

Árvai Nóra

AZ ENDOMETRIÓZIS PSZICHOLÓGIAI TÁMOGATÁSA

Az endometriózis mind a mai napig rejtélyes eredetű betegség, amely az érintett nőket termékeny éveikben sújtja. Valójában a betegség akár már az első menstruációkor megjelenhet és lehetséges, hogy a menopauza sem hoz enyhülést a panaszokra (Rogers et al., 2009). Az endometrióziist először több mint 100 évvel ezelőtt diagnosztizálták (Rogers et al., 2009). Elsőként Thomas Cullen írta le az endometrióziist, akkor még adenomyomaként hivatkozott rá (Brosens & Benagiano, 2011). John Sampson volt az első, aki azonosította az állapot patogenezisét (Benagiano & Ivo, 2011).

A betegség neve az *endometrium* latin szóból származik, amely a méh belső felszínét borító nyálkahártya réteget jelenti. Ez a szövet a női ciklus során hónapról hónapra felépül, majd a menstruáció alatt leválik és kilökődik a méh üregéből, végül a szervezetből a hüvelyen keresztül távozik. Az endometriózisban szenvedő nőknél az endometriumhoz nagymértékben hasonló szövet jelenik meg a test egyéb területein a méh üregén kívül is. Leggyakoribb elhelyezkedésük a hasüreg, ezen belül is a petefészkek, a petevezetők, a méhét függesztő szalagok, a gát, azaz a hüvely és a végbélnyílás közötti réteg, illetve a méh külső felszíne és a medence hashártya borítéka. Valamivel ritkábban előfordulhatnak a belekben, a végbélben, a hüvely vagy a húgyhólyag falán, a méhnyakban és a szeméremtesteken. Elenyésző számban olyan eseteket is észleltek, ahol az endometriózis csomók a izületekben, illetve a tüdőben, valamint az agyban jelentek meg. Ezek a burjánzások nem rosszindulatú megbetegedések, hanem a normális endometrium szövetéhez nagymértékben hasonló sejtek nem megfelelő helyen levő előfordulásai. A legutóbbi kutatások eredményei azonban az endometriózissal összefüggésbe hozható rákos jelenségekről számolnak be. Az esetleges malignus transzformációtól való félelem „fekete fellegként” kísérheti a betegeket.

A termékeny korban lévő nők 10–15%-át, a klimax után a nők 3–5%-át érinti a betegség. Elmondható tehát, hogy minimum minden 10. nő érintett, így a világon mintegy 176 millió nő szenved ettől a betegségtől (Árvai, 2012).

I. AZ ENDOMETRIÓZIS TÜNETEI

Az endometriózis vezető tünete a krónikus fájdalom, amely leginkább az alhas, a kismedence területére lokalizálódik, de kisugározhat a derékba is. A fájdalom tünetek enyhítése a fő motiváció, amiért az endometriózisban szenvedő nők orvoshoz fordulnak

(Siinai et al., 2007). Érdekes tény, hogy a fájdalom mértéke nem szükségszerűen függ össze az endometriózis csomók nagyságával és kiterjedtségével.

A menstruációval vagy köztes vérzéssel kapcsolatos vérzés görcsös jellege, de ezen kívül egy másik típusú fájdalom is utalhat endometriózisra. Ez utóbbi fájdalom felléphet szex vagy nőgyógyászati vizsgálat közben, de erős kellemetlenséggel járhat a vizelés és a székelés is. Az ezekben a helyzetekben jelentkező fájdalom nem görcsös jellegű, hanem éles, nyilalló, a betegek leírásában általában késszúrászerű érzésként jelenik meg. Fontos diagnosztikai szempontból elkülöníteni a vaginizmustól és a vulvodyniától ezt a típusú fájdalmat, amelyet sokszor a végbél és a méh közötti endometriózis csomó okozhat.

A másik vezető tünet, a rendszertelen hüvelyi vérzés, a menstruációs ciklus zavaraival kapcsolatos. Menstruációkor nagyon erős, darabos vérzés jelentkezhet, főleg, ha az endometriózis a méh izomszövetében is jelen van (adenomiózis).

A termékenységi zavarok, a fogamzás nehézségei a második leggyakoribb ok, amivel a nők orvoshoz szoktak fordulni. Feltételezhető, hogy az endometriózis mind mechanikai úton, (összenövések, petevezető-elzáródás stb.), mind a petevándorlás, megtermékenyülés és beágyazódás gátlása révén, illetve egyelőre nem pontosan tisztázott immunológiai folyamatok által is okozhat termékenységi nehezítettséget (Van den Broeck et al., 2013). A nehezített fogamzás, illetve az esetleges teljes meddőség olyan tünet, amely pszichológiai szempontból szintén említést érdemel, hiszen nagymértékben befolyásolja az érintettek önértékelését, megküzdési képességét és a párkapcsolati dinamikát.

Egyéb szervspecifikus panaszok is érinthetik az endometriózissal élő nőket: derékfájás, krónikus fáradtságérzet, haspuffadás, görcsös székelés, fájdalmas bélmozgások, gyakori hasmenés, vizelési panaszok, vesekőszerű kólika, bélelzáródás, tuberkulózisra is gyanús vérköpet, vérköhhögés. Nagyon gyakori még az úgynevezett „endobelly”, amely egy hirtelen bekövetkező, erőteljes felfúvódás hasi diszkomfortérzettel. Ha az endometriózis elhelyezkedése extragenitális, tehát nem a nemi szerveket érinti, akkor a panaszok az érintett szervre jellegzetesek. Mindaddig, amíg az endometriózis nem kerül igazolásra, ez komoly diagnosztikai gondot jelenthet (Overton et al., 2007).

A diagnózis sokszor évekig tart: átlagosan 6–8 évig, és átlagosan 8 orvos felkeresése után derül fény a diagnózisra. A szerteágazó tünetek felgöngyölítése sok esetben hosszú betegkarrier pályájára állíthatja a betegeket, amíg valakinek eszébe jut, hogy a menstruációs ciklussal mutatnak összefüggést a panaszok. Mire diagnózishoz jutnak a betegek, sokszor már kimerültek, csalódtak, és mivel sok helyről számtalan teljesen negatív lelettel rendelkeznek, végül maguk is elhiszik, hogy „csak a fejünkben van a baj” (Árvai, 2012). Ennél a pontnál érdemes kitérnünk az endometriózis pszichés következményeire.

