

Az integratív csoportos kezelés hatása a termékenységre

A GyereBaba Program hatásvizsgálata

BEVEZETÉS

„Ki miben hisz, abban üdvözülni”

Az ember test-lélek-szellem egysége, a testi és lelki történések állandó kölcsönhatásban vannak egymással. A tudat – a gondolatokon és érzéseken keresztül – hat a testi működésre, jelentős mértékben befolyásolja a fiziológiai folyamatokat, segítheti a szervi funkciók normalizálását, ugyanakkor a tünetek is visszahatnak a tudati állapotra, specifikus érzéseket, gondolatokat generálnak.

A „személyiség egy zseni, mindent megtesz annak érdekében, hogy a szervezet egyensúlyát fenntartsa, a kisebb »rossz« elvén működik”. (Dr. Lux Elvira¹, személyes közlés.) Előfordulhat, hogy tudattalanul a gyermekvállalás nagyobb „kockázatot” jelent a személyiség számára, mint a betegség okozta kellemetlenség vagy fájdalom, ilyenkor – bármennyire is ellentmondásos – az adott tünet az „én” védelmének szolgálatában áll.

A reprodukciós nehézségek sokszor átmenetiek, a szimptomák többnyire jelzések, amelyek a változtatás irányába vihetik azt, aki meghallja a tünetek figyelmeztető hangját és megfejti kódolt „üzenetüket”.

Vagyis a meddőség nem diagnózis, nem megváltoztathatatlan állapot, hanem tünetegyüttes. Ha a terméketlenséget a szervezet, illetve ezen belül a reprodukciós rendszer egyensúlyának megbillenése okozza, akkor ennek az egyensúlynak a visszaállítása a cél. Nem pusztán tüneti kezelés segítségével, hanem az okok feltárásából kiindulva.

¹ Dr. Lux Elvira 1968 óta kezelt funkcionálisan meddő párokat az I. számú Női Klinikán, csak a közvetlen visszajelzések szerint több mint 500 baba fogant és született meg segítségével. Az általa létrehozott szervezet, a Lux Baba Alapítvány.

A GYEREBABA PROGRAM

A Lux Baba Alapítvány a meddőség pszichés okainak feltárását, a kiegyensúlyozott pszichés állapot, a lelki egészség és stabilitás megteremtését szolgáló egyéni és csoportos, pszichológiai támogatást nyújtó közhasznú alapítvány. A 2014-től működő szervezet azokat a személyeket, párokat szólítja meg, akik a sikeres családalapítás előtt állnak, azonban esetükben a meddőség pszichés és / vagy testi okok miatt a gyermekáldás késik. A GyereBaba Program a termékenységet segítő, összetett módszeren alapszik. Lényege az az integratív technika, amelyben dr. Lux Elvira adjunktus klinikai szemlélete és gyakorlata sok más, termékenységet fokozó módszerrel bővül. A közvetlen visszajelzések alapján több mint 500 baba fogant és született meg a Lux-módszer segítségével. A GyereBaba Program sikerrátája 55% felett van.

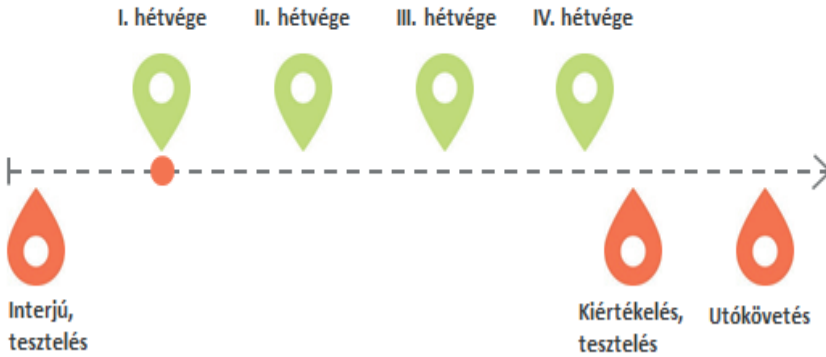
Koncepció, struktúra

Az időszakos terméketlenség kezelésének lehetőségei közül hatékonyságát tekintve kiemelkedik a GyereBaba Program 60 órás tanfolyama.

Az első fázis során a három előzetes találkozáskor a szupportív interjú (két egyéni, egy páros) fókuszában a termékenységi anamnézis áll. Ekkor történik a papír-ceruza tesztek kitöltése, melyeket a negyedik hétvége zárásakor újra felvesszünk, hogy mérjük az elmozdulásokat.

Ha a megelőző interjúkat nem számítjuk, akkor egy-egy csoporttal négy hónapon keresztül egy-egy hétvégét dolgozunk együtt. Mindegyik hétvége önálló modul, külön tematikai egység, azonban a folyamatba ágyazottan egymással is összefüggnek. A négyszer két nap alatt (ez összesen 60 óra) minimum 10, maximum 14 fős zárt csoportban folyik a munka.

Az utolsó hétvégét követően fél év múlva, majd egy év múltán találkozunk a résztvevőkkel, utókövetéses formában.



1. ábra. A GyereBaba Program felépítése

Módszerek, eszközök

Az általunk kidolgozott GyereBaba Program² fő iránya a reprodukciós egészség helyreállítása az egyén és a pár jóllétének megteremtésén keresztül.

Mit jelent, hogy integratív a Program? Szemléletében és módszertanában egyaránt összetett. Meghatározott tematika és struktúra mentén egyszerre gyakorolhatást a testre, az érzelmekre és a gondolatokra. Ennek érdekében kognitív és kognitív viselkedésterápiás módszereket, pszichoedukatív elemeket, lazító és termékenységet fokozó, a testre közvetlenül ható gyakorlatokat, valamint mozgásos, relaxációs és imaginációs technikákat alkalmazunk. Az alternatív egészségmegőrző módszerekkel, illetőleg a táplálkozástudomány vonatkozó eredményeivel is megismertetjük a résztvevőket.

² A GyereBaba Program, eredetileg Lux Baba Program 2015 óta nyújt segítséget a terméketlenséggel küzdő pároknak.

A tréningelemek, kiscsoportos játékok révén konstruktív módon fejlődnek a coping-mechanizmusok. A többféle hatékony megküzdési mód közül kiválasztható a leginkább személyre szabott technika.

