

A termékenységi nehézségek modern pszichológiai szemlélete. Értelmezési és segítségnyújtási lehetőségek

SZIGETI F. JUDIT

Bevezetés

Bár a meddőséggel (infertilitással) küzdők pontos számáról sem hazai, sem nemzetközi statisztika nem áll rendelkezésre (*Központi Statisztikai Hivatal*, 2015), a biológiai háttérű gyermektelenség előfordulási arányát 9–15%-ra becsülik világszerte (BOIVIN–BUNTING–COLLINS–NYGREN, 2007) és Magyarországon (BERNARD–KRIZSA, 2006). Ez hazánkban több százezer személyt jelenthet. Orvosi értelemben a meddőséget egy pár betegségének tekintjük, ha a várandósság legalább tizenkét hónapon át tartó rendszeres, védekezés nélküli nemi élet ellenére elmarad (ZEGERS-HOCHSCHILD és mtsai, 2017). Kivizsgálása korábban is lehetséges, ha az egyéni kórtörténet indokolja, és már hat hónap után javasolt, amennyiben a pár nőtagja betöltötte a 35. életévét (*Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2008).

Betegségek – testi vagy lelki jelenségek?

Ha egy betegséget a *pszichoszomatikus* jelzővel látunk el, az mind a szakirodalomban, mind a laikus diskurzusban lelki kórokokra látszik utalni. A termékenységi problémával összefüggésben is szokás megkülönböztetni az organikus formákat – melyek háttéré-

ben testi eltérés ragadható meg – a funkcionálisaktól, ahol a működési rendellenesség mögött nem találnak fizikai okokat. A ma legkorszerűbbnek látszó megközelítésben a krónikus betegségek biopszichoszociálisnak tekinthetők, azaz olyan állapotoknak, melyekben a biológiai jelenségekről leválaszthatatlanok a lelki és társas vonatkozások.

A krónikus betegségek multifaktoriális és többrétű voltaival kapcsolatban tanulságos lehet végiggondolni azokat a változásokat, amelyek az Amerikai Pszichiátriai Társaság Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvében – azaz a DSM-ben – az ún. szomatikus tünetzavarok diagnosztikájában következtek be. A DSM-IV szerint szomatiform zavart akkor diagnosztizálhattunk, ha orvosilag megállapítható volt, hogy a fizikai panaszok háttérében nem áll szervi megbetegedés (esetleg előfordul, de nem magyarázza a tünetek kiterjedését és természetét, valamint a páciens szenvedésének mértékét és a szimptomákkal való folyamatos foglalkozást) (*American Psychiatric Association*, 2000). Ebben mintha kimondatlanul az a betegségszemlélet volna megragadható, miszerint ha ki tudjuk zárni a testi okokat, akkor csakis lelki okok jöhetnek szóba. Ezzel szemben a DSM-5 nem tér ki az objektív betegségállapot meglétére vagy hiányára, hanem megmarad a jelentős distresszel és károsodással kísért szomatikus tünetek megállapításánál (*American Psychiatric Association*, 2013). A DSM-5 alkotói szerint a testi okokra való visszavezethetőség erősíti a test-lélek dualizmus mára már túlhaladott nézetét. Ugyanakkor – például az életlehetőségek beszűkülésével – testi panaszok is vezethetnek depresszióhoz vagy szorongáshoz (*American Psychiatric Association*, 2013). Mindez igaz a meddőségre nézve is.

Ám hogy a betegségeket (*pszicho*)szomatikus, funkcionális, ill. *organikus* jelzőkkel látjuk el, még nem mond semmit arról, hogy szemléletünk modern-e vagy sem. A *pszichoszomatikus* terminus használatát egyes területeken (például Amerikában) annak túlhaladott, akár enyhén pejoratív jelentésárnyalata miatt kerülni igyekeznek, míg máshol (például Európa német ajkú országaiban) olyan mélyen gyökerezik az orvosi kultúrában, hogy ma is kiterjedten használják, jóllehet a mögötte meghúzódó gyakorlat már gyökeresen különbözik a múlt század első felének praxisától. A betegségek modern szemlélete tehát nem az őket jelölő szavakon, hanem a róluk való komplex, valamely aspektusra leegyszerűsítést kerülő gondolkodáson és az ennek megfelelő gyakorlaton múlik. A betegségek holisztikus szemlélete azok testi és lelki vonatkozásait nem vagyis, hanem is-is kérdésként értelmezi.

A meddőség biomedikális szemlélete

Az infertilitás orvosi megközelítése a meddőséget kizárólag szomatikus okokra visszavezetve, lineáris, ok-okozati sémában értelmezi (LAKATOS-PÁPAY-ÁDÁM-BALOG, 2014). Bár ez a szemlélet redukcionista tekinthető, a meddő párokkal kapcsolatba kerülő szakembereknek ugyanakkor érdemes tisztában lenniük a meddőségek leggyakoribb biomedikális előidézőivel (részletekért ld. például: KAÁLI-BERNARD-KOVÁCS, 2006). Becslések szerint az infertilitás 30–40%-a női, ugyanennyi férfi okokra vezethető vissza, 10–15%-ában mindkét fél érintett, 10–15%-a pedig tisztázatlan hátterű (SHARMA-KHINCHI-SHARMA-AGRAWAL-GUPTA, 2011).