2. AZ ENDOMETRIÓZIS PSZICHOLÓGIAI IMPLIKÁCIÓI

Az endometriózis a fizikális tüneteken túl érzelmi, pszichológiai, szociális, és anyagi problémákat is felvet. Nagymértékben kihat a nő életminőségére és negatívan befolyá-

solja azt. A fájdalommal, hirtelen jelentkező erőteljes hüvelyi vérzéssel együtt járó betegség nagymértékben megnehezíti a betegek helytállását mind a munkahelyen, mind a magánéletben. Ennek következtében munkahelyi, anyagi problémákkal kell szembenézni, amit tetéznek az orvosi ellátás és az egyéb kezelések magas költségei is. A beteg párjára vagy családjára is nagy nyomás nehezedik, egyszerre kell előteremteni a megnövekedett kiadásokat és a sokszor kieső bevételeket fedező anyagi javakat. A feszültséget tovább fokozzák a termékenység és a szexuális élet zavarai, valamint a beteg érdeklődési fókuszának esetleges beszűkülése, rossz hangulata, ami akár depresszióig is fajulhat. A következőkben egy-egy kutatást kiemelve bemutatom, mely életterületeken milyen következményekkel jár(hat) az endometriózis.

2.1. ÉLETMINŐSÉG

Hazánkban 2013-ban jelent meg az első tanulmány, amely az endometriózis életminőségre gyakorolt hatását vizsgálta (Bokor et al., 2013). A szerzők az endometriózis diagnosztikus késedelmi idejének meghatározását, a sebészi, illetve kombinált műtéti kezelés hatékonyságának vizsgálatát, valamint a betegek életminőségének felmérését tűzték ki célul. A beválogatási kritériumoknak megfelelő 240, endometriózisban szenvedő nő közül 84 vett részt a retrospektív és prospektív kérdőíves felmérésben. A tünetek kezdetétől a diagnózisig átlagosan 3,9 év telt el. A tünetek fellépésekor a betegek 89%-a, a kezelést követő prospektíven vizsgált hónapokban 28%-a panaszkodott fájdalomról. A munkahelyi teljesítmény csökkenéséről a betegek 47%-a, míg a személyes kapcsolatok kedvezőtlen alakulásáról a vizsgálatban részt vevők 40%-a számolt be. Az életminőségre standardizált életévvesztés egy év alatt 0,147 volt. Összességében tehát hazánkban is elmondható, hogy a betegségre hosszú diagnosztikus késés jellemző. Az endometriózis jelentősen rontja az életminőséget, de adekvát kezeléssel a panaszok csökkenthetők.

Centini és munkatársai (2013) szintén az endometriózis életminőségre gyakorolt hatásával foglalkoztak. 162 nőt két csoportba soroltak, elkülönítve az endometriózisban szenvedőket (84 főt) azoktól, akik más okból tapasztaltak krónikus kismencedei fájdalmat (78 fő). A dysmennorrhéát, a nem menstruációhoz kapcsolódó fájdalmat, a dyspareuniát és a diffúz kismencedei fájdalmak mértékét vizsgálták vizuális arcskálák alkalmazásával, illetve a vizsgálati személyek az életminőségükkel való elégedettségük mértékéről is beszámoltak. Az eredmények azt mutatták, hogy a fájdalom mindkét csoport életminőségét negatívan befolyásolta, de a befolyás mértéke nagyobb volt az endometriózisban szenvedő nők esetében minden vizsgált életterületen. Az endometriózis tehát jobban hat az életminőségre, mint a kismencedei fájdalmak egyéb formái. Fontos volna olyan intervenciós lehetőségek kifejlesztése és rutin ellátásba való integrálása, amelyek az érintettek életminőségét javítják (Centini et al., 2013).

2.2. MUNKAKÉPESSÉG

Hansen és munkatársai (2013) az endometriózissal élő nők munkaképességét vizsgálta. 610 beteget és 751 egészséges kontrollszemélyt hasonlítottak össze Az Endometriosis Health Profile 30 kérdőív (Jones et al., 2001) és a Work Ability Index kérdőívek (Ilmarinen, 2007) alapján. Az endometriózis diagnózis több betegszabadsággal, a tünetek miatti fennakadásokkal munka közben, alacsonyabb munkaképességgel és számos egyéb implikációval járt együtt. A magas fájdalomértékek negatívan korreláltak a munkaképességgel. A regresszióanalízis kimutatta, hogy a krónikus fáradtság, az állandó fájdalmak, a magasabb napi fájdalomszint, a gyakori betegszabadság és a depresszió érzése együtt járt a gyengébb munkaképességgel. A tünetektől a diagnózisig eltelt idő hossza is befolyásolta a munkaképességet: minél tovább volt diagnosztizálatlan a beteg, annál rosszabb volt a munkaképessége. Hansen és munkatársai felhívják a figyelmet arra, hogy az endometriózis nagy társadalmi és gazdasági megterhelést jelent (Hansen et al., 2013).

2.3. PÁRKAPCSOLAT, SZEXUALITÁS

Fernandez és munkatársai (2006) kutatása abból a célból jött létre, hogy az endometriózisban szenvedő nők partnereinek tapasztalatait vizsgálja. 16 férfi partner töltött ki kérdőíveket az endometriózis hatásaival kapcsolatban, 3 közülük pedig félig strukturált interjújn is részt vett. A kombinált adatok tematikus elemzése során arra az eredményre jutottak a kutatók, hogy sok közös élményük van a vizsgálati személyeknek az endometriózis kapcsán. A férfiak ugyanúgy megélik az olyan erős érzelmeket, mint a tehetetlenség, rossz hangulat, szorongás, csalódottság, mint párjaik. Néhányan azonban beszámoltak a párkapcsolat erősödéséről és elfogadásról is (Fernandez et al., 2006).

Fritzer és munkatársai (2013) vizsgálatukban arra vállalkoztak, hogy megbecsüljék a szexuális diszfunkciók, a szexuális distressz és a párkapcsolati zavarok megjelenésének valószínűségét endometriózis betegek esetében. 125 vizsgált nóból 97-nél fordult elő szexuális distressz, 40-nél szexuális diszfunkció. Ez utóbbi szignifikánsan korrelált az aktus alatti és utáni fájdalom mértékével, és alacsonyabb havonkénti együttlét számmal és erősebb büntudattal járt együtt a partner iránt, illetve az érintett nők kevésbé érezték nőiesnek magukat. 125-ből 85 nő egyetértett abban, hogy az együttlét során elsődleges motivációjuk a teherbeesés volt, 46%-uk pedig elsődleges motivációk között említette a partner elégedettségét. Eredményeik igazolják, hogy az endometriózis gyakran okoz dyspareuniát, amely súlyos következményekkel jár a szexuális funkciókra, a párkapcsolatra és a pszichés jóllétre egyaránt (Fritzer et al., 2013).