Mindezekkel párhuzamosan folyik a tünetek háttérben rejlő mélyebb, rejtett lelki konfliktusok feltárása, tudatosítása, majd feloldása.

Azt érzékeljük, hogy legfőképp nem a kogníció területén vannak a gócok. Ritkán találkozunk torzításokkal, túlzóan negatív hiedelmekkel. Az eddigi tapasztalatok alapján a leginkább érintett terület az érzelmek síkja.

A leghatásosabban a nonverbális gyakorlatokkal tudjuk azokat az elakadásokat kezelni, amelyek a preverbális időszakhoz köthetők. A mozgásos feladatok, az érintés, a hosszan kitartott szemkontaktus, összességében a bodywork részek – amelyek messze túl vannak a komfortzónán – nagy változásokat generálnak, mély felismeréseket hoznak. A konfliktusok kezelésére, a szocializációs problémák megoldására használunk pszichodramatikus elemeket is, a nézőpontváltás az empátiát is fokozza.

A csoportos támogatás mint hatótényező

A csoport olyan támogató közeg, ahol nem pusztán arra nyílik lehetőség, hogy kipróbáljunk olyan eszközöket, amelyeket a hétköznapi életben vagy az egyéni folyamatokban nincs mód alkalmazni, hanem arra is ad teret, hogy az egyénben és csoportban zajló lelki történések elmélyüljenek, egészen új élményvilág nyíljon meg. A verbalitás mellett fontos teret kap a cselekvés, lehetőség van a valóság újragondolására, újrakonstruálására.

Lehet szabad utat engedni az érzelmeknek, az érzelemkifejezésnek, hiszen mindenki érti és átérzi a másik problémáját. A lelki teher megosztható.

A csoport úgy is kapcsolódik az anyaság, illetőleg a meddőség témaköréhez, hogy ebben a védett közegben a csoport anyai visszajelző funkciót tölt be, az egymásra való reflektálás, tükrözés segítségével az elfogadás és figyelem megélése révén az egyén képes azokat a hiányokat pótolni, amelyek gyermekkorban gyökereznek és a jelenig hatnak. Az elakadások tudatosításával és megszüntetésével lehetővé válik a mindennapok harmonikusabb, örömtelibb megélése, ami természetesen közelebb visz a fogantatáshoz, a vágyott baba érkezéséhez.

A coping mechanizmusai közül az egyik lehetőség a megbirkózásra a társas támogatás.

A GyereBaba Program indulása előtt mégis merültek fel kételyek azzal kapcsolatban, hogy vajon a meddőség témája behozható-e csoportba, nem fogják-e az érintettek úgy gondolni, hogy „elég az én bajom, nem kívánom a másik ember terhét is magamra vállalni”. Ezek a kétségek az eddigi megerősítő tapasztalatok nyomán szertefoszlottak. Azt találtuk, hogy a csoportos kezelésben a csoport (nagy család) támogató ereje segíti a résztvevőket. A negatív, de a pozitív érzelmek megosztása is már önmagában terápiás hatású. A csoport kreatív energiái a problémamegoldáshoz is közelebb vihetnek. A hatékonyságot fokozza, hogy a párok együtt dolgozhatnak a probléma feltárásában és megoldásában.

A folyamat csoportos formája ellenére személyesek a megoldások: a sokféle megküzdési technika elsajátítása lehetővé teszi, hogy mindenki a magának legjobban megfelelő megoldást válassza.

A „közös”-ségben barátságok szövődnek, az önbizalmat erősíti az a tapasztalat, hogy a csoportban megismert terméketlenségben érintett csoporttagok valamennyien nagyszerű emberek, azt tükrözik vissza, hogy a meddőség semmiképp sem a csökkentértékűség stigmája.

A párkapcsolati dinamika a termékenységi csoportban

A meddőség párkapcsolati krízishelyzet, olyan paranormatív krízis, amely súlyos érzelmi terheket ró nem pusztán az egyénre, hanem a párra is. Nehezíti a helyzetet, hogy a küzdelem időtartama előre nem bejósolható, a bizonytalanság pedig a stresszt és a szorongást fokozza. Az érintettek legtöbbször büntudatról, alkalmatlanságérzésről, elszigeteltségről, kontrollvesztésről számolnak be.

Megterheli a párkapcsolatot a hibáztatás, a veszteségek nyomán a gyász, valamint annak feldolgozása, amelynek eltérő lehet a tempója a pár tagjainál, különbözhet a megküzdés módja és eszköztára is.

A termékenységi problémák kihatnak a szexuális életre, a szexualitásban jelentkező meddőségi krízis pedig visszahat a párkapcsolati elégedettségre.

A GyereBaba Program alapvetően pároknak nyújt csoportos lehetőséget a meddőségi problémák kezelésében, a vizsgált 166 főből 152-en párban vettek részt. A közös ügyért, a babáért a pár tagjai ketten együtt tudnak igazán tenni.

A hozzánk forduló párok elkötelezettek egymás iránt, szubjektív beszámolóik alapján elégedettek a kapcsolatukkal, az első interjúk szcenikus elemei is alátámasztják ezeket a verbális közléseket.

A párok többsége a nők kezdeményező keresésének eredményeképpen jelentkezik a Programra. Bár a férfiak – kevés kivétellel – a társuk „kedvéért” vállalják a csoportban való részvételt, mégis a folyamatban aktívan, nagy lelkesedéssel vannak jelen. A férfiak „közösségében” megszületik az a felismerés, hogy vannak tipikus férfi problémák, mások is hasonló nehézségekkel küzdenek, van megoldás, és léteznek eszközök, amelyek megtanulhatóak és alkalmazhatóak. A férfiaknak nem kell a tehetetlenség érzésével küzdeni (mint például az orvosi beavatkozás során), hanem ők is tevékeny részesei lehetnek a folyamatnak, megtapasztalják, hogy mennyire jó, hogy tudják egymást támogatni ebben a nehéz, megterhelő helyzetben.

