

EMPÍRIKUS TANULMÁNYOK

CAROLYN ZAHN-WAXLER, E. MARK CUMMINGS,
DONALD H. MCKNEW és MARIAN RADKE-YARROW

National Institute of Mental Health

ALTRUIZMUS, AGRESSZIÓ ÉS SZOCIÁLIS INTERAKCIÓK FIATAL GYERMEKEK ESETÉBEN, MÁNIÁS-DEPRESSZIÓS SZÜLŐKKEL

Ennek a kutatásnak az a célja, hogy megvizsgálja az affektív betegségben szenvedő szülők nagyon fiatal gyermekeit szociális beilleszkedés és emocionális működés szempontjából. Felnötteknél a depressziót általában a szociális kapcsolatok romlása kíséri egyes érzelmek regulációjának zavarásával. A szülők ilyen problémája a gyermekekre is hatással lehet egy sor összetett biológiai és környezeti mechanizmuson keresztül.

Míg az affektív betegség átörökítésében a genetikai mechanizmusoknak is szerepe lehet, ez különösen a bipoláris rendellenesség esetében igaz (például FIEVE, MENDLEWICZ és FLEISS, 1973), a depressziós szülők mellett a gyermekek a családi affektív környezet zavarának is folyamatosan ki vannak téve. Ennélfogva sok alkalmuk nyílik megfigyelni, tapasztalni, inkorporálni és kifejezni a szülők diszfunkcionális érzelmeit és viselkedését. Azt tapasztalták, hogy a fiatal gyermekek különösen fogékonyak mások érzelmeinek kifejezése iránt, és az nagy hatással is van rájuk (például ZAHN-WAXLER és RADKE-YARROW, 1982) már a születés pillanatától fogva (SKINNER, 1971). Mielőtt közvetlenül megnéznénk az emocionális problémák etiológiáját, fel kell tárunk, hogy az affektívan beteg szülők gyermekei különböznek-e más gyermekektől, amikor a fejlődés során ennek már jele van, és ennek a különbségnek melyek az egyes dimenziói.

Ez a munka exploratív jellegű kísérlet az adaptáció és a rossz adaptáció mintáinak vizsgálatára olyan kétéves gyermekekkel, akiknek szülei mániás-depresszióban szenvednek. Az ötletet az adta, hogy hirtelen rendelkezésünkre állt egy kis csoportnyi — életkorát tekintve homogén — ilyen korú gyermek. Programszerűen folyó, a szociális és emocionális fejlődést vizsgáló eljárásainkból válogattunk, hogy élhessünk ezzel az egyedülálló lehetőséggel. Az empátia mintáit, az agressziót, a szociális interakciót és az érzelmi szabályozást vizsgáltuk. Ezeket a változókat a priori módon elemezni tudtuk, mivel jelentéssel mutatót adták a szociális-emocionális kompetenciának, a megbirkózásnak és a sebezhetőségnek egyaránt. A klinikai és pszichiátriai irodalomban már talál-

koztunk olyan esettel, hogy az affektív zavaros életvezetésű családok működését a fenti változók elemzésével írták le. Ezek főleg mániás-depressziós családok voltak. Így a tanulmány átvihető célja annak illusztrálása volt, hogy a fejlődéslelektan fogalmal, paradigmákkal és eljárásai relevánsak lehetnek a pszichiátriai populációk és problémák esetében, és fordítva. Ez az eljárás segíthet akár a normál, akár a kóros szociális-emocionális működés ontogenezisét megérteni.

A bipoláris vagy mániás-depressziós megbetegedésben (ezeket a szak kifejezéseket felváltva használjuk itt) a súlyos depresszió váltakozik a mániával. A depresszió a társaságtól való visszahúzódásban, sírásban, reménytelenségérzésében, büntudatban és alacsony önértékelésben nyilvánul meg; a mania hiperaktivitásban, az ötletek áradásában, az inflálódott önértékelésben vagy nagyságérzésben, s az olyan tevékenységekben való túlzott részvételben, amelyek kínos következményeket vonhatnak maguk után. A mániás ember uralkodó hangulata emelkedett, terjeszkedő és/vagy ingerlékeny, a dühkitörések ritkák. Az újabb elméletek a bipoláris rendellenesség biológiai alapjait hangsúlyozzák, nevezetesen hogy a lítium — amely a hangulatingadozásokat szabályozza — preferált és leghatékonyabb módja a kezelésnek. Vita van arról, hogy farmakológiailag előidézett remisszióban ugyanolyan-e az ember, mint ha „normális” lenne.

Az irodalom szerint a bipoláris betegség a családokban továbbterjed (DAVENPORT, ADLAND, GOLD és GOODWIN, 1979). A bipoláris szülők latenciakorú és fiatalkorú gyermekei a depresszióval szemben fokozottan veszélyeztetettek (CYTRYN, McKNEW, BARTKO, LAMOUR és HAMOVIT, 1982), éppúgy, mint egy sor más pszichopatológiai tünettől szemben, beleértve a szorongást, az alvászavarokat és az elzárkózó viselkedést (MAYO, O'CONNELL és O'BRIEN, 1979). A nagyon fiatal gyermekek tanulmányozása minden bizonnyal segíthet az ok-okozati összefüggések vagy az átörökítő folyamatok tisztázásában, mégpedig azzal, hogy az érzelmi problémákat keletkezési pontjaikhoz közel vizsgálja, és közvetlen közelből figyeli meg a korai viselkedésmintákat, szekvenciákat. Az itt vizsgált gyermekek korábbi becslései (ZAHN-WAXLER és RADKE-YARROW, 1. Jegyzet) már aránytalanul sok tünet meglétét jelezték az első és második életév között. A megfigyelők pedig tudatában voltak a szülők pszichiátriai státusának, és a szülő is befolyásolta a tünetekről szóló beszámolókat.

DAVENPORT és mts., (1979) a bipoláris családok esetében egy sor viszonylag tartós pszichodinamikai jellemzőt feltételezett, ami szerepet játszik abban, hogy ez a betegség generációkon keresztül fennmaradjon. Ezek a következők: a) képtelenség a veszteség, gyász és harag kérdéseinek kezelésére; b) defenzív manőverek kialakítása a konfliktussal való szembekerülés ellen; és c) nehézségek az intimitás kezdeményezése és fenntartása terén a családi kapcsolatokon kívül. ANTHONY (1975) is tárgyalta a mániás-depressziós szülők krónikus elégtelenségeit, melynek következtében a fejlődő gyermek veszélyeztetett lehet olyan depressziós, vagy más szociális-emocionális problémákban, mint például a) az elvétel, de az adás visszautasítása; b) a másik ember tudomásulvételének hiányából következően az empátiás készség hiánya; és c) megromlott a biztos attachment-viselkedés, mivel a szülők saját depen-

denciaszükségletük miatt nem képesek a gyermekekkel igazi érzelmi kötődést kialakítani. Továbbá, ha a szülőnek extrém az érzelmi szükséglete, egyes gyermekek megtanulják úgy látni a gondozó szerepet is, ahogy azt egy érzelmi-leg törékeny szülőnél tapasztalják.

