

A MEDDŐSÉG PSZICHÉS ÉS PSZICHOTERÁPIÁS VONATKOZÁSAI.

SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

Pap Ildikó

SZTE BTK Pszichológiai Intézet, pap.ildiko22@gmail.com

Áttekintő tanulmányomban a meddőség pszichés és pszichoterápiás vonatkozásainak bemutatását tűztem ki célul. Ezen belül a munkám központi kérdésköre a meddőséggel kapcsolatos pszichoszociális segítségnyújtás lehetőségeinek ismertetése, az empirikus kutatásokkal alátámasztott pszichoterápiás kezelések, intervenciók szakirodalmi áttekintése és bemutatása, továbbá a terméketlenségre gyakorolt hatásmechanizmusaik vizsgálata. Tekintettel a 21. századi orvoslásban mindinkább előre törő holisztikus szemléletmódra, céloom fókuszba állítani az infertilitással összefüggő pszichés és a társas faktorok súlyát, illetve ehhez kapcsolódóan kiemelni a terméketlenséggel küzdő személyek, valamint a meddőségi kezeléseken résztvevő kliensek pszichés támogatásának jelentőségét. Az elméleti munkámban bemutatott szakirodalmi áttekintés és empirikus vizsgálatok eredményeképpen elmondható, hogy a célzott pszichoszociális intervenciók által - melynek során fókuszban a test, a lélek és a társas faktorok összefüggései állnak - nemcsak a várandósság esélye növekedhet, hanem az érintettek fizikai, mentális, lelki és szociális jólléte is pozitív irányba fordulhat.

Kulcsszavak: meddőség, stressz, depresszió, szorongás, pszichoterápia

Köszönetnyilvánítás: Köszönetemet szeretném kifejezni témavezetőmnek, Dr. Rafael Beatrixnek, akinek ellenőrzése mellett készült ez a munka, és aki kiváló szakmai tudásával támogatott. Továbbá köszönettel tartozom Dr. Szokolszky Ágnesnek, aki szintén biztatott a munkám publikálására.

A meddőség jelenleg az egész világot átölelő probléma. A WHO adatai szerint a reprodukív korú párok megközelítőleg 10-15%-a küzd termékenységi problémával (Pápay, Rigó, és Nagybányai Nagy, 2013). Magyarország Európa és a világ egyik legalacsonyabb termékenységű országa. Egy 2009-es statisztikai felmérés szerint, hazánkban az összes (nem pusztán a reprodukív korú) nőhöz viszonyítva a biológiai okokból gyermektelen nők aránya 4-5% (Szigeti és Konkoly Thege, 2012a). Ez az arány az idő előrehaladtával egyre növekvő tendenciát mutat és sajnálatos módon a gyermekszületek számának további csökkenése tapasztalható. A termékenység alakulásában a gazdasági szempontok, illetve az élettani problémák mellett számos pszichoszociális tényező is közrejátszik. Ezek főként az elmúlt évtizedekben lezajló társadalmi változások hatásait tükrözik, melyek alapjaiban változtatták meg a házassággal, a családtervezéssel, és a gyermekvállalással kapcsolatos nézeteket. Az egyik legszembetűnőbb következmény a késői gyermekvállalás, ugyanis egyre általánosabb jelenség, hogy a reprodukív korú személyek az első, valamint a további gyermek vállalását későbbi életkorra halasztják, figyelmen kívül hagyva, hogy a reprodukív képesség a 37-45. életévet megközelítve szinte a felére csökken (Pápay és Gellért, 2015). A fentiekén túl, a termékenységi problémák további okai lehetnek az olyan lelki és fizikai életmódra történő behatások, mint a stressz, az egészségtelen táplálkozás, a mozgáshiány, illetve az egyéb egészségkárosító magatartásformák (Gameiro et al., 2015; Palomba et al., 2018).

Összességében elmondható tehát, hogy korunk társadalmának egyik leginkább megoldásra váró problémájával állunk szemben, melynek kapcsán nem pusztán a biológiai, hanem a pszichés tényezőket is szükséges figyelembe venni. Az orvoslás szomatopszichés holisztikus szemlélete újra erősödőben van (Mohácsi, Almássy, és Szemán-Nagy, 2015; Szigeti, Konkoly Thege, és Lőrincz, 2014; Pápay, 2012). Ezt a nézetet tükrözi, hogy már számos nemzetközi, illetve hazai kutatás foglalkozik a termékenységi problémák pszichoszociális vonatkozásaival. Ezen tanulmányok alátámasztják a pszichoterápiák, pszichológiai tanácsadások, és edukatív intervenciók pozitív eredményeit, valamint a fogamzásra gyakorolt lehetséges hatásukat (Bakó, 2006; Boivin, 2003; de Liz és Strauss, 2005; Domar, Seibel, és Benson, 1990; Frederiksen, Farver-Vestergaard, Skovgård, Ingerslev, és Zachariae, 2015; Hämmerli, Znoj, és Barth, 2009; O'Moore, O'Moore, Harrison, Murphy, és Carruthers, 1983).

Jelen összefoglaló tanulmány fő célkitűzése a meddőséggel kapcsolatos pszichoszociális segítségnyújtás lehetőségeinek ismertetése, az empirikus kutatásokkal alátámasztott pszichoterápiás kezelések, intervenciók szakirodalmi áttekintése és bemutatása, valamint a terméketlenségre gyakorolt hatásmechanizmusaik vizsgálata. A szakirodalmi áttekintés során célt volt továbbá fókuszba állítani és a terméketlenséggel küzdő személyek, valamint a meddőségi kezeléseken résztvevő kliensek pszichoszociális támogatásának jelentőségét és létfontosságú szerepét.

A MEDDŐSÉG ORVOSI ÉS PSZICHOSZOCIÁLIS DEFINÍCIÓJA

Meddőségről orvosi szempontból akkor beszélhetünk, ha a nőnél egyévi rendszeres, védekezés nélküli nemi élet után sem következik be fogamzás, vagy a nő nem képes kihordani az ez idő alatt bekövetkező terhességet. Tekintettel arra, hogy a meddőség krónikus természetű probléma, nem elégséges pusztán az organikus szempontokat figyelembe venni, hanem szükséges azt egy holisztikus, pszichoszociális keretben értelmezni (Greil, Slauson-Blevins, és McQuillan, 2010). Az infertilitással küzdő párok kivizsgálása során számos esetben találnak szervi elváltozást vagy hormonális diszfunkciót. Azonban a komplex, időben elhúzódó jellege miatt a meddőség az intrapszichés, párkapcsolati és társas-környezeti színtereken egyaránt okozhat életminőséget tartósan rontó nehézségeket (Pápay, 2012; Szigeti et al., 2014).

Pápay (2012) az orvosi definíció kiegészítéseként a meddőség komplex, pszichoszociális meghatározására tett javaslatot. E szerint „a meddőség olyan termékeny korban lévő, explicit gyermekvállalási szándékkal rendelkező pár közös működészavara, akik esetében igaz, hogy a rendszeres, legalább egy éve tartó (35 éven felüliek esetében hat hónap), fogamzásgátlás mentes nemi élet ellenére sem történik meg a kívánt terhesség, illetve a terhességet nem sikerül élveszüléssel kihordani. Ez az időben elhúzódó működészavar intrapszichés, párkapcsolati és társas színtereken egyaránt kifejti hatását, s ennek értelmében csak egy biopszichoszociális kontextusban értelmezhető” (Pápay, 2012, 27. o.). A meddőség meghatározását tekintve elmondható, hogy az orvostudományi, vagy más néven biomedikális, valamint a pszichoszociális modellek bár eltérő elméleti alapokon nyugszanak, és más és más szempontrendszerrel gazdagítják a reprodukciós problémáról folytatott tudományos gondolkodást, azonban csak egymást kiegészítve tekinthetőek érvényesnek (Pápay, 2012; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a).

A PSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓK CÉLJA ÉS JELENTŐSÉGE TERMÉKENYSÉGI PROBLÉMÁK ESETÉN

A pszichológiai modellek leírásaiból egyértelműen kitűnik, hogy a meddőség mind az egyén, mind a párkapcsolat szempontjából krízisszámba menő életesemény, amely számos lelki és fizikai megterhelést von maga után. Emellett maguk a termékenységi problémák krónikus jellegükből adódóan, hosszú távon kimeríthetik a pszichés és társas erőforrásokat, ezért mindenképpen indokolt az érintettek pszichés támogatása (Gameiro et al., 2015; Pápay, 2015). Számos hazai és nemzetközi kutatási eredmény rávilágított arra, hogy a pszichoterápiák kedvezően befolyásolják a meddők pszichés jóllétét és ezzel párhuzamban növelik a fogamzás és a gyermekszületések valószínűségét (Bakó, 2006; Cousineau és Domar 2007; Gameiro et al., 2015; Szigeti és Konkoly Thege, 2012b). Más országokban, illetve kontinenseken, mint például Nyugat-Európában, vagy Észak-Amerikában a pszichés támogatás általánosan bevált módszer a reprodukciós nehézségekkel küzdő párok számára, és ezt az egészségbiztosítási

rendszer által támogatott módon biztosítják. Hazai viszonylatokban azonban azt tapasztaljuk, hogy továbbra is a biomedikális szemlélet az irányadó. Az orvosi beavatkozások a meddőség kizárólagos szomatikus kezelését emelik ki, csak korlátozottan hozzáférhetővé téve a pszichés támogatás lehetőségét (Pápay, 2012; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a; Szigeti et al., 2014). Ha figyelembe vesszük azonban azt a tényt, hogy a meddőséggel küzdő személyek milyen mértékben kerülnek kiszolgáltatott és sérülékeny helyzetbe, akkor alapvető fontosságú lenne számukra általánosan elérhetővé tenni a megfelelő pszichológiai ellátást. Az érintetteknek természetesen magán úton, súlyos összegeket fizetve lehetőségük van szakembert felkeresni, azonban sokszor a meddőségi kezelésekre ráfordított energia, illetve anyagi, időbeli terhek mellett erre egyszerűen már nem jut kapacitás. A probléma kiküszöbölésére tehát kiemelkedő jelentőségű lenne, ha intézményi szinten is beépülne a pszichodiagnosztika. Szükséges lenne továbbá, hogy az egészségügyi intézmények, valamint a meddőségi centrumok berkein belül biztosítsák a pszichológiai konzultációt, a tanácsadást, vagy az esetleges terápiát a reprodukciós problémákkal küzdők részére (Szigeti és Konkoly Thege, 2012b).

A meddővé nyilvánított egyének, párok esetében alkalmazott pszichológiai intervenciók rendkívül sokszínűek és probléma specifikusak. Más-más szemléletmódban és módszerekkel működnek, ez a sokrétűség pedig lehetővé teszi, hogy a pszichológiai segítségnyújtás módja a probléma természetéhez, valamint az egyének igényeihez, és elvárásaihoz igazodjon (Nagy, és Perczel Forintos, 2015). A pszichoszociális beavatkozások célkitűzéseiket tekintve is eltérő megközelítéssel dolgoznak. Az egyik legfontosabb terület lehet a terméketlenséggel és a meddőségi kezelésekkal összefüggő pszichés problémák – mint például depresszió, lehangoltság, szorongás, csökkent önértékelés, nőiességgel kapcsolatos problémák, párkapcsolati nehézségek, szexuális zavarok stb. – kezelése. Egyes vizsgálatok ugyanis kimutatták, hogy a pszichés zavarok nagymértékben gátolják a reprodukciós funkciókat, ezért ebből kifolyólag valószínűsíthető, hogy ezen tünetek csökkentése pozitívan hat a megtermékenyülésre (Eugster és Vingerhoets, 1999; Roussos-Ross et al., 2018; Szendi, 2007).

További célkitűzés lehet a meddővé nyilvánítás, illetve a gyermektelenség elfogadásának támogatása. A gyermekre vágyó párok a meddőség kapcsán számos feszültséggel kell, hogy megküzdjenek, amely mind az egyénre, mind a párkapcsolatra negatív hatással bír. A pszichoterápia ebben az esetben segíthet abban, hogy a biológiai szülővé válást egy megvalósíthatatlan célként azonosítsák. Emellett azonban támogatást nyújthat az új életcélok kidolgozásban és az azok melletti elköteleződésben. Mindezek által az érintettek olyan területekre fókuszálhatnak, amelyek elégedettséget nyújtanak számukra, illetve megadják a kontroll és a kompetencia érzését. A pszichés támogatás mindezek mellett közvetetten hozzájárulhat a személyes, poszttraumás növekedés útjában álló akadályok elhárításához is. A meddőségi kezeléseket, lombikprogramokat gyakran végződnek sikertelenül, amely a személyekben szomorúságot, frusztrációt, haragot és dühöt válthat ki. Mindezen érzések kivetülhetnek a

kezelést végző intézményre, az orvosokra, a gyermeket várókra, a gyermekesekre, a személyre önmagára, vagy a partnerére, és általában véve az élet egészére is. Ezen intenzív érzések hosszú távú fennállása negatívan befolyásolhatja az egyén személyes fejlődését, sőt azt nagyban vissza is vetheti. A terápia hozadékként megjelenő poszttraumás növekedés által a személy képessé válik a trauma által érintett sémák felülvizsgálatára, a meddőség tényének feldolgozására, és olyan kognitív átstrukturálásra, amely megerősíti a traumából származó haszon tudatosítását és az adaptív megoldások kialakítását (Nagy, és Perczel Forintos, 2015).

A fenti célok elérését szolgáló terápiás beavatkozások tekintetében a különböző relaxációs, és stresszkezelési technikák tanításával, illetve a megküzdési repertoár fejlesztésével is sikerek érhetőek el (Eugster és Vingerhoets, 1999; O'Moore et al., 1983; Pásztor, Hegyi, Dombi, és Németh, 2019). Szintén nagy hatékonysággal dolgoznak az egyéni kognitív és viselkedésterápiák, valamint a támogató csoportterápiák, illetve a pszichodinamikus, megoldásközpontú, krízisintervenciós, valamint a rendszerszemléletű párterápiás megközelítésekkel is jó eredmények érhetőek el (Apfel és Keylor, 2002; Bakó, 2006; Nagy, és Perczel Forintos, 2015; Szendi, 2007; Szigeti et al., 2014).

A TERMÉKENYSÉGI PROBLÉMÁK PSZICHOTERÁPIÁS ESZKÖZTÁRA

Kognitív viselkedésterápia (CBT)

A termékenységi problémák tekintetében alkalmazott pszichoterápiás kezelések jelentős része abból indul ki, hogy a stressz, a szorongás és a depresszió akadályozza a teherbeesést, így ezen faktorok csökkentése hozzájárulhat a reprodukciós sikerekhez. A *kognitív viselkedésterápia* (Cognitive Behavioral Therapy = CBT) az egyik leggyakrabban használt terápiás módszer a termékenységi problémák pszichés megközelítésből történő kezelésében (Szigeti és Konkoly Thege, 2012a). A módszer hatékonyságát számos kutatás alátámasztotta (Frederiksen et al., 2015). Facchinetti, Tarabusi, és Volpe (2004) kontrollált prospektív vizsgálatukban kimutatták, hogy azon személyeknél, akik tizenhat héten át tartó tizenkét csoportos üléses kognitív viselkedésterápiában vettek részt, csökkent a Stroop-teszt által kiváltott kardiovaszkuláris reaktivitás, vagyis a szorongás szintje, szemben a kontrollcsoporttal, ahol ilyen változás nem volt tapasztalható. A kutatás mindemellett arra is rámutatott, hogy a kardiovaszkuláris reaktivitás mértékének csökkenése növelte a teherbeesés valószínűségét is, ennek megfelelően tehát a CBT, ha közvetett módon is, de hozzájárult a nagyobb teherbeesési arányhoz (Pápay, 2012, 2015).

