

A MŰVI ABORTUSZ NŐK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉRE GYAKOROLT RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ HATÁSA A REZILIENCIA, COPING ÉS NEUROTICIZMUS JELLEMZŐKKEL ÖSSZEFÜGGÉSBEN



Sz. MAKÓ Hajnalka – Kiss Enikő Csilla
PTE BTK Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék
mako.hajnalka@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A rezilienciát olyan személyes változóként tartjuk számon, mely kompetenciát, jó kimenetek megjelenését valószínűsíti nehéz/stresszel teli életkörülmények vagy élethelyzetek ellenére is. Egyben jelentheti a traumatikus életeseményekből való adaptív felépülés képességét is. A művi abortusz az érintett nők mentális állapotára gyakorolt negatív hatását számos nemzetközi tanulmány megerősíti (Coleman és mtsai, 2005). Jelen kutatásban arra kerestük a választ, hogy a reziliencia milyen összefüggésben áll a terhesség megszakításának idején mért szorongás és depresszió jellemzőkkel, valamint milyen mértékben jósolja be – más, az eseménnyel való megküzdést meghatározó személyes jellemzőkkel együtt – az érintett nők mentális egészségét a műteti beavatkozást követően fél évvel. *Módszer:* A kutatásban 119 művi abortuszon átesett nő vett részt, a vizsgálati minta átlagéletkora 30,2 év (SD: 6,94) volt. 82 nőnek nem volt még korábban terhességmegszakítása, míg 37 nő jelezte, hogy már átesett ezt megelőzően egy vagy több terhességmegszakításon. A kutatásban alkalmazott módszerek: félig strukturált interjú és ahhoz kapcsolódó demográfiai adatlap, Kórházi Szorongás és Depresszió Kérdőív (Zigmond és Snaith, 1983), az aktuális életeseményre adaptált Poszttraumas Stressz Kérdőív (Foa et al., 1997), Reziliencia Skála (Connor és Davidson, 2003), Megküzdési Mód Preferencia Kérdőív (Oláh, 2005), NEO-PI-R Személyiség Kérdőív (Costa és McCrae, 1992). *Eredmények:* A reziliencia negatívan korrelált a beavatkozás idején mért szorongás és depresszió mértékével. Emellett bejósolta a terhesség megszakítását követően fél évvel később fennálló szorongást, depressziót, valamint az abortusszal összefüggésben megjelenő PTSD-t. *Következtetések:* Eredményeink más nemzetközi kutatásokkal összhangban megerősítik a reziliencia adaptív szerepét a nehéz életeseményekből való felépülésben. A terhesség megszakításának a mentális állapotra gyakorolt negatív következménye mérsékeltebb volt magasabb rezilienciát mutató nőknél. *Kulcsszavak:* művi abortusz, reziliencia, coping, neuroticizmus, szorongás, depresszió, PTSD

A PSZICHOLOGIAI REZILIENCIA FOGALMA ÉS KUTATÁSI KONCEPCIÓI

A reziliencia pszichológiai szakirodalmát történetileg áttekintve azt tapasztalhatjuk, hogy a fogalom és a jelenség leírásának különböző szemléletű felfogásai jelentek meg az elmúlt évtizedekben. Ha ezeket a megközelítéseket csoportosítani kívánjuk, a fogalom tartalmának három típusával találkozunk: (a) a reziliencia a későbbi jó eredmények megjelenését jelenti a korábban különösen veszélyeztetett gyermekeknél, (b) a reziliencia a hosszan tartó kompetencia jelenlétét jelenti a súlyosabb mértékű stressz alatt álló gyermekeknél, illetve (c) a reziliencia a traumából való felépülés képességét jelenti (Woodgate, 1999).

Az első megközelítésre példa lehet a Werner és Smith szerzőpáros *Kauai Longitudinal Studyja* (Werner és Smith, 2001). A felmérés négy évtizeden át (1955 és 1995 között), 698 vizsgálati személy részvételével zajlott, akiket 1 és 40 éves koruk között meghatározott időnként újra teszteltek. A születés után a megvizsgált gyermekek harmadánál magasak voltak a traumatikus hatással felérő rizikó tényezők: idesorolták többek között a születés körüli problémákat és az olyan családi veszélyeztető tényezőket, mint például a szülők mentális és szenvedélybetegsége vagy az egzisztenciális nehézségek. 18 évesen újra megvizsgálva őket, a várakozásokkal ellentétben kiderült, hogy a gyermekek harmada reziliens, vagyis képesek voltak a traumatikus hatást ellensúlyozni. 40 éves korukra az egykori veszélyeztetett gyermekek további egyharmada képes volt legyőzni a kedvezőtlen indulást.

A második, kompetenciaalapú megközelítésre Masten és Mtsai (Masten et al., 1990) kutatása vált ismertté. A *Competence Study-*

ban 205 iskolás gyermek vett részt, akik 8–12 év közöttiek voltak a vizsgálat kezdetekor. 27%-uk a kisebbséghez tartozott (afro-amerikai, amerikai indián és spanyol szülők leszármazottjai voltak), a családok az alsó középosztályból származtak. A vizsgálatot 7, illetve 10 évvel később is megismételték.

A kutatás során mérték az iskolai teljesítményt, a gyermekek társas támogatottságát, az önértékelést, a distresszt, továbbá vizsgálták a bekövetkezett életeseményeket is. A gyermekeket az előforduló stressz mértéke és az alkalmazkodás sikeressége alapján 3 csoportba osztották: kompetens, reziliens vagy maladaptív csoportba. A kutatók elsősorban arra voltak kíváncsiak, hogy a rezilienciát milyen tényezők befolyásolják, vagyis mely protektív tényezők nyújthatnak védeltséget magas fokú veszélyeztetettség jelenléte esetén. Kutatásuk eredményeként Mastenék megkapták a jó szülői, gondozói kapcsolat alapvető szerepét, ami jelentős támogatást nyújthat a későbbi életévekben, és náluk is megjelenik az átlagos vagy annál magasabb IQ kritériuma, ami a jó kognitív képességek meglétét jelzi. További fontos protektív tényezőket jelent a társas kapcsolatok megléte és az alacsony negatív emocionális (distressz). A reziliens válasz megjelenését továbbá támogatja a személyiség rugalmassága, flexibilitása, valamint a kevésbé rigorózus szabálykövetés. A túlzott kontroll hiánya, és az ennek köszönhető nyitottság révén ugyanis megvan a lehetőség a szituációhoz leginkább illeszkedő reakciómód megválasztására. A kutatók ebben a vizsgálatban is megkapták, hogy a rezilienciát segíti a megfelelő egzisztenciális háttér jelenléte, a nagy nyomor hátrányt okoz az alkalmazkodás esélye szempontjából.