A meddőség szociodemográfiai megközelítése

A terméketlenség szociológiai-demográfiai szemlélete a fertilitás idő- és térbeli változását és az ezzel összefüggő gazdasági és szociokulturális tényezőket írja le. Gyakran alkalmazza például az ún. teljes termékenységi arányszámot (TTA), mely Kapitány és Spéder egyszerűsített magyarázata szerint azt mutatja, hogy egy nő élete folyamán átlagosan hány gyermeket szülne, ha az adott évi gyermekvállalási viszonyok állandósulnának. Ez az érték Magyarországon egy évtizede 1,2–1,4 körül mozog, ami nem elég ahhoz, hogy a népesség újratermelje önmagát (KAPITÁNY-SPÉDER, 2018). Az ezt befolyásoló faktorok közül mind a nyugati államokban, mind Magyarországon jelentősnek tűnik, hogy első gyermekük vállalását a nők hajlamosak elhalasztani. A Hungarostudy országos reprezentatív kutatás 2013-as eredményei szerint a 30-35 éves gyermektelen magyar nők a kérdezés idejéhez képest átlagosan 3 év múlva szeretnék utódot (DUKAY-SZABÓ-ÁDÁM-SUSÁNSZKY-GYÖRFFY, 2013). A Központi Statisztikai Hivatal kutatási eredményei is azt mutatják, hogy az először szülő nők átlagéletkora 1988 és 2011 között majdnem öt évvel, a középfokú vagy annál magasabb végzettséggel rendelkezők körében pedig ennél is többen nőttek (KAPITÁNY-SPÉDER, 2015). Egyéb tényezők mellett egyfajta „reproduktív 22-es csapdája” is állhat fenn (DANILUK, 2015): egyfelől a társadalom elvárja a fiataloktól a felelős családalapítást – melynek része a továbbtanulással elérhető magasabb szocioökonomiai státusz –, másfelől ott a biológiai szorítás, hogy a reprodukciós potenciál

az idő múlásával csökken. Valóban: egy friss, populációalapú brit felmérésben a reprodukzív sikertelenség nagyobb valószínűséggel fordult elő a magasabb végzettségű / beosztású nők körében, ami összefüggött a partner későbbi megtalálásával és a kitolódó gyermekvállalással (DATTA és mtsai, 2016).

Mindazonáltal – és látszik, hogy a demográfiai szempontot a kép árnyalása érdekében máris az orvosi szemszöggel szükséges ötvözni –, a kor előrehaladtával mind a női, mind a férfi termékenység gyengül. Nőknél 35 éves kortól jelentősen csökken a tüszők száma a petefészekben, és nő a petesejtek kromoszóma-rendellenességeinek valószínűsége (FRITZ–JINDAL, 2018). Idősebb nőknél megnyúlik a teherbeesési szándék és annak megvalósulása közti idő, és csökken a magzat egészséges fejlődésének és normál születésének esélye (LIU és mtsai, 2011). Férfiaknál is csökken 34 éves kor fölött a spermiumok száma és motilitása, 40 éves kor fölött pedig a normál alakú spermiumok aránya és a spermakonzentráció (NIEDERBERGER, 2014). Fontos tehát, hogy a reprodukтивitás csökkenése biológiailag mindkét nemet érinti, és ennek jelentőségét mind pszichológiai, mind szociológiai szempontból a pár szintjén kell értékelnünk.

A meddőség hagyományos, pszichogén megközelítése

A pszichológiai vonatkozások szempontjából a meddőség többféle módon értelmezhető (LAKATOS és mtsai, 2014). Az ún. pszichogén betegségelmélet egyik első képviselője Franz Alexander (vagy inkább Alexander Ferenc magyar elmeorvos), a pszichoszomatika megalapítója, aki szerint az egyes vegetatív zavarokban szenvedő személyekben kirajzolódik egy jellegzetes pszichodinamikus konfiguráció vagy emocionális konstelláció. A reprodukciós nehézségek vonatkozásában ezt a pszichoanalitikus eredetű nézetrendszert épp egy nő, Helene Deutsch képviselte 1945-ben, de Alexander is külön – Therese Benedek által jegyzett – fejezetet szentelt alapművében a nemi szervrendszer működészavarainak (ALEXANDER, 1950). A vélt pszichés okok közt főként a nő anyasággal vagy szexualitással kapcsolatos tudattalan félelmei, szerepkonfliktusai és hárításai jelennek meg (DEUTSCH, 1945), valamint a gyermekkori kötődés bizonytalansága (JUSTO–MOREIRA, 2003), az anyával való viszony problematikussága (DAMANT, 2003), a sze-

mélyiség éretlensége (FASSINO és mtsai, 2002), a gyermekvállalás tudat alatti elutasítása (FORGÁCS–NÉMETH, 1995), vagy éppen a házassági diszharmonia (C. MOLNÁR, 2006).

A pszichogén modell képviselői azonban gyakran anekdotikus esetekre vagy módszertanilag megkérdőjelezhető vizsgálatokra alapozzák elméletüket, alig számolnak a férfioldallal, és adósak maradnak annak magyarázatával, hogy a megjelölt lelki tényezők pontosan milyen mechanizmuson keresztül hatnak a testi működésre (GREIL, 1997). Valójában a várandósságra nyitott személyek többségében ott a félelem, hogy meg tudnak-e majd felelni a szülőszerepnek, illetve milyen hatással lesz a utódlás a párkapcsolatra (WISCHMANN, 2003), ez az ambivalencia mégsem vezet termékenységi nehézségekhez (APFEL–KEYLOR, 2002). A pszichogén modellben született legtöbb eredmény nehezen általánosítható, bizonyítható, ellenőrizhető vagy ismételhető meg, így alig felel meg a tudományosság ismérveinek. Ennek ellenére ma is széles körben terjed, és fenntartásához a média, sőt, maga a szakma is hozzájárul (SZITA, 2017). Összességében valószínűleg nem zárhatjuk ki teljesen, hogy egyedi esetekben van igazság abban, amit a modell képvisel, de érdemes óvakodni a feltételezésekkel kongruens élettörténeti elemek oki tényezőként való értelmezésétől, valamint az általánosítástól. Ugyancsak kerülendő az áldozathibáztatás, vagyis annak sugalmazása, hogy a páciens „maga gyártja” vagy legalábbis „nem képes elengedni” azokat a vélt lélektani jelenségeket, melyek megbetegítették; ezzel csak növeljük a betegség amúgy sem elhanyagolható terhét.

