

Termékenységi nehézség – narratív identitás

MÁNDI NIKOLETTA

Bevezetés

A gyermekek egzisztenciális jelentést, identitást és státuszt nyújtanak, tradicionális eszközöket biztosítanak a szülők számára a család, a kultúra és az emberiség folytonosságában való részvételhez – a gyermekáldás átmeneti vagy tartós hiánya zavarokat, illetve krízist indukálhat az arra vágyó családok körében. A terméketlenség időszaka nagymértékben befolyásolhatja egy pár életében az olyan mintázatokat, mint a generativitás érzésének moratóriuma – a következő generációnak szánt tudásátadás lehetőségének kitolódása, annak időleges elhalasztása –, a család tervezett jövőképeinek elvesztése, a származási családtól való leválás, illetve a differenciáció lehetőségeinek beszűkülése vagy a felnőtt-lét kitolódása. Előfordulhat, hogy a szülők vagy a párt körülvevő szűkebb közösség figyelmének egyensúlya megbomlik – az a gyermekes családok felé koncentrálódik inkább –, illetve feszültté válhatnak a testvérek közötti kapcsolatok, mivel a hasonló fejlődési szakaszok időben már nem párhuzamosan jelennek meg. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a család és a mikroközösség tagjai nem minden esetben tudják, hogyan kell reagálni a meddőségre, így a terméketlen párok gyakran elkerülik a gyermekközpontú családi tevékenységeket. A nehéz, kritikus időszakról való beszéd, a hiány, az átmenetiség érzése s az arra adott válaszreakciók tehát nehezen optimalizálhatók.

A narratív metafora

A történetmesélés a kutatások és a klinikai gyakorlat forrásává vált. A humán tudományok, az antropológia, a néprajz, a pszichológia, a szociolingvisztika és a szociológia, sőt az olyan alkalmazott tudományok, mint a jog, az orvostudomány, az egészségügy, a terápia, a rehabilitáció és a szociális munka – mind alkalmazzák az elbeszélést mint a kezelési metódusokat kiegészítő modalitást. A narratív megközelítés¹ nem objektív, hiszen elemzése tárgyául egy történet szolgál, ezáltal kontextusfüggő, helyzet által meghatározott és szubjektív. A narratív elemzés alkalmazása azonban nem feltétlenül korlátozódik mikrotörténeti események tanulmányozására. A módszer alkalmas szélesebb társadalmi és politikai változások és makroszintű jelenségek vizsgálatára is. A történetmondás elősegítheti az empátia kialakulását különböző társadalmi színterek között is, ellensúlyozhatja a túlzott absztrakciót, áthidaló szerepet tölthet be a politikai diskurzus és a vizsgált csoport életvilágának nyelve között. PLUMMER szerint (1995: 174) a „történetek összehozzák az embereket, s akár társadalmi mozgalmak mobilitását, dinamizálását is kezdeményezhetik. A történetileg »meggyalázott« csoportok tagjainak identitás-történeteiben megmutatkoznak a nyelvhasználat változásai, formálódása, módosulásai a kollektív mozgalmak hatására.” A történetmondás olyan relációs, interperszonális tevékenység, amely összehozza az embereket: a hallgatók és a mesélők interakcióját, az együttműködés gyakorlatát és empátiás készséget tételez fel, partikuláris kulturális csoportok, adott történeti kontextusban való értelmezését lehetővé téve. A narratív elemzés nemcsak a nyelv által megfogható tartalmat vizsgálja, hanem a tartalom mögött húzódó háttérre is irányul. A személyes narratívák vizsgálata az ún. esetközpontú kutatás egyik módszere is. Napjaink családterápiás gondolkodásának és praxisának fókuszában szintén a narratív metafora áll. A változásnak ez az eredeti és optimista megközelítése azt eredményezi, hogy a rendszerek régi metaforáját – pl. a feedback mechanizmusok, a kölcsönhatások, a tranzakcionális minták – a nyelv és az annak nyomán megszülető elbeszélések metaforái váltják fel. A szociológia hagyományára építve MILLS (1959) megközelítése világít rá leginkább a biográfia, a történelem és a társadalom színtereinek metszéspontjaira. A narratívákban prezentált személyes problémák társadalmi, történelmi folyamatokról, hie-

¹ A „narratív metafora” fogalmát a rendszerek régi metaforájának („rendszermetafora”) meghaladása értelmében alkalmazzuk írásunk során. A családterápiás gondolkodásban, a közelmúltban zajló paradigmaváltásról lásd bővebben: GOLDENBERG–GOLDENBERG (2008).

delmekről, a nemek közötti kapcsolatról beszélnek, egyfajta kortörténetet, korrajzot nyújtanak az adott társadalomról. A „coming-out” történetekben például – melyben a narrátor identitása egyik általa legfontosabbnak tartott elemét osztja meg a külvilággal – egyfajta műfajváltás olvasható ki: a ’60-as évek lineáris, ok-okozati modernista történeteit a ’70-es években felváltják a kortárs identitástörténetek, amelyekre a cirkularitás a jellemző (PLUMMER, 1995).

A betegség narratívái szintén azt mutatják, milyen mélyen történeti és társadalmi beágyazottságúak az egészségről, betegségről alkotott konstrukcióink. A személyes problémák kultúrspecifikusak is, egyfajta történeti konstrukciók, s éppen annyira személyesek, mint amennyire azok a társadalmi terek, amelyben keletkeznek. Így, a személyes elbeszélés az egyéni és a kollektív cselekvés jelentését, a háttért nyújtó társadalmi folyamatok értelmezésének lehetőségét is magában hordozza (LASLETT, 1999: 392).

A narratívák mint mikrotörténelmi dokumentumok, s az olyan kezelési modalitások, amelyek elbeszélésekkel, szövegekkel foglalkoznak, elkötelezettek azok szociális és politikai vagy társadalomlélektani vonatkozásai mellett is, s felszabadítják az embereket az elnyomórító, kulturálisan uralt, problémátelített történeteik hatása alól. A *probléma-beszéd helyett a megoldásbeszédet* preferálják. A történetekkel foglalkozó szakemberek nem abban segítenek, hogy a történetek másik történetre cserélődjenek le, hanem abban, hogy az elbeszélések soktörténetűvé váljanak, ezáltal az egydimenzionalitás helyett a horizont tágítása valósuljon meg.