Ferrero és munkatársai (2005) 309 infertilitás és kismencedei fájdalom miatt laparoszkópos beavatkozáson átesett nőt vizsgáltak, akiket 3 különböző DD-s (deep dyspareunia) csoportba soroltak. Mélyen infiltráló endometriózis és endometriózis a méhszalagokon, endometriózis a méhszalagok érintettsége nélkül és kontroll csoport volt a három összehasonlított csoport. Minden csoport a szexuális funkciók kérdőívet töl-

tötte ki a laparoszkópus beavatkozás után. A közösülés közbeni fájdalom szignifikánsan nagyobb számban volt jelen endometriózisban szenvedő nőknél, akár már az első szexuális aktustól kezdődően. A mélyen infiltráló endometriózisú nők fájdalmai magasabbnak bizonyultak a másik két csoporténál, kevesebb együttlétre került sor egy hét alatt, és az orgazmusuk kevésbé bizonyult kielégítőnek. A szexuális együttlét után kevésbé voltak elégedettek és relaxáltak, mint a másik két csoport tagjai. A mélyen infiltráló endometriózis csoport szexuális diszfunkciója bizonyult a legnagyobb mértékűnek. Az endometriózissal küzdő nők akár egész életükben közösüléssel összefüggő fájdalomtól szenvedhetnek, és ez kihatással lehet az intim kapcsolataikra is (Ferrero et al., 2005). Pluchino és munkatársai (2016) szerint az életminőség javításához jelentős mértékben hozzájárul, ha a közösüléssel járó fájdalom csökkenhet. A szexualitás jelensége összetett, a szexuális funkciókat és a szexuális kapcsolat minőségét társadalmi, pszichológiai, biológiai, hormonális tényezők, az endometriózis tünetegyüttese egyaránt befolyásolják. Az endometriózis többségében negatívan befolyásolja a női szexualitást, a betegség sok esetben a kapcsolat minőségére is negatív befolyással lehet. Az előrehaladott stádiumú betegségben a krónikus kismencedei fájdalom, a fizikai és mentális társbetegségek befolyásolják a szexuális funkciót, valamint a személyiségjegyeket és a nők elvárásait (Pluchino et al., 2016).

2.4. ÁLTALÁNOS HANGULAT , DEPRESSZIÓ, JÖVŐKÉP

Egy 2004-es vizsgálatban Denny arra jutott, hogy a megkérdezett endometriózissal élő betegek felemás érzésekkel gondoltak a jövőjükre. Ez az ellentmondásosság szerinte annak tulajdonítható, hogy mennyire voltak hatásosak az eddigi kezelések. Azok a betegek, akiknek panaszain sikeresen enyhített a műtéti beavatkozás, pozitívabban, reménytelibben álltak a saját jövőjükhez. Azonban még a hatékony kezelések ellenére is sokan aggódnak amiatt, hogy a korábbi tüneteik visszatérhetnek, és bizonytalanok voltak abban, hogy képesek lennének-e újból szembenézni és megküzdeni velük. A legnegatívabb jövőképpel azok rendelkeztek, akiknek súlyos fájdalmain nem segített a hosszúság, akár több évig tartó kezelés sem (Denny, 2004).

Laganá és munkatársai (2015) szerint az endometriózisos betegeknél gyakrabban fordul elő szomatizáció, depresszió, szorongás és fájdalomérzékenység, mint más olyan betegeknél, akik szintén átestek laparoszkópiás műtéten. A mentális egészség problémáival és az érzelmi distresszel nem maga az endometriózis hozható összefüggésbe, hanem a krónikus, hosszan tartó fájdalom jelenléte. Mindemellet az okság irányát nehéz meghatározni. Bokor és munkatársai (2013) a fentebb már említett vizsgálatukban is azt az eredményt kapták, miszerint az endometriózissal élő betegeknél gyakran fellépő depresszió a krónikus fájdalommal hozható összefüggésbe, de az ok-okozati viszonyt nekik sem sikerült egyértelműen feltárni. Eredményeik szerint azonban a betegek életminősége jelentősen javult a kezelés hatására, annak ellenére, hogy a fájdalom sok esetben

nem szűnt meg. Ennek ismeretében fontos lehet megvizsgálni, hogy a jelenség háttérében állhat-e a krónikus fájdalom elfogadása.

Az endometriózissal élő nők általános hangulata, szorongásuk mértéke és a jövőbe vetett hitük függ attól, hogyan viszonyulnak a betegséghez, milyen betegségeprezentációkkal bírnak, és milyen megküzdési mechanizmusokra támaszkodhatnak. Az érintett nőkkel való segítő munka során éppen ezért elengedhetetlen a megküzdési stílus azonosítása és a személyes erősségek feltárása (Árvai, 2016).

Egy 2016-os vizsgálatban kutatók egy csoportja interjúk tematikus elemzésével kilencféle megküzdési módot különített el endometriózissal élő nők körében. Öt problémaközpontú (fizikai aktivitás csökkentése, tájékozódás a betegségről, tevékenységek menstruációs ciklushoz igazítása / tervezés, ön-menedzsment, társas támogatás keresése) és négy érzelemfókuszú stratégiát (betegség elfogadása, pozitív attitűd kialakítása, önbiztatás, spiritualitás) határoztak meg. A megküzdési képesség számos tényező összehangolt szerepén múlik, így több releváns változó – mint például a fájdalomhoz való viszony, a pszichés jóllét, az egészség-kontrollhely, az egészségsszorongás mértéke, az oktúlajdonítás – szintén befolyásolja (Roomaney & Kagee, 2016).

A betegek akkor sem lélegezhetnek fel teljesen, amikor túl vannak egy sikeres műtéten, hiszen az endometriózis gyakran két éven belül kiújul. Sokan időzített bombaként tekintenek a betegsége, amely bármelyik pillanatban újra felütheti a fejét, vagy akár el is fajulhat rosszindulatú irányba (Árvai, 2016). Bizonyos kutatások megerősítik, hogy az endometriózis a rák előszobája lehet, más kutatások ezt cáfolják (Munksgaard et al., 2011; Wiegand et al., 2010). Ez a bizonytalanság is hozzájárul ahhoz, hogy az érintettek egészségük, termékenységük, jövőjük miatt aggódnak.