A harmadik típusú megközelítés a traumából való felépülés képességét emeli ki

a reziliencia területén. Ez a megközelítés a kutatások későbbi időszakában jelent meg, és többek között olyan kutatási területek tartoznak ide, mint például a háborúk vagy a természeti katasztrófák okozta traumák, illetve a különböző posztraumas stressz zavar helyzeteiből történő gyógyulás lehetőségei (lásd többek között Agaibi és Wilson, 2005; Wilson és Drozdek, 2004).

A rezilienciakutatókat áttekintve a kezdetektől máig négy egymást követő hullámot különíthetünk el, amelyek új időszakot hoztak a jelenség megközelítésében (lásd többek között Masten, 2012):

1. A rezilienciakutatók első időszakára a jelenség felfedezése és leíró szintű megközelítés volt jellemző. Esetszintű és csoportokat vizsgáló kutatások adtak hírt a veszélyeztetett helyzet ellenére történő sikeres alkalmazkodásról.
2. A kutatások második periódusában a szerzők a reziliencia működésének folyamatára és annak megértésére fókuszáltak. A rizikó- és protektív faktorok leírásán túl létrejöttek az egyes tényezők közötti interakciós modellek, amelyek már multidimenzionális, dinamikus működésben fogták fel a reziliencia jelenségét.
3. A harmadik szakasz a beavatkozási lehetőségek feltárását tűzte ki célul, vagyis arra a kérdésre keresi a választ, hogyan támogathatjuk a reziliens válaszreakció/kimenetel létrejöttét. Hogyan működnek az adaptációt létrehozó folyamatok, illetve az adaptív rendszerek? Milyen beavatkozási pontok lehetségesek e rendszeren belül?
4. A szakemberek fő kérdése, hogyan integrálhatnánk a rezilienciával kapcsolatos kutatások ismereteit. Hogyan lehetséges a reziliencia jelenségének többszintű és multidiszciplináris felfogása? A jövőbe mutató ku-

tatási témák a reziliencia neurobiológiáját, az adaptív rendszerek újraprogramozási lehetőségét és az integrált, multidiszciplináris szemlélet létrejöttét célozzák meg.

Az alábbiakban bemutatásra kerülő kutatás a reziliencia jelenségét az egészségpszichológia területén vizsgálja, amely művi abortuszon átesett nők megküzdési képességével foglalkozik.

MŰVI TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁS ÉS A NŐK PSZICHÉS ÁLLAPOTA

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

A művi terhességmegszakítással foglalkozó, annak a nők lelki működésére gyakorolt rövid és hosszú távú hatásait vizsgáló kutatások egy része felhívja a figyelmet az eseménnyel összefüggésben megjelenő negatív érzések, illetve hónapokkal a műtet követően azonosítható pszichiátriai problémák tényére (lásd Sz. Makó, 2013). A beavatkozás utáni két-három hónapon belül azonosított érzések között jelen van ugyan

a megkönnyebbülés (Adler, 1975; Lazarus, 1985; Kero et al., 2004), azonban a nők olyan negatív, fájdalmas érzésekről is beszámolnak, mint például a megbánás, szomorúság, bánat, gyász, üresség, igazságtalanság, harag, büntudat, szégyen (Adler, 1975; Lazarus, 1985; Ashton, 1980; Prommanart et al., 2004; Rue et al., 2004; Kero et al., 2004). Bár az abortusszal foglalkozó kutatások jelentős hányada eltérően vélekedik arról, hogy a nők hány százaléka érintett a negatív emóciók tekintetében, valamint a témával foglalkozó szakemberek egy része a beavatkozás negatív következményeinek átmeneti és rövid ideig tartó hatását hangsúlyozza, minden esetben említésre kerül a nők egy olyan szűkebb csoportja, akik esetén a negatív érzelmek perzisztálnak és összefüggésbe hozhatók a műtétet követően megjelenő klinikai szimptomákkal.

A művi vetélés következtében hozzávetőlegesen 10-20 százalékra tehető azon érintettek köre, akiknél elhúzódó, vagy a későbbiek során abortusszal összefüggésben megjelenő pszichológiai, illetve pszichiátriai problémák jelentkeznek (Coleman et al., 2005). A prenatális veszteség ezen formájának komplikált feldolgozásra utaló jelzése lehet az elhúzódó gyászreakció, valamint a nők mentális egészségét, párkapcsolatát és ezen keresztül életvezetését negatívan befolyásoló pszichiátriai problémák megjelenésének nagyobb valószínűsége. Leggyakrabban azonosított zavarok között tartjuk számon az eseménnyel összefüggésben megjelenő poszttraumatikus stressz reakciót (van Emmerik et al., 2008; Rue et al., 2004; Bianchi-Demicheli et al., 2002), szorongásos zavarokat (Bianchi-Demicheli et al., 2002; Cogle et al., 2005; Coleman et al., 2008/a), depressziót (Reardon és Cogle, 2002; Coleman et al., 2002), a pszichoaktív szer-használat (Coleman et al., 2008/a), valamint az öngyilkosság (Morgan

et al., 1997; Gissler et al., 1996) megnövekedett kockázatát, és szexuális diszfunkciókat (Bianchi-Demicheli et al., 2000; Bianchi-Demicheli et al., 2002; Fok et al., 2006).

A művi vetélés kimenetele – azaz, hogy a feldolgozás normatív, vagy súlyos és elhúzódó negatív következményeket kiváltó módon valósul meg – számos változó által befolyásolt. Ezen tényezők azonosítása a későbbi reprodukciós eredményesség pszichológiai támogatása és a nők mentális egészsége érdekében végzett prevenciós munka szempontjából is kiemelt jelentőséggel bír. A terhességmegszakítás procedúráján áteső nők számos tényező mentén különbözhetnek, mint pl. családi háttér, párkapcsolati státusz, anyagi helyzet, az életszakasz jellemzői az abortusz idején, személyiségjellemzők, értékrend, az abortusz melletti döntés háttérében álló tényezők, a várandósság kapcsán megélt érzések stb.

Rendszerezve az abortusz kimenetelét meghatározó változókat, megkülönböztethetünk *személyes jellemzőket*, úgymint az életkort, önbecsülést, énhatékonyt az eseménnyel való megküzdésben, kötődési jellemzőket, korábbi mentális betegségeket; *családi rendszer szintjén megjelenő tényezőket*, mint például a partner vagy a közvetlen hozzátartozók felől érkező támogatás minőségét és intenzitását; *a művi abortusz szituatív változóit*, mint például a döntéshozatali folyamat sajátosságait, a terhességi kort a műtét idején, a várandósság szándékoltságát.