A hangulatok szabályozatlansága is előfordulhat, ha ezek a gyermekek behálózódnak a szülők állandóan változó hangulataiba.

Ezek a klinikai megfigyelések a szülőknek olyan problematikus jegyeire utalnak, melyek alapvetően befolyásolják, hogy milyen interakciókat folytatnak a gyermekkel, és ennél fogva azt is befolyásolják, hogyan alakul a gyermekük szociális-emozionális kapcsolata a többiekkel. Gondoljunk az empátiadeficitre, az ellenséges érzelmekkel való bánás nehézségeire és a barátságos társas kapcsolatokra, továbbá a kiegyensúlyozott hangulatok fenntartására. Megpróbáltuk ezeket fogalmakra és eljárásokra lefordítani, melyek relevánsak lehetnek a gyermekek tanulmányozásában a párhuzamos működésmódok területén. Már kétéves korban vannak egyéni különbségek a gyermekek között (például ECKERMAN, WHATLEY és KUTZ, 1975) 1) barátságos interakciókban, 2) az altruisztikus proszociális viselkedésformákban (például ZAHN-WAXLER, RADKE-YARROW és KING, 1979) és 3) az agresszív viselkedés és a konfliktussal szembeni vonzalommal kapcsolatban (például HAY és ROSS, 1982).

Mi a fejlődés kezdetén mutatkozó szociális orientációkat tanulmányozzuk, valamint ezek affektív komponenseit, és megfontoljuk, hogy a kapott eredmények mennyiben használhatóak a szülők affektív betegsége miatt veszélyeztetett gyermekek problémáinak azonosításában.

A gyermekeket olyan kísérleti helyzetekben vizsgáltuk, amelyek a mindennapi életükben tapasztaltakhoz hasonló kihívásokat jelentettek, de amelyek különösen a mániás-depressziós szülők gyermekei esetében okozhatnak problémákat. A gyermekeknek a játszótársakkal, majd idegen felnőttekkel és (kisebb mértékben) anyjukkal való interakcióit figyeltük különböző helyzetekben. Például a) a szociális interakciók kezelése, b) mások fájdalmával és szenvedésével való foglalkozás, c) mások hirtelen időnként mérges és ellenséges érzelmi kitörései és d) a gondozó távozásával a szeparáció következtében fellépő frusztráció és agresszió leküzdése, továbbá valamely kellemes tevékenység megszakítása. Bár a fő kutatási cél a gyermekek interperszonális működésének vizsgálata volt a (beteg) családon kívül, járulékos célként jött számításba a gondozó iránti proszociális viselkedés. Ennek célja az volt, hogy teszteljük a klinikusok megfigyeléseit a szülő-gyermek szerepmegfordítással kapcsolatban; azaz megnézzük, hogy a gondozó szerep felvétele a gyermekben milyen akkor, ha a szülő állapota ínséges.

MÓDSZER

Minta

Hét fiút, akinek egyik szülője bipoláris rendellenességben szenvedett, egyéves korától fogva longitudinálisan vizsgáltunk. E 7 fiúból álló kontrollcsoportot a későbbiek során 20-ra egészítettük ki, így 10 fiú és 10 lány kontrollunk volt, hogy lehetséges legyen a statisztikai csoportösszehasonlítás. Igen nehezen találtunk bipoláris családokban született, egyéves lánygyermeket. Mivel ez a betegség nagyon ritka, nem sikerült megfelelő korú lánygyermeket találnunk a vizsgálat számára. Egyik gyermeknek sem volt lényeges testi betegsége vagy nyilvánvaló kognitív deficitje.

A szülői diagnózis

A SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, melyet Spitzer és Endicott fejlesztett ki 1977-ben) és a DSM III kritériumok szolgálták a szülők diagnózisának felállítására. Az SADS 1-2 órát igénybe vevő interjútechnika. A jelzett családok közül négyben az anya volt bipoláris; a fennmaradó három családban az apa volt mániás-depressziós. A hét vizsgált család közül ötben a házastársaknak is volt unipoláris depressziós diagnózisuk. Egy házastárs alkoholista és neurotikus volt. Mégis a vizsgált családokat összetett depressziós formák és összetett problémák jellemezték. Egyébként egy biomedikális kutatási programban is szerepeltek. Egy bipoláris szülő kivételével, aki visszautasította a gyógyszert, minden személyt lítiummal kezeltek. A bipoláris affektív betegség első megjelenésekor a minta átlagéletkora 19,5 év volt (14—35 év között volt a szórás); a pszichiátriai osztályon eltöltött idő átlaga 4,4 év volt, és átlagosan a szülők már 17,4 éve voltak betegek (2—23 év között), amikor a gyermekük született. Bár a vizsgálat ideje alatt egyik beteg sem mutatott extrém mértékű hangulatingadozást, a tünetek és a problémák gyengített formában mindvégig jelen voltak az esetek kidolgozói és az otthoni látogatók becslése szerint.

A kontrollcsoport anyái normális diagnózist kaptak. A kezdeti kontrollcsoport hét apját is normálisnak diagnosztizálták. A többi apának nem volt diagnózisa, de esetünkben a feleségeik a klinikai depresszió hiányáról számoltak be. Ez kutatási és tervezési probléma, amely elfogulttá tesz a csoportkülönbségekkel szemben. A kontroll és a bipoláris csoport a szocioökonómiai státusz, a faj, a vallás, etnikai hovatartozás és a szülők életkora szempontjából egyeztetve volt. Főleg fehér, középosztálybeliek voltak, életkoruk átlagban 30—35 év volt.

Eljárások

A gyermekeket egyéves koruktól fogva vizsgáltuk longitudinálisan otthon és laboratóriumi körülmények között. Felbecsültük kognitív, neurológiai, fizikai és szocio-emocionális működésüket. A szülő-gyermek interakciókat, és a gyer-

mekek mások érzelmeire adott reakcióit is vizsgáltuk. A stáb a családokat havonta látogatta.

Amikor a gyermekek elérték a 2—2,5 éves kort, két ülésen vettek részt a laboratóriumban. Mindegyik alkalommal struktúrált megfigyelési helyzetben nézték őket egy ugyanolyan korú ismerős játszótárs társaságában. Tanulmányoztuk a gyermekek reakcióit felnőtt kísérletvezető és az anya által gyakorolt érzelmi ingerlésre. Az ülések az NIMH kutatóintézet egyik házában folytak. A kortárs reakciók megfigyelése egy nappali-ebédlőszzerű szobában történt. Az érzelmi ingerlésre adott reakciókat is itt figyeltük meg, továbbá a földszinti szobákban. Mindegyik ülést videóra vettük, és a videoszalagokról minden adatot kódoltunk. A kódolást megfigyelőpárok végezték, akik nem tudtak a szülők diagnózisáról. A megbízhatóságot mindig húsz vagy több eset mintájára alapoztuk, és a megegyezés százalékaiban számoltuk ki. Ezeket zárójelben felsoroltuk a kódolási kategóriák mellett. Meg nem egyezés esetén a pontokat megítéltük.