Ahogy tehát mára már elavultnak tekinthető az a szemlélet, amely a meddőséget kizárólag biológiai okokra vezeti vissza, az is túlhaladott, amely csakis lelki tényezőkre redukálja. Alexander maga is megjegyezte, hogy az általa pszichoszomatikusként megjelölt betegségekben szenvedő, pszichoanalitikus kezelésben részesült betegek száma túl kicsi ahhoz, hogy az eredményekből statisztikailag releváns következtetéseket lehessen levonni. A pszichogén modell eluralkodása tehát nem annyira az eredeti szerzők nézeteinek, mint azok túlhangsúlyozásának tulajdonítható.

A meddőség biopszichoszociális szemlélete

A modern biopszichoszociális iskola megalkotója, Engel, már negyven évvel ezelőtt hangsúlyozta, hogy orvosi panasz esetén a gyógyítás akkor sikeres, ha fizikai, lelki és társas síkon egyaránt megnyilvánul (ENGEL, 1977). A termékenységi nehezítettség is-

kolapéldája a biopszichoszociális keretben szemlélhető jelenségeknek, hiszen miközben elsődlegesen fizikai akadályozottság formáját ölti, ugyanakkor jelentős intrapszichés vonatkozásai vannak, befolyásolja az egyén társas működését, sőt – mint az élet egyik „nagy kérdését”, egy új lény megfogantatását feszegető probléma – spirituális szinten is érinti a személyt. Engel már 1967-ben leírta, hogy ha valamely betegséget pszichoszomatikusnak tekintünk is, a jelző „nem foglal magában okságot, de még irányt sem, csak sokrétű kapcsolatot elme és test, pszichológiai és fizikai-szomatikus terminusokban megragadható jelenségek és folyamatok között. Legyen az alapmegközelítés epidemiológiai, szociológiai, pszichoanalitikus vagy éppen biokémiai, a *pszichoszomatikus* kifejezés beemelése nem szól másról, mint arról, hogy a figyelem középpontjában ez a bizonyos csatlakozó felület áll” (ENGEL, 1967: 6).

A meddőséghez hozzájárulható pszichés tényezők

Az infertilitás komplexitását pszichológiai faktorok is színezik. Vannak adatok arra, hogy a tartósan szorongó vagy depressziós nőknek nagyobb eséllyel lesznek reprodukciós problémáik. Összefüggést mutatott korábbi meddőségi problémákkal egy 10 847 amerikai nőt magában foglaló felmérésben a generalizált szorongás (KING, 2003), és egy reprezentatív (1 198 fős) finn női mintán a szorongásos zavarok és a disztímia is (KLEMETTI–RAITANEN–SIHVO–SAARNI–KOPONEN, 2010). Ugyanakkor egy 12 584 norvég nőt összefogó vizsgálatban a szorongás nem mutatott együttjárást korábbi reprodukciós nehézségekkel, a depresszió viszont igen (BIRINGER–HOWARD–KESSLER–STEWART–MYKLETUN, 2015). Egy magyar vizsgálatban is kisebb valószínűséggel vezetett élveszüléshez az asszisztált reprodukció a magasabb vonásszorongást mutató nők körében (PÁPAY, 2012). Mindazonáltal, a fenti eredmények korrelációs vizsgálatokból származnak, az ok-okozati összefüggés nem tekinthető bizonyítottnak.

A személyiségjellemzők és a meddőség összefüggéseire vonatkozó tudományos eredmények sem teljesen meggyőzőek. A legtöbb adat arról gyűlt össze, hogy a neuroticizmus mint személyiségjegyet befolyásolhatja az *in vitro* fertilizáció (IVF) sikerarányát (STENBAEK és mtsai, 2015; VOLGSTEN–EKSELIUS–POROMAA–SVANBERG, 2010), illetve súlyosbíthatja a sikertelen IVF-re adott negatív érzelmi reakciót (VERHAAK és mtsai,

2005). Van eredmény arról is, hogy funkcionális meddő nők körében alacsonyabb az együttműködés és az önirányítottság, valamint magasabb az ártalomkerülés, mint az organikus háttérűek közt (FASSINO és mtsai, 2002). Más vizsgálatok viszont nem találtak klinikailag szignifikáns különbséget szervi, illetve ismeretlen eredetű meddőséggel diagnosztizált nők (AISENBERG ROMANO és mtsai, 2012), illetve meddőség versus béranyaság miatt asszisztált reprodukcióban részt vevő nők (ASGARI-YAZDKHAST-NASR ESFAHANI, 2016) egyes személyiségjegyei között.

A pszichés tényezők közül, melyek a meddőséghez hozzájárulhatnak, a legjelentősebb szerepet ma már a krónikus stressznek tulajdonítják. Több évtizednek kellett eltelnie ehhez, miközben Selye János stressz kutatásai Alexander művének megjelenésével párhuzamosan zajlottak (LIPSITT, 2006). A stressz egyfelől hormonális úton – a HPA, illetve HPG tengelyeken át – direkt módon (FERIN, 2006), másfelől egészségkárosító magatartáshoz vezetve, közvetetten járulhat hozzá a reprodukív szervek alulműködéséhez. A dohányzás, a drog- és a fokozottabb alkoholhasználat, a testmozgás hiánya ugyanis növelni látszik az infertilitás veszélyét (SHARMA-BIEDENHARN-FEDOR-AGARWAL, 2013).