Egy 2009-es vizsgálatban 104 kismencedei endometriózissal diagnosztizált nővel töltették ki a Beck Depresszió Kérdőívet (BDI) (Beck et al., 1961), és a Hamilton Depresszió skálát (HAM-D) (Hamilton, 1960) a depressziós tünetek megítélésére, a (STAI) Spielberg Állapotszorongás Kérdőívet (Spielberger et al., 1970) és a Hamilton Szorongás Kérdőívet (HAM-A) (Hamilton, 1959) a szorongás szintjének megítélésére, és a WHO rövidített életminőség skáláját az étellel való elégedettség mértékének megítélésére (WHOQOL-BREF) (WHO, 1995). A páciensek 86,5%-a szenvedett depresszív tünetektől, 22%-uk enyhe, 23%-uk közepes, 33%-uk erős tünetektől. A páciensek 87,5%-a szenvedett szorongástól, 24%-uk minor, 64%-uk major tünetektől. Az életminőségük szignifikánsan az átlag alattinak minősült. Pozitív korrelációt találtak az aktuális fájdalomszint és a szorongás mértéke között. A kezelés hossza fordítottan volt arányos az életminőség értékével. Nem volt korreláció az endometriózis stádiuma és a pszichiátriai tünetek megjelenése között. Az endometriózis reális megközelítésében tehát szerepet kell játszson az emocionális profil és a páciens életminőségének felmérése (Sepulcri et al., 2009). Különösen fontos ez amiatt, mert a depresszió igen gyakran fordul elő endometriózissal élők körében, különösen azokban az esetekben, amelyekben alhasi fájdalom is megjelenik (Lorenatto et al., 2006).

Létezik azonban egy másik elképzelés is, amely fordítottnak tekint az endometriózis és a depresszió összefüggésére. Nem abból indul ki, hogy a betegség nehézségei lehangoltsághoz vezetnek, hanem egy olyan pszichológiai profil meglétét feltételezi, amely endometriózisra hajlamosít. Az a feltételezés, hogy van egy adott pszichológiai karakter, ami a nőt sérülékennyé teszi az endometriózissal szemben, még vitatott, és sajnos nem hozzáértő közegben hozzájárulhat az endometriózissal élők tüneteinek bagatellizálásához.

2.5. FÁJDALOM

Ahogy korábban említettem az endometriózis nagyon gyakran jár együtt erős fájdalommal, azonban nem minden esetben, és a fájdalom mértéke nem függ össze a betegség kiterjedtségével. Ez is azt sugallja, hogy léteznek bizonyos pszichológiai faktorok, amelyek hozzájárulnak ehhez a jelenséghez (Árvai, 2016).

Eriksen és munkatársai (2008) szignifikáns pozitív korrelációt találtak a depresszió és a megküzdés, valamint a fájdalom mértéke és a szubjektív pszichoszociális gyengülés között. A megküzdés bizonyult a legfontosabbnak az endometriózis pszichológiai következményei között. Ez befolyásolhatja az endometriózis későbbi kezelését.

A krónikus kismencedencei fájdalom endometriózistól függetlenül is gyakori jelenség, és a fizikai vizsgálatok gyakran kudarcot vallanak az okok feltárásában. Egy kutatás során összehasonlították azokat, akiknek diagnosztizált betegsége volt, azokkal a nőkkel, akiknek a fájdalmaik mögött nem találtak organikus okot. A két csoportot a fájdalom mértéke, a hangulat minősége, a személyiségkarakter és a szociális kapcsolatok szempontjából vetették össze. Az eredmények alapján az endometriózissal élő nők magasabb szocioökonómiai státusszal bírtak. Nem találtak különbséget személyiség profilban és hangulati minőségben, de az endometriózissal küzdők nagyobb mértékű fájdalomról és szociális képességromlásról számoltak be (Peveler et al., 1996).

A kutatások szerint az endometriózissal járó krónikus fájdalom hasonló más, idiopátiás fájdalommal járó betegségekhez. Megállapították, hogy olyan pszichológiai változók, mint a katasztrófizálás, fontos szerepet játszanak a betegség súlyosságának megítélésében (Martin et al., 2011).

2.6. MEDDŐSÉG

Ez a téma kiemelt fontosságú az endometriózisban érintettek támogatásában. Mivel kötetünkben egy teljes fejezet szól a termékenységi nehezítettségről, ezért én itt csak egy-két gondolatot említek meg, s inkább az esetelemzésben mutatom be a téma jelentőségét. A diagnosztizált meddőség egy visszavonhatatlan, megbélyegző címke a betegnek, amely erősen befolyásolja a női önértékelését.

Tudvalevő, hogy sok esetben téves a végérvényes meddőség diagnózisa, a pszichológusnak mégis érdemes kétszer meggondolnia, mielőtt hiú ábrándokba kergetné a páciensét, vagy elvonná annak bizalmát az orvosában. A pszichológus sokat segíthet a meddő-

ség tényének feldolgozásában, elfogadásában, és később, ha erre igény van, az anyává válás lehetséges egyéb útjainak ismertetésében és kísérésében is szerepe lehet. További kiemelendő szempont a nehezített fogamzás miatt a nőiség, a női önbizalom, a saját testbe vetett bizalom és a párkapcsolat esetleges megkérdőjelezése, amely problémák tekintetében is fontos szerepe lehet a szakpszichológusnak. A meddőség tényének feldolgozása után a pár szexuális életének célja sokszor megváltozik, a mindenáron vágyott gyermekáldás bekövetkezése helyett újra elkezdhetik egymás felfedezését és az intimitás pusztán önmagáért való élvezését.

3. ESETBEMUTATÁS

Az alább bemutatott esetet etikai okokból 3 hasonló eset összegyűréséből alkottam meg. Mária története jól példázza az egészségpszichológiai és az egészségpszichológia jelentőségét a gyakorlati segítő munka során.

3.1. A KÉRÉS FORRÁSA

Mária harmincnégy éves, visszafogott megjelenésű nő, aki az első találkozásunkkor kicsit zavarban van, de hamar oldódik. Az első interjúján megoldandó problémaként azt nevezi meg, hogy nőként értéktelennek érzi magát, gyakran szorong, és a párkapcsolatát is megviseli a termékenységi nehezítettséggel járó feszültség. Bár saját maga foglalt időpontot az online bejelentető rendszeren keresztül, mind származási családjá, mind párja örömmel üdvözölte a döntését.

3.2. A KLIENSSEL VALÓ TALÁLKOZÁSOK ÉS A PROBLÉMA, AHOGY A KLIENS MEGJELENÍTI

A klienssel való találkozások során természetesen formálódik, alakul a megismert története s változnak a céljai is. Mária férjzett. Szorongásról, depressziós tünetekről számol be, melynek okát abban látja, hogy betegsége miatt mindkét oldalon roncsolódtak a petevezetők, az egyik eltávolításra került, a másik átjárhatatlan, így kénytelen asszisztált reprodukciós eljáráshoz folyamodni a gyermekáldásért. Ezt nehezen dolgozza fel, látszottak is rajta a szorongás jelei, tördelte a kezét, harapta a szája szélét, egyszer el is sírta magát.