Domar és munkatársai (2000) kutatásuk során ugyancsak a CBT meddőségre gyakorolt hatásmechanizmusát vizsgálták. A kutatásba 184 fő, fertilitási problémával küzdő nőt vontak be, a fő kritérium az volt, hogy legalább két év sikertelen próbálkozás álljon a résztvevők háta mögött. Az érintett személyeket véletlenszerűen három csoportba osztották, a szerint, hogy milyen

terápiás eljárásban vettek részt. A beavatkozások tíz héten át tartottak. Az eljárásoknak megfelelően létrehozott három csoport a következőként alakult: (1) kognitív viselkedéses terápiában résztvevők (2) szupportív támogatásban részesülő csoport, (3) pszichoszociális segítséget nélkülöző csoportba. Az eredmények alapján a kognitív viselkedésterápiában részt vevő személyeknél érték el a legpozitívabb hatást, különösen a depresszió, a szorongás, valamint a negatív érzelmek redukálásában. Emellett a támogató csoportterápiával kezelt meddők pszichés mutatói esetében is szignifikánsan jó eredményeket értek el. A kontrollcsoport tekintetében viszont nem történt számottevő változás a distressz csökkenésének tekintetében (Pápay, 2015; Szendi, 2007; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a).

Az előzőekhez hasonló eredményekhez vezetett Faramarzi és munkatársai (2008) vizsgálata, amelyben közepes és magas depressziópontszámmal rendelkező meddő nőket toboroztak. A tíz ülésből álló, CBT-csoport, illetve a kontrollcsoport mellett egy harmadik csoport antidepresszánst (20 mg fluoxetin 90 napon keresztül) kapott a depressziós tünetek kezelésére. A vizsgálat során kimutatták, hogy a farmakoterápiás módszernél a kognitív viselkedésterápia hatékonyabb alternatívája a depresszió kezelésének (Pápay, 2015).

Az Alice Domar nevével fémjelzett Mind-Body csoportterápiás üléseken kognitív viselkedésterápiás elemeket használtak a maladaptív gondolati sémák átkeretezésére (Domar, 2002 in Pápay, 2015). A maladaptív gondolati sémák negatív tartalmuknak köszönhetően oly módon befolyásolják a személy érzelmi állapotát, hogy az kedvezőtlenül hat a fizikai jóllétre. A nehezített fogantatás számos olyan sokszor tudattalanul megjelenő maladaptív sémát implikálhat, amely növeli az érzelmi distresszt és ezáltal hatással van az egyén pszichés és fizikai egészségi állapotára. Ilyen negatív gondolati tartalom lehet például a „nekem sosem lesz gyerekem”, „az én hibám, hogy nem esem teherbe”, vagy „azért nem lehet gyerekem, mert rossz anya lennék.” A kognitív újrastrukturálás hozzájárulhat a merev gondolati mintázatok beazonosításához, tudatosításához, és igazságtartalmuk felülvizsgálatához. A negatív gondolati tartalmak helyett olyan lehetséges alternatívákat találnak, amelyek megengedőbbek és kevésbé „mindent vagy semmit” alapúak, így segítenek a szorongás csökkentésében, illetve a pszichés jóllét növelésében.

A kognitív átkeretezés mellett, egy másik jól használható kognitív viselkedésterápiás technika a naplórás. Ez a gyakorlat segít abban, hogy a traumatikus életesemény többszöri leírása útján az egyént deszenzitivizálja a saját nehézségével szemben, valamint elősegítse a jelentésadási folyamatokon keresztül a meddőségi probléma koherens keretbe ágyazását (Pápay, 2015). Pápay (2012) kutatásának eredménye ugyancsak a kognitív újrastrukturálás mellett érvel. E szerint a jelentés-újrastrukturáló megküzdés - többek között a gyermektelenség szubjektív jelentésének megtalálása és elfogadása, az optimista elvárások a jövővel kapcsolatosan, a rugalmas gondolkodás az alternatív életcélok tekintetében, illetve a spirituális meggyőződés - nagyobb elveszülési aránnyal járt együtt asszisztált reprodukciós kezelésen részt vevő meddő nők körében (Pápay, 2015).

A fentiekén túl, a kognitív viselkedésterápiák manapság divatos eszköze a mindfulness, a tudatos jelenlét, vagy jelentéstudatosság, mely szintén hatékony stressz kezelő stratégia lehet meddőségi problémák esetén (Domar, 2002 in Pápay, 2015). A mindfulness kognitív erőfeszítés annak érdekében, hogy a múlt és jövőorientáltság helyett a fókusz a jelen pillanatra, az „itt és most” irányába tevődjön át. Meddőség esetén egy beteljesületlen vágy, a saját gyermek utáni vágyódás kap kizárólagos figyelmet, amely egy idealisztikus, elérhetetlen jövő felé tereli az érintettek figyelmét. A sikertelen fogantatás során ugyanakkor folyamatos önmarcangolás, hibáztatás, a múltbéli események, okok számbavétele is nagy szerepet kap. Mindezek sokszor szorongást, lehangoltságot, bűntudatot, negatív érzelmeket keltenek a személyben. A mindfulness, ugyancsak a kognitív átkeretezés útján segít megragadni a jelen pillanat örömforrásait és lehetőségeit, valamint az egyént körülvevő aktuális környezet szépségeit, pozitívumait. A gyakorlat által új alternatív életcélok fogalmazódhatnak meg és egy pozitívabb, harmonikusabb életszemlélet válhat meghatározóvá, amely megszünteti a gyermek iránti vágy kizárólagosságát és jelentősen javítja az érintettek pszichés jóllétét, csökkentve a krónikus distresszt. Mindez a fizikai egészségre is kedvező hatással bír, és növeli a gyermekáldás valószínűségét (Pápay, 2012, 2015).

Pszichodinamikus terápiák

A pszichodinamikus kereten belül gondolkodók a meddőség kialakulásának hátterében a hangsúlyt a tudattalan folyamatokra helyezik, és elsősorban a női oldalról közelítik meg a pszichés oki tényezők vizsgálatát. Ennek értelmében a termékenységi problémákat főként a meddő nő intrapszichés és intraperszonális problémáival magyarázzák, illetve ezenfelül számba veszik az interperszonális kapcsolati tényezőket is (Bakó, 2006; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a). Figyelembe véve, hogy a pszichodinamikus terápiák érvényességének alátámasztására csak kevés számú empirikusan megalapozott kutatás szolgál, ez a fajta megközelítési mód módszertani szempontból sok tekintetben kérdőre vonható. Az erre vonatkozó szakirodalomban is csupán néhány kontrollált, utánkövetéses vizsgálatot találhatunk (Pápay, 2015). Egy módszertanilag elfogadható kutatás Ellenberg és munkatársai (1982) prospektív vizsgálata, melybe mindösszesen tizenhat ismeretlen eredetű meddőségben szenvedő nőt vontak be. Az esetek közül kilenc fő részesült pszichoterápiával kombinált antidepresszáns (amitriptylin) kezelésben. A hároméves utánkövetés során azt találták, hogy a pszichoanalitikus terápiában részesülők szignifikánsan gyakrabban estek teherbe.