Az még nem teljesen világos, hogy a stressz hogyan függ össze az asszisztált reprodukció sikerességével. Két metaanalízis szerint a (di)stressz (MATTHIESEN-FREDERIKSEN-INGERSLEV-ZACHARIAE, 2011), valamint a depresszió és az állapot-szorongás (PUREWAL-CHAPMAN-VAN DEN AKKER, 2018) rontja, két másik szerint viszont nem befolyásolja az orvosi eljárások eredményességét (BOIVIN-GRIFFITHS-VENETIS, 2011; NICOLORO-SANTABARBARA-BUSSO-MOYER-LOBEL, 2018). Egy vizsgálatban a mesterséges megtermékenyítést közvetlenül megelőző vagy követő, ún. „epizodikus szorongás” jelezte előre a beavatkozás sikerességét vagy sikertelenségét (EUGSTER-VINGERHOETS-VAN HECK-MERKUS, 2004).

Összességében tehát a stresszt sem tekinthetjük mindenhatónak. Orvosi magyarázatok hiányában igen csábító a betegségállapotokat „fejben dől el” jelszóval a pszichológia területére száműzni (WILLIAMS-WILKINSON-STOTT-MENKES, 2008). Azonban a korábban lelki eredetűnek tekintett meddőségek túlnyomó többsége a diagnosztika technikai fejlődésével biológiailag indokoltnak bizonyult. Ez más betegségekkel is hasonlóképpen történt: miközben Alexander a gyomor- és nyombélfekélyt teljes egészében pszichoszomatikusnak tekintette, ma már azt is tudjuk, hogy patogenezisében a stressz mellett a *Helicobacter pylori* fertőzés is jelentős, bár nem kizárólagos szerepet játszik.

A meddőség cirkuláris szemlélete

A termékenységi nehézségek cirkuláris szemlélete szerint a meddőség – bármilyen háttérű legyen is – stresszt eredményez, ami visszahatva hozzájárulhat a fogamzási problémák fennmaradásához. Valóban: a nők a meddőség kiderülésekor nem feltétlenül mutatnak az átlagosnál több pszichiátriai szintű zavart (GREIL, 1997), később azonban akár a 40%-ot is elérheti körükben valamilyen pszichopatológia, leginkább a generalizált szorongás vagy hangulatzavarok (depresszió, disztímia) előfordulása (BECKER és mtsai, 2019).

A körkörös oksági viszony, bár tetszetős, bizonyítása igen nehéz. Ez nagy volumenű longitudinális vizsgálatot igényelne, melynek során egy kutatógárda reprezentatív mintán kezdene adatokat gyűjteni – még gyermekvállalási szándék előtt álló párokon –, időközönként rögzítené a fertilitási státuszra ható pszichológiai változókat, figyelemmel kísérné a kockázati hatásokat (például a stresszt és sok minden mást), és a háttérváltozók kiiktatása után megállapítaná, mennyire koherens mintázatban, milyen arányban és mekkora hatásmérettel járultak hozzá ezek a tényezők a fertilitás csökkenéséhez (VAN BALEN, 2002). Mindez olyan hatalmas apparátust igényelne, ami csak jelentős, valószínűleg állami szintű támogatással volna megvalósítható.

A meddőség pszichés következményszemlélete

Az infertilitással foglalkozó pszichológiai szakirodalomban a jelenleg legelterjedtebb, legtöbb bizonyítékot felvonultató megközelítés a pszichológiai következmény modell, mely a termékenységi nehézségek pszichés kihatásait veszi górcső alá. Ezek megnyilvánulhatnak az egyén intrapszichés, illetve a pár, a család, a barátok, a munkahelyi és egyéb közösségek interperszonális szintjén.

Pszichés következmények az egyén szintjén

Az individuum szempontjából tekintve, a meddők közt szignifikánsan magasabb arányban fordul elő a depresszió (BIENKOWSKI és mtsai, 2019) és a szorongás (KLEMETTI és mtsai, 2010), mint akár a termékenyek, akár az átlagnépesség körében. A kis számú eddigi hazai felmérés szerint ez Magyarországon sincs másként (CSEREPES–BUGÁN, 2015; LAKATOS–SZIGETI–UJMA–SEXTY–BALOG, 2017; SZIGETI F.–KONKOLY THEGE, 2012). A distressz háttérében a hónapról hónapra fokozódó csalódás és veszteségérzet, valamint a végleges gyermektelenséget előrevetítő jövőkép állhat. A meddőség okozatai közt szerepel még a frusztráció és a düh, a szégyen, a kontrollvesztettség, az önértékelés csökkenése és az identitásválság (COUSINEAU–DOMAR, 2007). A termékenységi problémák terhét növeli, ha az érintett a női nemhez tartozik, többszörös vetélést élt át, vagy egyáltalán nincs még gyermeke (elsődleges meddő) (ANTEQUERA JURADO–MORENO–ROSSET–JENARO RIO–ÁVILA ESPADA, 2008), de csökkenti, ha megfelelő megküzdési stratégiákkal rendelkezik (KRAAIJ, GARNEFSKI, SCHROEVERS, WEIJMER ÉS HELMERHORST, 2010). Az asszisztált reprodukció „érzelmi hullámvasútján” utazó személyekre a pszichés érintettség fokozottan érvényes (GREIL–MCQUILLAN–LOWRY–SHREFFLER, 2011), ami az eredménytelen kezelések nyomán tovább súlyosbodhat (MILAZZO és mtsai, 2016), a diagnózistól, a kezelés időtartamától, a beavatkozások fázisától, számától és sikerességétől függően (SZIGETI F.–PÁPAY–PERCZEL FORINTOS, 2015).

A nem kívánt gyermektelenség hat az érintettek spiritualitására, megkérdőjelezheti az élet értelmét (SU–CHEN–CHEN–YANG–HUNG, 2006). Az erősebb spirituális jóllét és hit csökkenti a meddőségi stresszt, bár a vallásos megküzdési minták közt negatív formákat is számon tartanak (DOMAR és mtsai, 2005). Akik a meddőség traumáját képesek úgy feldolgozni, hogy közben életüknek új értelmet találnak, és új célok mentén köteleződnek el, azok előtt megnyílik a személyes fejlődés, a poszttraumás növekedés útja (NAGY–PERCZEL FORINTOS, 2015).