A meddőség mint kollektív és individuális konstrukció

GREIL, SLAUSON és MCQUILLAN (2010) szerint az ezredfordulóig a meddőséget pszichológiai következményekkel járó orvosi állapotként írták le a szakemberek. Ez a medikalizációs attitűd nem foglalkozott a társadalmilag felépített konstrukciók elméletével. A jelenlegi kutatások azonban a meddőséget társadalmi kontextusba és társadalomtudományi keretekbe helyezik, bár a klinikai hangsúlyok továbbra is fennállnak. A szerzők két domináns kutatási hagyományt azonosítanak a meddőségről szóló társadalomtudományi tanulmányokban. Az egyik hagyomány elsősorban kvantitatív technikákat alkalmaz a klinikai környezetben kezelt páciensek kapcsán, s elsősorban a szolgáltatás javítása és a pszichológiai tanácsadás szükségességének felmérése áll a fő-

kuszban. A másik hagyomány kvalitatív kutatásokat alkalmaz a terméketlenséggel küzdő személyek tapasztalatainak társadalmi-kulturális összefüggésekben való rögzítése, a társadalmi nemek szerepének azonosítása, vagy a test és annak megőrzése folyamatának leírása céljából. A szerzők szerint érdemes folytatni azt az irányvonalat, amely a két kutatási hagyomány folyamatos integrálását tűzi ki célul, annak ellenére is, hogy jelenleg kevés a párbeszéd közöttük.

A legtöbb orvosszociológus egyetért abban, hogy az „egészség” és a „betegség” nem feltétlenül objektíven mérhető állapotok, hanem társadalmilag felépített kategóriák, amelyekről szakemberek, páciensek és más érintett szereplők tárgyalnak adott társadalmi-kulturális kontextusban. A társadalmi meghatározás folyamatainak az eredménye tehát, hogy mások hogyan látják a betegeket és hogyan látják ők saját magukat. Az egészség és a betegség társadalmi meghatározottsága talán még szembetűnőbb a meddőség esetében, mint más jelenségek kapcsán. A szerzők négy pontban fogalmazzák meg állításuk indoklását:

– Először is, függetlenül attól, hogy az orvosok hogyan határozzák meg a terméketlenséget, a párok csak akkor definiálják magukat meddőnek, vagy jelennek meg kezelésen, ha a szülőséget vágyott társadalmi szerepként értelmezik.

– Másodszor, míg a biomedicinális modell az egészségügyi feltételeket és adottságokat az egyént érintő jelenségként kezeli, addig a meddőséget a közvetlenül vagy közvetve érintettek gyakran olyan állapotnak tekintik, amely egy párt érint, függetlenül attól, hogy melyik partnernél adott funkcionális károsodás. Azaz a meddőség meghatározását a pár dialógusai és egyéb társadalmi hálózatok is befolyásolják.

– Harmadszor, a meddőség jelenlétét nem feltétlenül a kóros tünetek jelenléte, hanem a kívánt állapot hiánya jelzi.

– Negyedszer, a meddőség esetében nyilvánvalóbb, mint más orvosi betegségek esetén, hogy a gyógyítás folytatása helyett más lehetőségek is léteznek. Különösen így lehet ez a megmagyarázhatatlan oki háttérrel rendelkező meddőség esetében, amely kapcsán a „gyógyítás” kifejezés sem mindig helytálló, hiszen orvosi értelemben nincs mit gyógyítani. A kezelés lehetséges alternatívái közé tartozik a gyermektelenként való önmeghatározás, az örökbefogadás, vagy a partnercsere is.

A meddőség vizsgálata tehát nagyban hozzájárulhat az egészségszociológia egyes területeihez, mivel a kutatók számára ideális horizontot kínál arra, hogy megvizsgálhassák az orvostudományon alapuló egészségügyi ellátás olyan jellemzőit, mint az „orvostudo-

mány hangja” és az „életvilág hangja” közötti feszültség, az egészség és egészségügy „gendertermészete”, valamint a struktúra és a működés közötti kölcsönhatás. Olyan példákat említhetünk itt, mint a természet rendjébe való beavatkozás az orvostechikai eszközök használata által, vagy mint a mindennapi élet szféráinak bürokratizálódása az állam, illetve az egészségügy szabályozó stratégiáin keresztül, amelyek valójában rendszerbe foglalják az egyéni életvilágokat, így teremtve feszültséget az informalitás és a formalitás világa között (vö. Habermas gyarmatosítási elmélete).²

A terméketlen nők, illetve párok számos jellemzője került azonosításra a kvalitatív kutatások során. E kutatásokra általánosságban az jellemző, hogy interjúk során elhangzott személyes történetek tartalomelemzésén keresztül mutatnak rá mintázatokra, jellegzetesen visszatérő motívumokra a vizsgált populáció kapcsán.³ WILLIAMS (1997) például 11 allegorikus regisztert mutatott ki terméketlen nőkkel készített interjúk alapján: *negatív identitás; értéktelenség és elégtelenség érzése; a személyes kontroll hiánya; harag és neheztelés; gyász és depresszió; szorongás és stressz; alacsonyabb elégedettség; irigység más anyák iránt; az együtt-teremtés álmának elvesztése; az „érzelmi hullámvasút”; és az elszigeteltség érzése.* ULRICH és WEATHERALL (2000) az előbbiekhöz hasonló következtetésre jutottak kutatásaik alapján: ők arra utalnak, hogy a nők a meddőségre egy *váratlan, a teljes életükre kiható zavarként* tekintenek.

BECKER (1994: 383) tanulmánya olyan, amerikai nők és férfiak életében bekövetkező zavarokról szól, amelyek a meddőség tapasztalásának megélése után jelentkeztek. A szerző 236, kezelésben is részt vevő személlyel készített interjú alapján kulcsmetaforaként a folytonosság érzését azonosította. A kulturális értelemben vett életvonal – az egyéni és a családi életciklus – és annak gyökérmetaforái⁴ biztosítják azt a kontextust, amelyben értelmezhetővé válnak a folytonosság kulturális konstrukciói. A kutatásban részt vevő személyek a fennálló zavarok értelmezése kapcsán olyan metaforákra támaszkodtak, mint *a rend és a káosz, a határ („pokol tornáca”*

² J. HABERMAS: *A társadalmi nyilvánosság szerkezetváltozása.* Századvég–Gondolat, Budapest 1993. J. HABERMAS: Rendszer és életvilág. In: *Szociológiai irányzatok a XX. században.* Szerk. Felkai Gábor, Némedi Dénes és Somlai Péter. Új Mandátum Kiadó, Budapest 2000. pp. 498–568. J. HABERMAS: *A kommunikatív etika.* Új Mandátum Kiadó, Budapest 2001.

³ „A narratív pszichológia irányzata azon alapul, hogy az emberek nemcsak a lokális kultúrájuknak megfelelően gondolkodnak, észlelnek, képzelődnek és hozzák meg morális döntéseiket, hanem a narratív struktúrájuknak megfelelően” (HIDEG, 2005: 39).