Jelen tanulmány bizonyos egyéni jellemzők – reziliencia, coping stratégiák és neuroticizmus – valamint a művi abortusz rövid és hosszú távú következményei közötti összefüggések bemutatására fókuszál. Az eredmények részét képezik egy, a terhességmegszakítás pszichológiai vonatkozásainak feltárásával foglalkozó, szélesebb körű kutatásnak (Sz. Makó, 2013).

MÓDSZEREK

A vizsgálati minta demográfiai jellemzői

A célcsoportot a művi abortusz mellett döntő, okként válsághelyzetre hivatkozó, 18. életévüket betöltött, felnőtt nők alkották. A kutatásban történő részvételre 130 nő vállalkozott, azonban az egyes kérdőívek hiányos kitöltése miatt 11 résztvevő kizárásra került. A továbbiakban részletezett elemzések alapját 119 művi abortusz mellett döntő nő adatai szolgáltatták. A vizsgálati minta átlagéletkora 30,2 év (SD: 6,94; min.: 18,45; max.: 44,79) volt. A beavatkozás típusa szerint 69 nőnek (58%) volt már korábban valamilyen szülészeti eseménye, így a műtét miatti kórházi tartózkodása egynapos volt; míg 50 nőnek (42%) nem volt, azaz a beavatkozás és annak előkészítése kétnapos kórházi protokoll szerint történt. A vizsgálati minta többségében középfokú képesítéssel rendelkezett (N = 64; 53,8%), őket követték a felsőfokú diplomával rendelkezők (N = 38; 31,9%), majd az alacsony iskolát végzettek (N = 17; 14,3%). A vizsgálatban részt vevők további főbb demográfiai jellemzőit az 1. táblázatban részletezzük.

A kutatás első szakaszában részt vevők 26,9%-a (N = 32) együttműködő volt, azaz megjelent a második forduló adatfelvételén vagy postai úton eljuttatva vállalta a kérdőívek kitöltését. A nők 42,2%-a (N = 49) vagy már a beavatkozás idején, vagy a hat hónappal későbbi megkereséskor elutasította a további együttműködést, s 30,3% (N = 36) nem volt elérhető a megadott címen vagy telefonszámon.

A kutatásban alkalmazott módszerek

a) Demográfiai adatlap

A 9 oldal terjedelmű vizsgálati adatlap részben a kutatásban részt vevő minta demográfiai jellemzőinek azonosítását, részben pedig a művi abortusz pszichológiai feldolgozásában valószínűsíthetően szerepet játszó személyes és kapcsolati változók feltárását szolgálta.

b) Személyes jellemzők mérését szolgáló kérdőívek

Connor–Davidson Reziliencia Skála (Connor–Davidson Resilience Scale, CD-RISC)
A reziliencia mérésére Connor és Davidson (2003) által kidolgozott skála olyan, a konstrukcióval összefüggésben tárgyalt szemé-

1. táblázat. A vizsgálati minta főbb demográfiai jellemzői

Munkaviszony	<i>munkaviszony</i>	<i>munkánélküli</i>	<i>gyes/gyed</i>	<i>tanuló</i>
	51,3% (N = 61)	13,4% (N = 16)	15,1% (N = 18)	18,5% (N = 22)
Családi állapot	<i>házas</i>	<i>élettársi visz.</i>	<i>párkapcsolat</i>	<i>egyedülálló</i>
	26,9% (N = 32)	22,7% (N = 27)	26,9% (N = 32)	23,5% (N = 28)
Gyermekek sz.	<i>nincs</i>	<i>egy</i>	<i>kettő</i>	<i>kettőnél több</i>
	42% (N = 50)	22,7% (N = 27)	25,2% (N = 30)	10,1% (N = 12)
Abortuszok sz. (MAB)	<i>nem volt</i>	<i>volt</i>	<i>egy MAB</i>	<i>több MAB</i>
	68,9% (N = 82)	31% (N = 37)	25,2% (N = 30)	5,8% (N = 7)

lyes jellemzőket azonosít, mint például a szívósság, ellenálló képesség, szilárdság, változásokhoz való alkalmazkodás vagy kapcsolati erőforrások mobilizálásának képessége, melyeket a szerzők 5 faktorba sorolhatónak találtak. A mérőeljárás 25 állítást tartalmaz, melyeket 5 fokú Likert-skálán kell megítélni. A kérdőívben elért magasabb értékek magasabb rezilienciát feltételeznek.

A CD-RISC magyar adaptációjával kapcsolatos eredményeket Kiss és mtsai (2015) közölték. A hazai klinikai mintát és normál populációt egyaránt bevonó kutatás jó reliabilitás- (Cronbach-alfa: 0,869) és validitásmutatókat igazolt.

Megküzdési Mód Preferencia Kérdőív (MMPK)

Az Oláh által 1986-ban publikált 80 ítemes coping preferenciák kérdőív és annak jelen kutatásban alkalmazott – Megküzdési mód preferencia kérdőív néven ismert – rövidített, 51 tételből álló változata olyan fogalmak mérését szolgálja, melyek szerepet játszanak a stresszel való megküzdésben. A kérdőív annak tisztázását segíti, hogy a személy milyen arányban használ feszültségelaboráló, vagy éppen elhárító, feszültségkiürítő stratégiákat. Az empirikus kialakítású mérőeljárás nyolc skálával rendelkezik: problémacentrikus reagálás, támaszkeresés, feszültségkontroll, figyelemelterelés, emóciófókusz, emóciókiürítés, önbüntetés, belenyugvás. A skálák Cronbach-alfa mutatói 0,5 és 0,75 közé esnek (Oláh, 2005). A kérdőív mindkét változatát több hazai kutatásban is jó eredményességgel alkalmazták (lásd Kovács, 2011; V. Komlósi és Rózsa, 2001).