A hölgyek megélhetik azt, hogy a párjuk jelenléte biztonságot ad. A közös munka növeli a bizalmat, erősíti a fontosság tudatát, az érzelmi kötődést. Az együtt töltött minőségi idő megerősíti a kapcsolatot, a résztvevők mélyebben megismerik egymást már csak azért is, mert a gyakorlatok során egészen más fényszögből látják a társukat.

A GyereBaba Program során külön modul / tematikai blokk, egy teljes hétvége szól a párkapcsolat témájáról, azon belül is a kommunikáció, az intimitás és a szexualitás témaköreiről.

A hétvégüket követő írásos formában adott anonim visszajelzésekben és a Program végén az értékelő beszélgetésekben a párkapcsolatok megerősödéséről számolnak be a résztvevők. Kiemelik, hogy az alkalmazott gyakorlatok a hétköznapi feszültségeket oldják, az elmélyülő önismeret, a megküzdés tanult módszerei, a nézőpontváltás képessége, az empátia mélyülése minőségi változásokat hoz az amúgy is erős kötelékben. Előrevívó változásként élik meg a leválást a születési családról, a kiállást a megszületett vagy éppen születendő „kiscsaládjukért”.

KUTATÁS

Célkitűzések, hipotézisek

Az eddigi rendelkezésre álló ismereteink szerint Magyarországon elsők között dolgoztunk ki és alkalmaztunk a probléma kezelésére olyan páros, csoportos integratív programot, amely a terméketlenség háttérben húzódó okok feltárására, illetve problémamegoldó segítségnyújtásra is fókuszál.

A GyereBaba csoportok hatékonyságát már korábban is mértük. Az első hat csoport eredményeit Kéri Ibolya (*Kéri, Bátonyi & Soponyai-Nagy, 2020*) mutatta be 2020-ban. A 40 pár eredményeit feldolgozó, a *Magyar Nőorvosok Lapjában* publikált kutatás a BDI és a STAI be- és kimeneti értékeit összehasonlítva azt igazolta, hogy a Program hatására a résztvevők depresszió- és szorongásszintje szignifikánsan csökkent. Mindkét teszt értékeit illetően meggyőző a szignifikancia (BDI: 0,006; STAI: 0,003).

Jelenleg a 19. csoport folyamata zajlik, a – szoros értelemben – lezárt 15 csoport 166 résztvevőjének adatait dolgozom fel.

Kutatásomban a kifejezett célom az volt, hogy azt vizsgáljam, hogy miként hat a csoportos kezelés a meddőségben érintett párok pszichés és testi jóllétére, illetve ezen keresztül a termékenységre. Különös tekintettel a két nem különbségeire, a férfiak lelkiállapotainak feltérképezésére, hiszen jóval kevesebb a férfiak pszichés támogatásának eredményeit feltáró munka a szakirodalomban. Elemzésemben fókuszot helyezek a pár férfi és női tagjának mérhető változásaira, külön értékelve a férfiak és a nők elmozdulásait.

Kérdésfelvetés

A csoportkutatások több ponton nehézségekbe ütköznek. *Barcy (1997)* felveti, hogy a csoportok változásai és hatóereje nehezen kvalifikálható. Problémát jelentenek az objektív változók és a szubjektív faktorok eltérései, nehéz biztosítani az előzetesen és utólagosan felvett tesztek mérési feltételeinek azonosságát. További kérdéseket vet fel a csoportfolyamat komplexitása és a kezelendő változók nagy mennyisége.

A GyereBaba-csoportok hatékonyságát és eredményességét, a bekövetkező változásokat az egyéni elmozdulások mérésével kutattuk.

A csoportos integratív kezelés hatékonyságának vizsgálata egyrészt szubjektív beszámolók (adatlap, anamnesztikus interjú, anonim visszajelző lapok) nyomán, másrészt objektív, kvantitatív mutatók alapján történik.

Hipotézisek

Hipotézis 1

A Program hatására a férfiak reménytelenségérzése nagyobb mértékben csökken, mint a nőké.

Hipotézis 2

A Program hatására a nők depressziószintje nagyobb mértékben csökken, mint a férfiaké.

Hipotézis 3

A szorongás mindkét nemnél csökken a Program végén.

Hipotézis 4

A párok tagjainak depresszió- és szorongásszintje egymással korrelál.

Hipotézis 5

A Program során a nők megküzdési technikái az érzelmi központú és elkerülő módszerekről a problémaközpontú megoldások felé mozdul el.

Hipotézis 6

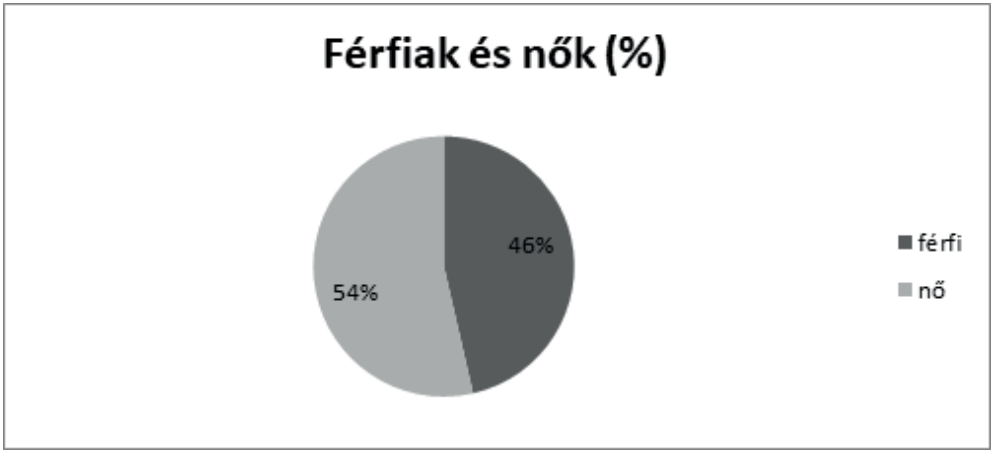
A Program során a férfiak elkerülő megküzdési stratégiát mutató értékei csökkennek.

