

A női reprodukció egészség pszichoszociális vetületeiről

Psychological concerns of female reproductive health

Szigeti F. Judit¹, Konkoly Thege Barna², Lőrincz Jenő³

¹Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszék, 1083 Budapest, VIII. Tömő u. 25-29.

²Department of Psychology, University of Calgary; Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

³Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

E-levele: jferenczy@hotmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS Bevezetés. A biológiai, pszichológiai és szociális tényezők együttes működése a nőgyógyászati megbetegedések előidézésében és fenntartásában is jelen van.

Célkitűzés. Összefoglaló közleményünk a női reprodukció néhány jellegzetesebb kórképének pszichés vonatkozásait tekinti át.

Módszer. Az angol nyelvű adatbázisokban elérhető újabb tanulmányokat tekintettük át szisztematikus kulcsszó-kereséssel, de a magyar szakirodalomra is támaszkodtunk.

Eredmények. A biomedikális tényezők mellett a pszichés és társas faktorok mindegyik áttekintett kórkép esetében bizonyítható jelentőséggel bírnak. Gyakran nem válaszolható meg, hogy okról vagy okozatról van-e szó, de az egyre nagyobb teret kapó cirkuláris szemléletben ez a kérdésfeltevés túlhaladottá is válik.

Következtetések. A női reprodukció elakadásainak felismerésében és kezelésében elengedhetetlen a pszichoszomatikus szemlélet. A gyakorlatban a nőgyógyász részéről ez holisztikus megközelítéssel, vagy pszichológus, pszichiáter, pszichoterapeuta partneri bevonásával valósítható meg.

KULCSSZAVAK krónikus kismencedei fájdalom, meddőség, nőgyógyászati pszichoszomatika, policisztás ovárium szindróma, premenstruális állapotok

SUMMARY Introduction. Biological, psychological and social factors are present in the predisposing, precipitating and perpetuating factors of gynaecological conditions, too.

Aim. The study aims at summarizing the most important or recent findings on psychological aspects of women's reproductive health.

Methods. Mostly the body of research available in English databases has been examined through a systematic keyword search, but Hungarian sources have also been consulted.

Results. Every reviewed gynaecological condition shows important psychological and social factors besides the biomedical ones. It is often unclear whether these represent a reason or a consequence, but in a circular approach this question becomes obsolete.

Conclusions. A psychosomatic approach is essential in the recognition and management of obstacles to women's reproduction. This can be realised through a holistic attitude on the part of the gynaecologist, or the inclusion and partnership of a psychologist, psychiatrist or psychotherapist in the curing process.

KEY WORDS chronic pelvic pain, gynaecological psychosomatics, infertility, polycystic ovary syndrome, premenstrual conditions

Rövidítések

ACT	adrenocorticotrop hormon
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV.
HPA-tengely	hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely
HPG-tengely	hipotalamusz-hipofízis-gonádikus tengely
IL-6	interleukin-6
IVF	in vitro fertilizáció
LH	luteinizáló hormon
FSH	folliculus stimuláló hormon
SHBG	nemihormon-kötő globulin
KKF	krónikus kismencedei fájdalom
PCOS	policisztás ovárium szindróma
PMD	premenstruális dysphoria
PMS	premenstruális szindróma
SSRI	szelektív szerotoninvisszavétel-gátló
SZNSZK	Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium

A termékenység a női identitás egyik legfontosabb része, melyben testi, lelki, társas és spirituális jelenségek (lásd a jungi Magna Mater archetípusa) szorosan összefonódnak. Ha a folyamatban zavar keletkezik, annak feloldása nem nélkülözheti az orvosi eszközök mellett a pszichológiai és kapcsolati elemeket sem. Ma már elavultnak tekinthető a pszichoszomatikus specificitás determinista elmélete, miszerint adott, jól körülírt, megoldatlan emocionális konfliktusok (pl. anyalány kapcsolat) jól körülírt betegségeket (pl. meddőséget) okoznak (1). A hangsúly jelenleg inkább az organi-

