

GEISZBÜHL-SZIMON PETRA - ZSÁK ÉVA

Veszteségek sodrában - az asszisztált reprodukciós eljárás folyamatának kihívásai a veszteségek tükrében

Összefoglaló ♦ *Magyarországon nő az asszisztált reprodukciós eljárásban résztvevő párok száma. Még az elsőre sikeres folyamat is jelentős lelki megterheléssel jár. Az eljáráshoz, az időben egymást szorosan követő, többszöri beavatkozáshoz számos veszteség kapcsolódik.*

Tanulmányunkban a jelenlegi magyarországi helyzeten keresztül egy eset és az asszisztált reprodukció (ART) sajátosságaiból fakadó szükséges támogatás alapján kívánunk rámutatni az ART eljárásban részt vevő párok segítésének aktualitására, további lehetőségeire. A gyakorlat azt mutatja, hogy az asszisztált reprodukciós eljárásban a folyamat jellege és a szakmai protokoll még nehezebbé teszi a veszteség fel-és elismerését, a feldolgozás lehetőségét, mint ahogy azt a perinatális veszteségeknél tapasztaljuk. A negatív pszichés következmények megelőzése, az adaptív megküzdés érdekében szükséges a résztvevő szülőpárok lelki felkészítése, és már a reprodukciós program kezdetekor megvalósuló pszichés támogatása, lehetőség szerint intézményi együttműködéssel.

Drifted by losses - the challenges of assisted reproduction technology procedures in the light of losses

Summary ♦ *There is an increasing number of couples participating in assisted reproduction technology (ART) procedures in Hungary. Even if right the first treatment is successful, it bears a significant level of mental strain. There are several losses attached to the infertility treatment, and to the closely repeated interventions.*

In our study we aim to point at the actuality and the further options to provide adequate support for the couples participating in ART procedures, by taking a look at the current situation in Hungary, via a case study and the support needed due to the special characteristics of the ART process itself. In practice it is demonstrated that the latter and the protocol regarding ART treatment make it even more difficult to identify and acknowledge the losses accompanying the procedure and the opportunity to cope with it, exactly in the same way as we experience it in case of a perinatal loss. In order to prevent negative psychological effects and to achieve adaptive coping, mental preparation and psychological support right

from the very beginning provided for the couples is a necessity- preferably realized with institutional cooperation.

Magyarországon fokozatosan csökken az élveszületések és nő a fogantatással küzdő párok száma (KSH, Népeség, Népmozgalom, 2018; SZNSZK, 2010a). A WHO meghatározása szerint a teherbeesésre irányuló egy év sikertelen próbálkozás (35 év felett 6 hónap) után elindítható a kivizsgálás (SZNSZK, 2010a). A meddőnek diagnosztizált reprodukzív párok aránya a próbálkozó párok 15-20%-a (Szigethy és Konkoly-Thege, 2012a).

A növekvő szám háttérében részben a kitolódó életkorban történő gyermekvállalás, illetve az életmódból és a környezeti tényezőkből származó egészségügyi okok, ún. „szerzett meddőség” (pajzsmirigyműködési rendellenességek, policisztás szindróma, autoimmun-betegségek, inzulinrezisztencia) állnak (Horváth, 2018).

Egyre többen fordulnak meddőségi centrumokhoz, noha az infertilitással küzdők mintegy 50% nem vállalja a bio-pszicho-szociális oldalról is megterhelő folyamatotleginkább anyagi, valamilyen orvosi vagy világnézeti okból, etikai megfontolásból. A Magyarországon született gyermekek 2-2,5 %-a fogan asszisztált reprodukciós eljárás (ART) során, de van, ahol évi 4-5%-ra becsülik a mesterséges megtermékenyítés után született csecsemők arányát (Szabó, 2017).

A rendelkezésre álló adatok szerint a kérelmezők legnagyobb arányban a 35-39 év közötti korosztályból kerülnek ki (OBEGYD, 2014), többségük 38 év feletti. Magyarországon a legnagyobb a 40 év felettieken végzett lombikciklusok száma a kontinensen, amely a sikerességi mutatókat figyelembe vételével (1. sz. ábra) további nehézségeket vetít előre (egy ciklusnak egy beavatkozási folyamatot értünk, amely a stimuláció megkezdésétől a klinikai terhesség megállapításáig, vagy a következő menstruációig tart (Pápay és Rigó, 2015).

Fogantatás	Sikerráta
természetes úton	5-10%
inszemináció	15-20%
ART 37-40 év	20-25%
ART 40-42 év	10-15%
ART 42-45 év	2%

1. sz. ábra: Fogantatási sikerességi mutatók (Erdélyi, 2017)

2017-ben évi 6600 ART-t finanszírozott az állam, 2018-ban ezt a számot 10500 ciklusra emelte (magánszolgáltatóknál 4000 beültetés lehetséges, míg az állami intézmények esetén 6500) (Koncsek, 2018). Ez hosszabb várakozási időt eredményez, hiszen több pár számára nyílik meg így a lehetőség a támogatás nélkül amúgy költséges eljárás igénybevételére. Szakmai körökben pedig felmerül az aggály, hogy a megnövekedett igényt miként tudják szakmailag felkészülten ellátni – a mostani meddőségi szakembergárda az eddigi igényeket tudja kielégíteni. Akik újonnan érkeznek a szakterületre, nem feltétlenül rendelkeznek megfelelő rutinnal, amely a hormonkezelések miatt kockázatos lehet. (Erdélyi, 2017).