⁴ A gyökérmetafora vagy tömetafora (Stephen C. Pepper által alkotott terminus) egy kép vagy elbeszélés arról, hogyan formálja az egyén felfogása a világ és a valóság értelmezését. A társadalomtudományi és pszichológiai metaforákról lásd bővebben: BODOR PÉTER: *Metaforák, diszkurzus és pszichológia. Replika,* 2006, 54–55: 219–239.

vagy „küszöblét”), az élet és halál, az újjászületés és az átalakulás. A zavar egymást követő szakaszaiban, amelyeket a káosz és a végtelenség periódusaiként jellemeztek, új rend- és folytonossági érzés létrehozására tett erőfeszítések mutatkoztak meg a narratívák során. A szerző szerint a folytonosság kulturális modellje az, amely formálja a zavarokra adott választ, és a metafora közvetíti azt a folyamatot, amelyen keresztül a folytonosság érzetét keresik az érintettek. Kulturális erőforrásként a metafora válik a zavar közvetítőjévé, amely ugyanakkor azt is lehetővé teszi az emberek számára, hogy újrateremtsék a folytonosság érzetét, és a zavar után újra kapcsolódjanak a társadalmi és kulturális rendhez. A folytonosság megteremtésére irányuló erőfeszítés tehát a krízis után komplex kulturális folyamatként mutatkozik meg.

A HACHOEN, AMIR és WISEMAN (2016) által írt tanulmány a terméketlenség időszakától a terhesség bekövetkeztéig tartó fázisokat vizsgálja, azt, hogyan integrálják a nők ezt a két időszakot az életükben. A 12 nővel készített interjú alapján a szerzők 3 fő narratívátípust azonosítottak: (1) *a meddőség állapota elhomályosítja a várandósság és a közelgő anyaság észlelését*, (2) *a terhesség megélése disszociatív zavarokhoz vezethet a meddő időszakra vonatkozóan*, azaz a traumák emlékei tudaton kívül rekednek és (3) *a két státusz együtt létezik egy integrált folytonosság mentén*. A különféle narratívák eltérő körülmények között jönnek létre, amelyek ugyanakkor magukban foglalják a krízis vagy a prolongált betegség konstruktív és jelentésteli élettörténetbe történő beillesztését.

Az Ackerman Családterápiás Intézet 1991-ben olyan kísérleti modellprogramot hozott létre, amelynek célja az volt, hogy a szakemberek közvetlenebb tudáshoz jussanak a meddőségben szenvedő párokról, a terméketlenség időszakának megéléséről, s a tapasztalatok alapján képesek legyenek olyan kezelési protokollt kidolgozni, amely releváns módon illeszkedik a párok egyedi igényeihez (MEYERS és mtsai, 1995). A szakértői stáb a következő általános elvekhez igazodott:

- A diád közös problémáira való fókusztalálás mellett a pár két tagjánál külön-külön jelentkező, egyéni problémák körüljárása;
- A pár interakciós mintáinak nyomon követése – beleértve a kommunikációs mintákat;
- A pár kapcsolatának feltérképezése a származási családokkal és más hálózatokkal (ideértve az orvosi rendszereket is);
- Azoknak a paradigmáknak, hiedelmeknek és örökségeknek a feltárása, amelyek a pár és a környezet tapasztalatait formálják, alakítják;

- Lehetőség felkínálása a párok számára a problémás feltételezések és interakciók átalakítására.

A következőkben azt a folyamatot mutatjuk be, amely alapján Meyers és munkatársai az érintett párokkal dolgoztak.

1. Történetmesélés

A projekt korai szakaszában a szakemberek megfigyelő attitűdöt gyakoroltak, amely elsősorban a párok tapasztalatainak megismerésére irányult. A párokra mint speciális szakértőkre tekintettek, akikkel együttműködő, konzultációs jellegű beszélgetéseket folytattak. A tapasztalati szakértő státuszába helyezett résztvevők így megélhették azt a tapasztalatot, amelyben nem „szenvedő” páciensként tekintettek rájuk, hanem a vizsgált probléma hozzáértő tanácsadóiként. A történetük elmondásának lehetőségét úgy interpretálták, mint egyfajta legitimizációt arra vonatkoztatva, hogy életük egyik legsúlyosabb válsága, a meddőség megtapasztalása érvényes történetként konstruálódhat meg egy biztonságos térben. Tapasztalható volt részükről bizonyos fokú óvatosság, amely a környezetükben átélt tapasztalatokon alapult, mivel a félreértések és magánéletük megsértésének megelőzése érdekében megtanulták elnyomni a környezet felől érkező negatív hatásokat és a kritikákat. A témákkal és a találkozókat ütemezésével kapcsolatban éppen ezért a párok tematikai preferenciái élveztek elsőbbséget. A párok teherbíró képessége is folyamatos monitorozás alatt állt, a szakemberek figyeltek minden olyan verbális és nonverbális visszajelzésre, amelyek túlzott érzékenységet mutattak.

2. A probléma átfókuszálása

A találkozók során a szakemberek a Michael White által leírt technikára támaszkodtak. „A probléma kívülre helyezése” (WHITE-EPSTON, 1990) koncepciójának felhasználásával kifejezték azt a meggyőződésüket, hogy a meddőség és annak következményei jelentik a problémát, és nem a személyek. Elsődleges szándékuk az volt, hogy elkülönítsék a terméketlen egyéneket és a pár identitását az egészségi állapottól.

A narratív beszélgetés során a gyakran internalizált, azaz belsővé vált, egyéni tulajdonságnak vagy gyengeségnek tekintett probléma a szakember segítségével „leválik” az egyénről. „Az externalizálás lényege, hogy az egyén az őt elnyomás alatt tartó problémát tárgyiasítja, vagy megszemélyesíti, ami így tőle különálló, függetlenített lényvé, tényvé válik. Ahogy a probléma és az egyén kettéválnak, az egyén már nem a segítség tárgya, hanem alanya – egyén, és nem eset. A különbség alapvető jelentőségű: ha az egyénre semleges nézőpontból gondolunk, máshogy hallgatjuk a történetét, mintha azt gondolnánk, hogy valami nincs rendben vele. Az externalizálás mind a segítőt, mind a mesélőt felszabadítja.” (FEHÉR, 2010: 74.)

