erőt érzek magamban, hogy kezelni fogom a helyzeteket, ha nem tökéletesen is. [...] Óriási élmény nekem az, hogy nagyon gyakran értem, mit szeretem, mi a kényelmetlen, illetve az örömforrás számára. Á.-val ilyen nem volt, őt nem tudtam megfejteni hosszú hónapokig. Szóval amennyire

nehezen hangolódtam rá, míg bent volt a pocakban (mármint az ő »adására«), annyira jól segít most nekem. Ezt a dolgot nem tudom csak a második gyerek rutinjával magyarázni, mert vannak olyan jó egymásra érzéseink, ami több a rutinnál. Nagyon sokat mosolyog okos kedves arccsokájával, gyönyörű szemével olyan kedvesen, szelíden tud figyelni, hogy majd elolvadok tőle! Családként is nagyon jó most együtt, szépen, szelíden, kevés feszültséggel vesszük az akadályokat. Olyan most együtt lenni, mintha egy szeretetburokban élnénk együtt négyen. Rengeteget segített ehhez az Önnel folytatott munka, békességet teremtett bennem annyira, hogy jól működünk, hogy tudjam élvezni a családomat és a babázást.”

Tünde története számomra is megindító. Annak ellenére, hogy itt csak néhány traumatikus élmény megjelenésére tértem ki, nem a teljes palettára, talán érzékelhető az erőfeszítése, küzdelme, hogy a dolgokat jobbra fordítsa, önmagát meghaladva mást, többet tudjon adni a gyermekeinek, családjának. Számomra a kapcsolatanalitikus folyamat jótékony hatását bizonyítja, hogy még a születés előtt sikerült ráhangolódnia a kisfiára, azóta is jól vannak együtt, harmadik gyermekük pedig kislány lett.

Irodalom

- Andrek, A. (1997): A kompetens magzat, in Hidas Gy. (szerk.): *A megtermékenyítéstől a társadalomig*, Dinasztia, Budapest, 9–20.
- Antoine, C. (2010): *A terhesség és az anyaság pszichológiája*, Saxum, Budapest.
- Bauer, J. (2011): *A testiünk nem felejt*, Ursus Libris, Budapest.
- Bibring, G. L. (1959): Some considerations of the psychological process in pregnancy, *Psychoanalytic Study of the Child* 14. Imago, London, 113–119.
- Bierman, A. – Statland, D. (2010): Timing, Social Support, and the Effects of Physical Limitations on Psychological Distress in Late Life, *Journals of Gerontology Serie B Psychological Sciences*, Vol. 65 B Issue (5): 631–639. abstract (utolsó letöltés: 2011.12.12.)
- Brazelton, T. B. (1992): *Touchpoints: Your Child's Emotional and Behavioral Development*, A Merloyd Lawrence Book.
- Brouwer, E. P. M. van, Baar, A.L., Pop, V. J. M. (2001): Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development, *Infant Behavior and Development*, 2, 343–376.
- Campbell, E. A., Cope, S. J., Teasdale, J. D. (1983): Social factors and affective disorder: an investigation of Brown and Harris's model, *The British Journal of Psychiatry*, 143. 548–553. (utolsó letöltés: 2011.12.12.)
- Cardwell, M. S. (2013): Stress: pregnancy considerations, *Obstetrical and Gynecological Survey*, Feb; 68(2), 119–129.
- Chamberlain, D. (1998): *The mind of your newborn baby*, North Atlantic Books, Berkley, California.
- Charil, A., Laplante, D. P., Vaillancourt, C., King, S. (2010): Prenatal stress and brain development, *Brain Research Reviews* 65(1), 56–79.

