

AZ EMOCIONÁLIS SÍRÁS ÉS KORRELÁTUMAI

Oláh Adrienn Réka

DE BTK Pszichológia Intézet, olah.adri93@gmail.com

Az emocionális sírás, a könnytermelés fokozódása érzelmek hatására jellegzetes, humánspecifikus jelenség, amelyet biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényezők befolyásolnak. Meglehetősen kevésbé kutatott jelenségről van szó, az eddigi eredmények ellentmondásosak. A vizsgálat célja az egészségi állapot, a nemi különbségek, a párkapcsolati elégedettség, a depresszió és az emocionális sírás összefüggéseit vizsgálni. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt. A kérdőívet interneten keresztül és papír formában töltötték ki a vizsgálati személyek. A Frey és Szabó-féle kérdőívet használtuk a sírás vizsgálatára, alkalmaztuk továbbá a Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív 28 tételes változatát, és a Kapcsolati Elégedettség Skálát. A kérdőívet 281 személy töltötte ki, 201 nő és 80 férfi. Az átlagéletkor 26,5 év. A nők egy hónap alatt átlagosan 4,2 ($\pm 5,0$), a férfiak 1,2 ($\pm 2,1$) alkalommal sírtak, a nők szignifikánsan gyakrabban sírtak férfitársaiknál. Mindkét nemnél kapcsolatban volt az egészségi állapot és a sírás. Nőknél a sírási gyakoriság szignifikáns módon korrelált a Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív összes alszkálájával (Szomatikus panaszok, Szorongás és inszomnia, Szociális diszfunkció és Depresszió alszkálával) és a kérdőív összpontszámával is. Míg a férfiaknál a Szomatikus panaszok alszkálával, a Depresszió alszkálával és a kérdőív összpontszámával korrelált a sírási gyakoriság. A depresszió pozitív kapcsolatban állt a sírási gyakorisággal. A párkapcsolati elégedettség és a sírási gyakoriság között szignifikáns negatív korreláció állt fenn. Figyelemre méltó, hogy a nők 78%-a, a férfiak 62%-a jobban érzi magát sírás után. Az eredmények szerint a sírás komplex jelenség, amely összefügg az egészségi állapottal, valamint a párkapcsolati elégedettséggel is. Ezen összefüggések feltárására további vizsgálatok szükségesek.

Kulcsszavak: emocionális sírás, egészségi állapot, párkapcsolati elégedettség, Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív, Kapcsolati Elégedettség Skála

Köszönetnyilvánítás: Szeretnék köszönetet mondani Dr. Szabó Pál Tanár Úrnak szakmai tanácsaiért, segítségéért és támogatásáért.

A sírás három fajtája különíthető el: a csecsemőkori sírás, a kényszersírás vagy patológiás sírás és az emocionális sírás. A csecsemőkori sírás könnyek nélkül történik, fő jellegzetessége a vokalizáció, oka pedig testi diszkomfort érzés. A kényszersírás organikus neurológiai betegség, tünete, a sírás automatikusan, reflexszerűen, általában minden előzmény nélkül jelentkezik, és nem kíséri érzelmi élmény (Szabó, 2000). Az emocionális sírást a következőképp definiálhatjuk: „a könnytermelés érzelmi okra bekövetkező fokozódása” (Szabó, 2000, 50. o.).

Az emocionális sírás az egyén életében viszonylag gyakori jelenség, mégis nagyon keveset tudunk róla, hiszen kevésbé kutatott terület a pszichológiában (Borgquist, 1906; Vingerhoets és Bylsma, 2007; Vingerhoets, Van den Berg, Kortekaas, Van Heck és Croon, 1993). Épp ezért érdekelt, milyen összefüggéseket fogok találni a sírás jelenségkörével kapcsolatban. Az emocionális sírással kapcsolatos eddigi eredmények néhol ellentmondanak egymásnak, ezen ellentmondásokat lentebb fejtem ki. Az eddig megjelent kutatások nagy része az újszülöttkori sírással és a kényszersírással foglalkozik (Szabó, 1990), az emocionális sírás funkciójáról még keveset tudunk (Van Tilburg, Unterberg, és Vingerhoets, 2002).

Az emocionális sírás nem kapcsolható össze csupán egyetlen érzellemmel, habár úgy tűnik, leginkább a szomorúsággal, a dühvel és a frusztrációval áll kapcsolatban (Lombardo, Cretser és Roesch, 2001). Az emocionális sírást biopszichoszociális jelenségként érdemes értelmezni (Eugster, Horsten és Vingerhoets, 2001). A sírás biológiai aspektusai univerzálisabbak, míg a szociális-kulturális aspektusok kevésbé (Becht, Poortinga és Vingerhoets, 2001). A sírásnak élettani és viselkedéses megnyilvánulásai is vannak (Lombardo és mtsai, 2001).

Az emocionális sírás legfontosabb jelenségével, a könnyezéssel kapcsolatban a szemorvosok három típust különböztetnek meg: a bazális, az emocionális, valamint a reflexes, azaz irritáló anyagok által kiváltott könnyezést. Az emocionális könnyekben a fehérje nagyobb koncentrációban van jelen, mint az irritáció okozta könnyekben. Vannak egyéb, minőségi és mennyiségi különbségek is a két könnytípus között (Szabó, 2000).

A SÍRÁS BIOLÓGIAI TÉNYEZŐI

Az emocionális sírást a frontális kéreg kontrollálja, valamint a limbikus rendszer elülső része (Van Haeringen, 2001). A könny tartalmazza a lizozim nevű enzimet, mely baktériumölő hatású (Barniak, Burke, és Venkatesh, 2010). Az immunglobulinok közül legnagyobbbrészt az immunglobulin-A van jelen a könnyben (Van Haeringen, 1981). Az endorfin is a könny alkotóelemei közé tartozik. Az endorfin megváltoztatja a stressz okozta immunológiai változásokat, valamint azokat az idegrendszeri reakciókat, melyek a szorongás során lépnek fel (Szabó, 2000).

A SÍRÁS PSZICHOFIZIOLÓGIÁJA

Az emberek nagy része úgy véli, a sírásnak fizikailag és mentálisan is jótékony hatása van, az empirikus vizsgálatok azonban meglehetősen ellentmondó eredményeket szültek (Bylsma, Vingerhoets és Rottenberg, 2008). Nincs egyetértés a kutatók között arról, mi történik a szervezetünkben a sírási epizód során. A kutatók egy része úgy gondolja, a sírás megnyugtató, feszültségcsökkentő, a gyógyulást segíti elő (pl. Bindra, 1972; Efran és Spangler, 1979), míg más kutatók a sírás során fellépő averzív arousal állapotról beszélnek (pl. Gross, Fredrickson és Levenson, 1994; Rottenberg, Gross, Wilhelm, Najmi és Gotlib, 2002). Két, egymásnak részben ellentmondó nézet létezik a sírás funkciójáról: az élettani helyreállítás hipotézis és az arousal-emelkedés hipotézis.

AZ ÉLETTANI HELYREÁLLÍTÁS HIPOTÉZIS

Az élettani helyreállítás hipotézis (physiological recovery hypothesis) szerint a sírás a homeosztázis visszaállítását szolgálja, és a gyógyulást segíti elő. Frey ? véleménye szerint sírás során azoktól a káros anyagoktól szabadul meg a szervezet, melyek a stressz során gyűltek fel. Frey ? tehát a sírást pozitív jelenségként értelmezi (Szabó, 1990), mely hasznos a szervezet számára. Bindra (1972) is hasonló véleményen van, hangsúlyozza a paraszimpatikus idegrendszer túlsúlyát a sírási epizód során, mely az őt megelőző szimpatikus aktivitást hivatott kompenzálni. Bindra (1972) megjegyzi továbbá, hogy a sírásnak köszönhetően az érzelmek intenzitása nagymértékben csökken. Efran és Spangler (1979) is hasonló állásponton vannak. Véleményük szerint a sírás a feszültségcsökkenéssel van összefüggésben, csak akkor következik be, ha a feszültség már elmúlt, és a szervezet az emelkedett arousal állapotából a gyógyulás irányába mozdult el.