A statisztikai adatok nem pontosak, a téma társadalmi, gazdasági és pszichoszociális jelentőségéhez képest csekély monitorozással, kontrollal zajlik a folyamat, nincs szigorú adatszolgáltatási kötelezettség, csak a várandósság 12. hetéig (az 1., 4., és 8. héten küldik az adatokat).

Nehezíti a programba bekerülő párok helyzetét, hogy az olykor intézményenként is eltérő sikerességi mutatókon kívül a rendellenességekre vonatkozóan sem egységesek az elérhető információk. Míg a természetes fogantatásból származó magzati rendellenességek 2-3%-ban fordulnak elő, van ahol a mesterséges reprodukció esetén is hasonló arányról beszélnek, míg más intézmények képviselői 4%-os magzati rendellenesség előfordulását jelentik. Így már a programba történő belépés előtt bizonytalanság veszi körül az amúgy is a természetestől messze álló, technikai 'megoldásokat' kínáló folyamatot. A pontos lépések és a szabályozásokon keresztül történő kontrollérzése együtt jár a mesterségesen irányított, programozott testi változásokból fakadó kiszolgáltatottság érzésével, amelyhez hozzájárulnak a sorozatos veszteségek fizikai és lelki terhei is.

Az intézmények online felületei közül néhány kimerítő, részletes információkkal szolgál a meddőség, annak kezelési lehetőségei, az inszemináció és az asszisztált reprodukció speciális módszereiről, a folyamat pontos menetéről, és arról, hogy mikor melyik eljárás javasolt. Azonban sok esetben a programban már részt vevő, de egyre több kérdésbe ütköző pároknak is segítségre van szükségük, hogy megértsék és felmérjék az előttük álló lépések, beavatkozások terhet a mindennapi életvitelükre, a házastársi kapcsolatukra és fizikai-lelki jóllétükre vonatkozóan. Nehéz átlátni a kimenettől függő további vizsgálatok és beavatkozások szövevényét, valamint kevés helyen tapasztalható a programot érintő orvosi szakterületek összehangolt működése (pl. endokrinológia, immunológia, dietetikus elérhetősége). Ez mind tovább növeli a bizonytalanság és kontrollvesztés érzését, amely visszatérő motívum az ART folyamatban résztvevők körében.

A lelki megterhelésen keresztül a folyamat sikerességére is hatnak a résztvevő párok életét a 'meddő' státusz megállapítása után meghatározó – pl. privát- és munkahelyi területet érintő – életmódbeli változások. Az előttük álló, sokszor etikailag is nehéz döntésekre (pl. mi legyen a fel nem használt, lefagyasztott embriókkal) nem készítik fel a résztvevőket, ez a beszámolók alapján is hiányzik a centrumok egyedi – az egységes megközelítést a hatályos irányelvek követésén kívül nélkülöző – protokolljából. A téma elhanyagoltságát jól mutatja, hogy az intézmények meddőségi eljárásaira vonatkozó, a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium (SZNSZK) által készített és az Egészségügyi Minisztérium által elfogadott szakmai protokollból is teljességgel hiányzik a pszichológiai aspektus (Szigethy és Konkoly-Thege, 2012a).

Pozitívan értékelendő, hogy egyes klinikák oldalán részletesen foglalkoznak a folyamat lelki aspektusaival, és az intézményen belüli pszichológiai támogatás lehetőségét is megtaláljuk. Igénybevételeikre azonban nem történnek proaktív lépések, van ahol a piaci díjakat messze meghaladó áron érhetőek el a lelki folyamatokat támogató szolgáltatások, melyek az amúgy is jelentős anyagi terheket tovább fokozzák.

Veszteségek sodrában

A 35 éves Móni és párja, István egy éves sikertelen próbálkozás után jelentkezett meddőségi vizsgálatra, ahol a férfinél állapították meg problémát, melynek orvoslására inszemináció¹ javasolt a meddőségi magánintézmény orvosa. A beavatkozások orvosi, biológiai menetéről alapos tájékoztatást kapott a pár, ám a lelki terhelésről nem esett szó. A sok várakozás önmagában megterhelő volt a munkahelyi időbeosztás és a vizsgálatok, kezeléseik összehangolásából adódó stressz mellett. Az első inszemináció sikeres volt, a 12.heti utrahang vizsgálatra boldogan mentek, ahol kiderült, hogy nem növekedett a magzata a 10 héttől. Mónit a péntek délutáni rendelésről hétfőre hazaküldték a tényszerű közléssel, hogy „baj van” és hétfőn menjen az orvosához.