A betegsége – harmadik stádiumú endometriózis – laparoszkópos műtét során derült fény, amelyet azért végeztek el, mert már két éve szeretett volna teherbe esni, de eredménytelenül próbálkoztak. Orvosai elmondták, hogy természetes úton megfoganni nincs esélye. Nagyon megijedt a friss diagnózistól, szeretett volna együtt felkészülni a lombikprogramra, amitől kezdetben nagyon ódzkodott. Elmondta, hogy számára nagyon nehéz elfogadni, hogy nem eshet spontán teherbe. Félt a lombikprogram mellékhatásaitól, nagyon sok rosszat hallott és olvasott, az endometriózis kiújulásától egészen a mell későbbi rákos megbetegedéséig. A meddőség komoly negatív hatással bír a női önértékelésre, így az endometriózisban érintett nők gyakran folyamatos fenyegettség-

ként, egyfajta időzített bombaként tekintenek a betegségre, ami életük bármely pontján ismét felbukkanhat. Mária esetében mindezek a nehézségek jelentkeztek. Ezen kívül attól is félt, hogy a lombik programmal kapcsolatos hercehurca elveszi a gyermekvárás romantikáját és megtépázza a párkapcsolatát. Úgy érezte, lombikkal teherbe esni kínos, mert azt jelenti, hogy nőként ő nem volt képes megfelelően funkcionálni.

Mária esetében is fontos volt felmérni a betegséggel kapcsolatos előzetes tudás mértékét, szükséges volt a téves vagy túlzó információk gyengéd korrigálása, a betegedu-káció, valamint meg kellett tanítani arra, hogyan használja az interneten elérhető fórumokat, csoportokat olyan módon, hogy profitáljon belőle, ne csak „még jobban lehúzza a sok szomorú történet.” Azt olvasta, hogy a lombik eljárással kapcsolatban a katolikus egyháznak elítélő a véleménye, és ezért nem tudta, hogyan mondja el a szüleinek a problémát, mert ők hithű katolikusok. A helyzetet megnehezítette, hogy nem sokkal az első beszélgetésünk után jelentek meg a hírekben nagy indulatokat szító interjúrészletek egy nagy tekintélyű egyházi személytől, aki nyilatkozatában úgy fogalmazott, hogy a lombikprogram bűn, amelyet ki kellene iktatni a gyakorlatból. Ezek a cikkek nagyon megviselték Máriát, miközben erről beszélt, remegett a hangja, többször sírás kerülgette. Nőként „selejtesnek” titulálta magát, büntudattal küzdött, attól tartott, hogy az ő hibájából nem lesz gyermekük, és nem tudja elképzelni, mi más értelmet lehet találni az életben, ha valaki nem nevel gyermeket. Ráadásul magára hagyva érezte magát az egészségügyi ellátórendszer részéről is. Elmesélte, hogy soha nem volt lehetősége feltenni a kérdéseit az orvosoknak, futószalagon kezelték, tízezreket fizetett öt percekért, amelyeket a rendelőkben töltött, olyan orvosokkal, akik elmondása szerint csak a borítékot látták benne, nem a biztatásra, megnyugtatóra váró fiatal nőt, leendő anyát. Férjének nem merte elmondani aggályait, mert félt attól, hogy akkor Péter is összeomlana, és azt ő már nem tudná elviselni, ha a betegsége és annak következményei miatt még férjét is szenvedni látná.

Mária gondolkodásmódjára jellemző volt a katasztrofizálás. Mindenki biztatta, hogy akár az első lombik is sikerülhet, mert a méhe egészséges, hormonháztartása nála tíz évvel fiatalabb nőként is meghazudtolóan jól működik, számára a lombik szükségessége máris azt jelentette, hogy valószínűleg neki soha nem lesz gyermeke, nőként értéktelen, a gondoljaival egyedül van és a férje is bármikor elhagyhatja, ha erre a „selejteségre” rájön.

Kezdeti beszélgetéseinknek fontos eleme volt egyfajta edukáció, amelyben valós, hiteles információkkal láttam el a lombikprogram mibenlétéről, menetéről és a lehetséges mellékhatások valós adatairól, mert interneten eddigi beállítódásának megfelelően túlnyomó többségben negatív kimenetelű történetekkel találkozott. Az információkat úgy adtam át neki, hogy leültem, hátradőltem, őt is hellyel kínáltam és kértem, hogy tegye fel azokat a kérdéseket, amelyek foglalkoztatják, amelyeket nem volt lehetősége feltenni korábban. Ezáltal biztosítottam arról, van időnk egymással beszélgetni. Később elmondta, úgy érezte, hogy most innen addig nem kell felállnunk, amíg benne megválaszolatlan kérdések vannak a lombikkal kapcsolatosan, és ez nagyon jól esett neki, ezáltal

felül tudtuk írni az eddigi rossz tapasztalatait a kapkodós, sietős egészségügyi személyzettel kapcsolatban.

Azon kívül, hogy részletesen átbeszéltük, pontosan hogyan zajlik egy lombik program, és ezáltal a Mária fejében meglévő, túlzó, a folyamatot misztifikáló elképzeléseket átalakítottuk, arról is beszélgettünk, hogy a lombik nem csodaszer, és nem gyerekgyár. Mária elmondása szerint neki fontos volt az a mondat, hogy ha egy spermium nem akar „benne maradni” a petesejtben, akkor nem fog, még lombikban sem, tehát a lombik nem „megerőszkolása” a természetnek, csak egy kis segítség azoknak a sejteknek, akik szeretnének találkozni, de a fizikai körülmények nem megfelelő volta miatt nem tudnak. A stimuláció, leszívás, megtermékenyítés, beültetés hideg szavait a sejtek randevújának kereszteltük el, ami segített abban, hogy Mária megtalálhassa a hiányolt „romantikát” folyamatban. Magát az lombik programot így sikerült átkereteznünk erőszakos, agresszív eljárásból segítő, jótékony folyamattá, amely hozzásegíti Máriát az anyává váláshoz.

3.3. KAPCSOLÓDÁS A KLIENSSEL

Máriának szerencsére nem okozott nehézséget, hogy olyan valakivel beszélget a gondolatairól, aki önmaga nem vallásos. Ez egy nagyon érzékeny téma, amely fokozott körültekintést igényel a segítő szakember részéről. A pszichológus és a kliens bizalmi kapcsolatát, a rapportot építi, ha őszintén lehet beszélni erről a segítő kapcsolatban. Máriának megnyugtató volt az, hogy néhány mondatot váltottunk erről. A segítő szakember egyéni döntése, hogy mennyi és milyen jellegű információt oszt meg magáról a klienssel, s ez néha intuitív folyamat. Mária esetében ez a néhány mondat megerősítette a bizalmát és külön megköszönte az őszinteségemet. Azt mondta, ez olyan volt, mintha ledőlt volna köztünk egy láthatatlan fal. Fontos volt még számára az is, hogy hajlandó voltam „tenni egy lépést” felé, és megerősítette, hogy elképzeltem, hogy ha van Isten, akkor szerintem nagyon örül annak, hogy létezik ez a megtermékenyítési módszer, hiszen számára az élet a legnagyobb érték, és mivel a folyamat végén a gyermek születése történik meg, az ő áldása is kíséri ezt a folyamatot. Igyekeztem végig nagyon óvatosan kezelni ezt a vallási kérdést, a kilenc konzultáció közül csak ezen az egy alkalmon merült fel.