Hipotézis 7

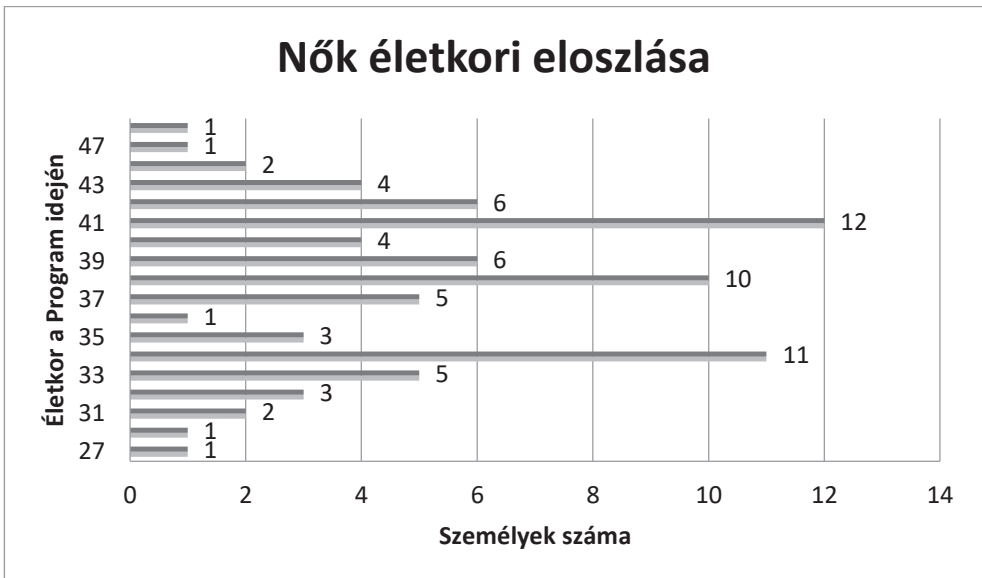
A Programban részt vevő párok kapcsolati elégedettsége nő a Program végére.

Az első 15 csoportból 166 személy adatait elemzem, ebből 76 pár és 14 egyén vett részt a folyamatban. A mintában 77 fő (46,4%) férfi és 89 fő nő (53,6%). A résztvevő férfiak 29 és 58 év közöttiek ($M_{\text{férfi}} = 39,89$ év; $SD_{\text{férfi}} = 5,59$), a nők 27 és 50 év közöttiek ($M_{\text{nő}} = 37,87$ év; $SD_{\text{nő}} = 4,21$), 18 személyhez nem érhető el életkori adat.

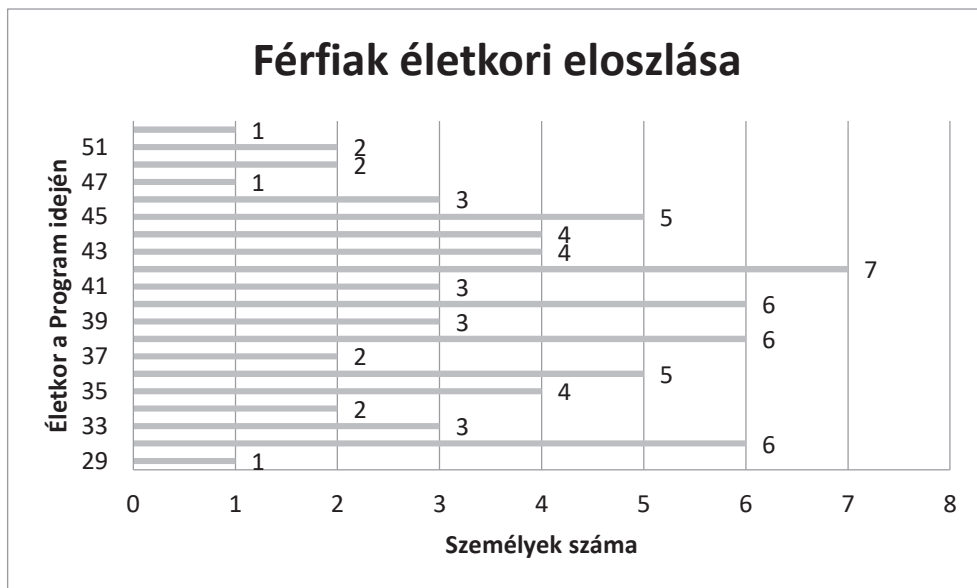
A nemek eloszlása az általános csoportarányokhoz képest kiegyensúlyozott. Az életkor inkább a nők szempontjából releváns: 89 nőből 30 fő 40 éves vagy afölötti. A résztvevők szinte valamennyien budapestiek vagy a főváros vonzáskörzetében élnek (mindössze 3 pár vidéki), végzettség tekintetében a csoport homogén: 161 fő rendelkezik felsőfokú végzettséggel. Jellemző a magas szocioökonómiai státusz.



2. ábra. Arányszámok: férfiak–nők részvétele a programban



3. ábra. Eletkori megoszlás (nők)



4. ábra. Életkori megoszlás (férfiak)

Kérdőívek

A pszichológiai tesztek – Beck Depresszió Kérdőív (BDI), Reménytelenség Skála, Spielberger Állapot Szorongás Kérdőív (STAI-S), Megküzdés Stresszhelyzetekben Kérdőív (CISS-48), Kapcsolati Elégedettségi Skála (RAS-H) – a résztvevők a Program kezdetekor, valamint a tanfolyam utolsó napján töltötték ki, azaz átlagosan 4-5 hónap telik el a két tesztelési időpont között.