A kortársmegfigyelések helyszínei

Mindegyik ülés előtt elhelyeztünk egy sztenderd játékkészletet (például egy hintalovát, labdát, húzós játékot, játéktelefont). A kortárskapcsolatok olyan körülmények között figyeltük meg, melyek konfliktusokat keltettek, distresszt, frusztrációt és élvezetet okoztak. Ezek között olyanok voltak, mint 1) az újszerű környezet — a gyermekek kezdeti játéka az új szobában és helyzetben (5 perc); 2) az affekció és megosztás háttérklímája — két felnőtt nő lép be a lakószobával egybeépült konyhába, köszöntötték az anyákat és a gyermekeket, majd mindegyikkel együttműködtek meleg és barátságos módon, míg üdítőket szolgáltak fel az anyáknak és a gyermekeknek; 3) neutrális kontextus — nem voltak kísérleti beavatkozások; 4) az ellenségesség, düh és visszautasítás háttérklímája — a nők visszamentek a konyhába, és hangos vitába kezdek mosogatás közben, mindegyik keserűen vádolta a másikat, hogy nem végzi el a maga részét a munkából a házban (5 percig); 5) egy második semleges kontextus (5 percig); 6) kibékülés — a felnőttek visszajöttek, érzelemtelően köszöntötték egymást, és bocsánatot kértek kellemetlen viselkedésükért (2 perc); 7) egy baráttól való elválás átélése (a vizsgált gyermek egyik barátjának anyját megkérték, hogy hagyja el a szobát), (1 perc); 8) szeparáció az anyától — a vizsgált gyermek anyját is kihívtuk a szobából (1 perc); és 9) az anyával való újraegyesülés — mindkét anya visszatért (4 perc). Az anyákat megkértük, hogy ne kezdeményezzenek semmilyen tevékenységet, és ne szakítsák meg az interakciókat, hacsak valamitől rosszul nem érezték magukat, vagy valami veszélyes nem volt. Ezt a kortársülést 2—3 hónappal később megismételtük. Mind a kilenc periódus pontértékeit ülésenként összeadtuk a becslés megbízhatóságának növelése érdekében (EPSTEIN, 1979). A játszótársak adatait nem elemeztük. A játszótársak céljának kellett megadnia azt a kontextust, amelyben a gyermek szociális-emozionális működését vizsgálni tudtuk.

A kortársinterakciók alatt kódolt reakciók

Az agressziót (90%) olyan akcióként definiáltuk, amelynek megvolt a potenciális lehetősége, hogy fizikai vagy pszichológiailag károkat okozzon. Kódoltuk az agresszió gyakoriságát és időtartamát. Az agresszió komponensei a következők voltak: a/ Interperszonális fizikai agresszió (92%) — ütések, rugások, lökések, vagy tárgyak dobálása; b/ tárgyküzdelmek (92%) — kísérletek arra, hogy a másik tárgyat megragadják vagy elvegyék; c/ Irány nélküli agresszió (81%) a fizikai környezettel szembeni agresszió, mint például földhöz vágni a játékokat vagy belerugni valamibe; és d/ Intenzív agresszió (88%) — agresszió, amely potenciálisan veszélyes volt (egy 1—5 skálán értékelve). „Passzivitás” az agresszióval szemben (88%) (azaz nincs sírás vagy reakció) is kapott pontértéket. Az anyák elleni agresszió látszólag nem létezett. Az ülések struktúrája valószínűleg minimalizálta az ilyen interakciókat.

Az altruizmust (79%) olyan tevékenységként határoztuk meg, amelyben a kortárral kedves vagy törődő volt a gyermek. Proszociális vagy altruista tevékenységet kódoltunk minden esetben, amikor azt láttuk, hogy a gyermek segít valamiben, együttműködik, megoszt valamit, vigasztal vagy együttérez, vagy nem interperszonális módon segít (például a takarításban). A proszociális viselkedés példái között van a síró személy átölelése, a „Jól van” vagy a „légy óvatos” mondatok mondása, a cumisüveg felajánlása, egy játékon való megosztás, vagy a felváltva játszás valamivel. A megosztás esetet tették ki a kortársak iránti proszociális viselkedés legnagyobb részét. Az altruizmus különböző kategóriái közötti különbségtételek megbízhatósága 92% volt.

A szociális interakciókat (67%) négyfokú skálán értékeltük minden ülés után (1 = semennyi, 2 = esetenként, 3 = gyakran, 4 = folyamatos szociális interakció). A szociabilitásnak ezeket az értékeit a barátságos interaktív játék gyakoriságára és intenzitására alapoztuk (például valakit odahívunk egy épp folyó tevékenységhez, vagy kergetőzünk).

Az emocionális agresszivitást is négyfokú skálán értékeltük (1 = emóciók hiánya, 4 = az emóciók gyakori jelenléte). Az értékelést minden periódus végén és az ülések után is elvégeztük. A kódolt emóciók a következők voltak: a/ pozitív érzelem, (70%) nevetés, mosoly, arcjátékkal, hanggal vagy testileg kifejezett boldog izgalom; b/ harag (94%), mérges üvöltés, sikítás vagy arckifejezések, szenvedélyes fenyegetések vagy panaszkodások; c/ distressz (75%), sírás, bizonytalanság, hüppögés, gondolkodó arckifejezések és d/ emocionálisan az a, b és c pont összetétele.

A felnőttekkel és egy kisgyermekkel való interakciók vizsgálatának helyszínénél

Struktúrált helyzeteket használtunk a gyermekek altruizmusának és agressziójának felbecslésére a kortárskapcsolatokon kívül. Az első kortársülés után enyhe frusztrációs helyzetet kezdeményezett egy idegen felnőtt nő. Elvitte a játszószobából a játékokat, majd a játszótárs, és később annak anyja is elhagyta a szobát. A felnőtt három újjátékkal lépett be, és megkérte a gyermeket, hogy

válasszon ki magának egyet, amivel játszik. Röviddel ezután azt mondta: „Most én következem” — és ezzel elvette a játékot. Egy perc után pedig visszaadta.

Néhány perccel később az anya és gyermeke egy másik szobába mentek. A játék alatt behallatszott, hogy a szomszéd szobában egy kisgyermek (csecsemő) sír. Ez egy egyperces hangfelvétel volt. Később egy kísérletvezető lépett be, és míg az anyával és a gyermekkel beszélt, a lábát odaverdoste az asztalhoz. Élénken felsíkkoltott, és dörzsölte a lábát. Egy másik kísérletvezető a második ülés alatt fájdalmat színlelt azzal, hogy ujjára csapta a hűtőszekrény ajtaját. Értékeltek az anya distressz szimulálására adott reakciókat is úgy, hogy a gyermek ne legyen indokolatlanul kitéve distressznek. Az anyák nekimentek egy széknek a kortárs játszósobában, felsíkkoltottak, és dörzsölték az ütés helyét. A stresszes és distresszes állapotokat a folyamatos tevékenységbe úgy illesztették bele, hogy természetesnek tűnjenek. A szimulációkra forgatókönyveket adtunk, és a kísérletvezetők szimulációját el is próbáltuk annak érdekében, hogy az ingerközlés egységesen történjen.