Pszichés következmények társas és társadalmi szinten

A meddőség kihat az interperszonális kapcsolatokra is. A párok gyakran szexuális problémákkal küzdenek (MENDONÇA-ARRUDA-NOLL-CAMPOLI-AMARAL, 2017), és újra kell értelmezniük a párkapcsolatot, mely a meddőségi tapasztalat hatására általában megterhelődik, de időnként meg is erősödik (CSEREPES, 2012; PASCH-SULLIVAN, 2017). A család, barátok, kollégák részéről előfordulhat értetlenség, bagatellizálás, tapintatlanság, kéretlen tanácsadás, mely hosszú távon elszigetelődést (MINDES-INGRAM-KLIEWER-JAMES, 2003), a probléma eltitkolását idézi elő. Ugyanakkor a támogató társas kapcsolatok védő tényezőként jelennek meg a meddőségi stresszel szemben (SLADE-O'NEILL-SIMPSON-LASHEN, 2007). A fejlett ipari társadalmakban a meddőség rejtett stigmaként (PACHANKIS, 2007), a hagyományos, patriarchális, pronatalista közösségekben pedig társas fogyatékkosággént jelenik meg (REMENNICK, 2000), mely külön terhet ró a párok életére.

Pszichológiai segítségnyújtás meddőséggel küzdők számára

A szakirodalomban konszenzus uralkodik arról, hogy a meddőséggel járó stresszt és lehangoltságot fontos csökkenteni. A nyugati országok érvényes protokolljai szerint az asszisztált reprodukcióban részt vevő, vulnérabilisabb egyének számára fel kell ajánlani a pszichoszociális támogatás lehetőségét (GAMEIRO és mtsai, 2015). A meddőségi konzultáció speciális képzettséget kívánó, multidimenzionális folyamat, melynek célja az érzelmi támasznyújtás, edukáció a meddőségi élethelyzet és a kezelések pszichés kihívásairól, valamint a lelkiileg sérülékenyebb csoport kiszűrése és kiemelt támogatása (PÁPAY, 2015a).

A termékenységi nehézségekkel szembesülők pszichés megsegítésére széles terápiás eszköztár létezik, mely kombinációban is jól alkalmazható (részletesebben ld. PÁPAY, 2015b). Szisztematikus összefoglaló tanulmányok és metaanalízisek bizonyították, hogy a pszichoszociális beavatkozások csökkenthetik a meddőséggel járó negatív érzelmi állapotokat (BOIVIN, 2003; DE LIZ-STRAUSS, 2005), és növelhetik a teherbeesés valószínűségét (HÄMMERLI-ZNOJ-BARTH, 2009). Egy metaanalízis szerint (FREDERIKSEN-FARVER-VESTERGAARD-SKOVGARD-INGERSLEV-ZACHARIAE, 2015) a

kognitív viselkedésterápia és az ún. Mind/Body, azaz a pszichés és testi működést egyaránt célzó módszerek (CHAN-NG-CHAN-HO-CHAN, 2006; DOMAR és mtsai, 2011; GALHARDO-CUNHA-PINTO-GOUVEIA, 2013) bizonyultak leghatásosabbnak (*evidence-based*), de a támogató csoportok eredményessége is bizonyított.

Magyarországon az asszisztált reprodukció nemzetközi összehasonlításban jelentős mértékű állami támogatásban részesül, a biomedikális segítség tehát egyre többek számára elérhető. Pszichoszociális vonalon azonban a helyzet nem ennyire kedvező. Miközben az egészségügyi tevékenységek minimumfeltételei előírják, hogy egyes szomatikus osztályokon rendelkezésre álljon a klinikai vagy egészségpszichológus, a szülészeti-nőgyógyászati – így az asszisztált reprodukciós osztályok is – kimaradtak az előírásból. A pszichológiai támogatás nyújtása egyelőre hiányzik a hazai irányelvekből is (*Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium*, 2010).

A meddőség korszerű ellátásában akkor járunk el etikusan, ha 1. szemléletileg a test-lélek dualizmust, a funkcionális / organikus megkülönböztetést meghaladva, mindennemű pszichologizálást kerülünk; 2. gyakorlatilag pedig komplex, minden oldalról közelítő biopszichoszociális program mentén dolgozunk. Mindez a pszichológiai ellátás ésszerű keretek közt zajló, de a mainál szélesebb körű, lehetőleg államilag finanszírozott bevezetését kívánna a meddőséget gyógyító egészségügyi intézményekbe. A belső konfliktusokra, a gyermekvállalással szembeni ambivalenciákra fókuszáló egyéni terápiák időigényesek, így közfinanszírozásban kevésbé valósíthatók meg. Érdemes tehát előnyben részesíteni a csoportos tanácsadást, mely a stresszkezelést, a meddőségi helyzettel való adaptívabb megküzdést és a termékenység szempontjából egészségesebb életmód elősegítését célozza meg, természetesen önkéntes részvétellel. A tudomány mai állása szerint ezzel járulunk leginkább hozzá, hogy a kívánt és tervezett gyermekek a fogamzási nehezítettséggel küzdők körében is megszülessenek.

Mindaddig, míg a magyar egészségügy felkészül e nagy kihívásra – bár egyes intézmények szintjén már ma is látható erre irányuló törekvés –, mikroszinten is nyújtható lelki támogatás az akaratukon kívül gyermektelen személyek számára. Szép példája ennek az Apor Vilmos Katolikus Főiskola Anna–Joachim Programja, mely e kötet megjelenéséhez is inspirációt adott.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Hálával tartozom *dr. Nagy Beáta Magda* klinikai szakpszichológusnak, *dr. Sexty Réka* pszichológusnak és *Szita Bernadett* klinikai szakpszichológusnak e tanulmány előző változatához fűzött értékes észrevételeikért.