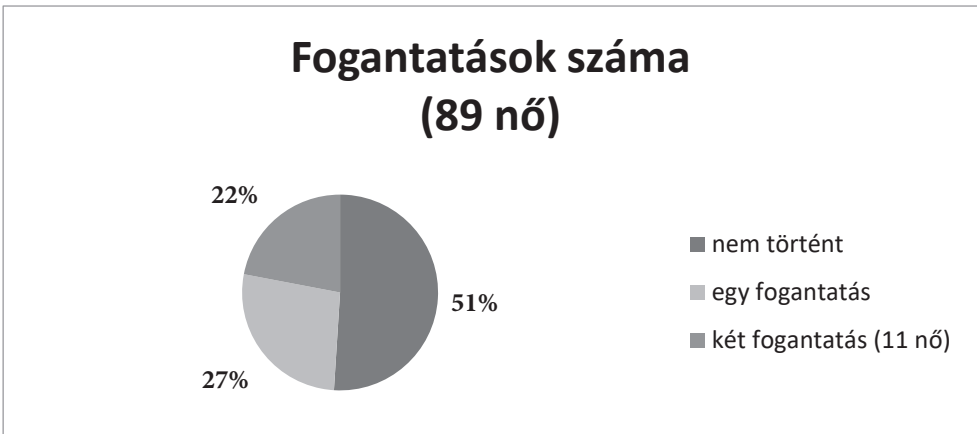
A tesztek összeállításának szempontjai az alábbiak voltak:

- mérjék a pszichés jóllét, a szorongás és a meddőséggel összefüggő stressz változásait
- a párkapcsolat minőségéről és annak változásairól informáljanak
- adatot nyújtsanak a pár férfi és női tagjának aktuális lelkiállapotáról
- mutassák azt, hogy a megküzdés eszköztára és hatékonysága hogyan alakul
- a reménytelenség-hit mutatói predikciók a jövőre nézve.

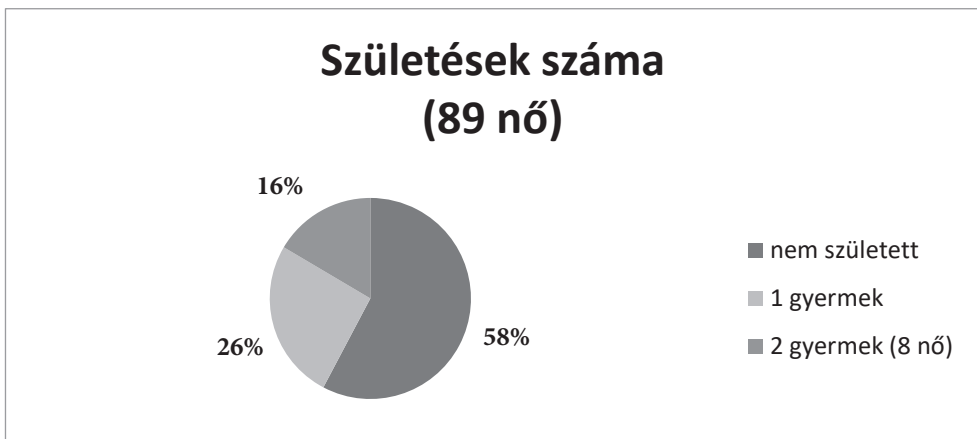
Eredmények

Leíró statisztikai eredmények

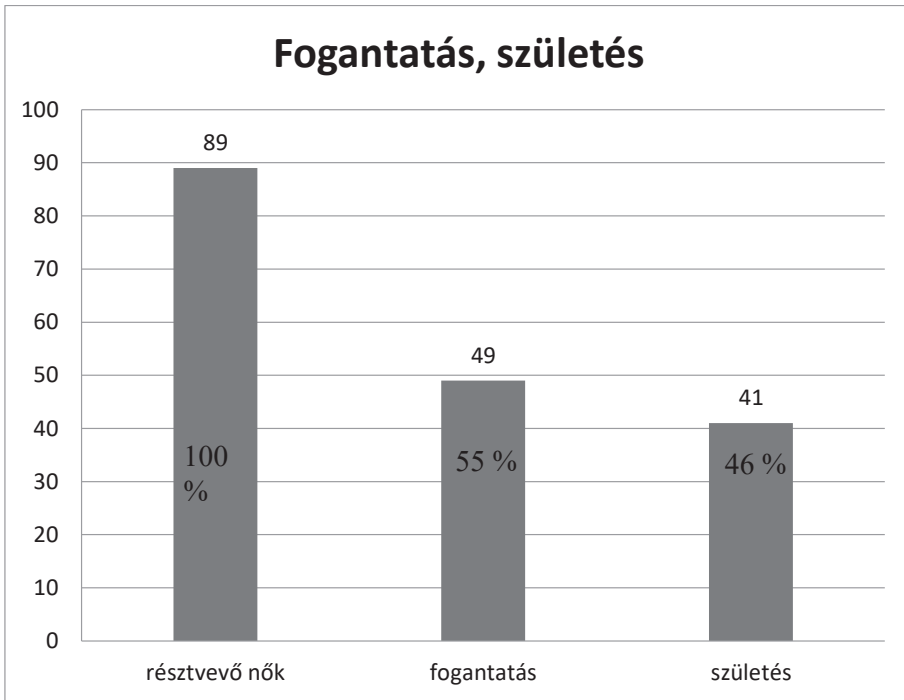
Az eredményesség szempontjából nagyon fontos mutató a fogantatás. A vizsgált 89 nő esetében 49 a fogantatások száma: 27 nőnél egy baba fogant meg (30%), 11 nő kétszer is várandós lett (22%), 51-en pedig még nem fogantak meg (51%). A vizsgálati személyek az összes résztvevőhöz képest kevesebben vannak, ennek oka az, hogy az adattisztítást követően nem mindenki kerülhetett a vizsgálat körébe. A vizsgálatot követően is folyamatosan fogannak meg babák, azóta is zajlanak újabb egyéni- és csoportfolyamatok. (A tanulmány írásának időpontjában az összes résztvevőre vetített „babastatisztika” még jobb eredményeket mutat: 133 nőre és 106 férfire kiterjesztve az elemzést, 88 fogantatásról és 2 örökbefogadásról van tudomásunk.)



