

K A N D I D Á T U S I É R T E K E Z É S

Szülésre felkészítés, szülés alatti pszichogén fájdalomcsillapítás
klinikuma, kutatása és szervezése

Irta: Dr. Tiba János

Budapest, 1988.

TARTALOMJEGYZÉK

1.	BEVEZETÉS	1
1.1	A szülési fájdalomról szóló különböző nézetek	1
1.2	A szülési fájdalom természete	3
1.3	A szülési fájdalom csillapítása	4
2.	CÉLKITŰZÉSEK	7
3.	IRODALMI ÁTTEKINTÉS	8
3.1	Hipnózis	8
3.1.1.	A hipnózis történeti áttekintése	8
3.1.2.	Hipnotikus jelenségek	9
3.1.3.	Hipnoanesztézia	10
3.1.4.	A hipnózis szülészeti alkalmazása	11
3.1.4.1.	Szülésre felkészítés hipnózisos módszerrel.	13
3.1.4.2	Szülés vezetés hipnózisban	16
3.1.5.	Éber álom technika /Leuner szimboldráma/	17
3.2.	Szülésre felkészítő módszerek	20
3.2.1.	Reed módszer	20
3.2.1.1.	A terhesség és szülés alatti szorongás	23
3.2.2.	Pszichoprofilaxis	27
3.2.2.1.	A pszichoprofilaxis módszer kialakulása	27

3.2.2.2.	A pszichoprofilaxis módszerének elméleti alapjai	28
3.2.2.3.	A pszichoprofilaxis hatásának modern elmélete	29
3.2.2.4.	A pszichoprofilaxis gyakorlati megvalósítása	30
3.2.3.	Lamaze módszer	32
3.2.4.	Pszichoprofilaxis Magyarországon	34
3.2.5.	A felkészítő módok közötti különbségek	36
3.2.6.	Komplex módszer	38
3.2.6.1.	Tanítás, információ átadás	38
3.2.6.2.	Relaxációs gyakorlatok	38
3.2.6.3.	Légzéstechnikák	39
3.2.6.4.	A férj részvétele a szülésnél	39
3.2.6.5.	A komplex módszer hatékonyság vizsgálata	40
3.3.	Szülési alternatívák, választási lehetőségek	48
3.3.1	Aktiv szülés	48
3.3.2.	Leboyer-"Erőszak nélküli szülés"	49
3.3.3.	Vizben szülés	50
3.3.4.	Otthonaszülés	50
3.3.5.	Alternatív szülészeti központok	51

4.	VIZSGÁLATI MÓDSZER	52
4.1.	A terhes nők hipnotikus fogékonyság vizsgálata	52
4.2.	A terhes nők imaginációs készségének vizsgálata	54
4.3.	Imagináció a szülésre felkészítésben	55
4.4.	Hipnózisos szülésselőkészítés	57
4.5.	Szülésvezetés hipnózisban	58
4.6.	Pszichoterápiás eljárások kombinálása a szülésre felkészítésben	59
4.7.	Komplex pszichofizikális felkészítő módszer értékelése	60
4.8.	A terhesség alatti szorongás mérése	61
5.	EREDMÉNYEK	62
5.1.	A terhes nők hipnotikus fogékonysága	62
5.2.	Imaginációs készség vizsgálata terheseken	79
5.3.	Imagináció alkalmazása szülésre felkészítésben.Éber álom technika /Leuner/	83
5.4.1.	A hipnózisos szülésselőkészítés és szülésvezetés eredményei	87
5.4.2.	A módosított hipnotikus szülésre felkészítő módszer szülési tapasztalatai, eredményei	88

5.4.3.	A szülés időtartamának vizsgálata a hipnózisos és kontroll csoportoknál	90
5.4.4.	A hipnózisos szülésvezetés módosított technikája és esetismertetések	91
5.5.	Pszichoterapiás eljárások kombinálásának eredményei a szülésre felkészítésben	100
5.6.	Komplex pszichofizikális felkészítő módszer értékelése	102
5.7.	A terhesség alatti szorongás szint mérése és összefüggése a szülés alatti fájdalom-élménnyel	105
5.7.1	Specifikus terhességi szorongás mérése /P.A.S./	106
6.	DISZKUSSZIO ÉS ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSOK	108
7.	MELLÉKLETEK	

1. BEVEZETÉS

A szülési fájdalom természetéről és csillapításáról világszerte még ma is megoszlanak a vélemények. A fájdalomkutatás az elmúlt két évtizedben Melzack és Wall alapvető idegéletteni vizsgálatai nyomán jelentős eredményeket ért el. Mégsem tisztázott kielégítően a szülési fájdalom keletkezése, pontos neurofiziológiai mechanizmusa és a pszichológiai komponensek szerepe.

Gátló tényezőnek kell elfogadnunk, hogy több órán át tartó periódikusan jelentkező fájdalmat, melynek olyan jutalmazó funkciója van, mint a szülésnek, laboratóriumi körülmények között utánózni és mai tudományos igényességgel kutatni igen nehéz.

El kell fogadnunk azt, hogy a fájdalom keletkezésében és átélésében fontos dimenziók, mint a kognitív értékelő és motivációs affektív dimenzió, a szülési fájdalom esetében különös jelentőséggel bírnak.

A szülési fájdalom megítélése koronként és kultúránként változik. Egy társadalom szociálpszichológiai struktúrájának, kulturális hagyományainak jelentős szerepe van a szülési szokások kialakulásában és a szülési fájdalom minősítésében.

1.1. A szülési fájdalomról szóló különböző nézetek

Velvovszkij /1960/ a szovjet pszichoprofilaxis iskola egyik legjeletosebb képviselője, majd követője a Lamaze módszer egyik gyakorlati kidolgozója és terjesztője a francia Vellay /1960, 1972/ tagadják, hogy a szülés eredendően fájdalmas élmény, és a

pszichoprofilaxis módszerével az esetek döntő többségében közel fájdalommentes szülés érhető el. Read /1933,1944/ véleménye szerint a szülés természetes, szövődménymentes esetekben nem fájdalmas, csak akkor kíséri fájdalom, ha szövődmény van. A félelem keltette kóros kör okozza.

Egyéb, a szülés fájdalomtatlanságát bizonygató nézetekkel is találkozhatunk:

1. Az állatok a szüléskor nem mutatják a fájdalom jelét, a szülési fájdalom csak az embernél jelenik meg és a természeti népek asszonyainál a szülés fájdalomtalan.

2. A biológiai törvények szerint a természetes életfunkciók fájdalomtalanok és a szülést is ide kell sorolni. Ezért a szülés is fájdalomtalan kell hogy legyen.

Friedman /1974/ szerint nincs az a biológiai törvény, mely magyarázhatná, hogy az élet legjelentősebb szakasza, a terhesség orgasztikus gyönyörökkel kezdődik és a szülésben elviselhetetlen fájdalommal kulmináljon.

A szülési fájdalom megítélése, értékelése mind tudományos, mind szubjektív vizsgálat alapján ezeknek ellentmond.

A fejlett társadalmak asszonyai a szülést az élet egyik legfájdalmasabb élményének ítélik meg /Melzack 1973/ és a szülések csak mintegy 10 %-a nem jár, vagy minimális fájdalommal kísért /Gibson 1982./.

A szülések nagy része, tehát több kevesebb fájdalomélménnyel jár még szövődménymentes, normál szülések esetében is. Melzack /1981/ szerint a szülésre történő felkészítések utáni szülések esetében is jelentős fájdalomélménnyel számoltak be, s csak kisebb hányaduknál érhető el kielégítő fájdalommentesség.

1.2. A szülési fájdalom természete

A szülés alatti fájdalom neurofiziológiai alapjai ismertek. A cervix zár oldódása, a parametrán szövetek vongálása, a gát feszülése, a kontrakciók alatt keletkező fájdalomkeltő anyagok, anyagcseretermékek hatására a gerincvelői pályákon az agyi fájdalomérzékelő központokba érkezik. További részletezésétől eltekintek, értékes összefoglalások és elemzések jelentek meg a fájdalom keletkezéséről /Warfield 1984/ és a hazai irodalomban is található források: Krasznai /1978/, Takács /1979/.

Bing /1969/ elismeri a szülési fájdalom neurofiziológiai természetét, ugyanakkor kiemeli a fájdalom másik komponensét, melyet anticipált fájdalomnak nevez. Ez utóbbi az előítéletekből, az évszázados tudatlanságból, félelemből származik, mely alapjaiban a frontális lebenyhez kötött. A szülés alatt jelentkező intenzív félelem, pánik reakció, a szülési fájdalom fokozódásához vezet.

A szülési fájdalom minősítésében a pszichológiai tényezők mellett /Slack 1974/ a szociológiai tényezők szerepe is fontos /Windwer 1977/.

1.3. A szülési fájdalom csillapítása

A szülési fájdalom csökkentésére már a természeti népeknél is megtalálhatók bizonyos ritusok, pszeudomedikális szertartások, praktikumok /Freedman 1950/. Később elkezdődött a fokozatos elhatárolódás ezektől a gyógymódotól /teák, olajok, stb/ és a pszichológiai támogatás, a már szült asszonyok, család jelenléte kedvező miliőt teremtő, szupportív környezet hatásától. Ez a modern szülészetben úgy valósult meg, hogy kialakult a gyógyszeres fájdalomcsillapítás, medicinális alapokra helyezett szülési fájdalomcsökkentés és egy alapjaiban pszichológiai természetűnek tartható módszer, melynek hívei a szülésre való felkészítésben a szülés alatti pszichológiai támogatásban, pszichogén fájdalomcsillapításban látják a megoldás lehetőségét.

A gyógyszeres fájdalomcsillapítás hívei napjainkban a gerinc-közeli érzéstelenítésben és gázbelélegeztetésben találták meg a megoldást, míg a pszichológiai természetű fájdalomcsökkentés hívei a szülésre felkészítést és a szülés alatti pszichogén eljárások alkalmazását tekintik megoldásnak.

Ujabban olyan irányzatok is vannak, melyek a két irányzat módszereit igyekeznek kombinálni és ebben látják a tökéletes megoldáshoz vezető utat /Haine 1987, Tiba 1986/.

A szülésre felkészítés és a szülés alatti fájdalomcsillapítás hazánkban, egyébként modern szülészeti ellátásunk, indokolatlanul mellőzött része.

Az 1960-as évek hazai pszichoprofilaxis sikerei ellenére /Hirschler 1963, Orbán 1964, Surányi 1966/ a módszer alkalmazása abbamaradt. A gyógyszeres fájdalomcsillapítás /Faragó 1968, Krasznai 1978, Takács 1979/ munkái nyomán jelentősebb hazai sikerekkel büszkélkedhet annak ellenére, hogy ezek elterjedése és alkalmazása sem kielégítő. Hazai viszonyok között jelenleg legelterjedtebb a lumbális peridurális analgészia szülés alatti alkalmazása, azonban ez csak nagyobb intézményekben alkalmazható kellő biztonsággal.

A terhesség és a szülés alatti bonyolult pszichológiai történések miatt a szülés alatti gyógyszeres fájdalomcsillapítás önmagában tökéletes, végleges megoldást nem hozhat /ha egyáltalán létezik valaha is végleges tökéletes megoldás/.

Az elmúlt két évtizedre tehető a szülészeti-nőgyógyászati modern pszichoszomatikus irányzat kialakulása. Képviselői /Chertok 1968, Molinski 1980, Dennerstein 1983, Morris 1986/ egyértelműen amellett foglalnak állást, hogy a mai szülészetben nem tekinthetünk el a terhesség és a szülés pszichológiai vezetésétől, támogatásától. Mellette szól, hogy a szülésre felkészítés és a szülés pszichoprofilaxis elvei szerinti vezetése pszichológiai, emocionális előnyei mellett szülészeti előnyökkel is jár /Thoms 1950, Lamaze 1970, Klusman 1975, Morris 1979, Scott 1976/.

A szülésre felkészítés létjogosultságát és jelentőségét bizonyítja, hogy a szülés alatti fájdalomcsillapítást a fejlett nyugati országok mindegyike megvalósította /pl.ICEA, ASPO,NCT/*.

Az Egészségügyi Világszervezet is jelentős tényezőnek minősíti a modern technicizált világban és orvostudományban a terhesek pszichofizikális felkészítését a szülésre/ Having a baby in Europe 1985.WHO/.

* ICEA: International Childbirth Education Association /U.S.A./

ASPO: American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics /U.S.A./

NCT: National Childbirth Trust/U.K./

2. CÉLKITÜZÉSEK

Fejlettnek mondható terhesgondozásunk és szülészeti ellátásunk még nélkülözi a terhesek általános szülésre való pszichofizikális felkészítését, a terhesség és a szülés pszichológiai vezetését, támogatását és a szülési fájdalomcsillapítás általánossá tételét.

Célul tűztem ki a hazai szülészeti gyakorlat számára alkalmazható szülésre felkészítő eljárás kidolgozását, vizsgálatát, tudományos értékelését és gyakorlati elterjesztését.

Célkitűzéseim megvalósításához kedvezően alakultak a feltételek az elmúlt másfél évtizedben. A terhesgondozás és a szülészobai ellátás magas szintű orvosi alapjait megteremtettük és gyakorlatban megvalósítottuk. A hazai modern pszichoterápia kibontakozása is erre az időre tehető, ezen belül hipnózis kutatásunk világszinten elismerést vivott ki magának.

Egyes szülészeti klinikák érdeklődést mutattak a pszichoszomatikus szülészeti-nőgyógyászat iránt és főállású pszichológus foglalkoztatását is elkezdték.

Az emberközpontú, humanizált orvoslás elterjedését támogatta a pszichológiai vonal erősödése, a szülészetben is egyre nagyobb tért hódító technicizálódás ellensúlyozására.

3. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

3.1. A hipnózis

3.1.1. A hipnózis történeti áttekintése

Talán nincs is másik olyan gyógymód, jelenség, terápiás lehetőség, melyet annyira istenítettek, panaceának tartottak, majd elvetettek és ismét elővettek, mint maga a hipnózis /Wester 1984/.

Hosszú multra tekint vissza, alkalmazásáról már a Bibliában, a Talmudban és a 3000 évvel ezelőtti egyiptomi sirköveken is nyomokat találhatunk.

A XV-XVI. században már a svájci születésű alkimista Paracelsus és Maxwellskót orvos, tudományos magyarázatot igyekeztek adni a jelenségre.

A modern hipnózis történetét azonban Franz Anton Mesmer ausztriai orvos munkásságától tekintjük /Pratt 1984/.

Értekezésemben nem kívánok részletesen foglalkozni a hipnózis történetével, hiszen Mészáros István monográfiájában és doktori értekezésében igen részletes történeti ismertetés áll rendelkezésre magyar nyelven /Mészáros 1981,1984/.

Munkásságom alakulása szempontjából lényegesnek tartom a hipnózis kutatás és felhasználás vázlatos ismertetését.

A hipnózisos kezelés sikerét, a hipnózis lényegét Mesmer és követői abban látták, hogy a hipnotizőről, a "mágusból" hipnótikus fluidum áramlik át a hipnotizáltba, a "médiumba" és ebben rejlik a gyógyerő.

Később Bernheim, a strasszburgi klinika híres neurológusa, és követői a hipnotizált szuggesztibilitásának, szuggerálhatóságának tulajdonították a döntő szerepet /Bernheim 1981/. A XIX. század végén a hipnoterápia sikerét a hipnotizált és a hipnotizőr között kialakuló sajátos interakcióban látták. Már ekkor felfedezték a kialakuló indulatáttételes jelenségeket is /Janet, Binet, Freud/.

A XX. század közepén a kutatás vonalán Hilgard, Orne és Weitzenhoffer munkássága emelkedik ki. Kutatásuk főleg a hipnotikus fogékonyságra és az egyéni különbségekre irányul. Ezzel egyidőben a klinikumban Milton H. Ericson munkássága a meghatározó. A tudattalan interakcióra alapítja terápiás stratégiáját. Az elmúlt években e koncepció vizsgálata a kutatásban magyar szerzőktől is megjelent /Bányai 1982/.

3.1.2. Hipnotikus jelenségek

A hipnotikus jelenségek magyarázatát sokan próbálták definiálni tökéletes azonban ma sem létezik. A leginkább elterjedt Olness és Gardner /1978/ meghatározása, miszerint a hipnózis "sajátosan megváltozott tudatállapot, mely rendszerint relaxált állapottal jár, melyben a figyelem beszűkül bizonyos dolgokra, képzetekre; a valóságvizsgálat csökken és egyes területeken fokozott képességek mobilizálhatók".

Ebben a sajátosan megváltozott tudatállapotban bizonyos jelenségek jól kiválthatók és terápiás célokra felhasználhatók. Ezen jelenségek például gátlások oldása, önálló mozgástervezés csökkenése, fokozott szuggesztibilitás, megváltozott testérzések, disszociációs jelenségek, katalepszia, életkor regresszió, amnézia, hallucinációk, hipermnézia, anesztézia, stb.

3.1.3. Hipnoesztézia

A hipnózis fájdalomcsökkentő hatására számos klinikai bizonyíték van. Esdaile /1850/ közel 300 sebészeti nagyműtét végzett hipnoesztéziában. August /1961,1965/ hat császármetszés műtétét ismerteti, ahol a hipnoesztézia mint önálló, egyetlen anesztetikum szerepelt. Chiasson /cit:Wester 1982.p.302./ hipnoesztéziás császármetszéseknél a has érzéstelenítést ajánlja és a szokásos local anesztetikum adag fele is elég a jó anesztéziás effektus eléréséhez.

A hipnoesztézia hatásmechanizmusa jelenleg pontosan nem tisztázott. Kutatások /Golstein,Hilgard 1975, valamint Barber,Mayer 1977/ azt látszanak bizonyítani, hogy a hipnoesztézia nem áll szoros kapcsolatban az endorfin rendszerrel, természetesen végleges következtetést levonni még nem lehet. A hipnoesztézia hatása Naloxonnal nem függeszthető fel, míg az akupunktúra anesztéziás hatása igen.

Hilgard /1975,1977/ a neodisszociációs elméletével és a titkos megfigyelővel új megvilágításba helyezi a hipnózist, illetve a hipnoanesztéziát. Hierarchikus elrendeződésben a pszichikus szférában ellenőrző rendszerek működnek, melyek hipnózis hatására disszociálnak illetve új elrendeződés történik. Így a "titkos megfigyelő" fogalmának megalkotásával magyarázatot kíván adni kísérleteivel a hipnoanesztéziára is, mely szerint hipnózisban a fájdalomérzés megszűnik, ugyanakkor a titkos megfigyelő képes érzékelni a fájdalmat és jelezni is tudja a kísérleti személy ezen keresztül az átélt fájdalmat.

3.1.4. A hipnózis szülészeti alkalmazása

"Az asszonyokat generációkon át arra hipnotizálták, hogy szülésük alatt súlyos fájdalmaik lesznek." /Kroger 1976/ A hipnózis sikeres szülészeti alkalmazásával már XIX. sz. elején találkozhatunk. Foissac /1833/ széles körű szülészeti alkalmazását javasolja. Cutter /1845/ elhuzódó, patológias szüléseknél alkalmazza sikerrel a hipnózist. Későbbiekben is jelentkeznek sikeres szülészeti hipnoanesztéziás eredmények /Liebault 1885/. Német nyelvterületen Kogerer/1922,1923/ is sikerekről számol be, egyebek között a szülésre való hipnoszuggesztív felkészítésnek fontos sze-

repet tulajdonit, valamint a poszthipnotikus szuggesztiók fontosságát hangsúlyozza. Klinikai megfigyelései alapján úgy találta, hogy a terhések jobban hipnotizálhatók, szuggesztibilisebbek, mint a nem terhések.

A Szovjetunióban az I. Világháború után új tudományág bontakozott ki, a neuropszichiátria. A terápiás lehetőségeknek hatékony és kedvelt módszere volt a hipnózis alkalmazása Bechterew és Platonov nyomán. Nyikolájev /1936/ jelentős eredményeket ért el a szülészetben a hipnózis alkalmazásával. A szülési fájdalmat szélesebb pszichológiai alapokról elemezte. Chlifer /1930/ a szülés alatti verbál analgészia fontosságát emeli ki. Vigdorovics /1938/ nagycsoportokon/20-70 fős csoporton/ végzett szülésre felkészítést ezzel a módszerrel.

Az angolszász területen főleg a II. Világháború után kezdődtek jelentősebb próbálkozások. A hipnózis katonai területen történt sikeres használhatósága keltette újra fel a figyelmet. A szülészetben Kroger és De Lee /1943/ már igen jelentős technikai leírásokkal, a gyakorlati alkalmazás lehetőségeivel jelentkeznek és munkájukat sikeresen folytatják /Kroger 1977/.

Értékes technikai ismertetéssel találkozhatunk Abramson /1950/, Clark /1956/ munkáiban, melyekben már az önhipnózis alkalmazásáról tettek említést. Vollmer /1951/ a hipnózis alkalmazásának korlátait és kritikáját is felvetette. Miközben Thoms /1954/ a szülésre felkészítés fontosságát emelte ki, addig Kroger /1943,1962/ a szülésalatti hipnózist, hipnoanesztéziát hangsúlyozta.

3.1.4.1. Szülésre felkészítés hipnózisos módszerrel

A hipnózisos szülésre felkészítés számos előnye mellett egyben a szülés alatti fájdalomcsökkentés zálogát is jelenti /Kroger 1943,1962, Abrahamson 1950, Ambrose és Newbold 1968, Tiba 1977,1980/.

August /1961/ 1000 szülés adatait értékelte és közel olyan eredményekről számolt be akkor is, ha nem történt hipnózisos előkészítés, csak a szülőszobán használt intenzív hipnoanesztéziát.

A szülésre történő hipnotikus felkészítés csoportosan alkalmazva ugyanolyan hatékony, de így kevésbé időigényes. Előnyös ha a hipnózis iránti érzékenységet a felkészítés előtt meghatározzuk /Kroger 1962, Tiba 1977,1980,1980, Pratt 1984/.

A csoportos szülésre felkészítést, ajánlatos, ha az a szülész végzi, aki a szülésnél is jelen lesz. A közel azonos terhességi kora terhesek csoportjánál ügyelni kell a raport /kölcsonös ráhangolódás/ kialakítására. Így kettős raportot lehet

elérni, azaz szüléssként és hipnotizőrként is el kell fogadtatni magát a szülésre felkészítőnek a terhesekkel.

A hipnózis indukció legtöbb esetben szemfixációs módszerrel, vagy annak valamilyen változatával végezhető, de a "szemgördülés" technikája is igen hatékony. A kellő mélységű hipnózis elérése után a szülés lefolyására ad a hipnotizőr szuggesztiókat. Az anesztézia gyakorlása /direkt vagy kesztyű anesztézia formájában/, amnézia végül poszt-hipnotikus szuggesztiók adása a felkészítés lényegi elemei. A foglalkozások pontos ismertetésétől eltekintek, különböző változatai megtalálhatók a hipnózis szülészeti alkalmazásával foglalkozó szakkönyvekben, főleg a fent idézett Kroger, August és saját közleményekben, valamint igen jó összefoglalás található Mészáros István Hipnózis könyvének 198-204. oldalán /1984/. Az értekezés eredmények fejezetében még kitérek az általam használt módszer elemzésére és a különböző technikai elemek értékelésére.

A "kesztyű anesztézia" részletes ismertetésével a hazai irodalomban nem találkozunk, viszont az aneszteziológiában különböző műtéti érzéstelenítéseknel használják. Ezért egyik változatát, melyet Kroger ismertetett és magam is rendszeresen használok, az alábbiakban bemutatom.

Hipnózis indukció, mélyítés és legalább közepes hipnózis mélység elérése után a következő szuggesztiók javasoltak:

..."és most mély és egyre mélyebb hipnotikus állapotba fog kerülni. Amint mély, ellazult hipnotikus állapotba kerül, kesztyű alakban érzéstelenséget képes kiváltani a kezén. Amint megérintem a kezét, a kézfejét, az elkezd fokozatosan zsibbadni. Érzéketlen, nehéz lesz, olyan mintha fából volna. Amint megbizonyosodott arról, hogy ez a keze zsibbadt és érzéketlen lett, olyan érzés, mintha fogorvosnál az inyét beérzéstelenítették, elzsibbasztották volna érzéstelenítő injekcióval. Ezután át tudja vinni érzéketlen keze simításával ezt a zsibbadt érzést az arcára. Minden mozdulattal, melyet a keze az arca felé megtesz, egyre zsibbadtabb és érzéketlenebb lesz, olyan lesz, mintha fából volna. /a kéz elindul az arc fele/ Amikor a keze megérinti az arcát, nyomja a tenyerét szorosan az arcára /a kéz felemelkedik és eléri az arcot/ és amikor megbizonyosodott arról, hogy a kezéről az érzéketlenség áttevődött az arcára, eressze le a kezét és a karját. Egyre mélyebben és mélyebben el fog lazulni, minden légvétellel egyre mélyebben. Csak érzéketlenség marad meg, melyet a kezéről az arcára átvitt. Jó, nagyon jó, kiváló, így... És most hogy megbizonyosodott arról, hogy az arca teljesen érzéketlen, most már az érzéketlenség, a zsibbadás érzése eltűnik a kezéből, teljesen normálisan érez, úgy mint máskor, de az arca teljesen elzsibbadt és érzéketlen marad."

Mint említettem igen sok fajta módosítás lehetséges. Gyakori a vastag gumikesztyű felhuzása képzeletben a kézre, stb. Számomra kedvelt módosítás volt annak elképzelése, hogy jeges vízbe vagy jég közé teszi a kezét. A zsibbadás és érzéketlenség mégjobban fokozódik. Ezt találtam leghatékonyabbnak az anesztéziás hatás erősítésére.

3.1.4.2. Szülésvezetés hipnózisban

"A szülésre előkészített szülő nő megindult szüléssel már spontán transz állapotában érkezik a szülőszobára." /Spiegel 1978/ A szülőszobán két kontrakció között direkt hipnózis indukciós technikákkal gyors hipnózis indukció és mélyítés végzendő. A szülés további menetére vonatkozó pozitív megerősítő szuggesztiók /minden kontrakcióval, minden légvétellel egyre közelebb kerül gyermeke megszületéséhez... stb/ igen hatékonyak. Direkt és indirekt anesztéziás szuggesztiókat adhatunk a szülés további menetére. A szülés folyamán többször, az aktív szak kezdetén és különösen a kitolási szak előtt ismételt mélyítési technikákra kerül sor. A hipnózis szülés alatti folyamatos fenntartására alkalmazhatók a szenzoros imaginációs technikák. Felidézhetők a terhesség alatt előhívott, megismert képélmények a szülés folyamán. August/1961/ az általa kedvelt imaginációs technikákat ismerteti /családi körben kedvelt jelenetek, családi vacsora, kirándulás ismert tájon, játék a

gyerekekkel, autót imagináltatása/. Én magam /Tiba 1986/ az anyasággal, a szüléssel kapcsolatos emocionális töltésű képeket kedvelem /viz, tenger, rét/ vagy a közvetlen szülőszobai képek hipnózisban történő imagináltatását. A kitolási szak meggyorsítható éber hipnózis segítségével /Bányai, Hilgard 1974, 1976/. Az újszülött megszületése jelenti a de-hipnózist.

3.1.5. Éber álom technika /Leuner szimboldráma/

A katatim képélmény Leuner /1955, 1980/ által kifejlesztett pszichoterápiás imaginációs eljárás, mely több sztenderd képből struktúrált éber álom technika. A hipnagóg imaginációk terápiás hatékonysága abban áll, hogy azok képi motívumokba, bizonyos módon szimbólumokba öltöztetve konfliktuózus területeket érintenek és így a páciens pszichodinamikáját visszatükrözik. Ez más megközelítésben is bizonyított /Wachter 1980, Leuner 1980/.

A módszer elmélyült pszichofiziológiai relaxáción alapul, jól használható rövid pszichoterápiás célra, de hosszabb, át-fogó terápiára is. Mélylélektani szempontok szerint struktúrált és pszichoanalitikus elméletekhez közel álló módszer. Figyelembe veszi a viselkedésterápiás és Rogers-i terápiás elveket is /klienscentrikus/.

A terápia folyamán megjelenő imaginációk sokféle információt adnak a páciens tudattalan folyamatáiról, problémáiról.

Az imaginált képekből kiolvashatók mind az indulatáttételes, mind a viszontindulatáttételes jelenségek, melyek a probléma átdolgozásánál nélkülözhetetlenek. Fokozatosan egymásra épülő struktúrája folytán egyfelől feszültségmentességet tanuló eljárás, másfelől a tudattalan tartalmak pszichodinamikus átdolgozása. A képi tartalom jelentős érzelmi befolyással van a páciensre, mivel azokban szorongásai, félelmei, kívánságai, agresszív impulzusai és elvárásai visszatükröződnek.

Alap, közép és felső szintű imaginációkat használ terápiájában Leuner. Az alapmotivumok közül a kiinduló képek, a rét és a patak szimbolikája igen fontos, a terhesség szempontjából is .

A "rét" szimbóluma széles projekciós lehetőséget kínál és lehetővé teszi az aktuális érzelmi állapot, hangulat, életérzés többféle mélységű és távlatú projekcióját. A terhesség alatt e szimbólum jelentőséggel bír, hiszen a terhesség során bekövetkezett testi, emocionális, szellemi változások, a megélt elfolytott szorongások, tartalmak projekciós lehetőségét biztosítja képi megjelenítés alakjában. Kifejezi imaginációs szinten is azt, hogyan éli meg az "itt és most"-ban a terhes nő önmagát, életterét, kapcsolati rendszerét.

A "patak" motivum az életvezetési dinamika szimbóluma. A patak követése a forrásig a saját lelki fejlődés, személyiségalakulás szimbolikus kivetülését adja. A terhes nő saját pszicho-

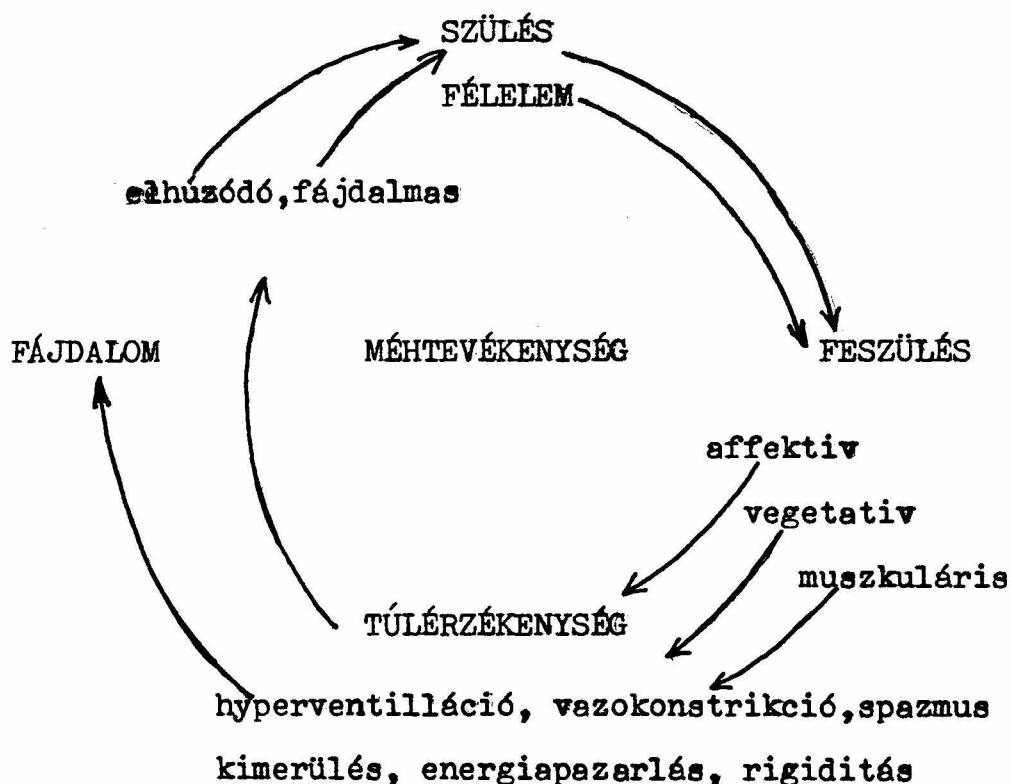
evolúciója mintaként szolgál /öntudatlanul is/ benne a saját gyermeke jövőbeli nevelésében, fejlesztésében, gondozásában. A forrás szimbóluma a saját /de a már születő gyermek/ lelki energiákkal való ellátottságára ellátására hív projektív tartalmakat. A patak szimbólum másik vonatkozása, azaz a tengerig követése egyfajta projiciált jövő, várható életvezetés, szemlélet, vágyak projekciója de a várható konfliktusoké is.