IRODALOM

- AISENBERG ROMANO, G. – RAVID, H. – ZAIG, I. – SCHREIBER, S. – AZEM, F. – SHACHAR, I. – BLOCH, M. (2012): The psychological profile and affective response of women diagnosed with unexplained infertility undergoing in vitro fertilization. *Archives of Women's Mental Health*, 15(6): 403–411. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0299-6>
- ALEXANDER, F. (1950): *Psychosomatic Medicine, Its Principles and Applications*. W. W. Norton and Co., New York.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association, Washington (DC).
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association, Washington (DC).
- ANTEQUERA JURADO, R. – MORENO-ROSSET, C. – JENARO RIO, C. – ÁVILA ESPADA, A. (2008): Principal psychological disorders associated with infertility. *Papeles Del Psicólogo*, 29(2): 167–175.
- APFEL, R. J. – KEYLOR, R. G. (2002, February 1): Psychoanalysis and infertility: Myths and realities. *International Journal of Psychoanalysis*, 83: 85–103. <https://doi.org/10.1516/0020757021601702>
- ASGARI, N. – YAZDKHASTI, F. – NASR ESFAHANI, M. H. (2016): Investigation of personality traits between infertile women submitted to assisted reproductive technology or surrogacy. *International Journal of Fertility and Sterility*, 10(1): 94–104. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2016.4774>
- BECKER, M. A. – CHANDY, A. – MAYER, J. L. W. – SACHDEVA, J. – ALBERTINI, E. S. – SHAM, C. – WORLEY, L. L. M. (2019): Psychiatric aspects of infertility. *American Journal of Psychiatry*, 176(9): 765–766. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.176702>

- BERNARD A. – KRIZSA F. (2006): A meddőségről általában. In: *A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése*. Szerk. Kaáli S. G., Bernard A. és Kovács P. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 13–23.
- BIENKOWSKI, C. – KOWALCZYK, M. – ZASADZINSKI, K. – GOLIK, A. – KACPERCZYK-BARTNIK, J. – BARTNIK, P. ... ROMEJKO-WOLNIEWICZ, E. (2019): The relationship between fertility disorders and depression in women – review. *MEDtube Science*, VII(2): 20–23.
- BIRINGER, E. – HOWARD, L. M. – KESSLER, U. – STEWART, R. – MYKLETUN, A. (2015): Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(2): 38–45. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.992411>
- BOIVIN, J. (2003): A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science and Medicine*, 57(12): 2325–2341. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00138-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00138-2)
- BOIVIN, J. – BUNTING, L. – COLLINS, J. A. – NYGREN, K. G. (2007): International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6): 1506–1512. <https://doi.org/10.1093/hum-rep/dem046>
- BOIVIN, J. – GRIFFITHS, E. – VENETIS, C. A. (2011): Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: Meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*, 342(feb23 1), d223–d223. <https://doi.org/10.1136/bmj.d223>
- C. MOLNÁR E. (2006): Reprodukciós zavarok. In: *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Szerk. C. Molnár E., Füredi J. és Papp Z. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 145–150.
- CHAN, C. H. Y. – NG, E. H. Y. – CHAN, C. L. W. – HO – CHAN, T. H. Y. (2006): Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: A randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 85(2): 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.07.1310>
- COUSINEAU, T. M. – DOMAR, A. D. (2007): Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2): 293–308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- CSEREPES R. E. (2012): A reprodukciós zavar okozta stressz a párok kapcsolatában. In: *Tavaszi szél 2012. Konferenciakötet*. Szerk. Fülöp P. Doktoranduszok Országos Szövetsége, Budapest. 288–294.
- CSEREPES, R. E. – BUGÁN, A. (2015): [Impact of depressive symptomatology in Hungarian infertile couples]. *Psychiatria Hungarica*, 30(1): 50–59. Letölthető: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25867888>

- DAMANT, B. (2003): *The Body Speaks: Psychogenic Infertility, Femininity and Life Scripts*. Submitted in Partial Fulfilment of the Requirements for the Degree D LITT ET PHIL (PSYCH) in Psychology. Rand Afrikaans University, Johannesburg.
- DANILUK, J. C. (2015): "Sleepwalking into infertility": The need for a gentle wake-up call. *The American Journal of Bioethics*, 15(11): 52–54.
- DATTA, J. – PALMER, M. J. – TANTON, C. – GIBSON, L. J. – JONES, K. G. – MACDOWALL, W. ... WELLINGS, K. (2016): Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, 31(9): 2108–2118. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew123>
- DE LIZ, T. M. – STRAUSS, B. (2005): Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20(5): 1324–1332. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh743>
- DEUTSCH, H. (1945): *The Psychology of Women*. Grune & Stratton, New York.
- DOMAR, A. D. – PENZIAS, A. – DUSEK, J. A. – MAGNA, A. – MERARIM, D. – NIELSEN, B. – PAUL, D. (2005): The stress and distress of infertility: Does religion help women cope? *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 3(2): 45–51.
- DOMAR, A. D. – ROONEY, K. L. – WIEGAND, B. – ORAV, E. J. – ALPER, M. M. – BERGER, B. M. – NIKOLOVSKI, J. (2011): Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertility and Sterility*, 95(7): 2269–2273. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.03.046>
- DUKAY-SZABÓ S. – ÁDÁM S. – SUSÁNSZKY A. – GYÖRFFY Z. (2013): Gyermekvállalás fiatal felnőttek körében: vágyak kontra tények. In: *Magyar lelkiállapot 2013*. Szerk. Susánszky É. és Szántó Z. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest. 227–244.
- ENGEL, G. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286): 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- ENGEL, G. L. (1967): The concept of psychosomatic disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(1): 3–9. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90051-7](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90051-7)
- EUGSTER, A. – VINGERHOETS, A. J. J. M. – VAN HECK, G. L. – MERKUS, J. M. W. M. (2004): The effect of episodic anxiety on an in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1): 57–65. <https://doi.org/10.1080/01674820410001737441>
- FASSINO, S. – GARZARO, L. – PERIS, C. – AMIANTO, F. – PIERÒ, A. – ABBATE DAGA, G. (2002): Temperament and character in couples with fertility disorders: A double-blind, controlled study. *Fertility and Sterility*, 77(6): 1233–1240. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)03115-1](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)03115-1)
- FERIN, M. (2006): Stress and the reproductive system. In: *Knobil and Neill's Physiology of Reproduction*. Szerk. J. D. Neill, T. M. Plant, D. W. Pfaff, J. R. G. Challis, D. M. de