A felnőtt és csecsemő struktúrált helyzetekben kódolt reakciók

A felnőttel szembeni engedetlenség a frusztrációt követően fizikai agresszióban, vagy a játék feletti küzdelemben nyilvánult meg. Az agresszió tartósságát (90%) és intenzitását (90%) ötfokú skálán értékeltük. (1 = nincs, 5 = magas). A következő proszociális viselkedésformákat és a kapcsolt akciókat kódoltuk a distressz ingerlést követően: 1) altruizmus — (84%) segítő aktusok, megosztás, vigasztalás vagy a korábbiak szerint meghatározott kooperáció; 2) gondozó szerep (90%) — segítség, megosztás, vigasztalás és kooperáció, ami azt jelzi, hogy a gyermek a felelősséget vagy a gondozó szerepet internalizálta (erre a felnőttektől átvett modorosságokból vagy a szokatlanul ügyes, kompetens proszociális aktusokból következettünk); 3) prolongált fizikai orientáció a distresszre (85%) — a másik bajára való fixálás, bizonyos fokú képtelenség arra, hogy a gyermek a látványtól elforduljon és valamilyen más tevékenységbe fogjon; 4) érzelmi törődés, érdeklődés (74%) — a törődés kifejezése arckifejezéssel vagy hanggal, amely empátiát, vagy a másikkal való törődést jelez (például szomorú arccal és hangon kérdezni, „mi a baj?”) és 5) információkeresés, irányítás vagy biztonság keresése az anyánál (80%). Ezt hatfokú skálán értékeltük (1 = nincs odafordulás az anyához, 2 = rövid odanézés, 3 és 6 = distressz után odamegy az anyához fizikai vigasztalásért a szükségletkifejezés különböző árnyalataival).

EREDMÉNYEK

Összehasonlítottuk a bipoláris és a kontroll szülők gyermekeit. Az agresszió, altruizmus, érzelmi kifejezés és a szociális interakció vizsgálatára varianciaanalízist alkalmaztunk. A kétszemponos varianciaanalízist (diagnosztikus csoport X kísérleti játékperiódusok) a kortárskapcsolatok elemzésénél használtuk, hogy azonosítsuk a reakció valószínűleg különböző menetét a bipoláris és a kontroll csoportokban a kísérleti játékidőszak alatt. Ha elég nagyszámú megfigyelé-

sünk volt periódusokként az értelmes statisztikai analízisek végzéséhez, a teljes, húsz gyermekből álló kontrollcsoport adatait összehasonlítottuk a hét főből álló bipoláris mintával. A fiúkat ($N = 10$) és a lányokat ($N = 10$) a kontrollcsoportban mindegyik változó mentén összehasonlítottuk egy sorozat F próbával. Az F értékek többsége egynél kisebb volt. A számos lehetséges összehasonlítás közül csak két szignifikáns különbséget találtunk a nemek között, körülbelül ennyit vártunk volna véletlenszerűen is; a fiúk több irány nélkül agressziót mutattak, mint a lányok ($p < 0,02$) és a fiúk több teljes altruizmust mutattak az anya iránt ($p < 0,02$). Míg a két éves fiúk és lányok szociális-emozionális működése közötti erős hasonlóság alapot adott arra, hogy kombináljuk őket, a bipoláris családokról való általánosításokat csak a fiúk eredményeinek kell tekintenünk. Bár a bipoláris családok gyermekénél viszonylag több problémát jósltunk be, nem készítettünk specifikus hipotéziseket, és a statisztikai tesztek kétirányúak voltak.

Antiszociális viselkedés / agresszió

Az ismeretlen felnőtt nő és a játszótárs iránti agressziómintákat az 1. táblázat mutatja be. Az 1. és a 2. táblázatban is a varianciaanalízis fő hatásait mutató átlagokkal a normális és a bipoláris családok gyermekeinek összehasonlítását mutatjuk, azoknak a gyermekeknek a százalékarányával együtt, akik a reakciót legalább egyszer produkálták. Az ismeretlen felnőtt iránt mutatott agresszióban erős csoportkülönbségek mutatkoztak. A bipoláris családok agressziójukban sokkal kitartóbbak és intenzívebbek voltak, azaz keményebben harcoltak ($p < 0,005$), és hosszabban ($p < 0,001$), hogy visszaszerezzék azt a játékot, amelyet a felnőtt elkért tőlük.

A kortársak elleni agressziót kétszemponos varianciaanalízissel hasonlítottuk össze. Egy kivétellel nem volt főhatás a diagnosztikus csoportnak egyik agressziós értékére sem, akár a gyakoriság, akár az időtartam pontértékeket használtuk; a kivétel az volt, hogy a bipoláris családok valamivel több irány nélkül agressziót mutattak, mint a kontrollok ($p < 0,05$), de ez főleg a nem hatása volt. A diagnosztikus csoportnál szignifikáns interakciós hatásokat tapasztaltunk a kísérleti kortársakkal való játékperiódust tekintve. Ez az agresszió időtartamának és intenzitásának különbségét mutatja a bipoláris és kontrollcsoport között a játékperiódusok alatt $F(8,200) = 1,86$, $p < 0,07$, az agresszió időtartamára nézve, és $F(8,200) = 1,99$, $p < 0,05$, az agresszió intenzitását tekintve.

Ezeknek az interakciónak a tervezett összehasonlítása (KEPPEL, 1973) azt jelezte, hogy a bipoláris családok gyermekei több időt töltenek a kortársakkal szembeni agresszió állapotában $F(1,200) = 6,18$, $p < 0,025$ és a kortársak felé intenzívebb agressziót mutatnak, $F(1,200) = 6,12$, $p < 0,025$, mint a kontroll gyermekek, de csak abban az időszakban, amikor az anyától való szeparáció után újra találkoznak vele. Ez az áttöltött agressziót tükrözheti. Mint ahogy korábban megjegyeztük, az anyával szembeni nyílt agresszió nem fordult elő elég nagy számban ahhoz, hogy elemezzessük. Viszont a bizonytalan attachment minták (amelyek néha a mögöttük meghúzódó haragot jelezhetik) a bipoláris gyermekekre ebben a mintában sokkal jellemzőbbek voltak, mint a kontroll gyermekekre (ZAHN-WAXLER és RADKE-YARROW, 1. jegyzet) Az agresszió-

A kétéves gyermekek agressziós mintái

	bipoláris családok gyermekel		kontroll családok gyermekel		F(1,25)
	átlag	% ^a	átlag	% ^a	
A kv. iránt mutatott agresszió értékelése (1–5) skálán:					
Intenzitás	3.14	86	1.70	30	11.70***
Kitartás	3.29	71	1.85	25	10.29***
A kortársak iránt mutatott agresszió gyakorisága:^b					
Összes Interperszonális agresszió	7.00	100	8.75	100	<1
Tárggyal kapcsolatos küzdelmek	6.29	100	6.60	100	<1
Fizikai agresszió	.71	43	2.20	65	2.30
Irány nélküli agresszió	16.14	100	8.65	100	5.84**
Passzív válasz a kortársak agresszív kezdeménye- zéseire (előfordulási %)		58.9		34.4	3.33*

^a Ebben az oszlopban az adatok azoknak a gyerekeknek a százalékarányát mutatják, akik legalább egy alkalommal adták az illető reakciót

^b A kortársagressziót értékelő pontok átlaga az összpontértéken alapszik, amelyet a két ülés kilenc periódusán keresztül adtunk.