5. ábra. A fogantatás aránya

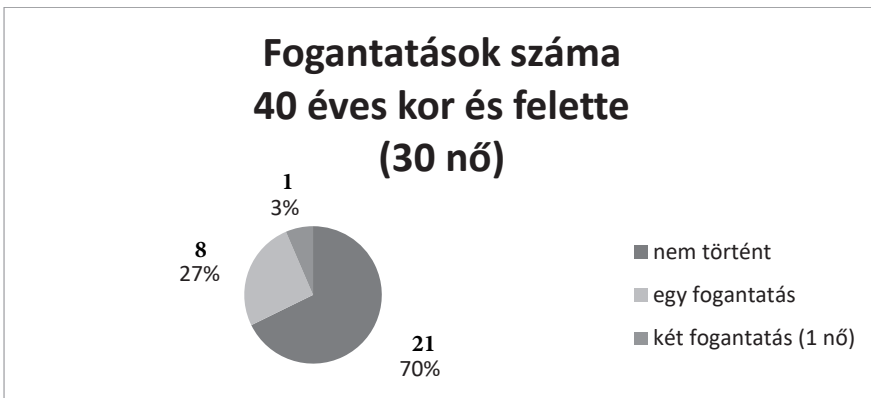


6. ábra. Várandósság



7. ábra. A fogantatás és a megszületett gyermekek aránya

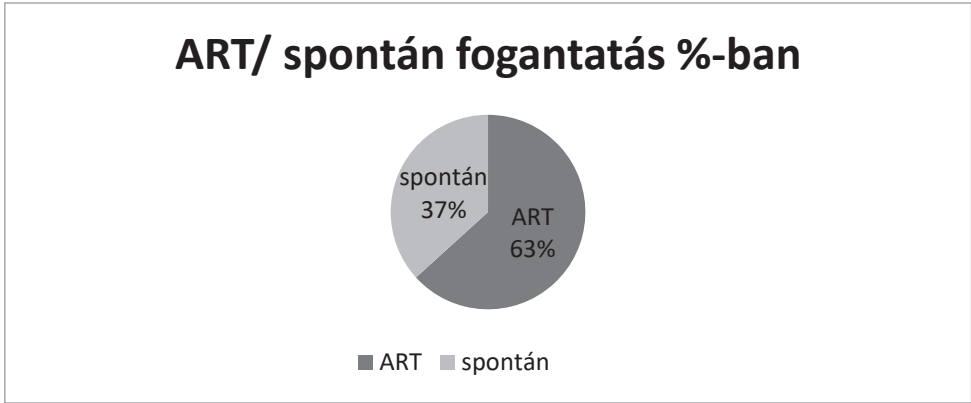
89 nőből 30-an 40 feletti: a 30 nő közül 9-nél történt fogantatás (azaz a 40 feletti nők 31%-ánál), 1 nő kétszer is (3,3%) és 8 fő egyszer (26,7%) lett várandós.



8. ábra. Fogantatás 40 éves kor felett

A 49 fogantatásból 41 baba született már meg, jelenleg 4 várandósságról, 3 veté-
lésről és 1 halva szülésről van tudomásunk.

A 49 fogantatásból 31 esetben asszisztált reprodukciós eljárás is volt, spontán
legalább 18 baba fogant. (Az inszeminációk esetében ugyanis nem bizonyítható
egyértelműen, hogy mesterséges úton vagy spontán jött létre a várandósság.)



9. ábra. Az ART és a spontán fogantatás aránya

A legtöbb változó esetében az adatok nem mutatnak normális eloszlást, így az
összehasonlítások legalább egyik változója nem volt normális eloszlású. Ezért
mindenhol a nem paraméteres tesztek alkalmaztak.

A hipotézisek statisztikai vizsgálata

Teszteredmények: a csoporttagok ugyanazokat a kérdőíveket töltötték ki az első
interjúk egyikén, mint az utolsó alkalommal, tehát 4-5 hónap volt a két tesztelési
időpont között. Különböző változók alapján mértük az esetleges elmozdulást. Az
eddig leglényegesebb eredmények a szorongás és depresszió szignifikáns csök-
kenését mutatták csoportszinten.

A férfiak és nők értékeinek egymással vagy az értékeik változásának össze-
hasonlításakor páros mintás nem paraméteres próbát alkalmaztunk, mivel a vizs-
gálati egység ez esetben a pár, a férfiak és nők között statisztikai értelemben is
összefüggés feltételezhető.

A reménytelenség, szorongás és depresszió értékeinek változásai

A Wilcoxon-teszt eredményéből megállapítható, hogy a depresszió pontszám ($Mdn_{\text{férfi}} = -1$, $Mdn_{\text{nő}} = -4$; $Z = -2,32$; $p = 0,02$) statisztikailag szignifikáns módon jobban csökkent a Programban részt vevő nőknél, mint a férfiaknál. Ennek lehet az a magyarázata, hogy a társas támogatás, a férfiak jelenléte a kilátástalanság érzését csökkentette.

A Program minden résztvevő minden értékét statisztikailag szignifikánsan javítja: a depressziós érzéseket, a reménytelenséget és a szorongást csökkenti, a kapcsolati elégedettséget pedig növeli.

A Program hatására a nők depressziószintje nagyobb mértékben csökken, mint a férfiaké. A reménytelenség és a szorongás értékeknél is szignifikáns a csökkenés mindkét nemnél, de nem állapítható meg különbség a férfiak és a nők között.

A megküzdési módok változásai

Kimutatható, hogy minden résztvevőnél statisztikailag szignifikáns mértékben nőtt a probléma fókuszú megküzdés pontszáma ($Mdn_{\text{előtte}} = 64$, $Mdn_{\text{utána}} = 66$; $Z = -4,81$; $p < 0,01$), csökkent az érzelem fókuszú megküzdés értéke ($Mdn_{\text{előtte}} = 42$, $Mdn_{\text{utána}} = 35$; $Z = -4,81$; $p < 0,01$), és változatlan maradt az elkerülő fókuszú megküzdés szintje ($Mdn_{\text{előtte}} = 50$, $Mdn_{\text{utána}} = 49$; $Z = -1,05$; $p = 0,29$).

A részt vevő nőknél statisztikailag szignifikáns mértékben nőtt a probléma fókuszú megküzdés pontszáma ($Mdn_{\text{előtte}} = 63$, $Mdn_{\text{utána}} = 66$; $Z = -3,83$; $p < 0,01$), csökkent az érzelem fókuszú megküzdés értéke ($Mdn_{\text{előtte}} = 46$, $Mdn_{\text{utána}} = 39$; $Z = -4,36$; $p < 0,01$), és változatlan maradt az elkerülő fókuszú megküzdés szintje ($Mdn_{\text{előtte}} = 44$, $Mdn_{\text{utána}} = 45$; $Z = -1,05$; $p = 0,57$).