AZ AROUSAL-EMELKEDÉS HIPOTÉZIS

A másik nézőpont, az arousal-emelkedés hipotézis (physiological arousal hypothesis) szerint azonban sírás közben averzív, fokozott arousal-állapot jön létre. Gross és mtsai (1994) vizsgálata ezt a hipotézist erősíti meg, eredményeik szerint a sírás kapcsolatban áll a szomatikus és az autonóm idegrendszer aktivitásának növekedésével. A kutatók a szomorúság kiváltására egy rövid filmet alkalmaztak. Eredményeik szerint azoknál, akik sírtak, nagyobb mértékben nőtt az elektrodermális aktivitás, az ujj hőmérséklete nagyobb mértékben csökkent, gyorsabb volt a pulzusszámuk, valamint a szomatikus aktiváció kevésbé csökkent náluk, mint a nem síró egyéneknél. Az adatok arra utalnak, hogy sírás során fiziológiai arousal-növekedés történik, nő az autonóm idegrendszer aktivitása, ez elmondható mind a szimpatikus, mind a paraszimpatikus ágáról. Utóbbinak szerepe van például a könnyimirigy aktiválásában. További különbségeket találtak a síró és nem síró egyének között: nagyobb mértékű fájdalomról és szomorúságról számoltak be azok az egyének, akik sírtak, szemben azokkal, akik nem sírtak. Rottenberg és mtsai (2002) vizsgálati eredményei szerint is azok, akik

sírtak, nagyobb mértékű szomorúságról számoltak be, és magasabb volt a pulzusszámuk. Ezek az eredmények nem támogatják az élettani helyreállítás hipotézist (Gross és mtsai, 1994).

A KÉT HIPOTÉZIS EGYMÁST KIEGÉSZÍTHETI

Arra a lehetőségre már sokkal kevesebb kutató gondolt, hogy a két nézőpont összebékíthető. Hendriks, Rottenberg és Vingerhoets (2007) szerint a két nézőpont nem kell, hogy kölcsönösen kizárja egymást, hiszen ki is egészíthetik egymást. Vizsgálatukban azt találták, hogy az arousal-hatás a sírási epizód elején jelenik meg: a szívritmus gyorsulása a sírás kezdetét megelőzően volt megfigyelhető. Ez az eredmény – amely szerint a szívritmus gyorsulása csak rövid ideig állt fenn – azt az elképzelést támasztja alá, hogy a paraszimpatikus aktiváció a sírás alatt a kezdeti kardiovaszkuláris aktivációt hivatott kompenzálni. (Ezt már Bindra is leírta 1972-ben). Azt, hogy a sírás kapcsolatban áll a kardiovaszkuláris aktivációval, jelen vizsgálat és korábbi vizsgálatok is megerősítették. Hendriks és mtsai (2007) azonban a szívritmus gyorsulásán kívül egyéb rövid távú aktivációt a szervezetben nem tudtak kimutatni. Ugyanakkor kimutatták, hogy a sírás kapcsolatban áll a lassúbb légzési ütemmel, ez pedig megerősíti azt a nézetet, hogy a sírás elindítja az önnyugtató viselkedéseket. Hendriks és mtsai (2007) elképzelése – mely szerint a sírás előidézi a kezdeti fiziológiai aktivációt (szimpatikus aktiváció), és ezt követi egy hirtelen aktiváció-csökkenés (paraszimpatikus aktiváció) – vizsgálatuk alapján mérsékelten lett alátámasztva.

TOVÁBBI EREDMÉNYEK A SÍRÁS ÉS EGÉSZSÉG KAPCSOLATÁRÓL

Labott és Martin (1988) eredményei szerint fiatal felnőttkorban a sírás összefüggésben áll a betegségek nagyobb számával. Az életkor növekedtével azonban a gyakrabban sírók egészségesebbek voltak azoknál, akik egyáltalán nem sírtak. Vingerhoets and Kirschbaum (1997) közepes korrelációt talált a sírás intenzitása és a kortizolszint csökkenése között. A vizsgálatban a sírás intenzitásának megadása önbevallás alapján történt. Martin, Guthrie és Pitts (1993) eredményei szerint a sírásnak negatív hatása van az immunglobulin A-ra és ennek következtében az egészségre. Amikor az egyének sírtak, szignifikáns módon csökkent az immunglobulin A szintje, ezáltal csökkent a védelem a patogének ellen. Szomorúság érzése esetén nem találtak ilyen jellegű csökkenést az immunglobulin A szintjében.

Nem egyszerű a sírás fiziológiai hatásait vizsgálni, hiszen a sírást kiváltó helyzet hatását rendkívül nehéz elkülöníteni a sírás élettani hatásaitól (Szabó, 1990).

NEMI KÜLÖNBSÉGEK A SÍRÁSBAN

Csecsemőkorban még nincsenek nemi különbségek a sírásban (St. James-Roberts és Halil, 1991). Ez azonban nem jelenti azt, hogy elsősorban szocializációs hatásoknak köszönhetőek a későbbi nemi különbségek, hiszen a hormonális és testi változások a serdülőkor elején jelentkeznek (Bekker és Vingerhoets, 2001).

A kultúránkban élő sztereotípiák szerint könnyeket legfőképp a nők és a gyerekek ejtenek. A szakirodalom alátámasztja ezt az elképzelést: számos vizsgálat megállapította, hogy a nők gyakrabban sírnak, mint a férfiak (Bekker és Vingerhoets, 2001). A nők hosszabb ideig is sírnak, (Bindra, 1972), intenzívebben és gyakrabban, mint a férfiak (Lombardo és mtsai, 2001). Sírási epizódjaik szignifikánsan hosszabbak a férfiakénál: a nők általában két percnél több, de tizenöt percnél kevesebb ideig sírnak, míg a férfiak sírási epizódjai két percesek, vagy még annál is rövidebbek (Bindra, 1972). Kraemer és Hastrup (1986) adatai szerint a nők hétszer gyakrabban sírnak, mint a férfiak, az első hazai sírásvizsgálat eredményei szerint háromszor-négyszer gyakrabban (Szabó, 1988; Szabó, 1990). Ez utóbbi vizsgálat jelentős kultúrközi különbségekre derített fényt: a magyar nők és férfiak sírási gyakorisága szignifikánsan alacsonyabb volt, mint az USA-ban élő nőké és férfiaké (Szabó és Frey, 1991; Szabó és Frey, 1996). A nők nagy része (60%) sírási epizódjaik jellemzésénél heves, magas intenzitású érzelmekről számol be, nem ritka náluk a sírás közbeni remegés és kiabálás. Ezzel szemben a férfiak nagy része (80%) vörös szemeket és néhány könnycseppet tapasztal sírás közben. Hozzá tették, hogy úgy érezték, sírniuk kell, mégsem volt semmi látható jele ennek (Lombardo és mtsai, 2001).

A nők nagyobb empátiás készséggel rendelkeznek, mint a férfiak, számukra könnyebb a másik ember nonverbális jelzéseinek leolvasása, így a ki nem mondott érzések erősebben hatnak rájuk, mint a férfiakra (Ranschburg, 2011). Ennek eredményeképp a másik ember szomorúságát, negatív érzéseit jobban átérzik. Ha az ekkor átélt szomorúságra és negatív hangulatra úgy tekintünk, mint sírást kísérő vagy azt megelőző tényezőkre, megállapíthatjuk, hogy a nők gyakrabban kerülnek sírást előidéző helyzetekbe (Bekker és Vingerhoets, 2001). A nőkre általánosan jellemző, hogy arcukon, mimikájukon, gesztusaikon jobban megjelennek érzéseik, mint a férfiaknak. Ennek oka, hogy a nők számítanak a támogatásra, a megnyugtatóra másoktól, így érzéseiket környezetük tudtára adják (Ranschburg, 2011). A nők tehát gyakrabban és szabadabban fejezik ki érzelmeiket, ez pedig magasabb sírási gyakoriságot eredményezhet (Fischer, 1993). A sírással kapcsolatos vizsgálatok alátámasztják a fentebb elhangzottakat.