kus betegségek következményeire (pl. distressz, szorongás, tehetetlenségérzés, depresszió) helyeződik, ami azonban nem jelenti azt, hogy a specifikusabb, disztális pszichológiai problémáknak (pl. párkapcsolati bizalmatlanság) ne lenne jelentősége az általánosabb, proximálisabb okok (pl. szorongás) mellett vagy mögött. A pszichoszomatikus megközelítés szerint egyszerre vesszük számításba a biológiai, pszichológiai és társas faktorokat, melyek hajlamosítanak egy betegségre, vagy kiváltják és fenntartják azt (2). Ez a szülészeti-nőgyógyászati betegségekre is igaz, sőt, egyes kutatók szerint a reprodukív egészség területén talán még jobban összefonódnak a társas, lelki és élettani tényezők, mint az egészségi állapotok bármely másik területén (3). A következőkben igyekszünk megmutatni, hogy napjaink kutatói nemcsak a korábbi determinizmus, de a hagyományos pszichoszomatikus szemlélet meghaladására is törekednek, egyre több nézőpont (legújabbban az epigenetikai kutatások) bevonásával.

Meglehetősen elterjedt felfogás szerint mind klinikai, mind normális mintában – a reprodukcióban részt vevő szervekre vonatkozó tünetek nélkül is – a nők intenzívebb, változékonyabb szervi szimptómákra panaszkodnak. Ha a nőgyógyászatot is szem előtt tartjuk, komplex modell körvonalazására kell törekednünk. A hierarchikusan szerveződő cortex-hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg-ovarium (funkcionális) tengelyen biológiailag magyarázható lenne, hogy „lefelé” irányuló hatásokra visszaesés következik be (például stresszhatásokra a normális menstruáció akár az amenorrhoeáig regrediálhat). Pszichofiziológiai kutatásokra mindez ösztönzőleg hathat; ám a társadalmi, közösségi és individuális valóság valamennyi vonatkozása nélkül pusztán leegyszerűsítés, mely rendszer-szemlélettel meghaladható. A szisztémás megközelítés az egészlegesség, a körkörös szabályozás és a visszacsatolás elemeivel bővítve mintegy kínálja a keretet a nőgyógyászati gyakorlat számára is.

A Brit Pszichoszomatikus Szülészeti-Nőgyógyászati és Andrológiai Társaság nézőpontjából a pszichoszomatikus szülészeti-nőgyógyászat és andrológia a következő területeket foglalja magában (4):

- ▶ reprodukív egészség (menstruációs problémák, fogamzásgátlás, alhasi és szeméremtesti fájdalmak, szexuális rendellenességek, műtéti beavatkozások, gyermeknőgyógyászat, menopauza, a női reprodukív szervek daganatos megbetegedései stb.);
- ▶ termékenység, terméketlenség és magzatvesztés;
- ▶ várandósság, szülés és posztntatális jelenségek;

- ▶ születési rendellenességek, halvaszületés, nemi erőszakot, illetve szerhasználatot követő terhesség;
- ▶ férfi terméketlenség, szexuális egészség, a férfi genitálék jó- és rosszindulatú megbetegedései; és végül
- ▶ a fentiekhez társuló mentális megbetegedések, pl. szorongás, depresszió, poszttraumás stressz zavar és testképzavarok.
- ▶ Pszichoszomatikus jellegük szerint Lal (2) a következőképpen osztályozza a női reprodukció rendellenességeit:
- ▶ pszichoszomatikusként jellemzett vagy erős pszichés átfedésekkel járó állapotok: krónikus kismencedei fájdalmak, dysmenorrhoea, dyspareunia, hyperemesis gravidarum;
- ▶ nem pszichoszomatikusként osztályozott, de pszichés felhangokkal járó állapotok: menarche, szabálytalan menstruációs ciklusok vagy amenorrhoea, policisztás ovarium szindróma, menorrhagia, premenstruális szindróma;
- ▶ szülészeti-nőgyógyászati következményekkel járó mentális állapotok: szorongás (tocophobia, poszttraumás stressz zavar), depresszió, anorexia nervosa, bulimia nervosa;
- ▶ ún. „nőgyógyászati komorbid állapotok”, azaz fizikailag és pszichoszociálisan meggyengült egészség együttes következményei: meddőség és nőgyógyászati daganatos megbetegedések.

Összefoglaló közleményünk a fentiek közül a reprodukív egészség néhány jellegzetesebb kórképének pszichés vonatkozásait tekinti át a teljesség igénye nélkül, a nőgyógyászat és az egészség-/klinikai pszichológia érintkező területeinek feltérképezése céljából.