3.2. Szülésre felkészítő módszerek

3.2.1. Read módszer

A modern szülésre történő pszichofizikális felkészítés története az 1910-es években Grantly Dick Read munkásságával kezdődött Angliában. Read szülész orvos volt és akkoriban az otthonaszülés volt a leggyakoribb. Klinikai tapasztalatai alapján felfigyelt arra, hogy a félelemnek fontos szerepe van a szülés alatti viselkedésben, a szülési fájdalom átélésében. A generációkon át magával hozott szüléstől való félelem, szorongás, kóros esetekben a szimpatikus idegrendszeren keresztül patológiás feszültséget, szülés alkalmával patológiás, kóros, fájdalmas méhtevékenységet eredményezhet. A szimpatikus túlsúly a körkörös izmokra hatva elhuzódó, fájdalmas szülést okoz. A Read féle triász, kóros kör: félelem - feszülés - fájdalom öngerjesztő körré alakul /Read 1933,1944/. A triász, melyet Lukesh /1963/ fejlesztett tovább, az alábbi modellben foglalható össze.

1 ábra: A szüléstől való félelem és a kóros fájdalom összefüggései



Reađ és követői a szülést természetes folyamatnak tartják, mely félelem nélkül nem jár jelentős fájdalomélménnyel.

A szüléstől való félelem megszüntetésére, csökkentésére pszichofizikális módszert dolgozott ki, melynek lényeges elemei a tanítás, nevelés, ennek során korrekt információkat ad a terhesség és a szülés lefolyásáról. Speciális relaxációs gyakor-

latokat dolgozott ki és ajánlott a terheseknek a felkészítés során. A relaxációs és légzőgyakorlatok gyakorlása során olyan képesség birtokába jutnak, melyet a szülés alatti kontrakciók esetén hatásosan fel tudnak használni. Így a szomatopszichikus funkciókapcsolat áthangolásával fájdalomcsökkenés érhető el.

Speciális terhes gimnasztikai gyakorlatok alkalmazásával a jó fizikai állapot megőrzése és a szülés alatti izomcsoportok tudatos kontrollálása a cél.

Az emocionális támogatás, a kedvező szociális miliő kialakítására a férjeket is bevonta a szülésre felkészítésbe és a szülés alatti segédkezésbe.

A felkészítés fontosságának hangsúlyozásán kívül nagy jelentőséget tulajdonított a szülész orvosok pszichológiai felkészültségének, a szülés alatti megfelelő légkör kialakításának /Read 1949/.

Read munkatársa, módszerének gyakorlati kidolgozója Helen Heardman fizioterapeuta /Heardman 1950,1951,1959/. A torna, a relaxációs és légzőgyakorlatok kifejlesztése az ő nevéhez fűződik. Módszerét az Amerikai Egyesült Államokban rövidesen átvették, ottani viszonyokra módosították, továbbfejlesztették.

3.2.1.1. A terhesség és szülés alatti szorongás

A szorongásról általában

A szorongás fogalmának megközelítésében a pszichológiában nem egységes a felfogás. A tanuláselméletek általában úgy különböztetik meg a félelemtől, hogy míg a félelmet közvetlen ok váltja ki, addig a szorongás tárgyaltan;oka közvetett, távoli és a konfliktusokkal terheft személyiségben rejlik. A szorongó ember jellemzője, hogy a feladatot, melybe a körülmények sodorják veszélyhelyzetként éli át, tevékenysége potenciális kudarcát látja benne. Ugyanakkor egy bizonyos szintű szorongás, egy adekvát készenlét a teljesítményt javítja és az optimális teljesítmény eléréséhez nélkülözhetetlen.

A terhesség és a szülés alatti szorongás

Read megfigyeléseit a félelelről a mindennapi szülészeti gyakorlat is igazolni látszik. Szülész mondás szerint: "feszes nő, feszes cervix". A szülés ezen esetekben gyakran elhuzódó, nem kielégítő a tágulás. Felmerül azonban a kérdés, hogy ezen tényezők valójában milyen mértékben befolyásolhatják a terhességet és a szülés kimenetelét?

A terhességgel és a szüléssel kapcsolatos szorongás elméletek közül Deutch /1943/ két féle szorongást különit el. Az egyik az objektív reális életeseményekből eredő szorongás, a másik pedig a primer, elementáris szorongás, a "szeparációs félelem". Ez utóbbit azzal magyarázza, hogy a terhesség alatt a méhen

belüli magzat a saját ego részévé válik és szüléskor ezt a részt szükségszerűen elveszíti, ugyanakkor magzati részről nézve, a magzat is elveszti az anyaméh biztonságát, védelmét. Ezt a mély szorongást nem kell megszüntetni, biológiai törvényeken nyugszik, szükségszerű az anyaság kialakulásához. A klinikai gyakorlatban a reális életeseményekből eredő szorongás csökkentésére kell törekedni.

A modern pszichoszomatikus szülészeti képviselői a terhesség és a szülés alatti szorongás, szülészeti szövődmények anyai és magzati hatásainak összefüggéseire keresnek választ /Davids 1961, Mc Donald 1968, Klusman 1975/.

Mc Donald /1968/ a terhesség alatti szorongás és annak a szülési komplikációkkal való összefüggéseiről a következőket fogalmazza meg: "A kóros szorongási szint hosszabb ideje történő fennállása a szülészeti komplikációk létrejöttéhez szükséges és elégséges is. Az autonóm idegrendszeren keresztül történik a szorongás mobilizációja, mely egyben több rendszert is szabályoz. A kóros szorongás származhat a terhességgel kapcsolatos megoldatlan konfliktusok sorozatából".

Kapp /1963/ a terhességi toxaemiák kialakulásában és az elhúzódó szülések okaiban a terhesség alatti kóros emóciók összefüggéseit találta.

Ericson /1976/ összefüggést talált a terhesség alatti kóros emóciók és szorongás, valamint a szülés alatti szövődmények között.

A szorongás mérésére több lehetőség áll rendelkezésre. Mind a klinikumban, mind a kutatásban gyakran használatos mérőeszköz a Spielberger /1970/ által konstruált skála /STAI FLX/ melyet magyar nyelvre Sipos /1978/ adaptált. A skála méri a szorongásra való hajlamot /trait/, mely stabil személyiségvonás és a pillanatnyi szorongást /state/. A magasabb szorongási hajlamúak a nehéz vagy veszélyhelyzeteket súlyosabbnak értékelik, mint azok, akiknek alacsonyabb a szorongása a "trait" értékben. Lubin /1975/ 93 terhes adatainak feldolgozásával úgy találta, hogy a szorongás mindkét skálán a II. trimeszterben volt a legalacsonyabb és általában elmondható, hogy magasabb szorongás gyakoribb szomatikus panaszokkal társult. Edwards /1970/ 53 terhesnél vizsgálta a szorongás változását. A hajlamban nem volt változás, míg a pillanatnyi szorongás a szülés előtti héten megemelkedett. Gorsuch /1974/ 118 terhesen vizsgálta a szorongás alakulását. Ugy találta, hogy a szorongási hajlam nem különbözött az egészséges és patológiás terhesek között, azonban a pillanatnyi szorongás a patológiás terhesek esetén magasabb volt. Srabstein /1977/ 400 terhes szorongási szintjének vizsgálata során megállapította, hogy magas pillanatnyi szorongás esetén szignifikánsan gyakrabban fordult elő a koraszülés, alacsony születési súly. A terhességi hypertóniák előfordulása esetében is magasabb a pillanatnyi szorongás.

Maroshima /1978/ állatkísérletben, rhesus majmokon igazolni tudta a sav-bázis háztartás mérésével a kóros anyai stresszhatások károsító hatását a magzatra.

Klusman /1975/ 42 primigravida vizsgálata során észlelte, hogy komplex szülésre felkészítő program a hagyományos terhesgondozáshoz képest szignifikánsan jobban csökkenti a félelmet a szorongást és a szülés alatt átélt fájdalmat.

3.2.2. Pszichoprofilaxis

3.2.2.1. A pszichoprofilaxis módszer kialakulása

A fiatal Szovjetunió tudományos élete kedvezett a szülészeti pszichoprofilaxis kialakulásának. A kutatásban is, de a klinikumban is meghatározó volt I.P.Pavlov alapvető idegélettaní, ezen belül reflex elméleti kutatása, és kísérletes bizonyítása. A hipnózis széles körben elterjedt használata során annak kritikája is megjelent. Ez a szülészeti alkalmazás terén úgy nyilvánult meg, hogy a szülési fájdalmakat nem csillapítani, hanem megelőzni kell. Ennek elméleti alapjain alakult ki és honosodott meg a fájdalom pszichogén profilaxisából a "pszichoprofilaxis" kifejezés.

Az 1920-as években elkezdett hipnoszugesztív módszerekből 1950-re kialakították a pszichoprofilaxist neuropszichiáter és szülész' team "munkával. Az 1949-es harkovi kongresszuson már megtárgyalták és 1951-ben, a leningrádi kongresszuson /Nyikolajev 1951/ elfogadták a pszichoprofilaxis módszerének elméleti alapjait és gyakorlati megvalósításának szükségességét. Itt a Szovjetunió Tudományos Akadémiájának és Egészségügyi Minisztériumának képviselői is résztvettek és ennek eredményeképpen még abban az évben a 142. sz. miniszteri utasításban elrendelték a pszichoprofilaxis módszerének hivatalos elfogadását, tudományos értékét és gyakorlati bevezetésének szükségességét. Az 1956-os kievi kongresszus után az Egészségügyi

Minisztérium módszertani levelet adott ki, melyben elrende-
li, hogy azok a szülők, akik nem részesültek pszichopro-
filaktikus szülésre felkészítésben, azok számára szülés
előtt egy alkalommal tartani kell egy olyan foglalkozást,
melyben megkapják a legszükségesebb információkat a szülés-
ről és a pszichofilaxis módszeréről.

A módszer Velvovszkij, Platonov, Ploticser és Sugom /1960/
munkássága és nemzetközi publikációja nyomán világszerte el-
terjedt és -ha több, kevesebb módosítással is— diadalut-
ját járja a nyugati világban.

3.2.2.2. A pszichofilaxis módszerének elméleti alapjai

"Úgy véljük, hogy általában a szülésnek nem feltétlenül vele-
járója biológiailag a fájdalom, csak bizonyos körülmények kö-
zött az, és mindez beható elemzést kíván."/Velvovszkij 1960.
162. oldal/

A pszichofilaxis koncepciójának kialakításában abból in-
dultak ki, hogy a szülési fájdalom az egyetlen fiziológias
fájdalom. A fájdalom percepciójának erőssége és karaktere
nemcsak az inger erősségétől függ, hanem jelentősen befolyá-
solja azt a központi idegrendszer /elsősorban az agykéreg/
pillanatnyi állapota. A cortex a belső szervekből kiinduló
impulzusokból azokat észleli, melyek az adott pillanatban
"fontosak". Más impulzusok akkor tudatosulnak, ha tartósan ha-
tó, erős inger érkezik, vagy az agy aktivációs szintje csök-
ken.

Az agykéregnek megvan az a képessége, hogy a sok beérkező inger közül kiválassza a legfontosabbat és működésbe hozza a választévékenységet irányító központokat.

A szülési fájdalom egyik tényezője, hogy a méhösszehúzódás és a fájdalom között szoros, évezredekén keresztül kialakult kóros kapcsolat van. A pszichoprofilaktikus szüléselőkészítés célja az, hogy a felkészítés során kialakítson olyan pozitív reflexeket, melyek megszüntetik ezt a kóros kapcsolatot a szülés alkalmával. Így a fájdalmat jelentő feltételes reflexek kioltásával a méhizomzat összehúzódásait serkentő hasznos, pozitív reflexek lépnek helyébe.

A Pavlov-i elmélet alapján ez jól magyarázható, hiszen ha egy agyi központ izgalmi állapotba kerül, körülötte egy gátlási zóna alakul ki. Minél erősebb a kiváltott inger által az izgalmi zóna, annál nagyobb a központ működését szabályozó gátlás. Ez az ingerlő és gátló folyamatok kölcsönös indukciója. A módszer segítségével a terhesség alatt egy szülési központ, "szülési domináns" kialakítása a cél, mely a szülés alkalmával működésbe lép. Elnyomja a már kialakult kóros reflexeket. /Rákosi 1959/

3.2.2.3. A pszichoprofilaxis módszer hatásának modern elmélete

A pszichoprofilaxis szülés alatti fájdalomcsökkentő /a fájdalom megélését módosító/ hatásának neurofiziológiai mecha-

nizmusa még nem tisztázott.

Egyféle teoretikus magyarázati lehetőséget a fájdalomérzés spinális "kapuzási" -eredeti formájában /Melzack 1965, Adams 1985/ ma már több szempontból is vitatott /Nathan 1976/- elmélete kínál. Az afferentáció spinális szinten történő "kapuzását" biztosító neuronhálózat /spinális afferens rost, a gerincvelői szürke állomány hátsó szarvában lévő I és T sejtek/ aktuális funkcionális állapotát az agytörzsből, a periaqueductalis szürkeállományból, a thalamusból és a limbikus rendszerből leszálló rostozat is befolyásolja /Adams 1985, Nathan 1976/. Így feltételezhető, hogy a pszichoprolaxis hatására a limbikus rendszer funkcionális állapotváltozása már spinális szinten is módosíthatja a fájdalom-impulzusok továbbítását. Számításba vehető egy, kísérleti adatok alapján újabban feltételezett endorfin-mediált, endogén fájdalom-szuppresszor rendszeraktivációja is, amely a placebo és talán az acupunctura fájdalomcsillapító hatását is magyarázhatja. /Levine 1978/.

3.2.2.4. A pszichoprolaxis gyakorlati megvalósítása

A gyakorlatban a módszer két területen alkalmazható. Az egyik a terhesség alatt a szülésre felkészítő foglalkozások, melyek a következőkből állnak: óvatos szülészeti vizsgálat, szuggesztív kommunikáció a terhesekkel, félelmek megszüntetése, tanítás, nevelés, tréning, fájdalomcsökkentő technikák tanítása, /szülési centrum, "szülési domináns" kiépítése/.

Szülés alatt történik a pszichoprofilaxis módszer másik területének alkalmazása. A szülőszobán a pszichoprofilaxis szabályainak megfelelően, a felkészítésen tanítottak alapján a megfelelő feltételek megteremtése, a technika alkalmazása.

3.2.3. Lamaze módszer

Ferdinand Lamaze francia szülész orvos a Szovjetúnióban 1951-ben sajátította el a pszichoprofilaxis módszerét. Hazatérve hazájába Pierre Vellayval átdolgozta és elterjesztette.

Azokat a szülőnőket készítette fel a szülésre, akiket a módszer iránt érzékenynek tartott, míg a többiek számára más fájdalomcsillapítási lehetőségeket és intézeteket javasolt. Így a mai napig sem sikerült egyetlen intézetnek a hozzá hasonló jó eredményeket megismételni /Lamaze 1954,1958, Vellay 1960, 1972/. Világszerte elterjedt, ma is használják vagy eredeti ortodox Lamaze módszer néven, vagy pedig sokféleképpen módosított formáit.

Felkészítő foglalkozásait 9 alkalomra tervezte, ahol átlagosan 12 fő vett részt. Az első foglalkozásokra a férjeket is meghívták. Módszerének elemei: terhességi torna, relaxációs gyakorlatok, légzőgyakorlatok, ismeretek átadása, szuggesztiók. Eleinte tagadták a szuggesztiók szerepét, később azonban a terhesség alatti felkészítésben és a szülés különböző szakaszaiban elismerték jelentőségét és alkalmazását bevezették.

Módszerének részletes elemzésétől és ismertetésétől eltekintek hiszen saját felkészítési metodikámban lényegében a Lamaze módszer elemeit és technikáit adaptáltam.

Vellay bizonyos fókig eltávolodott az eredeti módszertől abban, hogy nem találta döntő fontosságúnak és jelentőségűnek a "neuromuszkuláris tréninget" és pontos, kidolgozott légzőgyakorlatokat. Sokkal inkább jelentősnek tartotta a szülőszo-

bai személyzet viselkedését, hozzáállását a pszichoprofilaxis módszeréhez.

"Amit ma elmulasztunk az, hogy a szülönőt a maga totalitásában szemléljük." /Vellay 1972/

A szülőszobán nem az ideológiák a fontosak, hanem az, hogy a szülönőt megértsük és pszichológiailag támogassuk. Véleménye szerint a szülönők "védelemre szorulnak" azokkal az orvosokkal szemben akik csak a saját medikális apparátusukban biznak és annak szellemében munkálkodnak.

3.2.4. Pszichoprofilaxis Magyarországon

A hazai szülészek már korán felismerték a terhesség és a szülés alatti pszichológiai tényezők fontosságát, valamint a szülés alatti fájdalomban játszott szerepét. Frigyesi /1922/ közel 100 esetben alkalmazott hipnoszugesztív módszert a szülésnél és kihangsúlyozta az előkészítés és a szülőszobai szugesztív millió fontosságát.

Hosszabb szünet után Kertész és mtsai /1957/ ismét kipróbálták szülésnél a relaxációs módszert a szülési fájdalom csillapítására és jó eredményről számoltak be. Igyekeztek azonban e módszerek korlátait objektíven elemezni.

A hazai pszichoprofilaxis történetében jelentős Hirschler /1963/ és Orbán /1964/ munkássága, akik komoly erőfeszítéseket tettek a pszichoprofilaxis módszer hazai elterjesztésére. Hirschler "Szülőszoba tessék belépni" című ismeretterjesztő könyve ma is megfordul a terhesek körében.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem is értékes munkát fejtett ki a pszichoprofilaxis elterjesztésében és az 1968-as évben elkezdett gyorsütemű technicizálódással /intenzív szülőszoba/ szerencsésen egybeesett, annak mintegy ellensúlyozására /Surányi 1987 személyes közlés/.

Iványi Márta /1975/ olvasmányos és a gyakorlat számára értékes képekkel ellátott könyvet jelentetett meg a terhes és gyermekágyi tornáról. Ebben az időszakban a 80-as évek elejéig szinte az egyetlen könyv volt, melyet a téma iránt érdeklő-

dők megkaphattak.

Mindezen sikeresnek mondható kezdeményezések ellenére a módszer nem terjedt el, holott a nyugati világban már közel negyed százada létezik és terjed a szülésre felkészítés.

A gátló tényezők elemzése igen messzire vezetne, azonban néhány jelentősebbet érdemes megemlíteni, annál is inkább, mert a hazai program kidolgozásánál és elterjesztésénél ezeket is figyelembe kellett venni /Tiba 1986/.

A szülésre felkészítés nem, vagy nem kizárólag orvosi feladat. Ezt korábban plusz teherként kizárólag a szülész orvosokra tettük. Az orvosi pszichológia akkoriban még igen kezdetleges állapotban volt az 1950-1960-as években, így erről az oldalról nem kaphatott kellő támogatást e mozgalom. Az egészségügyi szakdolgozók képzése alacsonyabb szinten folyt a maiénál, nem alakulhatott ki a nyugaton már jól működő szülésre felkészítő tanárnői hálózat. A szülésznők is egyre inkább asszisztensi szerepet töltenek be, így ők sem vállalták fel a felkészítést. Aki a módszerrel végig járta a tanfolyamot, fájdalommentes szülést ígértek, mely ígéret legtöbbször csalódást jelentett elsősorban a szülőknek, de az orvosoknak is. Szülési fájdalomcsillapítás gyakorlatilag nem állt rendelkezésre.

3.2.5. A felkészítő módok közötti különbségek

A három alapvető módszer összetevőit tekintve megegyeznek abban, hogy megfelelő információkkal kell ellátni a terhes nőket, valamint abban, hogy speciális légzéstechnikákat kell a szülés egyes szakaszaiban alkalmazni. A tágulási szakban egyetértenek abban, hogy a lassu, mély légzést alkalmazzák, azonban a szülés aktív szakaszára és a kitolási technikára eltérőek a javasolt gyakorlatok.

Amiben lényeges eltérés van, az a relaxáció alkalmazása, hiszen Read az általa kidolgozott aktív lazítási kategóriákhoz sorolható saját módszert alkotott /a lassu, mély légzésre szinkronban a belégzésre feszítés, a kilégzésre lazítás/. A szovjet pszichoprofilaxis a reflexek kialakítását tartotta lényegesnek, főleg a felkészítés időszakában. Lamaze pedig nem foglalt egyértelműen állást a relaxáció tekintetében, minthogy a szovjet iskolára alapozta munkásságát, viszont "kontrollált neuromuszkuláris relaxációt" alkalmazott felkészítési szisztémájában.

A fizikális elemeket illetően is vannak eltérések és hasonlóságok a 3 alapvető módszerben. A hasonlóság az, hogy mindegyik alkalmaz valamilyen fizikális elemet. Read terhes gimnasztikai elemeket épített bele a relaxációs és légzőgyakorlatokba. A pszichoprofilaxis eredetileg nem tartalmazott terhestornát /Velvovszkij 1960/, viszont napjainkban a szovjet módszer kiegészült fizioterápiás elemekkel, mely átvette a

Read féle terhesgimnasztikát, ezen kívül hidróterápiát, ultraviola sugár terápiát alkalmaznak. A jelenlegi elnevezés is tükrözi a módszer lényegét: "fizio-pszichoprofilaxis" /Petrov, Maslakov 1972/. Megtartották az eredeti módszerekből a hasfal simogatását, a masszírozást, a nyomáspontok alkalmazását, melyet viszont a Lamaze módszer nem használ eredeti formájában.

A férjek részvételével kapcsolatosan is megoszlanak a módszerek. Read eleinte nem tulajdonított fontosságot ennek a részletnek, később azonban támogatta a férj részvételét.

A pszichoprofilaxis nem kezdeményezte a férj bevonását, de nem is tiltotta. Lamaze módszere egyértelműen állást foglalt a férj részvételéről, különösen a felkészítés alatt egy /az első/ alkalommal, de későbbiekben is lehetőséget biztosított a felkészítésen, illetve a szülésnél való jelenlétre. Bing /1969/ a Lamaze módszer amerikai elterjesztője a férjeknek aktív szerepet szán a szülés alatt.

3.2.6. Komplex szülésre felkészítő módszer

A szülésre felkészítésnek igen sok módozatát használják világszerte, azonban legtöbbnek közös elemei a következők /Beck és mtsai 1978,1979/:

1. Információ, tanítás, nevelés
2. Relaxációs gyakorlatok
3. Légzőgyakorlatok
4. Férj részvétele a szülésnél

3.2.6.1. Tanítás, információ átadás

A felkészítő programok viszonylag jól körülhatárolható, egységes részét képezi. Előadás sorozat hangzik el a terhességről, a terhesség alatti változásokról, a magzat fejlődéséről. A szülésről a helyi szokásoknak megfelelően adnak tájékoztatást. A legtöbb helyen szemléltető eszközöket, ábrákat, diafilmet, videó filmet, magnószalagot használnak.

3.2.6.2. Relaxációs gyakorlatok

Bár eredetileg a pszichoprofilaxis módszerében a relaxációs gyakorlatok tanítása nem szerepel, sőt Lamaze is -annak ellenére, hogy hangsúlyozza a neuromuszkuláris relaxáció fontosságát- a relaxáció értékét kétségbe vonja, hiszen a kortikális izgalom és a gátlás szülésre kiépített formáját zavarja meg, gyakorlatilag minden felkészítési forma használja. Irányított aktív relaxáció /Jacobson 1938,1959, Read 1947, Heardman 1951, Bagdy 1978/. Ezen kívül több fajta relaxációs gyakorlatot is használnak, melyek közül a legkedveltebb az autogén tréning.

3.2.6.3. Légzéstechnikák

Az Amerikai Pszichoprofilaxis Társaság 6 féle légzés típust használ /Hilbers 1984/, azonban ezen is gyakori a változtatás, például, hogy a kitolási szakban zárt glottisszal történik a nyomtatás.

Általánosan elfogadott légzés a tágulási szakban a lassu, mély egyenletes légzés. A szülés előrehaladtával gyorsabb légzésforma is használható, amennyiben ennek megfelelően egyre felületesebbé válik. Kitoláskor pihegő légzés, illetve a hasprés kialakításával egyidejű préselő légzéstechnika használatos./Tiba, Várfalvi 1988,1989/

3.2.6.4. A férj részvétele a szülésnél

Jelenleg hazánkban is növekszik az igény az "együttszülésre". Ez azonban több gyakorlati problémát vet fel /Marton 1986/. A világ számos területén, a fejlett országokban lehetőséget adnak a férj szülőszobai jelenlétére. Hazánkban még nincsenek meg általánosságban a feltételek, legtöbb helyen csak lassú bevezetés lehetséges/Tiba 1986/. Első lépésként feltételként kell megszabni, hogy a férj is vegyen részt a felkészítő tanfolyamon, és ha megvannak a szülőszobai lehetőségek akkor segíteni kell a párokat az együttszülésben.

3.2.6.5. A komplex módszer hatékonyság vizsgálata

A felkészítés egyes elemeinek hatását, értékét eddig tudományos igényességgel nem sikerült vizsgálni, illetve bizonyítani /Beck 1982/. A módszer értékét az eddigi tapasztalatok alapján mintegy 200 ezer terhes esetében vizsgálták.

A szülésre felkészítés hatékonyságáról megoszlanak a vélemények. Nehéz olyan adekvát kontroll csoportot összeállítani, amely a mai kutatási igényeknek megfelel. A legtöbb tanulmány felkészítetlen és felkészített szüléseket hasonlít össze elsősorban a fájdalomszintet vizsgálva. A szorongás és a fájdalomszint összefüggését is elemzik újabb tanulmányok.

Hughey /1978/ 500 Lamaze módszerrel felkészített és ugyanannyi nem felkészített kontroll terhes adatait hasonlította össze. Jelentős különbségeket talált a műtétes szülések gyakoriságában, a terhességi toxæmia előfordulásában a szülés utáni infekciók és lázas állapotok, valamint a magzat Apgar értékeiben a felkészített csoport javára.

Copstick /1986/ eredményei szerint a felkészített szülések 80 %-ában nem volt szükség gyógyszeres fájdalomcsillapításra akkor, ha a szülőszobán is nagy figyelmet fordítottak a tanított gyakorlatok végrehajtására, a zavaró körülmények kiküszöbölésére. Amennyiben ez nem történt meg, úgy a jó felkészítés ellenére is az esetek mintegy 60 %-a sikertelen maradt.

Az optimális feltételek megteremtése esetén a szülések mintegy 20 %-ában volt csak igény a szülés alatti anaesztézia alkalmazására, mely legtöbb esetben peridurális érzéstelenítés volt.

Slack /1974/, Scorr/1956/, Zax /1975/ szociálpszichológiai tanulmányai arra kerestek választ az anyai attitűd vizsgálatával, hogy kik és miért választják a szülésre felkészítést és annak melyik formáját részesítik előnyben, ki hogyan választ a megfelelő lehetőségek birtokában a szülési alternatívák közül.

Tanzer és Block /1976/ a szülési index és más paraméterek /fájdalomszint, szülési élmény minősítése, terhességhez, férjhez, újszülötthöz való viszonyulás/ tekintetében a felkészített csoport szignifikáns különbséget mutatott.

Zax /1975/ és Klusman /1975/ a felkészítő foglalkozások után szignifikánsan alacsonyabb szorongási szintet mért a felkészített terheseken a nem felkészítettekhez képest. Ezt saját vizsgálatainkkal is sikerült megerősíteni /Tiba 1986/.

Az egyes felkészítő elemek hatásával kapcsolatban a következőket találták.

Információ, tanítás

Laboratóriumi körülmények között, Andrew/1970/ szignifikánsan kevesebb fájdalmat jeleztek azok, a kontroll csoporthoz képest, akik "coping információval" tanultak egyenletes légzést és izomrelaxációt alkalmazni fájdalomingerekre.

Még hatásosabb volt a módszer akkor, ha ezt kiegészítették olyan információval, melyben a szituációt is leírták, ami bekövetkezik. A deskriptív információnak két formáját különböztetjük meg, a szituációs /procedurális/ és szenzoros. Az előbbi esetén, amikor objektív leírását kapja a páciens az elkövetkező eseményekről, amelyekkel szembe fog nézni /pl: műtét időtartama, módja, körülményei/, direkt, mérhető hatékonyságát nem sikerült kimutatni /Andrew 1970, Willimas 1975/.

Egbert és mtsai /1964/ azt tapasztalták, hogy ha a betegeket szituációs információval látták el, a másik csoportot pedig coping információval is, vagyis hogyan viselkedjen az adott helyzetben, akkor sokkal hatásosabb volt az eredmény, ha mindkét módszert alkalmazták.

Összehasonlították /Skipper 1968, Johnson 1973, 1974, Langer 1975/ a szenzoros információt kapott csoportot /akik részletes információt kaptak a várható fájdalom helyéről, milyenségéről, erősségéről, diszkomfortról, stb/ egy olyan csoporttal, akik nem kaptak semmilyen információt /kontroll csoport/ valamint egy olyan csoporttal akik coping és szenzoros információt is kaptak: szignifikáns különbség volt a kontroll csoporthoz képest, de a legjobb eredmény az utolsóként említett csoportnál volt.

Doering és Entwisle /1975/ 279 nővel készített interjúk alapján, melyet a szülés után 9 héttel vettek fel, végzett össze-

hasonlítást.

1. A kontroll csoport nem részesült felkészítésben és információban sem.

2. Csak információval ellátott csoport volt a második.

3. Lamaze módszerrel felkészített csoport volt a harmadik.

A 3. csoport az 1. és 2. csoporthoz képest szignifikáns különbséget mutatott a gyermekhez való attitűd alakulásában.

Az igényelt fájdalomcsillapító mennyisége pedig kevesebb volt szignifikánsan az 1. és 2. csoportokhoz képest.

Az 1. és a 2. csoport között nem találtak szignifikáns különbséget az attitűdöt és a gyógyszereket vizsgálva.

A Lamaze felkészítés főleg szituációs elemeket tartalmaz, és a szenzoros komponens szerepére és szisztematikus vizsgálatára még nem került sor.

Az információ kedvezően befolyásolhatja a folyamatot kísérő fájdalomélmény bekövetkezésének értékelését, csökkentheti a fájdalmat, és bizonyítható, hogy a szenzoros információnak erősebb a hatása, mint a szituációs, procedurális információnak egymagában.

Légzőgyakorlatok

Holmes és mtsai /1978/ szerint a légzés kontrollálásával kedvezően befolyásolható a károsító ingerekre adott válasz.