3. Beszélni az elbeszélhetetlenről, kimondani a kimondhatatlant

A meddőség okozta megoldatlan konfliktusok fokozott polarizációhoz és / vagy védekező csendhez vezethetnek. A kommunikációs nehézségeket ugyanakkor fontos kezelni, mivel ezek a szélsőségek nem elégítik ki a meddőséggel küzdő párok mély érzelmi szükségleteit, és nem teszik lehetővé a házaspár számára az életük nehéz helyzetének kezelését. A szakemberek a korai találkozók során többször tapasztalták, hogy a partnerek vonakodtak a beszédőtől. Beszéd közben óvatossá váltak, figyelték a másik reakcióját. A segítők eleinte nem tudták azonosítani, hogy ez a jelenség súlyos szorongásra vagy az intenzív kohéziós igényre utal: vajon a meddőségről szóló beszélgetések annyira veszélyeztetik-e az egyén identitását és a pár magánéletét, hogy a házastársak úgy érzik, bármiféle bizalmas vagy intim közlés átadása előtt kötelesek megszerezni a másik hozzájárulását. A kérdés megválaszolásához új stratégiához folyamodtak a szakemberek: a páros megbeszélések mellé egyéni beszélgetéseket is szerveztek. Az egyéni találkozók során kiderült, a partnerek úgy érzik, el kell fojtaniuk legerősebb érzéseiket, védve a sérelemtől párjukat és magát a párkapcsolatot. A meddőség bonyolult és mélyen elhúzódó hiedelmeket idéz elő, amelyek intenzív szégyen- és hiányérzetet keltenek, ugyanakkor a titkok és félelmek oldása megtörténhet, ha nem ítélező, és nem normatív a segítő hozzáállása.

4. A terméketlenség jelentései

Miután a részt vevő párok elmesélték történetüket, arra kérték őket, írják le a meddőség rájuk gyakorolt hatását: hogyan befolyásolta az véleményüket magukról, partnerükről, párkapcsolatukról, a múlttól és a jövőről. Ezeknek a leírásoknak az elemzésével a szakemberek képessé váltak azonosítani a szexualitással, a nemi szerepekkel, a generativitással, a szülői szerepekkel, a kompetenciával, a neveléssel és a sorsszerűséggel kapcsolatos egyedi feltételezéseket. Az explicit kérdések arra ösztönözték a párokat, hogy írják le sajátos konstrukcióikat: „Mit jelent az ön számára a meddőség?” „Hogyan alakította a meddőség azt a módot, ahogyan az életét látja?” „Hogyan változott a véleménye magáról mint nőről / férfiről?” A kérdések egy másik rétege arra összpontosított, hogy a családi és a tágabb társadalmi üzenetek, amelyek általában a nemekre jellemzőek, befolyásolták-e a párok gondolkodását és érzéseit: „A családjában ki hogyan látja a problémát?” „Befolyásolták-e a kultúránkban jelen lévő, meddőséggel kapcsolatos konstrukciók?”

5. Metaforák használata

A metaforák olyan értelmezési tartományt kínálnak, amely mentes a kultúránkra általában jellemző mérgező narratíváktól. A meddőségből fakadó szorongás arra készíti a párokat, hogy a diszfunkcionalitás és a hiány nyelvét használják, mivel ez eszköz – ugyan negatív színezetű eszköz – számukra a fájdalom feldolgozásához. Ilyen „mérgező” folyamatmagyarázó elv pl.: „akinek nincs gyereke, az nem igazi nő”; „biztosan nem érdemlem meg, azért nincs gyerekem”; „minden fejben dől el, talán nem akarom eléggé”... Amikor a szakemberek megkérdőjelezték ezeket a leírásokat, a párok gyakran kritikaként értelmezték ezt a kétséget. A metaforák ugyanakkor olyan lehetőséget biztosítanak a megbeszélésekre, amelyek teljes mértékben elkerülik a küzdelmet, a fájdalmas erőlködést. A metaforikus leírásban a klinikusok elkerülhetik azt a tendenciát is, hogy az egyéneket egy általánosabb, átfogóbb „terméketlenségi kategóriába” sorolják. Fontos figyelembe venni a meddőségről alkotott általános konstrukciókat, kollektív narratívumokat, ám ugyanolyan fontos ráatalálni az egyéni, sajátos érzelmi reakciókra is. A párok által a meddőséggel

kapcsolatos tapasztalataik leírására használt metaforák gyakran felfedik a magukról alkotott negatív véleményüket, főként azért, mert a meddőség a rendellenesség, a hiány, a szenvedés és a büntetés érzetét váltja ki. A katasztrófa, a megsemmisülés, az elidegenedés és kudarc képei szorongást, félelmet, szégyent, tehetetlenséget és reménytelenséget idéznek elő.

A problémás metafora felülvizsgálatára a szerzők a következő példát említik: Egy férj visszatérő képe volt magáról, amint magányos farkasként bolyong a tundrán. A metafora még erőteljesebbé vált, amikor a nemzőképtelenség diagnózisa után a pár donormegtermékenyítés mellett döntött. Ezután a férj, képzeletében, feleségét és a jövőbeli gyermekét nőstény farkasként és farkaskölyökként ábrázolta; ő, a magányos farkas pedig elvándorolt a vadonban, és elhagyta családját. Miután a szakemberek kiemelték e metafora korlátozó aspektusait, a férj felülvizsgálta azt: kutyává változott képzeletében, amely egy anyajuh és egy kisbárány védelmét szolgálta.

6. Rituálék tervezése

Kultúránk nem kínál gyászrituálékat a meddőséggel küzdő párok számára. Éppen ezért fontos támogatni őket saját rituálék kidolgozásában. A gyászfolyamat sikeres lezajlását különösen megnehezítheti a környezet támogatásának hiánya. Ennél is súlyosabb az a helyzet, amikor az ún. illegális gyászról beszélünk: olyan gyászról van szó, ami a környezet részéről nem elfogadott, azaz a veszteséget elszenvető, krízisben lévő személyt „megfosztják” a gyász lehetőségétől, a veszteség mértékét megkérdőjelezve, illetve azt relativizálva. Az illegális gyász (*disenfranchised grief*) leírása Kenneth DOKA (2008) nevéhez fűződik, aki az Amerikai Hospice Alapítvány (Hospice Foundation of America) vezető pszichológusa. Doka szerint az illegális gyász több formában is megjelenhet, esetei közé tartozhat egy magzat elvesztése kapcsán érzett gyászfolyamat is.

Az IRM elmélete és annak gyakorlati alkalmazhatósága

RIDENOUR, YORGASON és PETERSON (2009) számos különböző megközelítést említenek összefoglaló tanulmányukban a meddőséggel küzdő párok tapasztalatainak megértése kapcsán.⁵ A szerzők által említett modellek mindegyike strukturált, jól áttekinthető perspektívát kínál a meddőségben szenvedők tapasztalatairól, ugyanakkor kritikájuk szerint kevésbé veszik figyelembe az egyéni, a relációs és környezeti hatások együttállását, azaz e modellek szerintük nem rendszerszemléletű, illetve kontextuális megközelítésűek. A másik ellenvetés e modellek kapcsán, hogy kevésbé vizsgálják a folyamatokat és az eredményeket az ellenállóképesség szempontjából és az erősségek fejlesztését a hátrányokkal szemben. Mindezeket figyelembe véve a szerzők egy új modellt kínálnak fel, a meddőségi reziliencia modellt (Infertility Resilience Model, továbbiakban: IRM), amely magában foglalja az egyéni, a párkapcsolati és a külső tényezőket is.