Krónikus kismencedei fájdalom

A kismencedei fájdalom mintegy 150 éve szerepel a nőgyógyászati szakirodalom tematikájában, mégis rejtélyes maradt [2]. Ez az állapot képezi a nőgyógyászati járóbeteg-szakellátáson való megjelenés egyik leggyakoribb okát [5]. Krónikusnak akkor tekinthető, ha hat hónapnál hosszabb ideje áll fenn [6]. Bizonyítható organikus – nőgyógyászati (pl. endometriosis, összenövés, megelőző császármetszés, kismencedei pangás), gastrointestinalis (pl. irritabilis bél szindróma), urogenitalis stb. – okot a háttérben 8% és 83% közti arányban sikerült bizonyítani. Pszichogénként akkor jellemzik, amikor szervi eltérés nem mutatható ki, vagy

amikor a testi okok megfelelő kezelése ellenére a fájdalom tartósan fennmarad (2).

A krónikus kismencedei fájdalom (KKF) változó mértékben akadályozhatja a nőt mindennapi életvitelében a tevékenységi körök szűkülésétől az ágyba kényszerülésen át a kórházi felvételig; mindez pedig nemcsak ingerlékenységgel és frusztrációval, hanem bűntudattal is eltöltheti a szenvedőt. A KKF-ban foglalt fiziológiai minták lefutásába és értelmezésébe pszichológiai tényezők is belejátszanak, hiszen a fájdalom produkciója és érzékelése már magában is multifaktoriális, szubjektív tapasztalatokkal tarkított jelenség (7). A legfőbb diagnosztikai és terápiás módszer a laparoszkópia. A KKF kutatása kezdetben módszertani kívánnivalókat hagyott maga után; később a kontrollcsoportok bevonása javított ezen, de megalapozta a jelenleg is fennálló, ám *Fry és mtsai* szerint kevésbé gyümölcsöző törekvést, hogy a tünetek fizikai, illetve pszichés okát világosan elválasszák (5).

Jó néhány kísérlet történt arra, hogy az idiopátiás kismencedei fájdalom hátterében közös személyiségbeli, pszichopatológiai vagy élettörténeti – például trauma – elemeket azonosítsanak. *Walker és mtsai* (8) 100 nőt vizsgáltak, akik fele KKF-mal küzdött, másik fele petevezeték-elkötés, illetve meddőségi kivizsgálás keretében, fájdalmat nem tapasztalva várt laparoszkópiára. A módszertanilag megbízható vizsgálat azt hozta, hogy a fájdalmakra panaszkodók szignifikánsan magasabb számban voltak szexuális visszaélés, illetve pszichiátriai zavarok – major depresszió, szerhasználat, fóbák, illetve szexuális diszfunkciók – áldozatai. Magasabb arányban voltak szomatizációs tüneteik is, miközben az objektív laparoszkópiai leletek nem különböztek különösebben. Pszichiátriai zavarok vagy szexuális viktimizáció tekintetében semmilyen különbség nem adódott a pozitív, illetve negatív laparoszkópiai eredményekkel rendelkezők között. A fájdalmakra panaszkodók mind szignifikánsan fiatalabbak, alacsonyabb társadalmi rétegből valók, kevésbé iskolázottak voltak, és kisebb arányban voltak férjnél, mint a fájdalmakat nem említők.

Kisebb mintán ugyan (30 panaszos, 30 panaszmentes), de a kontrollszemélyekénél szignifikánsan több szomatizációs tünetet talált a KKF-tól szenvedők körében *Magni és mtsai*, testi okoktól függetlenül. Az idiopátiás csoport magasabb depressziópontszámokat ért el mind az organikus, mind a kontrollcsoportnál, valamint jelentősen szorongóbbnak is bizonyult a kontrollszemélyeknél. Az életkor, a tünetek megjelenése óta eltelt idő és a szomatizációs, illetve depresszív indexek között korreláció nem volt. A fenti eredmé-

nyek alapján a szerzők azt feltételezik, hogy egyes idiopátiás kismencedei fájdalmak a depressziós zavar megnyilvánulásai lehetnek (9).