* $p < .10$

** $p < .05$

*** $p < .005$

val kapcsolatos reakciók végső analízise (1. táblázat) azt mutatja, hogy amikor áldozatok, vagy agresszió irányul ellenük, a bipoláris gyermekek valamivel nagyobb valószínűséggel passzív fogadói az agresszióknak, mint a kontroll gyermekek ($p < 0,10$).

Proszociális viselkedés, altruizmus

A 2. táblázat mutatja a gyermekeknek az anyára, az ismeretlen felnőttek, a csecsemők és a játszótársak iránt megnyilvánuló altruista viselkedésmintáit. Mind az átlagok, mind a százalékok azt mutatják, hogy a gyermekek viszonylag sokat reagálnak az anyára, összehasonlítva az egyéb ingerrel adókkal, különösen az ismeretlen felnőttel. Bár viszonylag kevés dolog volt, amit a vizsgált gyermek

A kétéves gyermekek altruizmus-mintái

	bipoláris családok gyermekel		kontroll családok gyermekel		F(1,25)
	átlag	% ^a	átlag	% ^a	
A distressz-ingerlést követő altruista megnyilvánulá- sok gyakorisága:^b					
Altruizmus az anya iránt	1.43	86	1.25	75	<1
Altruizmus a kv. iránt	.29	14	.30	25	<1
Altruizmus a csecsemősírára	.43	29	.45	35	<1
A kortársak iránt mutatott altruizmus gyakorisága:^c					
Összes altruizmus	1.43	71	3.90	95	6.74***
Megosztás	.86	57	2.55	85	5.32**
Segítés	0	0	.50	35	2.95*
Együtműködés	.14	14	.45	25	<1
Vigasztalás	0	0	.25	25	2.16
Nem szociális altruizmus	.43	14	.20	20	<1

^a Ebben az oszlopban az adatok azoknak a gyerekeknek a százalékarányát közöljük, akik legalább egy alkalommal adták az illető reakciót

^b A kísérletvezető distresszére adott reakciók két ingeren alapultak, míg az anya distresszére és a csecsemősírára vonatkozó értékek egy megfigyelésből származtak. A gyerekeknek az anyai szimulációra adott pontértékei 1-nél nagyobbak, mert a gyerekek gyakran adtak egynél több altruista reakciót.

^c A kortársakkal szembeni altruista viselkedés átlaga a két ülés kilenc periódusában felvett adatokon alapszik.

*p < .10

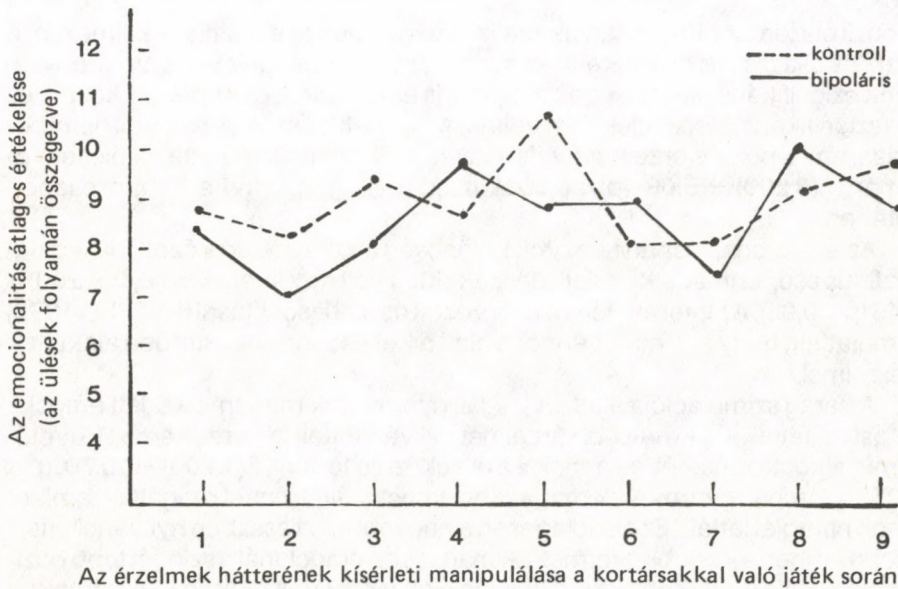
**p < .03

***p < .02

tehetett a „síró csecsemő” megsegítésére, még itt is a gyermekek kb. egyharmada szóban jelezte a törődését, vagy megpróbált valakit beavatkozásra bírni.

Nem voltak különbségek a bipoláris és a kontrollcsaládok gyermekel között a teljes altruizmus pontértékeket tekintve egyik distressz ingerlésben vagy altruizmus kategóriában sem (például segítség, megosztás, együtműködés, vigasztalás). Az emocionális törődésben vagy az altruista gondolkodásban, amely speciális jártasságot vagy kompetenciát tükrözött, szintén nem volt különbség. Voltak viszont indirekt utalások arra, hogy a vizsgált gyermekekben

megnövekedett az emocionalitás szintje a distressz ingerléseket követően; különösen nagy valószínűséggel fixálódtak, vagy pedig állandóan visszafordították figyelmüket a szenvedésre. Mászóval, kevésbé voltak képesek arra, hogy elforduljanak mások bajától és normális tevékenységbe kezdjenek. (Ezt az eredményt mind a négy distressz helyzet összetett pontértékére alapoztuk, $F(1,25) = 7,19, p < 0,02$). A bipoláris családok gyermekei a kontrolloknál kisebb valószínűséggel kerestek irányítást vagy biztonságot az anyjuknál, mialatt valaki más érzelmi problémáját figyelték meg ($F(1,25) = 4,32, p < 0,05$).



- | | |
|--------------------------|---|
| 1 = semleges | 6 = gondozó környezet |
| 2 = gondoskodó környezet | 7 = barátok szeparációja |
| 3 = semleges | 8 = saját anyától való szeparáció |
| 4 = mérges környezet | 9 = anyával való találkozás a szeparáció után |
| 5 = semleges | |

1. ábra

A bipoláris és kontroll szülők gyerekeinek érzelmei a kortársakkal való játék alatt

Az affektív betegségben szenvedő szülő gyermekének proszociális működésére a kortársinterakciók analízise során derült fény (1. táblázat). Összehasonlították a két gyermekcsoport altruizmus összpontjait kétszemponos varianciaanalízisben, és ez a diagnosztikus csoport szignifikáns főhatását mutatta ki. A bipoláris szülők gyermekei kevesebb altruizmust mutattak a kortársak iránt, mint a kontrollok ($p < 0,02$), ami kevesebb részt vállalásban ($p < 0,02$) és kevesebb segítségben nyilvánult meg ($p < 0,10$).