Ez a modell empirikus kutatásokon alapuló útmutatásokat nyújt a párok meddőséggel kapcsolatos ellenállóképességének értékelésére. Az IRM elmélete szerint a családi stresszorok kölcsönhatásba lépnek az észlelésekkel, az erőforrásokkal és a megküzdési stratégiákkal, amelyek a család adaptációjához vagy ellenállóképességéhez vezethetnek. A szerzők az általuk felépített modell alkalmazása során olyan párokra koncentrálnak, akik megfelelnek a meddőség klinikai meghatározásának. A protektív tényezőket illetően mind a pár, mind az egyén kapcsán megjelenő erőforrásokat figyelembe kell venni. A párt védő tényező lehet például a kapcsolatuk minősége a meddőség megtapasztalása előtt, a páros kommunikációs készségek, valamint a meddőség kezelésével kapcsolatos információkhoz való hozzáférés. Az egyéni protektív tényezők közül a szerzők elsősorban a mentális egészség és a vallásosság / lelkiesség szerepét hangsúlyozzák. A meddőséggel kapcsolatos tapasztalatok összetettségét a modellben a külső, a diádikus és az egyéni tényezők reprezentálják. A legszélső szinten azok a külső tényezők helyezkednek el, amelyek a pár ellenállóképességét befolyásolják. Idetartozhatnak olyan hatások is, amelyek a meddőség egyéni és páros felfogásával is kapcsolatosak. Az individuális, azaz a nem

⁵ Ezek közé a modellek közé tartozik a stressz és a megküzdés modellje (Zucker, 1999), a meddőség szoros kapcsolatának modellje (Higgins, 1990), az önellenállás elmélete (Kikendall, 1994), a tárgykapcsolat-elmélet modellje (Greenbaum, 2005), az önszabályozás modellje (Benyamini és társai, 2004), a fejlődési relációs modell (Gibson és Myers, 2000), az orvosi / családi rendszerek megközelítése (McDaniel és társai, 1992) és a kötődésseléletek alkalmazásának modellje (Amir és társai, 1999).

megosztott külső hatások kísérik az olyan ideológiai alapok felépítését, amelyekből az egyének személyes hiedelmeket alkotnak és a stresszre adott válaszlépési stratégiákat dolgoznak ki (lásd az alábbi ábránkat).



Az ábra forrása: RIDENOUR–YORGASON–PETERSON, 2009: 36

A modell egyik jellemző aspektusa a partnerészlelések kongruenciájára, valamint a partneri interakciókra összpontosít, amely a párok kollektív észlelését eredményezi. Az észlelés, a jelentéstulajdonítás és a folyamatértelmezés a családi stresszirodalom fontos elemei. Az egyéni konstrukciók szintjén a meddőség általában ellenőrzésen kívül eső jelenséggént jelenik meg. A diádikus kapcsolat horizontja azonban megváltoztathatja a kapcsolat észlelését és a meddőséggel kapcsolatos stresszt, sőt – a szerzők szerint – akár paradigmaváltáshoz is vezethet, amelynek során megváltoznak az életre vonatkozó elvárások.

A modell utolsó része a párok ellenállóképességét vizsgálja. Ezt olyan folyamatok, illetve jelenségek alapján lehet meghatározni, mint a kapcsolat kohéziója vagy a pozitív kommunikáció a diagnózist követő bizonytalan, „többértelmű” időkben. A rezilien-

cia jeleként azonosítható, ha a párok annak ellenére is együtt maradnak, ha nem fogan gyermekük, vagy elfogadják / befogadják azt a lehetőséget is, hogy soha nem lesznek gyermekeik. A meddőség kapcsán megjelenő reziliencia a külső tényezők, az individuomot ért befolyások, valamint a kollektív kölcsönhatások és észlelések közötti összekapcsolódás következményeinek tekinthető. Az ellenállóképesség tehát az egyén és a pár azon képességeitől függ, hogy hatékonyan tudják-e módosítani a korábbi nézeteiket, elfogadhatóvá válik-e számukra a terméketlenség ténye, függetlenül a létező külső hatásoktól vagy a meddőség kezelésének eredményétől.

A következőkben egy jelenleg második gyermeküket váró házaspárral készített interjú alapján az IMR által leírt dimenziók – az individuális, a párkapcsolati és a külvilág felől érkező tényezők – feltérképezésére vállalkozunk. Az interjú rövidített változatának közlése kapcsán a pár által elmondottakat szó szerint, dőlt betűkkel idézzük.

1. Kérem, meséljen arról, mennyi idő telt el a gyermekvállalás melletti döntés, majd az első gyermek megszületése között. Kérem, szakaszolja ezt az időszakot, döntések / beavatkozások mentén, illetve az érzelmi dimenziókat is érintve!

„2014 júniusában kezdtünk el próbálkozni a teherbeeséssel, majd 2016 decemberében fogant meg gyermekünk lombik eljárás segítségével. A házasságkötésünket követően vágjunk bele az utódgyártásba, majd rögtön az első hónapban kimaradt a menstruációm, természetesen mázlistának gondoltuk magunkat, egészen addig, amíg nem lett az itthon végezhető terhességi teszt negatív. Mivel a további hónapban sem jelentkezett a menstruáció, így nőgyógyászhoz fordultunk, aki megállapította, hogy policisztás ovárium szindrómám van. Ez így elsőre félelmetes diagnózisnak tűnt, pláne úgy, hogy nagyon erősen félttem a meddőségtől. Az orvos, aki felállította a diagnózist, elküldött endokrinológushoz további hormonális kivizsgálásra. A PCO (policisztás ovárium) szindróma minden egyes tünetét produkáltam, tankönyvi eset voltam, a hormonvizsgálatok is ezt igazolták. Szerencsésen olyan intézményt találtam, ahol speciálisan a hozzám hasonló estekkel foglalkoznak, így nem volt más teendőm, mint betartani az előírt életmódot (diéta, sport, gyógyszerek szedése). 2015 nyarán találtam egy nőgyógyászt, aki kifejezetten meddő párokkal foglalkozik. A doktornő széles körű kivizsgálást rendelt el, melyeket nekem és a férjemnek is el kellett végeztetni. Természetesen mindeközben természetes módon próbálkoztunk a

teherbeeséssel, sajnos sikertelenül. Mivel fontos volt, hogy az inzulinom rendben legyen a lombikbeavatkozás előtt, ezért szigorúan vettem a diétát és sportot, de sajnos 2016 ősze előtt nem sikerült azt helyre tennem. A teljes történehez az is hozzátartozik, hogy mint kiderült, a férjem spermioqramja is csökkent fertilitást mutatott, ezért a doktornőnk úgy döntött, csak lombikbeavatkozással sikerülhet a teherbeesés. 2016 novemberében lett volna az első lombikunk, de ezt megelőzően sikerült teherbe esnem, sajnos abban a hónapban megjött a menstruációm, terhesség csak otthoni teszten és vérvizsgálaton volt kimutatható. Így maradt a lombik, ami talán ennek az előző hónapban megfogant kisbabának köszönhetően is, sikeres volt.”

