

A reprodukzív pszichológia és a foci esete, avagy tényleg mindenki ért hozzá?

A WHO legfrissebb adatai alapján a világon minden hatodik ember érintett lehet meddőségi problémákban (*World Health Organization, 2023*). Ez emeli az igényt a mentális segítő munka iránt is, így egyre többen foglalkoznak nehezített termékenységgel élőkkel.

Ha azonban megvizsgáljuk a segítő szakemberek interneten (honlapokon, közösségi média oldalakon) aktuálisan elérhető hazai „kínálatát”, azt láthatjuk, hogy mind a végzettségek és képesítések, mind pedig az alkalmazott módszerek tekintetében meglehetősen nagy a szórás. Az önjelölt segítőtől a pszichoterapeutáig, a „nőiség mentortól” a meddőségi, reprodukciós és örökbefogadási szaktanácsadóig sokféle segítő kínálja tudományosan megalapozott vagy épp alternatív eljárásait. Úgy tűnik tehát, mintha a pusztán szándék, hogy ezzel a betegpopulációval foglalkozzunk, elegendő volna a szakszerű segítségnyújtáshoz. Ahogy a futballal kapcsolatban szokás emlegetni: mintha mindenki értene hozzá.

A szakemberek és a módszerek változatossága önmagában nem jelent problémát, hiszen ez biztosítja a kliensek számára, hogy megtalálhassák a személyiségükhöz leginkább közel álló segítséget. Egy friss kutatás azonban azt találta, hogy a meddőséggel küzdő személyek terápiás választását, amennyiben nem kapnak útmutatást, inkább a vegyes módokon létrejött preferenciák, és nem a bizonyítékokon alapuló módszerek ismerete irányítja (*Boivin et al., 2022*). Fontos volna tehát, hogy a páciensek megfelelő tájékoztatást kapjanak az elérhető intervenciók hatékonyságáról. Ehhez azonban elsősorban a szakembereknek kell tisztában lenniük a bizonyítottan hatékony beavatkozások mibenlétével.

Kutatásunk célja kettős: 1. az interneten magyarul hozzáférhető, termékenységi nehézségekkel küzdő személyek pszichés támogatására irányuló szolgáltatások felmérése; illetve 2. annak áttekintése, hogyan válhat egy szakember képzett meddőségi tanácsadóvá külföldön és Magyarországon. Vizsgálatunk arra kíván választ találni, vajon a magukat hirdető szakemberek tudása – saját szakmai én-

Eredményeink azt mutatják, hogy az elemzett hirdetések szinte kivétel nélkül kizárólag a női meddőséggel foglalkoztak (1. ábra), holott tudjuk, hogy a termékenységi zavarok 50%-ában a férfitartner vagy a férfitartner is érintett lehet (Abangah et al., 2023). Függetlenül azonban attól, hogy a probléma a pár mely tagjánál áll fenn, sem a nőknél, sem pedig a férfiaknál nem lehet eltekinteni a meddőséggel járó lelki megterheléstől, így mindkét fél számára egyaránt fontos lehet a pszichés támasz. A szolgáltatást nyújtók körében ugyan volt, ahol megjelentek páros alkalmak is, de leginkább a meddőség háttérében feltételezett párkapcsolati zavarok (például kötődési problémák) és nem az együttes támogatás kontextusában.

Vizsgálatunk másik eredménye, hogy a meddőség lelki vonatkozásainak magyarázatára a mára már elavultnak számító, ún. pszichogén, azaz a klasszikus pszichoanalitikus megközelítés (vagy annak egyes elemei) dominálnak. Az analizált szöveganyagban nagy arányban (74%) szerepelnek a meddőség háttérében meghúzódó oki tényezőként prezentált lelki „gátak” vagy „blokkok”. Ezzel párhuzamosan magas a mára már meglehetősen elavult *funkcionális meddőség* kifejezés előfordulása (42%), mely azokra az esetekre utal, amikor a meddőségnek nincs kimutatható szervi oka (Fink & Rosendal, 2015). A terminus meglehetősen képlékeny, és etiológiailag nem eléggé precíz, mert valójában csak azt közli, hogy mi nincs (organikus háttér). Régebben kézenfekvőnek tűnt ezekben az esetekben az okokat máshol, például a pszichében keresni – ez a terminus tehát átfed a *pszichogén meddőség* fogalmával. Ma már a kutatók sokkal semlegebb fogalmakat használnak: például *ismeretlen eredetű* vagy *tisztázatlan háttérű* meddőségről beszélnek.