Ezek a következőkkel magyarázhatók: a légzés hatással van a szív működésre; stressz hatására légzésváltozás következik be; minden meditációs gyakorlatnak alapja a légzés kontrollálása,

melynek célja a fizioiogiás arousal szint csökkentése; az arousal szint csökkentése nyomán a szorongás szint nem emelkedik; és a légzés könnyen vonható az akaratlagos kontroll alá.

Harris és mtsai /1976/ speciális légzéstechnikák gyakoroltásával lényegesen csökkenteni tudták kísérletes körülmények között a stressz stimulusra adott választ. A jóga, az aikido a légzési technikák egész testet anesztetizáló hatását tanítják. A kontrollált légzés segítségével elért fájdalomcsökkentő hatás mechanizmusa lehet az autonóm idegrendszerre ható direkt stimulus következménye, a vér O_2 és CO_2 transzportjának kedvező befolyásolása vagy mindkettő együttesen.

Relaxációs gyakorlatok

Jacobson /1938, 1970/ abból indult ki, hogy a szorongás, a fokozott izgalmi szint izomfeszüléssel jár, ezért ha az izomtónust csökkentjük, akkor a szorongás szint is csökken, szisztematikusan felépített, irányított relaxációs gyakorlatsort dolgozott ki. Módszerét hosszabb tanulási idő alatt lehet elsajátítani. Wolpe/1958, 1971/ szerint a szorongás és a relaxáció önmagukban autonóm válaszok és módosíthatók néhány óráss speciális tréninggel, melyet szisztematikus deszenzitizációnak nevez. Relaxált állapotban szigorú sorrendben szorongást keltő szituációkat imagináltak.

Kondas és Scetnicka /1972/ fokozott szorongási szinttel rendelkező 40 terhesen szisztematikus deszenzitizációs technikát alkalmaztak, a kontroll csoportot a 40 főből álló Lamaze tréningben résztvevő terhesek alkották. Mindkét módszer hatásosnak bizonyult, de a szisztematikus deszenzitizációs kezelésben részesültek eredményei /fájdalom a szülés előtt, viselkedés, szubjektív élmények, stb/ szignifikánsan jobbnak bizonyultak. A szülésre felkészítő programokban relaxált állapotban a szülést kellemes képzetekkel társítják.

Schultz és Luthe /1969/ autogén tréning gyakorlatai különböznek a progresszív relaxációs technikától. A relaxációs tréning passzív koncentráció, mely a felkészítéseken párosul imaginációs gyakorlatokkal. A szülésre felkészítő gyakorlatokban általában kombinált relaxációs gyakorlatok, azok módosított változatai vannak, nem tiszta formában használják az említett módszereket.

A szülőnőt körülvevő környezet jelentősége

Az embert körülvevő szociálpszichológiai környezet fontossága a stressz helyzetek megoldásában már régen ismert /Cobb 1976/. A pozitív környezeti stimulusok /figyelnek rá, gondoskodással, szeretettel veszik körül/ fontosak a terhes nő probléma megoldó képességének kibontakoztatásában /Andrews 1978/.

Pszichoszomatikus betegségek kialakulásában különös fontossággal bír a szociális környezet /Miller 1976, Pilisuk 1978/. A terhesség és a szülés alatt is igen lényeges a környezet hatása.

Nuckols /1972/ 170 terhesnél vizsgálta az életeseemények, a szociális miliő alakulását a terhesség alatt. Háromszor gyakoribbak voltak a szülészeti komplikációk, szövődmények a kedvezőtlen szociális környezettel rendelkező csoportban és a szülési élmények is kedvezőtlenebbül alakultak.

Sosa, Kennel, Klaus és mtsai/1980/ különleges szerepet tulajdonítottak annak a /nem szakember/ személynek, akit a szülőnő választott, hogy szülésénél jelen legyen. Ezen szüléseknél a perinatalis eredmények, a szülés időtartama, szülési fájdalom értékelése, műtétes beavatkozás, szoptatás kedvezően alakult a kontroll csoporthoz viszonyítva. A férj szerepét fontosnak tartják és minden olyan szülésnél javasolják jelenlétét, ahol a pár úgy dönt, és kívánja ezt az együttlétet a szülésnél.

Figyelemre méltó az a felfedezés, melyet "Hawthorn" effektusnak neveznek és Stevens /1976/ igazolt állatkísérletekben és klinikai tanulmányokban egyaránt. Ha a kísérletező különös figyelmet szentel a kísérleti személynek, akkor minden feladatot sikeresebben hajtanak végre és a fájdalommal is jobban bánnak. Ezért a szülésnél is nagy jelentősége van a figyelmes odaforulásnak mind a férj, mind a felkészítő tanár, sőt az orvos részéről is.

Pontos mechanizmus nem tisztázott, de Hughes /1975/ az endorfinok enkefalinok szerepét hangsúlyozza. A szociális környezet kedvezően befolyásolja az endorfinok kiválasztását vagy a receptorok érzékenységét növeli.

Állatkísérletekben Gintzler /1980/ megállapította, hogy a szülésnél, a szülési fájdalommal szemben való viselkedésnél az endorfin rendszer szerepe bizonyítható.

Humán vonatkozásban még nem bizonyított, de joggal feltételezhető, hogy a relaxáció, imagináció, légzőgyakorlatok, a pszichoprofilaxis gyakorlatai az endorfin rendszer aktiválását, kiválasztást vagy a receptorok fokozott érzékenységét váltják ki.

3.3. Szülési alternatívák, választási lehetőségek

Világszerte egyre nagyobb az igény, hogy a szülők megválaszthassák a szülés körülményeit, helyét, módját /WHO kiadványa 1985, Trandel 1982, Woods 1981, Young 1982/.

Mindig az adott társadalomtól, annak felépítésétől függött, hogy milyen segítséget kaptak az asszonyok szülésükkor.

A szülési pozíciót a természeti népek maguknak választották tapasztalták ki és gyakori volt a guggoló és vertikális pozíció. Nálunk leggyakoribb a hanyatt fekvő helyzet. A XVII. században alakult ki, amikor a férfi orvosok átvették a szülészetet a bábaktól és elindult a szülészeti fejlődése. Ezzel egyidőben alakult ki a sebészi szemlélet a szülészeten.

Hazai viszonyok között nem lehet megválasztani a szülés módját illetve ezt a mindenkori szülészeti státusztól teszi függővé az orvos.

3.3.1. Aktiv szülés

Az utóbbi években Angliában Arthur és Janet Balaskas vezetésével egy mozgalom bontakozott ki az aktiv szülés eszméit terjesztve /Balaskas 1985, 1988/. Az elv az, hogy szülésnél nincs előre meghatározható optimális testhelyzet, hanem annak változtatása a legfontosabb a szülő kényelme szerint. A hanyattfekvő testhelyzetet tartják a legelőnytelenebbnek, a vertikális pozíciókat így pl. a guggoló testhelyzetet tartják előnyösnek.

Caldyro Barcia is csatlakozott a mozgalomhoz és tudományos eredményeivel is ezt igazolta /Barcia 1979, 1985/.

Szülésre felkészítésként terhestornát, speciális joga és meditációs gyakorlatokat alkalmaznak, ezzel a szervezet önerőit kívánják optimális szinten mobilizálni.

3.3.2. Leboyer-"Erőszak nélküli szülés"

Frederich Leboyer francia szülész orvos, hosszabb időt töltött Kinában. Itt alakította ki "filozófiáját", mely hasonló a pszichoanalitikusokéhoz. Szerinte a szülés élménye traumatizáló az újszülött számára. Leboyer /1975/ módszerében a figyelmet a szülésnél arra szenteli, hogy minél nyugodtabb körülményeket teremtsünk a szüléskor az újszülött számára. A szülőszobán félhomály, csend, esetleg halk zene van. Az újszülött születése után korai testi kontaktus az anyával, szoptatás, korai szemkontaktus, születés után langyos fürdő. A módszer kritikusai azt tartják, hogy nehezen igazolható hatásmechanizmusa, és ha aszfixia lép fel, akkor nem veszik esetleg időben észre, veszélyes lehet az újszülöttre, magzatra. A nyugati országokban és szerte a világon sokan választják mégis e módszert, ha van rá lehetőség. Ausztráliában Lumley /1985/ tesz említést, hogy hazájában mintegy 25 %-a a szüléseknek ilyen módszerrel történik. A hazai gyakorlatban teljesen ismeretlen ez a szülésvezetési mód. Egy közlemény jelent meg a módszer ismertetéséről /Lecombené 1983/, és az is pszichológus tollából.

3.3.3. Vizben szülés

Az elmúlt években felmerült mint szülési alternatíva a vízben szülés, illetve a tágulás bizonyos szakaszaiban vízbe merülés. A módszer neves képviselője Michel Odent Párizs melletti kórházában kialakította a klasszikus szülőszoba mellett az otthonosan, családiasan berendezett másik szülőszobáját, ahol választási lehetőség is van arra, melyik módszert tartja a szülőnő szimpatikusnak /Odent 1981,1983,1984/. Ma már tevékenységét Londonban, az aktív szülés és a szülésre felkészítés mozgalomához csatlakozva folytatja tovább /Odent 1983,1984,1988/. Akik kipróbálták a módszert, kedvező tapasztalatokról számolnak be: a vajudás, tágulás meggyorsult és kevés fájdalomélményről számoltak be. Norman Morris /1986/ szülészeti klinikáján Londonban kipróbálta a módszert és jó tapasztalatokról számolt be. További tudományos értékű vizsgálatokat tart szükségesnek a módszer további elterjesztéséhez. Lenstrup /1987/ Dániából is megerősíti a módszerrel szerzett pozitív eredményeket.

3.3.4. Otthonos szülés

1987. őszén Londonban /Home Birth Conference 1988/ megrendezésre került az első Otthonos szülés Világkongresszus. A világ 50 országából összegyűlt közel 3000 résztvevő beszámolója alapján az otthonos szülést a modern szülészeti reális alternatívájának tartják. A modern szülészeti országokból Hollandiában

a szülések 37 %-a otthon történik és a világon egyik legjobb eredményekkel rendelkeznek. Előnyének a családi eseményjelleg visszaadását tartják. Ezt, talán a legfontosabb családi eseményt otthonában, közösen élheti meg a család. A fájdalomélmény otthonszüléseknél kedvezően módosul. Ausztráliában is népszerű az otthonszülés és az Amerikai Egyesült Államokban is egyre terjed.

3.3.5. Alternatív szülészeti központok

Az USA-ban és Ausztráliában /Bennets 1982, Lubic 1980, Barton 1980/ egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek az alternatív szülészeti központok. Ezek az intézmények egyesíteni igyekeznek a kórházi biztonság és ellátás feltételrendszerei mellett az otthonszülés kényelmét, kedvező pszichés velejáróit /Butzen 1980, Lumley 1985/. Ezen lehetőségek között az egészséges terhességeket követő normál szülések zajlanak, bár itt az intenzív észlelést és az orvosi felügyeletet is megteremtették. Jó eredményekről számolnak be, de figyelembe kell venni, hogy válogatott esetekről van szó.

4. Vizsgálati módszer

A szülés alatti pszichogén analgézia, pszichofizikális támogatás előnyeit bizonyítják -mint ahogy azt már az irodalmi áttekintésben kifejtettem- Beck /1978,1979,1980/, Lederman /1978/ és Sosa /1980,1983/ kutatásai.

A vizsgálatok többnyire a komplex módszert értékelik. Az egyes elemek hatásának bizonyítása bonyolult és nem igazolódott, hogy melyik közülük a leghatékonyabb. Megfelelő kontroll csoport kialakítása is igen nehéz /Beck 1980/. A különböző felkészítő módszerek hívei megegyeznek abban, hogy a szuggesztívók, szuggesztív elemek igen jelentősek a felkészítésben és a szülés alatt /Read 1933, Lamaze 1958,1970, Kroger 1977/. Ezek a felkészítő eljárások a hipnoszuggesztív módszerből alakultak ki /Velvovszkij 1960/. A hipnoszuggesztív módszerek sikerre függ a hipnózis iránti érzékenységtől /Vigdorovics 1938, Hilgard 1970,1975/.

4.1. A terhes nők hipnotikus fogékonyságvizsgálata

A kutatók figyelme az 1960-as években a hipnózis iránti érzékenység mérésére, meghatározására irányult /Hilgard 1958/. Önként jelentkező 124 egyetemi hallgatón próbálták ki a Stanford Hipnotikus Szuszeptibilitási Skálát, /Weitzenhoffer és Hilgard 1969/, a hipnózis iránti érzékenység meghatározására. Ez a skála az érzékenység egyéni meghatározására alkalmas.

A Harvard Egyetem kutatói Shor és Orne /1962/ a hipnózis iránti érzékenység csoportos meghatározására alkalmas skálát készítettek, mely hasonló a Stanford skálához /Harvard skála/. A hipnotikus fogékonyság mérő skálák magyar nyelvű adaptálását Greguss és mtsai /1975/ elkészítették. Részletes leírásuk, értékelésük magyar nyelven is rendelkezésre áll /Mészáros 1981, 1984/, ezért ismertetésüktől eltekintek, csupán a legszükségesebb alapismereteket említem.

A raport kialakítása és éber szuggesztiók után közel fél óráss hipnózis történik, melyet szemfixációs indukció vezet be. Ezután 11 szuggesztió következik, melyek teljesítése szerint pontozunk. Így a 0-4 pontot teljesítőket alacsony, az 5-8 pontot elérőket közepes, míg a 9-12 pontot végrehajtókat a skála szerint erősen fogékonyaknak minősítjük. A skála mind a külföldi, mind a hazai tapasztalatok alapján alkalmasnak bizonyult a hipnózis iránti érzékenység korrekt, tudományos igényességgel történő mérésére, meghatározására.

Többek feltételezése szerint a hipnózis iránti érzékenység a terhesség alatt növekszik /Vigdorovics 1938, Kroger 1943, Hilgard 1975, Mészáros 1984/.

A skálák segítségével a terhesek hipnózis iránti érzékenységének vizsgálatát, meghatározását tűztem ki célul. A második trimeszterben hipnotikus szüléselőkészítésre önként jelentkező terheseken kezdetben a Stanford, később a Harvard skála segítségével dolgoztam.

4.2. A terhes nők imaginációs készségének vizsgálata.

A hipnózis iránti érzékenység és az imaginációs készség, kapacitás között összefüggést találtak /Hilgard 1970, Fromm 1972, Sheehan 1972, Kroger 1976, Sheikh 1979, Tiba 1980/.

Az összefüggés azt jelenti, hogy ahol magasabb a hipnotikus fogékonyság, ott az imaginációs készség is fokozottabbnak bizonyult.

Az imaginációs készség vizsgálatára Wilson és Barber /1978/ skálát szerkesztett, mely Kreatív Imaginációs Skála néven szerepel az irodalomban. A skála rövid relaxációs, szuggesztiós bevezetés után 10 standard szuggesztiót tartalmaz, melyek a következők:

1. kéz nehezedés
2. kar könnyebbedés
3. ujj anaesztézia
4. víz ivás hallucinációja
5. szag hallucináció
6. zene hallucináció
7. hőmérséklet hallucináció
8. idő disztorzió
9. életkor regresszió
10. teljes relaxáció

A 10 szuggesztiót követően önértékeléses pontozás alapján a kísérleti személyek 0-4 pont között értékelik a szuggesztiók valódiságának értékét, fokozatát.

A magasabb imaginációs készséggel rendelkezők magasabb pontértékeket jeleznek, azaz az imaginált tartalmakat a valósághoz közelibbnak érezték.

A második trimeszterben levő terhesek imaginációs készségét a kreatív imaginációs skála segítségével értékeltem és hasonlítottam össze nem terhes populáció adataival.

4.3. Imagináció a szülésre felkészítésben

A helyesen irányított imaginációs tartalmak a terhesség kellemesebb átélését, az anyaság elfogadását segítik és ezek a szülőnők szülésüket pozitív élményként élik meg /Bressler 1979, Blattner 1981/.

Nincs egységes álláspont tekintetben, hogy milyen imaginációs tartalmakat használjunk egészséges terhesek szülésre felkészítésére. Az eddigi gyakorlatok alapján kitűnt, hogy azokat a tartalmakat kedvelik, melyek imaginatív szinten az anyaságot, annak biztonságát, stabilitását igyekeznek elősegíteni, megerősíteni /szobor a parkban, léggömbös ember, mágikus gömb, stb Sharron 1982/.

Az archetipikus képélmények irányított imaginációs tartalmai /Leuner 1969, 1970/ mélylélektani szinten közel állnak az élethez, az anyasághoz, az élet keletkezéséhez, a termékenységhez. A szülésre felkészítés során a szimboldráma két alapszimbólumát /rét és patak/ vizsgáltam. Céлом a szimbolikus tartalmak és a terhesség összefüggéseinek megismerése, a terhesség szimbolikus szinten történő elfogadásához vezető ismeretek megszer-

zése volt. A Leuner technika csoportosan is alkalmazható a terhesek pszichés állapotának felmérésére, szondázására. Ezért a szülésre felkészítésben is hatékony módszer, bár más próbálkozásokról az irodalomban nem találunk ismertetést. A Leuner által kidolgozott archetipikus képsorok terápiás hatása, értéke általánosságban bizonyított.

A terhesség biológiailag determinált, pszichológiai krízis állapotnak fogható fel. Olyan pszichoszomatikus állapotváltozás, melyhez gyakori pszichovegetatív és pszichoszomatikus tünetek tartoznak. Szimbolikus szinten a terhesség alatti tünetek előre projiciálódnak, ezért hasznos lehet ezen szimbólumok ismerete, feltárása. A terheseknél bizonyos pszichés feszültségek vannak, melyek még nem okoznak tüneteket, azonban kezeletlenül ezen feszültségek elmélyülhetnek, olyan fokúvá válhatnak, hogy szomatikus megnyilvánulásokat okozhatnak. A rét, a patak /tó/ hívóképeire előjött leggyakoribb imaginációs tartalmakat vizsgáltam egészséges terhesek élménybeszámolói alapján. Ezeket a tartalmakat a következő módon hívtam elő: rövid szemfixációs hipnózis, relaxációs bevezetés után a következő szuggesztiókat adtam: ..."most, hogy kellemesen ellazultak, képzeljenek el egy rétet, egy mezőt. Itt megpihenhetnek. Nézzenek körül, mi van a réten? A közelben találunk egy patakot, vagy egy tavat. Nézzék meg, milyen a rét, a mező, milyen a patak, a tó!"

Irásban, vagy szóban számoltak be a terhesek a látottakról, tapasztaltakról.

További vizsgálataimban arra kerestem választ, milyen hatást vált ki az egészséges terhesekből, ha ezeket az alapszimbólumokat megerősítő formában használom: ..."most, hogy kellemesen ellazultak, képzeljenek el egy rétet, mezőt. Itt megpihenhetnek. Nézzenek körül, kellemes, napsütéses szép idő van. Dús fű van a réten, sok növény, virágok. Emberek és más élőlények is lehetnek a közelben, ezek jó érzést biztonságot adnak. A közelben van egy tiszta vizű patak, vagy tó. Kellemes, bővizű, életet sugárzó." STAI FXI szorongási teszttel vizsgáltuk a hatékonyságot foglalkozás előtt és után.

4.4. Hipnózisos szüléselőkészítés

A hipnózisos szüléselőkészítésre önként jelentkező terheseken, ha a hipnózis iránti érzékenység megfelelő volt/közepes, vagy erősen fogékonyak/, hipnózisos szüléselőkészítést végeztem. A felkészítési módszer kidolgozásában segítségemre voltak az akkorra már rendelkezésre álló módszerek /Kroger 1943, 1962, 1976, 1977, August 1960, 1961, 1965/. Természetesen jelentős módosításokat kellett alkalmazni a helyi körülményeket alapul véve /Tiba 1977, 1980, Mészáros 1984/.

A módszer fontosabb elemei: szemfixációs hipnózis indukció, relaxáció, mélyítés után a terhes csoporton pozitív megerősítő szuggesztiók a terhesség további részére, valamint a szülésre. A szülést kellemes élményekkel társítottam, a szülőszobát szenzoros imaginációs technikákkal mutattam be. Anesztéziás szuggesztiókat gyakoroltattam direkt és indirekt formában. Amnézia és poszthipnotikus szuggesztiókkal tettem hatékonyabbá a fel-

készítést.

4.5. Szülésvezetés hipnózisban

A hipnózis szülés alatt a legnehezebben kivitelezhető.

Több órán át, periodikusan jelentkező fájdalom alatt kell a szülőnőt hipnózisban tartani. Technikai kivitelezés hasonló a felkészítésen gyakoroltakhoz, bár direktebb és gyorsabb technikákat alkalmazunk. A szülés aktív szakasza kezdetén, egy kontrakció elmúltával rövid raport után a szemfixációs technika gyorsított formáját, vagy a szemgördüléssel technikát /Spiegel 1978/, vagy más gyors hipnózisos technikákat alkalmaztam.

Az indukciót mélyítés, relaxáció fokozása és a szülés további haladására adott megerősítő szuggesztiók követték. Az anesztéziás szuggesztiók mind direkt, mind indirekt formában hasznosak, különösen pedig akkor hatékonyak, ha imaginációs technikával párosítottam a szülés körülményeitől és haladásától függően.

A méhszáj eltűnése után, a kitolási szak kezdetekor hasznos a hipnózis mélyítése, az anesztézia fokozása, majd a kitoláskor a gát hipnoanesztéziája, vagy local anesztetikum és hipnoanesztézia kombinálása. A relaxációs szuggesztiók fokozatos leépítésével a hipnózis fokozatosan aktív, éber formát ölt a kitolás időszakában /Bányai 1974,1976/.

A dehipnózist az ujszülött megszületése jelenti. Gátvarráshoz,

feltáráshoz a hipnózis iránt erősen érzékenyeknél /10 pont felett/ hipnoanesztézia, vagy local anesztetikum és hipnoanesztézia kombinálása javasolt.

A hipnózisos szülésselőkészítés hatékonyságát a fájdalom megítélése és a kooperáció alapján szubjektív és külső megfigyelő pontozásos értékelésével vizsgáltam.

Minél magasabb volt a pontszám az 5 fokozatu skálán, annál kedvezőbbnek ítéltem meg a szülés kimenetelét. Pontrendszerrel történt értékelésemet szubjektív élménybeszámolók egészítették ki.

4.6. Pszichoterápiás eljárások kombinálása a szülésre felkészítésben

Egyes kutatók szerint /Frischolz 1983, Spiegel 1978/ hipnózis nem terápia, tehát hipnoterápia nem létezik. A hipnózis jelenlég előidézésekor olyan közeget, atmoszférát, terápiás helyzetet teremtünk, mely minden terápiás eljárás, módszer hatását képes fokozni, facilitálni.

A szülésre felkészítésben ígéretesnek bizonyult, ha a hipnózis által kínált lehetőségeket a modern pszichoterápia egyéb hatékony módszereivel kombináltuk és azok együttes hatását értékeltük /Tibe és mtsai 1985/.

A szülésre történő felkészítésre önként jelentkező terheseken a hipnózis iránti érzékenység meghatározása után /Harvard csoportsklála/ a következő foglalkozásokat tartottuk csoportos formában:

Nondirektív szabadinterakciós csoportfoglalkozás, szociodramatikus játékok, pszichoprofilaxisos-hipnózisos felkészítő foglalkozás, hipnózisos foglalkozás a szülésre vonatkozó szuggesziókkal. A terhességet és a szülést MMPI személyiségteszt míg a szülés utáni történéseket kérdőív segítségével vizsgáltam.

4.7. Komplex pszichofizikális felkészítő módszer értékelése.

A komplex, többhatótényezős módszer értékelését munkám későbbi szakaszában kezdtem el, amikor már véglegesnek látszottak a körvonalai. Részletesen az 1. sz. mellékletben olvasható az egyes foglalkozásokra lebontott tematika.

Alapelemek a tanítás, információ átadás, terhes gimnasztika, légző gyakorlatok, relaxációs technikák, szuggesztív elemek, imaginációs technikák a komplex módszerben. Alapvető fontosságúnak tartom a férj aktív bevonását a felkészítésbe, ami azt jelenti, hogy minél több elemmel őket is megismertetjük. A foglalkozások és a szülés értékelésére a szorongás szint mérését /STAI FX1 Spielberger 1970/, valamint a Vizuál Analog Skálát/Huskisson 1976, Aitken 1969/ használtam. Szubjektív élménybeszámolók, szülési élmények és a szülés körülményei, adatai szolgáltak még a feldolgozásban segítségemre.

4.8. A terhesség alatti szorongás mérése

A terhesség alatti szorongás és annak értékelése jelentős információt adhat a terhességről és bizonyos szerzők szerint a terhesség alatti szorongás és a szülés kimenetelle is összefüggést mutat. /McDonald 1968, Ericson 1976, 1976, Spielberger 1978/. A terhesség és a szülés alatti szorongás mérésére magyar nyelven nem áll rendelkezésre megfelelő specifikus mérőeszköz. Az Egyesült Államokban Burstein és mtsai/1974/ által szerkesztett terhesség alatti szorongás mérésére alkalmas egyszerűen kitölthető vizsgálati eszközt /kérdőíves formában/ készítettek. Magyar nyelvre adaptálva vizsgáltam hazai terhes populáción. /Tiba és mtsai 1988/

5. Eredmények

5.1. A terhes nők hipnotikus fogékonysága

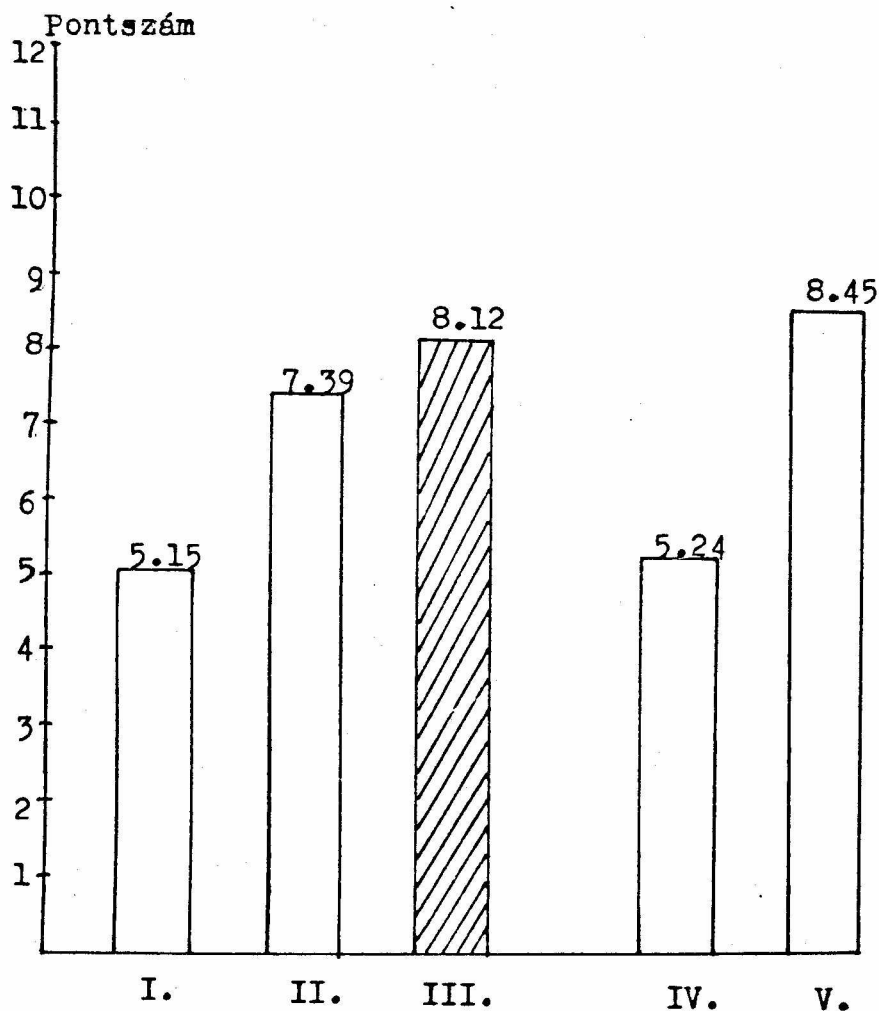
A hipnotikus fogékonyság mérésére alkalmas laboratoriumi skála a Stanford Skála/Weitzenhoffer és Hilgard 1969/. Első tapasztalataimat 16 terhes egyéni vizsgálatával kezdtem. Bár ezt az első vizsgálati sorozatot nem tartom mérvadónak, mert egy új módszer elsajátítása -különösen manuális klinikai szakterületet gyakorló szülész számára- nem könnyű feladat, mégis érdemes megjegyezni, hogy 16 II. vagy III. trimeszterben levő terhesen a skála szerinti hipnotikus fogékonyság igen magasnak bizonyult 8,3 pont. Hasonló magas értéket alig találunk az irodalomban /Mészáros 1980,1984/.

Munkám további részében a Harvard Csoport Skála magyar változatával /Greguss, Bányai, Mészáros 1984/ végeztem a terhesek hipnotikus fogékonyság vizsgálatát.

180 második trimeszterben levő terhesen határoztam meg a hipnózis iránti érzékenységet, ezek átlagértékét különböző nem terhes populációk adataihoz hasonlítottam.

A 2. ábrán látható, hogy a 180 terhesen mért értékek lényegesen magasabbak, mint a nem terhes populáción mértek.