3.4. ALKALMAZOTT TECHNIKÁK, TESZTEK, EGYÉB VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEINEK ÖSSZEJEGYZÉSE

3.4.1. Megküzdési készség, erőforrások feltérképezése

A *Testkép-szobor teszt* volt az egyik első teszt, amit elvégeztünk Máriával. Ezt a tesztet Fehér Pálma validálta magyarra, és használta szomatikus betegeknél (Fehér, 2013). Az agyagból egy törekeny, vékony, fekvő emberi alakot formázott meg. Elnagyoltan, gyorsan, szinte kapkodva dolgozott, nagyon hamar készen lett. A fekvő alakba körmével vajt három vonalat az arcra a két szemnek és a szájnak, és három apró lyukat ütött a hason, így szemléltetve az endometriózis műtét nyomait. A fekvő alak hasa domború volt, úgy nézett ki, mint aki várandós, de Mária, amikor megpróbálta felállítani az alakot

– ugyanis fekvé csak formázni akarta, eredetileg álló alaknak szánta –, akkor szinte mérgesen hangsúlyozta, hogy nem terhes, csak puffadt a hasa az endometriózistól. A szobor nyeklett-nyaklott, nem tudta felállítani, de még elengedni sem, mert mindig leszakadt egy-egy része, ha megpróbálta. Egy darabig próbálgatta, majd olyan dühös lett, hogy kidobta a kukába, mondván, hogy ennyit ér az egész figura. „Pont, mint én...”

Máriában eleinte rengeteg volt a harag saját magát, a testét illetően is, úgy érezte, kudarcot vallott, a teste pedig cserbenhagyta őt. Haragot érzett az orvosok iránt is, akik nem vették időben észre, hogy a meddsége hátterében endometriózis állhat. Az egészségügyi személyzetet illető csalódottságát és bizalmatlanságát csak fokozta, hogy úgy érezte, nem törődtek vele, sok kérdését hagyták megválaszolatlanul.

Átbeszéltük, hogy az ideális orvosnak, akiben meg tudna bízni, milyen tulajdonságokkal kell rendelkeznie, milyen szempontok fontosak a számára, és melyek azok a kívánságok, amelyekben hajlandó kompromisszumokat kötni. A diagnózist közlő orvos ezek alapján nem felelt meg Mária elvárásainak, de fontos momentum volt annak a felfedezése, hogy nem kell kiszolgáltatottnak maradnia, az intézmény- és az orvosválasztás kontrollja az ő kezében van. A kapkodásnak, rohanásnak nincs értelme, semmi nem történik, ha egy hónappal később kezdik a programot, amikor már megtalálták a megfelelő helyszínt és segítő személyzetet.

Ennek a közeljövőben megvalósuló helyzetnek a leírásában *direkt szuggesztiókat* használtam, például nem „ha”, hanem „amikor” megtalálta a megfelelő orvost stb. (Varga, 2011). Tisztában voltam vele, hogy a „megfelelő orvos, megfelelő intézmény megtalálása” potenciálisan a kezdete lehet egy időhúzó, orvostól-orvosig szaladgáló, sehol sem elköteleződő karriernek, de Mária esetében erről szó sem volt: utánaolvasott, utánakérdezett, célirányosan ment a választott orvoshoz, és tényleg nagyon jól sikerült vele az első konzultáció. Az, hogy megtalálta azt a segítő, akiben megbízik, tovább segítette a helyzet elfogadását.

Gyakran vissza-visszatértünk ahhoz a beszélgetésünk során, hogy verbalizáltuk a céljait, azt, hogy *az ő legnagyobb vágya egy kisbaba, és hogy a cél elérésének az eszköze a lombik*. Megfogalmaztuk, kimondtuk, mi az eljárás célja, és az miért jó az ő szempontjából. A célállítás mellett alkalmaztuk a *pozitív vizualizáció* módszerét is, kértem, hogy képzelje el magát várandósan, majd egy kisbaba boldog édesanyjaként is. Megkérdeztem, milyen érzés képzeletben a karjában tartani a kisbabáját, és erre az arca ellágyult a meghatótságtól. Ekkor elmondtam, hogy a tapasztalatok szerint amikor majd a karjában tartja ezt a puha, illatos, édesen szuszogó kisbabát, az ő kisbabájukat, eszébe sem fog jutni, hogy lombikban vagy spontán fogant-e, mivel akkor annak már nem lesz jelentősége.

Mária elalvási nehézségére és szorongásos panaszaira a legegyszerűbb módszerek is elegendő megoldásnak bizonyultak: kialakított egy esti rutint, amelynek része volt az érzéseinek és gondolatainak *naplózása*, a kedvenc stresszcsökkentő gyógyteájának elkortyolgatása és a régebről ismert *autogén tréning* emlékeinek felfrissítése, annak újbóli alkalmazására való bátorítás. Emellett beemeltünk az önmegnyugtató repertoárjába né-

hány egyszerű légző- és relaxációs gyakorlatot is. (hasi légzés, teljes jógalézés, progresszív izomrelaxáció, tudatos séta).

Máriával mindösszesen kilenc alkalommal találkoztunk. Ez a kilenc alkalom elegendőnek bizonyult ahhoz, hogy sokkal nyugodtabban, optimistábban, kiegyensúlyozottabban, izgatott várakozással álljon a lombikprogram előtt, olyan segítők személyekkel körülvéve, akikben megbízik. Az eljárást nem tartja már ördögtől valónak, hanem egy olyan lehetőségnek, amely segíteni fogja őt az anyává válásban.

Az endometriózissal, termékenységi zavarokkal érintett páciensek esetében gyakran előfordul, hogy *rendszer szemléletre* van szükség, amelyben a család, a pár bevonására is szükség lehet. A kilencből egy beszélgetésre a férjet, Pétert is behívtam, hogy felmérjem a társas támasz mértékét és a párkapcsolati dinamikát. Örömmel vette a kérésemet, mert neki is volt néhány lombikot illető kérdése, féltette a feleségét az eljárástól. Megnyugodott, amikor megkapta a szükséges, addig hiányzó információkat, az *edukációnak, információ átadásnak* tehát itt is nagy szerepe volt. Szemtanúja lehettem, hogy Mária a férjével mer és képes is beszélni a lombikkal kapcsolatos érzéseiről, és ebben jó partnerre talál Péterben. Ekkor *megerősítettem őket*, hogy milyen jó csapatot alkotnak.