„Fel sem fogtam, hogy mi van” meséli Móni, „Két napig abban éltem, hogy megindul magától, de hogy mi is? Végül, miután hétfőn is hazaküldtek hosszú várakozás után, 5 napig együtt voltam a halott magzattal. Szerdán végre megműtöttek. A sokk akkor ért, amikor a KSH papíron, amit az orrom alá dugtak, láttam leírva, hogy halott embrió. Akkor tudatosult bennem, mi történt.”

¹ in vivo, testen belüli beavatkozás, mely során a partnertől vagy spermadonortól nyert, előkezelt ondót tüszőrepedéskor a méhüregbe, olykor a petevezetékbe juttatják (Pápay és Rigó, 2015)

Ezt követően intézményváltás, újabb két sikertelen inszemináció következett, majd visszatértek az előző magán-centrumba, ahol az összes vizsgálatot újra kellett végezni, mivel a protokoll szerint egy évig érvényesek az eredmények. Móninál a stimulációs fázist követően cisztát találtak, majd cukorterheléses vizsgálat eredményénél három különböző véleményt kapott – addigra Móni már több szakember véleményét is kikérte minden egyes vizsgálatnál, nem bízott semmit a véletlenre. Sikeres leszívás után került sor a cisztaműtetre. Folytatódott a kálvária, és közben telt az idő, lefagyasztott embriók vártak rá. A három hónapos fizikai regenerálódás utáni első IVF (in vitro fertilizáció) sikertelen volt, az eredményről telefonban tájékoztatták Mónit a beültetés utáni 14.napon. Az elviselt testi-és lelki megpróbáltatások terhét, etikai dilemmáit még mindig lelki segítség nélkül, a párjával összefogódzva cipelték.

Egy újabb vizsgálati eredmény alapján vérhígítót kezdtek neki adni, közben ment a második körös beültetésre a lefagyasztott embriókkal, amely újra nem volt sikeres, a két beültetett embrióból egy sem tapadt meg. A megmaradt embrióval még egyszer próbálkoztak, amint lehetett a protokoll szerint, ám ez sem sikerült. Endokrinológiai kivizsgálások, immunológus, dietetikus – sorozatos kezelések és félig kimondott félrekezelések, sok csalódás, fel nem dolgozott veszteségek...

Móni összetört lelki állapotba került 2018 elejére, amikor orvosa először javasolta, hogy talán jó lenne elmennie pszichológushoz. Ám addigra a saját kezelő intézményükbe vetett bizalom megszakadt Móniban, és külső mentálhigiénés segítséget kért. Közben átmentek egy államilag finanszírozott centrumba, ahol a hosszú várakozási idő, és a holisztikus szemlélet teljes hiánya jellemző. Így készülnek az újabb beültetésre. Közben Móni fél éve, heti rendszerességgel támogató beszélgetéseken vesz részt, amelyek az addigi és éppen aktuális veszteség-élmények, csalódások feldolgozása, és az év eleji beszűkült fókuszon túlmutató célok tudatosítása mentén zajlanak. A támogató beszélgetések, valamint az autogén tréning segítenek Móninak a történetek feldolgozásában, abban, hogy a lelki egyensúlya visszaszerzése felé lépéseket tehessen...

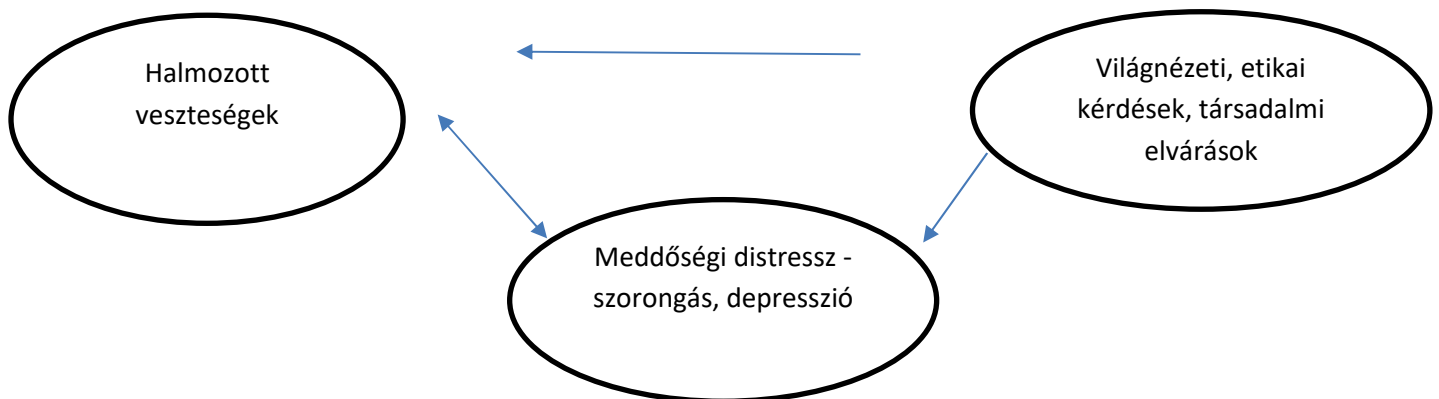
A fent bemutatott eset rövid betekintést nyújt abba, hogy a meddőségi kivizsgálásra való jelentkezés pillanatától milyen meddőségi kezelési-, illetve ART-karriert járhat be egy pár két év leforgása alatt. Esetektől függ, hogy a vizsgálatok és kezelések hányféle kombinációja kíséri és terheli a beavatkozásokon keresztül fizikailag leginkább a nőket, lelkileg pedig a pár mindkét tagját.