NEO-PI-R Személyiség Kérdőív (Neuroticizm-Extraversion-Openness Personality Inventory Revised, NEO-PI-R)

A személyiség megismerésének és leírásának öt faktor modelljén alapuló, 240 állítást tartalmazó kérdőív több lépésben történő kidolgozása Costa és McCrae (1992) nevéhez fűződik. A szerzők a mérőeszközt egészséges, felnőtt személyek személyiségjellemzőinek azonosítására dolgozták ki. A NEO-PI-R öt fő faktorskálával és ezen belül további hat alskálával rendelkezik, melyek önmagukban és egymással mutatott interakciójukban is értelmezési keretet biztosítanak. A személyiség-kérdőív által mért fő dimenziók: neuroticizmus (N), extravenzió (E), nyitottság (O), barátságosság (A), lelkiismeretesség (C). Magyar adaptációjával kapcsolatos adatokat Juhász (2002) közölt, eredményei a mérőeszköz megbízhatóságát és érvényességét alátámasztották. A Cronbach-alfa értékek főskálák esetén 0,73 és 0,87; míg alskáláknál – a látylelkűség, érzékenység (ATM: 0,36) és az értékek (OVA: 0,38) kivételével – 0,54 és 0,79 közé estek. A faktorszerkezet megegyezik a Costa és McCrae (1992) által közltekkel. Jelen kutatásban a személyiség-kérdőív egy fő skálája – a neuroticizmus (N) – került értékelésre.

c) A művi abortusz idején és azt követően fél évvel jellemző pszichés állapot mérését szolgáló kérdőívek

Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)¹

Zigmond és Snaith (1983) által kifejlesztett, jelenleg mind a gyakorlatban, mind a kuta-

¹ A kérdőív felhasználása engedélyhez kötött, mely a következő címen kérhető meg: permissions@gl-assessment.co.uk

tásban széleskörűen alkalmazott, 14 tételt tartalmazó, önbeszámolón alapuló skála, melyet klinikai betegpopuláció hangulatának felmérésére dolgoztak ki a szerzők. A tetteleket 4 fokú skálán kell megítélni.

A magyar mintán történő felmérések Zigmond és Snaith (1983) által is azonosított két skálát, a szorongást (HADS-A) és depressziót (HADS-D) különböztetik meg (lásd Muszbek és mtsai, 2006; Tiringér és mtsai, 2008). A klinikai jelzőhatár 8 és afeletti pontérték (Perczel Forintos et al., 2005; Snaith, 2003; Tiringér és mtsai, 2008). A kérdőív pszichometriai mutatói jók, a szorongásos és depressziós tünetek és zavarok vizsgálatának megbízható, magas belső konzisztenciát mutató (Cronbach-alfa mutatók értéke 0,81-ot meghaladó mindkét skála esetén) és érvényes eszköze.

Poszttraumás Stressz Betegség Diagnosztikai Skála (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, PDS)

A skálát Foa és mtsai (1997) dolgozták ki a DSM-IV poszttraumás stressz betegség diagnosztikus kritériumainak felhasználásával. Az önbeszámolón alapuló módszer kiter a traumatizáló életeseménnyel összefüggésben megjelenő tünetek gyakoriságának és intenzitásának azonosítására; a különböző életterületekre – úgymint munkára, társadalmi/közösségi és családi életre – kifejtett hatásának értékelésére és az eseményhez való aktuális viszonyulásra (pl. az értékelő milyen mértékben tudott megbirkózni az eseménnyel). A PDS – az elkerüléssel, az újraéléssel és a hiperarousal szimptomákkal összefüggésben – 17 tünet mentén valószínűsíti a PTSD fennállását. A mérőeljárást mind a klinikai gyakorlatban, mind a kutatómunkában jó hatékonysággal alkalmazzák. Magyarországi adaptációját Perczel Forintos és mtsai (2005)

végezték. Jelen kutatásban egyes tetteleket a művi abortusz speciális helyzetére illetézetten módosítottunk, így például: „*Nyugtalanító gondolatai vagy emlékképei voltak a traumát okozó eseményekről, amelyek akarat ellenére jutottak az eszébe.*” helyett „*Nyugtalanító gondolataim, emlékképeim voltak a terhességem megszakításával kapcsolatban, melyek akaratom ellenére jutottak eszembe.*”

Az *a)*, *b)*, *c)* kérdőívek a beavatkozás idején, míg a *c)* és *d)* kérdőívek fél évvel a terhességmegszakítást követően kerültek felvételre.

EREDMÉNYEK

Szorongás és depresszió a művi abortusz idején, a rezilienciával, coping jellemzőkkel és neuroticizmussal összefüggésben

A kórházi tartózkodás idején mért *szorongás* átlaga a kutatásban részt vevők teljes csoportjára (N = 118) nézve 10,04 (SD: 4,28), míg a *depresszióé* 7,08 (SD: 4,81).

A terhességmegszakítás előtt álló nők jelentős többsége (68,6%; N = 81) a klinikai határérték feletti szorongásszinttel rendelkezett.

A depresszió vonatkozásában valamivel mérsékeltebb értékeket kaptunk. A magyarországi eredmények (Tiringér és mtsai, 2008) figyelembevételével 9 ponttól meghúzva az övezethatárt, a művi abortuszon átesett nők 35,6 százaléka (N = 42) mutatta a klinikai szintű depresszió jegyeit; míg ha a nemzetközi szakirodalomban (Snaith, 2003) meghatározott tartományokat (normál < 8 ≤ klinikai zavar) vettük alapul, akkor ez az érték 47,5 százalékra (N = 56) nőtt.

2. táblázat. A szorongás és depresszió a rezilienciával, copinggal és neuroticizmussal összefüggésben

Klinikai zavar	Reziliencia	Coping				Neuroticizmus
		FK ¹	EF ²	EK ³	ÖB ⁴	
Szorongás	r = -0,42 p < 0,01	r = -0,27 p < 0,01	–	r = 0,39 p < 0,01	r = 0,38 p < 0,01	r = 0,47 p < 0,01
Depresszió	r = -0,48 p < 0,01	r = -0,35 p < 0,01	r = -0,2 p < 0,05	r = 0,24 p < 0,01	r = 0,23 p < 0,05	r = 0,36 p < 0,01

FK¹: Feszültségkontroll EF²: Emóciófókusz EK³: Emóciókiürítés ÖB⁴: Önbüntetés

3. táblázat. A művi abortuszt követően fél évvel mért szorongás és depresszió prediktor változói

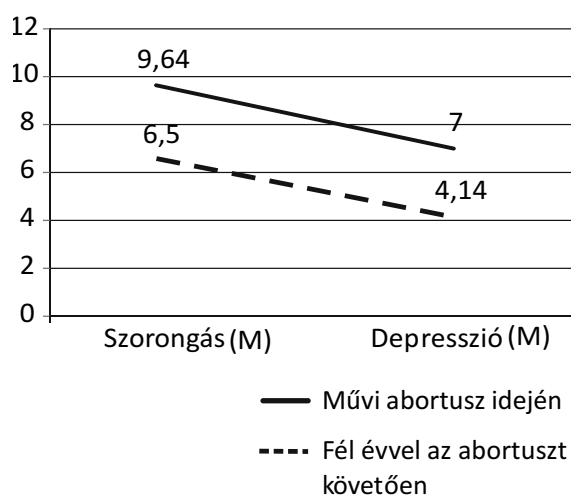
Mért változók		Klinikai változók	
		Szorongás	Depresszió
Személyes változók	Megküzdési mód (MMP)	32,8% Emóciókiürítés ($\beta = 0,47$; $t = 3$; $p < 0,01$)	–
	problémacentrikus reagálás; támaszkeresés; feszültségkontroll; figyelemelterelés; emóciófókusz; emóciókiürítés; önbüntetés; belenyugvás		
	Reziliencia (RS)	13,7% Reziliencia ($\beta = -0,38$; $t = -2,48$; $p < 0,05$)	–
	reziliencia		
Neuroticizmus SK	–	57,3% Neuroticizmus ($\beta = 0,76$; $t = 5,79$; $p < 0,001$)	
neuroticizmus			