Napjainkban a tudomány ugyanis már sokkal árnyaltabban gondolkodik az etiológia kérdéséről. A modern egészségpszichológiai megközelítés már a meddőséget is, mint minden más egészségügyi problémát, az úgynevezett biopszichoszociális keretben értelmezi (Verhaak & Hammer Burns, 2006). E modell lényege, hogy az emberre mint egészre tekint, akit egyaránt meghatároznak a biológiai adottságai és folyamatai, a pszichés jellemzői, valamint az egyént körülvevő szociális és fizikai környezet (Pápay, 2012). Ennek alapján az ember mindenkori állapotát – beleértve reprodukív működését is – ezen tényezők interakciója határozza meg. Miközben a testi-lelki egyensúly fontosságát a tartalomelemzésbe bevont oldalak megközelítőleg fele hangsúlyozza (52%), az általuk leírtak sokkal inkább szimbolikus szinten értelmezik test és lélek kapcsolatát,

al., 2014), úgymint hiányérzet, krízis, bizonytalanság, szorongás, párkapcsolati problémák stb. A pszichés tényezőknek – a biopszichoszociális modellen, a biológiai érzékenységeken és a stresszre adott reakciókon keresztül – valóban szerepük lehet a termékenységi zavarok manifesztálódásában, és nem szabad elfeledkezni a meddő párok kíséréséről és támogatásáról az asszisztált reprodukciós eljárások során. Az úgynevezett meddőségspecifikus distressz – vagyis mindaz a stressz, amit a meddőség okoz – valószínűleg körkörös folyamatot indít el: minél nagyobb distresszt élünk át a meddőségünk miatt, a fizikailag is megnyilvánuló stressz annál jobban megterhelheti a szervezetünket, ezzel még inkább megnehezítve a sikeres gyermekvállalást (Szigeti F., Pápay & Perczel-Forintos, 2015).

Az internetes hirdetések alapján úgy tűnik tehát, hogy a hazai szakember- vagy alternatív segítőgárda – legalábbis az önmagát a világhálón hirdető része – nem követi eléggé a reproduktív pszichológiai tudomány jelen állását, és az alkalmazott módszerek legfeljebb részben felelnek meg a nemzetközileg elfogadott eljárásoknak. Következő lépésben tehát megvizsgáltuk, hogyan szerezhető meg ez a tudásanyag, azaz hogyan válhat valaki szaktanácsadóvá ebben a témában külföldön és Magyarországon.

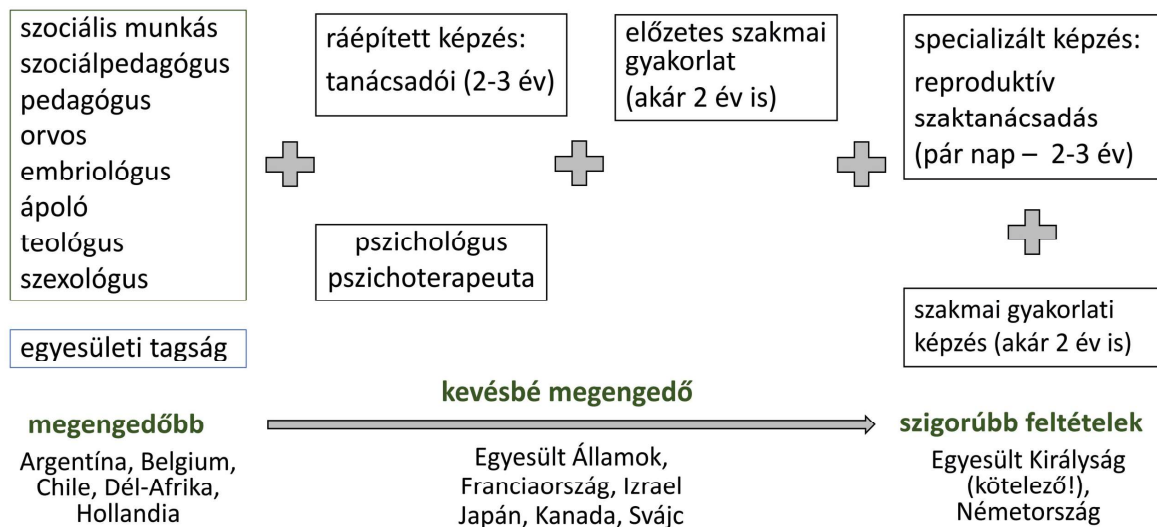
2. HOGYAN LESZ VALAKIBŐL MEDDŐSÉGI SZAKTANÁCSADÓ?