A különbségek azonban nem mindig ennyire nyilvánvalóak. Endometriózissal, illetve anélkül élő pácienseket hasonlított össze *Peveler és mtsai*: a két csoport sem hangulati tünetek, sem személyiségvonások alapján nem különíthető el. Mindkét csoport 35%-a azonban – más kórházi betegekhez hasonló arányban – hangulatzavarra utaló eredményeket mutatott. Az egyetlen szignifikáns különbség a szocioökonómiai státuszban adódott: az endometriózissal jellemezhető csoport magasabb társadalmi státuszú volt a meghatározhatatlan eredetű fájdalomtól szenvedő csoportnál. Számos megelőző kutatáshoz hasonlóan ebben a vizsgálatban is gyenge volt a korreláció a patológiás állapot foka és a fájdalom megtapasztalt szintje között, de az endometriózisos páciensek valamivel súlyosabb fájdalomról és nagyobb szociális diszfunkcióról számoltak be. A kutatók végkövetkeztetése szerint az a tény, hogy a pszichológiai problémák nem gyakoribbak a fizikai okokkal magyarázhatatlan, mint a magyarázható fájdalomtól szenvedők körében, azt sugallja, hogy a tágabb és részletesebb pszichoszociális kontextusú esetkezelés mindkét csoportban indokolt (10).

Számos kérdés még tisztázásra szorul: *Leserman és mtsai* például a KKF tipológiájának felállítását sürgetik, minthogy vizsgálatuk alapján a diffúz alhasi fájdalmakkal küzdő pácienseket nagyobb számban jellemezte trauma, valamint rosszabb mentális és fizikai egészségi állapot, mint a vulvovaginális és ciklusos fájdalmakra panaszkodókat (11). A KKF osztályozásában magyarázó erejét tekintve ígéretes alcsoport lehet a kismencedei vénás pangás által determinált kategória (5).

Jelenleg egyre inkább elfogadott az az álláspont, hogy a KKF genetikai, szomatikus, gazdasági, szociális és pszichológiai tényezők összjátéka nyomán lép fel (6). *Fry és mtsai* metaanalízise szerint vannak ugyan közös nevezők a kutatásban, de a legújabb munkák megkérdőjelezték egyes faktorok (pl. a gyermekkori szexuális abúzus) egyenes oksági viszonyát a szindrómával (5).

Ami a KKF kezelését illeti, *Slade és Cordle* (2005) ajánlása szerint az érintettnek nem szabad azt éreznie, hogy fájdalmát lekicsinylik vagy kétségbe vonják, de meg kell értenie, hogy szenvedése nem mindig valamilyen szervi betegség bizonyítéka, hanem fiziológiai, szocioökonómiai és pszichológiai tényezők együttese, mely egyénről egyénre és időről időre változhat (7). Tájékoztatónk kell afelől is, hogy a KKF milyen hatást gyakorol a beteg életvitelére, munkahelyi és családi

életére (6). A KKF sikeres kezelése multidiszciplináris feladat, melyben nemcsak a szülész-nőgyógyász, a háziorvos, hanem a pszichológus is komoly részt vállalhat.

Premenstruális állapotok

A női ciklushoz köthető hangulati és viselkedéses eltérések modern kutatása Frank 1931-es munkájától számítható. Az állapot ekkor „premenstruális feszültség” néven szerepelt, ami az 1950-es években „premenstruális szindrómára” (PMS) változott (12). A súlyosabb, „premenstruális dysphoriaként” (PMD) emlegetett állapot 1994-ben került be a mentális zavarok nozológiai rendszerébe (DSM-IV) olyan tünetek gyűjtőfogalmaként, melyek hangulatingadozásban, nyomottságban, vagy például csökkent érdeklődésben nyilvánulnak meg; a luteális fázis utolsó hetében jelentkeznek, a menses első napjaiban múlnak el, és kihatnak a munkahelyi, iskolai vagy más általános tevékenységre. Ezekhez hőhullámok, emésztési zavarok és fájdalmas mellfeszülés is járulhat.