Ehhez hasonló eredményeket állapított meg Sarrel és DeCherney (1985) munkájuk során. Kutatásukban húsz funkcionális másodlagos meddőségben szenvedő pár vett részt. A párokat két csoportba osztották. Az egyik csoport tekintetében részletes pszichoterápiás feltáró interjú készült, a másik csoport nem vett részt ilyen jellegű kezelésben. A kezelés befejezése után tizennyolc hónappal megállapították, hogy a terápiában részt vevő csoportokban nagyobb

terhességi arány volt regisztrálható, mint a kontrollcsoportban. Bár módszertanilag mindkét kutatás jól felépített volt, azonban a mintavételt nézve nagyon kis elemszámmal operáltak. Mindezeket figyelembe véve általános következtetések ugyan nem vonhatók le a pszichoanalitikus terápiák hatékonyságára vonatkozóan. Azonban sok szempontból képes támogatást nyújtani az érintettek számára, és más pszichológiai és orvostudományi területekkel kooperálva különösen pozitív hatással bírhat a reprodukciós zavarok esetében (Apfel és Keylor, 2002; Pápay, 2015; Szendi, 2007).

Relaxációs terápiai eljárások

A stressz a meddőségi élethelyzet egyik velejárója. A krónikus stressz negatívan befolyásolja a teherbeesés képességét, a magas stressz-szint pedig szignifikánsan előre jelezheti az alacsony fogamzási arányt. Nem lehet egyértelműen meghatározni a stressz és a reprodukciós zavarok közötti ok-okozati összefüggést, azonban a meddőség kontextusában számos vizsgálatban bizonyítást nyert, hogy a szervezet stressz-hormonszint csökkenése jelentős pozitív hozzáadékkal jár. A termékenységi zavarok esetében az egyénre szabott *relaxációs technikák* ezért különösen fontosnak számítanak. Már a legegyszerűbb lazító technikától – például a légzés szabályozása –, a jógan, a meditáción, valamint az ima jótékony szerepén túl, egészen az önismeretet is fejlesztő autogén tréningig csökkenteni lehet a stressz-szintet a szervezetben (Domar, 2002 in Pápay, 2015; Linden, 1994; Pápay, 2015; Szigeti et al., 2014).

Domar (2002) munkájában a relaxációs válasz kiváltásának alábbi lehetséges módozatait gyűjtötte össze: (1) *Légzés-fókusz*: Ebben a gyakorlatban a cél a mély, lassú hasi légzés begyakorlása. Bármilyen stressz keltő helyzetben gyorsan kiváltható relaxációs válasz, ezért hatékonyan alkalmazható mini relaxáció formájában is. (2) *Testmonitorozás*: Központi eleme a stressz válasz legjellegzetesebb testi hordozójának, a stresszkonténernek a felkutatása. A gyakorlat során, miközben lassan lélegzünk, végigpásztázzuk a testünket, és a beazonosított stresszkonténert előbb tudatosítjuk, majd elengedjük. (3) *Progresszív relaxáció*: Paradox instrukció mentén elsőként az izmainkat tudatosan megfeszítjük, majd a visszaengedés során ellazítjuk. Főként olyan személyeknek hasznos, akik csak nehezen, vagy egyáltalán nem képesek relaxálni. (4) *Autogén tréning*: Az autogén tréning (AT) elnevezésű relaxációs módszer megalkotása J. H. Schultz nevéhez köthető. Az AT orvosi szempontból az egyik leginkább megalapozott és a legtöbbet kutatott relaxációs módszer, amely a test öngyógyító folyamatait támogatja. Magát a módszert pszichológus szakember segítségével lehet elsajátítani, azonban a későbbiekben önállóan is alkalmazható a fizikai, és lelki egészség megtartása érdekében. Az autogén tréning során az egyén saját erejéből merít, saját aktivitását használja fel autogén módon. A meddőség kontextusában szintén nagyon hatékony eljárás olyan párok esetében, akiknek szükségük van önismeretre és egy kitűnően alkalmazható feszültségoldó stratégiára. Az egymásra épülő gyakorlatok hozzájárulnak a stressz, a fájdalom, a szorongás csökkentéséhez, valamint segítenek a mélyebb

önismeret és önelfogadás elérésében. Az AT során a megfelelő instrukciók által, kényelmes testhelyzetben, a test egyes pontjaira összpontosítva valósul meg az ellazulás. A begyakorolt relaxációs indukció hatására az izmok gyorsan ellazulnak, és a fókusz a légzésre, a szívritmusra, és a test belső működésére irányul. Ez az elmélyülés támogatja a lelki folyamatok átélését, az esetleges elakadások felismerését, és a személyes problémák nem csak tudatos szinten történő megélését. A meddőségen túl, az autogén tréninget a reproduktív egészségpszichológia egyéb területein is alkalmazzák – például a szülővé válás folyamatára történő ráhangolódásban, vagy a párkapcsolati problémák megoldásában -, hiszen a stresszérzetek és a belső képek tudatosításán, értelmezésén keresztül hatékony módon hozzájárul a pszichés jóllét megteremtéséhez, valamint az intra-, és interpszichés konfliktusok megfelelő feloldásához és feldolgozásához (Pápay, 2015).

Annak ellenére, hogy a relaxációs technikák gazdag alkalmazási lehetőségekkel rendelkeznek, a termékenység zavarokra tett hatékonyságukról viszonylag kevés empirikus kutatás jelent meg. O'Moore és munkatársai (1983) tizenöt minimum két éve meddőséggel diagnosztizált pár autogén tréning előtti és utáni stressz szintjét vizsgálták. Stressz markerként a prolaktin, a kortizol és katekolaminok szintje szolgált. A vizsgálat során a Spielberger Vonásszorongás Skálát, a Taylor féle szorongástesztet, a Cattell féle tizenhat személyiségtényező kérdőívet és az Eysenck féle személyiség tipológia tesztet használták. A kontrollcsoportot tíz egészséges pár alakította. Az eredmények alapján a meddő párok női tagjainál magasabb átlagos prolaktinszintet mértek a kontrollcsoportéhoz képest. Az autogén tréning alkalmazása után mind a szorongást, mind a prolaktinszintet csökkenteni tudták. A kutatás tehát alátámasztotta azt a hipotézist, hogy az emelkedett prolaktinszint a meddő nők esetében összefügg az érzelmi stresszel.

Domar és munkatársai (1990) vizsgálatukban asszisztált reprodukciós kezelésben részesülő nőknek biztosítottak relaxációs programot. Az utánkövetés során megállapították, hogy hat hónap eltelte után 34%-os volt a teherbe esési arány. A program tehát sikeres volt, azonban a kutatás korlátja, hogy kontrollcsoportot nem vontak be az eljárásba (Szendi, 2007; Pápay, 2015). Mindent összevetve megállapítható, hogy a relaxációs technikák, illetve az autogén tréning hatékony segítséget nyújthat a reprodukciós zavarok tekintetében. Különösen fontos, hogy használatuk nem feltétlenül kötődik szakember jelenlétéhez. Az autogenitás lehetővé teszi a párok számára a helyzet feletti kontroll gyakorlását, így az egyébként alacsony kontrollt biztosító stresszhelyzet feszültségei jobban oldhatók, csökkentve a kiszolgáltatottságot, növelve az énhatékonyság érzését. Természetesen minden egyénnek személyre szabott technikát szükséges választania magának. Továbbá a gyakorlat a test-lélek kapcsolódását megvalósítva kell, hogy érvényesüljön, hiszen a termékenység funkciók akadályozottsága a pszichés mechanizmusokkal összefonódva együttesen alakítja annak diszfunkcionális jellegét.