A kliens PRISM-D rajztesztjét az 1. ábra mutatja. A PRISM-D rajzteszt előnye, hogy gyorsan és egyszerűen alkalmazható a kliensek betegségrepresentációjának és megküzdést segítő tényezőinek a feltérképezésében. Az aktuális élethelyzet vizuális ábrázolása aktivitást vár el a kientől, elősegíti a beszélgetést a segítők személyzettel, és segíti az ak-



1. ábra: Mária PRISM-D rajztesztje

tuális helyzetre való könnyebb rátekintést, az önreflexiót. A tesztfelvétel többször ismételtető, hogy nyomon követhessük a változásokat, a fejlődést (Havancsák et al., 2013).

A rajzon úgynevezett énpajzs konstelláció látható: a személy számára fontos dolgok körbeveszik az ént. Az énpajzsnek legtöbbször az a funkciója, hogy „megvédje” az ént a betegségtől, de itt ez a funkció nem érvényesülhet, hiszen Mária a betegséget, az endometriózt méh és petefészkek alakban önmagán belül, „énrész”-ként ábrázolja. Fontos kiemelni, hogy az ént több, egymást metsző, a többinél vastagabb körvonallal határolja el a környezetétől Mária, mintegy extra védelmet, extra elhatárolódást jelölve a környezetétől. Az „énpajzs” részeiként szorosan egymás mellett ábrázolva a férj, két barátnő, Mária édesanyja és édesapja, valamint két kutyája láthatók. Mindez kis méretben a lap jobb alsó sarkában koncentrálódik, a lap szinte teljesen üres, a sarkokban található még a munka, az orvosok és a sport. Az orvosok és a munka között félúton egy téglalapban helyezte el a lombikot, ilyen módon is kifejezve, hogy a lombik valahogy más, ahogy ő mondta „nem illik a képbe.”

Miután beszélünk a rajzról, Mária saját maga kezdeményezte, hogy szeretné „újrarajzolni”, megmutatni, milyen lenne számára az ideális elrendezés, ami a vágyott állapotot jeleníti meg. Ebben második rajzban az én is csak egy körvonallal határolt kör, a betegség távolabb helyezkedik el kör formájában, az ént nem érinti senki, semmi. A releváns emberek nagyobb, szellősebb helyet kaptak, hogy „könnyebben tudjak mozdulni, ha akarok” – magyarázta Mária. A lombik közelebb került, és kör formát kapott, az orvosok kisebb kört kaptak a lombik mellett. A munka és a sport körei változatlanok maradtak. Összességében a kép sokkal szellősebb, kitöltöttebb, harmonikusabb elrendezést mutat. Megkérdeztem, mi kellene ahhoz, hogy így nézzen ki a valóság, Mária pedig saját *maga szolgált megoldásokkal*: többet, nyíltabban beszélgetni a szüleinevel, jobban bízni a párjában, elfogadóbbnak lenni a lombikkal és az orvosokkal kapcsolatban. *Pozitív visszajelzést adtam erre az cselekvési tervre*, hiszen saját maga fogalmazta meg a közeljövő céljait és lehetőségeit, emiatt motiváltsága, elkötelezettsége, kontrollérzete érezhetően növekedett.

3.5. AZ ESET LEZÁRÁSA

Mária önmagával való viszonya is sokat változott, alakult. Ahogy képes volt egyre inkább megnyílni párja felé és kapaszkodót találni orvosában, aki partnerként tekintett rá, valamint a mi kapcsolatunkban is, úgy kezdett szép fokozatosan saját magával is megengedőbbé, elfogadóbbá válni. A kilenc alkalom végén maga is megfogalmazta, hogy nem gondolja úgy, hogy ő tehetne a betegségéről, amely a termékenységi nehezítettség hátterében áll. Saját testére mint partnerre tekint, aki hozzásegíti majd az anyává váláshoz, aki partner ennek a célnak az elérésében, s az ehhez szükséges orvosi segítséget örömmel tudja fogadni.

A kliens a *Beck-féle depresszió kérdőíven* (Beck et al., 1961) az első interjún magas pontszámot adott a büntudattal kapcsolatos kérdésekre („Állandóan hibáztatom magam”, „Rászolgáltam a büntetésre”). Ezek az érzések oldódtak a munka végére. A pont-

szám az első interjú felvett állapothoz képest (14 pont, közepesen súlyos) sokat javult (6 pont, enyhe alsó határa) a folyamat végére.

Lényeges eredmény, hogy a közös munka végére már nem a házasságuk megromtóját látja a gyermekvállalással kapcsolatos nehézségekben, sőt, el tudja képzelni, hogy az akadályok közös leküzdése révén még közelebb kerülnek egymáshoz, és tovább mélyül a kapcsolatuk. Ez a poszttraumás fejlődés lehetőségét mutatja.

Mária képes volt túllépni a negatív élményein, és bizalmat szavazott egy őt segítő csapatnak. Lezáró konzultációnkon így búcsúzott tőlem: „*Amennyire féltem a lombiktól, most azon kapom magam, hogy néha már várom is... Nyitott vagyok rá, hogy végre velünk is történhetnek jó dolgok.*”

4. KONKLÚZIÓ

Az áttekintett kutatási eredmények és az ismertetett esetbemutató alapján egyértelműen elmondható, hogy az endometriózis kezelése egy olyan integrált megközelítésért kiált, mely elismeri a pszichológiai faktorok szerepét. Ebben a kezelés pszichológiai vonatkozásainak kellő ismerete elvárható az egészségügyi szakszemélyzet minden tagjától. Különös figyelmet kell fordítani arra, hogy a nők ne érezzék magukat marginalizálva, aggodalmaitkat pedig elbagatellizálva. Szükségük van arra, hogy az egészségügyi személyzet elismerje aggodalmaik valóság alapját, s ebben mind a megnyugtatósnak, mind az információkkal való ellátásnak nagy szerepe van (Slade et al., 2005). Lachowsky (2012) tanulmányának címében egészen odáig megy, hogy felteszi a kérdést: kinek is kellene tulajdonképpen kezelnie az endometriózisban szenvedő beteget: a nőgyógyásznak, orvosnak vagy pszichológusnak? A fizikai és a pszichés fájdalmak, ha nem is összeadódnak, de mindenképpen erősítik egymást, főleg akkor, ha a múltat egyéb nehéz életesemények is beárnyékolják.

Az endometriózissal küzdő nők hosszú évekig azt tapasztalták, hogy neurotikusnak, hisztérikusnak bélyegezték őket, nem kezelték őket „igazi” páciensként, tagadták most már elismert fájdalmaik valóságát és jelentőségét. Az emberi méltóságon esett csorba gyűlölködhet, ha az egészségügyi személyzet felismeri és elismeri az állapottal járó nehézségeket, multidiszciplináris megközelítésben kezeli a betegeket. E fejezet megírásával és hivatásom gyakorlásának során is egyik fő célom, hogy az eltérő területek szakemberei egy csapatként dolgozhassanak a páciensek egészségéért, jelen és jövőbeli jóllétéért.