Figyelemre méltó, hogy a nemi különbségek még depressziós állapotban is megmaradnak: a depressziós nők gyakrabban sírnak, mint a depressziós férfiak (Rottenberg és mtsai, 2002).

HASONLÓSÁGOK A NEMEK KÖZÖTT

A különbségek mellett fontos megemlíteni a hasonlóságokat is. Mind a nők, mind a férfiak legnagyobb része arról számolt be, hogy jobban érzi magát sírás után, bár a nők kissé jobban érezték magukat, valamint kevesebb szégyent éreztek síráskor (Becht és Vingerhoets, 2002). A férfiak és a nők nagy része egyaránt arról számolt be, hogy legszívesebben egyedül sírna. A két nem ugyanazokat a szavakat használta, hogy leírja a sírás utáni érzelmi állapotát: a legtöbb személy által emlegetett jelző a „felszabadult” volt (Lombardo és mtsai, 2001).

A NEMI KÜLÖNBSÉGEK MEGJELENÉSE

Frey szerint a sírásban a nemi különbségek először 13 évesen jelentkeznek. Ez az időszak a pubertás ideje, a lányok szervezetében nő a prolaktin szint. A prolaktin hormon hatására pedig alacsonyabb lesz a sírási küszöb (Frey, 1985; idézi: Eugster, Horsten, Vingerhoets, 2001).

Van Tilburg, Unterberg és Vingerhoets (2002) vizsgálata szerint a nemi különbségek 11 éves kor előtt jelennek meg és innentől kezdve egyre nagyobbak lesznek, annak eredményeképp, hogy ettől az életkortól a fiúk egyre kevesebbet sírnak, mint a lányok.

A NEMI KÜLÖNBSÉGEK MAGYARÁZATA

A szakirodalomban a nemi különbségekkel kapcsolatosan négyféle magyarázat létezik:

1) A különbség a szociális tanulási folyamatból eredeztethető: a lányoktól a környezetük elfogadja a könnyezést, a fiúktól azonban sokkal kevésbé (Bekker és Vingerhoets; 2001; Van Tilburg és mtsai, 2002). A nők több pozitív reakciót (pl. vigasztalást, támogatást) kapnak sírás esetén, míg a férfiak ilyen jellegű érzelmerkifejezéseit visszautasítják, esetleg kinevetik őket (Fischer, 1993).

2) A férfiak és nők különböző emocionális szituációknak vannak kitéve, valamint eltérően észlelik az egyes szituációkat is (Van Tilburg és mtsai, 2002).

3) Feltételezhetjük, hogy a nők és férfiak különböznek a személyiségükben, valamint a megküzdési stílusukban is, ami magyarázatot adhat a sírásban létrejött nemi különbségekre is (Van Tilburg és mtsai, 2002).

4) A két nem közötti biológiai különbségek, különösen a nemi hormonok szerepet játszanak a nemi különbségekben (Van Tilburg és mtsai, 2002).

TÁRSAS TÁMOGATÁS – A PÁRKAPCSOLAT JELENTŐSÉGE

A társas támogatás jelentőségét számos vizsgálat kimutatta (pl. Stutzer és Frey, 2006), a párkapcsolatnak pedig szerepe van a társas támogatásban. A társas támogatás egészségvédő faktor: a problémák megbeszélésén, a szorongás csökkentésén és a pozitív önértékelésen keresztül képes hatni. Az egyén

életminőségére és általános jóllétére egyaránt hatással van (Dávid, Fülöp, Pataky és Rudas, 2014).

A társas támogatás kapcsolatban áll többek között a csökkent stressz-válasszal is. A társas támogatás elérhetősége tompítja a fiziológiai stressz-választ (Kirschbaum, Klauer, Filipp és Hellhammer, 1995; Uchino és Garvey, 1997; Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum és Ehlert, 2003). Heinrichs és mtsai (2003) laboratóriumi vizsgálata kimutatta, hogy stresszválasz esetén a társas támogatás elérhetősége összefüggésben áll a nyálban lévő kortizol alacsonyabb szintjével, valamint az alacsonyabb kardiovaszkuláris reaktivitással (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum és Ehlert, 2003). A szerzők az oxitocin szerepét emelik ki. Társas ingerek hatására az oxitocin szintje magasabb lesz (Józsa, 2014). Mivel az oxitocin gátolja a HPA-tengely stressz kiváltotta aktivitását, a pozitív szociális interakciók modulálhatják a HPA-tengely és az autonóm idegrendszer aktivitását (Heinrichs és mtsai, 2003). Az oxitocinnak szerepe van továbbá a párkapcsolati kötődésben is (Pléh, Kovács és Gulyás, 2003).

Elképzelhető továbbá az is, hogy a társas támogatásban részesülő egyének a stresszort kevésbé fenyegetőnek és kontrollálhatóbbnak ítélik meg, mint a társas támogatásban nem részesülő egyének (Kirschbaum és mtsai, 1995).

Legjobb tudomásom szerint eddig nem született vizsgálat a párkapcsolat és az emocionális sírás kapcsolatának feltárására.

PÁRKAPCSOLATI ELÉGEDETTSÉG

A párkapcsolati elégedettség „a partnerek szubjektív értékelése kapcsolatuk egészéről, vagy annak valamely vonatkozásáról” (Martos, Sallay, Szabó, Lakatos és Tóth-Vajna, 2014, 246. o.). A párkapcsolati elégedettség pozitív kapcsolatban áll a lelki egészség több mutatójával. Jelentős hatással bír a párkapcsolat alakulására, stabilitására, továbbá szerepet játszhat az egyén lelki egészségében, általános jóllétében. Elképzelhető ugyanakkor az is, hogy a kapcsolat fordított irányú: a magasabb pszichológiai jólléttel rendelkező emberek párkapcsolataikban is magasabb szintű elégedettséget élhetnek át (Martos és mtsai, 2014).

A párkapcsolat minősége nagy hatással van a partnerek életminőségére és jóllétére egyaránt; egy jól működő párkapcsolat erőt adhat a stresszel való megküzdés során, valamint nehéz élethelyzetekben is (Proulx, Helms és Buehler, 2007). A párkapcsolati elégedettség védő hatása a mentális egészség kapcsán is bizonyított (Kiecolt-Glaser és Newton, 2001).

A házastársi elégedettséggel kapcsolatban számos vizsgálat született. Az eredmények szerint a házastársi elégedettség pozitív kapcsolatban áll az önbecsüléssel (Voss, Markiewicz, és Doyle, 1999), a boldogságszinttel (Glenn és Weaver, 1981) és a nők élettellel való elégedettségével (Freudiger, 1983). A házassággal való elégedetlenség növeli a major depressziós epizód kockázatát (Whisman és Bruce, 1999).

A házastársi kapcsolattal való elégedettség tekintetében nemi különbségek is megfigyelhetők: a házastársi kapcsolattal való elégedettség a nők esetében erősebben összefüggött az egészséggel, mint a férfiaknál, továbbá az elégedetlen házasságokban a nők több mentális és szomatikus problémáról számoltak be, mint a férfiak. Az elégedett házasságokban a feleségek és férjek egészségi állapota között nem volt különbség (Levenson, Carstensen, és Gottman, 1993).

Legjobb tudomásom szerint mindeddig még nem született vizsgálat a párkapcsolati elégedettség és az emocionális sírás kapcsolatának feltárására.

SÍRÁS ÉS DEPRESSZIÓ

Viszonylag elterjedt nézet az, hogy a megemelkedett sírási gyakoriság a depressziós hangulat indikátora (Rottenberg, Cevaal és Vingerhoets, 2008; Vingerhoets, Rottenberg, Cevaal, és Nelson, 2007). Az empirikus vizsgálatok eredményei nem egybehangzóak a sírás és a depresszió kapcsolatát illetően. Vannak vizsgálatok, melyek pozitív kapcsolatot találtak: Bindra (1972) leírja, hogy a hosszú, bőséges sírás a posztpartum és premenstruális depresszió tüneteként fordulhat elő. Hastrup Baker, Kraemer és Bornstein (1986) gyenge kapcsolatot talált a depresszió és a sírás között felnőtt populáción. Rottenberg és mtsai (2008) eltérést találtak hangulatzavarban szenvedők és hangulatzavarban nem szenvedők sírása között. Fontos megjegyezni, hogy a depressziót mérő kérdőívek (Beck Depresszió Kérdőív, Zung Önkitöltő Depresszióskála hivatkozások?) tartalmazznak sírásra vonatkozó kérdést. Ez szintén kapcsolatot sugall a depresszió és a sírás között. Olyan vizsgálatok is vannak azonban, melyek nem találtak összefüggést a sírási hajlandóság és a depresszió között (Kraemer és Hastrup 1986; Rottenberg és mtsai, 2002).

