

Pápay Nikolett

**„MI UTÁN FUTOK LÉLEKSZAKADVA?”  
AZ ÉLETKOR VONATKOZÁSÚ MEDDŐSÉG PSZICHOSZOCIÁLIS  
JELLEGZETESSÉGEI ÉS TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEI**

---

**I. AZ ÉLETKOR VONATKOZÁSÚ MEDDŐSÉGRŐL**

Jelen tanulmány fókuszában a termékenységi problémák egy speciális alcsoportja, az életkor vonatkozású meddőség (age-related infertility) áll. Az életkor vonatkozású infertilitás világszerte, így Magyarországon is, közegészségügyi problémává nőtte ki magát (Macaluso et al., 2010; Somigliana et al., 2016), ezért érdemes a pszichoszociális vonatkozásait egészségpszichológiai szempontból komolyan figyelembe venni.

Az orvosi definíció értelmében általánosságban meddőségről akkor beszélünk, ha rendszeres, legalább egy éve tartó, fogamzásgátlás mentes nemi élet ellenére sem történik meg a teherbeesés, illetve a terhességet nem sikerül elveszüléssel kihordani. Magyarországon a 25 év felettek körében 10–15%-ot érint a meddőség problémája (Bernard & Krizsa, 2006), ami megegyezik a WHO kutatási eredményeivel a reprodukciós nehézségekkel küzdők arányát illetően (World Health Organization [WHO], 2020).

Az életkor előrehaladtával azonban ez az arány jelentősen tovább növekszik (Committee Opinion [CO], 2014; Harper et al., 2017), s elmondhatjuk, hogy az első gyermeküket váró 35 év felettek közel 50%-a érintett lesz valamilyen termékenységgel kapcsolatos problémában (Borsos & Urbancsek, 2007). Ezzel összhangban egy amerikai vizsgálatban azt találták, hogy a nőgyógyászok felkeresésének második leggyakoribb oka a teherbeesés elmaradása (Harper et al., 2017). Fontos azonban megjegyezni, hogy a legtöbb reprodukció szempontjából idősnek számító pár csak egy-két év természetes próbálkozás után keres orvosi segítséget, miközben a WHO ajánlás 35 év felettek esetében hat hónap (WHO, 2020).

Az orvosi tankönyvek szerint a termékenységi problémák hátterében legtöbb esetben biológiai eredetű (szervi vagy hormonális) tényezők állnak, körülbelül 30%-ban női, 30%-ban férfi eredetű probléma, 15%-ban mindkét félnél detektálnak akadályozó tényezőt, s körülbelül 15%-ban beszélünk úgynevezett „megmagyarázhatatlan eredetű meddőségről”, amikor mindezidáig semmilyen biológiai okot nem találtak a háttérben a szakemberek (Covington & Burns, 2006; Borsos & Urbancsek, 2007). Legújabb megközelítések azonban a megmagyarázhatatlan eredetű meddőséget megkülönböztetik az életkor alapú termékenységi problémáktól, hiszen ilyen esetekben nem szervi vagy

hormonális „diszfunkciókról” beszélhetünk, hanem pusztán a reprodukív szervek és hormonális működés természetes elöregedési folyamatáról, vagyis arról a tényről, hogy a humán reprodukciónak biológiai korlátai vannak. Ezért az életkor vonatkozású meddőségi probléma nem valamilyen fel nem tárt betegség miatt jelentkezik, hanem ilyenkor a csökkent reprodukív készség valójában életkornak megfelelő, vagyis olyan természetes egészségi állapot, ami csak a gyermekvállalás vágyának nézőpontjából mutatkozik „testi zavarként” (Harper et al., 2017; Somigliana et al., 2016).

Mi lehet az oka annak, hogy a gyermekvállalás világszerte jelentősen későbbre tolódik, mint egy-két generációval korábban? Tudjuk, hogy az elmúlt évtizedekben zajló társadalmi folyamatok megváltoztatták a családtervezéssel kapcsolatos gondolkodást. Magyarországi adatokat nézve: míg 2000-ben az anyák átlagos életkora az első gyermek születésekor 25,3 év volt, addigra 2017-ben ez már 28,6 évre emelkedett (Kapitány & Spéder, 2018).

A kései gyermekvállalásnak számos szociokulturális és pszichológiai okát tárták fel eddig. Ilyen például a magasabb iskolai végzettség gyakoribbá válása, a nők társadalmi státuszának megváltozása, a család és a munka összeegyeztethetőségének problémája, a kulturális értékek és életcélok változása vagy a tartós egzisztenciális bizonytalanság (pl. Blaskó, 2006; Danis & Neményi, 2009; Kende, 2000; Kopp et al., 2008; Pápay et al., 2014). Ám ide sorolhatjuk a reprodukív egészséggel kapcsolatos ismeretek hiányát is, ami nehezíti a megfelelő időben történő és tudatos gyermekvállalási döntéseket. Ez azt jelenti, hogy a reprodukív korban lévő nők és férfiak sokszor nincsenek tisztában a termékenységgel és a meddőséggel kapcsolatos alapvető fogalmakkal, a biológiai jelenségek természetével (Pápay & Gellért, 2015). Mindezek alapján érthető az a paradoxon, hogy miközben attitűdök szintjén a párok a gyermekvállalás fontosságát előkelő helyre rangsorolják, a megvalósítás sokszor késni fog, vagy akár teljesen elmarad (Kapitány & Spéder, 2018). Ez magyarázatul szolgál arra a tényre is, hogy egyre többen kénytelenek 30. életévük után termékenységi problémákkal szembesülni és asszisztált reprodukív kezeléseket igénybe venni.

### **1.1. AZ ASSZISZTÁLT REPRODUKÍV KIHÍVÁSAI ÉS A MEDDÓSÉGGEL VALÓ MEGKÜZDÉS**

A meddőség modern orvosbiológiai eszközökkel történő kezelése az asszisztált reprodukív, amely a körültekintő diagnosztikai módszereknek és a fejlett mikrobiológiai eljárásoknak köszönhetően képes megsokszorozni a termékenységi problémával küzdők gyermekvállalási esélyeit, így az életkor vonatkozású meddőség leküzdésében is hatékony segítség lehet (Pápay, 2013; Szigeti et al., 2015). Ugyanakkor az eljárás költséges és időigényes, sokszor fájdalom kíséri, és az is előfordul, hogy beteg-státuszba helyezi az egyébként egészséges, tevékeny életet élő párt. A kezelések számos pszichológiai kihívással járnak együtt: folyamatos kudarc-, és veszteségélmények kísérik (egy beavatkozás sikerességi rátája maximum 20–30%), krónikus stresszállapotot idézhetnek elő, sértik a párok intimitását, szexualitását. Nem véletlen, hogy a folyamatot gyakran érzelmi

hullámvasútként írják le az érintettek. A meddőségi központok sokszor nem számolnak mindezekkel, nem beszélve arról, hogy a klinika gyakran maga is stresszforrás a rosszul alkalmazott kommunikáció és a nem személycentrikus ellátás miatt (Boivin, 2009).

A kezeléshez való viszonyulást és a meddőségspecifikus stresszel való megküzdést számos pszichoszociális tényező moderálja. Hatékony megküzdésnek minősül például a helyzet rugalmas kognitív újrastrukturálása (pl. alternatív életcélok találása, jelentéskeresés), vagy az emocionálisan megközelítő stratégiák (pl. társas támogatás, erős párkapcsolati kohézió) alkalmazása (Schmidt et al., 2005; Terry & Hynes, 1998), míg az elkerülő magatartás vagy a meddőség tabusítása kedvezőtlen megküzdési stratégiának bizonyul, és emelkedett distressz szinttel jár együtt. A meddőség egészségpszichológiai modellje értelmében a pszichés tényezők mellett az érintettek szocioökonómiai státusza is befolyásolja a meddőséggel és a kezeléssel kapcsolatos megküzdést. A magasabb iskolázottság ugyanis kedvezőbb reprodukzív egészségmagatartással járhat együtt, ami indirekt módon növelheti a teherbeesés esélyeit (Covington & Burns, 2006).

## **1.2. FERTILITÁSTUDATOSSÁG**

Az életkor vonatkozású meddőség kapcsán fontos kiemelnünk még a fertilitástudatosság fogalmát, amely egy komplex kognitív és viselkedéses elemekből álló pszichológiai konstruktum (Bunting & Boivin, 2008; Pápay, 2013; Pápay & Gellért, 2015). A fertilitástudatosság (FT) magában foglalja:

- a) a megfelelő tudáskészletet a női és férfi reprodukciós rendszer valós jellegzetességeiről és működéséről,
- b) a termékenységet veszélyeztető rizikófaktorok pontos ismeretét (dohányzás, alkohol-, és drogfogyasztás, testsúlyproblémák, szexuális úton terjedő betegségek, intenzív stressz) és ezek elkerülését,
- c) a megtermékenyüléssel kapcsolatos téves hiedelmek felismerésére való képességet,
- d) valamint a termékenységet elősegítő egészségmagatartás gyakorlatát.