- Kretser, J. S. Richards és P. M. Wassarman. Third Edition. Elsevier, New York. 2627–2696.
- FORGÁCS A. – NÉMETH M. (1995): Has vagy gólya? A meddőség transzperszonális vonatkozásai. *Thalassa*, 6(1–2): 203–212.
- FREDERIKSEN, Y. – FARVER-VESTERGAARD, I. – SKOVGARD, N. G. – INGERSLEV, H. J. – ZACHARIAE, R. (2015): Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1): e006592–e006592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>
- FRITZ, R. – JINDAL, S. 2018, December 11: Reproductive aging and elective fertility preservation. *Journal of Ovarian Research*, 11: 66. <https://doi.org/10.1186/s13048-018-0438-4>
- GALHARDO, A. – CUNHA, M. – PINTO-GOUVEIA, J. (2013): Mindfulness-Based Program for Infertility: Efficacy study. *Fertility and Sterility*, 100(4): 1059–1067. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.05.036>
- GAMEIRO, S. – BOIVIN, J. – DANCET, E. – DE KLERK, C. – EMERY, M. – LEWIS-JONES, C. ... VERMEULEN, N. (2015): ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction — A guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11): 2476–2485. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- GREIL, A. L. (1997): Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45(11): 1679–1704. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00102-0)
- GREIL, A. L. – MCQUILLAN, J. – LOWRY, M. – SHREFFLER, K. M. (2011): Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine*, 73(1): 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.023>
- HÄMMERLI, K. – ZNOJ, H. – BARTH, J. (2009): The efficacy of psychological interventions for infertile patients: A meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction Update*, 15(3): 279–295. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp002>
- JUSTO, J. M. R. M. – MOREIRA, J. M. (2003): Attachment style and infertility of unknown biological cause: An elusive relationship? *17th International Conference of the European Health Psychology Association, Kos, Greece, September 24-27, 2003*. Letöltés: https://www.researchgate.net/profile/Joao_Moreira2/publication/228606594_Attachment_style_and_Infertility_of_Unknown_Biological_Cause_An_elusive_relationship/links/02e7e51efd5f14e037000000.pdf (Utolsó megtekintés: 2020. 09. 15.)

- KAÁLI S. G. – BERNARD A. – KOVÁCS P. (2006, szerk.): *A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- KAPITÁNY B. – SPÉDER Z. (2015): Gyermekvállalás. In: *Demográfiai portré*. Szerk. Monostori J., Óri P. és Spéder Z. KSH Népegésztudományi Kutatóintézet, Budapest. 41–56.
- KAPITÁNY B. – SPÉDER Z. (2018): Gyermekvállalás. In: *Demográfiai portré*. Szerk. Monostori J., Óri P. és Spéder Z. KSH Népegésztudományi Kutatóintézet, Budapest. 46–64.
- KING, R. B. (2003): Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Social Science and Medicine*, 56(4): 739–751. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00069-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00069-2)
- KLEMETTI, R. – RAITANEN, J. – SIHVO, S. – SAARNI, S. – KOPONEN, P. (2010): Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(5): 677–682. <https://doi.org/10.3109/00016341003623746>
- Központi Statisztikai Hivatal (2015): *Magyarország, 2014*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- KRAAIJ, V. – GARNEFSKI, N. – SCHROEVERS, M. J. – WEIJMER, J. – HELMERHORST, F. (2010): Cognitive coping, goal adjustment, and depressive and anxiety symptoms in people undergoing infertility treatment. *Journal of Health Psychology*, 15(6): 876–886. <https://doi.org/10.1177/1359105309357251>
- LAKATOS E. – PÁPAY N. – ÁDÁM S. – BALOG P. (2014): Paradigmák a meddőség értelmezésében. *Pszichológia*, 34(3): 261–287.
- LAKATOS, E. – SZIGETI, J. F. – UJMA, P. P. – SEXTY, R. – BALOG, P. (2017): Anxiety and depression among infertile women: A cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, 17(1): 48. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>
- LIPSITT, D. R. (2006): Psychosomatic medicine: History of a „new” specialty. In: *Psychosomatic Medicine*. Szerk. M. Blumenfeld és J. J. Strain. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 3–20.
- LIU, K. – CASE, A. – Reproductive Endocrinology and Infertility Committee (2011): Advanced reproductive age and fertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(11): 1165–1175. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35087-3](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35087-3)
- MATTHIESEN, S. M. S. – FREDERIKSEN, Y. – INGERSLEV, H. J. – ZACHARIAE, R. (2011): Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): A meta-analysis. *Human Reproduction*, 26(10): 2763–2776. <https://doi.org/10.1093/humrep/der246>
- MENDONÇA, C. R. DE – ARRUDA, J. T. – NOLL, M. – CAMPOLI, P. M. DE O. – AMARAL, W. N. DO. (2017): Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Europe an Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 215: 153–163. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.013>
- MILAZZO, A. – MNATZAGANIAN, G. – ELSHAUG, A. G. – HEMPHILL, S. A. – HILLER, J. E. – Astute Health Study Group (2016): Depression and anxiety outcomes associated with