Az állapot epidemiológiai adatait befolyásolja, hogy milyen tüneteket veszünk alapul: a PMD előfordulása a DSM-IV kritériumai szerint 3–8%-ra tehető, a PMS azonban a nők 50-80%-át érinti (13). A PMS pontos diagnosztizálásához a tünetek legalább két menstruációs ciklusra kiterjedő prospektív rögzítésére van szükség (14). A kóriszmézést nehezítheti a diagnosztikai kategóriák körvonalazatlansága és az, hogy gyakran már meglévő hangulatzavarok ciklushoz kötött súlyosbodásáról van szó.

A PMD okai nem teljesen ismertek; a szerotonin, a reprodukzív hormonok, az endogén opiátok és a genetika szerepére gyűlt össze a legtöbb bizonyíték. Egyéb állapotokban is csökkent szerotoninszint jár együtt olyan tünetekkel, melyek a PMD egyes szimptomáival átfedést mutatnak, úgy mint gyengébb impulzuskontroll, alacsony önértékelés, agresszió, csökkent fájdalomküszöb, koncentrációs nehézségek, alvászavarok. A szerotoninhány kauzalitása mellett szól az is, hogy a szelektív szerotoninvisszavétel-gátló (SSRI) gyógyszerek nyolcszor hatékonyabbak a PMD kezelésében, mint a placebo (13).

Számos kutató szerint a PMS biopszichoszociális körkép, melyet nagymértékben meghatároz az a negatív várakozás, amelyet az egyén a menstruációval kapcsolatosan támaszt, s amely a szocializáció során alakul ki. Feltűnő például a hasonlóság anyák és lányaik premenstruális panaszai között (12). A premenstruális

tenzió lehetséges pszichoszomatikus okai közt Borsos és Urbancsek a következőket sorolja fel: érzelmileg tagadó viszony a menstruációval, félelem a menstruációs fájdalomtól, mentesülés a nemi együttlét alól, szorongás a fogamzás utáni vágy megghiúsulásától, abortusz utáni tudat alatti önbüntetés stb. (15). A premenstruális változásokról kialakított feltételezések és kognitív értékelés azt is meghatározza, hogy a kellemetlenségeket a nő zavaró és aggasztó, vagy normális és kezelhető jelenségeként észleli-e; a negatív gondolatok örögi köre pedig felnagyíthatja a tüneteket, és súlyosbíthatja az állapotot (16).

A nők jelentős része a testi tüneteket sikeresen kezeli, a lelkiekkel viszont – különösen azokkal, melyek interperszonális konfliktusokhoz vezetnek – nehezebben veszi fel a harcot. Segítésük farmakológiai eszközökkel, például alacsony dóziszú SSRI szerek folyamatos, illetve megszakításos alkalmazásával (14), vagy a petefészek-működést elnyomó szerekkel is történhet, de számos más módszer is felmerült (tanácsadás, hipnoterápia, akupunktúra stb.). Tartós pszichoterápia is hatásosnak bizonyult: a legtöbb adat a kognitív viselkedésterápia sikeres egyéni (16) vagy csoportos (17) alkalmazására gyűlt össze. Összességében fontos, hogy a kezelés során elismerjük a PMD-ben szenvedő nők kellemetlen állapotát, mégse medikalizáljuk teljesen a menstruációs ciklust (13).

Policisztás ovárium szindróma

A policisztás ovárium szindróma (PCOS) – mely az érésben alakadt, apró cisztákká alakult tüszők gyöngyfüzérét tartalmazó petefészkekről kapta a nevét – sajátos helyet foglal el a női reprodukciós egészség témájában. Miközben ugyanis a PCOS vezető meddőségi ok, elsősorban mégsem nőgyógyászati, hanem hormonális és anyagcserezavar eredménye. A betegség *Stein és Leventhal* 1935-ös leírásában jelent meg először (18), és azóta is vizsgálódások tárgyát képezi. A PCOS hátterében genetikai és életstílusbeli faktorok egyaránt előfordulnak, oka az esetek 60-80%-ában a hyperandrogenizmus, 50-80%-ukban pedig az inzulinrezisztencia (19).