A reziliencia és a feszültségkontroll negatívan, ezzel szemben az emóciókiürítés és az önbüntetés pozitívan korrelált a beavatkozás során mért szorongás mértékével (lásd 2. táblázat). Ehhez hasonlóan a reziliencia, a feszültségkontroll, az emóciófókusz és a depresszió között negatív, míg az emóciókiürítés és az önbüntetés, valamint a depresszió között pozitív korrelációs kapcsolat volt igazolható. A neuroticizmus mind a beavatkozás idején mért szorongással, mind a depresszió mértékével pozitívan korrelált (lásd 2. táblázat). Kiemelendő, hogy a szorongás mértéke a korábbiakban előforduló lelki problémák meglététől vagy azok hiányától függetlenül, mindkét csoportnál a klinikai jelzőérték felett húzódott.

Szorongás, depresszió és PTSD mint a művi abortusz hosszú távú negatív következményei, az egyéni protektív és rizikótényezőkkel összefüggésben

Szorongás és depresszió fél évvel a művi abortuszt követően

A terhességmegszakítását követően fél évvel a HADS-sel mért szorongás és depresszió átlagai szignifikánsan csökkentek a beavatkozás idején mérthez viszonyítva ($F[1; 27] = 9,07$; $p < 0,01$), s mindkét skála esetén a klinikai határérték alá, azaz a normál tartományba estek. A szorongás mindenkor magasabb értékeket mutatott, mint a depresszió ($F[1; 27] = 55,32$; $p < 0,001$). A szorongás és a depresszió között az interakció nem szignifikáns ($F[1; 27] = 0,11$; $p > 0,05$) (lásd 1. ábra).



1. ábra. A szorongás és depresszió mértéke az abortuszon átesett nők körében az első és második felvétel időpontjában

A második szakaszban részt vevő nők 53,4 százaléka továbbra is a klinikai határérték feletti szorongásszinttel rendelkezett, s a depresszió tekintetében ez az érintettség 17,9 százalék volt.

A második szakaszban mért szorongás pozitívan korrelált az első szakaszban mért szorongással ($r = 0,43$; $p < 0,05$), s ugyanez a közepesen erős kapcsolat volt megfigyelhető a két időpontban felvett depresszióértékek között ($r = 0,4$; $p < 0,05$), valamint a második szakaszban mért depresszió és a műtéti beavatkozáskor azonosított szorongás ($r = 0,53$; $p < 0,01$) között.

Az elemzések kiterjedtek a szorongás és depresszió lehetséges prediktorainak meghatározására is. Az általunk mért személyes változók közül az emóciókiürítés (32,7%) és a reziliencia (13,7%) bizonyult jelentős prediktor változónak a szorongás esetében, míg a depressziót a neuroticizmus (57,3%) jósolta be legnagyobb valószínűséggel (3. táblázat).

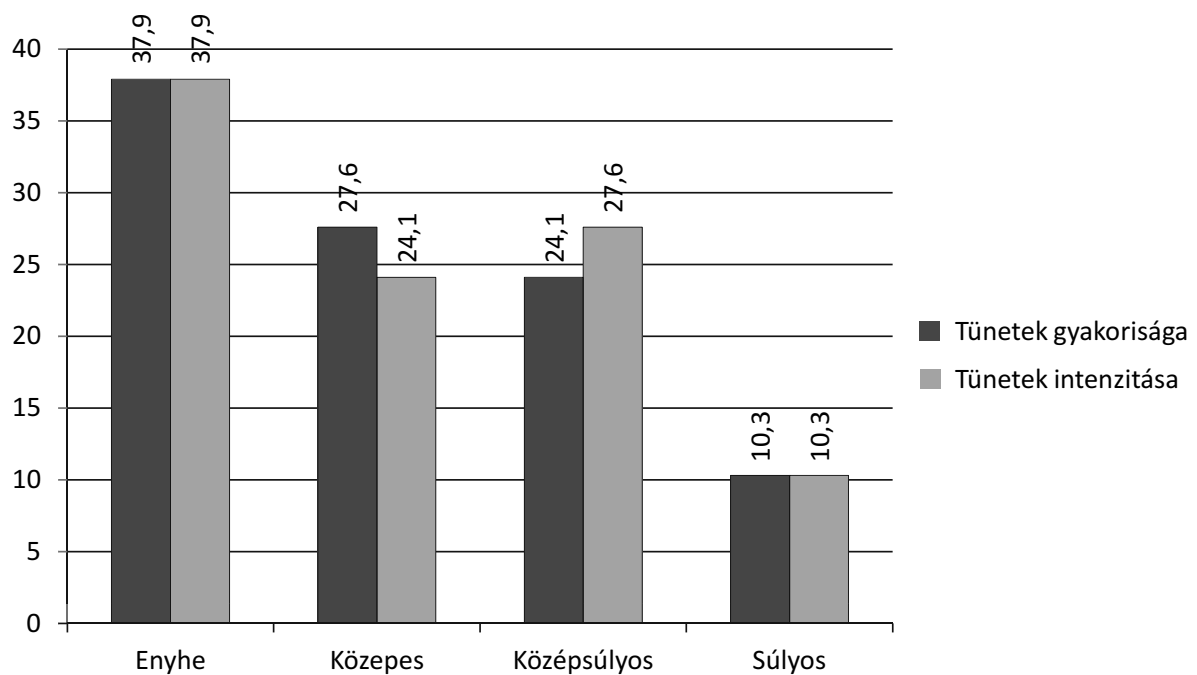
A PTSD tünetei fél évvel a beavatkozást követően

A Foa által, a DSM-IV poszttraumás stressz betegség diagnosztikai kritériumainak felhasználásával kidolgozott – s a jelen vizsgálatban az abortusz helyzetéhez módosított – 17 itemes kérdőív gyakoriságmutatói szerint a vizsgálatban részt vevő nők csoportosíthatók voltak attól függően, hogy az elért pontszámok alapján enyhe, közepes, középsúlyos vagy súlyos tüneteket mutattak. Az eredmények értelmezését kiegészíti a tünetek intenzitásjellemzőinek a meghatározása is.