Attól a pillanattól fogva, hogy a természetes fogantatás lehetőségét elengedve a pár elindul a meddőség kivizsgálásának és kezelésének útján, életük gyökeresen megváltozik: a

„program kiírás” köré szerveződik, jelentős anyagi-és időráfordítás, munkahelyi nehézségek, megváltozott intimitás, privát emberi kapcsolatok kísérik szociális kontextusból az amúgy testi-és lelki szinten is megterhelő életszakaszt. A pár szinte beszűkült tudatállapotba kerül, ahol minden egyes döntés a mindennapi életvitelt érintő tevékenység háttérében a terhesség, a várva várt kisbabaért való, a program által diktált erőfeszítések (pl. a következő beültetés szerint mikor menjenek szabadságra, az előírt diéta betartása érdekében étkezési szokások megváltoztatása), és a folyamat során elszenvedett testi-lelki nehézségek, küzdelmek húzódnak meg (pl. rokonságban született kisbaba látogatásának elkerülése).

Az egészségpszichológiai kutatások szerint a testi, lelki vagy társas történések nem elkülönülten, hanem összefüggésükben értelmezhetők; ezek ugyanazon jelenségek különböző aspektusai (Szigethy és Konkoly-Thege, 2012a). A terméketlenség bio-pszicho-szociális kontextusban értelmezhető krízishelyzethez vezet (Kiss, 2018), amelyben számos faktor együttesen határozza meg a párok lelki egészségét, a folyamatot kísérő szorongás mértékét.

A 2.sz. ábra a folyamatból származó veszteségek széles spektruma mellett a döntéseket befolyásoló külső nyomásként, így további stresszforrásként tünteti fel a világnézeti, etikai kérdéseket, társadalmi elvárásokat, melyek az ART egyes fázisaiban további jelentős lelki terhelést gyakorolhatnak a párra.



2. sz. ábra: Az ART pszichés terhelésének aspektusai (saját ábra)

Az asszisztált reprodukciós folyamatot kísérő halmozott veszteségek, amelyek a pár mindkét tagját érintik:

- Meddőségi státusz, szociális stigma;
- Beültetés előtti veszteség, amennyiben nem sikeres az IVF;

- Preimplantációs genetikai diagnosztika (PGD), szűrés (PGS)² eredményeképpen az egészségkép, egészséges utód létrehozására vagy megtartására vonatkozó inkompetencia érzése;
- Beültetést követő veszteség, amennyiben nem tapad meg az embrió;
- Magzati redukció. (Súlyos etikai, világnézeti kérdéseket vet fel. A döntés fájdalmas, hiszen pl. három embrió sikeres beültetése után kell választania a párnak, melyik magzattól „váljanak meg” később, az édesanya és a megmaradó magzatok egészségének védelme érdekében (Cohn, 2016). Egy intézmény internetes oldalán külön feltüntetik, hogy figyelnek a megfelelő számú embrió beültetésre, de ott is a kockázatos, 3-4-es ikerterhességet elkerülendő okot említik és nem, a döntés súlyosságát, annak lelki következményeit);
- Lefagyasztott embriók sorsa. (Szülői döntés szükséges: felajánlják-e tudományos kísérletekre, adományozzák-e más terméketlen párnak beültetésre, felhasználják-e egy későbbi időpontban? Öt év után megszüntetik a lefagyasztást, az embriók elhalnak);
- Sikertelenség feldolgozása, döntés a program befejezéséről;
- Egzisztenciális krízis. (Többszörös identitás-vesztés: szülővé, nagyszülővé válás, mint normatív krízisek elmaradása, az élet értelmességének kérdései);
- Önértékelési problémák;
- Intimitás elvesztése, zavar a párkapcsolatban;
- Munkavégzési és munkavállalási nehézségek. (Amint haladnak az ART folyamatban előre a párok, egyre több kivizsgálásra van szükség, melyek szigorú időpontkötöttséggel járnak, szinte ellehetetlenítik a normál munkaidőben történő munkavégzést);
- Szociális státuszvesztés. (A szülők, majd nagyszülők társadalmából való kivetettség, izoláció);
- Ambivalencia az események feletti kontroll szempontjából: a folyamat technikailag, orvosi szempontból szigorúan kontrollált, ám mégis megjelenik a kontrollézés teljes elvesztése, az eseményekkel és érzésekkel való sodródás érzése, ahogy halmozódnak a veszteségek.