Becslések szerint a reprodukzív korban lévő nők 20%-a érintett (20), de mivel nem mindegyik mutat könnyen észlelhető tüneteket, sok esetben nem jutnak el a diagnózisig. A legfrissebb diagnosztikai rendszert „rotterdami kritériumokként” tartják számon; eszerint PCOS állapítható meg, ha három ismerv közül kettő jelen van: rendszertelen menstruáció vagy peteérési za-

var (esetleg teherbeesési képtelenség), férfi hormon-túlsúly klinikai tünetei (szőrösödés, derék/has térfogat aránya) vagy laboratóriumi jelei (LH/FSH arány, SHBG), illetve ultrahangvizsgálat során policisztás jellegű petefészekkép (21). A klinikai kép igen heterogén: van, akinél a krónikus anovulatio, amenorrhoea vagy oligomenorrhoea dominál, és van, aki túlsúllyal vagy dermatológiai problémákkal küzd (hirsutismus, seborrhoea, acne) (22). A PCOS-betegek nagy százalékánál metabolikus szindróma, illetve 2-es típusú diabetes mellitus alakul ki, és a kisfokú krónikus gyulladásnak megfelelő immunrendszeri elváltozásokkal is számolni kell (23).

A PCOS gyakran jár együtt szorongással és depresszióval (23), ami tovább emeli a metabolikus szindróma által okozott kardiovaszkuláris kockázatokat. A szindrómával asszociálódó túlsúly, pattanások és szőrösség rontja az érintettek nőiesség-érzését, testképét és önértékelését, ezáltal életminőségét és pszichés jóllétét (20, 22). *Rassi és mtsai* (2010) vizsgálatában 72 PCOS-páciens több mint felénél pszichiátriai megbetegedés, leginkább hangulatzavar volt diagnosztizálható. Ezen belül a legnagyobb arányt a major depresszió érte el (26,4%), de a bipoláris zavar is jelentős hányadot képviselt (11,1%) (24).

A testi tünetek és a mentális zavarok ok-okozati összefüggése nem egyértelmű. Vannak például adatok arra vonatkozóan, hogy a PCOS-páciensek erőteljesebb válaszokat adnak a pszichoszociális stresszre. *Benson és mtsai* vizsgálatában nyilvános előadás megtartása során – bár a helyzet minden alanyánál szignifikáns állapotssorongás-növekedést okozott – a PCOS-páciensek hangsúlyosabb neuroendokrin (ACTH, kortizol) és immunsejtválaszt (IL-6) adtak, és szívfrekvenciájuk is szignifikánsan magasabb volt a demográfiailag, illetve testtömegindex és dohányzási szokások szerint illesztett egészséges kontrollszemélyekénél (a pszichiátriai diagnózissal rendelkező alanyokat kizárták a vizsgálatból). A szerzők szerint a stresszválasz zavara lehet a láncszem a PCOS és a vele gyakran együtt járó depresszió, túlsúly, illetve a megnövekedett cardiovascularis és diabetes-kockázat között (23).

A PCOS legnagyobb distresszt okozó következménye a meddőség (amit tanulmányunk következő részében tárgyalunk bővebben). *Shi és mtsai* vetették föl azt a kérdést, hogy az asszociálódó pszichés problémák PCOS-specifikusak-e, vagy a meddőséggel járnak együtt. Eredményeik arra utalnak, hogy a PCOS-betegek szorongásos és depresszív tünetei szignifikánsan súlyosabbak a más okból meddőkénél, és hogy a

PCOS-re jellemző endokrin és pszichológiai zavarok mögött a neurotranszmitterek (elsősorban a szerotonin- és dopaminmetabolizmus) abnormalitása mutatható ki (25).

Bár a szimptomatológia ugyanaz, a PCOS megélésében jelentős kulturális különbségek is adódhatnak: *Schmid és mtsai* felmérésében például a betegség kedvezőtlenebbül befolyásolta az Ausztriában élő, bevándorolt, muszlim nők egészséghez kapcsolódó életminőségét, mint az Ausztriában születetteké, ami a női szerep és a gyermekvállalás összefüggésének eltérő szociokulturális és etnikai hangsúlyaiából eredhet (22).