A férfiaknál statisztikailag szignifikáns mértékben nőtt a probléma fókuszú megküzdés pontszáma ($Mdn_{\text{előtte}} = 65$, $Mdn_{\text{utána}} = 67$; $Z = -2,94$; $p < 0,01$), azonban nem mutat szignifikáns eltérést sem az érzelem fókuszú megküzdés értéke ($Mdn_{\text{előtte}} = 35$, $Mdn_{\text{utána}} = 35$; $Z = -1,89$; $p = 0,06$), sem az elkerülő fókuszú megküzdés szintje ($Mdn_{\text{előtte}} = 41$, $Mdn_{\text{utána}} = 39$; $Z = -0,99$; $p = 0,32$).

A párok tagjainak depresszió- és szorongásértékei

Mivel az adatok normális eloszlása nem biztosított, ezért Spearman-korrelációval számolunk.

A párok Program előtti Beck Depresszió Index ($r(74) = 0,17$; $p = 0,16$), Reménytelenség Skála ($r(75) = 0,13$; $p = 0,28$) és Spielberger Állapot Szorongás ($r(75) = 0,21$; $p = 0,67$) értékei nem korrelálnak egymással. A párok Kapcsolati Elégedettség pontszáma ($r(25) = 0,83$; $p < 0,01$) erős együttjárást mutat.

Szubjektív beszámolók

Nehezen mérhető, de annál erőteljesebb az a szemmel látható, de a szóbeli, írásbeli visszajelzések fényében is érzékelhető pozitív változás, amely a Programban részt vett párok közérzetében, életminőségében, kapcsolataiban következett be. A szubjektív állapot felmérésére több lehetőség is nyílik a folyamat során: a bemeneti fázisban felvett anamnesztikus interjúk, az anonim írásbeli visszajelzések, az egyéni / páros visszajelző beszélgetés az utolsó hétféje alkalmával, illetve az utókövetés írásbeli visszajelzései alapján a fejlődési ívet, az alkalmazott technikák hatásait, a történéseket perspektivikusan is láthatjuk.

Mindezek alapján azt tapasztaljuk, hogy a résztvevők önértékelése javul, és szinte mindenki párkapcsolatának pozitív változásáról, erősödéséről számol be.

„A Programnak hála jobban megismertem önmagam, a párkapcsolatom működését. Nagyszerű emberekkel ismerkedtem meg, akik hasonló problémákkal küzdenek, így lehetőségem nyílt ezen problémák más szemszögből történő megfigyelésére. Olyan technikákat tanulhattam meg, melyek alkalmazásával kiegyensúlyozottabb életem lett. A Programnak hála kisfiam 14 hetes.”

MEGVITATÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

A Program minden résztvevő depresszió-, reménytelenség- és szorongásértékét statisztikailag szignifikáns mértékben csökkentette, a kapcsolati elégedettségét pedig növelte.

Beigazolódott az a hipotézis, miszerint a nők depressziószintje nagyobb mértékben csökken a Program hatására, mint a férfiaké. Ennek magyarázata lehet, hogy ebben a folyamatban a nők társukat erős támaszként élhetik meg, végre élményszintű lesz az a tapasztalat, hogy nem egyedül kell megküzdeniük a terméketlenség okozta nehéz helyzettel. A kilátástalanság érzését csökkenti az is, hogy olyan konstruktív megoldásokkal találkoznak, amelyeket a gyakorlatban is alkalmaznak, melyek révén tapasztalják az elmozdulásokat, közvetlen visszacsatolásként élik meg a változásokat. A folyamatban felszínre kerülnek olyan problémák is, amelyeket eddig nem tudtak kezelni, de a mélyben folyamatos feszültséget generáltak.

Nem erősítette meg a vizsgálat eredménye azt a feltevést, miszerint a férfiak reménytelenségérzése jobban csökken, mint a nőké. Egyik oldalról valóban nyílik új perspektíva, a hit a reménytelenséget csökkenti, másik oldalról a férfiak talán itt szembesülnek igazán azzal, hogy mi zajlik a nők lelkében, mennyi fájdalommal, veszteséggel jár, ha valamilyen oknál fogva késik a gyermekáldás.

A szorongás csökkent mindkét nemnél, ez azért volt várható, mert az érzelmi teher megosztása, a többiek támogatása erőt ad, csökkenti a belső feszültséget.

A nők eredményei a megküzdés vonatkozásában igazolták a várakozásokat. A vizsgálatban részt vevő nőknél szignifikáns mértékben nőtt a probléma fókuszú megküzdés pontszáma, amely értelmezhető akként, hogy kezelhető problémának gondolják az időszakos terméketlenséget, eszközöket kaptak a kezükbe a megoldáshoz. Ezzel összefügg, hogy csökkent az érzelem fókuszú megküzdés értéke, hiszen a tanultak alapján nem pusztán a feszültségmentesítő, levezető technikák vihetnek előre, hanem az új, eddig még nem ismert eszközök is bővítik a repertoárt a megküzdésben. Változatlan maradt az elkerülő fókuszú megküzdés szintje, ez azonban már a kiinduláskor is alacsony értéket mutatott.

A férfiaknál nőtt a probléma fókuszú megküzdés értéke, viszont nem nyert igazolást az a hipotézis, miszerint a program során a férfiak elkerülő megküzdési stratégiát mutató értékei csökkennek. Ennek magyarázata abban rejlik, hogy a Programban részt vevő férfiakra nem jellemző az elkerülés, mint megküzdési stratégia, hiszen a programban való részvétel önmagában kihívás. Egyúttal a vizsgálat eredményei azt is alátámasztják, hogy a tanult technikák a férfiaknak is segítenek abban, hogy a meddőség problémájára, mint megoldandó és megoldható feladatra tekintsenek.

A párok tagjainak depresszió- és szorongásszintje egymással nem korrelál, de a kapcsolati elégedettség vonatkozásában együttjárás tapasztalható. Vagyis, ha az egyik fél elégedett, akkor ez kihat a másik érzelmi állapotaira is (kapcsolati elégedettség összefüggései), ugyanakkor a negatív állapotok nem gyengítik a másikat, sőt elképzelhető, hogy azt a mechanizmust indítják be, hogy a társuk helyett is helyt kell állni, ha a másik aktuálisan rossz lelkiállapotban van. (A depresszió- és szorongásszint nem korrelál.)