Egy 2018-as metaanalízisben Pedro és munkatársai azt találták, hogy a reprodukív korban lévők alacsony, legfeljebb közepes FT-vel rendelkeznek: a termékenység biológiai folyamataival kapcsolatos ismereteik közepesek, a meddőségi rizikófaktorokat csak részben ismerik, a gyermekvállalás optimális idejét általában túlbecsülik (az életkort felismerik rizikófaktoroknak, de a termékenység csökkenésének idejét későbbre datálják, a sikeres teherbeesés valószínűségét pedig túlbecsülik, spontán és asszisztált reprodukció esetében is). A vizsgálatban a magas fertilitástudatosság nem korrelált a gyermekvállalási szándékkal, ezzel szemben együttjárást mutatott a magas iskolázottsággal, valamint a tudatos családtervezéssel. Éppen ezért fontos hatékony pszichoedukatív programokat kidolgozni a jövőben az alacsonyabb szocioökonómiai státusszal rendelkezők számára (Pedro et al., 2018).

### 1.3. MEDDŐSÉGGEL, ANYASÁGGAL KAPCSOLATOS KOGNITÍV REPREZENTÁCIÓK

A meddőség kognitív reprezentációja, akárcsak más betegségeknel, testi állapotoknál, erősen meghatározza a meddőséggel való megküzdési módot, a kezeléssel kapcsolatos attitűdöket és érzelmi válaszokat (Leventhal et al., 1984; Pápay & Gellért, 2015). A meddőség megjelenhet:

- a) legyőzendő „ellenségként”, amelyhez az érzelmi viszonyulás a haragos szembenállás, tagadás,
- b) veszteségként, amely gyászreakciós folyamatokat indít be, és érzelmi lehangoltsággal, depresszióval járhat együtt,
- c) büntetésként, amely a harag, a félelem, az önfeladás érzéseit implikálhatja,
- d) szégyenként, amely a stigmatizáltság érzését erősíti a személyben (Benyamini et al., 2004).

Érdemes megemlíteni, hogy a nyugati kultúra a meddőséget sokáig bűnként értelmezte, a társadalom értékes tagjává csak anyaként válhattak a termékeny korban lévő nők. A gyermekvállalás alól kitérni társadalmi szankció nélkül nem lehetett, a gyermektelen vagy meddő nő marginális helyet kapott a társadalomban (Covington & Burns, 2006). A társadalmi nyomás miatt a meddő nők erős negatív emóciálitással, szégyenkezve és büntudattal élték meg helyzetüket (Deáky & Krász, 2005). A XX. században az orvostudomány fejlődésével kezdődött el a meddőség biomedikális megközelítése, amely a terméketlenség hátterében a test működészavarait kereste. Ebből kifolyólag a meddőség a bűnösség kontextusából a betegség kontextusába került, ugyanakkor a szégyen és büntudat érzései sajnálatos módon megmaradtak az érintettek körében (Covington & Burns, 2006). Az életkor vonatkozású meddőség esetében gyakran találkozni a stigmatizáltság érzésével. A gyermekvállalás elmaradása sok esetben úgy csapódik le az érintettekben, mintha a társadalom perifériájára szorultak volna.

Végül érdemes felhívni a figyelmet az anyasággal/szülőséggel kapcsolatos reprezentációk meghatározó szerepére is. A gyermekvállalást minden kultúrában pozitív életeseménynek tekintik, ugyanakkor a szülővé válás mégsem tekinthető univerzális humán késztetésnek, vagyis abban is hasonlóak a különféle kultúrák, hogy mindig vannak olyan tagjaik, akik a gyermektelen életmódot választják. A szülőszereppel kapcsolatos attitűdök kialakulásában több fontos tényező is szerepet játszhat: pl. a korai szocializáció (családi minták) vagy a kultúra által formált nézetek. Ezen felül az adott személy kognitív-verbális képességei, edukációs szintje is meghatározza, hogy milyen képzetekkel rendelkezik az anyasággal, szülőséggel kapcsolatosan (Pápay et al., 2014; Vajda & Kósa, 2005).

Az egyéni szocializáció során kialakult anyaságrepresentációk feltérképezése segítséget nyújthat a későbbi reprodukciós viselkedés, családtervezés pontosabb bejósolása szempontjából, s ennek segítségével talán az életkor vonatkozású meddőséget is jobban megérthetjük. Egy saját kérdőívben (Pápay, 2013, 2014) négy különféle anyaságrepresentációt különítettünk el:

- a) anyaság mint a női identitás természetes része (intrinzik motiváció),
- b) anyaság mint kötelező női szerep (extrinzik motiváció),
- c) anyaság, amelyre tudatosan készülni kell (tudatos családtervezés, egzisztencia teremtés, lakáskörülmények biztosítása),
- d) anyaság mint nemkívánatos női szerep (félelmek, szorongások az anyasággal kapcsolatban).

Vizsgálatunkban a gyermekvállalás iránti legnagyobb elkötelezettség azoknál a nőknél jelentkezett, akiknél a személyes identitásformálódás egyik központi tényezője az anyaság (intrinzik motiváció). Számukra az anyaság kiteljesedést, ugyanakkor egy nagyon természetes állapotot jelentett. Másfelől viszont az anyaság terhes szerepként való megélése a gyermekvállalási szándék alacsonyabb mértékét jósolta be, valamint a családalapítás tervezett idejére is negatív hatással volt. Az érzelmi válaszok tekintetében megfigyeltük, hogy az intrinzik motivációval rendelkező nők főleg szomorúságot, lehangoltságot éltek meg meddőségi problémájuk kapcsán, míg az extrinzik motiváció inkább a szorongás és büntudat érzéseit jósolta be (Pápay et al., 2014). Végül, bár nem volt kutatásunk témája, feltételezhetjük, hogy az életkor vonatkozású meddőség hátterében sokszor az anyaságra való tudatos készülés reprezentációja állhat, hiszen a tudatosan készülő párok a különféle életfeladatok prioritizálása során a gyermekvállalást gyakran az egzisztencia-teremtés után sorolják.

## **2. TERÁPIÁS ESZKÖZTÁR A MEDDÓSÉGGEL VALÓ MEGKÜZDÉSBE**

A termékenységi problémákkal kapcsolatos pszichoszociális intervenciók fajtáit, a hatékonyságukkal kapcsolatos kutatási eredményeket számos tanulmányban összegezték (Boivin, 2003; Hammerli, 2009; Liz & Strauss, 2005; Pápay, 2015). Jelen tanulmányban kiemelném azokat a módszereket, melyeket különösen hatékonynak gondolok a meddőségspecifikus distressz csökkentésében.

### **2.1. RELAXÁCIÓS TECHNIKÁK**

A krónikus stresszállapot kezelésének egyik leghatékonyabb módja a különböző relaxációs technikák alkalmazása, mivel a relaxációs válasz kiváltása csökkenti a stresszhormonok szintjét a szervezetben (Domar, 2002). Termékenységi problémákban szükséges olyan lazító technikákkal rendelkezni, amelyek a változatos distressz-helyzetekben segítenek (pl. sikertelen beavatkozások, veszteségek, társas nehézségek, érzelmi mélypontok, döntéshelyzetek). Többféle egyénre szabott relaxációs technika alkalmazható, pl. légzésmonitorozás, progresszív relaxáció, vagy az önismeretet is fejlesztő autogén tréning (Linden, 1994).

Az autogén tréning (Schultz, 1932) termékenységési problémák esetében különösen hatékony lehet, mivel ilyenkor gyakran találkozunk sérült testképpel. Az AT egymásra épülő gyakorlatai a testérzetek tudatosításán és megértésén túl az önellfogadás növelésében is segítségül szolgálhatnak. Érdemes kiemelni még, hogy az AT erősíti a test-lélek kapcsolatot, valamint a jelentésadási folyamatok elindulását is, amelyek rendkívül lényegesek a pszichés jóllét növelése szempontjából. Az otthoni gyakorlás és naplővezetés lehetővé teszi a helyzet feletti személyes kontroll visszanyerését, így az alacsony kontrollt biztosító stresszhelyzet feszültségei is jobban oldhatók, csökkentve a kiszolgáltatottságot és tehetetlenség érzését (Pápay, 2015).