IRODALOM

- Árvai, N. (2012). *Amikor a méhem ellenem fordul – Az endometriózis*. Medicina Kiadó.
Árvai, N. (2016). *Nők a fájdalom árnyékában – Az endometriózis*. Medicina Kiadó.
Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.
Benagiano, G., Ivo, B. (2011). Who defined endometriosis?. *Fertility and Sterility*, 95(1), 13–16.

- Bokor, A., Koszorús, E., Brodsky, V., D'Hooghe, T., Rigó, J. (2013). Az endometriózis hatása az életminőségre Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 154, 1426–1434.
- Brosens, I., Benagiano, G. (2011). Endometriosis, a modern syndrome. *Indian Journal of Medical Research*, 133(6), 581–93.
- Centini, C., Lazzeri, L., Dores, D., Pianigiani, L., Iannone, P., Luisi, S., Petraglia, F., Zupi, E. (2013). Chronic pelvic pain and quality of life in women with and without endometriosis. *Journal of Endometriosis*, 5(1), 1–27.
- Denny, E. (2004). Women's experience of endometriosis. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 641–648.
- Eriksen, H.-L. F., Gunnarsen, K. F., Sørensen, J.-A., Munk, T., Nielsen, T., Knudsen, U. B. (2008). Psychological aspects of endometriosis: Differences between patients with or without pain on four psychological variables. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 139(1), 100–105.
- Fehér, P. V. (2013). A testkép-szobor teszt módszere. In M. Csabai, J. N. Pintér (szerk.), *Pszichológia a gyógyításban. Fenomenológiai, művészetszichológiai és testkép-központú megközelítések*. Oriold és Társai Kft.
- Fernandez, I., Reid, C., Dziurawiec, S. (2006). Living with endometriosis: The perspective of male partners. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 433–438.
- Ferrero, S., Esposito, F., Abbamonte, L. H., Anserini, P., Remorgida, V., Ragni, N. (2005). Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertility and Sterility*, 83(3), 573–579.
- Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Renner, St., Hornung, D., Wölfler, M., Ulrich, U., Fischerlehner, G., Sillem, M., Hudelist, G. (2013). More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 169(2), 392–396.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56–62.
- Hansen, S. O., Knudsen, U. B. (2013). Endometriosis, dysmenorrhoea and diet. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 169(2), 162–171.
- Havancsák, R., Pócsa-Véger, P., Csabai, M. (2013). A PRISM-D rajzteszt kórházi betegek vizsgálatában és kezelésében. In M. Csabai, J. N. Pintér (szerk.), *Pszichológia a gyógyításban. Fenomenológiai, művészetszichológiai és testkép-központú megközelítések*. Oriold és Társai Kft.
- Ilmarinen, J. (2007). The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine*, 57(2), 160.
- Jones, G., Kennedy, S., Barnard, A., Wong, J., Jenkinson, C. (2001). Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Helath Profile–30. *Obstetrics and gynecology*, 98(2), 258–264.
- Lachowsky, M. (2012). Who should treat the endometriosis infertile patient? The ART technician, the surgeon, or the psychiatrist?. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité*, 40(9), 497–499.
- Laganá, A. S., Condemi, I., Retto, G., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Zoccali, R. A., Triolo, O., Cedro, C. (2015). Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 194, 30–33.
- Lorençatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L., Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(1), 88–92.

- Martin, C. E., Johnson, E., Wechter, M. E., Leserman, J., Zolnoun, D. A. (2011). Catastrophizing: a predictor of persistent pain among women with endometriosis at 1 year. *Human Reproduction*, 26(11), 3078–3084.
- Munksgaard, P. S., Blaakaer, J. (2011). The association between endometriosis and gynecological cancers and breast cancer: a review of epidemiological data. *Gynecologic Oncology*, 123(1), 157–163.
- Overton, C., Shaw, R. W., McMillan, L., Davis, C. (2007). *Atlas of Endometriosis*. CRC Press.
- Peveler, R., Edwards, J., Daddow, J., Thomas, E. (1996). Psychosocial factors and chronic pelvic pain: A comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 305–315.
- Pluchino, N., Wenger, J.-M., Petignat, P., Tal, R., Bolmont, M., Taylor, H. S., Bianchi-Demicheli, F. (2016). Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment. *Human Reproduction Update*, 22(6), 762–774.
- Rogers, P. A. W., D'Hooghe, T. M., Fazleabas, A., Gargett, C. E., Giudice, L. C., Montgomery, G. W., Rombauts, L., Salamonsen, L. A., Zondervan, K. T. (2009). Priorities for endometriosis research: recommendations from an international consensus workshop. *Reproductive Sciences*, 16(4), 335–346.
- Roomaney, R., Kagee, A. (2016). Coping strategies employed by women with endometriosis in a public health-care setting. *Journal of Health Psychology*, 21(10), 2259–2268.
- Sepulcri, R. P., do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 142(1), 53–56.
- Sinaii, N., Cleary, S. D., Younes, N., Ballweg, M. L., Stratton, P. (2007). Treatment utilization for endometriosis symptoms: a cross-sectional survey study of lifetime experience. *Fertility and Sterility*, 87(6), 1277–1286.
- Slade, P., Cordle, C. (2005). Psychological aspects of the management of chronic pelvic pain. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 15(5), 298–305.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970). *STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Van den Broeck, U., Meuleman, C., Tomassetti, C., D'Hoore, A., Wolthuis, A., Van Cleynenbreugel, B., Vergote, I., Enzlin, P., D'Hooghe, T. (2013). Effect of laparoscopic surgery for moderate and severe endometriosis on depression, relationship satisfaction and sexual functioning: comparison of patients with and without bowel resection. *Human Reproduction*, 28(9), 2389–2397.
- Varga, K. (2011). *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztívó az orvosi gyakorlatban*. Medicina Kiadó.
- Wiegand, K. C., Shah, S. P., Al-Agha, O. M., Zhao, Y., Tse, K., Zeng, T., Senz, J., McConech, M. K., Anglesio, M. S., Kalloger, S. E., Yang, W., Heravi-Moussavi, A., Giuliany, R., Chow, C., Fee, J., Zayed, A., Prentice, L., Melnyk, N., Turashvili, G., Delaney, A. D. ... Huntsman, D. G. (2010). ARID1A mutations in endometriosis-associated ovarian carcinomas. *The New England Journal of Medicine*, 363(16), 1532–1543.
- World Health Organization. (1995). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). (online) <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>