- Di Pietro, J. A., Hilton, S. C., Hawkins, M., Costigan, K. A., Pressman, E. K. (2002): Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development, *Developmental Psychology*, 38, 659–668.
- Dunkel Schetter, C. (2011): Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues, *Annual Review of Psychology*, 62, 531–558.
- Dunkel Schetter, C. – Tanner, L. (2012): Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Behavioural Medicine*, ???
- Fromm, E. (1993): *A szeretet művészete*, Háttér Kiadó, Budapest.
- Hadházi É. (2002): A gyermekvárás és a koragyermekkor időszakában kialakuló szülői attitűdök vizsgálata, PhD disszertáció, Debreceni Egyetem Pszichológia Intézete, Debrecen.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabore, S., Secher, N. J. (1993): Psychological distress in pregnancy and preterm delivery, *British Medical Journal*, 24; 307(6898), 234–239.
- Henderson, A. S. – Moran, P. A. (1983): Social relationships during the onset and remission of neurotic symptoms. A prospective community study, *The British Journal of Psychiatry*, 143, 467–472.
- Huizink, A. C. (2001): Prenatal stress and its effect on infant development. Dissertation.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Biutelaar, J. K. (2004): Prenatal stress and risk of psychopathology: Specific effects or induction of general susceptibility, *Psychological Bulletin*, 130, 115–142.
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. R., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A., Biutelaar, J. K. (2002): Psychological measures of prenatal stress as predictor of infant temperament, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1078–1085.
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. R., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A., Biutelaar, J. K. (2003): Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 810–818.
- Kinsella, M.T. – Monk, C. (2009): Impact of Maternal Stress, Depression & Anxiety on Fetal Neurobehavioral Development, *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 52(3), 425–440.
- Leff, J., Vearnals, S., Wolff, G., Alexander, B., Chisholm, D., Everitt, B., Asen, E., Jones, E., Brewin, C. R., Dayson, D. (2000): The London Depression Intervention Trial: Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11026946> (utolsó letöltés: 2011.12.12.)
- Leff, R. J. (1993): *Pregnancy. The inside story*, Sheldon Press, London.
- Lipton, B. H. (2009): *The biology of belief*, Hay House, ???
- Martin, R. P. – Dombrowski, S. C. (2008): Maternal stress, in *Prenatal Exposures: Psychological and Educational Consequences for Children*, Chapter 8. Springer US, 113–259.
- Máté G. (2011): *A test lázadása*, Libri, Budapest.
- Mulder, R. T., Joyce, P. R., Sullivan, P. F., Oakley-Browne, M. A. (1996): Intimate bonds in depression. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016503279600064X> (utolsó letöltés: 2011.12.10.)

- Müller, M. E. (1993): Development of the prenatal attachment inventory, *Western Journal of Nursing Research*, 15, 199–215.
- Müller, M. E. (1996): Prenatal and Postnatal Attachment: A Modest Correlation, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25, 161–166.
- Müller, M. E. – Mercer, R. T. (1993): Development of the Prenatal Attachment Inventory, *Western Journal of Nursing Research*, 15 (2), 199–215. <http://wjn.sagepub.com> (utolsó letöltés: 2008.02.11.)
- Renggli, F. (2016). *Aranykapu az életbe*, Ursus Libris, Budapest.
- Szeverényi P. (2008): A családközpontú szülészeti gyakorlat lehetőségei a lelki egészség megőrzésében, *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 222233.
- Varga K. – Suhai-Hodász G. (2002): Szülés és születés. Lélektanon innen és túl, Pólya, Budapest.
- Varga K. (2009): Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai, in Bagdy E., Demetrovics Zs., Pilling J. (szerk.): *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*, Akadémiai, Budapest, 447–474.
- Watson, J. B. Mednick, S. A. Huttunen, M., Wang, X. (1999): Prenatal teratogens and the development of adult mental illness, *Developmental Psychopathology*, 11, 457–466.
- Wilhelm K. – Parker G. (1988): The development of a measure of intimate bonds, *Psychological Medicine*, 18, 225–234.
- Zukerman, B., Bauchner, H., Parker, S., Cabral, H. (1990): Maternal depressive symptoms during pregnancy, and newborn irritability, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 190–194.