## 2.2. VEZETETT IMAGINÁCIÓ

A relaxációs technikákat érdemes kiegészíteni belső képek hívásával. Birman és Witztum (2000) azt találták, hogy a vezetett imagináció segíti a teherbeesés folyamatát azáltal, hogy az anyasággal kapcsolatos negatív érzelmek és elakadások a képi munka során feldolgozásra kerülnek. A meddőséggel való megküzdésben is fontos szerepet játszhat, hiszen előnyben részesíti az analógiás gondolkodást (*Hogyan jelenik meg számomra a problémám? Mi a jelentése számomra?*) az okkereséssel szemben (*Mi a meddőségi problémám oka? Ki a hibás?*). Ez utóbbi sokszor a büntudatot erősíti, ami erősen stigmatizáló hatású lehet, míg az analógiás képi gondolkodás a jelentésadási folyamatokon keresztül a gyermektelen állapot megértését és elfogadását, s ezáltal a személyiségben belüli integrációját teszi lehetővé (Pápay, 2015).

## 2.3. MALADAPTÍV GONDOLATOK ÁTKERETEZÉSE

A kognitív-viselkedésterápiás megközelítés értelmében a negatív gondolati sémák az érzelmi állapot megváltoztatásán keresztül kedvezőtlenül hatnak a mentális egészségre. A meddőségi élethelyzet számos olyan maladaptív gondolati sémát hívhat be, amely distressz állapotot eredményez. Ezek a gondolatok legtöbbször automatikusak, gyakran ismétlődnek és túláltalánosítanak. Ilyen például a „*nekem sosem lesz gyereke*”, „*ez valami büntetés, nem lennék jó anya*”, vagy „*az én hibám*” gondolatok. A kognitív újrastrukturálás során ezeket a merev gondolati mintázatokat beazonosítjuk, majd olyan adaptív gondolatokkal helyettesítjük, amelyek kevésbé „minden vagy semmi” alapúak, realiztikusabbak és az elfogadást erősítik. Az újrastrukturálás ezáltal segíthet a meddőségspecifikus stressz csökkentésében és a pszichés jóllét növelésében (Domar, 2002).

## 2.4. SÉMATERÁPIA

A sématerápia Young és munkatársai (Young & Klosko, 1994; Young et al., 2003) által kidolgozott integratív pszichoterápiás módszer, amely a hagyományos kognitív viselkedésterápia módszertanát kibővíti a kötődésemeléttel, illetve a tárgykapcsolati és analitikusan orientált terápiás technikákkal. Ezen felül alkalmazza a szimbólumterápia eszköz-

tárát, valamint dramatikus elemeket is a feldolgozás során. A sémák segítségével megérthetünk és rendszerbe foglalhatunk tartósan fennálló életvezetési problémákat, feltárhathatunk egy-egy kritikus élethelyzet mögött meghúzódó torzító gondolkodási mintákat. A sématerápia célja, hogy a személy az alapvető érzelmi szükségleteit felismerje, majd adaptív módon ki tudja elégíteni, illetve, hogy a diszfunkcionális módok helyett minél inkább egészséges felnőtt módban legyen képes működni az élet különféle területein. A meddőségi élethelyzet mint életciklus elakadás vagy krízisállapot számos maladaptív sémát mozgósíthat. Cél az egyéni mintázatú sémák beazonosítása, a párkapcsolati helyzetekben megjelenő sémák kölcsönhatásainak felismerése, valamint az alapvető érzelmi szükségletek beazonosítása. Ennek köszönhetően a párok közelebb kerülhetnek saját gyermeki énrészükhöz, gyakorolhatják a belső szülői újragondoskodást, az önmagukkal való törődést, valamint megtapasztalhatják az egészséges felnőtt részük énejét is.

### **3. ESETBEMUTATÁS: FÓKUSZPONTOK EGY 40 ÉV FELETTI, TERMÉKENYSÉGI PROBLÉMÁVAL KÜZDŐ NŐ TERÁPIÁS MUNKÁJÁBAN**

Az itt bemutatott eset fiktív, vagyis több esetkísérés során tapasztalt jellegzetességekből állítottam össze abból a célból, hogy megfelelő képet kaphassunk az életkor alapú meddőségi probléma legfontosabb, gyakorlatban is megjelenő pszichoszociális kísérőjelenségeiről. Éppen ezért a fiktív eset alapjául szolgáló források közös jellemzője volt, hogy a termékenységi probléma és a nehezített teherbeesés háttérben nem állt eredendő szervi elváltozás, pusztán a termékenység szempontjából magas (40 év feletti) életkor számított rizikótényezőnek.

Anna 42 éves termékenységi problémával küzdő nő, aki szorongásos problémáira, krónikus kimerültségére és szélsőséges hangulati ingadozásaira keresett segítséget. Párjával hat éve kezdtek el tudatosan gyermekvállalással próbálkozni, a nő akkor már elmúlt 35 éves. A természetes úton történő sikertelen próbálkozásokat másfél év elteltével asszisztált reprodukciós eljárások követték; az elmúlt öt évben Annának hat sikertelen IUI (Intrauterin inszemináció) kezelése és öt sikertelen IVF (In vitro fertilizáció) kezelése volt. Az évek során kétszer intézményt is váltottak, mivel úgy érezték, nem mindig kapják meg a személyre szabott figyelmet. A sorozatos veszteségek érzelmileg nagyon megterhelték Annát, ugyanakkor nem volt ideje és módja megfelelő módon elgyászolni ezeket a veszteségeket. A kivizsgálások során szervi eltérést, hormonális elváltozást nem találtak egyikőjükénél sem, a meddőségspecialista szakorvos pusztán Anna életkorát jelölte meg a nehezített teherbeesés lehetséges okaként. Kérdésemre, hogy miért vártak ennyit a gyermekvállalással, Anna három tényezőt említett:

„*Most került rá igazából sor*”. Anna és párja korán összeházasodtak, majd először a karrierépítéssel töltötték az időt. Anna vezető beosztásban dolgozik egy multinacionális cégnél, időbe telt, míg megfelelő módon pozícionálta magát a szakmájában. Az ezt követő évek az egzisztenciális biztonság (anyagiak biztosítása, illetve házépítés) megterem-



tésével teltek. Elmondása szerint ez nagyon fontos volt nekik a gyermekvállalás szempontjából is, most mégis úgy látja, fel kellett volna cserélniük a sorrendet, mivel sem a munkájában, sem a szép házban nem leli örömét gyermek nélkül.

„*Nem gondoltuk, hogy a kor ennyit számít, hogy ennyit kell majd próbálkoznunk*”. Anna és párja mindketten diplomások, vagyis magas szocioökonómiai státusszal rendelkeznek. Meglepő módon mégsem voltak tisztában a reprodukív működés alapvető jellegzetességeivel, az életkor meghatározó szerepével. Kutatások is megerősítették, hogy a párok hajlamosak alábecsülni a rájuk vonatkozó reprodukív egészséggel kapcsolatos rizikótényezőket (Pápay, 2013; Pápay & Gellért, 2015; Pedro et al., 2018). Anna esete alátámasztotta, hogy a fertilitástudatosság nem jár feltétlen együtt a gyermekvállalási szándékkal, és még a magas iskolázottságúak körében is előfordul, hogy pszichoedukációra, megfelelő időben elérhető információkra van szüksége a pároknak a tudatos döntés meghozatala érdekében.

„*Hívök vagyunk, ezért sokáig Istenre bízunk, hogy mikor érkezik meg hozzánk a gyermek.*” Számos kutatás megerősítette, hogy meddőségben a hit (felekezeti hovatartozástól függetlenül) kedvezőbb megküzdéssel, s ezáltal alacsonyabb distressz állapottal járhat együtt, mivel a spirituális meggyőződés a jelentésadási folyamatokon keresztül segíthet átvészelni a nehéz élethelyzetet (pl. Folkman, 1997; Schmidt et al., 2005). Ugyanakkor, ahogyan Anna esetében is látjuk, akadályá is válhat, ha a csodavárást erősíti a személyben. A külső kontrollhelyes személyek emocionálisan elkerülő coping stratégiája (*majd lesznek valahogy a dolgok, elfogadom*) döntésképtelenséggel, passzivitással járhat együtt (Rotter, 1990). Másfelől viszont érdemes figyelembe venni, hogy a meddőség egy alacsony kontrollt biztosító stresszhelyzet. Ennek függvényében sokszor azt látjuk, hogy a belső kontrollhelyes személyek (*majd én megoldom*) sok esetben intenzív distresszt élnek át a túlzott kontrolligényük miatt, hiszen ezt az élethelyzetet nem tudják kizárólag problémamegoldó stratégiával megoldani (Terry & Hynes, 1998). Szükséges tehát a kontrollt bizonyos mértékben átadni és elengedni, mivel nincs olyan garantált megoldás, amely szavatolná a gyermek biztos megérkezését. Éppen ezért érdemes a külső és belső kontrollhelyet optimalizálni, meghatározni azon tevékenységek körét, amelyet kontroll alatt tarthatunk (pl. megfelelő egészségmagatartás, rizikótényezők kiküszöbölése, beavatkozásokkal kapcsolatos döntéshozatal, alternatív életcélok meghatározása, a kezelések végső időpontjának eldöntése), és a folyamat többi részét illetően elengedni a kontrollt (a hit itt játszhat jelentős szerepet).