Kraemer és Hastrup (1986) vizsgálati eredményei szerint nincs kapcsolat a depresszió szintje és a becsült sírási gyakoriság között. Rottenberg és mtsai (2008) eredményei szerint a hangulatzavarral rendelkező egyének hajlamosabbak olyan esetekben sírni, amikor negatív esemény a sírást kiváltó helyzet. Nem volt azonban különbség a hangulatzavarosok és hangulatzavarban nem szenvedők között abban az esetben, amikor a sírást pozitív esemény idézte elő. A hangulatzavarban szenvedők kevésbé számoltak be sírás utáni hangulatjavulásról, a hangulatzavartól mentes személyekkel összehasonlítva. Férfiak esetében a depresszió súlyossága összefüggésben volt a gyakoribb sírási epizódokkal és a nagyobb sírási hajlammal, nőknél azonban nem állt fenn ez az összefüggés (Rottenberg és mtsai, 2008).

Rottenberg és mtsai (2002) vizsgálatukban szomorú filmet nézettek depressziós és nem depressziós egyénekkel. Eredményeik szerint nem volt szignifikáns különbség a depressziós és nem depressziós személyek sírási hajlandóságában, továbbá a depressziós résztvevők sírása nem mutatott összefüggést tüneteik súlyosságával. Kérdés, hogy miért nem volt hatással a

depresszió a sírási küszöbre. A szerzők eredményeikre két lehetséges magyarázatot adtak:

1) A túlzott sírás depresszióban elsősorban társas helyzetekben történik. A vizsgálatuk eredménye felveti azt a lehetőséget, hogy a társas kontextus fontos meghatározója lehet a sírásnak a depresszióban.

2) Nem minden depressziós egyénnél változik a sírási küszöb, hanem csak a depresszió egy bizonyos alcsoportjánál: a szomorúság magas szintje facilitálja a sírást depressziós egyéneknél. A depressziós epizód időtartamának hatása volt a sírási viselkedésre: azok az egyének, akik a leghosszabb ideje szenvedtek depresszióban, a legkevésbé voltak hajlamosak sírni. A depresszió tehát a sírási válasz eltompulásával járhat.

Vingerhoets és mtsai (2007) kevés empirikus bizonyítékot találtak arra vonatkozóan, hogy a mély depresszióban szenvedők képtelenek sírni.

Jelen dolgozat célja megvizsgálni azt, milyen kapcsolatban van az emocionális sírás az az egészségi állapottal, a nemi különbségekkel, a párkapcsolati elégedettséggel és a depresszióval. Legjobb tudomásom szerint még nem született vizsgálat a párkapcsolat és az emocionális sírás kapcsolatának feltárására.

Fontosnak tartom, hogy minél többet megtudjunk az emocionális sírás jelenségköréről, hiszen egy kevésbé kutatott területről van szó (Borgquist, 1906; Vingerhoets és Bylsma, 2007; Vingerhoets és mtsai, 1993), valamint a közvélekedés megosztott az emocionális sírással kapcsolatban: sokan úgy gondolják, kifejezetten jót tesz az egyéneknek egy nagyobb sírás, holott a sírás hatása az egészségi állapotra még távolról sem tisztázott. Vannak olyan vizsgálatok, melyek eredménye szerint a sírás negatív hatással van az egészségi állapotra (pl. Martin és mtsai, 1993).

HIPOTÉZISEK

H1: Azok az egyének, akik többet sírnak, jobb egészségi állapotnak örvendenek.

Hipotézisemet a következő szakirodalmi adatra építettem: Bárdos (2014) leírta, hogy amennyiben az érzelem kifejezése gátlás alá kerül, a felgyülemlett energia nem tud levezetődni, így gyakran előfordul, hogy a zsigerekben vezetődik le. Vannak továbbá olyan eredmények, melyek a sírás egészségvédő hatását emelik ki (Bindra, 1972; Efran és Spangler, 1979). Az emberek jelentős része pedig amellet foglal állást, hogy sírás után jobban érzi magát (Becht és Vingerhoets, 2002; Kraemer és Hastrup, 1986). Mindezen adatokból kiindulva azt feltételeztem, hogy a magasabb sírási gyakoriság jobb egészségi állapottal jár együtt.

H2: A nők gyakrabban sírnak, mint a férfiak.

Számos vizsgálat kimutatta: a nők gyakrabban sírnak a férfiaknál (Bekker és Vingerhoets, 2001; Kraemer és Hastrup, 1986; Labott és Martin, 1988; Lombardo és mtsai, 2001; Szabó, 1990). Érdeemesnek tartottam megvizsgálni a nemi különbségeket is a jelen dolgozatban.

H3: A párkapcsolatban élők kevesebbet sírnak az egyedülállóknál.

A párkapcsolatnak szerepe van a társas támogatásban. A társas támogatás egészségvédő faktor: az egyén életminőségére és általános jóllétére egyaránt hatással van (Dávid és mtsai, 2014). A társas támogatás a szorongás csökkentésén keresztül képes hatni, valamint kapcsolatban áll a csökkent stressz-válasszal (Kirschbaum és mtsai, 1995). Ezen adatok alapján azt feltételeztem, hogy a párkapcsolatban élők kevesebbet sírnak az egyedülállóknál.

H4: Magasabb párkapcsolati elégedettség alacsonyabb sírési gyakorisággal jár együtt.

Egy jól működő párkapcsolat erőt adhat a stresszel való megküzdés során, valamint nehéz élethelyzetekben is (Proulx és mtsai, 2007), továbbá a párkapcsolati elégedettség pozitív kapcsolatban áll a lelki egészség több mutatójával (Martos és mtsai, 2014). Mindezek alapján építettem fel a hipotézist.

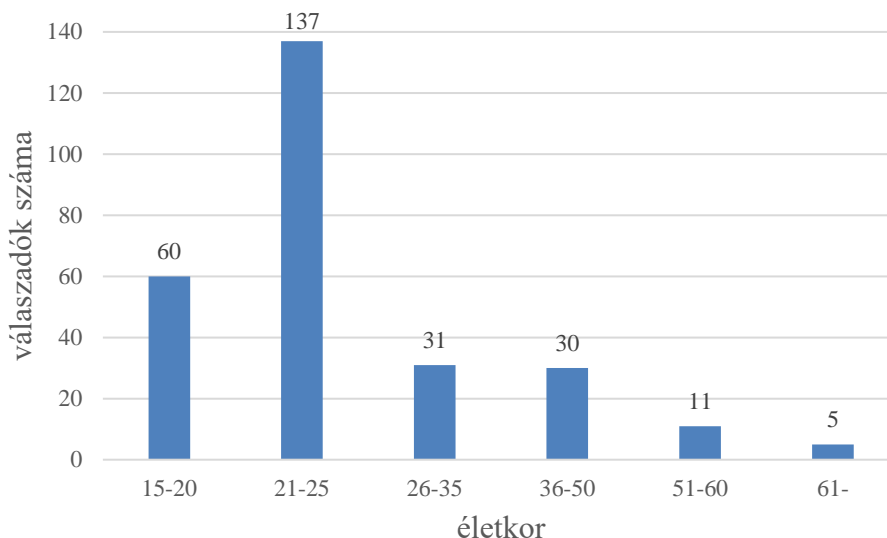
H5: A depresszió pozitív kapcsolatban áll a sírési gyakorisággal.