2. Hogyan élte meg Ön és társa a gyermektelenség időszakát? Hasonló volt a megélésük, illetve a helyzet kezelése? Ha nem: hogyan oldották meg az eltérésekből fakadó feszültségeket?

„Végig reménnyel teljesek voltunk, tudtuk, hogy az életünknek biztosan részei lesznek a gyerekek, akkor is, ha nem a mi vériünk folyik bennük. Mindkettőnk gyerekkori vágya volt, hogy szülők lehessünk. Persze nagyon nehéz volt azt elfogadnunk, hogy természetes formában nem sikerül a terhesség. Hónapról hónapra próbálkoztunk, minden ajánlást (gyógynövényeket, vitaminokat, együttléti praktikákat) kipróbáltunk a siker érdekében. A türelmetlenség főként az én egyik tulajdonságom, így minden hónap közepén ovulációs tesztet csináltam, továbbá minden hónap végén a szememet az otthoni terhességi tesztre szegeztem, hátha összejött. Férjem ennél sokkal nyugodtabban kezelte a helyzetet, persze néha őt is sikerült az örületbe kergetnem. Feszültségünk egymással a terméketlenség miatt nem volt. Talán ez annak is köszönhető, hogy egyikőnk eredményei sem voltak tökéletesek.”

3. Milyen megoldási stratégiák voltak jellemzők erre az időszakra?

„Bíztattuk magunkat, hogy úgyis sikerülni fog, miért ne sikerülne? Az, hogy formába hoztuk magunkat fizikailag is, nagy segítség volt a feldolgozásban, hogy bármire képesek vagyunk egy babáért. Főként nekem volt nagy kihívás a diétát és sportot betartani. Gyerekkoromtól kezdve nem kevés súlyfelesleggel küzdöttem, aminek köszönhetően volt okom arra, hogy bántsam magam és egyedüli hibásként érzem magam a történetekért. Szóval a reményt az is adta, hogy egyre vékonyabb voltam.”

4. Mi volt a legnehezebb ebben az időszakban?

„A legnehezebb az volt, hogy fogalmunk sem volt, mikor fog sikerülni. Nem tudtuk, milyen hosszú időszak elébe nézünk.”

5. Kivel tudtak beszélni szűkebb, illetve tágabb környezetükben a helyzetükről?

„Én a családommal és barátaimmal rengeteget beszéltem erről, persze volt, hogy kollégák is érdeklődtek, mikor jön már végre a baba, de többnyire csak azokkal beszélgettem erről részletesebben közülük, akik szintén inzulin problémával küzdenek. Férjem csak a családkkal beszélt a témáról, de főként velem.”

6. Hogyan gondoltak ebben az időszakban önmagukra férfi és női szerepeikben?

„A gyermektelenség időszakában folyamatosan bántottam magam. Nem éreztem magam teljes értékű nőnek. Ösztönösen ragaszkodtam ahhoz, hogy terhes lehessenek, mivel azt éreztem, hogy az az életem csúcsa. Nem számít semmi, ha nincs gyereke az embernek. Minden eseményt a felnőtt életben gyerekekkel képzeltem el. Nagycsaládban nőttem fel, így ez magától értetődő is volt. Szóval selejtként éreztem magam, és nem tudtam megbocsátani magamnak. Férjemnél a terméketlenség megélése a mindennapokban, önbizalomhiányban nyilvánult meg. Nehezen fogadta el a helyzetünket, de mindig igyekezett nyugodt és bizakodó maradni és engem is ebben erősített. Arra az esetre mindketten igyekeztünk nem gondolni, mi van, ha még 5 év múlva sem sikerül a gyermekáldás.”

7. Hogyan illesztették be elbeszéléseikbe, személyes identitástörténetükbe, illetve a párkapcsolat történetébe azt, hogy egy ideig nem volt bizonyosság a szülővé válás kapcsán? Hogyan kommunikálták mindezt a külvilág felé?

„Őszintén és nyíltan beszéltünk róla mindenkivel, nekem ezzel talán az is célom volt, hogy ez segített nekem a gyermektelenség feldolgozásában. Persze jó volt hallani a tanácsokat, a biztatást és nyugalomra intést. Nem volt bennem irigység vagy nem éreztem féltékeny-

séget, ha valaki terhes lett a távolibb vagy közelebbi környezetemben. Saját gyerekre vágytam, arra a személyre, aki a férjemből és belőlem jön létre. Az idő múlásával valahogy egyre távolibbnak és elérhetlenebbnek éreztem a teherbeesést. Már-már misztifikáltam azt.”

8. Tervezték-e egyéb alternatívákat a szülőség megélése kapcsán?

„Természetesen szóba jött az örökbefogadás, ha a lombikkezeltések sikertelenek lennének. Sokat olvastunk utána és sirattuk a saját meg nem fogant gyermekünket, valamint azokat a gyerekeket, akik bár élnek, gondoskodó szülei nincsenek. Nem volt végdátum, hogy meddig próbálkozunk a lombikkal és mikor adunk be örökbefogadási kérelmet. Mivel az első lombikkezeltés csodával határos módon sikerült, így az örökbefogadás gondolatát elvetettük egészen a második gyermekünkkel való próbálkozásig. Mivel jelenleg is terhes vagyok második lombikgyermekünkkel, így ismételen elvetésre került ez az alternatíva.”

9. A külső / környezeti hatások mennyire hatottak Önökre? Pl. a földrajzi elhelyezkedés, a diagnózis, a társadalmi-gazdasági státusz, a társadalmi támogatás, az oktatás, az etnikai hovatartozás, a meddőség időtartama, a vallásosság és a kulturális hatások, illetve a társadalmi normák / elvárások, a környezet visszajelzései az állapotra.

„A jelenlegi társadalom úgy véli, hogy házasság után jöhetnek a gyerekek, nyilván ez az elvárás / norma az emberbe ivódik születésétől fogva. Tehát mi sem lehetne magától értetődőbb lépés, hogy a házasságkötést követő első évben megszületik a gyermek. Persze ha az első gyerek megvan, akkor hajrá, jöhet a második, mert testvér nélkül nem lehet élni. Igen, szerintem nincs ember, akire ez ne lenne hatással, pedig ma már nem az a tendencia, hogy az emberek 30 éves koruk előtt házasodnának, az meg pláne nem, hogy gyerekek szülessen. Az elvárás intenzitása nem csökkent ennek ellenére sem társadalmilag, és a politika szereplői is a gyermekvállalást szorgalmazzák. Tehát az ember jól nem érezheti magát, ha nem sikerül gyereket szülnie. Ha önmagát nem ítélné el esetleg, majd megteszik mások. Ahogy a kollégák is a házasságkötésünket

követően egyből a gyerekvállalás iránt érdeklődtek – kendőzetlenül, mintha elszámolással tartoznánk feléjük –, úgy nem tudom ennek hatásait kizárni. Persze, hogy meg akartunk felelni.”