### 3.1. A MEDDÓSÉG PSZICHOSZOCIÁLIS MEGÉLÉSE

Anna meddőségspecifikus pszichés állapotát holisztikus megközelítésben, három szinten, intrapszichés, párkapcsolati és társas vonatkozásban tekintem át.

#### 3.1.1.



Intrapszichés vonatkozásban Annára a beszűkült fókuszú gondolkodás (*Nem tudok másra gondolni, csak ezzel foglalkozom*), a tartósan magas distressz szint (irritáltság, szorongásos reakciók), valamint a negatív érzelmek dominanciája (harag, szomorúság, kilátástalanság érzései) volt jellemző. A meddőség megélése érzelmi hullámvasútra emlékeztetett leginkább, melyben a havi ciklus ritmusához illeszkedtek az érzelmi válaszok: kezdetben a pozitív érzelmek mint a remény és a bizakodás, majd később, a menstruáció megjövetelekor, a csalódás és kudarc negatív érzései. Jellemző volt ezen felül az önhibáztatás, büntudat érzéseinek megjelenése is (*Ez valamiféle büntetés, biztos megérdemlem, nem lennék jó anya*). A krónikusan fennálló meddőség kapcsán életciklus elakadás, stagnálás jelentkezett, hiszen Anna nem tudta a számára vágyott szülőszerepet megélni, s emiatt identitásválságba került. A másokról való gondoskodásban, produktivitásban nem tudott kiteljesedni, csökkentértékűnek látta önmagát, mind nőiességét illetően, mind általánosabb emberi minőségében (*Ha nem lehetek anyuka, nem érek semmit, nem vagyok igazi nő*).

### 3.1.2.

Párkapcsolati vonatkozásban Anna elmondta, hogy a válsághelyzet alapvetően megerősítette összetartozásukat. Bár voltak mélypontok, párjával mégsem veszítették el az egymás iránti bizalmat. Számukra a meddőség közös teherviselés, mindketten egyformán érintettek benne, így a lombik kezelése során a férje mindig mellette állt, s amiben tudott, segített (pl. hormonstimulációs injekciók beadása). Problémát leginkább az eltérő megküzdési stratégiák jelentették, vagyis, hogy míg Anna érzelmileg nagyon involválódott és szüksége lett volna rendszeres érzelmi megosztásra, addig párja inkább szerette volna a figyelmét elterelni, olyan tevékenységeket végezni, amik pozitív töltékezéssel járnak. E kétféle szükséglet elég sokszor egymásnak feszült. Anna attól is félt, ha végérvényesen gyermektelenek maradnak, a kapcsolat kiüresedik majd, elvesztik közös céljukat. A gyermektelenséget ezért hosszútávon romboló veszélynek élte meg a párkapcsolatuk szempontjából.

### 3.1.3.

Társas vonatkozásban jelentkezett a legtöbb probléma, mivel Anna stigmatizáltnak érezte magát meddősége miatt. Úgy vélte, hogy a gyermektelen párokat megvetően szemléli a társas környezet, ezért bűnösnek, elutasítottnak gondolta magát, olyan embernek, aki nem tud megfelelni a társadalom által elvárt női szerepnek. Ennek következtében alapvető kommunikációs stratégiája a titkolózás volt. Munkahelyén, baráti környezetében nem tudott senki gyermek iránti vágyáról és próbálkozásairól. Az aszisztált reprodukciós kezelésekről a szűk családja sem tudott, az édesanyjának is csak az inszeminációkról mesélt, a lombik beavatkozásokról nem. Ez a bezárkózás megfosztotta a társas támogatástól, teljesen izolálttá tette. Szégyenérzete nem tudott csökkenni,

mert nem kapott külső megerősítést, elfogadást szerettei részéről. Az anyaságról, mint külső elvárásról gondolkodott (extrinzik motiváció), úgy vélte, ha nem szül gyereket, maga és mások szemében is értéktelennek fog minősülni. Ez a saját magára rakott nyomás még több szorongást és frusztrációt eredményezett. Ráadásul sokszor a környezetében lévő emberek, mivel nem tudták Anna élethelyzetét, megjegyzést tettek, rosszul kérdeztek, amikkel szemben védtelen volt, vagy indulatosná vált, amit kifejezni viszont nem tudott vagy nem mert. Belekényszerítette magát egy szerepjátásba, emiatt nem tudott önazonos lenni.

### 3.1.4. Terápiás célok és módszerek

Terápiás célkitűzésünk elsősorban az volt, hogy csökkentjük Anna meddőségspecifikus distressz állapotát. Fontos volt diszfunkcionális gondolatainak átkeretezése, előzetes sikertelen terhességeinek, veszteségeinek feldolgozása is. Ezen felül facilitáltam a gyermekvállalás mellett felvállalható alternatív életcélok megfogalmazását is. Tíz alkalomra szerződöttünk, fókuszáltan a meddőségi élethelyzettel kapcsolatos problémákra. Módszerválasztás szempontjából főleg relaxációval és imaginációval, valamint kognitív viselkedésterápiás és sématerápiás technikákkal dolgoztunk a szupportív beszélgetések mellett.

## 4. A TERÁPIÁS FOLYAMAT LEGFONTOSABB ÁLLOMÁSAI

### 4.1. AUTOGÉN TRÉNING ÉS RELAXÁCIÓ

A distressz szint csökkentése érdekében autogén tréning gyakorlatokat kezdtünk el tanulni, amelyek nem csak a test relaxációs választ segítik, hanem önismereti fejlesztő hatásuk is van a rendszeres naplórírásnak köszönhetően (Schultz, 1932). Anna a tréningnek köszönhetően egyre inkább képessé vált saját érzelmi állapotainak, diszfunkcionális gondolatainak felismerésére. Rájött arra, hogy teste folyamatosan feszültségben volt, mintha állandóan készenléti állapotban kellene tartania magát. Progresszív relaxációs technikákkal kiegészítve sikerült megtapasztalnia a lazulás élményét, illetve, hogy kontrollt tud gyakorolni testi állapotai felett. A közös munkánk végére sikerült beépítenie mindennapjaiba az autogén tréning gyakorlatát, mely a későbbiekben is erőforrásként szolgálhat számára.

### 4.2. VEZETETT IMAGINÁCIÓ

Énerejének növelése céljából vezetett imaginációt alkalmaztam, mivel Anna esetében fontos volt, hogy ne csak verbális eszközökkel kapjon megerősítést. A beállított képek alapvetően a töltekezést szolgálták, illetve a belső stabilitás érzésének helyreállítását. A választott képek között szerepelt a *biztonságos hely*, a test regeneratív folyamatait erősítő *gyógyforrás*, a növekedést, kibontakozást, öngondoskodást elősegítő *kertem* kép, vagy a meddőség tehetetlen várakozását pozitív formában átkeretező *várva várt vendég* imagináció.

A *biztonságos hely* egy kényelmes fotel volt, amelyben egy puha takaróba burkolózva pihent. A taktilis ingerek, a melegség, a nyugodt, csendes környezet feltöltötték, fokozták biztonságérzetét. Megtapasztalta, hogy képes megnyugodni, lecsendesedni. Az imagináció után megfogalmazta, hogy az ilyen pihentető pillanatok teljesen hiányoznak az életéből, miközben nagyon nagy szüksége lenne rájuk. Ennek gyakorlatban történő megvalósítása érdekében választania kellett olyan kedvelt tevékenységet, amely örömeztetet okoz és független a gyermekvállalás kérdésétől. A jógát választotta, rendszeres online jógaórákat épített a napirendjébe, s ezáltal kedvezőbb egészségmagatartást is kezdeti kialakítani.

A *gyógyforrás* egy sziklahasadékból eredő tiszta vízű, kellemes állagú forrásvíz volt. Anna kezét, arcát, egész testét megmosta benne, s érezte közben, ahogyan energizálja, feltölti a testét. Ivott is belőle, s átélte, ahogyan a belső szervei gyógyulnak, felfrissülnek. Különös tekintettel a medence környéki szerveire, petefészkeire, méhére koncentrált, mivel testképének nőiességgel kapcsolatos részei nagyon sok terhelést kaptak az elmúlt időszak sikertelen lombikkezései következtében.