A depressziót mérő kérdőívek tartalmaznak sírásra vonatkozó kérdést (pl. Beck Depresszió Kérdőív, Zung Önkitöltő Depresszióskála hivatkozások?), így feltételezhetjük a pozitív korrelációt a sírás és depresszió között. Hastrup és mtsai (1986) gyenge kapcsolatot talált a depresszió és a sírás között felnőtt populáción.

MÓDSZEREK

RÉSZTVEVŐK

A kérdőívet 281 fő töltötte ki ($n = 281$), 201 nő és 80 férfi. Egy személyt kizártunk a vizsgálatból, értelmetlen válaszai miatt. Az átlagéletkor 26,5 ($\pm 10,5$). A legfiatalabb kitöltő 15 éves volt, a legidősebb 76 éves. A kitöltők nagyrészt egyetemisták voltak, de a kérdőívet középkorúaknak és idősebb személyeknek is eljuttattam. Az idősebb személyek kitöltési aránya alacsony volt. A minta életkor szerinti megoszlása az 1. ábrán látható. Hét személy nem adott információt az életkorára vonatkozóan. A 21-25 éves korosztály a mintában felülreprezentált, ezt az eredmények értelmezésénél figyelembe kell venni.



1. ábra – A vizsgálati minta életkor szerinti megoszlása

A kitöltők 46%-a gimnáziumi végzettséggel rendelkezik, 43%-a főiskolát vagy egyetemet végzett.

VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK

A kérdőív első néhány kérdése demográfiai adatokra kérdez rá. Ezek a következők voltak: nem, életkor, iskolai végzettség, foglalkozás, családi állapot, valamint a szülők iskolai végzettsége.

A sírás vizsgálatára kérdőívet használtam, a kérdőív neve: Frey és Szabó-féle Sírási Kérdőív (Frey és mtsai, 1983; Szabó, 1990; lásd még Dúll és Varga, 1993). A kérdőív tartalmaz sírási gyakoriságra utaló kérdést („Havonta átlagosan hányszor könnyezik (sír) érzelmi okból? Kérem, adjon meg egy számot.”), a kitöltő feladata, hogy egy hónapra visszamenőleg megbecsülje, hogy hányszor sírt (Dúll és Varga, 1993). Ez a sírási gyakoriság változó. A kérdőív tartalmaz olyan kérdéseket is, melyekre nincsenek megadva lehetséges válaszok, a vizsgálati személyek szabadon írhatják be válaszaikat („Mi a véleménye az érzelmi okból történő sírásról?”). Vannak azonban olyan kérdések is, amikor több lehetőség közül egyet kell kiválasztani (pl. mennyit sír az egyén az átlaghoz képest). A kérdőívet azért választottam a sírás vizsgálatára, mert a kitöltése nem igényel túl sok időt, és részletesen rákérdez az egyén véleményére a sírással kapcsolatban, valamint a sírási szokásaira.

A kérdőívem tartalmazta továbbá a Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív 28 tételes változatát (General Health Questionnaire, GHQ; Goldberg és Hillier, 1979). A kérdőívnek négy alsóskálája van. Az általános pszichiátriai morbiditás meghatározására a GHQ 28-tételes változatát használjuk (Goldberg és Hillier, 1979), amely a nem-pszichotikus pszichiátriai zavarok mérésére szolgál. A mérőeszközt a világ minden részén kipróbálták (Fichter és mtsai, 1988; Goldberg, 1985; Hobbs és mtsai, 1984; Weyerer és mtsai, 1986; Banks, 1983). A GHQ-t számos

nyelvre (pl. magyar, cseh, német és lengyel nyelv) lefordították (Goldberg 1985), szenzitivitása és specificitása megfelelő. Mindezek miatt döntöttem a GHQ mellett az egészségi állapot vizsgálatokor, továbbá azért, mert a depressziót is szerettem volna vizsgálni, a kérdőívnek pedig van depressziót mérő alskálája. A GHQ alskálái: szomatikus tünetek, szorongás és alvászavar, szociális diszfunkció és depresszió. Egy skálához hét tétel tartozik. A pontozás az alábbiak szerint történik: az első és második válasz nulla pontot ér, a harmadik és negyedik válasz egy pontot ér. Így tehát összesen 0-28 pontot lehet szerezni. A következő kategóriák különülnek el, melyekbe vizsgálati személyeket pontszámaik alapján sorolhatunk. 0-5 pont: egészséges tartomány, 6-11 pont: átmeneti, gyanús tartomány, 11-nél több pont: valószínűleg komolyabb betegség áll fenn.

A párkapcsolati elégedettség vizsgálatára a Kapcsolati Elégedettség Skálát használtam (Relationship Assessment Scale, RAS; Hendrick, 1988). A kérdőív könnyen és gyorsan kitölthető, a világ számos helyén használják, sok nyelvre lefordították. Magyar mintán Martos és mtsai (2014) ellenőrizték a mérőeszköz pszichometriai jellemzőit. A mérőeszköz magyar változata valid és megbízható a vizsgálati eredmények alapján. A kérdőív kiváló belső konzisztenciával (a Cronbach-alfa mindkét nem esetén 0,8-as érték felett van) és teszt-reteszt megbízhatósággal rendelkezik. A párok válaszai erősen korrelálnak, mely a kérdőív validitását bizonyítja. Mindez amellet szolt, hogy a kérdőív alkalmas a párkapcsolati elégedettség vizsgálatára. A nyolcadik, szexuális kapcsolatra vonatkozó kérdés az eredeti kérdőívben nincs benne. A mérőeszköz kiértékelése: A kérdőív egyes állításai egy faktorba rendeződnek, az 1-es, 2-es, 3-as, 5-ös 6-os és 8-as tétel pontozása egyenes, a 4-es és 7-es tételé fordított (Martos és mtsai, 2014).

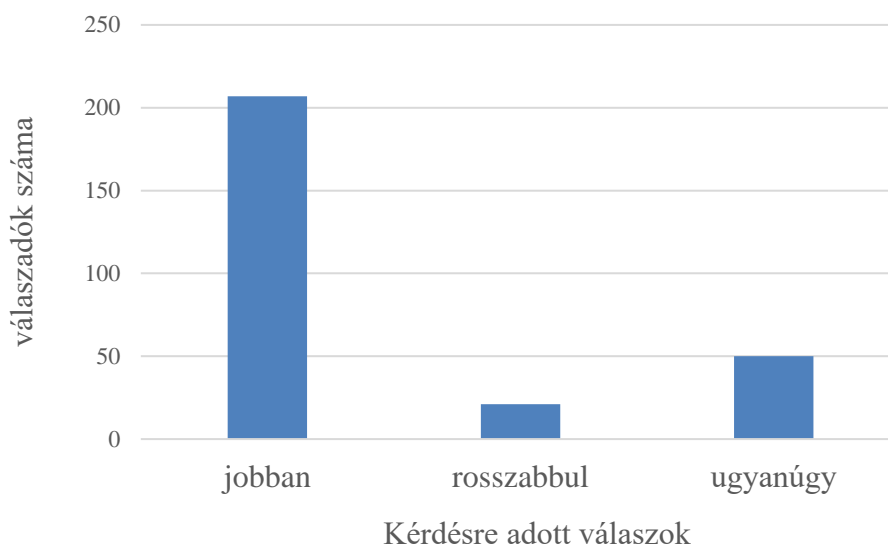
A VIZSGÁLAT LEFOLYTATÁSA

A kérdőívet papír formában és elektronikus úton töltötték ki a vizsgálati személyek. Az eredményeket a két különböző feltétel feltételezhetően nem befolyásolta. A kitöltés anonim módon, önkéntes alapon történt. Papír formában legfőképp a Debreceni Egyetem hallgatói töltötték ki, míg elektronikus formában a barátaimnak és az ismerőseimnek küldtem el, ők pedig továbbküldték az ő barátaiknak és ismerőseiknek.

EREDMÉNYEK

Az eredmények értékeléséhez az SPSS statisztikai programot használtam.

Az átlagos sírasi gyakoriság egy hónapban 3,34 ($\pm 4,59$) volt. A vizsgálati személyek jelentős része, 74%-a jobban érzi magát sírás után (2. ábra).