2. ábra: A hipnotikus fogékonyság átlagértékei a különböző csoportokon



- | | |
|---|-------|
| I. Magyar Populáció /Harvard Csoport Skála/ | n:408 |
| II. Eredeti Harvard Csoport Skála | n:132 |
| III. Magyar Terhes Csoport Harvard Skála értékei | n:180 |
| IV. Eredeti Stanford Skála értékei | n:124 |
| V. Öngyilkosságot megkísérelt /magyar/ betegek Stanford Skála | n: 37 |

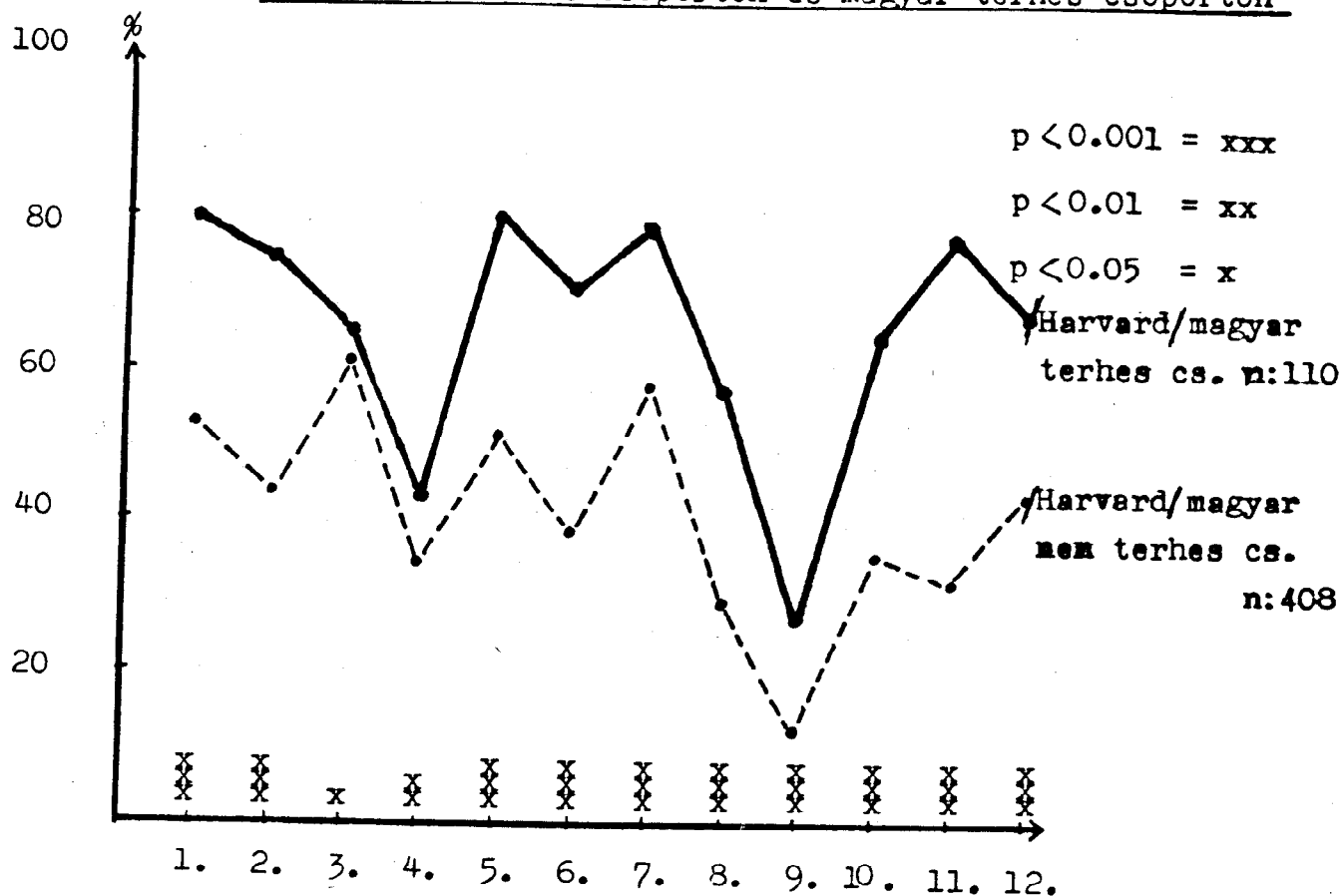
Eddigi irodalmi adatok alapján csak egy tanulmányban közölnek magasabb fogékonyságot /Boncz és mtsai 1982/ öngyilkosságot megkísérelt betegeken a Stanford Skála szerint egyéni hipnózis során.

A nem terhes populáción 5-6 pont között volt az átlag teljesítés, a terhes csoport átlagos teljesítése 8 pont felett volt. A Harvard Skála első vizsgálata során ugyan 7.39 pont volt a teljesítés átlaga, azonban ezt eddig egyik laboratóriumban sem sikerült megismételni.

Az egyes tételek elemzésére és összehasonlítására, ahol a saját szubjektív és megfigyelői értékelés is rendelkezésre állt /Mészáros 1984/ 110 esetben kerülhetett sor. /3. ábra/

3. ábra: A Harvard Csoport Skála egyes tételeinek teljesítése

magyar nem terhes csoporton és magyar terhes csoporton



Különösen lényeges a szülésre felkészítés szempontjából, hogy a 9. és 11. próbák, azaz a kognitív szuggesztiók teljesítése magas.

A skála tételenkénti összehasonlításával vizsgáltam meg, hogy a magyar standard 5.15-ös átlagához képest a terhes csoport 8.12-es átlaga valóban szignifikáns emelkedést ért el.

A Mészáros által felvett standard magyar populáció egyetemista férfiakból és nőkből áll, tehát elvileg problémát jelentene közvetlen összehasonlításuk a csak nőkből álló mintával.

Mészáros adatai szerint viszont nem volt a standard minta férfi és női alcsoportja között semmiféle különbség a hipnotikus fogékonyág tekintetében.

A 3. ábrán a vízszintes tengelyen a skála 12 tétele található. Adatainkat Mészáros 1984. orvostudományok doktora értekezés 85. oldal 1. ábrája alapján hasonlítottuk össze.

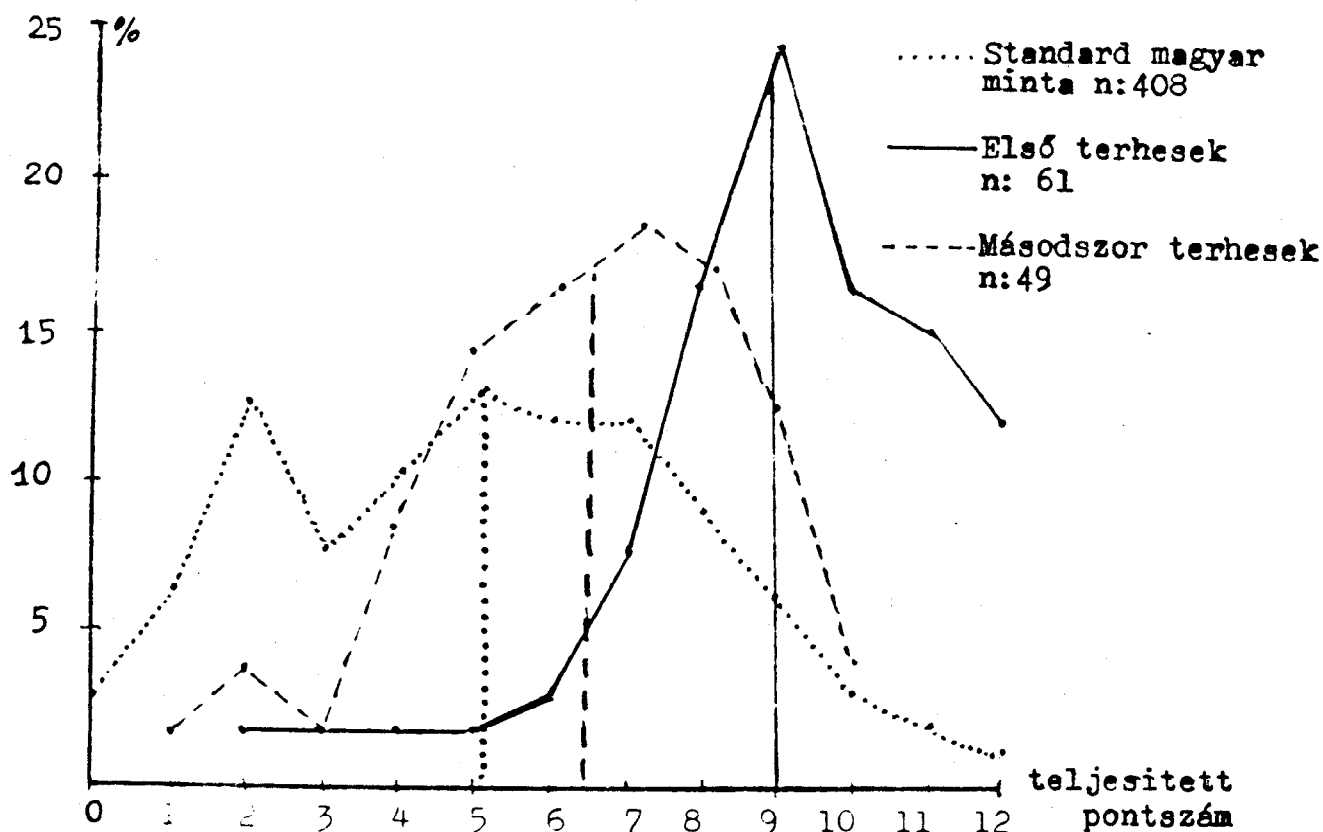
Az ábrából elolvasható, hogy nemcsak a skála összértéke, hanem minden egyes tétele a terhes csoporton magasabb fogékonyága mellett tanúskodik, amely minden egyes próba esetében szignifikáns, a 3. és 4. próbák kivételével a szignifikancia rendkívül erős. Az alkalmazott próba a két csoport teljesítés vagy nem teljesítés alcsoportjainak négymezős kontingencia táblázatából számított hi-négyzet próba volt.

Természetesen adódik, hogy ha az egyes tételek között erősen szignifikáns a különbség, akkor a két csoport összteljesítése között is szignifikáns a különbség.

Felvetődött a kérdés, hogy a terhesség általában hipnabilitás növelő tényező, vagy a paritás további különbségeket okoz a terhes csoporton belül. Mintánkban 61 először szülő asszony volt és 49-en másodszor szülők voltak. A két harmadszor terhest akik a magasabb paritásukat képviselték, kihagytam az elemzésből, mert nem alkottak értékelhető csoportot.

A 4. ábrából az a következtetés vonható le, hogy az először terhesek hipnotikus fogékonysága igen magas volt, de a második terhességüket viselők is fogékonyabbaknak bizonyultak, mint a nem terhes populáció.

4. ábra: A hipnotikus fogékonyság pontszám szerinti megoszlása szubjektív értékelés alapján /Harvard Csoport Sk/



A 4. ábra azt a hipotézist sugallja, hogy egyrészt az első terhességeknél a hipnózis iránti fogékonyság robbanásszerűen megnő, viszont a 2. és esetleg a további terhességek során kisebb a fogékonyság növekedése.


A 3 eloszlási görbe között alig van alacsony szuszceptibilitási érték. Az I. szülőknek több mint a fele 9 vagy annál több próbát teljesített. Az átlag érték $/X=9.0/$ jelentősen magasabb a pontozott vonallal jelzett standard mintánál $/X=5.1/$, mely lapos eloszlású és az 5. értéktől kezdve enyhén lejtve csökkenő tendenciát mutat. Azok a magas értékek, amelyek az először terhesek több mint felére jellemzőek voltak, a standard mintának csak mintegy 20%-ára érvényesek. A két igen lényeges különbségeket mutató csoport között helyezkedik el a másodszor szülők diagramja, mely szisztematikusan emelkedik a 7. értéknél levő csúcsig, majd ugyanúgy "hamar" leereszkedik, mint a standard minta görbéje. Az átlag érték $/X=6.4/$ is az először terhesek, illetve a standard magyar átlag közé esik.


Ennek a következtetésnek az ellenőrzéseként bemutatom a két terhes csoport és a standard csoport fogékonyságát, az egyes tételekben való eltérésüket. A következő 12 ábrán/5-16./ összehasonlítjuk, hogy az egyes tételeket a 3 csoport milyen arányban teljesítette.

Az értékeket, pontosabban az alapjukul szolgáló abszolút gyakoriságokat páronként hasonlítottuk össze T próbával /négyes kontingencia táblázatból/. Az ábrák alatt feltüntettük a szignifikancia eltéréseket, mégpedig:

$a p < .05$, $a p << .01$, $a p <<< .0001$ szintű szignifikanciát jelöl, amit a szubjektív adatok esetében szemléltünk.

5.ábra
A Harvard Csoportskála egyes suggeciójának teljesítése
magyarországi laboratóriumi körülmények között és
terhes populáción.

Nem terhes populáció átlag susceptibilitási értékei  n: 408

Terhes populáció átlag susceptibilitási értékei  n: 110

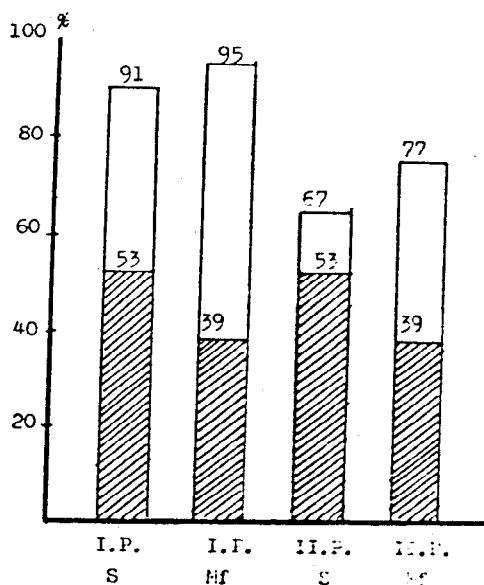
S: Subjektív értékelés

Mf: Megfigyelői értékelés

I.P. : Először szülő

II.P.: Másodszor szülő

1. Próba / Fejlődés = F /

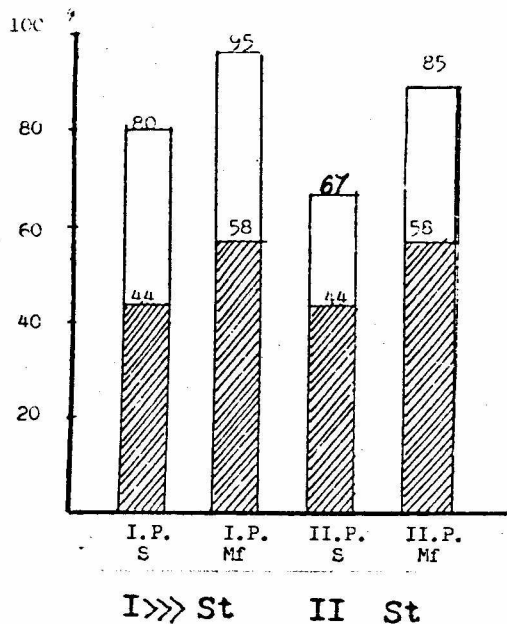


I>>> II I>>> St

I = I.P. II = II.P. St = nem terhes magyar populáció

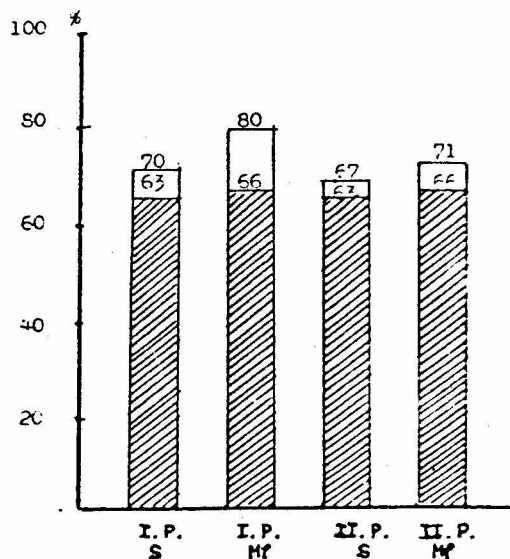
6. ábra

2. Próba %-os teljesítése / SZT = Szemzés /



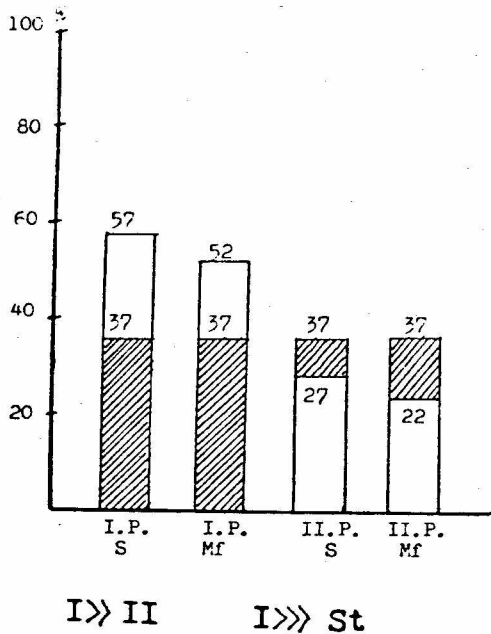
7. ábra

3. Próba %-os teljesítés / KN = Kéznehezés /



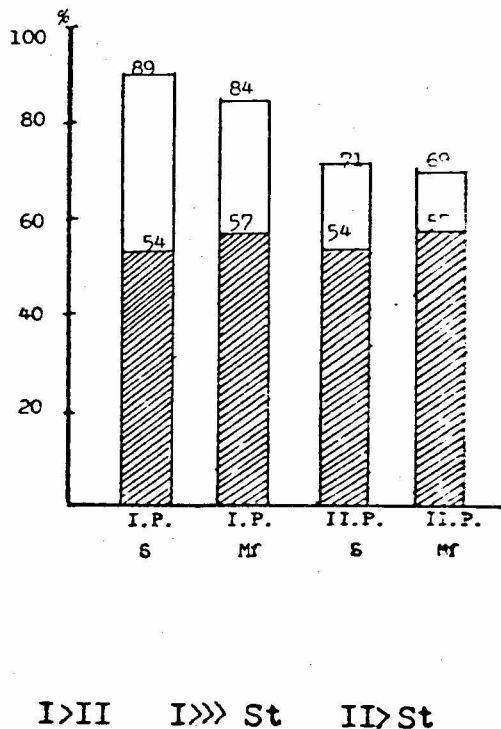
8. ábra

4. Próba %-os teljesítése / KN = Karomdularlás /



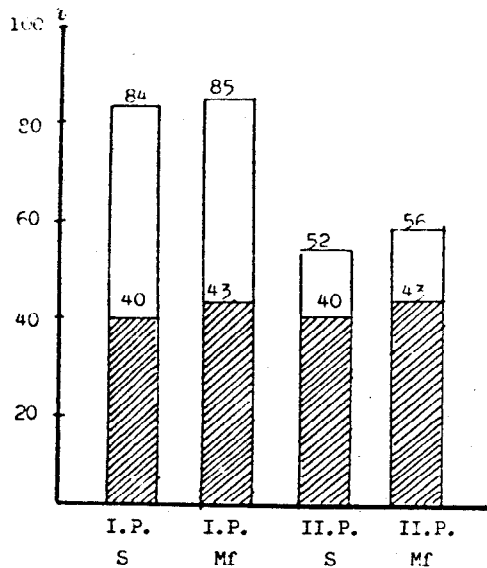
9. ábra

5. Próba %-os teljesítése / UZ = Ujjzárás /



10. ábra

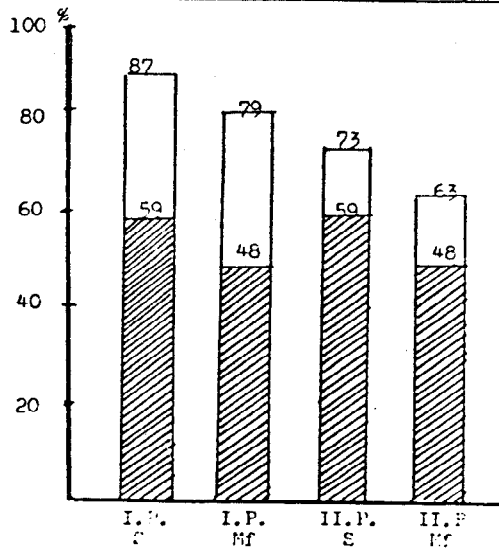
6. Próba %-os teljesítése / KK = Kárpenterés /



I>>> II I>>> St

11. ábra

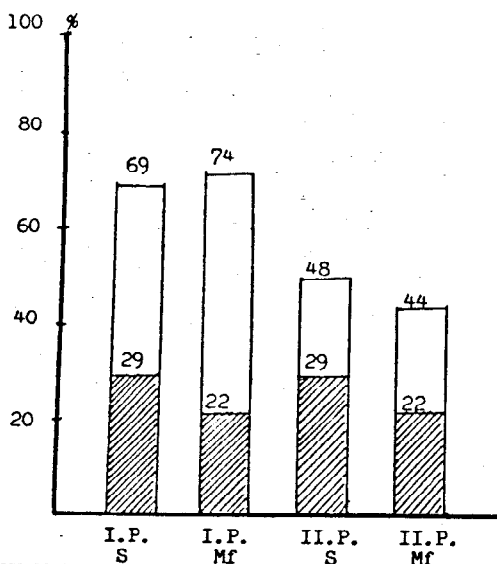
7. Próba %-os teljesítése / KD = Kézmozgás egymásfelé



I>>> St II>>> St

12. ábra

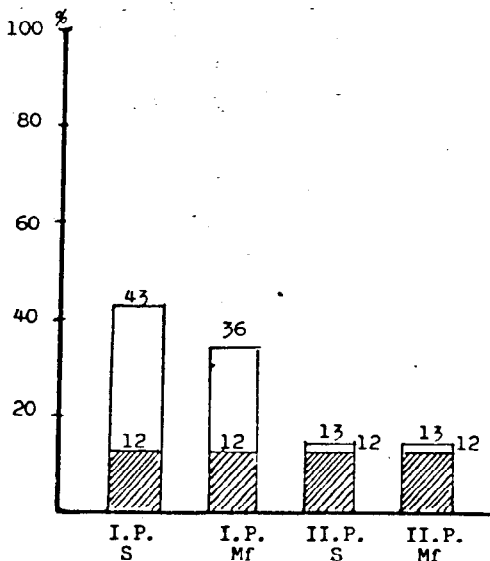
8. Próba %-os teljesítése / VG = Verbális gátlás /



I>II I>>> St II>> St

13. ábra

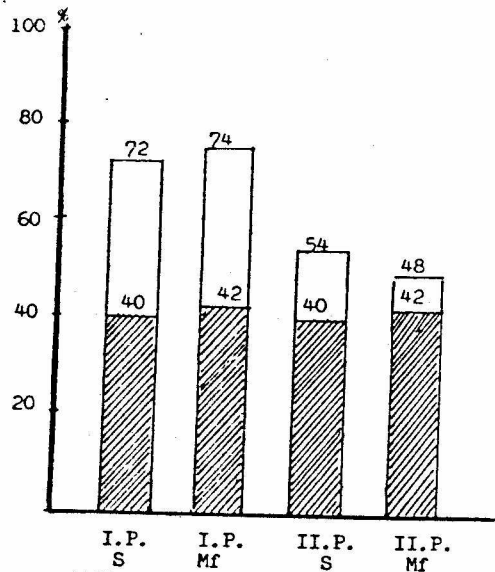
9. Próba %-os teljesítése / LF = Légy hallucináció /



I>>> II I>>> St

14. ábra

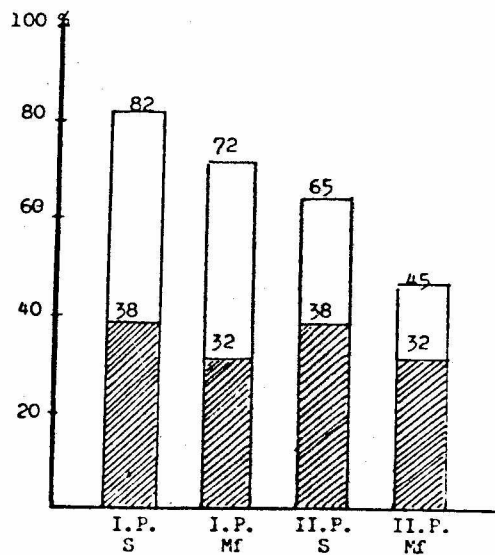
10. Próba %-os teljesítése / SZK = Szem katalépszia /



I >>> St

15. ábra

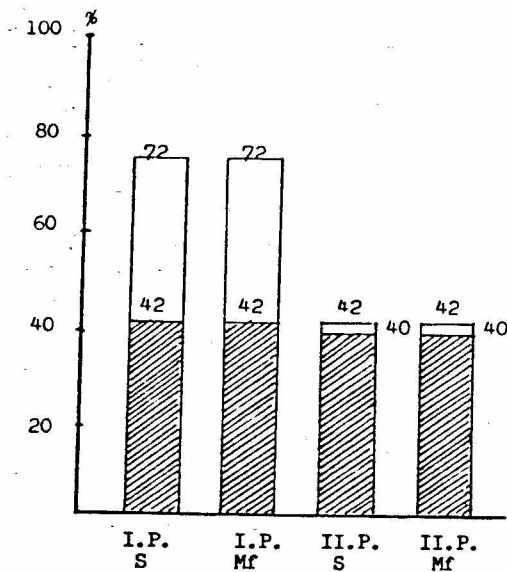
11. Próba %-os teljesítése / B = Poszthipnotikus sugge



I > II I >>> St II >>> St

16. ábra

12. Próba %-os teljesítése / AM = Amnézia /



I >>> II I >>> St

Az I. táblázaton összefoglalóan bemutatjuk a hi-négyzet értékeket, illetve a hozzájuk tartozó szignifikancia szinteket. Jelen esetben a hi-négyzet próba azt mutatja, hogy az I. és II. terhesek és a nem terhesek csoportjai között a teljesítés - nem teljesítés vonatkozásában statisztikailag szignifikánsnak tekinthető a különbség. Minél nagyobb a hi-négyzet értéke, az az minél kisebb a p értéke, annál kisebb a valószínűsége, hogy a látott eltérést a véletlen okozza, tehát annál biztosabbak lehetünk abban, hogy valóban különbözik a két összehasonlított csoport az adott próbában.

Látható, hogy a 3. próba a kéznehezedés kivételével az I. terhesek mindegyik próbában rendkívül szignifikánsan fogékonyabbnak mutatkoznak a Standard mintánál /I. táblázat 2. oszlop/, s a próbák többségénél is a II. terhességeknél.

A II. terhesek viszont csak a szemzárás, ujjzárás, kéz közeldés, verbális gátlás és poszthipnotikus utasítás szuggesztívóknál hipnábilisabbak a nem terheseknél. Ezek a különbségek nem olyan nagyok, mint az I-St eltérések, ez az ábrákon is jól látható, melyet a próbák alacsonyabb szignifikancia szintje is mutatja.

I. táblázat: Szignifikancia és hi-négyzet értékek a vizsgált csoportok hipnabilitásának összehasonlításából /sajbj. ért./

Próbák száma:	I-II		I-St		II-St	
	χ^2 érték	p érték	χ^2 érték	p érték	χ^2 érték	p érték
1.	10.9	p<.001	21.1	p<.0001	3.3	NS
2.	2.6	NS	27.8	p<.0001	8.8	p<.01
3.	.18	NS	.43	NS	.25	NS
4.	10.0	p<.005	11.5	p<.001	1.8	NS
5.	5.4	p<.05	26.1	p<.0001	4.9	p<.05
6.	12.5	p<.001	40.8	p<.0001	2.6	NS
7.	3.37	NS	17,6	p<.0001	10.8	p<.001
8.	4.89	p<.05	37.6	p<.0001	7.2	p<.01
9.	11.7	p<.001	37.0	p<.0001	.01	NS
10.	3.77	NS	22.3	p<.0001	3.6	NS
11.	4.25	p<.05	41.7	p<.0001	12.6	p<.001
12.	11.7	p<.001	19.5	p<.0001	.09	NS

Vizsgálatomban a hipnabilitás mutatóit /a Harvard Skála 12 tételét és az összesített értékeket/ még két anyai változóval a korrrel és az iskolai végzettséggel hasonlítottam össze.

A változókat korreláltattuk egymással.

A Spearman féle product moment korreláció értéke -1 és +1 között változik, 0 környéki értékei az összefüggés hiányára, -1-hez, illetve +1-hez közeli értékei erős összefüggésre utalnak. A korrelációs együttható nagysága és az elemszám alapján az együttható szignifikanciája kiszámolható, ez azt mutatja, hogy kizárhatjuk-e hogy a 0-tól való eltérést a véletlen okozza.

A II. táblázat az iskolai végzettség és a hipnabilitási mutatók korrelációs együtthatóit ábrázolja.

II. táblázat: Iskolai végzettség és hipnabilitás összefüggése

S= szubjektív érték

M= megfigyelői érték

Próbák:	Iskolai végzettség:	Próbák:	Iskolai végzettség:
Kor	-.0850		
Paritás	-.1541		
Iskolaiv.	1.0000		
1. S	.0684	7. S	-.0619
1. M	.1434	7. M	.0097
2. S	.0432	8. S	.0641
2. M	.1887	8. M	.1531
3. S	-.0045	9. S	.0857
3. M	.0066	9. M	.1427
4. S	.1403	10. S	.0625
4. M	.0668	10. M	-.0545
5. S	.0822	11. S	.1020
5. M	.0488	11. M	.0053
6. S	.1003	12. S	.2107
6. M	.1357	12. M	.2107
		Összes S	.1688
		Összes M	.1671

A II. táblázatban az egyes próbákkal és az összértékekkel mutatott korreláció egyike sem bizonyult szignifikánsnak. Ugy tekinthetjük, hogy mintánkban az iskolai végzettség nem befolyásolta a hipnotikus fogékonyságot.

A korral azonban, mint az a következőkben kiderül más a helyzet. A III. táblázatban az anyák kora és a hipnabilitási mutatók korrelációit tüntetjük fel.

III. táblázat: Kor és hipnabilitás összefüggése

S= szubjektív érték M= megfigyelői érték

Próbák:	Kor:	Próbák:	Kor:
Kor	1.0000		
Paritás	.5469 ^{**}		
Iskolai v.	-.0850		
1. S	-.1902	7. S	-.1172
1. M	-.2673 [*]	7. M	-.1044
2. S	.0224	8. S	-.1810
2. M	-.0251	8. M	-.2672 [*]
3. S	-.0440	9. SS	-.1990
3. M	-.1057	9. M	-.2252 [*]
4. S	-.2995 ^{**}	10. S	-.2410 [*]
4. M	-.1970	10. M	-.1397
5. S	-.2026	11. S	-.0069
5. M	-.2294 [*]	11. M	-.1637
6. S	-.3520 ^{**}	12. S	-.2578 [*]
6. M	-.2921 [*]	12. M	-.2578 [*]
		Összes S	-.3842 ^{**}
		Összes M	-.3847 ^{**}

* = $p < .01$

** = $p < .001$

Az összesített Harvard érték $-.38$ -as, és egyes tételek hasonlóan szignifikáns negatív korrelációja arra utal, hogy minél idősebbek voltak a vizsgált személyek, annál kisebb volt a hipnotikus fogékonyságuk.

A kérdés azonban nem ennyire egyszerű. A kor triviálisan összefügg a paritással $r = .55$, ami magasan szignifikáns, hiszen természetes, hogy a II. terhesek átlagosan idősebbek, mint az I. terhesek. Felmerül az a kérdés, hogy a mintánkban látott hipnábilitás csökkenés a korrallal nem "mellék terméke-e" a paritás - hipnábilitás összefüggésének? Ennek eldöntésére megnéztük, hogy először illetve másodszor terhes anyák kora külön-külön is ugyanúgy korrelál-e az életkorrallal, mint a két csoport együttesen. Ha ugyanis a korreláció külön-külön a 0-ra csökken, akkor a látott összefüggést teljes egészében a paritásnak kell tulajdonítanunk.

Ezzel szemben ha a korreláció nagyságrendje változatlan marad, akkor a kor az igazi csökkentő tényező és a paritással való összefüggések volnának "mellék termékek".

A IV. táblázat együtt ábrázolja az összes terhes, az I. szülők, illetve a II. szülők csoportjaira az életkor és a hipnábilitás korrelációit.

A IV. táblázat utolsó sora a Harvard összértékek korrelációit tartalmazza.