Hipnózis és vezetett imagináció

A hipnózis és a vezetett imagináció gyakorlata szintén relaxált állapotban zajlik, azonban mindig egy külső szakember segítségével érhető el a szuggesztív, ellazult állapot. A hipnózis, mint a szuggesztív eljárások egyik legintenzívebb formája, a reproduktív ciklus minden szakaszában - a fogantatástól, a terhességen és a szülésen át egészen a posztnatális időszakig - alkalmazható. A terhesség és a gyermekszületés klinikai hipnózisának gyakorlatban történő megjelenése az 1950-es évekre tehető, amikor is Londonban a Laying-In Kórházban, mint terápiás eljárást használni kezdték, írta meg a *British Medical Journal*. A meddőség kontextusában a hipnózis intenzív, mély relaxációs módszerként történő alkalmazása hatékonyan csökkenti a stresszt, illetve fokozza a kontroll érzését a terméketlenséggel küzdő személyekben. Továbbá, ez a terápiás eljárás segíthet az olyan fogamzást gátló tényezők feltárásában és feloldásában, mint például a szexuális és nemi erőszak, a vaginizmus, vagy a testképzavar körüli kérdések (James, 2009).

A terméketlenség hátterében meghúzódó tudattalan problémák a vizuális szimbólumelemzés - például álomfejtés, rajzelemzés, szabadasszociáció, projektív tesztek, imagináció stb. - valamennyi módjával hatékonyan feltárhatóak. Az imaginatív technika során relaxált állapotban képek, vagy szimbólumok előhívása történik, strukturált, tematikus módon, a felmerülő problémáknak megfelelően. Ezen belső képek megalkotásával, a pszichés energia kép formájában jelenik meg és válik kézzel foghatóvá. A meditációs élményfeldolgozás során a tudatosítás, illetve az élmények integrálása történik. A megengedő, elfogadó hozzáállás hatására fokozódik a társ- és önismeret, formálódnak az érzelmi reakciók és viselkedésmintázatok, a testi-lelki valóba vetett hit újraértékelődik, a személy egyfajta jellemfejlődésen megy keresztül. A meddőség aspektusában a testi-lelki folyamatok gátló tényezőként hathatnak. Ezen akadályok áthidalásában segíthetnek a fogamzás fizikai-szellemi-lelki síkjain átívelve a meditációs-imaginációs módszerek. Az imaginatív terápia során érdemes olyan analógiákra, metaforákra, allegóriákra stb. összpontosítani, amelyek a nőiséghez, a termékenységhez, a születéshez és a teremtéshez kapcsolódtak az evolúcióban, a mítoszokban, vagy éppen a kultúra történetében. A szimbólumok közül ilyen lehet a gyümölcs, a ház, a föld, a víz vagy a béka vizuális megjelenítése. Az ilyen és ehhez hasonló hívóképek keresése hozzájárulnak a belső jelentésadási folyamatok kialakításához, rendeződéséhez, továbbá a meddő identitás személyiségen belüli megfelelő integrációjához (Forgács és Németh, 1995; Pápay, 2015).

A terméketlenség, meddőség elsődleges jelentésére gyakran olyan pejoratív tartalmú fogalmak rakódnak rá, mint az értéktelenség, a kilátástalanság, a tehetetlenség, a szellemi alkotásra való képtelenség. Az a személy, aki identitása részévé teszi a meddő címkét, önmagát azonosítja mindezekkel. Ebből kifolyólag a meddő címke átkeretezése sokszor felszabadítja a terméketlenséggel küzdő egyént, pozitívan befolyásolja a pszichés jóllétet és szabad utat ad a fogantatásnak. Pápay (2012) a meddőség átkeretezésre a „fontos útelágazás” hasonlatára tett javaslatot, amely vezetett imaginációban is

hatékony szimbólum lehet. A meddőség ebben a hasonlatban olyan, mint egy fontos útelágazás, ahonnan többfelé vezethet az út. Ezzel a belső képpel egyrészt erősíthető az elveszíteni vélt kontroll, és visszaadhatja az irányítást, a döntésre, valamint a pozitív jövőkép kialakítására való képességet. Másrészről a fontos útelágazás képe megmutatja azt is, hogy ebben az élethelyzetben valóban egy egzisztenciális értelemben jelentős változás lehetősége előtt állnak, amiből akár személyes növekedést is megélhetnek. Egy további a meddőség átkeretezését elősegítő hívóképpel lehet a kert. A kert, mint szimbólum a gondoskodás, a gyarapodás, a növekedés belső erőforrásait hívja elő az egyénben, miközben a természet erejére való ráhagyatkozás, az elfogadás fontosságát is megmutatja (Pápay, 2015).

Több kutatás talált bizonyítékot arra vonatkozóan, hogy a fogantatás elősegítése, illetve az asszisztált reprodukciós kezelések alkalmával a pozitív szuggesztiók lényeges szerepet töltenek be a pszichés jóllét és a reprodukciós sikeresség szempontjából. Levitas és munkatársai (2006) kontrollált vizsgálatukban az embriótranszfert kísérő hipnotikus szuggesztió eredményességét támasztották alá. A hipnózissal támogatott embriótranszferben részesülő csoport esetében szignifikánsan nagyobb volt fogamzási arány, mint a kontrollcsoportnál (James, 2009; Pápay, 2015). Birman és Witztum (2000) az összegyűjtött esettanulmányok alapján a vezetett imagináció hatékonyságára hívták fel a figyelmet. Az eljárás során alkalmazott integratív terápia hozzájárult ahhoz, hogy a meddő páciensek feldolgozzák az anyasággal kapcsolatos érzelmeiket, ezáltal növelve a teherbeesési képességet (Pápay, 2015).

Hosaka és munkatársai (2002) komplex terápiás eljárásukban relaxációt és vezetett imaginációt is alkalmaztak, a szupportív és pszichoedukatív módszertani elemek mellett. A vizsgálatukban azt találták, hogy a pszichoterápiás intervencióban részesülő személyek pszichés jólléte megnövekedett, és a natural killer sejtek száma – melyek kóros működése a sikertelen terhességekkel összefüggésbe hozható – szignifikánsan csökkent a terápia hatására. Továbbá, egy év utánkövetés után, szignifikánsan nagyobb valószínűséggel estek teherbe a terápiás segítséget kapó személyek, mint a kontrollcsoport tagjai.

Interperszonális, integratív terápiák

Az *interperszonális terápiák* nem pusztán az egyénre fókuszálnak, hanem a meddőséggel küzdő párkapcsolatot, és annak társas környezetét is figyelembe veszik. Jellemző rájuk az integratív szemlélet, ugyanis egyaránt tartalmaznak pszichoedukatív tanácsadást, megküzdési stratégiák és skillek tanítását, kognitív viselkedésterápiás technikákat – mint a maladaptív sémák átkeretezése, illetve a coping napló vezetése -, valamint relaxációs és imaginációs technikákat (Pápay, 2015).

Az egyik legtöbbet használt interperszonális módszer a *Mind-Body Program* (Domar, 1990, 2011). A terápia során a meddő párok tíz héten keresztül vesznek részt csoportterápiás foglalkozásokon. A találkozások alkalmával kognitív újrastrukturálást, érzelmkifejezési és relaxációs technikákat

sajátíthatnak el, valamint táplálkozással és testmozgással kapcsolatos adaptív szokásokat alakíthatnak ki (Pápay, 2012). A módszer csoportos párterápiás formája támogatja az érintetteket abban, hogy a meddőséget egyszemélyes problémából a kapcsolat problémájává keretezzék át. Továbbá a csoport megtartó erejénél fogva hozzájárul ahhoz, hogy a párok megtapasztalhassák, hogy ebben a nehéz helyzetben nincsenek egyedül, és reakcióik, érzéseik, küzdelmeik normálisak. A terápia célkitűzése a személyek belső erőforrásainak mozgósítása. A Mind-Body Program alapelve, ahogyan a neve is tükrözi, a testi-lelki kapcsolódás elérése, vagyis annak belátása, hogy a testi történések és a lelki tényezők szorosan összefüggnek egymással. Mindaz, amit a lelkünkben megerősítünk az a fizikai voltunkra pozitívan kihat, illetve a testben történt jótékony változások visszahatnak a lelkiállapotunkra. Módszertanilag tehát gyakori a test-orientált technikák alkalmazása, melyeknek köszönhetően a testi jelekből olvasva a lelki működésről is információ nyerhető ki, ezáltal a meddőséggel kapcsolatos érzelmek jobban megközelíthetővé válnak. Mindezeket túl jellemző a művészetterápiás elemek használata, tekintettel arra, hogy a nem verbális kifejezőmód segítségével összekapcsolhatóak a tudatosan megfigyelhető események a tudattalanul zajló folyamatokkal (Pápay, 2015).