ÖSSZEGZÉS

A vizsgálat eredményei alapján a csoportos keretben zajló GyereBaba Program során a megélt stressz drasztikusan csökken, a kvantitatív mutatók tükrében igazolhatóan kisebb lesz a szorongás, a depresszió szintje is szignifikánsan alacsonyabb, a párkapcsolati elégedettség nő. A feszültségek hatékony csökkentésével, a terméketlenség mögöttes okainak feltárásával és a megküzdés újonnan tanult eszközeivel növelhető a természetes fogantatás esélye, egyúttal az orvosi kezelés következtében fellépő stressz, valamint a hormonális változások pszichés kezelésével az IVF sikeressége is fokozható.

A holisztikus szemléletű integrált kezelés a párok jó részének segített a fogantatásban (önmagában vagy ART-kezeléssel kombinálva), javította pszichés jóllétüket és párkapcsolatukat. Ezért úgy látjuk, a Program, az integratív csoportos kezelés hatékony, függetlenül attól, hogy vannak-e fogantatást nehezítő szervi elváltozások vagy sem. 89 nő eredményeit nézve 49 fogantatás volt. Különösen szép eredmény, hogy a negyven fölötti nőknél 31%-ban létrejött várandósság úgy, hogy ezek a párok jellemzően sok kísérlet és megelőző orvosi beavatkozás után jutottak el hozzánk.

A pszichés támogatás fontossága, a pár együttes munkájának hatékonysága és a csoport ereje vitathatatlan. Nagy szívfájdalmam az, hogy bár nagy erővel keressük az együttműködés lehetőségét az orvosi centrumokkal, meddőségi központokkal, mégsem sikerül team-szemlélettel, megfelelő összefogással, a meddőségi specialista orvosokkal közösen támogatni a babára vágyó, babára váró párokat. Szerencsére azonban vannak olyan szakemberek, akik ez alól kivételek, és akik nagy lelkesedéssel vettek részt a meddőségi problémák megoldását célzó, az integratív szemléletet népszerűsítő szakmai konferencián, a GyereBaba Napon. Örülök, hogy az Anna–Joachim-konferencia is lehetőséget adott a szakmai összefogásra, az ismeretek bővítésére.

HIVATKOZOTT IRODALOM

- Barcy M. (1997). *A csoportok hatékonysága és a személyes változás*. Animula, Budapest.
- Dr. Kéri I., Bányai N. & Soponyai-Nagy K. (2020). Meddőségkezelés integrált terápiás módszerrel. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 83(5), 277–283.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bányai N. É. (2019). *Megküzdés a meddőséggel járó pszichés kihívásokkal – a GyereBaba Program terápiás módszerének és eredményeinek bemutatása*. Műhelymunka. Debreceni Egyetem BTK Pszichológiai Intézet.
- Bányai N. É. (2021). *Meddőségben érintett nők párkapcsolati percepciójának hatása a jóllétre*. Diplomamunka. Debreceni Egyetem BTK Pszichológiai Intézet.
- Bernard A. & Krizsa F. (2006). A meddőségről általában. In Kaáli S. G. (szerk.) *A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése* (pp. 13–23). Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Revenson, K. Kayser & G. Bodenmann (eds) *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33–48). American Psychological Association.
- Bőze R. A. (2016). *A lelki eredetű női meddőség személyiségfejlődési aspektusai*. Szakdolgozat. Károli Gáspár Református Egyetem BTK Pszichológiai Intézet.
- Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F. & Juang K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod.*, 19(10), 2313–2318.

- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J. & Freizinger, M. (2000). *The Impact of Group Psychological Interventions on Distress in Infertile Women. Health Psychology, 19* (6), 568–575.
- Domar, A. D. & Rooney, K. L. (2018). The relationship between stress and infertility. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016043/> (Utolsó megtekintés: 2020. november 11.)
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine, 45*(11), 1679–1704.
- Iordachescu, D. A., Gica, C., Vladislav, E. O., Panaitescu, A. M., Peltecu, G., Furtuna, M. E. & Gica, N. (2021). Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska, 92*(2), 98–104.
- Lakatos E., Szigeti F. J., Ujma P. P., Sexty Réka & Balog P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: A cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health, 17*(1). DOI 10.1186/s12905-017-0410-2
- Lux E. (2004). *Anyának születtem?! Szaktudás Kiadó Ház, Budapest.*
- Mérei F (2006). *Közösségek rejtett hálózata.* Osiris, Budapest.
- Molnár E. (2006). Reprodukciós zavarok. In C. Molnár E., Füredi J. és Papp Z. (szerk.) *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria* (pp. 145–150). Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Nagy B. M. & Dr. Perczel Forintos D. (2015). A meddőség mint trauma és a növekedés lehetőségei. In Pápay N. és Rigó A. (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia* (pp. 275–296). ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Pápay N. (2015). Terápiás lehetőségek termékenységi problémákban. In Pápay N. és Rigó A. (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia* (pp. 297–316). ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Pasch, L. A., Holley, S. R., Bleil, M. E., Shehab, D., Katz, P. P. & Adler, N. E. (2016). Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: Are they informed of and do they receive mental health services? *Fertil Steril., 106*(1), 209–215.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U. & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Educ Couns., 59*(3), 244–251.
- Soponyai-Nagy K. (2020). *Anyának születtem? Az anyai szerepvállalás elutasításának feloldása, a fogantatás testi-lelki akadályainak megszüntetése a pszichodráma eszközeivel.* Diplomamunka. Magyar Pszichodráma Egyesület.
- Szendi G. (2001). A meddőség pszichoszomatikája. *Élet és Tudomány, 56*(6), 172–174 és 56(7), 198–199.
- Szigeti F. J. & Konkoly Thege B. (2012). A meddőség pszichológiai aspektusai. *Magyar Pszichológiai Szemle, 67* (3), 561–580.

Szigeti F. J., Pápay N. & Dr. Perczel Forintos D. (2015). Az asszisztált reprodukció pszichológiai kihívásai. In Pápay N. és Rigó A. (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia* (pp. 247–274). ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Yalom, I. D. (2001). *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata*. Animula, Budapest.