IV. táblázat: Az anyai életkor és a hipnabilitás összefüggése
különböző csoportokon

<u>Összes terhes</u>	<u>I. szülők</u>	<u>II. szülők</u>
n:109	n:60	n:48
Próbák:	Próbák:	Próbák:
Paritás .5469**	Paritás 1.0000	Paritás 1.0000
Isk.v. -.0850	Isk.v. .1007	Isk.v. -.1797
1. S -.1902	1. S -.1958	1. S .1080
1. M -.2673*	1. M -.2865	1. M -.0908
2. S .0224	2. S .1249	2. S .1080
2. M -.0251	2. M -.0573	2. M .2091
3. S -.0440	3. S -.0681	3. S .0864
3. M -.1057	3. M -.0781	3. M -.0560
4. S -.2995**	4. S -.1816	4. S -.2005
4. M -.1970	4. M .0083	4. M -.1998
5. S -.2026	5. S -.1457	5. S -.0560
5. M -.2294*	5. M -.2569	5. M -.0824
6. S -.3520**	6. S -.2234	6. S -.2598
6. M -.2921*	6. M -.0874	6. M -.2719
7. S -.1172	7. S -.1041	7. S .0401
7. M -.1044	7. M -.1718	7. M .1787
8. S -.1810	8. S -.0582	8. S -.1681
8. M -.2672*	8. M -.1036	8. M -.2206
9. S -.1990	9. S -.0672	9. S .1077
9. M -.2252*	9. M -.2160	9. M .0770
10. S -.2410*	10. S -.0785	10. S -.3576*
10. M -.1397	10. M .1154	10. M -.1681
11. S -.0069	11. S .1668	11. S .0373
11. M -.1637	11. M -.0370	11. M -.0866
12. S -.2578*	12. S -.0753	12. S -.1718
12. M -.2578*	12. M -.0753	12. M -.1718
Ö. S -.3842**	Ö. S -.1649	Ö. S -.1811
Ö. M -.3847**	Ö. M -.1972	Ö. M -.2017

*= $p < .01$

**= $p < .001$

S= szubj. ért. M= Megf. ért. Ö=összes

A -.38-as magasan szignifikáns összefüggés két tizeddel mérséklődik a két alcsoportban, ami arra utal, hogy a paritásnak döntő befolyása van a hipnabilitás mértékére. Ez a csökkenés az egyes tételekre is általában igaz és a két alcsoportban számolt korrelációk 1 kivétellel elvesztik szignifikanciájukat is. Azonban teljes határozottsággal mégsem jelenthetjük ki, hogy a kor semmi hatással nincs a hipnabilitásra, hiszen az értékek közül sok viszonylag erős negatív tendenciát jelez. Annak eldöntésére, hogy a kor milyen típusú mintában összefügg-e a fogékonysággal, nagyobb elemszámra volna szükség.

Összefoglalva ebből a vizsgálatból nyert eredményeinket azt állapíthatjuk meg, hogy az anyák iskolai végzettsége nem befolyásolja a hipnotikus fogékonyságukat, ami azt a fontos gyakorlati jelentőséget is implicálja, hogy egyik szocio-ökonómiai réteg sincs a hipnotikus fájdalomcsillapítás lehetőségéből kizárva. Ennek a vizsgálatnak alapján nem dönthető el, hogy az anyai kor indikációja-e a szülészeti hipnózisnak, halvány sejtés csupán, hogy a fiatalabb anyák esetleg többet profitálhatnak belőle, mint az idősebbek.

Legfontosabb eredménynek tekintem annak a különbségnek a kimutatását, amely az I. és a II. /esetleg többedik/ terhesség között volt. Az I. terhesség fogékonysága ugrásszerűen szökik fel, míg a II. terhességben bár az össz hipnabilitás szignifikánsan magasabb, sok próba teljesítése a nem terhes csoport szintjére esik vissza.

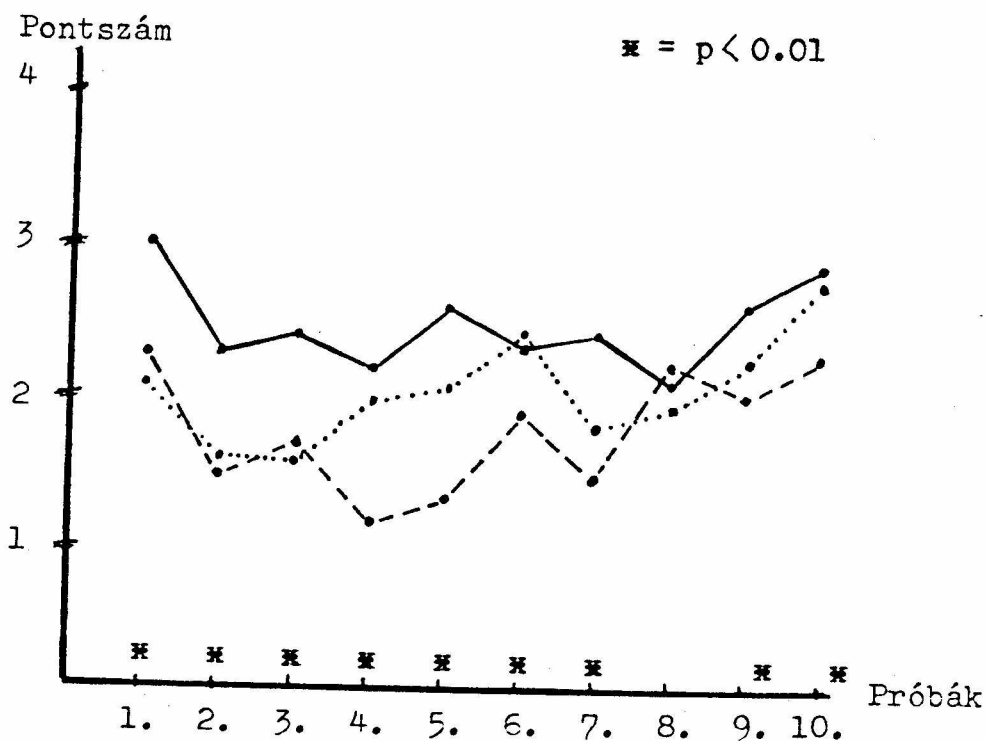
Gyakorlati hasznosíthatósága ennek az eredménynek abban mutatkozik, hogy elsősorban az I. terhesek lehetnek alacsonyai a fájdalomcsillapítás hipnózisos módjának.

5.2. Imaginációs készség vizsgálata terheseken

Wilson és Barber /1978/ által szerkesztett Kreatív Imaginációs Skála segítségével a második trimeszterben levő egészséges terheseken vizsgáltam az imaginációs kapacitás mértékét.

A 17. ábrán a különböző populációk skála szerinti vizsgálatával nyert értékeket hasonlítjuk össze. A terhes populáció két tétel kivételével magasabban teljesít, mint a nem terhes populáció.

17. ábra: A Kreatív Imaginációs Skála egyes tételeinek átlagértékei a különböző populációknál



..... Amerikai, Ausztrál, Lengyel Standard összevont értékei n:617
----- Angol minta értékei n:140
———— Magyar terhes csoport átlaga n:140

Az V. táblázatban a rendelkezésekre álló eredeti minta vizsgálati értékei alapján /Fellows 1983/ a standard deviancia összehasonlítására is sor kerülhetett.

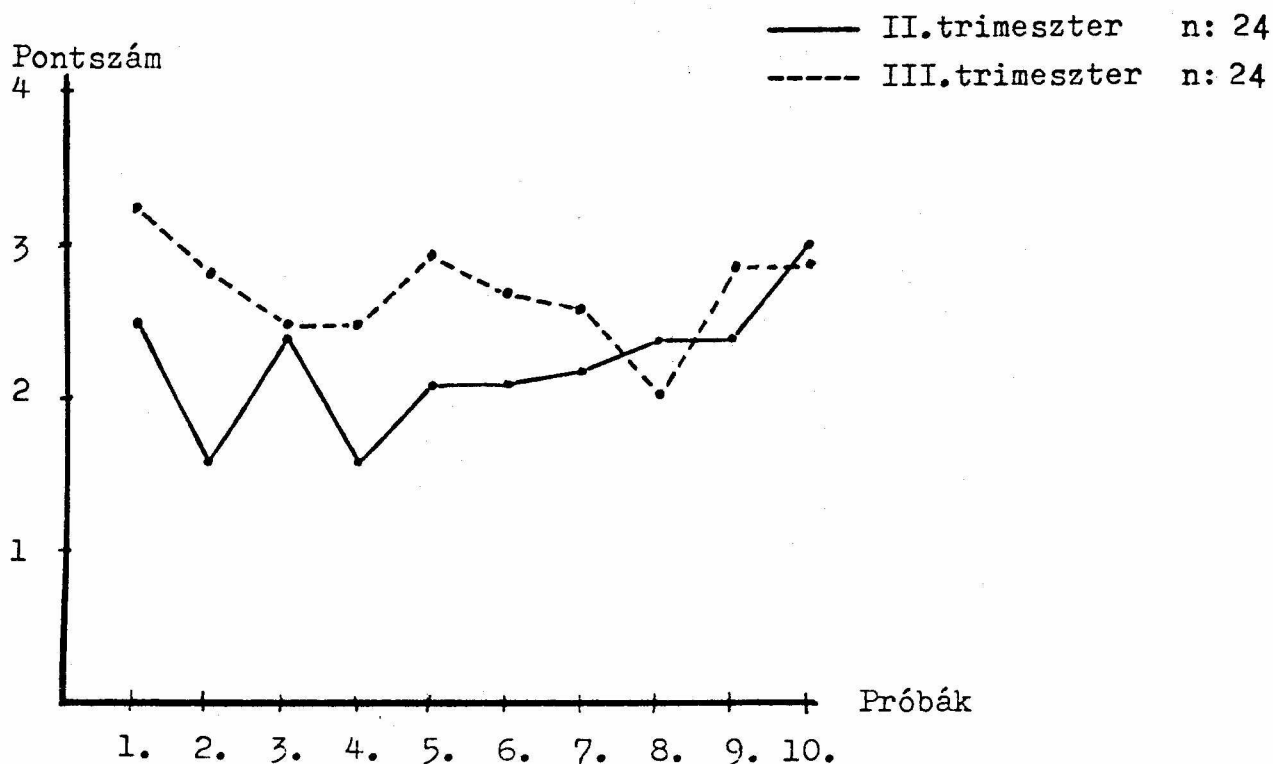
V. táblázat: A magyar és az angol csoportok átlag és szórás értékei

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
magyar \bar{X}	3.0	2.3	2.4	2.2	2.6	2.3	2.4	2.1	2.6	2.8
SD	0.2	0.4	0.1	0.2	0.4	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3
angol \bar{X}	2.3	1.5	1.7	1.3	1.4	1.9	1.5	2.2	2.0	2.3
SD	1.1	1.2	1.3	1.2	1.2	1.4	1.1	1.4	1.3	1.3

Az ábrából látható, hogy az angol /nem terhes/mintához hasonlítva a magyar terhes csoport szignifikáns különbséget mutatott a 8. próba kivételével, amelynél szinte ugyanolyan volt a teljesítés mértéke.

A 18. ábrán láthatók a Kreatív Imaginációs Skála értékei a II. majd újratestelve a szülésre felkészítés folyamán a III. trimeszterben. A 24 újratestelt terhesnél magasabb értékeket találtunk, mint az első vizsgálat során.

18. ábra: A Kreatív Imaginációs Skála átlagértékei az egyes próbák szerint a II. és a III. trimeszterben magyar felkészített terhescsoportokon és újratestelés után



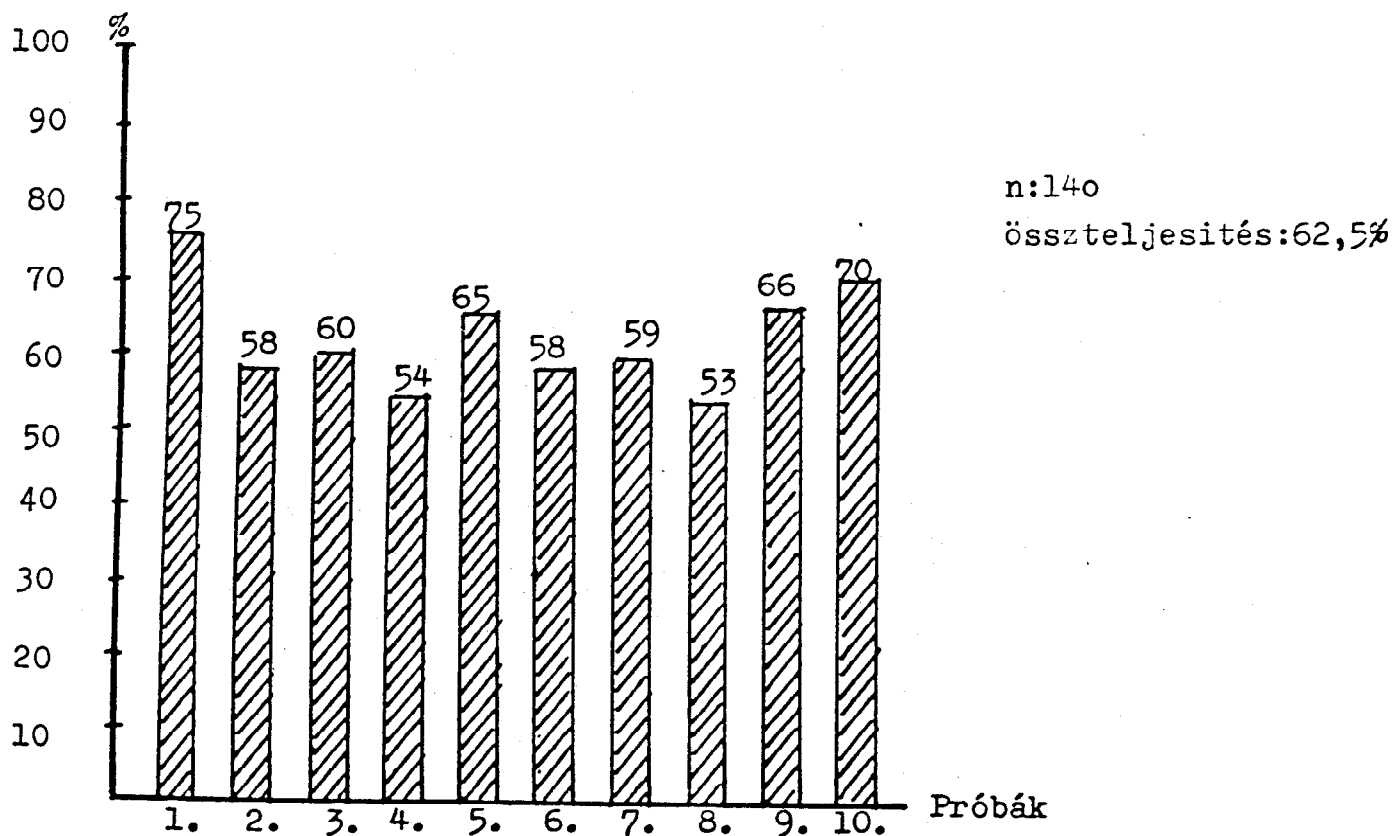
A VI. táblázatban az újratesteléskor mért szórás és átlageredményeket tüntettük fel.

VI. Táblázat: II. és III. trimeszter átlag és szórás értékei

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
II.trim \bar{X}	2.5	1.6	2.4	1.6	2.1	2.1	2.2	2.4	2.4	3.0
SD	0.5	0.5	0.3	0.2	0.1	0.5	0.1	0.2	0.3	0.4
III.trim \bar{X}	3.3	2.8	2.5	2.5	2.9	2.7	2.6	2.0	2.8	2.8
SD	0.9	0.2	0.1	0.2	0.9	0.1	0.2	0.4	0.3	0.4

A 19. ábrán az egyes próbák százalékos teljesítése látható a második trimeszterben levő terhes csoporton. Az össz teljesítés 62,5 százalék.

19. ábra: A Kreatív Imaginációs Skála egyes tételeinek százalékos teljesítése terhes csoporton



5.3. Imagináció alkalmazása szülésre felkészítésben

Éber álom technika /Leuner/

A szimboldráma alapszimbólumainak hívóképeire /rét, patak, /tó/
100 terhes vizsgálata során az alábbiakat találtam.

A rét leírásakor, a normál panaszmentes terhesek kellemes élményekről számoltak be. A rét dús fűű, gazdag növényzetű. Rajta sok színes virág, a virágok többnyire illatos mezei virágok voltak. Gyakran dús lombú fa volt a közelben és a rétet többnyire erdő érintette. A rét domboldalon, vagy fennsíkron terült el. Az időjárás kellemes, meleg, napsütéses volt. Báránnyfelhők és gyenge szellő is jellemző volt a leírásokban. Többnyire megjelölték az évszakot is, ez a terhességi időtől függött. Akik közelebb álltak a szüléshez, inkább a nyárra jellemző képet írták le és a kisebb terhesek a tavaszt. Az is jellemző volt, hogy a férj és gyermekek majdnem minden esetben megjelentek a képen. Az együttlét vidám, szórakoztató élményt jelentett. Gyakori volt, hogy a megjelent gyermek méhen belül lévő magzatának nagyobb, pár év múlva elképzelt mása.

A víz imagináltatásakor ugyanabban az arányban fordult elő a patak és a tó megjelenése. A patak többnyire sekély, tiszta vízű, gyors folyású, kavicsos medrű volt. A tó kerek, homokos partú, szélén gyakori volt a nádas. A víz sima, közepesen mély és áttetsző. Mind a patakra, mind a tóra jellemző volt, hogy a vízben halak voltak és a víz körül madarak. Előfordult, hogy a tó vizében a "magzatvízben" úszkáló gyermekét "látta".

A víz a terheseknél igen kellemes élmény volt, kezüket vízbe mártották, ittak a vízből, vagy úszkáltak a vízben az imagináció során. A folyamatosan működő hipnózisos szülésre felkészítő foglalkozások alkalmával egy különös esetet figyelem meg. A csoportos hipnózisnál, amikor az anyaságról, rét-ről, patakról történtek pozitív megerősítő szuggesztiók, egy terhes rosszul lett. Negatív "testszenzációi" voltak, igyekezett a hipnózisból "kiszállni." A foglalkozások utáni megbeszélések alkalmával nem tudott különösebbet minderről. Ezt több alkalommal is megismételte. A 32 éves II. terhességét viselő /I.-ből 10 évvel azelőtt egészséges gyermek született/ röntgen asszisztensnő a terhessége 35. hetében megindult koraszüléssel került a szülőszobára. 1440 g-os komplex fejlődési rendellenességet mutató gyermeket szült, aki a szülés után hamarosan meghalt. Kórbonctani leletei között omphalo-hepato-enterocele, agenezia colontica, extrophia vesicae urinariae szerepeltek. Ekkor még az ultrahangos diagnosztika nem állt általánosságban rendelkezésre. A nevezett terhes pestkörnyéki terhesgondozóba járt. Itt vett részt a felkészítő foglalkozásokon is. Ezt követően, amikor a terhespatológiai osztályon, vizitek után gyors hipnorelaxációban az előbb vázolt imaginációs szuggesztiókat /rét és patak/ alkalmaztam.

Két eset eltért a többiektől az imaginációs tartalmak tekintetében.

1. A 26 éves nő terhessége 29. hetében került a terhespathológiai osztályra. Felvételi diagnózisa magas vérnyomás és toxæmia voltak. Súlyos méhen belüli retardációt és méhen belüli elhalást diagnosztizáltunk.

2. 23 éves, közepsúlyos diabetesszel felvett először terhes /White C/ a terhespathológiai osztályon elhalt 16 hetes missed abortionnal feküdt.

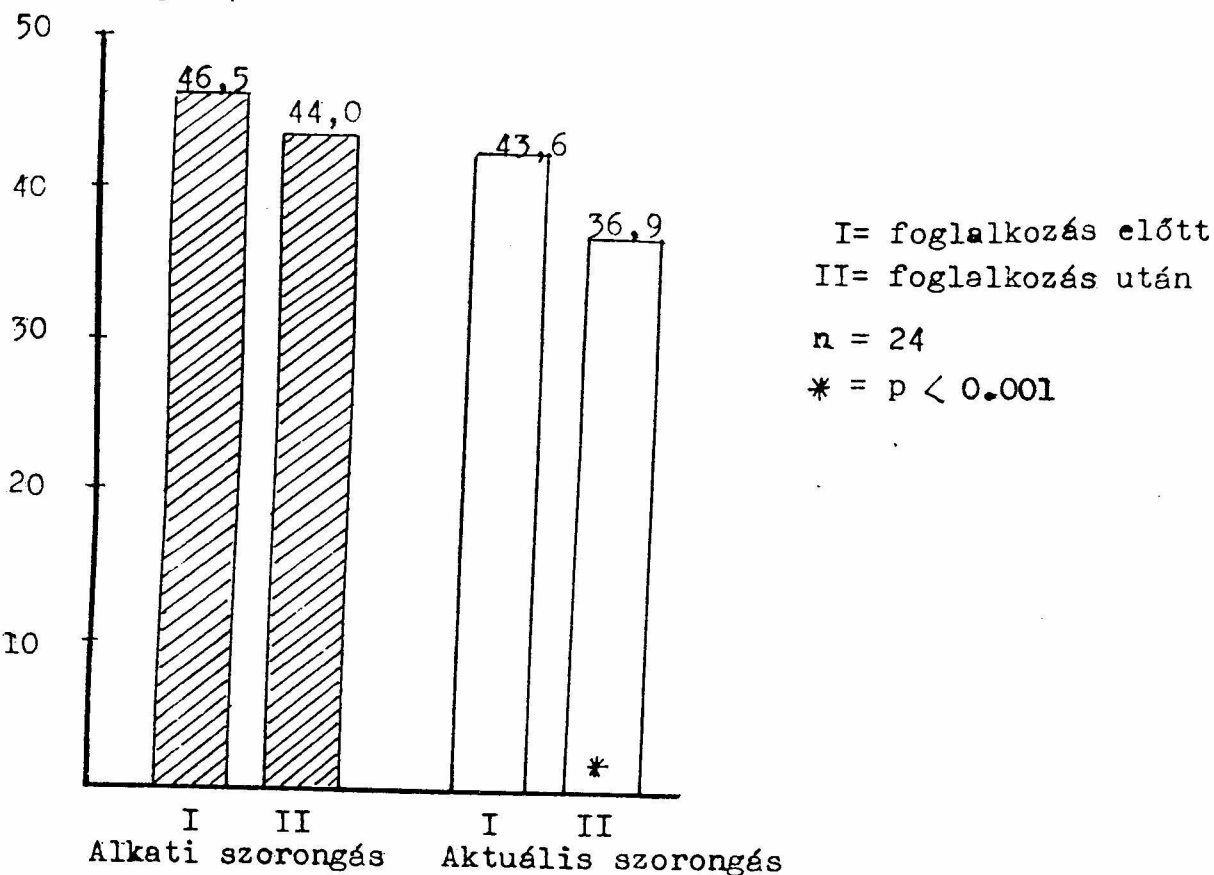
Mindkét esetben a Leuner-i alapképekre a következő jellemzőt találtam. A hívóképre nem jelent meg a rét és a patak, helyette sár volt. A mocsaras területen eső esett. Egyik esetben sötét felhős ég volt és a mocsárban buborékok jelentek meg az eső nyomán az iszapban. A patak és a tó képe, de a rét képe sem jelent meg.

A szülésre felkészítő foglalkozásokon tovább használtuk a rét és patak /tó/ imaginációját olyan formában, amelyben az alap imaginációkat megerősítő formában használtuk.

Ezen a terhes csoporton a képélmények megbeszélésén túl a STAI FX1 szorongást mérő tesztet vettük fel a foglalkozások előtt és után. Az eredményeket a következő ábrán szemléltetjük.

20. ábra: STAI FX1 szorongási teszt értékei a Leuner technika alkalmazása előtt és után mérve

A szorongás pontértékei



A Leuner imaginációs technika hatását a STAI FX1 szorongást mérő teszt segítségével mértük meg. Azt tapasztaltuk, hogy ez módszer az alkati szorongást is befolyásolta, ami köztudomásúan nagyon merev személyiségjegy, az eltérés azonban nem számottevő, nem szignifikáns. Az aktuális szorongás viszont igen erős szignifikáns eltérést mutatott a mérések alapján / $p < 0.001$ /. E vizsgálatból megerősítve látom az imaginációs technikák alkalmazásának létjogosultságát a felkészítés folyamatában.

5.4.4. A hipnózisos szülésselőkészítés és szülésvezetés eredményei

A hipnózisos szülésselőkészítés és a szülés alatti hipnoanalgezia alkalmazása során 14 felkészített és hipnoanestéziában szült adatait hasonlítottuk egy választott kontroll csoporthoz, ahol hasonló volt az életkor, azonos a paritás és hasonló szociális körülményű és iskolai végzettségű csoporttal.

A VII. táblázatban látható az igen szembetűnő eltérés a két csoport között a fájdalom, a kooperáció tekintetében. Különösen szembetűnő volt ott, ahol legalább közepes hipnózis mélységet lehetett fenntartani a szülés egész időtartamára, ott közel fájdalommentesnek mondható a szülés.

VII. táblázat: A fájdalommentesség és kooperáció mértéke a hipnózissal felkészített és kontroll szülőknél

A vizsgált csoportok	Fájdalommentesség 5 pontu skálán	Kooperáció 5 pontu skálán
HIPNOANESZTÉZIÁBAN SZÜLŐK n:14	4,14 ***	3,93 **
Legalább közepes hipnózis mélységet elérők n:6	4,67 ***	4,67 ***
KONTROLL n:14	2,5	2,93

*** = $p < 0,001$

** = $p < 0,01$

5.4.2. A módosított hipnotikus szülésre felkészítő módszer
szülési tapasztalatai, eredményei

Az imaginációs technikákkal kiegészített hipnózisos előkészítésben részesültek szülését egy olyan kontroll csoporttal hasonlítottam össze, amelynél csoportos, de nem hipnózisos szüléselőkészítés történt.

Elsőként a szüléstől való félelmet vizsgáltuk a terhes csoportokon /VIII. táblázat/.

VIII. táblázat: A szüléstől való félelem mértéke a hipnoterápiával előkészített és kontroll csoportokon

Vizsgált csoportok	nagyon félt	közepesen félt	nem félt
Hipnózisos csoport n:25	-	3	22
Kontroll csoport n:25	5	12	8

A szüléstől való félelem tekintetében szignifikáns különbség volt a hipnózisos csoport javára / $p < 0.01$ /.

A 3 közepesen félt terhes másodszor szülő volt, és első szülésük elhúzódó volt, vagy erős fájdalommal járt.

A fájdalommentesség és a kooperáció fokának megítélése a szülés felkészítés eredményességét tükrözi /IX. táblázat/.

IX.táblázat: A fájdalommentesség átlagértékei a hipnoaneszté-
ziában szülő és kontroll csoportoknál

A vizsgált csoportok	Fájdalommentesség szubjektív értéke /0-5 pont/	Fájdalommentesség külső reakciók alapján/0-5 pont/	Kooperáció /0-5pont/
A.Hipnózis csoport n: 25	3,46 ^{***}	4,08 ^{***}	4,8 ^{***}
1.hipnotikus fogékonyság legalább 10 pont n:17	3,84	4,50	
a.legalább közepes h. mélys. n:8	4,38 ^{**}	4,75 ^{**}	
b.felszínes h. n:8	3,25 [*]	4,25 [*]	
2. hipnotikus fogékonyság <10 p. n:8	2,7	3,24	
B.Kontroll csoport n:25	2,5	3,25	3,21

$p < 0.001 = ***$

$p < 0.01 = **$

$p < 0.02 = *$

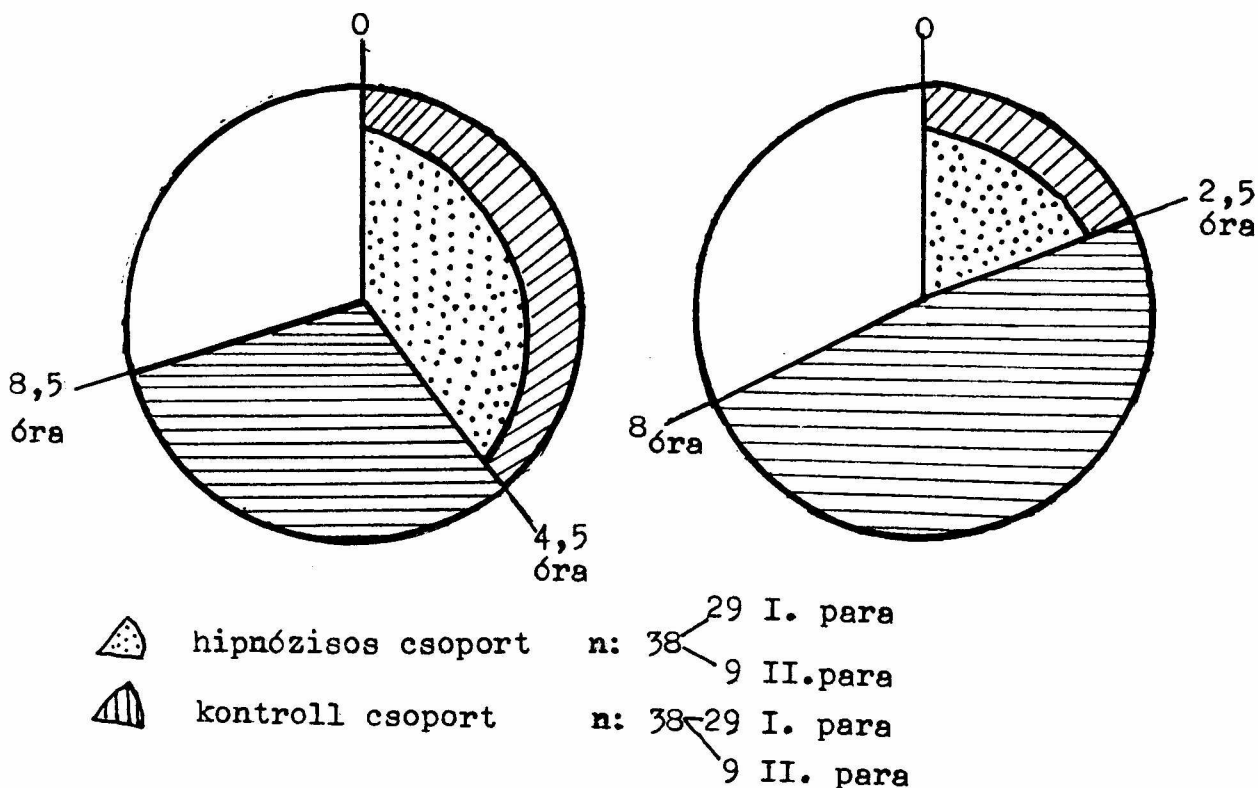
A hipnózis csoport átlagban szignifikáns különbséget mutatott a kontroll csoporthoz viszonyítva mind a szubjektív értékelés, mind pedig a külső reakciók alapján / $p < 0.001$ / a szülési fájdalom megítélésében. A IX. táblázat eredményeiből az is megállapítható, hogy erős hipnózis iránti érzékenység ellenére nem kellő mélységű hipnózis elérése is még szignifikáns csökkenést mutatott a fájdalom megítélésében a kontrollhoz képest/ $p < 0.02$ /.

Ha a szülés legalább közepesen mély hipnózisban zajlott, a fájdalom további szignifikáns csökkenést mutatott/ $p < 0.01$ /. A kooperációs készség szignifikánsan jobb volt a hipnózisos csoportban / $p < 0.001$ /.

5.4.3. A szülés időtartamának vizsgálata a hipnózisos és a kontroll csoportnál.

A 21. ábrán látható, hogy a hipnózisos csoport szülési időtartama megközelítőleg fele volt a kontroll csoport szülési idejének. Ugyanakkor a szülési időtartam szubjektív értékelése a hipnózisos csoportban még nagyobb különbséget mutat, gyakorlatilag kevesebbnek ítélték meg, mint amekkora az aktív szak időtartama volt.

21. ábra: A szülés időtartama hipnózisos és kontroll csoportnál



A kontroll csoportnál az objektív idő és a szubjektív idő közel egybeesett. A két csoport összehasonlító vizsgálatát a szülés objektív és szubjektív alapon megítélt időtartamára korlátoztuk.

5.4.4. A hipnózisos szülésvezetés módosított technikája és esetismertetések

E fejezetrész helye talán a módszerhez kívánkozna, ennek ellenére mégis itt ismertetem, mivel az eredmények elérésében szerepe volt e technikák alkalmazásának.