² ezen eljárások során beültetés előtt vizsgálják és szűrik meg genetikailag az embriót, az egészségeseket megtartva

Gyász a gyászban

A terméketlenség tudata már önmagában is a gyászhoz hasonló pszichés mechanizmusokat indít be (Szigethy és Konkoly-Thege, 2012a), ez igaz minden további, a sikertelen ciklust kísérő veszteségélményre. A sokszor évekig tartófolyamat alatt ’’érzelmi hullámvasúton’’ utaznak a párok: a kezdeti sokk után reményteli várakozással fognak bele a meddőség ’kezelésébe’, majd az első sikertelenség újabb sokkot, kétségbeesést és veszteségélményt, kiábrándultságot hoz.

Az *in vitro* eljárásokat kísérő veszteségek a perinatális veszteség speciális ágaként értelmezhetők, mely során a folyamatban előre haladva erősödhetnek a komplikált gyászt előrevetítő súlyosbító tényezők (túl szoros szeretetkapcsolat; a halál hirtelen, nem várt; ambivalencia érzése (Kovácsné Török, 2000). Ezek közül a ’kifáradásból’ is származó ambivalencia és egy fantáziált gyermekhez, erősen vágyott jövőképhez, szülői szerephez való szoros érzelmi kötődés kiemelt jelentőségű tényezők lehetnek. Annak ellenére, hogy a folyamat minden lépése időben pontosan meghatározott, a veszteség nem feltétlenül várt lehetősége sok esetben hátrított, és a beavatkozást minden alkalommal átszövi a remény érzése. A meddőség érzése dinamikus folyamatként értelmezhető, mely a kezelés fázisaitól függően változik. Ezeket a változásokat a ciklusok közben (Boivin és Takefman, 1996 in Moura-Ramos és mtsai, 2012), kezelés előtt és után a kutatók dokumentálták (Slade és mtsai, 1997; Verhaak és mtsai, 2001, 2005 in Moura-Ramos és mtsai, 2012). Ehhez hasonlóan nem mindegy, hogy diagnosztikai eljárást, kezelést választottak éppen a résztvevők vagy a program elhagyásáról döntöttek. Ezek a megfigyelések kiemelik, hogy a meddőséghez és az ART folyamatához való alkalmazkodás a megpróbáltatásokon keresztül is széles spektrumon belül mozog (Moura-Ramos és mtsai, 2012).

Számos tanulmány foglalkozik a mesterséges megtermékenyítést választó párokra ható distressz és a meddőség összefüggéseivel (pl. Pápay és Rigó, 2015). A meddőség cirkuláris hipotézisét támasztja alá a legtöbb bizonyíték (Szigethy és Konkoly-Thege, 2012a; Pápay és Rigó, 2015): az infertilitás, és annak kezelése jelentős stresszforrás, amely a megnövekedett stressz-szinten keresztül kedvezőtlenül hat az ART folyamatra. A kutatások is visszaigazolják azonban Yerkes-Dodson optimális stressz elméletét, miszerint a közepes szintű distressz növeli a teherbeesés valószínűségét (Cooper és mtsai, 2007). A megélt distressz mértéke egyéni, sok összetevőtől függ, amelyben a személyiség jellegzetességei, a megküzdési stratégiák és az infertilitás megállapítása óta eltelt idő is meghatározó. Az idő előrehaladtával a distressz és a depresszió szintje emelkedhet, azonban ennek ellentétes változását is

tapasztalták. Ez utalhat arra is, hogy hozzászoknak a párok az ART folyamatához, vagy adaptálódnak, kialakítva egyfajta megküzdési stratégiát (Szigethy és Konkoly-Thege, 2012b).

Jelentős hatással lehetnek a nők érzelmvilágára, lelki állapotára a kezelések során adott hormonkészítmények, melyek nagyfokú hangulati ingadozásokat okozhatnak. A gyógyszerkészítmények hangulatzavarokra vonatkozó hatásait sok tanulmány nem veszi figyelembe (Pápay és Rigó, 2015).

A halmozott veszteségek felerősítve hordozzák magukban a komplikált gyász, szorongásos betegségek, depresszió veszélyét. A meddőséggel kezelt nők szorongása és lehangoltság érzése a rákkal-, krónikus magas vérnyomással diagnosztizált, szívinfarktusból felépülő betegekéhez hasonló (HMHL, 2009).

Nem elhanyagolható a transzgenerációs hatás sem: a fel nem dolgozott veszteségek, a program aktuális fázisától függő mértékű, a nem meddő párokhoz képest fokozott szorongás és lehangoltság a sikeres terhességre, a szülői kompetencia-érzésre, a születendő gyermek életére is kihatással van. A terhesség alatti komplikációk, az abból fakadó szorongás szoros kapcsolatban áll a postpartum/gyermekágyi depresszióval (Pápay és Rigó, 2015). A feldolgozatlan veszteségek kihatnak továbbá a szülő-gyermek kapcsolati mintára, megjelenhet a pótgymek-szindróma, a lombik-babák fogantatási története sokszor családi tabu, elhallgatott tény, amely további zavarokhoz vezethetnek a családi rendszerben és a gyermek életében is.