A *kertem* képet a belső anyai ösztönzők, a gondoskodás analóg megtapasztalására állítottuk be. Anna kertje külvilágtól elzárt, harmonikus terület volt, fákkal, bokrokkal, virágokkal. Az imaginációban megöntözte a növényeket, védte őket a bogaraktól, majd egy hintaszékből figyelte, ahogy a napsütésben növekednek. Az imagináció után a belső béke és az élnélküliség érzéseiről számolt be. Eldöntötte, hogy ültetni fog öt különböző fát a saját kertjében, megemlékezve a sikertelen lombikkezéseiről. Ez volt az első alkalom, hogy teret engedett veszteségével kapcsolatos érzéseinek. Bár eddig azt gondolta, a legjobb stratégia a felejtés, most másképp látja, szeretne rájuk emlékezni.

A *várva várt vendég* imaginációval Anna várákoszással kapcsolatos frusztrációjának csökkentését céloztuk meg. Anna elmondta, hogy számára nagyon nehéz, hogy a meddőségben folyton várni kell. Ez egy olyan átmeneti állapot, melyben az eredeti családdá formálódás terve elakad. Annáék esetében ez a stagnálás számos formában öltött testet: például az eredetileg gyermekszobának tervezett lakóhelyiség lomtárrá, a felhalmozódott felesleges holmik gyűjtőhelyévé változott, vagy azért nem terveztek éveket át külföldi utat, kikapcsolódást, mert mi van, ha éppen akkorra kapnak időpontot a lombikközpontban és akkor úgysem tudnának elutazni. Az imaginációban egy várva várt vendég számára kellett a lakást feldíszíteni abból a célból, hogy minél jobban érezze majd magát a vendég, amikor megérkezik. Anna szépen kidekorált mindent, főzött, ajándékot készített, majd saját magáról is gondoskodott, pihent, zenét hallgatott. A kép beállítás után elmondta, különösen fontos volt számára annak a megtapasztalása, hogy a várákoszás lehet pozitív is, lehet közben töltekezni, regenerálódni. Fontos az öngondoskodás, hiszen az sem mindegy, ő maga milyen testi és pszichés állapotban lesz majd, ha végül mégiscsak sikerül teherbe esnie és megérkezik a kisbabája. Az imagináció hatására párjával rendet raktak a gyerekszobában, megszüntették átmeneti jellegét. Egy olyan relaxációs teret alakítottak ki benne, melyben zenét hallgatva tölteni lehet, illetve meditációs gyakorlatok és egyéb játéktevékenységek végzésére is alkalmas lehet.

### 4.3. SÉMATERÁPIÁS TECHNIKÁK

Anna csökkentértékűségének leküzdése érdekében sématerápiát alkalmaztam. Domináns sémáit beazonosítottuk, a *csökkentértékűség* mellett a *könyörtelen mércék* és az *elismerés hajszolás* sémák bizonyultak meghatározónak. Ez utóbbi volt leginkább felelős azokért a szorongásokért, amiket a gyermektelenség gondolata mobilizált benne. Kiderült, hogy a reális énkép kialakítása és az öngondoskodás helyett a másoknak való megfelelés (*együttműködő önálvető* sémamód), a saját szükségletek elnyomása, valamint az önhibáztatás (*belső kritikus* sémamód) lettek a legfontosabb maladaptív megküzdési stratégiái. Empatikus konfrontációval eljutottunk Annával addig a belátásig, hogy meg kell tanulnia elnézőbbnek lenni önmagával. Megfogalmaztuk, hogy először a saját belső gyermekéről kell megtanulnia gondoskodni ahhoz, hogy később jó szülő legyen, hogy másokról is jól tudjon gondoskodni. Séma-imaginációval feltártuk a *sérülékeny gyerek* részének érzelmi szükségleteit, majd székjátékkal (melynek során a különféle sémamódokat, énállapotokat székekre ültetve megjelenítjük, megvizsgáljuk egymáshoz való kapcsolódásukat és kommunikálunk velük) sikerült az *egészséges felnőtt* részét megerősíteni, a *belső kritikus* rész befolyását csökkenteni.

### 4.4. KOGNITÍV ÁTKERETEZÉS

Anna számos meddőséggel kapcsolatos maladaptív gondolattal rendelkezett, melyeket szükséges volt átkereteznünk. Beazonosítottuk kulcsmondatait („*Gyermek nélkül értéktelen vagyok. Ha nem sikerül az utolsó lombik sem, vége a házasságomnak. A gyermektelen párokat megvetik.*”), majd próbáltuk adaptív formában újra értelmezni ezeket.

*Gyermek nélkül értéktelen vagyok:* Ahogyan láttuk, Anna saját értékességét eddig mindig külső elvárásoknak való megfelelésekhez kötötte (ilyen volt számára az anyaság is). Beszélgetéseink során rájött, hogy elsősorban nem másoknak kell megfelelnie, hanem saját magát kell elfogadnia, ha végül úgy alakul, akkor gyermektelenként. Egy reálisabb énkép felől közelítve képessé vált az anyaságtól független pozitív tulajdonságait is méltányolni, amelyekkel már most is rendelkezik (pl. lelkiismeretességét, kitartását, megbízhatóságát). Végül arra jutott, hogy a gyermek hatalmas érték az életben, amelyre még mindig nagyon vágyik, ugyanakkor ezeket a pozitív és szerethető tulajdonságait másban is tudná kamatoztatni.

*Ha nem sikerül az utolsó lombik, vége a házasságomnak:* A párkapcsolati vonatkozásokat egy olyan alkalom keretében beszéltük át, melyre Anna és párja közösen jöttek el. Kiderült, hogy a gyermekvállalás tekintetében a férj sokkal kevésbé gondolkodik radikálisan, mint Anna. Számára nagyon fontos a felesége mentális és fizikai egészségi állapota és a gyermekvállalást csak test-lelki egészségük megóvásával együtt tudja elképzelni. A férfi alapvetően életvidám ember, neki köszönhetően számos közös hobbi-juk is van: kirándulások, vitorlázás, kutyák, s mindez örömet okozhat számukra egy gyermektelen élet keretében is. Felhívtam a figyelmüket arra is, hogy párkapcsolatuk

a gyermek iránti vágy előtt is erős volt, közösen terveztek és haladtak az élet különböző állomásain. Nyilván ez a jövőben sem lesz másképp. Fontos az is, hogy egymás megküzdési stratégiáit kölcsönösen elfogadják. Érthető, hogy a férj nem mindig tud a meddséggel kapcsolatos érzelmekre koncentrálni, számára az is fontos, hogy lehetősége legyen eltávolodni, töltekezni, mert úgy érzi, így tudja „ézelmileg tartani” a párkapcsolatot. Ugyanakkor mindez nem járhat azzal, hogy nem vesznek tudomást Anna érzelmi szükségleteiről. Megállapodtak abban, hogy rendszeresen beiktatnak olyan alkalmakat, amikor kifejezetten a meddséggel kapcsolatos érzelmek lesznek fókuszban, s ezeket a férj nem fogja bagatellizálni, másfelől olyan alkalmakat is, amikor valamilyen közös tevékenységnek együtt próbálnak örülni, függetlenül a gyermekvállalás kérdésétől.

*A gyermektelen párokat megvetik:* A társas megítéléstől való félelme nagyon erős volt Annának. A közgondolkodásban gyakran még mindig jelen van a meddséggel kapcsolatos büntudat és szégyenérzet, amit erősíthet a környezet felől jövő kéretlen, nem támogató interakció is (pl. bagatellizálás, elkerülés, bűnbakkeresés, Mindes et al., 2003). Mivel Annának beszűkült a társas tere, ráadásul a termékenység problémájával kapcsolatban titkolózó kommunikációs stratégiát folytatott, esélye sem volt rá, hogy a környezetétől annyi megerősítést kapjon, amennyire szüksége lett volna. Ehhez nyitnia kellett, és a családdal, barátokkal való kommunikációt alapjaiban kellett megváltoztatnia. Elmondása szerint édesanyja nagyon megértő volt eddig minden nehéz élethelyzetében, ezért arra jutottunk, hogy beszéljen vele jelenlegi helyzetükről. Egy emocionálisan nyitottabb, bensőségebb kommunikáció oldotta Annában a társas kapcsolatokban kialakult szorongását.

Beszélgetéseink hatására munkahelyén is változtatott kommunikációs stratégiáján és az egyik gyermektelen kolléganőjével megosztotta meddségét. Kiderült, hogy kolléganője hasonló problémával küzd, mint ő, csak valamivel hátrább tart még a folyamatban: most gondolkodik asszisztált reprodukciós kezeléson. A két nő a beszélgetések során közelebb került egymáshoz (*„sorstársak vagyunk”*). Ráadásul Anna meg is oszthatta tapasztalatait, így azt is megélhette, ahogyan ő maga is képes segítséget nyújtani másoknak. Ennek köszönhetően újra kompetensnek, hasznosnak kezdte el érezni magát, erősödött az önbecsülése, magabiztossága.