Egy másik integratív szemléletű terápiás eljárás az *Eastern Body-Mind-Spirit* (EBMS) kínai csoportterápiás módszer (Chan, Ng, Chan, Ho, és Chan, 2006). A terápia során egy olyan stresszmentes környezet létrehozását tűzik ki célul, amelyben a meddő párok szabadon újragondolhatják a gyermektelenségük jelentését. A módszer során alkalmazott eszközök a következők: tradicionális kínai szövegek olvasása a test és a lélek harmóniájáról, a szenvedésről, az élet értelméről; tajcsi, meditációs és légző gyakorlatok; a pozitív gondolkodás elősegítése különböző kreatív tevékenységeken keresztül, mint például rajzolás, újságírás. Chan és munkatársai (2006) kontrollált vizsgálatukban megállapították, hogy az EBMS szignifikánsan csökkenti a programban részt vevő személyek szorongásszintjét. Boivin (2003) metaanalízisében kiemelte, hogy az interperszonális terápiák a pszichés jóllét, valamint a teherbeesés valószínűségének növelése szempontjából az egyik legeredményesebbnek bizonyuló módszerek. Hatékonyságuk alapjának tekinthető az integratív terápiás szemlélet, és az egyénre szabott technikák. Sikerességét növeli továbbá, hogy a meddőségi élethelyzetre jellemző problémák sokféle megnyilvánulására kínálnak megoldási lehetőséget.

A PSZICHOLÓGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS EREDMÉNYESSÉGE A MEDDŐSÉGI ÉLETHELYZETBEN

Számos empirikus kutatás vizsgálta a meddőségre vonatkozó pszichológiai intervenciók hatékonyságát. Ezek közül 1980-ban Barbara Eck Menning hívta fel elsőként a figyelmet az infertilitással küzdő párok pszichoszociális segítségnyújtásának szükségességére. Munkásságát követően sorra jelentek meg a termékenységi problémákra vonatkozó pszichés támogatások irányelveit megfogalmazó ajánlások (Boivin, 2003; Pápay, 2012).

Boivin (2003) metaanalízisében mindazon 1966 és 2001 között publikált vagy publikálásra szánt tanulmányt összegyűjtött, amelyben valamilyen reprodukciós problémára kidolgozott pszichoszociális intervenciót alkalmaztak, és az legalább egy eredménnyel szolgált. A megközelítőleg 380 db vizsgált tanulmány esetében, kizárólag azokat a kutatásokat vette számba, amelyek számszerűsített adatokkal rendelkeztek az adott intervenció sikerességére vonatkozóan. Ez mindösszesen 25 tanulmányt jelentett. A szerző átfogó elemzésében többek között arra kereste a választ, hogy az adott pszichoszociális beavatkozások (1) növelik-e a pszichés jóllétet, (2) kedvezően befolyásolják-e a teherbeesési rátát, illetve (3) az egyes intervenciók hatékonyabbak-e mint más pszichoszociális beavatkozások. Az eredmények vizsgálatakor a pszichés jóllét tekintetében a vizsgálat kimutatta, hogy a pszichoszociális intervencióknak elsősorban a negatív érzelmek – mint például szorongás, aggodás, düh, szégyen – csökkentésében van jelentős szerepük. Azonban ezen beavatkozások a már meglévő személyiség-, vagy párkapcsolati struktúra megváltoztatására kevésbé tudnak hatást gyakorolni.

A pszichológiai segítségnyújtás teherbeesésre gyakorolt hatását nyolc tanulmány vizsgálta. Ezek közül a teherbeesési arány és a pszichoszociális beavatkozás közti pozitív kapcsolatot pusztán három tanulmány tudta megerősíteni, a többi tanulmány viszont nem talált a két tényező között összefüggést. Az egyes intervenciók hatékonyságának összehasonlítása érdekében Boivin (2003) megalkotta a pszichoszociális intervenciók csoportosítási rendszerét. Ennek érdekében három kategóriát különített el úgy, hogy az adott csoportba tartozás kritériumát a terápia célja határozta meg. Ennek megfelelően a következő kategóriák születtek:

(1) *Tanácsadás típusú intervenciók.* Ezen beavatkozások főként az érzelmek kifejezésére, az érzések, és a gondolatok megosztására fókuszálnak. Ide tartoznak többek között a rövid és hosszú távú pszichoanalitikus terápiák, a kognitív-viselkedés terápiák, továbbá az asszisztált reprodukciós kezelést kísérő pszichológiai tanácsadás különböző formái.

(2) *Fókuszált edukatív intervenciók.* A terápiás eljárások ezen formái leginkább egy fontos ismeret vagy képesség átadására specializálódtak. Ebbe a kategóriába sorolható például a szex terápia, a megküzdés tréning, a stressz csökkentő vagy relaxációs tréning, az autogén tréning, és a pszichoedukáció.

(3) *Átfogó edukatív programok.* Az ide sorolható módszerek egyszerre több ismeret, skill átadására törekednek, és szervezett egységbe integrálnak többféle edukatív intervenciót. Ilyen program például a Behavioral Medicine Program for Infertility, a Mind-Body Program, vagy a kínai Eastern Body-Mind-Spirit (Pápay, 2012, 2015).

A pszichoszociális intervenciók hatékonyságának vizsgálatát tekintve, Boivin (2003) azt találta, hogy az átfogó vagy fókuszált edukatív, gyakorlati tudást és technikát biztosító módszerekkel lényegesen jobb eredmények érhetőek el, mint a tanácsadás típusú intervenciók tekintetében. Az eredményesség összesítése során kimutatták, hogy a tanácsadás típusú beavatkozások pusztán 30%-a járt pozitív eredménnyel, míg a fókuszált és átfogó edukatív intervenciók

közel 70%-ban zárultak sikerrel. Azonban, az eredménynek mérlegelésekor figyelembe kell venni azt a tényt is, hogy a leírt kategóriák gyakran átfedésben voltak egymással. Ezenfelül, az intervenciók csoportosításának háttérében egy további elv is meghúzódott, mégpedig, hogy a tanácsadás típusú módszer minden esetben párterápia volt, míg az edukatív jellegű programok az esetek 70%-ban csoportterápia formájában operáltak (Pápay, 2012, 2015).