A halmozott veszteségek feldolgozására nincs lehetőség, a sikertelen lombik-beültetés után 3 hónap vagy kevesebb idő telik el a következő beültetésig. Mind a protokoll, mind a párok oldaláról a vágy, hogy „időben” sikeres terhességet érjenek el, a versenyfutás az idővel is ezt kívánja (ld. a sikerráta drasztikus csökkenését az idő előrehaladtával). Ez további nehezítő tényező a lelki egészségvédelem szempontjából.

A 2018-ban megnövelt állami támogatásból, így a programban résztvevők megemelkedett számából adódó hosszabb várakozási idő ambivalens tényező a pszichés hatás tekintetében: egyrészt a reprodukív eljárásban a nők életkora meghatározó a program várható sikerességét illetően, így a résztvevők úgy érzik, folyamatos versenyt futnak az idővel. Ez nagy mértékű stresszor, mely a fókusz eltolásával gátolja a sikertelen ciklusokból származó veszteségek, a nehéz döntésekből fakadó lelki terhelések feldolgozását. Kíméletlen sajátossága ez az asszisztált reprodukciós eljárásnak: minden egyes sikertelen ciklussal és a minimum szükséges biológiai regenerálódáshoz szükséges várakozási idővel közeledik a pár ahhoz az életkorhoz, amely felett már nem ajánlott a program folytatása, viszont a lelki

feldolgozáshoz nem elégséges a két ciklus között eltelt időszak. Így halmozódik a veszteségek okozta pszichés terhelés, növelve a stresszt, amely kihat a folyamat egészére.

A hosszabb várakozási idő lehetőséget adhat a veszteségélmények mélyebb feldolgozására vagy ennek elkezdésére, a lelki stabilitás felé való elmozdulásra, ám az átadott és elérhető információk szerint mind a hivatalos intézményi oldalakon, fórumokon, mind a sorstársak által fenntartott online közösségi oldalakon, blogokon kiemelt hangsúlyt kap az idő. Az egyik fő kihívása a segítői szakmának, hogy az időnyomásából fakadó ambivalencia figyelembe vételével miként optimalizálható a veszteség-élmények, valamint az elvesztett lehetőség és idő felett érzett distressz, hogyan oldható az ebből fakadó szorongás?

A fizikai és pszichés terhelést sok esetben a párok nem bírják. További hatásként megjelenik az intézmények által is regisztrált ún. 'drop-out syndrome': a párok az állami finanszírozás ellenére sem élnek mind az öt lehetőséggel, megszakítják a folyamatot. Három ART ciklus után a párok 40-70% dönt úgy, hogy megszakítja a kezelést. A megszakítás hátterében (a fizikai kihívások mellett) a fokozott pszichés nyomást, leterheltséget neveztek meg a programban résztvevők (Domar, 2004). A „drop-out párok” egy része az intézmény kompetenciájában keresi a sikertelenség okát, és átmegy egy másik intézménybe. Nagyobb arányuk azonban megáll a folyamatban, azok, akik nem vállalják tovább az egész életükre kiható terhelést.

A proaktív-preventív pszichológiai támogatás lehetőségei

A jelenlegi helyzetben a meddősegi intézményekből négy kínál reaktív pszichológiai támogatási lehetőséget, azonban az eddig feltárt esetekben nem hívták fel erre a párok figyelmét vagy csak a sokadik ciklus után, amikor már a bizalomvesztés miatt nem az intézményben vették igénybe pszichológus illetve mentálhigiénés szakember segítségét.

A felkínált reaktív támogatási lehetőség a meddősegi distressz kezelésével foglalkozik, veszteségpszichológiai oldalról nem közelíti meg a támogatás kérdését. Nincs egységes protokoll arra vonatkozóan, hogy a folyamat mely szakaszában hívják fel a figyelmet a mentálhigiénés támogatás lehetőségére, valamint arra nézve sem, hogy a lelkiállapot, az ART sikerességére hatással lévő pszichés tényezők figyelembe vétele mellett állapítsák meg egy sikertelen beültetés utáni következő ciklus megkezdésének időpontját és ciklikusan, az egyéni állapotnak és igényeknek megfelelően biztosítsanak a pároknak aktuálisan szükséges pszichés támogatást.

Az asszisztált reprodukciós folyamat esetében kiemelt jelentőségű a proaktív megközelítés. Ezt a kutatások is alátámasztják (HMS, 2009). A meddősegi kezelésekre

jelentkezőknek a folyamatot megelőző pszichoedukációja lehetőséget adhat arra, hogy megismerjék a folyamat pszichés aspektusait, kihívásait, és megküzdési stratégiákat elsajátítva, tudatosítva, felkészülten induljanak el az úton. A folyamat ilyen jellegű megismerésén keresztül a kontrollézés erősödhet, amely a mentális jóllét, a pszichés megküzdés oldaláról támogathatja a sikerességet.