A hipnózisos szüléselőkészítés technikai ismertetésére nem térek ki, mert az előzőekben már vázoltam. Az alábbiakban a saját tapasztalataimat kívánom néhány technikai elem bemutatásával illetve saját esetismertetés kapcsán illusztrálni.

Közel 15 éve keresem azt a technikát, módszert, mellyel a szülést kielégítő hatásfokkal, folyamatosan lehet fájdalomcsillapítani.

A szülészeti gyakorlatban a szülés alatti folyamatos hipnoanalgészia, hipnoanesztézia fenntartása fájdalomcsillapítás céljából nem alkalmas módszer a rutin szülészeti ellátásban.

Az útkeresés folyamatában sok értékes tapasztalatot szereztem.

A hipnózisos szülésvezetés szempontjából talán legfontosabbnak minősítem a szülőnő hipnózis iránti érzékenységét. Ugyancsak lényeges a hipnózist végző személy jártassága és gyakorlata a hipnózisban és a pszichoterápiában.

A szülőszoba körülményeinek megteremtése /nemcsak a szülés biztonsága, de a kényelme szempontjából is/, a pszichoterápiás miliő, a szupportív környezet, a szuggesztív légkör kialakítása ugyancsak fontos. Ezen feltételek már önmagukban jelentős tényezők lehetnek a sikeres pszichológiai értelemben is kielégítő szülésvezetés számára. Ilyen körülmények között a felvételre érkező szülőnő minden hipnózis indukció nélkül is az ugynevezett "spontán transz" állapotába kerül, vagy kerülhet.

Ezt követi a hipnózisos szülésvezetés bevezetését szolgáló gyors hipnózis indukció, mélyítés és a szuggesztiók alkalmazása. Igy ideális esetben a szülés aktív szakaszában levő vajudó már két kontrakció között mély II. vagy III. mélységű hipnózist érhet el, melyet a továbbiakban fenn kell tartani.

Mélyítő technikák és anesztéziás szuggesztiók jól szolgálják a folyamatos mély hipnózis fenntartásának zálogát. A szülés egész időtartamára kiterjedő hipnózis hipnoesztézia fenntartása céljából a szenzoros imaginációs technikák alkalmazása jó lehetőséget ad.

A szülőszoba feltételei jelentős szerepet játszanak a sikeres hipnózis, hipnoesztézia fenntartásában. Ideálisnak mondható ha az egy ágyas szülőszoba biztosított. Meg kívánom jegyezni, hogy ennek ellenére a legtöbb sikeres hipnózisos szülésemet több ágyas, zajos szülőszobán vezettem. A hipnózis fenntartására, mélyítésére a szülőszobai zajok, hangok jól beépíthetők.

A szomszédos vajudó "hangoskodása" is pozitív ingerként építhető be a szülés folyamatába. A modern szülőszoba adta lehetőség, pl. a kardiogram hangja, mely a magzati szívűködést jelzi. Erre a szülés haladásával kapcsolatos igen hasznos, pozitív szuggesztiók alkalmazhatók. A szülőszobán levő fényin-
gerek is felhasználhatók, különösen akkor, ha fokozatos vilá-
gításra és sötétítésre van lehetőség. Kellemes a szülő nő ál-
tal kiválasztott háttér zene, a relaxációt mélyítő szuggeszti-
ók alkalmazása esetleg magnetofonról. Ez főleg akkor jó hatás-
fokú, ha a hipnotizőr, vagy a szülésfelkészítő hangját vették
fel a magnóra, mert a hipnotizőr távozásakor helyettesítheti
rövidebb időtartamra /kb fél óra/ a mély hipnózis fenntartásá-
ban.

A több órán át tartó periodikusan jelentkező szülési fájások
alatt a hipnózis fenntartása, a hipnózisos szülésvezetés, a
gyakorlat számára a legnehezebb. Ebben jelentős segítség lehet
ha a raportot a hipnózis vezetését és fenntartását át lehet ad-
ni másnak. Saját tapasztalatom szerint a raport átadása megold-
ható ha erre megtanított szülésznőnek adtam át. Így több órán
át fenntartható volt a hipnózis és a hipnoanesztézia.

Az irodalom szerint a férjnek történő raport átadás igen jól
bevált és így szintén fenntartható a szülés alatti mély hipnó-
zis. Ebben nem tudok kellő tapasztalat hiányában nyilatkozni.
Azt viszont bátran merem állítani, hogy "ideális esetben" a
férj hasznos partner és segítség lehet a szülést vezető személy-
zet számára.

A hipnózis szülés alatti fenntartásában nélkülözhetetlen a szenzoros imaginációs technikák alkalmazása. Ugyanakkor éppen ezt a technikai elemet tartom a legkritikusabbnak a hipnózisos szülésvezetésben, mert nehéz eldönteni, hogy melyek azok a tartalmak, imaginációs képek, melyeket a szülés alatt imagináltatni érdemes vagy kell.

Munkámban először az egyszerű, hobbi jellegű imaginációs tartalmakat használtam. Már terhesség alatti felkészítő munka során kiderült, hogy melyek azok a kellemes imaginációs képek, amelyeket a terhes nő kedvel. Ezeket használtam szüléskor is. Később spontán egyre abba az irányba haladtam, hogy a szüléshez, az anyasághoz, a családhoz közelebb kerülő tartalmakat használtam fel munkámban.

A szenzoros imaginációs tartalmak használatakor a leghatásosabb, ha az imaginációban az 5 érzésképeség megjelenik.

Az alábbiakban néhány említésre méltó esetet ismertetek, melynél sikeresen alkalmaztam a szenzoros imaginációs technikákat a hipnózis, a hipnoanesztézia fenntartására a szülés alatt, és a szülések tökéletes fájdalommentes élményként maradtak meg a szülőknél.

Esetismertetések

- B.A.-né 23 éves első szülő szülésre felkészítő hipnózis foglalkozásokon több alkalommal vett részt, magas hipnotikus fogékonysággal rendelkezett. Aktiv szüléssel került felvételre a szülőszobára. Gyors hipnózis indukció, mélyítés, anesztéziás szuggesztiók alkalmazásakor a hipnózis fenntartására, mélyítésére szenzoros imaginációs technikát alkalmaztam. Az általános iskola 4 osztályát végzett cigány szülőnőnél az autóbusz utazás imaginációját alkalmaztam. A szuggesztió az volt, hogy mire vége a busz útnak, a kórházban megszül. Közben folyamatosan végigkövettem a szülés haladását és imaginációiban élvezetes autóbusz utat mondott el. A fájdalomtalan szülésnél a gátmetszés helyreállítása hipnoanesztéziában, 5 cm³ 1%-os Lidokain kiegészítéssel történt.

-M.G.-né 25 éves először szülő. Felkészítés után a szülés aktív szakaszában kerül felvételre a hipnózis indukció és mélyítés után a magas fogékonyságu szülőnőnél szenzoros imaginációs technikát alkalmaztam a hipnózis mélyítésére és fenntartására. Az általa választott, felkinált imaginációs tartalmak -képzeljen el egy kellemes környezetet, ahol már volt és kellemes tiszta vizű hús forrás volt. Egy férjével tett közös kirándulás élményeit elevenítette fel képzeletében mély hipnózisban, mely a szülés egész időtartamára fenntartható volt. Az anesztézia, a kesztyű anesztézia fokozására a patakba mártott kezét fokozatosan érzéstelenítette a hús patakviz.

A szülőszobai kép a kitolási szak elején utazás után jelent meg képzeletében. A fájdalomtalan szülést gátérzéstelenítés nélkül, csupán hipnoanestéziában történt gátvarrás követte. A hipnoanestézia fenntartására és fokozására ismét a hús patakba mártott kezét használtam, úgy hogy steril kendővel az anesztéziát átvitte a gátra az érzéketlen kezével.

-P.E. 28 éves, második szülés aktív szakaszában került felvételre a szülőszobára. Első szülését 2 évvel azelőtt, hipnoanestéziában szülte és jelen terhességével is járt szülés-előkészítésre.

Magas hipnotikus fogékonysággal rendelkezett /Stanford Skálán 12 pont/. A szülés aktív szakaszában történt hipnózis hatására spontán imaginatív tartalmak kerültek elő a szülése alatt az ismert balatoni táj, családi jelenet, fürdés, gyerekekkel való játék. Ezt saját maga a szülés egész időtartamára fenn tudta tartani, és fájdalom nélkül szült. A gátvarráshoz éber állapotban akart maradni, megkapta gyermekét és jó erős gátérzéstelenítést kért.

-L.K.-né 24 éves első szülő. Rendszeretlen méhtevékenységgel terminusban felvételre került. Szülésfelkészítő foglalkozáson vett részt és magas fogékonysággal rendelkezett. A hipnózisban spontán előjött kedvenc időtöltése, a kötés és festés.

Egy tányér festéséhez kezdett hozzá, melyet a kitolási szak végére készre festett. A szülés után a gátvarráshoz spontán életkorregresszió jött létre családi jelenettel és 5 cm³ 1%-os Lidokain érzéstelenítés után fájdalomtalan gátvarrás történt. A poszthipnotikus szuggesztióban a kórházi tartózkodás idejére a gát kellemes érzéstelenségét megőrizte.

-T.J.-né 26 éves, magas fogékonysággal rendelkező asszony első terhességével és szülésével felkészítéssel vett részt és szülése hipnózisban zajlott. Különös képességgel rendelkezett a spontán imaginációs tartalmak tekintetében. Első szülése kitolási szakában a közeli húsüzembe tett kirándulást imaginációjában és úgy látta, hogy egy disznó ki akar jönni az ólból, de nem fér ki. Ez a kép egybe esett a magzat fejének a kismedencében történt áthaladásával.

Második szülésénél több alkalommal foglalkozásra járt és igen magas fogékonyságot mutatott a hipnózis iránt, 2-3 másodperc alatt igen mély hipnózis elérésére volt képes.

Szülésénél életkor progressziós technikát alkalmaztam és a jövő szülőszobáján szült hipnózisban, modern technikai műszerekkel felszerelt szülőszobán. Saját szülését végig tudta kontrollálni és párhuzamosan haladt a valóságos szüléssel az imaginációban megélt élmény. A fájdalomtalan szülést általa kért narkózisban végzett gátvarrással fejeztem be.

U.S.A. Ohio-ban másodszor szülő fehér amerikai házaspár 3 alkalommal járt hozzám hipnózisos szülésselőkészítésre. Azt akarták, hogy a szülés hipnózisban történjen. Az asszony a szülése alatt szabadon kívánt mozogni, szülészeti helyzetnek megfelelően. A hipnózis indukciót a férjen végeztem és közös hipnózisban az asszony irányított a szuggesziókkal.

Összefoglalva:

Ugy gondolom, hogy a hipnózisos szülésvezetés legkényesebb része a szülés alatti folyamatos hipnózisban tartás. Ez szenzoros imaginációs technika segítségével valósítható meg. Döntőnek érzem az imaginációs tartalmak megválasztását, alkalmazását. Ez ugyan nem esik a tudományos kutatás szabályozása alá /Nyergesné 1985/ ennek ellenére óvatosságra intek a használatával kapcsolatban, hiszen az imaginációs tartalmak alkalmazása mélyen a pszichikumba nyúl, a tudattalan szintjére, ezért további alapos kutatásokat igényel.

Nem adtam külön értékelést az újszülöttek paramétereiről.

Azzal indokolnám, hogy a hipnózisos szülésekhez az egészséges terheket, szövődménymentesnek ígérkező szüléseket választottam. A szülések döntő többsége szövődménymentes, egészséges újszülöttet eredményezett, magas Apgar státusszal. A hipnózisos szülésvezetés terhére írható szövődménnyel nem találkoztam munkám során. Ennek ellenére meg kívánom jegyezni, hogy az

első hipnózisos szülésvezetések során a hazai átlagon felüli /5-6%/ vacuum extrakciót végeztem. Ugyanakkor ezek mind kimeneti "könnyű" vacuumok voltak a kitolási szak lerövidítésére. Ezt a hipnózisos viselkedésben való kezdeti járatlanságomnak tulajdonítom. Később nem fordultak elő hasonló esetek.

Mint említettem a hipnózis terhére írható szövődmény nem fordult elő, azonban sikertelenségek-különösen a kezdeti szakaszban előfordultak. Leggyakoribb és legnehezebb "szövődmény" volt a hipnózisból való kimenet a spontán dehipnózis aktív szülés alatt, ezen esetekben csak imaginációs technika és esetenként gyógyszeres kiegészítéssel volt kivitelezhető a kielégítő hipnoesztézia. Dependencia egyetlen esetben sem alakult ki, természetesen külön figyelmet fordítottam e szövődmény elhárítására. Különben úgy gondolom, hogy szülés, terhesség során a hipnózis alkalmazásával kapcsolatosan ez nem jelent valós problémát, valószínűleg a nőgyógyászati eseteknél kell óvatosan alkalmazni.

Műtéteknél, főleg kis nőgyógyászati műtéteknél alkalmaztam /abrasio, cerclage/ ezeknél kellő anesztéziát biztosít.

Nagy műtéteknél-bár kellő tapasztalatom nincs-ennek ellenére úgy vélem manapság a modern anesztetikumok birtokában, mint egyedüli anesztetikum nem ajánlott, esetleg nagyon válogatott esetekben. Ugyanakkor a nagyműtétek előkészítésére és bevezetésére igen jó és könnyen alkalmazható.

5.5. Pszichoterápiás eljárások kombinálásának eredményei a szülésre felkészítésben

Ebben a vizsgálati sorozatban célul tűztük ki a különböző pszichoterápiás módszerek kombinálásának lehetőségét és előnyeinek vizsgálatát /Tiba és mtsai 1985/.

Önként jelentkező 9 terhesből álló csoporton 5 foglalkozásból álló szüléselőkészítést végeztünk, melynek keretében különböző pszichoterápiás módszereket kombináltunk.

A terhesség alatt és a szülés után felvett MMPI személyiség tesztek értékelése alapján megállapítható, hogy a profilon belül strukturális változás nem jött létre. A két görbe lefutása lényegében azonos volt, de a második tesztfelvételnél a skálák értékei alacsonyabbak. Ezek szerint a terhesség alatt a profil minden skálában megemelkedik, ennek oka az lehet, hogy ebben a periódusban a szenzitivitás fokozódik és a különböző ingerekre való fogékonyság nő.

A csoportos foglalkozások történéseinek értékelésekor azt találtuk, hogy a szabadinterakciós ülések és a szociodramatikus játékok alkalmával a méhen belüli magzatról, és a terhességről, mint állapotról alig esett szó. A fő témák ezeken a foglalkozásokon a családi, az aktuális munkahelyi és általános gyermeknevelési problémák voltak.

A felkészítésben a kombinált pszichoterápiás foglalkozások dinamikája eltért az előzőekben tapasztaltaktól. A magas hipnotikus fogékonyság és a jó rapport ellenére direkt technikákkal nehezen sikerült mély hipnózist elérni. Ezen "elutasító"

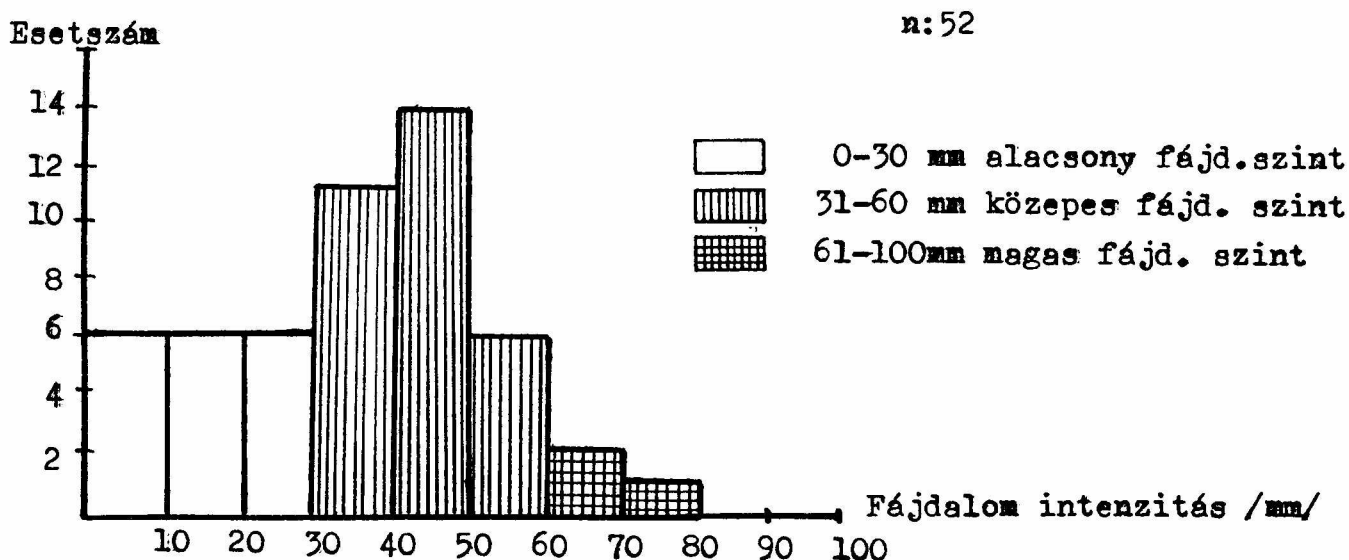
magatartást valószínűleg a különböző módszerek kombinálása, illetve azok sorrendje okozhatta. A hipnózis szerepe a különböző pszichoterápiás módszerek kombinálásakor a szülés élményének tudatosítása. Segítséget nyújt abban, hogy felszínre hozza mindazokat a tudattalan félelmeket, szorongásokat, melyek a szüléssel kapcsolatosak. A verbális kommunikációban a terhesség tényének háritása és a szüléssel kapcsolatos passzív magatartás jelent meg.

A szülés utáni beszámolókból szerepel ugyan a szülési fájdalom élménye, de ezt mind a 9 esetben elfedte az esemény egyedisége, nagyszerűsége, csúcsmélység jellege. A szülés alatt a tanult relaxációt jól fel tudták használni. A csoportos felkészítésről minden esetben az volt a vélemény, hogy megszüntette a félelmet, biztonságot, önbizalmat adott. Egyértelműen megfogalmazódott a valahová, az együvé tartozás élménye, biztonsága.

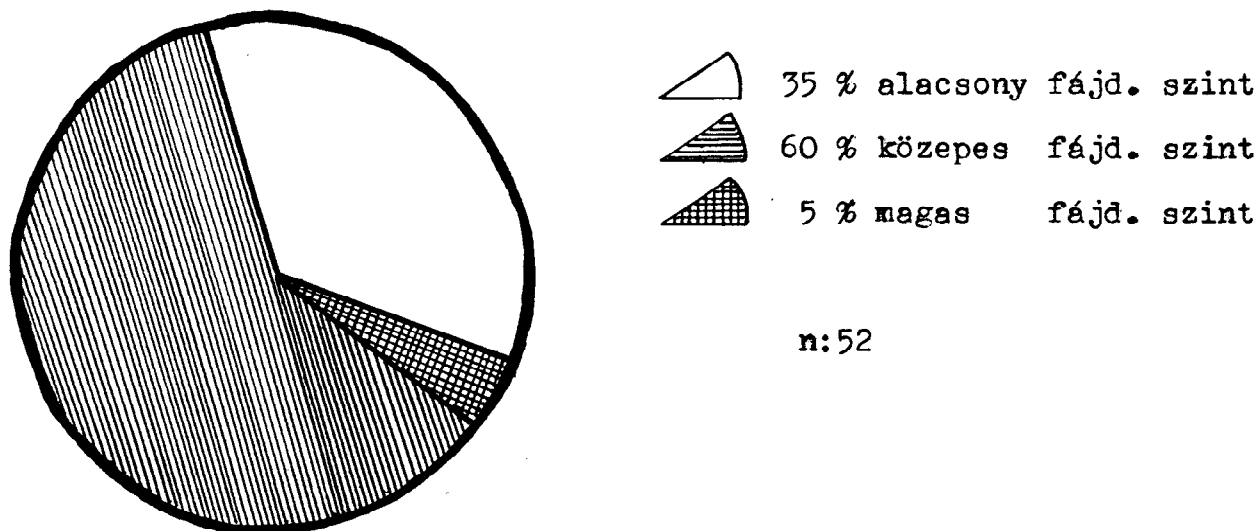
5.6. Komplex pszichofizikális felkészítő módszer értékelése

Munkám későbbi szakaszában terhestornával, légző és relaxációs gyakorlatokkal kombinált komplex felkészítő foglalkozások /I. sz. melléklet/ eredményét, hatékonyságát 52 terhes /26 szülésre felkészített és 26 választott kontroll/ esetében vizsgáltuk a szülés körülményeit, a felkészítés hatását. A Vizuál Analóg Skála /III. sz. mellékelt/ előzetes bemérése 100 szülést vizsgálva történt meg. Ennek eredményeként jöttek létre a fájdalom intervallumok, azaz alacsony fájdalomszinthez soroltuk a 0-30 pontos értékelést, 31-60 pontig jött létre a közepes fájdalom kategória, és 61-100 pont között pedig a magas fájdalom tartomány. Ezen tartományok figyelembe vételével értékeltük az 52 terhesből álló mintát és az adatok elemzésekor a következő eredményeket kaptuk. /Tiba és Mtsai 1984/.

22. ábra: A szülők megoszlása a fájdalom intenzitás összesített értéke alapján

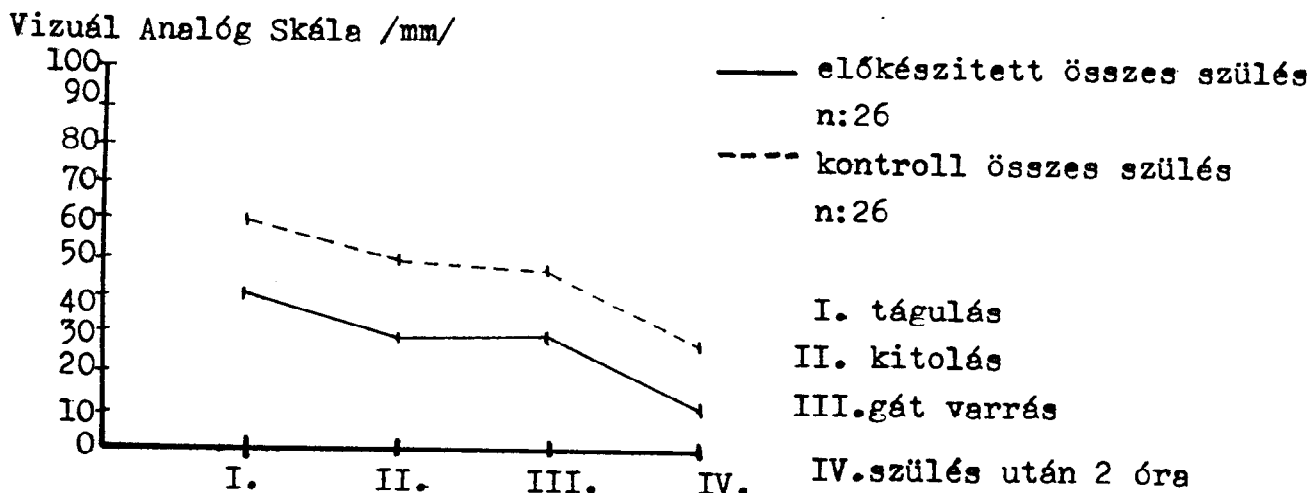


23. ábra: A szülők %-os megoszlása a fájdalom intenzitás alapján



Az ábrán látható, hogy a terhesek több mint a fele közepes fájdalomszintet jelzett szülése után. /A vizsgált csoportban nem történt fájdalomcsillapítás./

24. ábra: A fájdalom intenzitása a szülés egyes szakaszaiban a felkészített és a kontroll csoportban



A tágulási szakban érzik a legnagyobb fájdalmat a szülőnők. A felkészítésben részesült csoport fájdalomszintje a legacsonyabb, és jelentős eltérést mutatott a kontroll csoport-hoz viszonyítva.

Felfigyeltünk rá, hogy a gát helyi érzéstelenítése ellenére a gát varrás is viszonylag magas fájdalommal járt. Az eredmények alapján igazoltnak látjuk, hogy a pszichogén fájdalomcsillapító eljárások hatékonyak, illetve a komplex szülésre felkészítés önmagában is hatékonyan csökkenti a szülés alatti fájdalmakat az intenzitás dimenziójában is.

Tökéletes szülés alatti fájdalomcsillapításhoz azonban még egyéb módszerek kombinálása is szükséges.

5.7. A terhesség alatti szorongás szint mérése és összefüggése a szülés alatti fájdalomélménnyel

A STAI FX1 szorongást mérő teszt /Spielberger 1970, adapt. Sipos 1978/ felhasználásával vizsgáltuk 75 szülésre felkészített és ugyanannyi kontroll nem felkészített I. szülő terhes szorongását, és szülési fájdalommal való összefüggését. Mint az irodalomban is utaltunk rá, hipotézisünk a vizsgálatban az volt, hogy a magasabb szorongási szinttel magasabb fájdalom társul.

X. táblázat: A szorongás és a fájdalom szerinti %-os megoszlás a felkészített és a kontroll csoportban

Vizuál Analóg Skála intervallumai /fájd. intenzitás/	STAI FXI aktuális szorongás intervallumai					
	alacsony		közepes		magas	
	F	K	F	K	F	K
alacsony fájdalom	60 %	6 %	20 %	6 %	5 %	0 %
közepes fájdalom	30 %	61 %	65 %	64 %	79 %	70 %
magas fájdalom	10 %	33 %	15 %	30 %	16 %	30 %

F = felkészített csoport K = kontroll csoport

n:75 először szülő

n:75 először szülő

A kontroll csoporttal történt összehasonlításban a szülési fájdalom tekintetében igazoltnak látom, hogy a magasabb szorongáshoz magasabb fájdalom élmény társul. Továbbá a táblázat eredményei azt is érzékeltetik, hogy a felkészített csoportban jelentősen többen vannak az alacsonyabb szorongási szintűeknél azok, akik a szülést fájdalomtatlannak ítélték. Az alacsony szorongási szintnél mindhárom fájdalom intervallumban volt különbség a felkészítettek javára. A közepesen szorongó csoportban is érzékelhető volt /a közepes fájdalmat kivéve/ a két csoport közötti különbség. A magas szorongási szintűeknél a közepes és a magas fájdalom intervallumokban tapasztaltunk számottevő eltérést a felkészített csoport javára. A felkészítés eredményének tartom azt is, hogy a felkészített csoportban a magasabb fájdalomértékelés ellenére pozitív szülési élményről számoltak be a szülők.

A csoportok értékelésekor megállapítottuk, hogy a felkészített csoportban a felkészítés folyamán az aktuális szorongási szint csökkent. A terhesség II. trimeszterétől felkészítésre járt terhesek szorongási szintjét 4 alkalommal mértük a felkészítés végéig, a III. trimeszter végéig. A csoport átlag pontszáma, a 40 pontról 33 pontra csökkent. Az alkati szorongási szint nem mutatott számottevő változást, a felkészített csoportban. A kontroll csoport szorongási szintje a II. trimesztertől a terminusig sem az alkati, sem az aktuális skálán nem változott, az aktuális érték 40 pontról 42-re változott, ami nem jelent érdemleges elmozdulást.

5.7.1. Specifikus terhességi szorongás mérése /PAS/

Magyar nyelven eddig nem állt rendelkezésre specifikus terhességi szorongást vizsgáló mérőeszköz. Burstein /1974/ specifikus terhesség alatti szorongást és attitűdöt mérő tesztet dolgozott ki. Magyar nyelvre adaptáltam a tesztet és 75 I. szülő terhessége 29-33 hete között levő asszonyon vizsgáltam meg.

A Pregnancy Anxiety Scale /PAS/ magyarul specifikus terhességi szorongást mérő skála /III. sz. melléklet/ a STAI FX1, biztosan valid tesztel való összehasonlításakor mind a reliabilitás, mind a validitás tekintetében jó összefüggést mutatott.

Ezeket a méréseket szemlélteti a XI. és a XII. táblázat.

XI. táblázat:

A PAS érvényességi vizsgálatának eredménye

PAS	ATT 1/PAS/	SZOR 1/PAS/	ATT 1/PAS/	SZOR/PAS/
Spielberger				
Trait 1	.23	.40 ^{***}	.34 ^{***}	.49 ^{***}
State 1	.13	.31 [*]	.43 ^{***}	.43 ^{***}
Trait 2	.24	.38 [*]	.43 ^{***}	.61 ^{***}
State 2	.35 [*]	.43 ^{***}	.36 [*]	.52 ^{***}

Pearson product moment correlation

XII. táblázat:

A PAS megbízhatósági vizsgálatának eredménye

	ATT 2/PAS/	SZOR 2/PAS/
ATT 1/PAS/	.60 ^{***}	.39 [*]
SZOR 1/PAS/	.50 ^{***}	.70 ^{***}

- Rövidítések: ATT 1/PAS/ = attitűd az első felvételkor
 SZOR 1/PAS/ = szorongás az első felvételkor
 ATT 2/PAS/ = attitűd a második felvételkor
 SZOR 2/PAS/ = szorongás a második felvételkor
 Trait 1 = alkati szorongás az első felvételkor
 State 1 = aktuális szorongás az első felvételkor
 Trait 2 = alkati szorongás a második felvételkor
 State 2 = aktuális szorongás a második felvételkor
 * = p<0.01
 *** = p<0.001

6. DISZKUSSZIÓ ÉS UJ MEGÁLLAPÍTÁSOK

E témakörben kifejtett mintegy 15 éves klinikai, kutató és szervező munkám összefoglalását, értékelését az alábbiakban ismertetem.

Egyik legjelentősebbnek érzem a hipnózis szülészeti alkalmazásában kifejtett klinikai és kutató munkámat, különös tekintettel a gyakorlati kivitelezés korlátaira. Ezen klinikai és kutatási tapasztalatokkal közelebb kerültem a szülési fájdalom mélyebb megértéséhez pszichogén csillapítási lehetősége megoldásához. Ugyancsak e munkám vitt közelebb a szülészeti pszichoszomatika elsajátításához és a szülésre felkészítés komplex programjához. Így alakult ki az a koncepcióm, hogy országos terjesztése időszerűvé vált, melyhez jelentősen hozzájárul, hogy ebben az időben fogalmazódott meg az Egészségmegőrzés Társadalmi Programja, annak szükségessége. E program szülészeti megvalósítását jelentené az általános komplex pszichofizikális szülésre felkészítés illetve átmenetileg az alapszintű program megvalósítása. Munkám során lépéseket tettem egy új, hazánkban ismeretlen kutatási terület, a perinatalis pszichológia felé. Fontos a gyakorlati szülészetet érintő területek felé is lépéseket tettem, nevezetesen a férj vagy egyéb nem szakszemélyzet jelenléte a szülésnél, a szülési

a szülési alternatívák megvalósításának kérdése, a korai anya-gyermek kapcsolat elősegítése, a széleskörű komplex szülési fájdalomcsökkentés elterjesztése irányában. Mindezek a családközpontú szülészeti ellátás felé lépések. A terhesség és szülés alatti szuggesztív lehetőségek jobb kihasználásával kedvezően befolyásolhatók a körülmények. Értekezésem új megállapításának tekintem az alábbiakat:

- 1, A szülésre felkészítésre jelentkező terhesek hipnotikus fogékonysága magasabb mint a nem terhes populációé.
- 2, Különösen az első terhességüket viselő asszonyoknak magas a hipnózis iránti érzékenysége, de a másodszor szülők is magasabb fogékonysággal rendelkeznek mint a nem terhesek.
- 3, A szülés alatti folyamatos hipnózisban tartás magas fogékonyságúakon, anesztéziás szuggestiók és szenzoros imaginációs technikák segítségével kivitelezhető. Így a szülés hipnoszuggesztív módszerrel tökéletesen fájdalommentesíthető.
- 4, A rutin szülészeti ellátás számára a szülés egész időtartamára kiterjedő folyamatos hipnózisban tartás fájdalomcsillapítás céljából nem valósítható meg.
- 5, A szülés alatti szakaszos hipnózis alkalmazása könnyen kivitelezhető és jó hatása.
- 6, Az egészséges terheseken és szülés alatt fájdalomcsökkentés céljából alkalmazott imaginációs technikák további alapvető interdiszciplináris kutatásokat igényelnek.