- failed assisted reproductive technologies: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 11(11): e0165805. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165805>
- MINDES, E. J. – INGRAM, K. M. – KLIEWER, W. – JAMES, C. A. (2003): Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Social Science and Medicine*, 56(10): 2165–2180. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00221-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00221-6)
- NAGY B. M. – PERCZEL FORINTOS D. (2015): A meddőség mint trauma és a növekedés lehetőségei. In: *Reproduktív egészségpszichológia*. Szerk. Pápay N. és Rigó A. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 275–296.
- NICOLORO-SANTABARBARA, J. – BUSO, C. – MOYER, A. – LOBEL, M. (2018): Just relax and you'll get pregnant? Meta-analysis examining women's emotional distress and the outcome of assisted reproductive technology. *Social Science and Medicine*, 213: 54–62. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.033>
- NIEDERBERGER, C. (2014, October): Age thresholds for changes in semen parameters in men. *Journal of Urology*, 191: 1356. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.02.025>
- PACHANKIS, J. E. (2007): The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133(2): 328–345. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.328>
- PÁPAY N. (2012): *A reproduktív egészség és a termékenységi problémák pszichoszociális kontextusa. Doktori disszertáció*. Eötvös Loránt Tudományegyetem, Budapest.
- PÁPAY N. (2015a). Pszichológiai segítségnyújtás az asszisztált reprodukciós kezelés során. In: *Reproduktív egészségpszichológia*. Szerk. Pápay N. és Rigó A. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 317–327.
- PÁPAY N. (2015b): Terápiás lehetőségek termékenységi problémákban. In: *Reproduktív egészségpszichológia*. Szerk. Pápay N. és Rigó A. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 297–315.
- PASCH, L. A. – SULLIVAN, K. T. (2017): Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13: 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.07.004>
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2008): Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertility and Sterility*, 89(6): 1603. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.03.002>
- PUREWAL, S. – CHAPMAN, S. C. E. – VAN DEN AKKER, O. B. A. (2018): Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: A meta-analysis. *Reproductive BioMedicine Online*, 36(6): 646–657. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.03.010>
- REMENNICK, L. (2000): Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles*, 43(11/12): 821–841. <https://doi.org/10.1023/A:1011084821700>

- SHARMA, R. – BIEDENHARN, K. R. – FEDOR, J. M. – AGARWAL, A. (2013): Lifestyle factors and reproductive health: Taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 11(1): 66. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-11-66>
- SHARMA, S. – KHINCHI, M. P. – SHARMA, N. – AGRAWAL, D. – GUPTA, M. K. (2011): Female infertility: An overview. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 2(1): 1–12. [https://doi.org/10.13040/IJPSR.0975-8232.2\(1\).01-12](https://doi.org/10.13040/IJPSR.0975-8232.2(1).01-12)
- SLADE, P. – O'NEILL, C. – SIMPSON, A. J. – LASHEN, H. (2007): The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22(8): 2309–2317. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem115>
- STENBAEK, D. S. – TOFTAGER, M. – HJORDT, L. V. – JENSEN, P. S. – HOLST, K. K. – BRYNDORF, T. ... FROKJAER, V. G. (2015): Mental distress and personality in women undergoing GnRH agonist versus GnRH antagonist protocols for assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 30(1): 103–110. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu294>
- SU, T.-J. – CHEN, Y.-C. – CHEN, H.-F. – YANG, Y.-S. – HUNG, Y.-T. (2006): Factors related to meaning of life in Taiwanese women treated with in vitro fertilization. *Journal of the Formosan Medical Association*, 105(5): 404–413. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(09\)60137-6](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(09)60137-6)
- SZIGETI F. J. – KONKOLY THEGE B. (2012): A meddőség pszichés velejároi egy hazai pilot-vizsgálat kapcsán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(4): 713–731. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.67.2012.4.5>
- SZIGETI F. J. – PÁPAY N. – PERCZEL FORINTOS D. (2015): Az asszisztált reprodukció pszichológiai kihívásai. In: *Reproduktív egészségpszichológia*. Szerk. Pápay N. és Rigó A. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 247–273.
- SZITA B. (2017): Tények és tévhitek a terméketlenség pszichés vonatkozásairól. In: *Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság 25 éve jubileumi kongresszusa*. Szerk. Szeverényi P. és Hagymásy L. MAPSZIG, Székesfehérvár. 47.
- Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium (2010): Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Meddőség ellátásról – asszisztált reprodukcióról – In Vitro Fertilizációról (1. módosított változat). *Hivatalos Értesítő. A Magyar Közlöny Melléklete*, XIII(30): 6467–6478.
- VAN BALEN, F. (2002): The psychologization of infertility. In: *Infertility around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. Szerk. M. C. Inhorn és F. van Balen. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London. 79–98.
- VERHAAK, C. M. – SMEENK, J. M. J. – EVERS, A. W. M. – VAN MINNEN, A. – KREMER, J. A. M. – KRAAIMAAT, F. W. (2005): Predicting emotional response to unsuccessful fertility

- treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(2): 181–190. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-3667-0>
- VOLGSTEN, H. – EKSELIUS, L. – POROMAA, I. S. – SVANBERG, A. S. (2010): Personality traits associated with depressive and anxiety disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(1): 27–34. <https://doi.org/10.3109/00016340903447396>
- WILLIAMS, N. – WILKINSON, C. – STOTT, N. – MENKES, D. B. (2008): Functional illness in primary care: Dysfunction versus disease. *BMC Family Practice*, 9(1): 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-30>
- WISCHMANN, T. H. (2003): Psychogenic Infertility – Myths and Facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20(12): 485–494. <https://doi.org/10.1023/B:JARG.0000013648.74404.9d>
- ZEGERS-HOCHSCHILD, F. – ADAMSON, G. D. – DYER, S. – RACOWSKY, C. – DE MOUZON, J. – SOKOL, R. ... VAN DER POEL, S. (2017): The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and Sterility*, 108(3): 393–406. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005>