A terápiák, azon belül is legsikeresebben a kognitív viselkedésterápiák alkalmazása csökkenti a szorongást. Az érzelmi feldolgozásra, felismerésekre, a veszteségek élettörténetbe való elhelyezésére alternatív életcélok állításával, a terhelő események élettörténetbe integrálásán keresztül fokozhatják az élet értelmességébe való hitet, a koherencia érzést, amelyek a pszichológiai immunkompetencia alkotói.

Megfelelő preventív támogatással, pszichoedukációval, majd a folyamatot egyes fázisaiban is végigkísérő pszichés támogatással lehet a tapasztalatok alapján a legnagyobb hatékonyságot elérni (HBS, 2009). Fejlettebb országokban (pl. az Egyesült Királyságban) az *in vitro* kezeléssel részt vevő nők számára biztosított a meddőségi centrumokban a pszichoszociális tanácsadás, valamint a törvény azt is előírja, hogy a páciensek erről úgy legyenek tájékoztatva, hogy a kezelés megkezdése előtt elegendő idő álljon rendelkezésükre a szolgáltatás igénybevételére (Szigethy és KonkolyThege, 2012a). Már a felkészítés során fontos azonban apárra mint egységre, és nem csak az egyik félre koncentrálni. A megközelítés előfeltételezi a család mint rendszer sikeres működését, kiemeli annak jelentőségét, hogy a gyermekvállalás és az érte hozott áldozatok is közös döntéssel alapulnak, és az ART terhei mindét felet érintik.

A csoportban megvalósuló pszichoedukáció biztosítása, a csoportos felkészítés az ART folyamat során várható pszichés kihívásokra, a gyászfolyamatot jellemzően a szociális támasz oldaláról megtámogatva adhat további megküzdési erőforrást. Lehetőséget nyújt kapcsolatok építésére, amely sorstársi közösségként mentális egészségvédő funkciót tölthet be a folyamat alatt. A csoportos, felkészítő és feltáró program lehetőséget adhat a megküzdési stratégiák, erőforrások, az esetleges kockázatok azonosítására és tudatosítására (ld. gyász lefolyását befolyásoló tényezőket), és ezek ismeretében egyéni- vagy párterápiás támogató program összeállítására. Egyes intézmények oldalain is megtalálhatók azok a további lehetőségek, melyek preventív elsajátítása további védőfaktor lehet. Ezek a különböző relaxációs technikák (autogén tréning, progresszív relaxáció), melyek csökkentik a szorongásos tüneteket és a teherbeesést a testi ellazuláson, a testi-lelki állapot finomhangolásán keresztül támogathatják (Pápay és Rigó, 2015).

Fontos megemlíteni az egészségügyi dolgozók támogatói programba való bevonásának szükségességét is. Az intézményi együttműködést szorgalmazva felmerül megfelelő továbbképzések biztosítása a meddősegi centrumokban dolgozó egészségügyi és segítői szakmák képviselői számára. Az ART-ban résztvevő párok, hasonlóan a perinatális veszteséget megélt szülőkhöz, gyakran érzik a számukra megterhelő helyzetben az empatikus, lelki nehézségeiket is figyelembe vevő, támogató kommunikáció hiányát a meddősegi centrumokban és a kapcsolódó területeken. A meddőség diagnózisa, a beültetések procedúrája és a gyakran sorozatos veszteségek során a fókuszált, beszűkült tudatállapotban, amelybe a párok kerülhetnek, rendkívüli jelentőségű, miként kommunikálnak az orvosok, a személyzet. A résztvevő párok támogatására irányuló egységes protokollhoz alapvető fontosságú a „másik oldal”, az egészségügyi szolgáltatói, orvosi szakma érzékenyítő felkészítése és mentálhigiénés egészségvédelme is. A reprodukciós intézményekben különösen disszonáns a veszteségek értelmezése, az élet és a halál kettőssége. A tárgyiasítás, amely a folyamat egészét áthatja, értelmezhető háritásként is ott, ahol az „élet előidézése” szakosodnak.

A pszichés támogató programban való részvétel jelentős mértékben – Domar szerint kétszeresére – növeli a teherbeesés esélyét. Így az intézmények saját érdeke is a proaktív pszichés támogatás biztosítása. A segítő szakmák (pszichológusok, mentálhigiénés szakemberek, szociális munkások, lelkigondozók) a sok esetben leterhelt egészségügyi személyzettel karöltve sokat tehetnek a résztvevő párok mentálhigiénés egészségvédelme érdekében csakúgy, mint az elhanyagolt perinatális veszteség esetén. Ígéretes kezdeményezésre is találunk példát, ahol már felismerték ennek szükségességét, és aktív lépéseket tesznek ennek megvalósítása érdekében. A szegedi Kaáli intézetben a segítői oldalon elkezdődött egy pszichés támogatásra irányuló folyamat, Budapesten pedig kutató és előkészítő fázisban van egy – az elképzelés szerint intézményi együttműködésen alapuló – átfogó program- és protokolltervezet. Az egységes protokoll megvalósulása még messzi célnak tűnik, de a szakma elkezdett aktívan reagálni a meddőségben és az asszisztált reprodukcióban érintett párok támogatásának szükségességére.