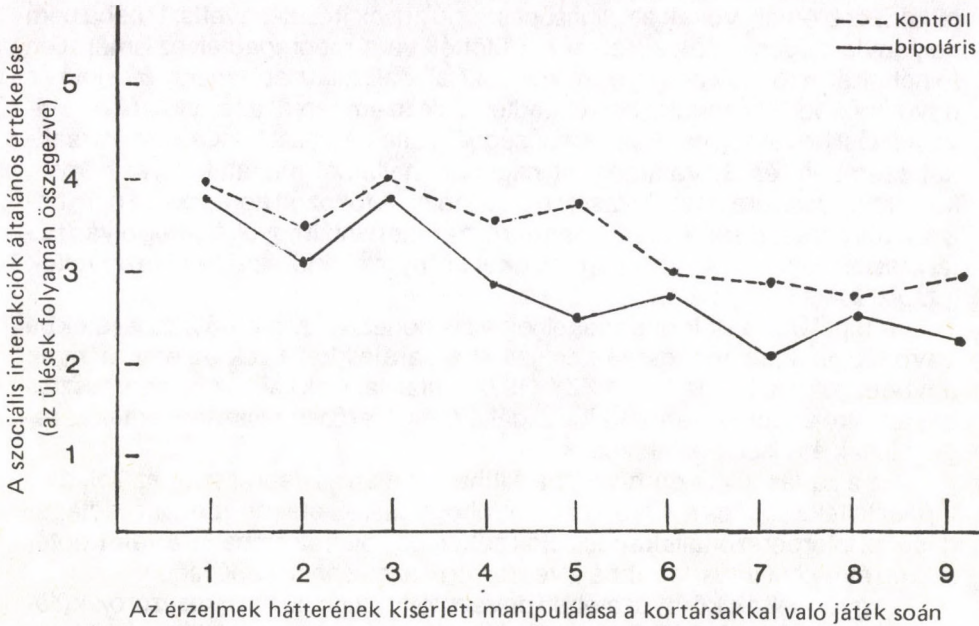
Az érzelmi kifejezőképesség és a szociális interakciók a kortársakkal való játék alatt

Három kétszemponos varianciaanalízist végeztünk a) a pozitív érzelmek, b) a harag, és c) a distressz értékekben mutatkozó különbségek vizsgálatára. Nem voltak szignifikáns különbségek a bipoláris és a kontroll gyermekek között, és még szignifikáns interakciók sem voltak. A kísérleti időszakoknak volt némi behatása, ami a pozitív érzelmek valamelyes csökkenését mutatta az ülések folyamán, $F(8,200) = 5,03$, ($p < 0,001$), mind a vizsgált, mind a kontrollcsoport esetében.

Az emócionáltságban nem volt különbség a két csoport között, de a diagnosztikus csoportnak a kísérleti időszakokkal volt egy interakciója, $F(8,200) = 12,46$ ($p < 0,02$). Az interakciónak a tervezett összehasonlításai (KEPPEL, 1973) azt mutatták, hogy a 4. és 5. periódus alatt a két csoportnak eltérően alakultak az érzelmei.

A harag szimulációja alatt a vizsgált gyermekek megemelkedett emócionáltságot mutattak, és kevesebb érzelmet nyilvánítottak a veszekedést követően, míg a kontroll esetében ennek az ellenkezője történt, $F(1,200) = 10,70$, ($p < 0,005$). A vizsgált gyermekek magasabb emócionális szinttel reagáltak, amikor mások haragját látták. Ez elsődlegesen a nagyobb distresszben nyilvánult meg. Ezzel szemben a kontroll gyermekek magasabb emócionális szintjét több pozitív emóció jelezte. A konfliktus szimuláció alatt 4,43 volt a vizsgált gyermekek átlagos distressz pontértéke, míg a kontrolloké 3,30. A szimulációt követően a vizsgáltaknál 3,85-ös, a kontrolloknál 3,55-ös értéket kaptunk. A pozitív érzelmek átlagos aránya a vizsgáltaknál 3,00, a kontrolloknál 3,05 volt a konfliktus szimuláció alatt, majd 3,00 és 4,10 a szimulációt követően. Abból a tizenhétből, akik a veszekedés után pozitív irányú emócionális eltolódást mutattak, tizenöt kontrollgyermeknél voltak pozitív érzelmek a csökkenés helyett ($p < 0,002$). Ezzel ellentétben a diagnosztikus csoport öt gyermeke közül, akiknek megváltozott az érzelmi állapota a 4-es és az 5-ös periódus között, csak egynél volt a pozitív érzelmek emelkedése megfigyelhető. A distressz értékek változásainak párhuzamos elemzése nem mutatott szignifikáns különbségeket.

A barátságos szociális interakciók mintáját a 2. ábra mutatja. A diagnosztikus csoportnál volt szignifikáns főhatás, $F(1,25) = 3,92$ ($p < 0,06$), a bipoláris szülők gyermekei a kontrollokhoz képest kevesebb szociális interakcióba bonyolódtak a játszótársakkal. A kísérleti periódusoknak volt szignifikáns hatása, $F(8,200) = 7,13$ ($p < 0,001$) azt mutatva, hogy a periódusok alatt mindkét csoportban csökkent a szociális interakciók száma.



- | | |
|-----------------------|---|
| 1 = semleges | 6 = gondozó környezet |
| 2 = gondozó környezet | 7 = barátok szeparációja |
| 3 = semleges | 8 = saját anyától való szeparáció |
| 4 = mérges környezet | 9 = anyával való találkozás a szeparáció után |
| 5 = semleges | |

2. ábra

Szociális interakciók a kortársakkal:
a bipoláris és kontroll családok gyerekeinek összehasonlítása

MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunk célja az volt, hogy az affektív betegségben szenvedő szülők 2 éves gyermekeinél megkeressük azokat a korai jelzéseket, amelyek előre vetítik az érzelmi zavarokat. A szeparáció, szenvedés és ellenségesség kísérletileg manipulált helyzetelt használtuk fel a kétévesek kialakuló szociális-emocionális interakcióinak és a családon kívüli személyekkel való kapcsolatainak vizsgálatára, kihívást jelentő, gyakran stresszhelyzetekben.

A laboratóriumi becslések megerősítették azokat a korábbi becsléseket, hogy ezek a gyermekek érzelmi problémákkal küszködnek.