2. ábra – "A sírás után általában jobban / rosszabbul / ugyanúgy érzi magát, mint a sírás előtt?" kérdésre adott válaszok megoszlása

Az első hipotézisem (H1: Azok az egyének, akik többet sírnak, jobb egészségi állapotnak örvendenek) vizsgálatára Spearman-féle korrelációt alkalmaztam, a sírási gyakoriság nem normális eloszlása miatt. A hipotézis nem teljesült, a kapcsolat ellenkező irányú, mint ahogyan én azt feltételeztem: a sírási gyakoriság a GHQ összes alskálájával pozitívan korrelál ($p < 0,01$). Tehát rosszabb egészségi állapot magasabb sírási gyakorisággal jár együtt. A sírási gyakoriság pozitív kapcsolatban áll a Szomatikus panaszok ($r(279) = 0,27$), a Szorongás és alvászavar ($r(279) = 0,29$), a Szociális diszfunkció ($r(279) = 0,25$), és a Depresszió alskálával ($r(279) = 0,28$), továbbá a GHQ összpontszámával is ($r(279) = 0,34$).

Az egészségi állapot és a sírási gyakoriság kapcsolatát elemezve nemi különbségekre bukkantam. Nők esetében a sírási gyakoriság pozitív kapcsolatban áll a szomatikus panaszokkal, a szorongással és inszomniával, a szociális diszfunkcióval és a depresszióval. Nőknél tehát a sírási gyakoriság szignifikáns módon korrelál a GHQ Szomatikus panaszok ($r(199) = 0,19$, $p < 0,01$), a Szorongás és inszomnia ($r(199) = 0,32$, $p < 0,01$), a Szociális diszfunkció ($r(199) = 0,24$, $p < 0,01$) és a Depresszió ($r(199) = 0,29$, $p < 0,01$) alskálájával, valamint a GHQ összpontszámával ($r(199) = 0,33$, $p < 0,01$). Férfiak esetében a sírási gyakoriság pozitív kapcsolatban áll a szomatikus panaszokkal és a depresszióval. Tehát szignifikáns módon korrelál a sírási gyakoriság a GHQ összpontszámával ($r(78) = 0,24$; $p < 0,05$), a Szomatikus panaszok ($r(78) = 0,37$; $p < 0,01$), és a Depresszió ($r(78) = 0,28$; $p < 0,05$) alskálával.

A sírási gyakoriság és a GHQ alskálái és összpontszáma közötti kapcsolatot az 1. táblázat szemlélteti.

A GHQ egyes alkálái és a sírási gyakoriság kapcsolata	Férfiak	Nők
Szomatikus panaszok	r = 0,37**	r = 0,19**
Szorongás és inszomnia	NS	r = 0,32**
Szociális diszfunkció	NS	r = 0,23**
Depresszió	r = 0,28*	r = 0,28**
Összpontszám	r = 0,24*	r = 0,32**

Megjegyzés:

A GHQ (General Health Questionnaire) az Általános Egészségi Állapot Kérdőívet jelenti.

* p < 0,05

** p < 0,01

1. táblázat: A sírási gyakoriság kapcsolata a GHQ egyes alskáláival és összpontszámával

A második hipotézis (H2: A nők gyakrabban sírnak, mint a férfiak) vizsgálatához a Mann-Whitney-próbát alkalmaztam. A hipotézis teljesült: a nők szignifikánsan gyakrabban sírnak, mint a férfiak ($U = 12728,5$ $p < 0,001$). A nők átlagosan egy hónap alatt 4,19 ($\pm 5,02$), alkalommal sírnak, míg a férfiak 1,2 ($\pm 2,12$) alkalommal.

A harmadik hipotézis (H3: A párkapcsolatban élők kevesebbet sírnak az egyedülállóknál) vizsgálatához szintén Mann-Whitney-próbát alkalmaztam. A családi állapot megadásánál hat lehetőség közül választhattak a vizsgálati személyek: egyedülálló, párkapcsolatban él, élettárral él, házas, elvált, özvegy. Jelen hipotézis vizsgálatakor az egyedülállókat és a párkapcsolatban élőket hasonlítottam össze. Az egész mintát tekintve a párkapcsolatban élők sírási gyakorisága nem különbözik szignifikánsan az egyedülállók sírási gyakoriságától ($U = 6099$ $p = 0,302$). Jelentős nemi különbségekre bukkantam az adatok elemzésénél: a párkapcsolatban élő nők szignifikánsan gyakrabban sírnak, mint az egyedülálló nők ($U = 3047$, $p = 0,021$). Az egyedülálló nők egy hónap alatt átlagosan 3,73-szor sírnak ($\pm 4,92$), a párkapcsolatban élő nőknél ez az érték 4,81 ($\pm 5,23$). Az egyedülálló és párkapcsolatban élő férfiak sírási gyakorisága között a különbség nem szignifikáns ($U = 525$, $p = 0,174$). Az egyedülálló férfiak sírási gyakorisága egy hónapra vetítve 1,71 ($\pm 2,94$), a párkapcsolatban élő férfiakkal ez az érték 0,85 ($\pm 1,19$).

A negyedik hipotézis (H4: Magasabb párkapcsolati elégedettség alacsonyabb sírási gyakorisággal jár együtt) vizsgálatára Spearman-féle korrelációt alkalmaztam. A hipotézis alátámasztást nyert. A párkapcsolati elégedettség és a sírási gyakoriság között enyhe, negatív korreláció van: $r(279) = -0,18$, $p < 0,05$.

Az ötödik hipotézis (H5: A depresszió pozitív kapcsolatban áll a sírási gyakorisággal) vizsgálatakor szintén Spearman-féle korrelációt alkalmaztam. A depresszió és a sírási gyakoriság kapcsolatának vizsgálatára a GHQ Depresszió alskáláját használtam. A kapott eredmények alátámasztják a hipotézist: a depresszió és a sírási gyakoriság között pozitív a korreláció ($r(279) = 0,29$; $p < 0,01$).

Férfiaknál szignifikáns a kapcsolat a sírási gyakoriság és a depresszió között ($r(78) = 0,28$; $p < 0,05$). Nők esetében a kapcsolat szintén szignifikáns ($r(199) = 0,29$; $p < 0,01$). Érdekes, hogy az a két vizsgálati személy, akik önbevallás alapján 30-szor sírnak egy hónapban, nem értek el magas értéket a GHQ Depresszió alskáláján.

MEGVITATÁS

EREDMÉNYEK ELEMZÉSE

Jelen dolgozat célja volt megvizsgálni azt, milyen kapcsolatban van az emocionális sírás az az egészségi állapottal, a nemi különbségekkel, a párkapcsolati elégedettséggel és a depresszióval. A második, negyedik és ötödik hipotézisem alátámasztást nyert, míg az első és harmadik hipotézis nem igazolódott.

Az eredmények szerint a rosszabb egészségi állapot magasabb sírási gyakorisággal jár együtt. Nők esetében a sírási gyakoriság pozitív kapcsolatban áll a szomatikus panaszokkal, a szorongással és inszomniával, a szociális diszfunkcióval és a depresszióval. Férfiak esetében a sírási gyakoriság pozitív kapcsolatban áll a szomatikus panaszokkal és a depresszióval. A GHQ-alskálák nemi különbségeiben talán szerepet játszhat az, hogy a férfiktól kevésbé fogadják el a lelki jellegű panaszokat (pl. szorongás), valamint ők maguk is kevésbé foglalkoznak lelki problémáikkal, ezért inkább szomatikus panaszukat fogalmazzák meg.

Jelen vizsgálat alátámasztotta a már sok vizsgálat által kimutatott eredményt: a nők gyakrabban sírnak a férfiaknál (Bekker és Vingerhoets, 2001; Lombardo és mtsai, 2001). A szakirodalom az emocionális sírás nemi különbségeire már négy főbb magyarázatot is adott, melyeket fentebb ismertettem. További magyarázatot ad Bekker és Vingerhoets (2001) leírása, mely szerint elképzelhető, hogy a maskulinitással kapcsolatos szociális normák hatására a férfiak elkerülik azokat a szituációkat, melyekről tudják, hogy sírásra készítik őket, ha pedig mégis meghatódnak, visszafojtják könnyeiket. A nőkre pedig jellemző, hogy a szomorúság és a depresszió érzését gyakrabban tapasztalják, mindkét érzés összefüggésben van a sírással. Larson és Pleck (1998) szerint elképzelhető, hogy a férfiak sokkal több érzelmet megélnék, mint amennyit kifejeznek.