A nők 10,3 százalékánál súlyos, míg 24,1 százalékuknál középsúlyos PTSD valószínűsíthető (lásd 2. ábra).

A résztvevők által jelzett PTSD-tünetek előfordulásának gyakorisága 17,34 (SD: 14,09), míg intenzitása átlagosan 17,93 pont (SD: 14,46) volt. Mindkét érték a közepes mértékű PTSD-tartományba esik. Ezen túl a nők 41,4%-a jelezte, hogy tünetei az abortuszt követően legalább egy hónapig fennálltak; s 31% számolt be arról, hogy a tünetek az elmúlt egy hónapban is jelen voltak. A második fordulóban megjelent nők 86,2%-át a megkérdezés időpontjában még mindig felizgatta, ha visszagondolt az eseményre. Az érzelmi hatás mértékét egy 100-ig terjedő skálán jelölve, a nők átlagosan 49,2 pontot (min.: 10; max.: 100) adtak.

Az elmúlt egy hetük történéseinek értékelése alapján a nők 65,5%-a jelezte, hogy az abortusz következtében megjelenő, PTSD-vel összefüggő problémák kedvezőtlen hatással voltak a munkájukra, egy 10-es skálán átlagosan 3,52 (min.: 1; max.: 7) ponttal értékelve. Ugyanennyien jelezték (65,5%) az esemény társadalmi (társas és szabadidős tevékenységek) életükre gyakorolt megterhelő következményeit, a negatív hatást átlagosan 3,73-ra (min.: 1; max.: 10) jelölve. S végül



2. ábra. A nők százalékos megoszlása a PTSD súlyosságát jelző tünetek gyakorisága és intenzitása szerint

69%-uk a családi életben megjelenő kedvezőtlen következményekről számolt be, átlagosan 3,5-re (min.: 1; max.: 10) értékelve a negatív hatások mértékét.

Végezetül, a megkérdezettek 31%-a jelezte, hogy az eseménnyel teljes mértékben sikerült megbirkóznia, s 69%-uk jelezte, hogy nem. A megbirkózás akadályozottságát egy 100-ig terjedő skálán átlagosan 49,5 pontra (min.: 10; max.: 100) értékelték a résztvevők. A válaszadók 37,8%-a 50 vagy afeletti pontot adott.

A művi abortusszal összefüggő PTSD-gyakoriság jellemzőinek prediktor változói a személyes változók közül az emóciókiürítés (30,6%) és a reziliencia (10,5%). A PTSD intenzitását az emóciókiürítés (32,2%) jósolta be (4. táblázat).

MEGVITATÁS

Szorongás és depresszió a művi abortusz idején, az egyéni protektív és rizikótényezőkkel összefüggésben

Eredményeink – más nemzetközi tanulmányokkal összhangban (lásd Bradshaw és Slade, 2003; Freeman et al., 1980; Lauzon et al., 2000) – megerősítették, hogy a preabortusz időszak a nők egy jelentős részénél pszichés megterheléssel járó, distresszel teli élet-esemény. A jelen kutatásban részt vevők 68,6%-ánál az átlagosnál magasabb, klinikai határértéket meghaladó szorongásszintet, míg 35,6%-ánál depresszív állapotot lehetett azonosítani közvetlenül a műtési beavatkozást megelőzően.

A kórházi tartózkodás idején mért szorongás átlaga a teljes vizsgálati csoportra nézve 10,04; míg a depresszióé 7,08. A szorongás esetén ez a klinikai zavart igazoló jel-

4. táblázat. A művi abortusszal összefüggő PTSD prediktor változói

Mért változók		Klinikai változók	
		PTSD-gyakoriság	PTSD-intenzitás
Személyes változók	Megküzdési mód (MMP)	30,6 % emóciókiürítés ($\beta = 0,45$; $t = 2,8$; $p < 0,05$)	32,2 % emóciókiürítés ($\beta = 0,57$; $t = 3,51$; $p < 0,01$)
	problémacentrikus reagálás; támaszkeresés; feszültségkontroll; figyelemelterelés; emóciófókusz; emóciókiürítés; önbüntetés; belenyugvás		
	Reziliencia (RS)	10,5% reziliencia ($\beta = -0,34$; $t = -2,12$; $p < 0,05$)	—
	reziliencia		
	Neuroticizmus SK	—	—
neuroticizmus			

zőérték feletti, míg a depresszió vonatkozásában az azt megközelítő érték.

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

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

A beavatkozás során alacsonyabb mértékű szorongással vagy depresszióértékekkel járt, ha valaki reziliensebb volt, vagy problémahelyzetekben feszültségeit jól tudta kontrollálni, illetve csak a depresszió vonatkozásában meghatározónak bizonyult még az emóciófókusz is.

A reziliencia – magában foglalva a személy találékony, adaptív és rugalmas módon

történő reagálását – feltételezi a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodást (Gy. Kiss, 2012). Kutatásunkban a rezilienciával összefüggésben álló alacsonyabb szorongás- és depresszióértékek megerősíteni látszanak ezen személyiségjellemző megküzdésben játszott protektív szerepét abortusz idején.

Ami a közvetlenül mért megküzdési jellemzőket illeti, a feszültségkontroll ugyancsak együtt járt a beavatkozás idején megélt szorongás és depresszió mérsékeltebb megjelenésével. Az emóciófókusz pedig alacsonyabb depresszióértékekkel társult.

A fentiekkel ellentétben magasabb szorongást élt át vagy depresszívebb volt abortusz idején a vsz., ha megküzdést igénylő, nehéz helyzetekben emóciókiürítés jellemezte, s önbüntető volt, valamint ha vonás szintjén jelent meg a szorongásra való hajlam és emocionális instabilitás.

A szorongásra való hajlam és emocionális instabilitás (neuroticizmus) a stresszorok iránti fokozottabb érzékenységet és a félelem, szomorúság, bűnösség és más negatív érzelmek gyakoribb átélésére való hajlamosságot feltételez. A beavatkozás idején mért magasabb szorongás- és depresszióértékekkel

összefüggő személyes diszpozíciók egymást erősítő jellemzői közé tartozott az emocionális instabilitás, a stresszorok következtében megélt feszültség kontrollálásának problematikája, valamint az önvád és önbüntetés hangsúlyossága.