Kétéves korra a bipoláris szülők gyermekei már a rugalmasság hiányát és az adok-kapok Interperszonális Interakciók kialakításának nehézségeit mutatják. Problémák voltak az ellenséges impulzusok kezelésével is: 1) néha nem helyénvaló módon voltak agresszívek, ütötték vagy megragadták az ismeretlen felnőtteket, míg a kontrollgyermekek sokkal realisztikusabban egy óva intő és együttműködő álláspontra helyezkedtek vele szemben; 2) az anyjuktól való elválasztást követően nagy valószínűséggel voltak agresszívak a játszótársakkal szemben; és 3) valamelyest nagyobb hajlamot mutattak arra, hogy a kortársagresszióra passzívitással reagáljanak. A fokozott agresszió, a nem helyénvaló agresszió és a passzívitás párhuzamos mintáit figyelték meg olyan fiatal rhesus majmok esetében is, melyeket környezetüktől elszigetelve neveltek (SUOMI és RIPP, sajtó alatt).

A bipoláris szülők gyermekeinek az is nehéz, hogy a barátságos játékba bevonódjanak, és megosszák dolgaikat a barátaikkal. Ezek az eredmények egybeesnek ROLF és GARMEZY (1974) által találtakkal. Ők a depressziós anyák iskoláskorú gyermeket vizsgálták, akik erősen visszahúzódtak, szégyenlősek és elszigeteltek voltak.

Ez a zavar-minta párhuzamba állítható a mániás depressziós szülők által tapasztaltakkal. Ezek a következők: az elfogadás, elvétel, de az adás megtagadása, az Interperszonális kapcsolatok sekélyes volta, az empátiára való képtelenség és a konfliktus, továbbá a veszteség kezelésének nehézsége.

A gyermekek környezetében bevezetett pszichológiai stresszorok különösen a veszélyeztetett gyermekekről nyújtott érdekes adatokat azzal kapcsolatban, hogy az érzelmi szabályozhatatlanság hogyan bontakozik ki.

Néhány adatforrás egybeesett, és ebből arra lehetett következtetni, hogy a bipoláris családok gyermekei túlzottan reagáltak a stressz ingerekre. Ezek a következők voltak: a) az inger után a distresszel voltak elfoglalva, b) az elválasztás után a játszótársakkal szemben igen intenzív agressziót mutattak, és c) eltértek az ellentétesség szimulációjával kapcsolatos emocionális mintáik. Ezek a gyermekek mások veszekedése idején jobban izgalomba jöttek és csak kis örömet mutattak a konfliktus elmúltával. A csökkent örömképesség, még ha eltávolítjuk is a konfliktusforrást, lehetséges in vivo példát szolgáltat arra, hogyan fejleszti ki az ellenséges környezet a diszfória és hedónia állapotait. Amikor az averzív körülmények fölött az egyénnek nincs hatalma, az érzelmek kontrolláltak, a viselkedés letiltott, a szomorúság feloldatlan, az öröm pedig nehéz. Ha valaki a valós életben tartósan ilyen körülményeknek van kitéve, nehezzé válhat hatékony védelmi stratégiákat kifejleszteni a konfliktus megoldására és tűrésére.

Számos, ma még megválaszolhatatlan, de végtelenül érdekes kérdés merült fel: Vajon a bipoláris családok gyermekei a későbbi affektív zavaroknál is veszélyeztetettek lesznek-e? Melyikük marad különösen sérülékeny? Melyik válhat mániás-depresszióssá (ennek valószínűségét 1:7-re becsülik bipoláris családok esetén); és a „normál” családok gyermekei közül melyiknél fejlődik majd ki affektív rendellenesség? Végül be kell mutatnunk egy, a tranzakcionális modelleken nyugvó kutatási irányzatot (például CICHETTI és RIZLEY, 1981),

mely a sérülékenység versus rugalmasság (valamint a rizikófaktorok és a gondoskodási tényezők) specifikus előjeleit igyekszik feltárni abban a vonatkozásban, hogy az érzelmileg rendellenes családokban hogyan terjednek át a problémák.

Ha a tárgyalt problémák valóban a diagnosztizálható affektív zavar előjelei, akkor számos elméletet használhatunk fel — önmagában vagy kombináltan — a közreműködő folyamatok magyarázatához (például AKISAL és McKINNEY, 1975; BOWLBY, 1980; MEYERSBERG és POST, 1979; SELIGMAN és MAIER, 1967). Ilyen magyarázat lehet például: a) a negatív érzelmek fertőző volta; b) a „tanult tehetetlenség” mint az elkerülhetetlen, traumatikus ingerekre adott reakció kialakulása; c) bizonytalan attachment kialakulása a gondozó pszichológiailag „elvéstése” következtében; d) deviáns gyermekgondozás, modellnyújtás, fegyelmezési eljárások hatása és e) biológiai sebezhetőség vagy genetikus predispozíció az affektív megbetegedésre. Mi a kutatási terv, a változók és az interpretáció kiválasztásakor a megzavart affektív környezetben nevelkedést emeltük ki, mint az emocionális problémákhoz hozzájáruló tényezőt, de ugyanígy elfogadható lehetne a genetikai vagy biológiai sérülékenységre alapozott magyarázat is. Ennek érdekében a későbbi vizsgálatokban információkat kell majd gyűjteni a genetikus történetről, a szülők múltbeli és jelenlegi affektív működéséről és a sajátos gyermeknevelési módszerekről.

Vizsgálatunk következtetéseit számos súlyos ellentmondás és minősítés kíséri. Egyedl gyermekmintánk miatt számos kompromisszumra kényszerültünk a kutatási tervben.

Tanulmányunk igen kevés vizsgálati személyre épült, és úgy esett, hogy azok is mind fiúk voltak. Eredményeink viszonylag kislétszámú elemzési eljárással nyert becslésekre korlátozódnak. A bipoláris szülőfél váltakozva volt férfi és nő. Nem jelenthetjük ki, hogy a tárgyalt problémák kizárólag a bipoláris szülő jelenlétéből fakadnak, minthogy a legtöbb bipoláris depressziós szülőnek a házastársa is unipoláris depressziós volt. (Vagyis ez a betegség realitása, és a jelenség úgy előzhető meg, ha a betegség „kontrollálása” érdekében normál házastársat választanak). Hasznos lenne kontrollcsoportként másfajta érzelmi zavarokban vagy hangulati labilitásban (például túlzott szorongás), vagy más, jelentős feszültségben élők (például fizikai betegség) vizsgálata. Javasoljuk az ismételt és az utókövetéses vizsgálatokat.