Nemzetközi viszonylatban a helyzet meglehetősen színes. Vannak országok, ahol a pszichoszociális támogatás nyújtása az asszisztált reprodukciós szintén törvényileg kötelező (például az Egyesült Királyságban, Ausztráliában és Új-Zélandon), és a munka pontos irányelvek mentén zajlik. Ezekben az államokban természetesen a jogosultságok is szabályozottak (*British Infertility Counseling Association*, é. n.). Más földrajzi helyeken multidiszciplináris szakmai testületek nyújtanak keretet ehhez a specializációhoz (*Canadian Fertility and Andrology Society Counseling Special Interest Group [CSIG]*, 2009), kevésbé preskriptív jelleggel, de megalapozott ajánlásokkal (Blyth, 2012). És végül vannak olyan országok, ahol alig szabályozza bármi a meddőségi mentális segítők működését vagy képzettségét – ezekben az országokban a szakemberek elhivatottságán és igényességén múlik a munka színvonala.

Ami a képzést illeti, minél nyugatabbra haladunk (Nyugat-Európa, Egyesült Államok), annál inkább igaz az, hogy szakmai civil szervezetek látják el az oktatás feladatát (hasonlóképpen ahhoz, ahogy Magyarországon a pszichológusok-pszichoterapeuták módszerspecifikus képzését a Pszichoterápiás Tanács Szövetség által akkreditált módszereket képviselő egyesületek végzik). Ezek a szakmai csoportok rendszerint a humán reprodukciós orvosszakmai szervezet alegységei. Feladataik közt az oktatáson, a jogosultságok megállapításán (vizsgáztatáson) és a tudományos munkán kívül a szakmai sztenderdek kialakítása, a minőségbiztosítás (szupervízió, intervízió), a „jó gyakorlatok” számon tartása, a hálózatépítés és a kommunikáció szerepel, mégpedig orvosi szervezetekkel, páciensszervezetekkel és politikai döntéshozókkal (CSIG, 2009; *International Infertility Counselling Organization, é. n.; Practice Committee and the Mental Health Professional Group of the American Society for Reproductive Medicine, 2021*).

Minél keletebbre haladunk – Kelet-Európa (például Bulgária, Magyarország) vagy Ázsia (például Izrael, Hongkong) felé –, annál inkább igaz, hogy a meddőségi mentális szakemberek képzése a felsőoktatás keretében valósul meg (*International Infertility Counselling Organization, é. n.*). Ennek természetesen társadalmi okai vannak: a világnak ezeken a részein a civil szféra kevésbé fejlett, a felsőoktatásnak viszont nagy a presztízse.

Az sem egységes a világban, hogy milyen alapvégzettségre építhető a meddőségi mentális segítői specializáció. A 3. ábrán összefoglaltuk, milyen beemeneti kritériumoknak kell megfelelniük a jelentkezőknek: a feltételek balról jobbra haladva szigorodnak. A megengedőbb rendszerekben nagyon vegyes a segítő szakmák sora, melyekből befogadnak képződőket. A kevésbé megengedő helyeken már az alapképzésre eleve ráépített tanácsadói végzettséget, a szigorúbb államokban akár ezen a területen szerzett szakmai tapasztalatot is kérnek a képzés megkezdéséhez. Az oktatás hossza néhány naptól akár 2-3 évig is terjedhet, és az általunk ismert legigényesebb országban, Németországban további gyakorlatot írnak elő a végzettség megszerzéséhez.



3. ábra. A meddőségi tanácsadó (*infertility counselor*) képzések bemeneti kritériumai a világ különböző országaiban

Magyarországon jelenleg két felsőoktatási képzőhely indít meddőségi szaktanácsadással összefüggő szakirányú továbbképzéseket, az Eötvös Loránd Tudományegyetem, mely *meddőségi, reprodukciós és örökbefogadási szaktanácsadókat*, illetve az Apor Vilmos Katolikus Főiskola, mely *reproduktívegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadókat* bocsát ki. Bemeneti követelményként a két intézmény hasonló alapképzettségeket jelöl meg. Tudomásunk szerint folyamatban van egy harmadik konstrukció akkreditálása: egészségügyi felsőfokú szakirányú (klinikai szakpszichológus, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, pszichoterapeuta) szakképzésre ráépíthető formában, melynek kimenete *reproduktív pszichológiai szaktanácsadó* lesz.