Szorongás, depresszió és PTSD mint a művi abortusz hosszú távú negatív következményei, az egyéni protektív és rizikótényezőkkel összefüggésben

Szorongás és depresszió fél évvel a művi abortuszt követően

A műtétet követően néhány héten belül már kimutatható az abortuszt kísérő szorongás és depresszió csökkenése (lásd Cohen és Roth, 1984; Cozzarelli, 1993; Faure és Loxton, 2003; Mueller és Major, 1989; Shusterman, 1979). Ezzel összhangban jelen kutatásban is megerősítést nyert, hogy a művi abortuszt követően fél évvel mind a szorongás, mind a depresszió mértéke jelentősen csökkent.

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

A hosszútávon megjelenő szorongás prediktorának a személyes jellemzők közül az emóciókiürítés és a reziliencia bizonyult. A stresszhelyzet keltette feszültség kontrollálatlan, nem adekvát reakciókban történő

levezetése növelte a valószínűségét a fél évvel későbbi szorongás megjelenésének, míg a reziliencia a fentiekkel ellentétben a szorongás mérséklődését jósolta be.

A depresszív reakciók prediktorának a személyes jellemzők tekintetében a neuroticizmus bizonyult. Az emocionális stresszorokra való fokozottabb érzékenység, az emocionális instabilitás, a negatív érzelmek gyakoribb átélése növelték a valószínűségét a terhességmegszakítást követő fél évvel későbbi depresszió meglétének.

A PTSD tünetei fél évvel a beavatkozást követően

Az abortusz vonatkozásában egyik leggyakrabban tárgyalt klinikai zavar a poszttraumás stresszreakció, mely a kiváltó eseményre emlékeztető helyzetek elkerülése, az újraélés és a hiperarousal szimptomák megléte mentén került diagnosztizálásra. A jelen kutatás második szakaszában együttműködő nők 65,5%-ánál a PTSD-re utaló tünetek enyhe vagy közepes mértékű előfordulása volt jellemző, míg 24,1%-uknál közép súlyos, 10,3%-uknál pedig súlyos mértékű PTSD-t lehetett azonosítani. A nők közel harmada (31%) jelezte, hogy panaszai az elmúlt egy hónapban is jelen voltak, és több mint 65 százalékuknál negatív hatást fejtettek ki a munkára (65,5%), a társadalmi (65,5%) és/vagy családi életre (69%). A kutatásban részt vevők azt is értékelhették, hogy milyen mértékben sikerült az eseménnyel megbirkózniuk. Ez esetben a nők csupán 31%-a jelezte, hogy teljes egészében feldolgozták a történeteket.

Eredményeink megerősítik azon nemzetközi kutatásokat (lásd Coleman et al., 2008/b; Rue et al., 2004; van Emmerik et al., 2008), melyek a PTSD megjelenésének kockázatát hangsúlyozzák az abortusszal összefüggésben.

A PTSD klinikai zavar előrejelzőjének bizonyult a stresszhelyzetek keltette feszültség kontrollálatlan és inadekvát reakciókban történő levezetése, míg a lelki ellenálló képesség (reziliencia) – csakúgy, mint a fenti-ekben tárgyalt más klinikai problémák esetén is – a PTSD alacsonyabb előfordulását valószínűsítette.

A művi abortusz hosszú távú kimeneteli lehetőségeit összegezve a nők egy számottevő csoportja (10–50%) veszélyeztetett különböző pszichológiai, pszichiátriai problémák abortusszal összefüggő megjelenése kapcsán fél évvel a beavatkozást követően, melyek közül kiemelendő a depresszió, a szorongás, valamint a terhesség megszakítására

adott poszttraumás stressz szindróma. A személyes jellemzők közül az emóciókiürítés és ritkábban a neuroticizmus növelik, míg a *reziliencia* csökkenti az esélyét a terhesség megszakítás nők mentális állapotára gyakorolt, klinikai kórképekben megnyilvánuló negatív hatásának.

A kutatás korlátai

A kutatás korlátai között tartjuk számon az utánkövetést jellemző nagyarányú lemorzsolódást, mely bár összhangban van a témával foglalkozó nemzetközi kutatásokban is leírtakkal, mégis óvatosságra int a kapott eredmények általánosíthatóságát illetően.

SUMMARY

SHORT-TERM AND LONG-TERM EFFECT OF INDUCED ABORTION ON WOMEN'S MENTAL HEALTH WITH RESPECT TO RESILIENCE, COPING AND NEUROTICISM CHARACTERISTICS

Background and aims: Resilience is considered a personal variable predicting competence and favourable outcomes in spite of hard and stressful life circumstances or situations. It may also imply the ability of adaptive recovery from traumatic life events. Numerous international studies confirm the negative influence of induced abortion on women's mental health conditions (Coleman et al., 2005). The objective of the present research was to explore the relations between resilience and characteristics of stress and anxiety measured at the time of abortion. We also wanted to examine the extent to which resilience can predict women's mental health – alongside with other personal coping variables – six months after the intervention. *Methods:* The research sample included 119 women having abortion experience, with the average age of 30.2 years (SD: 6.94). 82 did not have previous pregnancy termination, whereas 37 of them indicated experience of undergoing at least one abortion previously. *Methods applied in the research:* semi-structured interviews and related data sheets, the Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond and Snaith, 1983), the Posttraumatic Diagnostic Scale (Foa et al., 1997) adapted specifically to the event, the Connor and Davidson Resilience Scale, (Connor and Davidson, 2003), the Coping Preferences Scale (Oláh, 2005), and the NEO-PI-R personality questionnaire (Costa and McCrae, 1992). *Results:* Resilience correlated negatively with the degree of anxiety and depression measured at the time of the intervention. Besides, anxiety, depression and abortion-related PTSD assessed six months after the intervention were also predicted by resilience. *Discussion:* In accordance with other

international studies, our results reinforce the adaptive role of resilience in recovering from difficult life events. The negative effects of pregnancy termination were more moderate at women with higher resilience score.

Keywords: induced abortion, resilience, coping, neuroticism, anxiety depression PTSD