Egy következő átfogó tanulmányban de Liz és Strauss (2005) az egyéni és a csoportos pszichoterápia teherbeesésre gyakorolt hatékonyságát vetette össze. Az elemzés során megállapították, hogy mind a csoportos, mind az egyéni beavatkozási forma csökkenti a meddő párok szorongásos tüneteit, ezáltal eredményesek lehetnek az asszisztált reprodukciós eljárásokat követő fogamzási arány növelésében. A metaanalízisből az is kitűnik, hogy hat hónapos utánkövetés után egy több mint tíz alkalmas terápiás csoport magasabb teherbeesési arányt mutat azoknál, mint akik tíz alkalomnál kevesebb óraszámban vettek részt, vagy pszichoterápiás segítségben egyáltalán nem részesültek. Továbbá megállapították, hogy a célzott pszichoszociális beavatkozások hatékonysága növelhető azáltal, ha az intervenciókat preventív módon a meddőség fennállásának kezdeti fázisára időzítik. Ezt azzal indokolták, hogy a sikertelen beavatkozások során a meddő párokban a depressziós tünetek egyre fokozódnak, ezért az idő előrehaladtával a negatív hatásokat egyre nehezebb leredukálni (Mohácsi et al., 2015; Pápay, 2012; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a). De Liz és Strauss (2005) szisztematikus elemzésébe azonban kontrollcsoporttal nem operáló kutatások is bekerülhettek, ezért valószínűsíthető, hogy a pszichoterápiás módszerek pozitív értékeit ezen eredmények túlbecsülték (Pápay, 2015).

Hämmerli és munkatársai (2009) metaanalízisükben a fenti módszertani probléma kiküszöbölése érdekében kizárólag olyan tanulmányokat vettek alapul, amelyek kontrollcsoporttal rendelkeztek. Munkájuk során összegyűjtötték, majd értékelték az 1978 és 2007 között megjelenő összes, a meddőség kontextusában pszichoterápiás hatékonyságot vizsgáló publikált és publikálatlan tanulmányt (v.ö. Pápay, 2015). Vizsgálatuk alapján a terápiás intervenciók a pszichés jóllét javulása szempontjából nem hoztak szignifikáns különbséget a kísérleti és a kontrollcsoportok között, sem a szorongás, sem a depresszió tekintetében. Az eredmény magyarázata valószínűsíthetően az, hogy a meddők a depresszió és szorongás tekintetében alapvetően nem különböznek a normál populációtól, ezért maguk a terápiás intervenciók sem képesek látványos sikereket elérni. Az eredmények egy további indoklása lehet, hogy az érintettek életében a meddőség csak átmeneti krízisként jelenik meg, így a kezeléseket követően, a gyermektelenség tényével való megbékélés során, a pszichés nehézségek is csökkenhetnek, ezáltal a terápiás kezelések hatékonysága sem mutatható ki oly mértékben (Pápay, 2015).

Hämmerli és munkatársai (2009) mindezek mellett azonban megerősítették, hogy az áttekintett tanulmányokban, a terápiás intervenciók bizonyíthatóan pozitív hatással voltak a reprodukív sikerességre. Az elemzések során azt találták, hogy a pszichoszociális beavatkozások bár szignifikánsan

növelték a teherbeesés arányát, azonban kizárólag azoknál a személyeknél, akik a terápiás beavatkozásokat megelőzően, illetve közben nem vettek részt asszisztált reprodukciós kezelésen. A szerzők az eredményt azzal indokolták, hogy a meddőségi kezelést igénybe nem vevők huzamosabb ideig vettek részt pszichoterápiás intervención, mint a meddőségi kezelés alatt állók. A két csoport életkor, és a meddőség fennállási idejét tekintve nem különbözött egymástól (Szigeti és Konkoly Thege, 2012a; Pápay, 2015).

Pápay (2015) összegzése alapján az előzőekben bemutatott metaanalízisekből számos fontos következtetés vonható le a pszichoszociális intervenciókra vonatkozóan. Egyrészt elmondható, hogy a pszichoszociális intervenciók és terápiák célja vagy pszichológiai, vagy biológiai vonatkozású lehet. Másrészt kiemelendő, hogy pszichológiai célkitűzésű kezelésekből a pszichoterápia célja a pszichés jóllét növelése, illetve a meddőségi élethelyzetből és a kezelésekből eredő distressz csökkentése. Ahogyan arról már korábban szó volt, szintén fontos célja a pszichés segítségnyújtásnak a teherbeesési arány növelése. A fentiekben tárgyalt metaanalízisek közül két tanulmány (de Liz és Strauss, 2005; Hämmerli et al., 2009) szignifikánsan pozitív eredményt közölt a reprodukciós sikeresség vonatkozásában. Mindemellett, a fogamzási arány azonban leginkább akkor volt megfigyelhető, ha a terápiás intervenció a meddőség korai szakaszában történt, még az orvosi beavatkozásokat megelőzően. Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy milyen fontos a reprodukciós problémák korai felismerése és kezelése.

További lényeges szempont, hogy mind a pszichés jóllét, mind a reprodukciós sikeresség szempontjából kiemelkedő a pszichoterápiás beavatkozások időtartama. A kutatások alátámasztották, hogy a hosszabb - legalább tíz-tizenkét alkalmas - terápiás intervenciók hatékonyabbak a rövidebb - egy-öt - alkalmas beavatkozásoknál. Végül, fontos konklúzió, hogy a vizsgált pszichoterápiás beavatkozások egyéni, páros és csoportos formái egyaránt hatásosnak bizonyulhatnak. Míg Boivin (2003) metaanalízisében a csoportos edukatív fókuszú intervenciók bizonyultak a leghatékonyabbnak, addig de Liz és Strauss (2005) mind az egyéni, mind a csoportos terápiás formát eredményesnek találta a pszichés distressz csökkentésében.

KONKLÚZIÓ

Az infertilitás kérdésének elméleti és gyakorlati megközelítéseit tekintve egyaránt elmondható, hogy a kizárólagos orvostudományi, biomedikális nézetek ideje lejárt és a reprodukciós zavarok holisztikus szemléletmódja szükséges. Számos kutatás hívta fel a figyelmet arra, hogy a meddőséget krónikus természetéből adódóan nem elégséges pusztán organikus szempontok alapján vizsgálni, hanem egy holisztikus, pszichoszociális keretben szükséges értelmezni, amelyben az intrapszichés, párkapcsolati és társas-környezeti színtereken egyaránt szerepet kapnak (Pápay, 2012; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a). Az áttekintett publikációk arra engednek következtetni, hogy hazai viszonylatokban

a biomedikális szemlélet az irányadó, és az orvosi beavatkozások többségében a szomatikus kezelésekre támaszkodnak, csak korlátozottan hozzáférhetővé téve a pszichés támogatás lehetőségét. Emellett a dolgozatban felsorakoztatott hazai és nemzetközi publikációk a téma aktualitását, és a termékenységi problémák egyre sürgetőbbnek vélt megoldási törekvéseit támasztják alá, kihangsúlyozva a meddőséggel összefüggő pszichológiai intervenciók jelentőségét, tekintettel arra, hogy a helyzetükből adódóan sérülékeny és kiszolgáltatott érintettek részére alapvető fontosságú lenne általánosan elérhetővé tenni a megfelelő pszichológiai ellátást (Gameiro et al., 2015; Pápay, 2012).

A reprodukciós zavarok kontextusában alkalmazott pszichológiai intervenciók rendkívül sokszínűek és probléma specifikusak. Az eltérő látásmód és gyakorlati módszerek lehetővé teszik, hogy a pszichoszociális segítségnyújtás módja a probléma természetéhez, valamint az egyének igényeihez, és elvárásaihoz igazodjon. Ezen terápiák célkitűzéseiket tekintve is különböző szemléletmóddal dolgoznak (Nagy, és Perczel Forintos, 2015). A tanulmányban áttekintett kutatások alapján megállapítható, hogy az egyes intervenciók, mint az egyéni vagy társas kognitív viselkedésterápiák, valamint a pszichodinamikus terápiák nagy hatékonysággal dolgoznak a terméketlenséggel és a meddőségi kezelésekkal összefüggő pszichés problémák kezelésével. A különböző relaxációs, és stresszkezelési technikák tanítása pedig támogatja a meddőségi distressz hatékony kezelését, valamint a meddővé nyilvánítás, illetve a gyermektelenség tényének elfogadását. Mindezen módszertani megközelítések terápiás jellegükből adódóan ugyancsak hozzájárulnak a személyes, poszttraumás növekedés útjában álló akadályok elhárításához (Eugster és Vingerhoets, 1999; Pápay, 2015; Roussos-Ross et al., 2018; Szendi, 2007).