A harmadik hipotézisem nem nyert alátámasztást. Az egész mintát tekintve nincs szignifikáns különbség az egyedülálló és párkapcsolatban élők sírási gyakoriságában. Az egyedülálló férfiak és a párkapcsolatban élő férfiak sírási gyakoriságában nincs szignifikáns különbség, a nőknél azonban más a helyzet: a párkapcsolatban élő nők szignifikánsan többet sírnak egyedülálló nőtársaiknál. Magyarázat lehet a kapott eredményre, hogy a nők jobban

bevonódnak társas kapcsolataikba (Ranschburg, 2011), így számukra egy-egy párkapcsolati konfliktus nagyobb mértékű stresszforrást jelenthet. Fontos továbbá, hogy nőknél a párkapcsolat minősége hatással van a lelki és testi egészségre is (Balog, 2008). Gondolhatunk továbbá a sírás kommunikatív funkciójára is (Van Tilburg, Becht és Vingerhoets, 2003): a nők így próbálják partnerük tudomására hozni fájdalmaikat, bánatukat.

A magasabb párkapcsolati elégedettség és a sírási gyakoriság között enyhe, negatív korreláció van. Az eredményre magyarázat lehet, hogy a párkapcsolati elégedettség pozitív kapcsolatban áll a lelki egészség több mutatójával, továbbá szerepet játszhat az egyén lelki egészségében, általános jóllétében (Martos és mtsai, 2014). A párkapcsolat minősége nagy hatással van az egyén jóllétére; egy jól működő párkapcsolat erőt adhat a stresszel való megküzdés során, valamint nehéz élethelyzetekben is (Proulx és mtsai, 2007).

A depresszió szintje és a sírási gyakoriság között pozitív a kapcsolat. Magasabb szintű depresszió magasabb sírási gyakorisággal jár, a két nem ebben nem különbözik. A sírási gyakoriság és a depresszió szintje közötti pozitív kapcsolatot magyarázhatja az a tény, hogy a depressziós emberek általában kevés pozitív élményben részesülnek, azokat nem is keresik aktívan, így állandóan fennálló negatív, levert hangulatuk miatt egy-egy esemény könnyebben sírásra fakaszthatja őket. Figyelemre méltó, hogy az a két vizsgálati személy, akik önbevallás alapján 30-szor sírnak egy hónapban, nem értek el magas értéket a GHQ depresszió alskáláján. Fontos azonban, hogy a sírás és a depresszió közötti kapcsolatot óvatosan kezeljük, hiszen néhány egyén számára a sírás a stresszre adott adaptív coping válasz, ezért nem szabad automatikusan a depresszió jeleként vagy tüneteként magyarázni (Hastrup és mtsai, 1986). Hastrup és mtsai szintén gyenge kapcsolatot talált a depresszió és a sírás között felnőtt populáción.

A vizsgálat korlátja, hogy a sírási gyakoriságra adott válaszok önbecslésen alapultak, továbbá az adatgyűjtés kényelmi mintavétel alapján történt. A vizsgálatban a 21-25 éves korosztály felülreprezentált, ezt az eredmények értelmezésénél figyelembe kell venni. A magasabb női elemszám szintén korlátot jelenthet.

A vizsgálatot szeretnénk nagyobb mintára kiterjeszteni, a sírás és a megküzdési stratégiák kapcsolatát vizsgálni, továbbá a sírás és az egészségi állapot kapcsolatát részletesebben feltárni. Érdekes lenne megvizsgálni, hogy a párkapcsolatban élő nőknél mi váltja ki a gyakoribb sírást.

KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

Összefoglalva megállapítható, hogy a sírás komplex jelenség, amely összefügg az egészségi állapottal, a depresszióval, a párkapcsolati elégedettséggel és nők esetében a családi állapottal. A vizsgálat azon eredménye, mely a nemi különbségekre mutat rá, összhangban van számos korábbi vizsgálati eredménnyel. Az eddigi vizsgálatok a sírás és az egészség kapcsolatát illetően kevés bizonyítékkal szolgáltak arra nézve, hogy a sírás javítja az egészséget és a

hangulatot (Vingerhoets és Scheirs, 2001). Jelen vizsgálat szintén nem tudta megerősíteni a pozitív kapcsolatot a sírás és az egészségi állapot között: az eredmények szerint a magasabb sírási gyakoriság rosszabb egészségi állapottal jár együtt. Fontos azonban szem előtt tartani, hogy a sírásnak számos pozitív hozadéka van: a síró egyén környezetéből erős hatást vált ki, előmozdítja a segítő viselkedést és erősítheti a kötődést (Vingerhoets és Scheirs, 2001).

Mivel sok az egymásnak ellentmondó eredmény, az összefüggések feltárására további vizsgálatok szükségesek.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Balog, P. (2008). A házastársi/élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In: Kopp M. (szerk.): *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó; 240-249
- Banks, M. H. (1983). Validation of the General Health Questionnaire in a young sample. *Psychological Medicine*, 13, 349-353
- Bárdos, Gy. (2014). Érzelmek és zsigerműködés. In: Bányai É., Varga K. (szerk.): *Affektív pszichológia – az emberi késztetések és érzelmek világa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 345-356
- Barniak, V. L., Burke, S. E. és Venkatesh, S. (2010). Comparative evaluation of multi-purpose solutions in the stabilization of tear lysozyme. *Contact Lens and Anterior Eye*, 33, S7-S11
- Becht, M. C., Poortinga, Y. H., és Vingerhoets, A. J. J. M. (2001). Crying across countries. In: A. J. J. M. Vingerhoets, és R. R. Cornelius (szerk.): *Adult Crying. A Biopsychosocial Approach*. Hove: Brunner-Routledge; 135-158
- Becht, M. C., és Vingerhoets, A. J. J. M. (2002). Crying and Mood Change: A cross-cultural study. *Cognition and Emotion*, 16 (1), 87-101
- Bekker, M. H. J., és Vingerhoets, A. J. J. M. (2001). Male and female tears: swallowing versus shedding? The relationship between crying, biological sex and gender. In: A. J. J. M. Vingerhoets, és R. R. Cornelius (szerk.): *Adult Crying. A Biopsychosocial Approach*. Hove: Brunner-Routledge; 91-113
- Bindra, D. (1972). Weeping: a problem of many facets. *Bulletin of the British Psychological Society*, 25, 281-284
- Borgquist, A. (1906). Crying. *The American Journal of Psychology*, 17 (2), 149-205
- Bylisma, L. M., Vingerhoets, A. J. J. M., és Rottenberg, J. (2008). When is Crying Cathartic? An International Study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27 (10), 1165-1187
- Dávid, I., Fülöp, M., Pataky, N., és Rudas, J. (2014). Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok. Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, Budapest: Géniuszkönyvek
- Dúll A., és Varga K. (1993). Az emocionális sírás. In: Dúll A., Varga K. (szerk.): *Általános pszichológiai gyakorlatok*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó; Vol. 2. 37-39