IRODALOM

- ADLER, N. E. (1975): Emotional responses of women following therapeutic abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 446–454.
- AGAIBI, C. E., WILSON, J. P. (2005): Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195–216.
- ASHTON, J. R. (1980): The psychosocial outcome of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 87, 1115–1122.
- BIANCHI-DEMICHELI, F., KULIER, R., PERRIN, E., CAMPANA, A. (2000): Induced abortion and psychosexuality. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21, 213–217.
- BIANCHI-DEMICHELI, F., PERRIN, E., LÜDICKE, F., BIANCHI, P. G., CHATTON, D., CAMPANA, A. (2002): Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53, 48–53.
- BRADSHAW, Z., SLADE, P. (2003): The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929–958.
- COHEN, L., ROTH, S. (1984): Coping with abortion. *Journal of Human Stress*, 10(3), 140–145.
- COLEMAN, P. K., REARDON, D. C., STRAHAN, T., COUGLE, J. R. (2005): The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology & Health*, 20(2), 237–271.
- COLEMAN, P. K., COYLE, C. T., SHUPING, M., RUE, V. M. (2008/A): Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research*, Letöltés helye: https://www.rachelsvineyard.org/PDF/Articles/Coleman%20et%20al._JPR.pdf. Letöltés dátuma: 2011. 11. 11., 1–7.
- COLEMAN, P. K., REARDON, D. C., RUE, V. M., COUGLE, J. (2002): State-funded abortions versus deliveries: A comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 140–152.
- COLEMAN, P. K., RUE, V. M., SPENCE, M., COYLE, C. T. (2008/B): Abortion and the sexual lives of men and women: In casual sexual behaviour more appealing and more common after abortion? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 77–91.
- CONNOR, K. M., DAVIDSON, J. R. T. (2003): Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82.
- COSTA, P. T., MCCRAE, R. R. (1992): *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

- COUGLE, J. R., REARDON, D. C., COLEMAN, P. K. (2005): Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Anxiety Disorders*, 19, 137–142.
- COZZARELLI, C. (1993): Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1224–1236.
- FAURE, S., LOXTON, H. (2003): Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South African Journal of Psychology*, 33(1), 28–38.
- FOA, E. B., CASHMAN, L., JAYCOX, L., PERRY, K. (1997): The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445–451.
- FOK, W. Y., SIU, S. S. N., LAU, T. K. (2006): Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 126, 255–258.
- FREEMAN, E., RICKELS, K., HUGGINS, G. R., GARCIA, C. R., POLIN, J. (1980): Emotional distress patterns among women having first or repeat abortions. *Obstetrics & Gynecology*, 55(5), 630–636.
- GISSLER, M., HEMMINKI, E., LÖNNQVIST, J. (1996): Suicides after pregnancy in Finland, 1987–94: Register linkage study. *BMJ: British Medical Journal*, 313, 1431–1434.
- GY. KISS E. (2012): A személyiség pozitív erőforrásai. In GY. KISS E., POLYÁK L. (szerk.): *A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában. Egészség rehabilitációs füzetek*. Oriold és Társai, Budapest. 107–119.
- JUHÁSZ M. (2002): *A Big Five faktorok és skálák alkalmazása a személyzeti kiválasztásban és a teljesítményértékelésben. Az előrejelző érvényességet meghatározó kritériumok módosulása a vezetői teljesítményértékelés tükrében*. PhD-disszertáció. ELTE Pszichológia Doktori Iskola, Budapest.
- KERO, A., HÖGBERG, U., LALOS, A. (2004): Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58, 2559–2569.
- KISS E. Cs., VAJDA D., KÁPLÁR M., CSÓKÁSI K., HARGITAI R., NAGY L. (2015): A CD-RISC 25 ítemes Reziliencia Kérdőív magyar adaptációja. *Mentálhigiéne és pszichoszomatika*, megjelenés alatt.
- KOVÁCS ZS. (2011): Megküzdés a börtönbe kerüléssel – a börtönadaptáció longitudinális vizsgálata. *Pszichológia*, 31(4), 381–395.
- LAUZON, P., ROGER-ACHIM, D., ACHIM, A., BOYER, R. (2000): Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician*, 46, 2033–2040.
- LAZARUS, A. (1985): Psychiatric sequelae of legalized elective first trimester abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(3), 141–150.
- MASTEN, A., BEST, K., GARMEZY, N. (1990): Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444.
- MASTEN, A. (2012) Inside resilient children. Online: <http://www.youtube.com/watch?v=GBMet8oIvXQ>. Letöltés ideje: 2014. július 30.

- MORGAN, C. L. I., EVANS, M., PETERS, J. R., CURRIE, C. (1997): Suicides after pregnancy. Mental health may deteriorate as a direct effect of induced abortion. *BMJ: British Medical Journal*, 314, 902.
- MUELLER, P., MAJOR, B. (1989): Self-blame, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1059–1068.
- OLÁH A. (1986): *Coping Preferenciák – A 80 itemes coping preferenciák kérdőív alkalmazása és jellemzői*. MLKT Módszertani Füzetek, Budapest.
- OLÁH A. (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei*. Trefort Kiadó, Budapest.
- PERCZEL FORINTOS D., KISS ZS., AJTAY GY. (2005): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest.
- PROMMANART, N., PHATHARAYUTTAWAT, S., BORIBOONHIRUNSARN, D., SUNSANEEVITHAYAKUL, P. (2004): Maternal grief after abortion and related factors. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87(11), 1275–1280.
- REARDON, D. C., COUGLE, J. R. (2002): Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: A cohort study. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7330), 151–152.
- RUE, V. M., COLEMAN, P. K., RUE, J. J., REARDON, D. C. (2004): Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, 10(10). Letöltés helye: http://www.MedSciMonit.com/pub/vol_10/no_10/4923.pdf. Letöltés dátuma: 2011. 10. 20., 5–16.
- SHUSTERMAN, L. R. (1979): Predicting the psychological consequences of abortion. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 683–689.
- SNAITH, R. P. (2003): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29). Letöltés helye: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477_7525-1-29.pdf. Letöltés dátuma: 2011. 05. 11., 1–4.
- SZ. MAKÓ H. (2013): „Döntés életről-halálról.” *A művi abortusz pszichológiai vonatkozásai*. Doktori disszertáció. Pécsi Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola.
- TIRINGER I., SIMON A., HERRFURTH D., SURI I., SZALAI K., VERESS A. (2008): A szorongásos és depressziós zavarok előfordulása akut kardiológiai állapotokat követő osztályos rehabilitáció során. A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála szűrőtesztként történő alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 23(6), 430–443.
- VAN EMMERIK, A. A. P., KAMPHUIS, J. H., EMMELKAMP, P. M. G. (2008): Prevalence and prediction of re-experiencing and avoidance after elective surgical abortion: a prospective study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 378–386.
- V. KOMLÓSI A., RÓZSA S. (2001): Elhárítás, megküzdés, depresszió. Adatok és gondolatok a három jelenség kapcsolatáról – fejlődési vetületben. In: PLÉH Cs., LÁSZLÓ J., OLÁH A. (szerk.): *Tanulás, kezdeményezés, alkotás. Barkóczi Ilona 75. születésnapjára*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–351.
- WERNER, E., SMITH, R. (2001): *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. Cornell University Press, Ithaca, NY.

- WILSON, J. P., DROZDEK, B. (szerk.) (2004): *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims*. Brunner/Routledge, New York.
- WOODGATE, R. L. (1999): Conceptual understanding of resilience in the adolescence with cancer, Part I. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16(1). 35–43.
- ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.