#### **4.5. ALTERNATÍV ÉLETCELOK**

Az alternatív életcélokról való beszélgetés célja elsősorban az volt, hogy oldja Anna meddségspecifikus szorongását, hiszen a lombik sikerességi rátája 40 év felett radikálisan csökken, így minden esetben fontos, hogy legyen alternatívája a kezeléseknél a választásának. Megerősítettem benne, hogy az erről való gondolkodás nem egyenlő a gyermekről való lemondással, pusztán azt eredményezheti, hogy kevesebb szorongást él át a kezelés során, ha egy esetleges B terv is van a tarsolyában. A beszűkült, minden vagy semmi gondolkodás ugyanis fokozza a distressz állapotot, aminek magas szintje kedve-

zótlenül befolyásolhatja akár a teherbeesés folyamatát is, így nem csak a pszichés jóllét vonatkozásában, de a teherbeesési esély szempontjából is kedvezőbb lehet a meddőség-specifikus distresszt csökkenteni. Eddig az akadályozta a választható életutak és tevékenységek átgondolását, hogy Anna magával szemben nagyon erős elvárásokat fogalmazott meg az anyaság vonatkozásában (*Csak akkor lehetek értékes, ha anya leszek*), így semmilyen egyéb alternatíva nem volt számára elfogadható. Mivel kognitív terápiás eszközökkel ezeket az elvárásokat sikerült csökkenteni, így jobban rá mert nézni a gyermekvállalással kapcsolatos valós érzéseire. Az ezzel kapcsolatos gondolatait a terápiás folyamat egyik leglényegesebb momentumának éreztem, mivel érett, felnőtt énje felelősségvállaló, mégis önelfogadó módon nyilvánult meg ezeken a mondatokon keresztül:

Végtére is, mi után futok lélekszakadva? Lehet, hogy nem véletlen, hogy ilyen későn kezdem el ezen gondolkodni? Ha belegondolok, az életemben egy csomó más is fontos volt, amit a gyerekvállalás elé soroltam... Talán felelősséget kell vállalnom ezekért a múltbeli döntéseimért, és anélkül, hogy hibáztatnám magam, belátnom, hogy elképzelhető, hogy ez a vonat végleg elment, s nem pedig örült módon tovább futni utána, míg teljesen kifulladásig, tönkreteszem a testem, a lelkem, a párom, a közös életünk. Az utóbbi években alig volt boldog pillanat az életemben, ez azért nagyon elgondolkodtat... Fájdalmas lenne elengedni, elgázosolni, mert persze még most is nagyon vágyom a gyermekekre, ugyanakkor lehetséges, hogy nagyobb esélyem van másképp boldog lenni, mert így, ahogy most élek, nagyon nem vagyok az.

Alternatív életcélként először Anna a munkahelyi karrierjét nevezte meg. Elmondta, évek óta stagnál az előmenetele, mert sohasem mert elvállalni egy magasabb beosztást, mivel attól tartott, éppen akkor esik majd teherbe. Ez a megrekedés azzal járt együtt, hogy már hosszú idő óta a munkájában sem lelte örömét, pedig eredetileg nagyon kedvelte. Jelenleg is hasonló helyzetben volt, egy nemzetközi kapcsolatokat építő pozícióra kérték fel, ami sok utazással járt volna együtt. Végül arra jutott, igent mond erre a kihívásra. Anna ettől sokkal lelkesebb és motiváltabb lett, s később arról számolt be, hogy kevesebb ideje és kedve van a meddőségi problémáján gondolkodni.

A másik cél az állatokról való gondoskodás. Anna elmondta, nagyon szívesen foglalkozna intenzívebb formában kutyákkal, kutyakiképzéssel, ha több ideje volna. Eddig azonban a kezelések minden szabadidejét lekötötték. Végül úgy döntött, ha nem sikerül a következő lombik kezelés, elkezd egy ezzel kapcsolatos tanfolyamot.

#### 4.6. A TERÁPIA LEZÁRÁSA

A 10 alkalom végére Anna szorongásai jelentősen csökkentek. Párkapcsolata megerősödött, elkezdett jobban bízni a férjében és abban, hogy akár gyermek nélkül is boldog életük lehet. Titkolózó kommunikációs stratégiáján kezdett változtatni, a hozzá közelállókkal megosztva problémáját, így egyre több megerősítést kapott. Munkahelyi feszültségei is csökkentek, mivel ott is lett bizalmasa, illetve ismét kezdte örömeit lelteni.

munkájában. A meddőséggel kapcsolatos diszfunkcionális gondolatait sikerült átkereteznie. Önértékelése növekedett és a szülőséghez való viszonyában is több belső motiváció jelent meg a külső elvárásoknak való megfelelés helyett.

#### **Mire tanít ez az eset?**

Az életkor vonatkozású meddőség pszichoszociális megsegítésére nagy szükség van. A meddőségspecifikus distressz csökkentése érdekében fontos a mentális egyensúly megtalálására törekedni, melyet leginkább az egészségpszichológia holisztikus, biopszicho-szocio-spirituális szemléleti keretén belül lehet hatékonyan megvalósítani. A meddőségi élethelyzettel való megküzdés során lényeges a diszfunkcionális gondolatok átkeretezése, a kezelések során megélt veszteségek feldolgozása, a stigmatizáltság érzésének csökkentése, valamint az alternatív életcélok facilitása is. Mindez a hosszútávú mentális egészség helyreállításában is segíthet, azok esetében is, akik végérvényesen kénytelenek a gyermekvállalásról lemondani.

## **5. DISZKUSSZIÓ**

Ahogy láttuk, a termékenység problémák körében az életkor vonatkozású meddőség egyre nagyobb gyakorisággal fordul elő, így szükséges a pszichoszociális vonatkozásait jobban megértenünk, valamint hatékony intervenciókat kidolgoznunk és alkalmaznunk az érintettek megsegítése céljából (Somigliana et al., 2016). Összességében milyen szempontokat érdemes figyelembe venni ezek megtervezésekor? Illetve milyen jövőbeli feladatok várnak még ránk ezen a területen?

Jelen tanulmányban számos meddőségspecifikus pszichés jelenséget mutattam be, amelyek jól körvonalazták ezeknek a feladatoknak a körét. A felmerült feladatokat két nagy csoportba oszthatjuk: (1) a meddőségspecifikus distressz csökkentését célzó, (2) a jelentésformáló, új identitás megtalálását segítő feladatok. A két feladatkör természetesen átfedésben van, hiszen a meddő identitás kognitív újrastrukturálása csökkenti a szorongást és kedvezőbb pszichés állapotot eredményez (Folkman, 1997; Schmidt et al., 2015). Amiben különböznek, az inkább a terápia fókusza: az első esetben a meddőségi élethelyzeten *belül* keresünk új egyensúlyi állapotot, míg a második esetben tágabb kontextusba helyezzük a meddőség kérdését, támogatjuk az elengedést, az alternatív életcélok megfogalmazását és elfogadását. Az alábbi összegzésben azt mutatom be röviden, hogyan lehetséges e két feladatkört tematizálni. Végül kitekintést nyújtok az életkor vonatkozású meddőséggel kapcsolatos preventív feladatok felé is.



### 5.1. MEDDŐSÉGSPECIFIKUS DISTRESSZ CSÖKKENTÉSÉT CÉLZÓ FELADATOK

Láthattuk, hogy az életkor alapú meddőségben az érzelmi válaszok nagyon széles palettán mozoghatnak, éppen ezért fontos feladat az érzelmek sokrétűségének teret adni, az elfogadást biztosítani. A negatív érzelmi válaszok közül sokat tabusít a társas környezet is, pl. haragot, féltékenységet érezni más anyaságával kapcsolatban általában tilos. Ha a terápiás térben ezek az érzelmek is elfogadhatóvá válnak, az jelentősen csökkentheti a distressz állapot megélését az érintettekben.

A pszichés egyensúly megteremtése nem csak az egyénen belül, hanem a párkapcsolatban és a társas térben is lényeges. Az életkor alapú meddőségben a párkapcsolati kohézió megerősítése különösen fontos, hiszen az összetartozás élménye érzelmi bázisként szolgálhat számos kudarc- és veszteségélmény feldolgozásához (Schmidt et al., 2005b). Ugyanilyen fontos a szűkebb család és baráti kapcsolatok megtartó ereje. Ehhez szükséges megfelelő kommunikációs stratégiákat kialakítani. A titkolózó kommunikáció izolációhoz és fokozott distressz állapothoz vezethet, a túlságosan nyitott, áteresztő kommunikáció pedig az intimitás elvesztését eredményezheti, a kiszolgáltatottságot fokozhatja (Schmidt et al., 2005).