- Efran, J. S., és Spangler, T. J. (1979). Why Grown-Ups Cry –A Two-Factor Theory and Evidence from The Miracle Worker. *Motivation and Emotion*, 3 (1), 63-72
- Eugster, A., Horsten, M., és Vingerhoets, A. J. J. M. (2001). Menstrual cycle, pregnancy, and crying. In: A. J. J. M. Vingerhoets, és R. R. Cornelius (szerk.): *Adult Crying. A Biopsychosocial Approach*. Hove: Brunner-Routledge; 177-198
- Fichter, M. M., Elton, M., Diallina, M., Koptagel-Ilal, G., Fthenakis, W. E., és Weyerer, S. (1988). Mental illness in Greek and Turkish adolescents. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 237, 125-134
- Fischer, A. H. (1993). Sex differences in emotionality: Fact or stereotype? *Feminism and Psychology*, 3, 303-318
- Freudiger, P. (1983). Life satisfaction among three categories of married women. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 213 – 219
- Frey, W. H., Hoffman-Ahern, C., Johnson, R. A., Lykken, D. T., és Tuason, V. B. (1983). Crying behavior in the human adult. *Integrative Psychiatry*, 1 (3), 94-98
- Glenn, N. D., és Weaver, C. N. (1981). The contribution of marital happiness to global happiness. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 161 – 168
- Goldberg, D. P. (1985). The use of screening questionnaires by family doctors. In: Pichot, P., Berner, P., Wolf, R., Thau, K. (szerk.): *Psychiatry, the state of the art, 7. Epidemiology and community psychiatry*. New York: Plenum Press; 273-278
- Goldberg, D. P., és Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145
- Gross, J. J., Fredrickson, B. L., és Levenson, R. W. (1994). The psychophysiology of crying. *Psychophysiology*, 31, 460-468
- Hastrup, J. L., Baker, J. G., Kraemer, D. L., és Bornstein, R. F. (1986). Crying and Depression Among Older Adults. *The Gerontologist*, 26 (1), 91-96
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., és Ehlert, U. (2003). Social Support and Oxytocin Interact to Suppress Cortisol and Subjective Responses to Psychosocial Stress. *Biological Psychiatry*, 54, 1389-1398
- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and Family*, 50 (1), 93—98
- Hendriks, M. C. P., Rottenberg, J., és Vingerhoets A. J. J. M. (2007). Can the Distress-Signal and Arousal-Reduction Views of Crying Be Reconciled? Evidence From the Cardiovascular System. *Emotion*, 7 (2), 458-463
- Hobbs, P., Ballinger, C. B., Greenwood, C., Martin, B., és McClure, A. (1984). Factor analysis and validation of the General Health Questionnaire in men: a general practice survey. *British Journal of Psychiatry*, 142, 270-275.
- Józsa, E. (2014). Társas szükségletek. In: Bányai, É., és Varga, K. (szerk.): *Affektív pszichológia – az emberi késztetések és érzelmek világa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 287-341
- Kiecolt-Glaser, J. K., Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127 (4), 472–503
- Kirschbaum, C., Klauer, T., Filipp, S.H., és Hellhammer, D.H. (1995). Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective responses to acute psychological stress. *Psychosomatic Medicine*, 57, 23–31

- Kraemer, D. L., és Hastrup, J. L. (1986). Crying in natural settings: global estimates, self-monitored frequencies, depression and sex differences in an undergraduate population. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (3), 371-373
- Labott, S. M., és Martin, R. B. (1988). Emotional Weeping, Age, and Physical Disorder. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association (96th, Atlanta, GA, August 12-16).
- Larson, R., és Pleck, J. (1998). Hidden feelings: emotionality in boys and men. *Nebraska Symposium on Motivation*, 45, 25-74 ???
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., és Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8, 301-313
- Lombardo, W. K., Cretser, G. A., és Roesch, S. C. (2001). For Crying Out Loud - The Differences Persist into the '90s. *Sex Roles*, 45, 529-547
- Martin, R.B., Guthrie, C.A., és Pitts, C.G. (1993). Emotional crying, depressed mood, and secretory immunoglobulin A. *Behavioral Medicine*, 19 (3), 111-114
- Martos T., Sallay V., Szabó T., Lakatos Cs., és Tóth-Vajna R. (2014). A Kapcsolati Elégedettség Skála magyar változatának (RAS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15 (3), 245-258
- Pléh, Cs., Kovács Gy., és Gulyás, B. (2003). *Kognitív idegtudomány*. Budapest: Osiris Kiadó
- Proulx, C., Helms, H., Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A MetaAnalysis. *Journal of Marriage and Family*, 69 (3), 576-593
- Ranschburg J. (2011). *Nők és férfiak*. Kaposvár: Saxum Kiadó Kft.
- Rottenberg, J., Cevaal, A., és Vingerhoets, A. J. J. M. (2008). Do mood disorders alter crying? A pilot investigation. *Depression and Anxiety*, 25 (5) E9-15
- Rottenberg, J., Gross, J. J., Wilhelm, F. H., Najmi, S., és Gotlib I. H. (2002). Crying Threshold and Intensity in Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (2), 302-312
- St. James-Roberts, I., és Halil, T. (1991). Infant Crying Patterns in the First Year: Normal Community and Clinical Findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, (6), 951-968
- Stutzer, A., és Frey, B. S. (2006). Does marriage make people happy, or do happy people get married? *The Journal of Socio-Economics*, 35, 326-347
- Szabó P. (1988). Az emocionális sírásról. In: Túry, F. (szerk.): *A falakon kívül és belül. Pszichiátriai aktualitások*. Az MTA Debreceni Akadémiai Munkabizottságának közleményei. Debreceni Akadémiai Bizottság, Debrecen, 50-58
- Szabó, P. (1990). *Újabb adatok az emocionális sírásról*. Az MPT és a Magyar Pszichofiziológiai és Egészséglélektani Társaság Közleményei.
- Szabó, P. (2000). A sírás biológiai és pszichológiai vonatkozásai. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 1 (1), 49-56
- Szabó, P., és Frey, W. H.: Emotional crying: A cross-cultural study. II. Európai Pszichológus Kongresszus, Budapest, 1991. júl. 8-12.
- Szabó, P., és Frey, W. H.: The prevalence of emotional crying in the United States and in Hungary. Conference on the (Non)Expression of Emotions in Health and Disease. Tilburg, 1996. aug. 28-30.

- Uchino, B. N., és Garvey, T. S. (1997). The availability of social support reduces cardiovascular reactivity to acute psychological stress. *Journal of Behavioural Medicine*, 20, 15–27
- Van Haeringen, N. J. (1981). Clinical Biochemistry of Tears. *Survey of Ophthalmology*, 26 (2), 84–96
- Van Haeringen, N. J. (2001). The (neuro)anatomy of the lacrimal system and the biological aspects of crying. In: A. J. J. M. Vingerhoets, és R. R. Cornelius (szerk.): *Adult Crying. A Biopsychosocial Approach*. Hove: Brunner-Routledge; 19–36
- Van Tilburg, M. A. L., Becht, M. C., és Vingerhoets, A. J. J. M. (2003). Self-reported crying during the menstrual cycle: sign of discomfort and emotional turmoil or erroneous beliefs?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24 (4), 247–255
- Van Tilburg, M. A. L., Unterberg, M. L., és Vingerhoets, A. J. J. M. (2002). Crying during adolescence: The role of gender, menarche, and empathy. *British Journal of Developmental Psychology*, 20, 77–87
- Vingerhoets, A., és Bylsma, L. (2007). Crying and Health: Popular and Scientific Conceptions. *Psychological Topics*, 16 (2), 275–296
- Vingerhoets, A. J. J. M., és Kirschbaum, C. (1997). Crying, mood, and cortisol. *Psychosomatic Medicine*, 59, 92–93
- Vingerhoets, A. J. J. M., Rottenberg, J., Cevaal, A., és Nelson, J. K. (2007). Is there a relationship between depression and crying? A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 340–351
- Vingerhoets, A. J. J. M., és Scheirs, J. G. M. (2001). Crying and health. In: A. J. J. M. Vingerhoets, és R. R. Cornelius (szerk.): *Adult Crying. A Biopsychosocial Approach*. Hove: Brunner-Routledge; 227–246
- Vingerhoets, A. J. J. M., Van den Berg, M. P., Kortekaas, R. Th. J., Van Heck, G. L., és Croon, M. A. (1993). Weeping: Associations with personality, coping and subjective health status. *Personality and Individual Differences*, 14 (1), 185–190
- Voss, K., Markiewicz, D., és Doyle, A. B. (1999). Friendship, marriage, and self-esteem. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 103 – 122
- Weyerer, S., Elton, M., Diallyna, M., és Fichter, M. M. (1986). The principal component structure of the General Health Questionnaire among Greek and Turkish adolescents. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 236, 75–82
- Whisman, M. A., és Bruce, M. L. (1999). Marital distress and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 674 – 678