A dolgozatban bemutatott metaanalízisek (Boivin, 2003; de Liz és Strauss, 2005) szintén megerősítették a pszichoszociális intervenciók elsősorban a negatív érzelmek redukálásában játszott kiemelkedő szerepét. Bizonyítást nyert továbbá, hogy mind a csoportos mind az egyéni intervenciók forma képes eredményesen csökkenteni a meddő párok szorongásos tüneteit. Megállapították, hogy a célzott pszichológiai intervenciók sikere fokozható, ha az intervenciókat preventív jelleggel, a meddőség fennállásának kezdeti fázisára időzítik. Hämmerli és munkatársai (2009) metaanalízisükben kizárólag olyan tanulmányokat vettek alapul, amelyek kontrollcsoporttal rendelkeztek. Az áttekintett tanulmányok alapján megerősítették, hogy a terápiás intervenciók bizonyíthatóan pozitív hatással voltak a reprodukív sikerességre.

A szakirodalmi áttekintés során bemutatott elméleti megállapítások és empirikus vizsgálatok eredményeképpen összegzésként megállapítható, hogy a célzott pszichoszociális intervenciók – melyek során fókuszban a test, a lélek és a társas faktorok összefüggései állnak -, elengedhetetlen funkciót töltenek be a meddőségi élethelyzettel való megküzdésben. Alkalmazásukkal nemcsak a várandósság esélye növekedhet, hanem az érintettek fizikai, mentális, lelki és szociális jólléte is pozitív irányba fordulhat. Mindezen kutatások eredményessége tehát megfelelően alátámasztja a meddőséggel érintett személyek pszichés

támogatásának szükségességét és felhívják a figyelmet a pszichoszociális segítségnyújtás kiemelkedő szerepére.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Apfel, R. J., & Keylor, R. G. (2002). Psychoanalysis and infertility: Myths and realities. *Int. J. Psychoanal.*, 83, 85-104.
- Bakó, T. (2006). A funkcionális meddőség intrapszichés vonatkozásai egy eset kapcsán. *Thalassa*, 17(2-3), 207-216.
- Birman, Z., & Witztum, E. (2000). Integrative Therapy in Cases of Pregnancy Following Infertility. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(3), 273-287.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.
- Chan, C. H. Y., Ng, E. H. Y., Chan, C. L. W., Ho, P. C., & Chan, T. H. Y. (2006): Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. *Fertility & Sterility*, 85(2), 339-346.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- de Liz, T. M., & Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20(5), 1324-1332.
- Domar, A. D., Seibel, M. M., & Benson, H. (1990). The mind/body program for infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 53(2), 246-249.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19(6), 568-575.
- Domar, A. D. (2002). *Conquering Infertility*. Penguin Books, London.
- Domar, A.D., Rooney, K.L., Wiegand, B., Orav, E. J., Alper, M. M., Berger, B. M., & Nikolovski, J. (2011). Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertility and Sterility*, 95(7), 2269-2273.
- Ellenberg, J. & Koren, Z. (1982). Infertility and depression. *International Journal of Fertility*, 27(4), 219-223.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine*, 48, 575-589.
- Faramarzi, M., Alipor, A., Esmaelzadeh, S., Kheirhah, F., Poladi, K., & Pash, H. (2008). Treatment of depression and anxiety in infertile women: Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal of Affective Disorders*, 108, 159-164.

- Facchinetti, F., Tarabusi, M., & Volpe, A. (2004). Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology*, 29(2), 162-173.
- Forgács, A., & Németh, M. (1995). HAS VAGY GÓLYA? A meddőség transzperszonális vonatkozásai. *Thalassa*, 6(1-2), 203-212.
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5, 1-19.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E. A., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C. M., Wischmann, T. & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 0(0), 1-10.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociol Health Illn*, 32(1), 140-162.
- Hämmerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction Update*, 15(3), 279-295.
- Hosaka, T., Matsubayashi, H., Sugiyama, Y., Izumi, S., & Makino, T. (2002). Effect of psychiatric group intervention on natural-killer cell activity and pregnancy rate. *General Hospital Psychiatry*, 24(5), 353-356.
- James, U. (2009). Practical uses of clinical hypnosis in enhancing fertility, healthy pregnancy and childbirth. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, 239-241.
- Levitas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger, M., & Potashnik, G. (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilizationembryo transfer: a case-control study. *Fertil Steril*, 85, 1404-1408.
- Linden, W. (1994). Autogenic Training: A Narrative and Review of Clinical Outcome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 19(3).
- Mohácsi, B., Almássy, Zs., & Szemán-Nagy, A. (2015). A policisztás ovárium szindróma pszichológiai megközelítése. Módszertani ajánlások és a fenotipikus csoportalkotás bevezetése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70(3/1), 493-506.
- Nagy, B. M. & Perczel Forintos D. (2015). A meddőség mint trauma és a növekedés lehetőségei. In Pápay, N. & Rigó, A. (szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. (pp. 275-296).
- O'Moore, A. M., O'Moore, R. R., Harrison, R. F., Murphy, G., & Carruthers, M. E. (1983). Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: Effects of treatment with autogenic training. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(2), 145-151.
- Palomba, S., Daolio, J., Romeo, S., Battaglia, F. A., Marci, R. & La Sala, G. B. (2018). Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 16(113), 1-11.

- Pápay, N. (2012). A reprodukív egészség és a termékenységi problémák pszichoszociális kontextusa. Doktori értekezés. ELTE PPK.
- Pápay, N. (2015). Terápiás lehetőségek termékenységi problémákban. In Pápay, N. & Rigó, A. (szerk.), *Reprodukív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. (pp. 297-315).
- Pápay, N., Rigó, A., & Nagybánya Nagy, O. (2013). A meddőségspecifikus distressz alakulása a megküzdési stratégiák és egyéb pszichoszociális változók függvényében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(3), 399-418.
- Pápay, N. & Gellért, F. (2015). Termékenység és meddőség mentális reprezentációinak szerepe a reprodukív egészségmagatartás alakulásában. In Pápay, N. & Rigó, A. (szerk.), *Reprodukív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. (pp. 189-208).
- Pásztor, N., Hegyi, B. E., Dombi, E., & Németh, G. (2019). Psychological Distress and Coping Mechanisms in Infertile Couples. *The Open Psychology Journal*, 12, 169-173.
- Roussos-Ross, D., Rhoton-Vlasak, A. S., Baker, K. M., Arkerson, B. J., & Graham, G. (2018). Case-based care for pre-existing or new-onset mood disorders in patients undergoing infertility therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 35(8), 1371-1376.
- Sarrel, P. M., & DeCherney, A. H. (1985). Psychotherapeutic intervention for treatment of couples with secondary infertility. *Fertility and Sterility*, 43, 897-900.
- Szendi, G. (2007). A női funkcionális meddőség evolúciós értelmezése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(1), 5-48.
- Szigeti, F. J., & Konkoly Thege, B. (2012a). A meddőség pszichológiai aspektusai: szakirodalmi áttekintés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(3), 561-580.
- Szigeti, F. J., & Konkoly Thege, B. (2012b). A meddőség pszichés velejáráói egy hazai pilot-vizsgálat tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(4), 713-731.
- Szigeti, F. J., Konkoly Thege, B. & Lőrincz, J. (2014). A női reprodukív egészség pszichoszociális vetületeiről. *Orvosképzés*, 89, 406-414.