Fontos társas színtér még az orvosi környezet, az asszisztált reprodukciós kezelések helyszíne is. Kutatások alátámasztották, hogy a klinikák kliens-centrikus ellátása képes csökkenteni a meddőséggel kapcsolatos distresszt. Egészségpszichológiai szempontból kiemelten lényeges az orvosi környezet hatékony felkészítése a segítő kommunikáció gyakorlatára. Szakirodalmi adatok alátámasztották például, hogy az életkor alapú meddőségben az orvosi személyzet részéről sokkal elfogadóbb, kevésbé direktív, partnerséget tükröző viszonyulásmód szükséges (Palmer-Wackerly et al., 2019).

A distressz csökkentése céljából rendkívül lényeges megfelelő megküzdési stratégiákat kialakítani: erősíteni az érzelemkifejező és a helyzet újraértékelését célzó, jelentés kereső megküzdési módok gyakoriságát, míg az elkerülést, csodavárást csökkenteni (Pápay et al., 2013; Schmidt et al., 2005; Terry & Hynes, 1998). Párkapcsolati szinten a felek coping stratégiáit érdemes egymáshoz közelíteni: megtanítani a párokat arra, hogyan fogadják el, ha nem egyformán küzdenek meg a termékenységi problémával. Összességében lényeges fokozni a flexibilitást és a rezilienciát, hiszen a beszűkült érzelmi fókusz, a minden vagy semmi gondolkodás, az „utolsó esély” érzelmi terhe nagy mértékben felelős a negatív érzelmi válaszokért.

Fontos feladat az is, hogy a párok megtanulják az elengedés és a kontroll helyzeteinek optimalizálását. Egyfelől támogassuk a személyes kontrollt ott, ahol az lehetséges: az egészségmagatartás (pl. egészséges táplálkozás, káros szenvedélyek elhagyása, testmozgás a termékenység javítása céljából) vagy a döntéshelyzetek területén (megfelelő orvos és intézményválasztások). Másfelől segítsük abban az érintetteket, hogy hogyan engedjék el azokat a helyzeteket, melyek felett nem tudnak kontrollt gyakorolni. Az elengedéshez szorosan kapcsolódik még az is, hogy teret tudjunk adni a veszteségek feldolgozásának,

hiszen az életkor vonatkozású meddőségben a veszteség számos formája megjelenhet, ráadásul sokszor akadályozott formában a kedvezőtlen énvédő mechanizmusok (*nem akartam, hogy fájjon, inkább nem gondoltam rá*) és az időnyomás (*úgy éreztem, nincs időm megállni*) miatt.

Végül érdemes hangsúlyozni azt is, hogy az egyén diszfunkcionális emocionális állapotai nem csak intrapszichés eredetűek lehetnek, hanem abból a tágabb szociokulturális kontextusból is következhetnek, amelybe ágyazódva megjelenik az adott probléma (Pápay, 2013). Ennek fényében foglalkoznunk kell a meddőséggel küzdőkre nehezedő társas-kulturális nyomással, a szülővé válással kapcsolatos elvárásokkal, a meddőség stigmatizáló hatásával, s mindezek következtében az énképre gyakorolt negatív hatásokkal is (Covington & Burns, 2006).

## 5.2. JELENTÉSFORMÁLÓ, ÚJ IDENTITÁS MEGTALÁLÁSÁT SEGÍTŐ FELADATOK

Az életkor vonatkozású meddőség esetében kitüntetetten fontos az élethelyzet tágabb kontextusba helyezése. Ehhez szükséges kívülről ránézni, megkérdőjelezni számos evidensnek tűnő vonatkozását. Ilyen például maga a definíció is, vajon az életkor vonatkozású meddőség tényleg meddőség-e? Ha az egészség- és betegségrepresentációk szempontjából közelítünk, akkor nagyon sajátos dilemmákat vet fel ez a kérdés. Orvosi szempontból ugyanis nem áll fenn valós megbetegedés, a csökkent termékenységi potenciált értelmezhetjük természetes biológiai történésnek, hiszen az emberi élet során a szervezet csak egy meghatározott időintervallumban bizonyul termékenynek (Somigliana et al., 2016). 40 év körül a nők reproduktív működése eléri ezt a biológiai korlátot, tehát teljesen természetes (és egészséges, evolúciós szempontból adaptív), hogy a reproduktív ablak ilyenkor bezárul. Másfelől, az asszisztált reprodukciós technikáknak köszönhetően, ez a biológiai korlát sokkal rugalmasabbá válik, így sokszor 40 év felett is mesterséges megtermékenyítést választanak a párok egy esetleges terhesség reményében. Az orvosi kezelések kezdetével pedig megváltoznak a testtel és egészséggel kapcsolatos képzetek: a pozitív megélések helyébe különféle betegségrepresentációk lépnek (*a petefészkelem, méhem szégyenletes, cserben hagyott, nem termelődik elég petesejt, nem vagyok igazi nő.*). Ráadásul, a hormonstimulációk hatására sokszor valóban másodlagos testi problémák jelentkezhetnek (pl. cisztásodás, miómák), ami tovább erősítheti a testi diszfunkció képzetét és a meddő identitás kialakulását az érintettekben. A testről való addigi meggyőződések (*pl. a testem egészséges, jól funkcionál*) megváltoznak, és negatív érzelmi vonatkozású jelentéseket kapnak (*nem bízhatom a testemben, a testem ellenem fordult, ami másnak a legtermészetesebb dolog, az nekem nem megy*) és az eddig magát teljesen egészségesnek megélő pár betegstátuszba kerül. Mindezek fényében az ezzel kapcsolatos kognitív átkeretezés és a döntéshelyzetek facilitása kiemelten fontos. A kognitív átkeretezés érintheti az énképet, a testképet, a szexualitást, a gyermekvállaláshoz való viszonyulásmódokat. Ez utóbbihoz szükséges a családi mintákat feltárni, az anya-

ság/szülőség belső reprezentációit megérteni, hiszen nagyon gyakran ezek szolgáltatják a gyermekvállalás iránti attitűdök pszichés jellegzetességeit, így például szorongásos vagy depresszív érzelmi válaszokért lehetnek felelősek (Pápay et al., 2014). Az életkor vonatkozású meddőségben gyakran kombinálódik a tudatos anyaságra való készülés motívuma (*a gyermek érkezése előtt egzisztenciát kell teremteni*) az elvárásoknak való megfeleléssel (*anyává válni kötelező*). Az előbbi felelős a gyermekvállalás időbeli halasztásáért, az utóbbi pedig az erős büntudat, szégyen és szorongás érzése miatt. Ahogy az esettanulmányban a kliens megfogalmazta: *Valójában egy olyan vonat után futok lélekszakadva, ami már erősen indulóban van. Amíg a peronon állt, nem igazán törődtem vele*. Abban az esetben, ha sikerül a büntudat érzéseitől megszabadulni, könnyebb az alternatív életcélok felé fordulni. Az új nyugvópont megtalálása tulajdonképpen annak a felismerésén alapszik, hogy a meddőség átmenetiségénél végül minden élethelyzet vállalhatóbb. Valószínű, hogy minden alternatív választás magasabb pszichés jólléttel jár majd együtt, legyen az akár örökbefogadás vagy a gyermektelen életforma – lényeg, hogy végül rendszer szinten illeszkedjen az egyén újragondolt szükségleteihez. S végül minden sikeres adaptáció feltétele, hogy felelősséget tudjunk vállalni döntéseinkért, még akkor is, ha ez olykor fájdalmas lemondással jár együtt.