Befejezésül, az eddigi szervezési tapasztalatok és eredmények birtokában bizonyítottnak vehető hogy jó volt az alapkonceptió mely szerint a programot az orvosok, főleg szülész orvosok megnyerésével a szakdolgozói hálózatra kell alapozni./L.Melékletek./A Pszichoprofilaxis Program szervezési koncepciókat ismertető közleményeimből egyértelműen látszik, hogy a programot a jól fejlett védőnői hálózatra lehet és kell alapozni. E mellett igen jelentős tényzőként kell figyelembe venni a gyógytornászok és szülésznők lehetőségeit e program felvirágoztatásában és általánossá tételében. Jól fejlett, szakmailag egyre igényesebb védőnői hálózatunk képes felvállalni e "minőségi munkát" jelentő feladatot. Ugyancsak kitűnő lehetőség kínálkozik a szülésznőknek. Hazánkban nem alakult ki erős szülésznői szakhálózat-eltérően a fejlett nyugati országoktól-de ennek ellenére a szülésznők a szülés előtt ha találkozhatnának a leendő szülőnővel számos előnyt rejtene e találkozás magában, hiszen a szülés a vajudás idejéből legtöbbet velük van a szülőnő. Jól képzett gyógytornászaink szívesen vállalnának szerepet az oly fontos terhesgimnasztika terjesztésében. Az eddigi tapasztalatok alapján bátran mondhatjuk hogy a több sikeres szülésre felkészítő tanfolyam további folytatása bővítése nem képezheti vita tárgyát. E program további létjogosultságának igazolására döntő fontosságú a kutatás, az elért eredmények objektív a tudomány mai állásának megfelelő értékelése a kutatási eredmények további hasznosítása.

Különleges lehetőség kínálkozik erre interdiszciplináris munkacsoportok kialakításával, melyben kulcsszerepe van a kutató pszichológusnak. Hazánkban ma már a pszichológia tudománya a pszichoterápia és az orvosi pszichológia kivívta létjogosultságát, napról napra nagyobb tekintélyt elismerést szerez mind a kutatásban mind a gyógyításban. E határterület különös lehetőséget kínál a pszichológiának, sőt e téren végzett alapvető szociálpszichológiai kutatásokkal a szülészeti gyakorlat számára is elképzelhető olyan információk adása, melyekkel a szülészeti ellátás olyan területéhez is jobban hozzáférhetünk, amelyekkel eddig a medicinális rész nem boldogult kellő eredménnyel.

Végezetül kedvenc mondatommal szeretném befejezni értekezésemet:

"Változó világunkban a leendő anyákat meg kell tanítani terhesnek lenni és szülni."

Köszönetnyilvánítás

Mindenek előtt köszönettel tartozom Dr. Mészáros István professzornak, Dr. Bányai Éva kutatóknak, akik elindítottak e kutatásban és végig segítettek útkeresésben. Köszönet illeti meg Dr. Jakubecz Sándor megyei szülész főorvost, előző munkahelyi főnökömet, aki lehetővé tette, hogy munkám jelentős részét a gyulai megyei kórház szülészeti osztályán végezhessen.

Külön köszönet illeti meg aspiránsvezetőmet, Dr. Csömör Sándor professzort, aki mindvégig támogatott klinikai és kutató munkámban. Köszönet illeti az I. sz. Női klinika dolgozóit és különösen a Szülészeti Pszichoprofilaxis Munkacsoport dolgozóit, akik jelentős segítséget nyújtottak munkámban és a hazai program kialakításában nagy részük van.

Köszönettel tartozom jelenlegi munkahelyi vezetőimnek, Dr. Óry Imre és Dr. Pintér Attila minisztériumi főtanácsosoknak, akik a hazai pszichoprofilaxis program megvalósításában döntő jelentőségű támogatásban részesítettek.

Köszönettel tartozom Bognárné Várfalvi Marianna védőnőnek, aki az elmúlt években munkatársamként a szülésre felkészítő komplex módszer kidolgozásában, megvalósításában és a kutató munkában segítő partnerem volt.

Megkülönböztetett köszönet illeti meg családomat és különösen Dr. Balogh Ilona pszichiátert, feleségemet, aki munkatársam, segítségem és támogatóm volt e hosszú útkeresésben, kutatásban mindvégig.

Végezetül hálával tartozom a magyar egészségügy és tudományos élet legmagasabb szintű képviselőinek, akik lehetővé tették számomra, hogy belföldi aspiránsként fővárosi vezető klinikán dolgozhattam hosszabb ideig, valamint, hogy külföldön tanulmányuton lehettem, és hogy az egészségügyi ellátás legmagasabb szintjén szülészeti ellátásunk szervezésében dolgozhattam.

Budapest, 1988 augusztus 29

Rubajello

Isz.melléklet A hazai terhespopulációra kidolgozott komplex felkészítő program tematikája

ELMÉLET	TORNA és LÉGZŐGYAKORLAT	RELAXÁCIÓ
<p><u>1.foglalkozás</u></p> <p>A tanfolyam célja. Helyes életmód és táplálkozás a terhesség alatt. Pszichés változások a terhességben.</p>	<p>Helyes fekvés, ülés, állás, járás megtanítása.</p> <p>Általános légzőtorna.</p>	<p>Koncentratív lazítás</p>
<p><u>2.foglalkozás</u></p> <p>Anatómiai ismeretek. Élettani változások. A terhesség alatti vizsgálatok célja és módja.</p>	<p>Testhelyzetek a terhesség alatti pihenésre, lazításra.</p> <p>Hát és hasizom gyak. Csúcsi, mellkasi és hasilégzés megtanítása.</p>	<p>Koncentratív lazítás</p> <p>Autogén tréning</p>
<p><u>3.foglalkozás</u></p> <p>A szülés megindulásának jelei. A szülés szakaszai. A szülés-kor javasolt légzés és lazítás jelentősége. A fájdalomcsillapítás lehetőségei.</p>	<p>Gerinc mobilizáció.</p> <p>Medencefenék erősítő gyakorlatok, mellizom erősítése.</p> <p>Lazító légzések gyakorlása.</p>	<p>Autogén tréning</p> <p>/hullám imagináció/</p>

ELMÉLET	TORNA és LÉGZŐGYAKORAT	RELAXÁCIÓ
<p><u>4.foglalkozás</u></p> <p>A bőrkontaktus szerepe a szülés utáni percekben. A gyermekágy időszaka a kórházban és otthon. Az ujszülött ellátásához szükséges kellékek. Higiéné Pszichés változások.</p>	<p>Vénáskeringést fokozó gyakorlatok. Gátizom erősítés. Lumb. lord. elleni gyakorlatok. Csipőtorna. Szülés alatti légzés-típusok megtanítása.</p>	<p>Hipnózis</p>
<p><u>5.foglalkozás</u></p> <p>A szoptatás jelentősége, az anyatej. A szoptatás higiénéje, technikája. A mell előkészítése a szoptatásra. Fejés. A szoptatás hatása az anyára és az ujszülöttre.</p>	<p>Medence körüli izmok erősítése - gluteusok, csipő, gát. Mellizom, hátizom gyakorlatok. Szülés alatti légzés a szülés testhelyezeteiben.</p>	<p>Relaxációban imagináció: Leuner technika / rét, víz /</p>
<p><u>6.foglalkozás</u></p> <p>Az ujszülött ellátása a szülőszobán. Az ujszülött élettani sajátosságai, viselkedése az első hetekben. Alapvető ismeretek az ápolással, higiénével, és az otthoni gyógyszerrel kapcsolatban</p>	<p>Egyensúly gyakorlatok. Talpizom erősítés. Aktív lazítással kombinált légzőgyakorlatok.</p>	<p>Autogén tréning vagy aktív relaxáció</p>

ELMÉLET

TORNA és LÉGZŐGYAKORLAT

RELAXÁCIÓ

7.foglalkozás

Az újszülött helye a családban, napirendje.

Masszázs gyakorlatok.
Nyomásponatok a szülési fájdalom csökkentésére.
A gyermekágyi torna fontosabb gyakorlatainak megbeszélése.
Kitolási technika légzése. /Nyomás nélkül /

Autogén tréning után a szülési kontrakciók elképzelése, légzőgyakorlatokkal kiegészítve a szülés haladásával szinkronban.

8.foglalkozás

-----HIPNÓZIS

Kiegészítő foglalkozások

Filmvetítés, videó, dia, szülőszoba látogatás, újszülött osztály megtekintése.

II.sz.melléklet Módosított Vizuál Analóg Skála

Név Hányadik szülése volt ez
Műtétes szülés volt? igen nem


Kedves Asszonyom!

A szülést követő 24 órán belül sziveskedjék kitölteni ezt a tesztet.


Kérjük jelölje meg a szülés szakaszaiban érzett fájdalom erősségét az alábbi vonalakon, egy kis jelzéssel. Amennyiben nem érzett fájdalmat, úgy a jelzése a vonal bal oldala felé kerül, ha közepes erősségű fájdalmat érzett, úgy a vonal közepe felé, és értelem szerűen, erős fájdalom esetén a jobb oldalra kerül. Köszönjük közreműködését.

1.A szülés első szakaszában - a tágulási szakban - milyen erősségűnek ítélte meg a fájdalmát?


/ jelölje meg a vízszintes vonalon - értelemszerűen - a fájdalom fokát függőleges kis vonallal/

nincs fájdalom  elviselhetetlen fájdalom


2.Jelölje meg a fájdalom mértékét attól kezdve, amikor nyomni kezdett - a szülés végéig.

nincs fájdalom  elviselhetetlen fájdalom

3.A gát varráskor érzett fájdalmát jelezze.

nincs fájdalom  elviselhetetlen fájdalom

4.Ugyanígy jelezze a szülés utáni 2 órában érzett fájdalmát.

nincs fájdalom  elviselhetetlen fájdalom

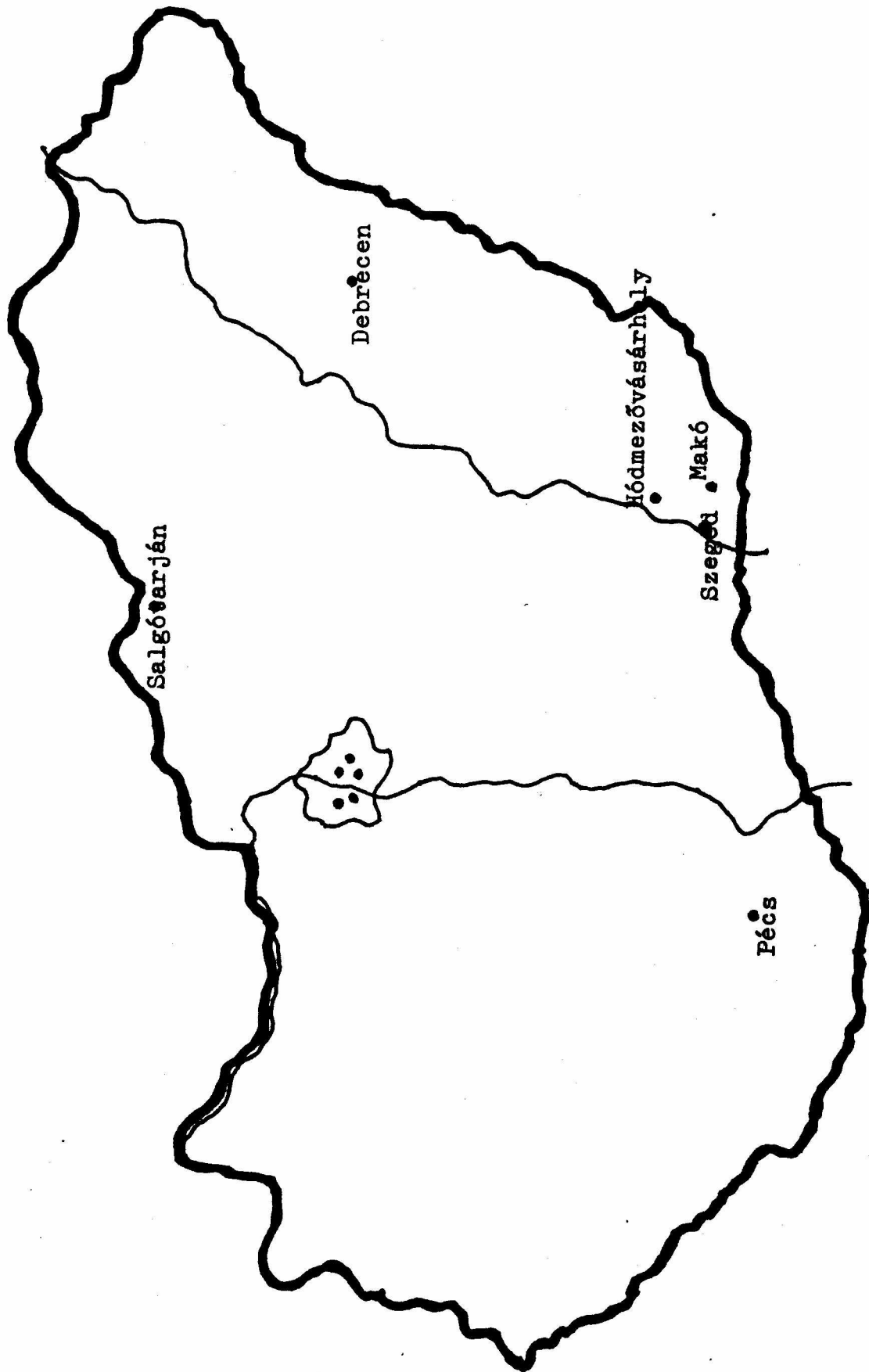
III. melléklet: Terhességi Szorongási Skála

A terhesség a nők életének egyik legváltozatosabb, legörömtelibb időszaka. A gyermek vállalása örömet és egyben felelőséget jelent, ezért érzelmileg hangsúlyos időszakot élnek ilyenkor a nők. Az alábbiakban a terhességgel, a gyermekvárással kapcsolatos néhány megállapítást talál, kérjük gondosan olvassa el ezeket. Amennyiben úgy ítéli meg, hogy a kijelentés érvényes Önre, akkor az IGAZ választ karikázza be. Ha úgy érzi, hogy az adott megállapítás nem érvényes Önre, akkor a NEM IGAZ bekarikázásával adja meg a választ.

- | | | |
|--|------|----------|
| 1. Terveztem ezt a gyereket | IGAZ | NEM IGAZ |
| 2. Dühös lettem, amikor megtudtam, hogy terhes vagyok. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 3. A férjem nem örült, amikor megtudta, hogy terhes vagyok. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 4. A magzatmozgások megrémítenek engem. . . | IGAZ | NEM IGAZ |
| 5. Nem zavar, hogy a testem deformálódik a terhesség alatt. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 6. Terhesség alatt csökken a sexualitás iránti érdeklődésem. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 7. Attól félek, hogy a gyermekem születése előtt meghalhat. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 8. Félek a szülés alatti fájdalomtól. . . . | IGAZ | NEM IGAZ |
| 9. Aggódok, hogy a szülésnél az orvosom nem lesz jelen. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 10. Amiatt aggódok, hogy nem tudom, mikor menjek be szülni a kórházba. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 11. Attól félek, hogy a terhesség alatti nemi élet miatt sérülhet a gyermekem. . | IGAZ | NEM IGAZ |
| 12. Megrémítenek azok a dolgok, amit az emberek a szülésről beszélnek. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 13. Gyakran aggódok amiatt, hogy a gyermekem nem lesz egészséges. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 14. Sohasem tudtam elképzelni, hogy terhességmegszakításom legyen. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 15. Az a gondolat, hogy szülés alatt szakadni fogok, vagy vágnak, sohasem zavart . | IGAZ | NEM IGAZ |
| 16. Ugy érzem, a terhesség veszélyes. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 17. Sohasem gondolok arra, hogy képtelen lesznek gondját viselni gyermekemnek. . . . | IGAZ | NEM IGAZ |
| 18. Már választottam nevet a gyermekemnek. . | IGAZ | NEM IGAZ |
| 19. A férjem nagyon bátorít, és sokat segít . | IGAZ | NEM IGAZ |
| 20. Félek, hogy a szülésnél meghalok. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 21. Félek, hogy magamra maradok a gyermekem gondozásában. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 22. Időnként félek, hogy estleg vérezni fogok a terhességem miatt. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 23. Sohasem álmodok arról, hogy a gyermekem megsérülhet. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 24. A férjem úgy gondolja, hogy a nemi élet miatt a gyermekünk megsérülhet. | IGAZ | NEM IGAZ |
| 25. Általában jól érzem magam a terhesség ideje alatt. | IGAZ | NEM IGAZ |

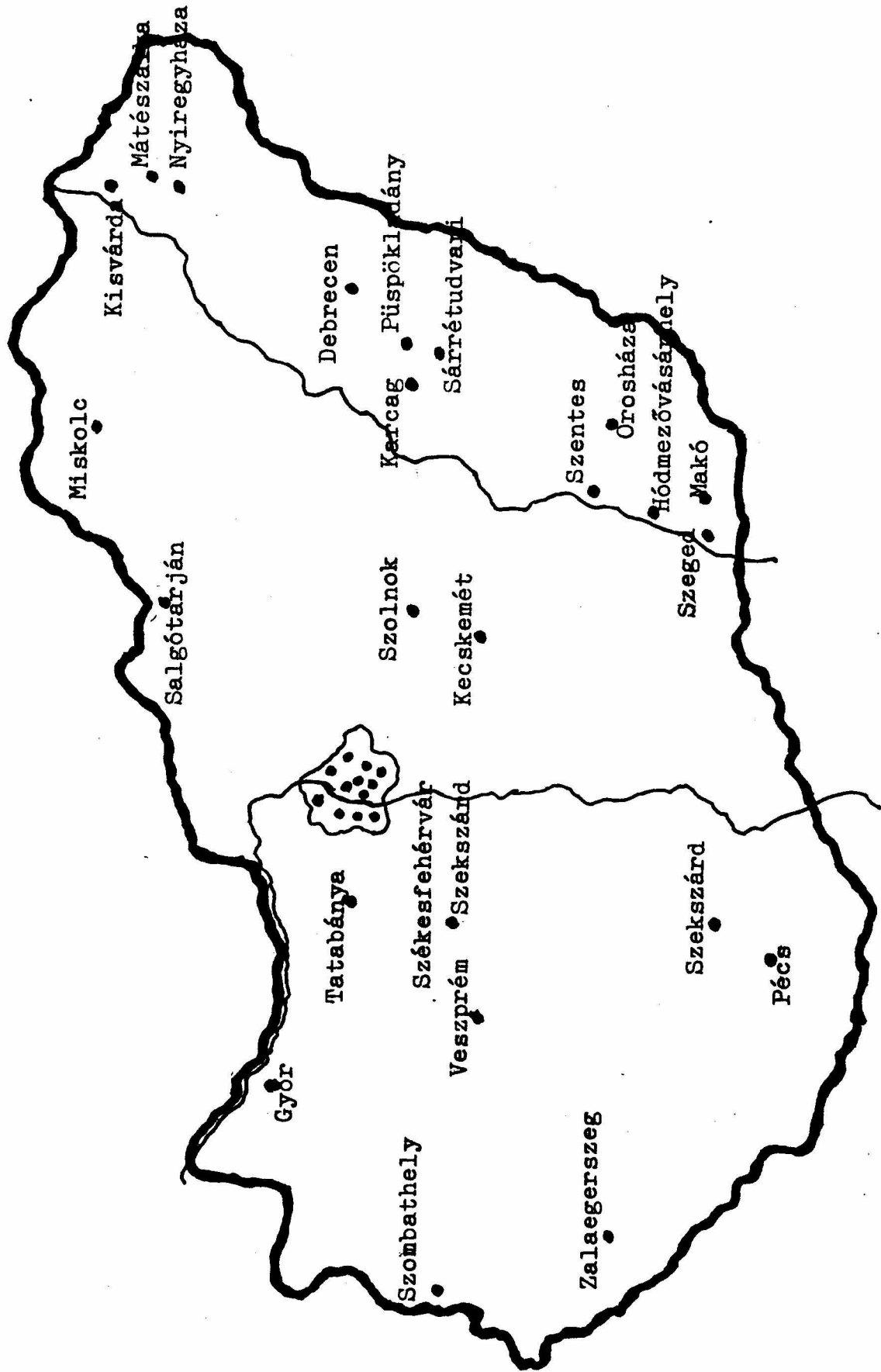
SZÜLÉSRE FELKÉSZÍTÉSEK MAGYARORSZÁGON

1985



SZÜLÉSRE FELKÉSZÍTÉS MAGYARORSZÁGON

1988



IRCDALOM

- Abramson, M., Heron, W.T.:/1950/Objective evaluation of hypnosis in Obstetrics. Preliminary report. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 59. 1069-1074.
- Adams, R.D., Victor, M.:/1985/Principles of Neurology. Third. Ed. Mc. Graw Hill. Book Comp.
- Aitken, R.B.:/1969/Measurement of feelings Using Visual Analogue Scales. Proc. R. Soc. Med. Vol. 62. 989-993.
- Ambrose, G., Newbold, G.:/1968/A handbook of medical hypnosis. Bailliere. Tindall and Cassel. London.
- Andrew, J.M.:/1970/Recovery from surgery, with and without preparatory instruction for three coping styles. J. of personality and Social Psych. Vol. 15. 223-226.
- Andrews, G., Tennant, R.:/1978/Life event stress, social support coping style and risk of psychological impairment. J. of Nervous and Mental Disease. Vol. 166. 307-316.
- Argyle, M.:/1972/The psychology of interpersonal behavior. 2nd ed. Baltimore. Penguin Books.
- August, R.V.:/1960/Obstetric Hypnoanesthesia. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 79. 1131-1138.
- August, R.V.:/1961/Hypnosis in Obstetrics. Mc. Graw Hill. New York.
- August, R.V.:/1965/Hypnosis in Obstetrics: Varying approaches. Am. J. of Clinical Hypnosis. Vol. 8. 47-51.
- Averill, J.R.:/1973/Personal control of aversive stimuli and its relationship to stress. Psychological Bulletin. Vol. 80. 286-303.
- Bagdy E., Koronkai B.:/1978/Relaxációs módszerek. Medicina. Budapest.
- Balaskas, J.:/1985/Active Birth Manifesto. The International Active Birth Movement. Ist. Congress. London. Abstract.

- Balaskas, J.:/1988/Active Birth.Unwin.
- Bányai É., Hilgard, E.:/1974/A Comparison of Active-Alert Hypnotic Induction with traditional Relaxation Induction. J.Abnorm.Psychol.Vol.85. 218-224.
- Bányai É., Mészáros I., Csókay L.:/1982/Interaction between hypnotist and subject:A social psychophysiological approach. Paper presented at the International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine.Glasgow.Scotland.Abstract.
- Barber, D., Mayer, D.:/1977/Evaluation of the efficiency and neural mechanism of hypnotic analgesia procedure in experimental and clinical pain.Pain.Vol.4. 41-48.
- Barton, J.J.:/1980/Alternative Birthing Center.Experience in a teaching obstetric service.Am.J.Obstet.Gynecol.Vol.2. 377-384.
- Beck, N., Hall, D.:/1978/Natural Childbirth.A Review and Analysis.Obstetrics and Gynecology.Vol.52. 371-379.
- Beck, N., Geden, E.:/1979/Preparation for labor:A Historical Perspective.Psychosomatic Medicine.Vol.41. p.250.
- Beck, N., Siegel, L.:/1980/Preparation for childbirth and contemporary research on pain, anxiety and stress reduction: A Review and Critique.Psychosomatic Medicine.Vol.42. 429-447.
- Bennets, A.:/1982/The free-standing Birth Center.The Lancet Vol.1. 378-380.
- Bing, E.:/1969/Six practical lessons for an easier childbirth.The Lamaze method.New York.Bantam Books.
- Blattner, B.:/1981/Holistic Nursing.Anglewood Cliffs., NJ:Prentice Hall.
- Bonica, J.J.:/1984/Labour pain.In:Wall.P.D., Melzack R./ed/Textbook of pain.Churchill-Livingstone.Edinburg.
- Boncz, I., Fodor, J., Pallag, L.:/1982/A study on the hypnotic susceptibility of persons attempting suicide:some therapeutic considerations.Int.J.Clin.Exp.Hypn.Vol.30. p.194.

- Bressler, D.:/1979/Free yourself from Pain.New York:Simon and Schuster.
- Burstein, I., Kitch, R.A., Stern, L.:/1974/Anxiety, pregnancy, labour and the neonate.Am.J.Obstet.Gynecol.Vol.118. 195-199.
- Butzen, F.:/1980/The Alternative Birthing Center.Am.J. Dis.Child.Vol.134. p.348.
- Caldeyro-Barcia, Roberto:/1977/"Some Consequences of Obstetrical Interferences".Birth and Family Journal.Vol.2. 34-38.
- Cassel, J.:/1976/The contribution of the social environment to host resistance.Am.J.of Epidemiology.Vol.123. 104-107.
- Chertok, I., Langen, D.:/1968/Psychosomatic der Geburtshilfe.Hippokrates-Verlag.Stuttgart.
- Chlifer, R.:/1930/Verbal analgesia in childbirth.Psychotherapie Harkov.Vol.2. 307-318.
- Clark, N.:/1956/Training method for childbirth utilizing hypnosis.Am.J.Obstet.Gynecol.Vol.72. 1302-1304.
- Clark, N.:/1973/Anesthesia in Obstetrics.Gen.Postgraduate Medicine.
- Claxton:/1986/Birth Matters Issues and alternatives in Childbirth.Ros.ed.
- Cobb, S.:/1976/Social support as a moderator of life stress.Psychosomatic Medicine.Vol.38. 300-314.
- Connor, W.H.:/1974/Effect of brief relaxation training on automatic response to anxiety-evoking stimuli. Psychophysiology.Vol.11. 591-599.
- Coppen, A.J.:/1958/Psychosomatic aspects of praeclamptic toxæmia.J.Psychosom.Res.Vol.2. 241-265.

- Copstick, S.M., Hayes, R.J.:/1986/The importance of support in labour in determining obstetric outcome.cit.The Psychosomatic Approach:Contemporary Practice of Whole-person Care.1986.John Wiley and sons.Ltd p.84.
- Cutter, A.:/1945/Traitments magnétiques.Accouchment.J.Magnét.Vol.3. 115-116.
- Dauids, A., De Vault, S., Talmadge, M.:/1961/Maternal Anxiety, pregnancy and childbirth abnormalities.J.of Consulting Psychology.Vol.25. 74-75.
- Dauids, A., De Vault, S.:/1962/Maternal anxiety during pregnancy and childbirth abnormalities.Psychosom.Med.Vol.24. 464-470.
- Dennerstein, L.:/1983/Handbook of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.Elsevier Biomedical Press.
- Deutch, H.:/1943/Psychology of Women.New York.Grune and Stratton.
- Deutch, H.:/1955/Psychology of pregnancy, labor and puerperium in.Greenhill J.D./ed/:Obstetrics.Philadelphia Saunders.
- Devore, J.S.:/1981/Psychological anesthesia for Obstetrics in. Snider and Levison/ed/Anesthesia for obstetrics. Baltimore:Williams, Wilkins.
- Doering, S.G., Entwisle, D.R.:/1975/Preparation during pregnancy and ability to cope with labor and delivery.Am.J. Orthopsych.Vol.45. 825-837.
- Eaton, W.W.:/1978/Life events, social supports and psychiatric symptoms:A reanalysis of the New Haven data.J.Health Soc.Behav.Vol.19. 230-234.
- Edwards, K.R., Jones, M.R.:/1970/Proceedings of the 78th Annual Psychological Association. 341-342.

- Egbert, L.D., Battit, G.E.:/1964/Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *New Engl. J. of Med.* Vol. 270. 825-827.
- Ericson, M.T.:/1976/The relationship between psychological variables and specific complications of pregnancy, labor and delivery. *J. Psychosom. Res.* Vol. 20. 207-210.
- Ericson, M.H., Rossi, E.L.:/1979/Hypnotherapy: An Exploratory Casebook. New York. Irvington.
- Esdaile, J.:/1850/Mesmerism in India and it's Practical Application in Surgery and Medicine. Hartford, England, Silus Andrus and So.
- Ewy, D., Ewy R.:/1970/Preparation for Childbirth. New York. New American Library.
- Falorni, M.L., Fornaring, A., Stefanille, C.:/1977/The fifth International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology Abstracts. Studio Rocca, Roma Italy p. 218.
- Faragó, J.:/1968/Az ataralgéziás szülésvezetés. Kandidátusi értekezés. Budapest.
- Fellows, B.J.:/1982/Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis. April. No. 5.
- Fellows, B.J.:/1983/Data collection pooled from various studies with Creative Imagination Scale./Personal Communication/.
- Felton, G.S., Segelman, F.B.:/1978/Lamaze Childbirth Training and changes in belief about personal control. *Birth and Family J.* Vol. 5. 141-150.
- Fenning, W.:/1961/What is the value of hypnosis in childbirth? *Am. J. Clin. Hypn.* Vol. 3. 203-205.
- Festinger, L.:/1954/A theory of social comparison processes. *Human Relations.* Vol. 7. 117-140.

- Foissac, P.:/1833/Rapports et Discussions de Académie Royale de Medicine sur le magnetisme Animal.Baillare, J.B. Paris.
- Fox, H.A.:/1979/The effects of catecholamines and drug treatment on the foetus and newborn.Birth Fam.J.Vol.6. 153-156.
- Franke, U.:/1923/Amnesie und Anaesthesie bei der Hypnose- geburt.Deutch Med.Wschr.Vol.2. 118-123.
- Freedman, L.Z., Ferguson, V.M.:/1950/The question of "pain- less childbirth" in primitive cultures.Am.J.Orthopsych. Vol.20. 363-379.
- Freedman, D.:/1974/Parturiphobia.Am.J.Obstet.Gynecol.Vol. 118. 130-135.
- Frigyesi J.:/1922/A szuggesrált kábálomról és a fájdalom- matlan szülés egyéb módjairól.Orv.Hetil.66. 347-348.
- Frischholz, E., Spiegel, D.:/1983/Hypnosis is not therapy. Bulletin of the British Society of Experimental and Cli- nical Hypnosis.No.6. 3-9.
- Fromm, E., Shor, R.E.:/1972/Hypnosis Research Developments and Perspectives. Aldine Atherton.Chicago-New York.
- Gerard, H., Rabbie, J.:/1961/Fear and social comparison. J.of Abnormal and Social Psych.Vol.62. 586-592.
- Gibson, H.B.:/1982/Pain and it's conquest.London.Peter Owen. p.92.
- Gintzler, A.R.:/1980/Endorphine mediated increases in pain threshold during pregnancy.Science.Vol.210. 193- 195.
- Glass, D.C., Singer, J.E.:/1972/Urban stress.New York. Academic Press.
- Godstein, A., Hilgard, E.R.:/1975/Lack of influence of the Morphine antagonist Naloxone on the hypnotic analgesia.