3. DISZKUSSZIÓ

Tartalomelemzésen alapuló vizsgálatunk felhívja a figyelmet a meddőségről és a vele összefüggő pszichés tényezőkről való kommunikáció hiányosságaira. A szakemberek internetes hirdetéseinek többségében kevéssé helytálló, nem hiteles, tudományosan megalapozatlan és meglehetősen túlhaladott nézetek dominálnak, olyan sztereotípiákat erősítve, amelyek olykor károsak is a mindenkori olvasó és a potenciális kliens számára. Ha ugyanis a szakmai közbeszéd „lelki

okokat” hangsúlyoz, ezzel azt sugallja a betegnek, hogy maga hozza létre betegségét. A meddőséggel küzdő párok – kiváltképp a nők – a laikusoktól is igen sok áldozathibáztató megjegyzéssel szembesülnek a mindennapok során, ami a társas izoláció, elmagányosodás felé viszi őket. Meglehetősen iatrogén, ha a szakemberek is ezt sugallják, márpedig betegeink beszámolója alapján sajnos olykor tőlük is érkeznek áldozathibáztató vagy a problémát bagatellizáló mondatok („Magának azért nem jön össze a baba, mert bizonyosan túl szigorú anyja lenne”; „Miért most jött? Hozzám általában csak a sokadik sikertelen lombik után szoktak”).

A modern szemlélet elterjedésének eszköze a képzés, melynek rendszere rendelkezésre áll Magyarországon, de a szakemberek tudásszomján és lelkiismeretességén múlik, hogy élnek-e ezzel a lehetőséggel, esetleg autodidakta módon vagy sehogyan sem képezik magukat. Ajánlatos volna a páciensek öntudatát és igény szintjét emelni, hogy felhatalmazást (*empowerment*) nyerjenek arra, hogy merjék számon kérni a segítő szakember végzettségét, esetleg intervíziós vagy szupervíziós háttérét. Továbbá üdvös volna, ha létezne egy ugyancsak az interneten hozzáférhető hivatalos szaknévsor, mely tartalmazná az igazoltan speciális végzettséget szerzett szakemberek nevét és elérhetőségét. Mindez biztosítaná a szakmai munka minőségét, a kliensek, páciensek érdekében, valamint a szakemberek számára is információt nyújtana az elérhető szupervíziós lehetőségekről. Ami a meddő párok pszichoszociális ellátását illeti, azt a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően lépcsőzetes rendszerben tartjuk optimálisnak (*National Collaborating Centre for Mental Health [UK], 2011*). Ez pszichológiai állapotfelméréssel (szűréssel) indul, melynek alapján meghatározható, hogy az adott páciens pszichés kockázati tényezők szempontjából mennyiben tartozik rizikócsoporthoz. Azoknak, akiknél nem detektálhatók kockázati tényezők, pszichoedukáció javasolt, mely részletes tájékoztatást nyújt a várható beavatkozásokról és azok esélyeiről, valamint a folyamattal járó, jellemző pszichés megélésekről, nehézségekről (*Gameiro et al., 2015*). Azok esetében, akiknél megjelennek bizonyos kockázati tényezők, a pszichoedukáción kívül támogató/szupportív terápia is javasolt – ez az a szint, melyen bármely segítő szakmára épített meddőségi szaknácádói végzettséggel lehet dolgozni. Itt fokozott hangsúlyt kap a stresszkezelés és a megküzdési technikák fejlesztése, például relaxációs technikák elsajátítása. Azok esetében pedig, akik az előszűrés alapján a magas kockázatú csoportba sorolhatók, indokoltak lehetnek a mélyebb alap- vagy szakpszichoterápiás be-

avatkozások is – ez már terápiás munka, mely szakpszichológusi vagy pszichoterapeuta végzettséget igényel, a súlyosabb hangulati zavarok megelőzése vagy kezelése érdekében.

A fent bemutatott többlépcsős modell mellett a páciensek továbbra is, saját kezdeményezésre, prevenciós céllal is igénybe vehetnek pszichés támogatást már a nehezített gyermekvállalással való szembesülést követően, ideálisan a szaknévsorból választva. Gyakran tapasztaljuk ugyanis, hogy a páciensek az első sikertelen lombikot követően akut krízisállapotban érkeznek, vagy a sokadik sikertelen próbálkozás után, lelkiileg megviselten, esetleg már kialakult hangulatzavarral keresnek támogatást. Ez növelheti a kezelések idő előtti feladásának esélyét (*Gameiro et al., 2012*), csökkentheti a hatékony megküzdést, sőt, akár sikeres teherbeesést követően is okozhat gondokat a várandósság alatt és a szülés körüli időszakban (például nőhet a perinatális depresszió esélye). Súlyosabb mentális problémák esetén az esetleges gyógyszeres kezelés szükségessége késleltetheti a beavatkozásokat, ezzel tovább rontva a leendő anya lelkiállapotát.