### 5.3. PREVENTÍV FELADATOK A REPRODUKTÍV EGÉSZSÉG TERÜLETÉN

Az életkor vonatkozású meddőség pszichoszociális aspektusainak elemzése felhívta a figyelmet arra is, hogy az egészségpszichológusoknak hatékony pszichoedukatív programokat szükséges kidolgozniuk a reprodukív egészség területén a fertilitástudatosság erősítése céljából (Bretherick et al., 2010; Bunting & Boivin, 2008; Pedro, 2018). A termékenység fent felvázolt biológiai aspektusait figyelembe véve lényeges, hogy a termékenységgel, meddőséggel, reprodukív egészségmagatartással kapcsolatos ismeretek átadására fiatal felnőttkorban sor kerüljön, elősegítve a gyermekvállalással kapcsolatos megfelelő időben történő és tudatos döntéshozatal megvalósítását. Így leginkább a 18 és 25 év közötti korosztályt lehet célcsoportként meghatározni. A célcsoporttal kapcsolatban azonban fontos dilemma a motiváció kérdése, különösen a korai húszas éveikben járó fiatalok esetében. Ebben az életkorban ugyanis a szülővé válás gondolata a legtöbb esetben még nincsen előtérben, így ambivalens lehet számukra egy olyan program, ami a gyermekvállalásról, a meddőségről vagy annak rizikófaktorairól szól. Mindezeket figyelembe véve, nagyon körültekintően kell a fertilitástudatosság program üzenetét megfogalmazni, hogy a résztvevők ne éljék meg presszióknak, elvárásnak, hiszen akkor jelentős ellenállás várható, ami akár a programmal ellentétes hatású magatartásformákat is mobilizálhat. Másfelől a program megvalósításához olyan szakemberekre is szükség van, akik interdiszciplináris módon képesek gondolkodni a reprodukív egészségről, akik ismerik az orvosi-biológiai háttéranyagokat, a pszichológiai vonatkozásokat, valamint a társas kontextust is figyelembe tudják venni. Egészségpszichológusok külö-

nősen alkalmasak lehetnek erre a feladatra, hiszen birtokában vannak a holisztikus szemléletnek, főleg, ha tudásuk kiegészül a termékenységgel-meddőséggel kapcsolatos megfelelő ismeretekkel is. Ha a fiatalok reprodukzív egészséghez való viszonyulását tudatosabbá tudjuk tenni, és ha a termékenységgel kapcsolatos ismereteiket pontosítani tudjuk, akkor talán a következő generációnak kevesebb életkor vonatkozású meddőségi problémával kell majd megküzdenie, illetve kevesebb szenvedésnyomást átélnie amiatt, hogy időben nem volt megfelelő döntéshelyzetben. Egy olyan prevenció egészségfejlesztő program, amelynek célkitűzése a fertilitástudatosság erősítése, megfelelő szintér lehetne ahhoz, hogy elinduljunk ezen az úton.

## IRODALOM

- Benyamini, Y., Gozlan, M., Kokia E. (2004). On the Self-Regulation of a Health Threat: Cognitions, Coping, and Emotions Among Women Undergoing Treatment for Infertility. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 577–592.
- Bernard A., Krizsa F. (2006). A meddőségről általában. In S. G. Kaáli (szerk.), *A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése* (13–23.o.). Medicina Könyvkiadó.
- Birman, Z., Witztum, E. (2000). Integrative Therapy in Cases of Pregnancy Following Infertility. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30, 273–287.
- Blaskó, Zs. (2006). *Nők és férfiak – keresőmunka, házimunka. A „család” tematikájú ISSP 2002-es adatfelvétel elemzése*. KSH – NKI.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science and Medicine*, 57, 2325–2341.
- Boivin, J. (2009, June 30). Helping Patients Achieve Success: Managing Patient Stress and Discontinuation. Optimizing success in ovarian stimulation protocols. *25th ESHRE Annual Meeting*.
- Borsos A., Urbancsek J. (2007). A női nemi szervek élettani működése és funkcionális zavarai. In Z. Papp (szerk.), *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve* (75–105. o.). Semmelweis Kiadó.
- Bretherick, K. L., Fairbrother, N., Avila, L., Harbord, S. H. A., Robinson, W. P. (2010). Fertility and aging: Do reproductive-aged Canadian women know what they need to know?. *Fertility and Sterility*, 93, 2162–2168.
- Bunting, L., Boivin, J. (2008). Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Human Reproduction*, 23(8), 1858–1864.
- Committee Opinion, No. 589. (2014). Female age-related fertility decline. *Fertility and Sterility*, 101, 633–634.
- Covington, S. N., Burns, L. H. (2006). Psychology of Infertility. In S. N. Covington, L. H. Burns (Ed.), *Infertility Counseling* (1–20. o.). Cambridge University Press.
- Danis I., Neményi E. (2009). A szociológiai megközelítés: családi szerepek és családmodellek. In É. Surányi, I. Danis (szerk.), *Családpolitika más szemmel. Eltérő nézőpontok, változó gyakorlatok* (59–77. o.). MTA Közgazdaságtudományi Intézet.
- Deáky Z., Krász L. (2005). *Minden dolgok kezdete. A születés kultúrtörténete Magyarországon (XVI–XX. Század)*. Századvég Kiadó.

- Domar, A. D. (2002). *Conquering Infertility*. Penguin Books.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social science & medicine*, 45, 1207–1221.
- Hämmerli, K. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction Update*, 15, 279–295.
- Harper, J., Boivin, J., O'Neill, H. C., Brian, K., Dhingra, J., Dugdale, G., Edwards, G., Emmerson, L., Grace, B., Hadley, A., Hamzic, L., Heathcote, J., Hepburn, J., Hoggart, L., Kisby, F., Mann, S., Norcross, S., Regan, L., Seenan, S., Stephenson, J., Walker, H., Balen, A. (2017). The need to improve fertility awareness. *Reproductive Biomedicine and Society Online*, 2017(4), 18–20.
- Kapitány, B., Spéder, Zs. (2018). Gyermekvállalás. In J. Monostori, P. Óri, Zs. Spéder (szerk.), *Demográfiai Portré 2018* (47–64. o.). KSH – NKI.
- Kende, A. (2000). Család és/vagy karrier. Fiatal női életutak szociális konstrukciós megközelítésben. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 55, 89–111.
- Kopp, M., Hofmeister-Tóth, Á., Neumann-Bódi, E. (2008). Kulturális értékek vizsgálata a magyar társadalomban Hofstede kulturális dimenziói alapján. In M. Kopp (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (365–372. o.). Semmelweis Kiadó.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, J. E. Singer (szerk.), *Handbook of psychology and health* (219–252. o.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Linden, W. (1994). Autogenic Training: A narrative and quantitative review of clinical outcome. *Biofeedback and Self-regulation*, 19, 227–264.
- Liz, T. M., Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20, 1324–1332.
- Macaluso, M., Wright-Schnapp, T. J., Chandra, A., Johnson, R., Satterwhite, C. L., Pulver, A., Berman, S. M., Wang, R. Y., Farr, S. L., Pollack, L. A. (2010). A public health focus on infertility prevention, detection, and management. *Fertility and Sterility*, 93(1), 16e1–16e10.
- Mindes, E., Ingram, K., Kliewer, W., James, C. (2003). Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with infertility problems. *Social Science and Medicine*, 56, 2165–2180.
- Palmer-Wackerly, A. L., Voorhees, H. L., D'Souza, S., Weeks, E. (2019). Infertility patient-provider communication and (dis)continuity of care: An exploration of illness identity transitions. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 804–809.
- Pápay, N. (2013). *A reprodukzív egészség és a termékenységi problémák pszichoszociális kontextusa* [Doktori disszertáció, ELTE, Pszichológia Intézet].
- Pápay, N. (2015). Terápiás lehetőségek termékenységi problémákban. In N. Pápay, A. Rigó (szerk.), *Reprodukzív egészségpszichológia* (297–317. o.). ELTE Eötvös Kiadó Kft.
- Pápay, N., Gellért, F. (2015). Termékenység és meddőség mentális reprezentációinak szerepe a reprodukzív egészségmagatartás alakulásában. In N. Pápay, A. Rigó (szerk.), *Reprodukzív egészségpszichológia* (189–209. o.). ELTE Eötvös Kiadó Kft.

- Pápay, N., Rigó, A., Nagybányai Nagy, O. (2013). A meddőségspecifikus distressz alakulása a megküzdési stratégiák és egyéb pszichoszociális változók függvényében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(3), 399–418.
- Pápay, N., Rigó, A., Nagybányai Nagy, O., Soltész, A. (2014). A gyermekvállalási attitűdök pszichoszociális meghatározói. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 15(1), 1–30.
- Pedro, J., Brandao, T., Schmidt, L., Costa, M. E., Martins, M.V. (2018). What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 123(2), 71–81.
- Rotter, J. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45(4), 489–493.
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 month of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20(11), 3248–3256.
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., Boivin, J. (2005b). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education Counseling*, 59, 244–251.
- Schultz, J. H. (1932). *Das Autogene Training*. Georg Thieme Verlag.
- Somigliana, E., Paffoni, A., Busnelli, A., Filippi, F., Pagliardini, L., Vigano, P., Vercellini, P. (2016). Age-related infertility and unexplained infertility: an intricate clinical dilemma. *Human Reproduction*, 31(7), 1390–1396.
- Szigeti, F. J., Pápay, N., Perczel Forintos, D. (2015). Az asszisztált reprodukció pszichológiai kihívásai. In N. Pápay, A. Rigó (szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia* (247–275. o.). ELTE Eötvös Kiadó Kft.
- Terry, D. J., Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1078–1092.
- Vajda, Zs., Kósa, É. (2005). *Neveléslélektan*. Osiris Kiadó.
- World Health Organization. (2020). *Infertility*. Elérhető: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Young, J. E., Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your Life*. Penguin Books.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Sématerápia*. Vikote.