- Proceedings of the National Academy of Sciences. Vol. 72. 241-243.
- Goodrich, F.: /1950/ Natural Childbirth: A Manual for Expectant Parents. New York. Prentice Hall.
- Gorsuch, R. L., Key, M. K.: /1974/ Abnormalities of Pregnancy as a function of anxiety and life stress. J. Psychosom. Vol. 36. 352-361.
- Greguss, A. Cs., Bányai É., Mészáros I., Csókay L., Gerber A.: /1975/ A hipnózis iránti érzékenység standard vizsgálata magyar nyelven. M. Pszich. Társ. IV. Tud. Jub. Nagygyűlése. Szerk.: Benedek L., Székely T-né Bp. 61-62.
- Haley, J.: /1967/ Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy. Selected papers of Milton H. Erickson. Grune Stratton.
- Harris, V. A., Katkin, E. S.: /1976/ Paced respiration as a technique for the autonomic response to stress. Psychophysiology. Vol. 13. 386-391.
- Heardman, H.: /1950/ A way to Natural Childbirth: A Manual for Expectant Parents. New York. Prentice Hall.
- Heardman, H.: /1951/ Relaxation and Exercise for Natural Childbirth Baltimore. The Williams and Wilkins Company.
- Heardman, H.: /1959/ Physiotherapy in Obstetrics and Gynecology. New York. Prentice Hall.
- Henning, H.: /Zur psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Ideggyógy. Szemle. 39. sz. 360-368.
- Hertz, D. G., Molinski, H.: /1980/ Psychosomatic der frau. Springer. Verlag. Berlin. Heidelberg. New York.
- Hetzl, B. S., Bruer, B.: /1961/ A survey of the relation between certain common antenatal complications in primiparae and stressful life situations during pregnancy. J. Psychosom. Res. Vol. 5. 175-182.

- Hilbers, M.S.:/1984/Paced Breathing. Terminology Changes and Teaching techniques. Genesis. Vol.5. 16-17.
- Hilgard, E.R., A.M. Weitzenhoffer, P. Gough: /1958/ Individual differences in susceptibility to hypnosis. Proc. Nat. Acad. Sci. Vol.44. 1255-1295.
- Hilgard, J.R.: /1970/ Personality and Hypnosis: A study of imaginative involvement. Chicago, University Press.
- Hilgard, E.R., Hilgard, J.R.: /1975/ Hypnosis in the Relief of Pain. Los Altos, Calif.: Kaufmann.
- Hilgard, E.R.: /1977/ Divided Consciousness. Multiple Controls in human thought and action. A Wiley-Interscience Publication. 185-194.
- Hirschler I.: /1963/ Szülészoba tessék belépni. Medicina Könyvkiadó.
- Holmes, D.S., McCaul, K.D., Solomos, S.: /1978/ Control of respiration as a means of controlling response to threat. J. of Personality and Social Psychology. Vol.36. 198-204.
- Home Birth Conference /1988/ Aims Quaterly Journal. Winter 87-88. 1-15.
- Hubert, J.: /1974/ Belief and reality: Social factors in pregnancy and childbirth. The integration of a child into a Social World. Ed.: by Richards M.P.H. pp.37-52. C.U.P. Cambridge.
- Huskisson, E.L.: /1976/ Graphic representation of pain. Pain 2. 175-184.
- Hughey, M.J., Mc Elin, T.W., Young, T.: /1978/ Maternal and fetal outcomes of Lamaze prepared patients. Obstet. Gynecol. Vol.51. 643-647.
- Iványi M.: /1975/ Szülés előtt szülés után. Kossuth Könyvkiadó.

- Jacobson, E.:/1938/Progressive relaxation.Chicago University Press.
- Jacobson, E.:/1959/How to relax and have your baby.New York Mc Graw Hill.
- Jacobson, E.:/1970/Modern treatment of tense patients. Springfield, IL:Thomas.
- Kann, I.:/1950/An explanatory study on the relationship of certain psychological variables to the degree of difficulty of childbirth.Dissertation.University of Pittsburg.
- Kapp, F.T., Horstein, S.:/1963/Some psychologic factors in prolonged labor due to inefficient uterine action.Comp. Psychiat.Vol.4. 9-18.
- Karmel, M.:/1959/Thank you Dr Lamaze.Philadelphia.ed.JB. Lippincott.
- Kertész, I., Scipiades, E.:/1957/Szuggesztiv hatás jelentősége a szülészetben.Magyar Nőorv.L.20. 280-284.
- Kitzinger, S., Davis, J.:/1978/The Place of Birth. OUP.Eds.Oxford.
- Kitzinger, S.:/1983/The New Good Birth Guide.Penguin.
- Klaus, M.H., Kennel, I.H.:/1976/Maternal infant bonding. St.Louis:CU.Mosby
- Kline, M., Guze, H.:/1955/Self-hypnosis in childbirth.A clinical evaluation of patient-conditioning program.J.Clin. Exp.Hypnosis Vol.3. 142-147.
- Klusman, L.E.:/1975/Reduction of pain in childbirth by the alleviation of anxiety during pregnancy. J.of Consult. Clin. Psych.Vol.43. 162-165.
- Kogerer, H.:/1922/Die posthypnotische Geburtsanalgesie. Wien.Klin.Wschr.Vol.3. 513-517.

- Kondas, O., Scetnicka, B.:/1972/Systematic desenzitization as a method of preparation for childbirth. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry. Vol. 3. 51-54.
- Krasznai P.:/1978/Szülési fájdalomcsillapítás lumbális peridurális anaesztéziával. Kandidátusi értekezés. Budapest.
- Kretschmer, E.:/1959/Gestufte aktive Hypnose. In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Vol. IV. Urban und Schwarzenberg München-Berlin. p. 130.
- Kroenig, W.:/1923/Über den medikamentösen und hypnotischen Dammerschlaf in der Geburtshilfe. Mschr. Geburtsh. Gynäk. Vol. 61. 16-179.
- Kroger, W.S., De Lee, J.B.:/1943/The use of the hypnoidal state as an amnestic, analgesic and anesthetic agent in Obstetrics. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 46. 655-661.
- Kroger, W.S.:/1962/Hypnoanesthesia in Obstetrics. J. Psychosom. Obstet., Gynecol. Endokrin. cc. Thomas Springfield 209-238.
- Kroger, W.S., Fezler, W.D.:/1976/Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning. Philadelphia. J.B. Lippincott p. 229.
- Kroger, W.S.:/1977/Clinical and experimental hypnosis. Philadelphia. J.B. Lippincott Comp.
- Kronjanker, J.R.:/1964/Leuner's symbolic Drama. Am. J. of Hypnosis Clinical Experimental Theoretical. Vol. 9. 56-61.
- Lamaze, F.:/1954/L'experience française de l'accouchement sans douleur. Bull Circle Claude Bernard.
- Lamaze, F.:/1958/Painless Childbirth./Translated by L.R. Celestin/. London. Burke.
- Lamaze, F.:/1970/Painless Childbirth. Henry Regnery. Chicago.
- Langer, E.J., Janis, I.L.:/1975/Reduction of psychological stress in surgical patients. J. of Experimental. Soc. Psych. Vol. 2. 155-165.

- Leboyer, F.:/1975/Birth without violence. Rigby Ltd. Adelaide.
- Lecombené Csángó Lidia:/1983/Az újjászületett születésről. Magyar Pszich. Szemle 24/6 556-563.
- Lederman, R.P., Lederman, E., Work, B.A.:/1978/Relationship of maternal anxiety, Plasma catecholamines and Plasma cortisol to progress in labor. Am.J. Obstet. Gynecol. Vol. 132. p. 495.
- Lemlick, M.J., Natson, R.J.:/1953/Maternal attitudes of acceptance and reception during and after pregnancy. Am.J. Orthopsych. Vol. 23. p. 570.
- Lenstrup, C., Schantz, A.:/1987/Warm tub bath during delivery. Acta Obstet. Gynec. Scand. Vol. 66. 709-712.
- Leuner, H.C.:/1969/Guided affective imagery a method of intensive psychotherapy. Am.J. Psychotherapy. Vol. 23. 4-22.
- Leuner, H.C.:/1970/Das Katathyme Bilderleben. Georg. Thieme Verlag. Stuttgart.
- Leuner, H.:/1955/Experimentelles Katathymes Bilderleben als ein klinisches Verfahren der Psychotherapie. In.: Grundlagen und Methoden zur Psychotherap. Med. Psychol. Vol. 5. p. 185.
- Leuner, H.:/1980/Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis Huber Bern-Stuttgart. Wien.
- Levine, J.D.:/1978/The mechanism of placebo analgesia. Lancet. II. 654-657.
- Levinson, G., Schneider, S.M.:/1979/Catecholamines the effect of maternal fear and its treatment on uterine function and circulation. Birth Family J. Vol. 6. 495-499.
- Levitt, E.E., Baker, E.L.:/1983/The hypnotic relationship. Another look at coercion, compliance, and resistance: A brief communication. Int. J. Clin. Exp. Hypn. Vol. 31. 125-131.

- Liebault, A.:/185/Anesthesie par suggestion. Journal de Magnetisme. Vol. 2. 64-67.
- Lubic, R.W.:/1980/Evaluation of an Out-of Hospital Maternity Center for Low-Risk Patients. Health Policy and Nursing Practice. ed. L.H. Aiken. Mc Graw Hill.
- Lubin, B., Gardener, S.H., Roth, A.:/1975/The relationship between maternal emotions during pregnancy and somatic complaints. Psychosom. Med. Vol. 37. 137-146.
- Luke, B.:/1979/Maternal nutrition. Little, Brown and Company. Boston.
- Lukesh, M.:/1963/Schwangerschafts und Geburtsangste. Ferdinand Enke. Verlag Stuttgart.
- Lumley, J., Austbury, J.:/1985/Childbirth alternatives for Australian parents. A Sphere Book. ed.: Th. Nelson Australia. p.128.
- Mac Intyre, S.:/1976/Who wants babies? The social construction of instincts. In.: Sexual division and Society. Ed.: Barker Tavistock London. 150-173.
- Marton I., Horváth I., Kékesi Zs.:/1985/Együttműködés-férj a szülőszobán, együttműködés során szerzett pszichoszociális és orvosi tapasztalatok. Orv. Hetil. 126; 23. 1419-1421.
- Mc Donald, R.L.:/1968/The role of emotional factors in Obstetric complications: A review. Psychosom. Med. Vol. 30. 222-237.
- Mc Donald, R.D.:/1979/The Leboyer Method. Australian Fam. Psych. Vol. 8. 148-155.
- Mead, M.:/1967/Cultural patterning of perinatal behavior. Williams and Wilkins. New York.
- Melzack, R., Wall, P.D.:/1965/Pain mechanism: a new theory. Science. New York. Vol. 150. 971-979.

- Melzack, R.:/1973/The Puzzle of Pain. Basic Books. New York.
- Melzack, R.:/1981/Labor is still painful after prepared childbirth training. CMA. J. Vol. 125. 357-363.
- Mészáros I.:/1981/A hipnózis és a hipnotikus fogékonyság pszichofiziológiája. Doktorí értekezés. Budapest.
- Mészáros, I.:/1984/Hipnozis. Medicina Könyvkiadó. Budapest.
- Michael, I.:/1952/Hypnosis in childbirth. Brit. Med. J. Vol. 1. 734-737.
- Migály P., Tiba J.:/1987/Childbirth Preparation Course with hypnosis a multilevel approach. 4th European Congress of Hypnosis. Oxford. 1987. Congr. Publ.
- Miller, P.M., Ingham, J.G.:/1976/Life events, symptoms and social support. J. Psychosom. Res. Vol. 20. 515-522.
- Morris, N.:/1979/Stress in Labour. Carezza/ed./Clinical Psychoneuro Endocrinology in Reproduction. Academic Press. 251-266.
- Morris, N., Taylor, K.:/1986/Contemporary attitudes to care in Labour. The Psychosom. Approach: Contemporary Practice of whole person care /ed: Christie M./John Wiley. Sons Ltd.
- Moroshima, H., Pedersen, H., Finster, M.:/1987/The influence of maternal psychological stress on the foetus. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 131. p. 286.
- Moya, F.:/1960/Medical Hypnosis for Obstetrics. J. A. M. A. Vol. 174. 80-86.
- Nathan, P.W.:/1976/The gate-control Theory of Pain. A critical review. Brain. Vol. 99. 123-158.
- Nelson, M., Enkin, W., Segal, S.:/1980/Randomized clinical trial of Leboyer Approach to Childbirth. New Engl. J. Med. Vol. 302. 655-660.
- Newton, N., Newton, M.:/1972/Childbirth in crosscultural perspective. In Modern perspectives in Psychoobstetrics

- ed. Howells, J. G. Oliver, Boyd, Edinburgh. 150-172.
- Norvell, K. T., Gaston-Johanson, F., Fridh, G.: /1987/ Remembrance of labor pain: how valid are retrospective pain measurement? *Pain*. Vol. 31. 77-86.
- Nuckolls, C. G., Cassel, J., Kaplan, B. H.: /1972/ Psycho-Social assets, life crises, and the prognosis of pregnancy. *Am. J. of Epidem.* Vol. 95. 431-441.
- Nyerges, G-né: /1985/ Embereken végzett tudományos kutatások etikája. *Orv. Hetil.* 126. évf. 24. sz. 1451-1457.
- Nyikolajev, A. P.: /1927/ Theory and practice of hypnosis from the psychological point of view. Congress Kiev. Publ. Acad. of Med. Sciences. Moscow. 90-98.
- Nyikolajev, A. P.: /1936/ The suggestive method in Obstetrical analgesia. Publ. Acad. of Med. Sciences. Moscow. Vol. 8. 135-164.
- Nyikolajev, A. P.: /1951/ Congress on Obstetrical analgesia. 29-31. January. Leningrad. Publ. Acad. of Med. Sciences. Moscow.
- Oakley, A.: /1980/ Women confined towards a sociology of childbirth. Robertson. Oxford.
- Odent, M.: /1981/ The evolution of Obstetrics at Pithiviers. *Birth Fam. J.* Vol. 8. 7-15.
- Odent, M.: /1983/ Birth under water. *Lancet*. II. 1476-1477.
- Odent, M.: /1984/ Birth reborn. New York. Pantheon Books.
- Odent, M.: /1988/ Water birth and the neonata. The First International Conference on Home Birth. Q.E.D. Recording Services Ltd.
- Oettingen, V.: /1921/ Zur Frage der Schmerzlosen Geburt. *Müch. Med. Wschr.* Vol. 51. 1654-1655.
- Olness, K., Gardner, G.: /1978/ Some guidelines for uses of hypnotherapy in pediatrics. *Pediatrics*. Vol. 62. p. 228.

- Orbán Gy.:/1964/Pszichoprofilaktikus előkészítés a fájdalom nélküli szülésre. Egészségügyi felvilágosítás. 5.3. 109-114.
- Peterson, G.H., Mehl, L.E., Leiderman, D.H.:/1979/The role of some birth related variables in fathers attachment. Am. J. of Orthopsych. Vol. 2. 330-338.
- Pilisuk, M., Froland, C.:/1978/Kinship, social networks, social support, and health. Soc. Sci. Med. Vol. 12. 273-280.
- Pilowsky, I., Sharp, J.:/1971/Psychological aspects of pre-eclamptic toxæmia. J. Psychosom. Res. Vol. 15. 193-197.
- Pleshette, N., Asch, S.S., Chase, J.:/1955/A study of anxieties during pregnancy, labor, the early and late puerperium. Presented at the meeting of the New York Academy of Medicine. Apr. 26. Bull. N.Y. Acad. Med. 436-455.
- Pratt, G., Wood, D., Alman, B.:/1984/A clinical hypnosis primer. Psychology Consulting Associates Press. p. 22.
- Prill, H.J.:/1964/Psychosomatische gynecologie. Urban Schwarzenberg. München.
- Rákosi L.:/1959/A szülési fájdalomcsillapítás pszichoprofilaktikus módszerrel. Orv. Hetil. 38. 1366-1369.
- Read, G.D.:/1933/Natural childbirth. London. W. Heinemann.
- Read, G.D.:/1944/Childbirth without fear. New York. Harper Brothers.
- Read, G.D.:/1947/Birth of a child. London. Heineman.
- Read, G.D.:/1949/The discomfort of childbirth. Brit. Med. J. Vol. 12. 651-654.
- Read, G.D.:/1972/Childbirth without fear. The principles and practices of natural childbirth. New York. Harper Brothers.
- Reid, D.E., Cohen, M.E.:/1950/Evaluation of present day trends in Obstetrics. J. Am. Med. Ass. Vol. 142. 615-622.

- Rock, N.L., Shipley, T.E.:/1969/Hypnosis with untrained non-volunteer patients in labor. *Int. J. Clin. Exper. Hypn.* Vol. 17. 25-26.
- Roemer, H.:/1967/Methoden der Geburtserleichterung in Gynecologie und Geburtshilfe Bd. 2 S. 632 /ed Kaeser/Thieme Stuttgart.
- Rossi, E.L.:/1980/The collected Papers of Milton H. Ericson. Vol. I-IV. New York: Irvington.
- Sawyer, D.:/1946/Experiences with the labor procedures of G.D. Read. *Amer. J. Obstet. Gyn.* Vol. 51. 852-858.
- Sándor E., Tiba J.: Gyermekorvos szerepe a szülésre felkészítésben. *Gyermekgyógyászat. Közlésre elfogadva.*
- Scorr, E.M., Thompson, M.:/1956/Psychological investigation of primigravidae. Psychological factors in the clinical phenomena of labor. *J. Obstet. Gynecol. Brit. Emp.* Vol. 63. 328-334.
- Scott, J.R., Rose, N.B.:/1976/Effect of psychoprophylaxis /Lamaze preparation/ on labor and delivery in primiparas. *New Engl. Med. J.* Vol. 294. 1205-1207.
- Scott, J.R., Huskisson, E.C.:/1976/The Visual Analogue Score. *Pain.* Vol. 2. 175-179.
- Schahter, S.:/1959/The psychology of affiliation. Stanford, C.A.: Stanford University.
- Sharron, S.H.:/1982/Expanding Horizons in Childbirth Education. Publ. ASPO/Lamaze.
- Sheehan, P.W.:/1972/Hypnosis and the manifestation of "imagination" in. Fromm, E., Shor, R.E./eds/Hypnosis: Research developments and perspectives. Chicago: Aldine Atherton. 239-319.
- Sheikh, A.A., Richardson, P., Moleski, L.M.:/1979/ Psychosomatics and mental imagery: The potential of fantasy and imagination. New York. Brabdon House. 106-118.
- Shor, R.E., Orne, E.C.:/1962/Harvard group Scale of Hypnotic Susceptibility. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologist Press.

- Shor, E.R., Orne, M.T.:/1965/The nature of hypnosis. Selected Basic Readings. Holt Reinhart and Winston. Inc. 16-26.
- Shultz, J.H., Luthe, W.:/1969/Autogenic therapy autogenic methods. New York. Grune, Stratton.
- Silbar, E.:/1980/ Psychoprophylactic preparation in Child-birth. In Sciarra, J.J./ed/ Gynecology and Obstetrics. Hegerstown, Harper and Row. Vol. 2.
- Sipos K.:/1978/A State-Trait Anxiety Inventory /STAI/ magyar nyelvű változatával szerzett első tapasztalatok. MTA Pszichológiai Intézet Kiadványa. 142-152.
- Slack, D.:/1974/ Psychological correlates of childbirth pain. Psychosom. Med. Vol. 36. 215-223.
- Sosa, R.A., Kennel, J., Klaus, M., Urrutia, J.:/1980/The effect of a supportive companion on perinatal problems length of labor, and mother-infant interaction. New Engl. J. Med. Vol. 303. 597-600.
- Sosa, R.A.:/1983/Some observations effect of a supportive companion during labor and delivery. J. Florida M.A. Vol. 70. 761-763.
- Spiegel, H., Spiegel, D.:/1978/Trance and Treatment Basic Books. Inc. Publishers New York. p. 12.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E.:/1970/Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologist press. Palo Alto, California.
- Spielberger, C.D.:/1972/Maternal emotions and Obstetric Complications. In: Anxiety: Current Trends in Theory and Research. /ed. Spielberger, C.D./ Academic Press. New York. Vol. I. 23-29.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G.A.:/1978/In: Clinical Psychoneuroendocrinology in Reproduction. /eds.: L. Carenza, P. Panchery, L. Zichella. Academic Press, New York. 261-269.

- Srabstein, J.:/1977/Anxiety state of pregnant women, and obstetrical complications. The 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology: Abstracts. Studio Rocca Rome. Italy. p.299.
- Stanton, M.E.:/1979/The myth of "natural" childbirth. J.Nurs.Midw.Vol.24. 25-29.
- Stevens, R.J.:/1976/Psychological strategies for management of pain in prepared childbirth. Birth and Family J.3.157-164.
- Stevens, R.J.:/1976/How to cope with childbirth pain. Birth and Family J.Vol.3. p.162.
- Stokvis, B., Wiesenmüller, E.:/1961/Der mensch in der Entspannung. Hippokrates-Verlag, Stuttgart.
- Surányi S.:/1987/Személyes közlés. Pszichoprofilaktikus szülésre előkészítő módszer alkalmazása a DOTE Női Klinikán az 1964-1966-os években. 3 old.
- Takács Gy.:/1979/Szülési fájdalom csillapítása és ujszülött adaptáció. Kandidátusi értekezés. Budapest.
- Tanzer, D., Block, J.L.:/1976/Why natural childbirth. New York: Schocken Books.
- Thoms, H.:/1950/Training for Childbirth. New York. Mc.Graw-Hill.
- Thoms, H., Karlovsky, E.:/1954/Two thousand deliveries under a training for childbirth program: A statistical survey and commentary. Am.J.Obstet.Gynecol.Vol.68. 279-284.
- Thoms, H., Wyatt, R.H.:/1951/One thousand consecutive deliveries under a training for childbirth program. Am.J.Obstet.Gynecol.Vol.61. 205-209.
- Tiba J.:/1976/Hipnozis alkalmazása a szülési fájdalom csillapítására. Délmagyarországi Szülész Kongresszus. Gyula.

Tiba J., Mészáros I., Bányai É., Jakubecz S.:/1977/Hipnozis-
sal szerzett tapasztalataink a szülési fájdalom csillapí-
tásában. Orv. Hetil. 118.évf.41.sz. 2443-2446.

Tiba J.:/1979/Hipnózis alkalmazása a szülészetben.
Előadás, filmbemutató. DOTE NŐI Klinika Kiadványai.4.

Tiba J., Mészáros I., Bányai É., Jakubecz S.:/1980/Újabb
eredményeink a hipnózis szülészeti alkalmazásában. Orv.
Hetil.121.évf.2.sz. 77-80.

Tiba J., Balogh I., Mészáros I., Bányai É., Jakubecz S.:/1980/
Hypnotherapy during pregnancy, delivery and childbed: first
steps in Hungary. 2nd European Congress of Hypnosis and
Psychosomatic Medicine. Dubrovnik./published in: Swedish
Journal: Hypnos. August. No.3-4.1980. 176-181.

Tiba J., Balogh I., Mészáros I., Bányai É.:/1982/The Compari-
son of Different Hypnotherapeutic Methods During Pregnancy,
Labor and Delivery. International J. of Clinical and Experi-
mental Hypnosis. Vol.30. p.196. Abstract.

Tiba J.:/1983/Hipnozis és Leuner symboldrama alkalmazása
terhespatológiai esetekben. Semmelweis-Michaelis Kongressz-
szus.1983.Junius. Budapest.

Tiba J., Takács Gy., Bognárné V.M.:/1984/A szülés alatt mért
fájdalomszint nagysága. Anaesthesiológia és Intenzív Therá-
pia. XIV.évf. 113-118.

Tiba J., Varga J., Bognárné V.M.:/1984/Kombinált hipnoanal-
gésia alkalmazása. Magyar Nőorv. L.47.sz. 82-86.

Fellows, J.B., Tiba J.:/1984/Preliminary report on the use
of hypnotic and imaginative procedures during pregnancy
and Childbirth in Hungary. Brief report by Brian J. Fellows
/Chief Editor/British Journal of Experimental and Clinical
Hypnosis. Vol.No.12. 53-55.

- Tiba J.:1984/The value of hypnotherapeutic methods in Childbirth Preparation and during labor. Annual meeting of Hypnosis Society. Youngstown, Ohio, USA. 1984. October.
- Tiba J.:/1984/The hypnotic induction employed on the husband during labor. 27th Congress of the American Society of Clinical Hypnosis. 1984. November. San Francisco.
- Tiba J.:/1985/The hypnotist's unconscious as reflected in the client images. Monthly Scientific Meeting of Walter Reed Army Hospital. Department of Psychiatry. Washington D.C. USA
- Tiba, J., Balogh I., Fráter, J és Bognárné V.M.:/1985/Pszichoterapiás eljárások kombinálása a szülésre való felkészítésben. Magyar Pszichológiai Szemle. 3.sz. 223-230.
- Tiba, J.:/1985/A terhesgondozás és szülésre felkészítés szerepe a Népesedéspolitikai Határozat végrehajtásában. Társadalom Orvostudományi Kongresszus Pécs.
- Tiba, J.:/1986/The use of hypnosis, imagination and personality tests in the study of pregnancy and labour. A case report. Hypnos. Vol. 13. 17-20.
- Tiba, J., Bognárné, V.M.:/1986/Anxiety changes associated with pregnancy and obstetric complications. International Conference Stress and Emotion. Visegrád/Budapest June 2-5. Abstract/
- Tiba, J.:/1986/A szülésre felkészítés történetéről és a hazai megvalósítás lehetőségeiről. Magy. Nőorv. L. 49.3.sz. 131-132.
- Tiba, J.:/1986/Childbirth Preparation in Hungary. International Journal of Childbirth Education. Vol. 1. No. 2. 7-16.
- Tiba, J.:/1986/Pszichoprofilaxis története és gyakorlata. Első Országos szülésre felkészítő tanfolyam. DOTE.
- Tiba, J.:/1986/A gyermekorvos helye a szülésre felkészítést végző "team"-ben. Magyar. Nőorvos és Gyermekgyógyász Társaság Kongresszusa. Szeged.

- Tiba, J., Bognárné, V. M.: /1987/ Pszichofizikális felkészítés a szülésre és gyermekágyra. Terhes és gyermekágyas torna. Módszertani Táska. Országos Egészségnevelési Intézet Kiadványai. 40-69.
- Tiba, J., Paál, M.: /1987/ A szülésre felkészítő munkacsoport kialakítása és működési területe. Népegészségügy. 68/1987. 131-133
- Tiba, J.: /1987/ A szülésre felkészítés a szülészeti ellátás speciális Egészségmegőrzési programja. MAOTE Jubileumi Kongresszus. Balatonfüred. 1987 május.
- Tiba, J., Romvári, Á., Bognárné, V. M.: /1987/ Szülésznő lehetőségei a szülésre felkészítésben. Népegészségügy. 68/1987. 238-285.
- Tiba, J., Miklósi, M.: /1987/ Gondolatok a szülésre felkészítés programjának hazai aktualitásáról. Demográfia. 4. 431-436.
- Tiba, J., Várfalvi, M.: Implication of the National Childbirth preparing program: first steps in Hungary. International Journal of Childbirth Education. /közlésre elfogadva/.
- Tiba, J., Juhász, Gy., Vértessy, M., Ritterodesz, E. és Bognárné, V. M.: A terhesség alatti szorongás és mérése. /PAS ismertetése/ Magyar Nőorvosok Lapja. Közlésre elfogadva.
- Tiba, J.: Pszichoszomatika a szülészetben és nőgyógyászatban. /Pszichoszomatika a gyakorlatban/ szerk: Császár Gyula. Gondolat Könyvkiadó 1988-1989. kiadás alatt.
- Tiba, J., Bognárné, V. M.: A szülésre felkészítés ajánlott programja. Medicus Universalis. Közlésre elfogadva.
- Tiba, J., Bognárné, V. M.: A szülésre felkészítés alapszintű programja. Vöröskereszt kiadványai. Megjelenés alatt.

Trandel, D.:/1982/Informed consent client participation in childbirth decision. XII. JOGN Nursing 379-381

Tóth, K.S.:/1980/Kombinált elektroanestézia. Kandidátusi értekezés. Moszkva.

Vellay, P.:/1960/Childbirth without pain. New York Dutton.

Vellay, P.:/1972/Painless labor: a French method. In: Modern perspectives in Psycho-Obstetrics./ed. J. Howells/Oliver and Boyd. Edinburgh p. 328.

Velvovszkij, I.Z., Platonov, K.J., Ploticser, V.A., Sugom, E.A.:/1954/Psychoprophylactic. Leningrad. Med. Guiz.

Velvovszkij, I.Z., Platonov, K.J., Ploticser, V.A., Sugom, E.A.: 1960/Painless childbirth through psychoprophylaxis/translated by D.A. Myshne/Moscow. Foreign Language Publishing House.

Vernon, D.T.A., Bigelow, D.A.:/1974/The effect of information about a potentially stressful situation on response to stress impact. J. Person. Soc. Psych. Vol. 29. 50-59.

Vigdorovics, M.V.:/1938/Group suggestion as a method for preparing pregnant women for painless childbirth. Akush-Gynec. Kiev. Vol. 4. p. 34-36.

Völgyesi, F.:/1962/Az orvosi hipnózis. Budapest. Medicina Könyvkiadó.

Warfield, C., Oriol, N.:/1984/Pain relief during labor. The Pain Clinic. Harvard University. Hospital Practice. Vol. 19. No. 9. 151-166

Wietzenhoffer, A.M., Hilgard, E.R.:/1959/Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. Forms A.B. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press.

- Werner, W.E.F.:/1982/An argument for the review of hypnosis in Obstetrics.Am.J.Clin.Hypn. Vol.24. 149-171.
- Wester, C.W., Smith, H.A.:/1984/Clinical hypnosis a multidisciplinary approach.J.B. Lippincott Comp.Philadelphia.London. Mexico.New York.
- World Health Organization/1985/Having a baby in Europe. WHO Publ.Copenhagen.
- Wilson, S.C., Barber, T.X.:/1978/The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness:Application to Experimental and Clinical Hypnosis.Am.J.Clin.Hypn.Vol.20. 235-243.
- Windwer, C.:/1977/Relationship among prospective parents, locus of control, social desirability, and choice of psychoprophylaxis.Nursing Research.Vol.26.p.92.
- Winkelstein, L.B.:/1958/Routine hypnosis for obstetrical delivery.Am.J.Obstet.Gynecol.Vol.76. 152-160.
- Wolpe, J.:/1958/Psychotherapy by reciprocal inhibition.Stanford C.A.Stanford University Press.
- Wolpe, J.:/1971/The behavioristic conception of neurosis: A reply to two critics.Psychological Review.I. 195-200.
- Woods, N.:/1981/Alternatives in childbirth.In:Fogel, C., Woods eds.Health care of Women.St.Louis.CV Mosby 536-546.
- Wrightsman, L.S.:/1960/Effects of waiting with others on changes in feet level of anxiety.J.Abn.and Soc.Psychol.Vol.54. 153-156.
- Wachter, H.M./1980/ Das katathyme bilderleben nach Leuner. 4 Aufl.Schriftenreihe der A GKB Göttingen.

Young, D.:/1982/Changing childbirth. Family birth in the Hospital. Childbirth Graphics. LTD. Rochester. New York.

Zax, M.; Sameroff, A. J., Farnum, J. E.:/1975/Childbirth education maternal attitudes and delivery. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 123. 185-190.