A bipoláris gyermekeknek viszonylag kevesebb esélyük volt arra, hogy veszélyhelyzetben irányítást vagy biztatást kapjanak szüleiktől. KLINERT, CAMPOS, SORCE, EMDE és SVEJDA (1983) kimutatták, hogy emocionálisan bizonytalan helyzetben a kisgyermek anyjukra néznek és reakciójukat az vezérli, hogy anyjuk milyen érzelmet fejez ki (szociális referencia). Az altruizmus kifejlődését tekintve 1-2 éveseket vizsgáló kutatások hasonló dolgot mutattak ki: ha valaki más volt veszélyhelyzetben, a gyermekek ránéztek anyjukra, vagy odamentek hozzá, hogy információt, ellgázítást vagy megnyugtatót kapjanak. Ennek akkor a legnagyobb valószínűsége, amikor a gyermek féltőn van abban a fejlődésbeli változásban, melynek során a passzivitásból az önmagára figyelésből eljut az aktív odafigyelésig és az áldozat oldalán való közbelépésig (ZAHN-WAXLER és RADKE-YARROW, 1982). Ennélfogva az, hogy a szülő ilyenkor hogy reagál (mint modell, empatizáló, tanító stb.), döntő fontosságú le-

het a gyermek emocionális tanulásában. A szülő útmutatásai, az érzelmei veszélyhelyzetben hatással voltak a gyermek proszociális reakciójára (ZAHN-WAXLER és mts., 1979). Azok a gyermekek, akik nem fordultak anyjukhoz útbalgazításért, talán elestek az érzelmileg érintett helyzetekben való tanulás egy fontos forrásától. Egyébként, ha a szülő nem megfelelően működik, például nem adekvát affektív jelzéseket ad, ugyanolyan adaptív értékű lehet a gyermek számára: hogy ne hagyatkozzon a felnőttre.

Ez a vizsgálat jó példákat szolgáltatott arra, hogy a fejlődépszichológia fogalmi és módszerrel hasznosak lehetnek pszichopatológiai folyamatok megértésében és a pszichiátriai konstrukcióknak is lehet relevanciája a fejlődési jelenségek megítélésében. A viszonylag nagy kontrollcsoport lehetővé tette, hogy egyben az egészséges kisgyermekkorai szociális-affektív fejlődésre vonatkozóan is leíró adatokat nyerjünk. Kutatási területünk behatárolt volt, ezért tanulmányunk inkább a fejlődépszichológiai megközelítés illusztrációjának tekinthető, semmint a felvetett kérdésekre adott határozott válasznak.

(Angster Mária fordítása)

JEGYZET

1. ZAHN-WAXLER, C. and RADKE-YARROW, M., 1982, *Social and emotional problems in children from bipolar families*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Toronto.

IRODALOM

- AKISKAL, H. and MCKINNEY, W., 1975, Overview of recent research in depression: Integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical frame, *Archives of General Psychiatry*, 32, 285—305.
- ANTHONY, E. J., 1975, The influence of a manic-depressive environment on the developing child. In: E. J. ANTHONY and T. BENEDEK (eds), *Depression and human existence*, Boston, Little, Brown.
- BOWLBY, J., 1980, *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness, and depression*, New York, Basic.
- CICCHETTI, D. and RIZLEY, R., 1981, Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment, *New Directions for Child Development*, 11, 35—55.
- CYTRYN, L., MCKNEW, D. H., BARTKO, J. J., LAMOUR, M. and HAMOVIT, J., 1982, Offspring of patients with affective disorders, II. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 389—391
- DAVENPORT, Y. B., ADLAND, M. L., GOLD, P. W. and GOODWIN, F. K., 1979, Manic-depressive illness: Psychodynamic features of multigenerational families, *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 24—35.
- ECKERMAN, C. O., WHATLEY, J. L. and KUTZ, S. L., 1975, Growth of social play with peers during the second year of life, *Developmental Psychology*, 11, 42—49.

- EPSTEIN, S., 1979, The stability of behavior: On predicting most of the people much of the time, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1097—1126.
- FIEVE, F. R. MENDLEWICZ, J. and FLEISS, J. L. 1973, Manic-depressive illness: Linkage with the Hg blood group, *American Journal of Psychiatry*, 130, 1355—1359.
- HAY, D. F. and ROSS, H. S., 1982, The social nature of early conflict, *Child Development*, 53, 105—113.
- KEPPEL, G., 1973, *Design and analysis: A researcher's handbook*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice—Hall.
- KLINNERT, M. D., CAMPOS, J. J., SORCE, J. F., EMDE, R. N. and SVEJDA, M., 1983, Emotions as behavior regulators: Social referencing in infancy, In: R. PLUTCHIK and H. KELLERMAN (eds), *Emotions in early development (Vol. 2)*, New York, Academic Press.
- MAYO, J. A., O'CONNELL, R. A. and O'BRIEN, J. D., 1979, Families of manic-depressive patients: Effects of treatment, *American Journal of Psychiatry*, 136, 1535—1539.
- MEYERSBERG, H. A. and POST, R. M., 1979, A holistic developmental view of neural and psychological processes, *British Journal of Psychiatry*, 135, 139—155.
- ROLF, J. and GARMEZY, N., 1974, The school performance of children vulnerable to behavior pathology, In: T. ALEXANDER and M. ROFF (eds), *Life history research in psychopathology (Vol. 3)*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- SELIGMAN, M. E. P. and MAIER, S. F., 1967, Failure to escape traumatic shock, *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1—9.
- SIMNER, M. L., 1971, Newborn's response to the cry of another infant, *Developmental Psychology*, 5, 136—150.
- SPITZER, R. L. and ENDICOTT, J., 1977, *The schedule for affective disorders and schizophrenia: Lifetime version*, New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research.
- SUOMI, S. J. and RIPP, C., A history of motherless monkey mothering at the University of Wisconsin's primate laboratory, In: M. REITE and W. CAINE (eds), *Child abuse: The nonhuman primate data*, New York, Liss, in press.
- ZAHN-WAXLER, C. and RADKE-YARROW, M., 1982, The development of altruism: Alternative research strategies, In: N. EISENBERG (ed.), *Development of prosocial behavior*, New York, Academic Press.
- ZAHN-WAXLER, C., RADKE-YARROW, M. and KING, R. A., 1979, Child rearing and children's prosocial initiations towards victims of distress, *Child Development*, 50, 319—330.

CAROLYN ZAHN-WAXLER, E. MARK CUMMINGS, DONALD H. MCKNEW, and
MARIAN RADKE-YARROW

**ALTRUISM, AGGRESSION, AND SOCIAL INTERACTIONS IN YOUNG
CHILDREN WITH A MANIC-DEPRESSIVE PARENT**

This is an exploratory study of the emotional and social functioning of young children with a manic-depressive parent. Seminaturalistic observations and experimental manipulations of the affective environment were used to assess 2-year-old children's regulation of emotion, as well as their aggression, altruism, and affiliative interactions. Children with a bipolar parent sometimes showed heightened distress and preoccupation with the conflicts and suffering of others, especially disturbances in adults. These children had difficulty in maintaining friendly social interactions, in sharing, and in helping their playmates. They also had difficulty modulating hostile impulses; they showed more maladaptive patterns of aggression toward peers and adults. These interpersonal and emotional problems of offspring of manic-depressives were often similar to those problems of manic-depressives that have been implicated in the clinical literature as possibly associated with the transmission of the disorder. This apparent congruence of findings obtained from different disciplines employing very different research strategies and studying people of different ages, attests to the utility of an explicit interdisciplinary approach in the area of developmental psychopathology.