IRODALOM

- COHN, L. PH.D (2016) : Perinatal Loss and Grief: Supporting Families educational ppt.<http://hmhbbroward.org/wp-content/uploads/2016/03/Dr-Cohns-Perinatal-Loss-and-Grief.pdf>
- COOPER, B. C., GERBER, J. R., MCGETTRICK, A. L., JOHNSON, J. V. (2007): Perceived

- infertility-related stress correlates with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*. 2007, 88. (3) pp 714-717.
- DOMAR, A.D. PH.D. (2004): Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility* vol. 81, No. 2, Febr. 2004
- ERDÉLYI, K. (2017): Állami kórházakba terelné az állam a meddő párokat. *Átlátszó online*. 2017.07.28.
- HARVARD MEDICAL SCHOOL (2009): The psychological impact of infertility and its treatment. *Harvard Mental Health Letter* May, 2009
https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/The-psychological-impact-of-infertility-and-its-treatment
- HORVÁTH, J. (2018): Népbetegséggé vált a meddőség. *Medical Online*, 2018.03.09.,
http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/nepbetegsegge_valt_a_meddoseg
- KISS, Á. (2018): A meddőség lelki vonatkozásai. In: KAÁLI NAGY, G. & BÁRTFAI, GY. (szerk): *A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- KONCSEK, R. (2018): Több, mint tízezer beültetést támogat az egészségbiztosító. *Világgazdaság Online*, <https://www.vg.hu/vallalatok/tobb-mint-tizezer-beultetest-tamogat-az-egeszsegbiztosito-735027/>
- KOVÁCSNÉ TÖRÖK, ZS. (2000): Pszichoterápiás segítségnyújtás perinatális gyermekelvesztés után. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2000. 4: nyár, 22-27.p.
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2018) Népeség, népmozgalom 1900-
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001a.html
- MOURA-RAMOS, M., GAMEIOR, S., CANAVARRO, M.C. ÉS SOARES, I. (2012): Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory *Human Reproduction*, 27 (2) 2012, 496-505,
<https://doi.org/10.1093/humrep/der388>
- NAVRATYIL, Z. (2011): Az asszisztált reprodukciós eljárások főbb fajtái és történeti alakulásuk az etikai-jogi reakciók tükrében. *Iustum Aequum Salutare* VII. 2011/1. · 109–121.
- ORSZÁGOS BETEGJOBI, ELLÁTTJOGI, GYERMEKJOGI ÉS DOKUMENTÁCIÓS KÖZPONT (2014): Éves jelentés a humánreprodukciós eljárásokról.
http://www.ijasz.hu/UserFiles/ivf_jelentes_2014.pdf
- PÁPAY, N., RIGÓ, A. szerk. (2015): *Reprodukciós egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- SZABÓ, E. (2017): Korántsem gyerekjáték a lombikos családalapítás. *Magyar Nemzet*,

2017.09.17. <https://mno.hu/belfold/korantsem-gyerekjatek-a-lombikos-csaladalapitas-2416115>

SZIGETI F., J., KONKOLY THEGE, B. (2012a): A meddőség pszichológiai aspektusai: szakirodalmi áttekintés. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 2012, 67. (3) pp 561-580.

SZIGETI F., J., KONKOLY THEGE., B. (2012b): A meddőség pszichés velejáráói egy hazai pilot-vizsgálat tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 2012, 67. (4) pp 713-731.

SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI SZAKMAI KOLLÉGIUM (2010a): Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Meddőségről: kivizsgálásról és a kezelés általános lehetőségeiről (1. módosított változat) *Hivatalos Értesítő. A Magyar Közlöny Melléklete*. 30, p 6480-6484.

SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI SZAKMAI KOLLÉGIUM (2010b): Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Meddőség ellátásáról – asszisztált reprodukcióról – In Vitro Fertilizációról (1. módosított változat) *Hivatalos Értesítő. A Magyar Közlöny Melléklete*. 30, p 6467-6478.

INTÉZMÉNYI ONLINE OLDALAK:

<http://www.janoskorhaz.hu/budai-meddosegi-centrum.html>

<https://www.robertkorhaz.hu/meddosegi-centrum>

<https://kaali.hu/>

<https://versysclinics.com/pszichologiai-kozpont>

<http://aok.pte.hu/hu/egyseg/gyogyitas/440>

<http://semmelweis.hu/asszisztaltreprodukcio/>

<https://devaiintezet.hu/>

www.forgacsintezet.hu

<http://www.reprosys.hu/>

Geiszbühl-Szimon Petra,

mentálhigiénés szakember, közgazdász

pszimon@gmail.com

Zsák Éva

PhD hallgató

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

zsak.eva@phd.semmelweis-univ.hu