Összefoglalva, a reprodukív pszichológia esete nem azonos – vagy épp ellenkezőleg, nagyon is azonos – a fociéval: csak az ért igazán hozzá, aki képezi magát erre. Meglátásunk szerint a reprodukív nehézségekkel élő pácienseket ellátó magyar mentális segítőknek szükségük van speciális oktatásra, naprakész, tudományosan megalapozott ismeretekre az infertilitás pszichés oldaláról, valamint érzékenyítésre, hogy a lehető legempathikusabban, a szakmai és etikai irányelveket betartva forduljanak a páciensek felé. A tudományos fejlődést és a nemzetközi gyakorlatokat követve éppen ezért javasoljuk Magyarországon is megteremteni vagy megerősíteni az alapjait a meddő párok korszerű és szervezett pszichés ellátásának, biztosítva ezzel, hogy a segítségért fordulóknak valóban azt a támogatást kaphassák, melyre szükségük van.

IRODALOM

- Abangah, G. H., Rashidian, T., Parizad Nasirkandy, M. & Azami, M. (2023). A Meta-Analysis of the Prevalence and Etiology of Infertility in Iran. *International Journal of Fertility & Sterility*, 17(3), 160–173. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2023.541991.1215>
- Blyth, E. (2012). Guidelines for infertility counselling in different countries: Is there an emerging trend? *Human Reproduction*, 27(7), 2046–2057. <https://doi.org/10.1093/humrep/des112>

- Boivin, J., Vassena, R., Costa, M., Vegni, E., Dixon, M., Collura, B., Markert, M., Samuelsen, C., Guiglotto, J., Roitmann, E. & Domar, A. (2022). Tailored support may reduce mental and relational impact of infertility on infertile patients and partners. *Reproductive Bio-Medicine Online*, 44(6), 1045–1054. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.01.015>
- British Infertility Counseling Association (é. n.). *How to become an infertility counsellor*. <https://www.bica.net/memtemp/how-to-become-an-infertility-counsellor> (Utolsó megtekintés: 2022. december 4.)
- Canadian Fertility and Andrology Society Counseling Special Interest Group (CSIG) (2009). *Assisted human reproduction counselling practice guidelines*. https://cfas.ca/_Library/clinical_practice_guidelines/CSIG_Counselling_Practice_Guidelines_August_2009_.pdf
- Ferin, M. (2005). Stress and the reproductive system. In J. D. Neill (szerk.) *Knobil and Neill's physiology of reproduction* (3rd Edition, pp. 2627–2696). Elsevier.
- Fink, P. & Rosendal, M. (2015, szerk.). *Functional disorders and Medically Unexplained Symptoms. Assessment and treatment*. Aarhus University Press.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C. M., Wischmann, T. & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 30(11), 2476–2485. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L. & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- International Infertility Counselling Organization (é. n.). *List of national infertility counseling organizations*. <http://www.iico-infertilitycounseling.org/1216-2/> (Utolsó megtekintés: 2022. december 4.)
- Lakatos E., Pápay N., Ádám S. & Balog P. (2014). Paradigmák a meddőség értelmezésében. *Pszichológia*, 34(3), 261–287. <https://doi.org/10.1556/Pszicho.34.2014.3.4>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2011). *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. British Psychological Society (UK). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>
- Pápay N. (2012). *A reprodukív egészség és a termékenységi problémák pszichoszociális kontextusa. Doktori disszertáció*. Eötvös Loránd Tudományegyetem.
- Practice Committee and the Mental Health Professional Group of the American Society for Reproductive & Medicine (2021). Guidance on qualifications for fertility counselors: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 115(6), 1411–1415. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.02.016>
- Szigeti F. J., Pápay N. & Perczel-Forintos D. (2015). Az asszisztált reprodukció pszichológiai kihívásai. In Pápay N. & Rigó A. (szerk.) *Reprodukív egészségpszichológia* (pp. 247–273). ELTE Eötvös Kiadó.

- Verhaak, C. M. & Hammer Burns, L. (2006). Behavioral medicine approaches to infertility counseling. In S. N. Covington & L. Hammer Burns (szerk.) *Infertility counseling* (pp. 169–195). Cambridge University Press.
- Vioreanu, A.-M. (2021). Psychological Impact of Infertility. Directions for the Development of Interventions. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.32437/mhgcj.v4i1.113>
- World Health Organization (2023). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>