10. Kérem, fogalmazza meg röviden, mit jelent a gyermek az életében!

„Csoda, életem csúcsa, mindenem.”

Individuális tényezők

A feleség a terméketlenséget közvetlen behatásként éli meg, identitásformáló tényezőként tekint rá. A férj ugyanakkor a meddőséget közvetett tapasztalatként is értelmezi, elsősorban annak feleségére gyakorolt hatása révén. Miután az asszonyt terméketlenség diagnosztizálták, kialakult benne a meddőidentitás: büntudat, önvád, valamint az inkompetencia érzése. Egy gyermek világrahozatala „normalitásként”, az egységet beteljesítő aktusként jelenik meg számára, amely később a felszabadulás eszköze lesz a meddőség konstrukciója köré csoportosuló negatív identitáselemek alól. A feleség arra törekedett, hogy párbeszédet kezdjen identitásával és testével (spirituális technikák, fogyas) annak érdekében, hogy a különféle szempontokat koherens önidentitásba integrálja, ezáltal elérje a végső célt, egy gyermek világrahozatalát. Stratégiája az, hogy a kívánt anyai identitását támogatja meg az összes többi identitáskomponens rovására. Betegség, gyógyulás / felépülés és identitásrekonstrukció: ezek mind egyidejűleg ható, hasonló és mégis eltérő folyamatok, amelyek magukban foglalják a folyamatban lévő krízist. A férj ugyanakkor ellenállt a mentális támogatásnak, nem vett igénybe külső segítséget, sőt, kizárólag a feleségére támaszkodott, illetve az ő támaszaként funkcionált. A férfiak az ilyen jellegű segítségnyújtás igénybevételét gyakran a gyengeség jeleként érzékelik, illetve elutasítanak minden olyan tényezőt, amely gyengítheti az egészségről, az egészségességükről szóló felfogásukat. A férj megküzdési stratégiái tehát esetünkben eltérnek a feleség megküzdési stratégiáitól, a férj viselkedése azáltal tölt be védelmi funkciót, hogy látszólag kevésbé involvált a meddőség megélésében, optimistább, illetve identitásszinten kevésbé azonosul az állapottal. Az ilyen jellegű, komplementer párkapcsolati működés nagymértékben elősegítheti a pár egységben maradását.

Párkapcsolati tényezők

A pár mindkét tagja kétféle módon válaszolt a meddőségre: egyrészt mint veszteségre, másrészt mint kihívásra, annak ellenére is, hogy szoros, sőt kizárólagos kapcsolatot érzékeltek a jövőbeli boldogság és a szülővé válás között. A feleség nemcsak az orvoslás és a társadalom „reproduktív kontrolljának” passzív áldozata, hanem inkább aktív szereplő saját tapasztalatainak meghatározásában és értelmes erkölcsi világok felépítésében olyan helyzetben is, amelyet nem maga választott meg, és váratlan, kontrollvesztett helyzetként jelenik meg. A meddőség mind a válság forrása, mind a domináns identitást megállapító elem, míg a terhesség új „állapotot” indít el, amely felhívja a figyelmet az önidentitás narratívájának rekonstruálására. A pár jelen esetben – még a várákozás bizonytalan időszakában – átalakította a család meghatározását úgy, hogy az magában foglalja az örökbefogadás lehetőségét is. A meddőségfaktor hordozójának személye nem volt egyértelműen azonosítható: ez a közös felelősségvállalás enyhíthette a kapcsolatban egyébként valószínűsíthetően megjelenő feszültségeket. Az asszony ugyanakkor – súlyfeleslege miatt – inkább bántotta önmagát, a probléma okozójaként tekintett magára, esetében dominánsan jelenik meg az önhibáztatás. A legnehezebb időszakként megjelenik az „idő szétcsúszása”, az, hogy a pár nem képes előre jelezni a várákozás időintervallumát.

A külvilág felől érkező impulzusok

A növekedést előmozdító kapcsolatok, a partneri és a családi támogatás mind hozzájárult esetükben a meddőségi stressz csökkentéséhez. Ugyanakkor a munkatársak felől érkező kéretlen tanácsok és a sürgetés zavarónak, zavarba ejtőnek és hibásnak tekinthető, hiszen ezek a jelzések sokszor triviálissá, bagatellé, vagy túlzottan dominánssá tették problémájukat. Érthető, hogy sok pár úgy dönt, nem osztja meg a külvilággal a rájuk zúduló terhet. Többen képesek a külvilág felé is kommunikálni a helyzetüket, azonban esetünkben ez főként a szűk családi környezetre korlátozódott, illetve olyan személyek felé, akik sorsközösségben voltak velük. Utóbbi elsődleges célja a pszichés és bioeducációs támogatás, egyfajta önségítés, amely a hasonló helyzetben lévő személyek egymás felé irányuló támogató funkcióját erősíti.

Összefoglalás

A meddőség megtapasztalása kapcsán szükségessé válik az ember önmagára, partnerére és jövőjére vonatkozó explicit és implicit feltételezésekkel való munka, az újraértelmezés, új folyamatmagyarázó modellek alkalmazása. Ellentmondások merülhetnek fel eddigi premiszacsoportok és az új tapasztalatokon nyugvó feltételezések között, amelyek a házassággal, a szülői viszonyokkal, a generativitással, a szexualitással, az egészséggel, a kompetenciával, az irányítással és a sikerrel kapcsolatosak. A pár összezavarodhat, és ellentmondások is adódhatnak, ha a partnerek korábban nem részletezett feltételezései felszínre kerülnek: egyre inkább elidegenedhetnek egymástól vagy közeledhetnek egymás felé. Watzlawick a mára klasszikussá vált könyvben az „átalakítás nemes művészetéről” ír (WATZLAWICK–WEAKLAND–FISCH, 1990: 129–135). Az „átalakítás” a különféle helyzetek felfogásának, érzelmi vagy konceptuális keretének a megváltoztatása, melynek eredménye a helyzethez rendelt jelentés, s annak következményeinek megváltozása. A rendszerszemléletű megközelítés alapján egy család fejlődése általában nem lineáris folyamat. A fejlődési és az akcidentális krízisek – pl. a meddőség megtapasztalása – olyan változásokat generálnak, amelyek alkalmazkodásra kényszerítik a rendszert. A családi életciklusokat szakaszokra osztó modellek közül a CARTER és MCGOLDRICK (1989) által leírt rendszer hat fázisból áll, mely a fiatal felnőttkortól vezet egészen az időskori családig. A család fejlődési állomásait elemezve McGoldrick és Carter kétfajta stresszort különböztet meg: a vertikális és a horizontális stresszorokat. A vertikális stresszorok a generativitáshoz és a transzgenerációs minták átörökítésének folyamatához kötődnek. A horizontális stresszorok ugyanakkor a hirtelen bekövetkező, előre nem látható, krízist indukáló eseményeket jelölik. A családi életciklus modellt sok kritika érte, többek között azért, mert egyetlen nagy változási ívet feltételez, miközben a család tagjai és a teljes csalárendszer egyaránt mikroátalakulásokkal haladnak a soron következő stáció felé (Breunlin 1988, idézi: WIEST, 2015: 32). LASZLOFFY (2002) megközelítésbeli hibának tartja, hogy az életciklusmodell fázisai azt sugallják, mintha ez általánosan érvényes lenne a legkülönbözőbb családokra is. Éppen ezért fontos, hogy *minden* családra – a meddőség időszakos vagy „végleges” terhét hordozóra is – olyan lélektani és szakrális pszichoszociális jelenségvilágként tekintsünk, amely transzcendentális, és egyben spirituális mikrovilágot jelenít meg, mert az egzisztenciális életesemények bázisa és mert a reprodukción, illetve az interiorizálódó, elsődleges szocializációs mintázatokon keresztül a mulandóság leküzdésének lehetőségét hordozza magában.

IRODALOM

- BECKER, Gay (1994): Metaphors in Disrupted Lives: Infertility and Cultural Constructions of Continuity. *Medical Anthropology Quarterly* New Series, 8(4): 383–410. (Conceptual Development in Medical Anthropology: A Tribute to M. Margaret Clark – Dec., 1994.) <https://www.jstor.org/stable/649087?.seq=1> (Utolsó megtekintés: 2019. 11. 29.)
- CARTER, Betty – MCGOLDRICK, Monica (1989): Overview. The changing family life cycle: A framework for family therapy. In: *The Family Cycle. A Framework for Family Therapy*. Szerk. B. Carter és M. McGoldrick. Allyn and Bacon, Boston.
- DOKA, Kenneth J. (2008): Disenfranchised grief in historical and cultural perspective. In: *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention*. Szerk. M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut és W. Stroebe. American Psychological Association. 223–240. <https://doi.org/10.1037/14498-011>
- FEHÉR Boróka (2010): A narratív segítő beszélgetés. *Esély* 2010(3): 66–88.
- GOLDENBERG, Herbert – GOLDENBERG, Irene (2008): *Áttekintés a családról*. II. kötet. Animula Kiadó, Budapest. 70–78.
- GREIL, Arthur L. – SLAUSON, Kathleen – MCQUILLAN, Blevins Julia (2010): The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health and Illness*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x> (Utolsó megtekintés: 2019. 11. 26.)
- HACOHEN, Nehama – AMIR, Dana – WISEMAN, Hadas (2016): Women’s narratives of crisis and change: Transitioning from infertility to pregnancy. *Journal of Health Psychology*. https://www.researchgate.net/profile/Dana_Amir/publication/303949342_Womens_narratives_of_crisis_and_change_Transitioning_from_infertility_to_pregnancy/links/5a81bbb8a6fdcc6f3ead617b/Womens-narratives-of-crisis-and-change-Transitioning-from-infertility-to-pregnancy.pdf (Utolsó megtekintés: 2019. 12. 04.)
- HIDEG Éva (2005): *Paradigma a tudományelméletben és a társadalomtudományi kutatásokban*. (Jövőelméletek sorozat 14.) Budapesti Corvinus Egyetem Jövőkutatási Tanszék. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/400/1/jovelm14.pdf> (Utolsó megtekintés: 2019. 12. 22.)
- LASLETT, Barbara (1999): “Personal Narratives as Sociology.” Featured essay. *Contemporary Sociology* 28 (4): 391–401.
- LASZLOFFY, Tracey A. (2002): Rethinking family development theory: Teaching with the systemic family development (SFD) model. *Family Relations*, 51(3): 206–214.
- MEYERS, Mimi – WEINSHEL, Margot – SCHARE, Constance – KEZUR, David – DIAMOND, Ronni – RAIT, S. Douglas (1995): An Infertility Primer for Family Therapists: II. Working with

- Couples Who Struggle with Infertility. *Family Process*, 34: 231–240.
https://www.researchgate.net/profile/Douglas_Rait/publication/15610557_An_Infertility_Primer_for_Family_Therapists_II_Working_with_Couples_Who_Struggle_with_Infertility/links/5a092f4d0f7e9b68229ce7c6/An-Infertility-Primer-for-Family-Therapists-II-Working-with-Couples-Who-Struggle-with-Infertility.pdf (Utolsó megtekintés: 2019. 12. 13.)
- MILLS, C. Wright (1959): *The Sociological Imagination*. Oxford University Press, New York.
- PLUMMER, Ken (1995): *Telling Sexual Stories: Power, Change and Social Worlds*. Routledge, New York.
- RIDENOUR, Aaron, F. – YORGASON, Jeremy, B. – PETERSON, Brennan (2009): The Infertility Resilience Model: Assessing Individual, Couple, and External Predictive Factors. *Contemporary Family Therapy*, 31: 34–51.
https://www.researchgate.net/profile/Aaron_Ridenour/publication/225788832_The_Infertility_Resilience_Model_Assessing_Individual_Couple_and_External_Predictive_Factors/links/54751f840cf245eb4370c20c/The-Infertility-Resilience-Model-Assessing-Individual-Couple-and-External-Predictive-Factors.pdf (Utolsó megtekintés: 2019. 11. 23.)
- ULRICH, Miriam – WEATHERALL, Ann (2000): Motherhood and Infertility: Viewing Motherhood through the Lens of Infertility. *Feminism and Psychology*, 10(3): 323–336. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/References-Papers.aspx?ReferenceID=1188044](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/References-Papers.aspx?ReferenceID=1188044) (Utolsó megtekintés: 2019. 12. 03.)
- WATZLAWICK, Paul – WEAKLAND, John H. – FISCH, Richard (1990): *Változás. A problémák kezelésének és megoldásának elvei*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest.
- WHITE, Michael – EPSTON, David (1990): *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton Publishing, New York.
- WIESZT Attila (2015): *Családterápia szervezetekben. Családterápiás konzultáció családi vállalkozások számára*. Doktori értekezés. 32. oldal. http://phd.lib.unicorvinus.hu/880/1/Wieszst_Attila.pdf (Utolsó megtekintés: 2019. 12. 18.)
- WILLIAMS, Mary Ellen (1997): Toward Greater Understanding of the Psychological Effects of Infertility on Women. *Psychotherapy in Private Practice*, 16(3): 7–26.