A PCOS legalapvetőbb kezelése *Teede és mtsai* (2010) ajánlásában az életmódváltás: a táplálkozási szokások (kis mennyiségű, megfelelő minőségű és gyakori étkezés, alacsony glikémiás indexű táplálékok), a rendszeres (legalább heti háromszor legalább fél óra zsírégető típusú) testmozgás. A vizsgálatok szerint többféle életmódváltó stratégia is eredményes lehet, ha biztonságos és hosszú távon fenntartható. Mindez ki egészíthető, de nem helyettesíthető a jelenleg legelfogadottabb, bizonyítékokon alapuló gyógyszeres kezeléssel: a (Magyarországon off-label jelleggel adott) metforminnal az inzulinrezisztencia és fogamzásgátló tablettákkal a hyperandrogenismus ellen, amennyiben a gyermekvállalás (még) nem cél. Meddőség esetén a kezelést clomiphene-nel érdemes kezdeni (20). Látható, hogy nemcsak maga a szindróma, hanem annak kezelése is pszichés megterheléssel jár, hiszen míg a gyógyszerek bevétele viszonylag könnyen kivitelezhető, az életmódváltáshoz és a lelki következmények feldolgozásához gyakran pszichés támogatásra van szükség.

Meddőség

Meddőségről a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium (SZNSZK) protokolljának meghatározása szerint akkor beszélhetünk, ha a kívánt sikeres terhesség egy év rendszeres, ovuláció idejére eső szexuális élet ellenére is elmarad (26), függetlenül attól, hogy a párnak van-e már korábban gyermeke vagy sem. Ez a krónikus zavar Magyarországon a párok 10-15%-át érinti (27). Pápay a meddőség meghatározását a következőképpen bővíti ki: olyan termékeny korban lévő, deklarált gyermekvállalási szándékkal rendelkező pár közös működészavara, akik esetében igaz, hogy a rendszeres, legalább egy éve (35 éven felüliek esetében hat hónapja) tartó fogamzásgátlás-mentes nemi élet ellenére sem történik meg a kívánt terhesség, illetve a terheséget nem sikerül elveszüléssel kihordani. Ez a műkö-

dészavar intrapszichés, párkapcsolati és társas szinteken egyaránt kifejti hatását, ezért csak biopszichoszociális kontextusban értelmezhető (28).

A meddőségek számos szomatikus oka lehet; a leggyakoribbak férfioldalon (az infertilitas kb. 30–40%-ában) a spermiumtermelés abnormalitásai, női oldalon (ugyancsak kb. 30–40%-ban) az ovulációs diszfunkciók és a petevezeték betegsége, az esetek kb. 10–15%-ában pedig a női-férfi tényezők kombinációja (29). Újabban kb. 10%-ban nem sikerül organikus okot kimutatni az infertilitas hátterében (30). A terméketlenséggel járó stressz kedvezőtlenül hat a szubjektív jóllétre, azon belül az életminőségre, a személyes hatékonyságra és az énképre (31). A meddőség nagyobb terhet jelent a nők, mint a férfiak számára, mégis úgy tűnik, a klinikai méretű pszichopatológiai jelenségek nem feltétlenül gyakoribbak, mint a nem meddő nők közt (32).

Korántsem világos, hogy a terméketlenséggel együtt járó mentális jellemzők okai vagy következményei a nehezített fogamzásnak. A pszichés okok közül a legtöbb bizonyítékot a krónikus stresszre vonatkozó kutatások halmozták fel, mely hormonális úton, a HPA- és HPG-tengelyeken keresztül gyengíti a termékenységi funkciókat (33). Számos vizsgálat mégsem talált statisztikailag jelentős különbséget a termékenyek és terméketlenek stressz-szintje és mentális mutatói között. Ennek hátterében az is állhat, hogy a stressz nem feltétlenül jelenik meg szorongásban vagy depresszív tünetekben (34). A stresszen kívül a meddőség lehetséges háttereként intra- és interperszonális problémák (30), illetve bizonyos személyiségbeli tényezők is fölmerültek (35).

Ami a meddőség mentális hatásait illeti, a szorongást és a depressziót említik leggyakrabban, de arra is találunk példát, hogy a meddők szorongásának mértéke nem különbözik jelentősen a normatív adatoktól (36). A meddő nők depresszióértékei magasabbnak bizonyulnak a termékenyekénél (37). A beteljesületlen gyermekvágy negatív hatásai közt felsorolható még az élet fölötti kontrollvesztés érzése, az interperszonális érzékenység, izoláció, házastársi stressz és elégedetlenség (38).

Nemcsak pusztán maga a meddőség, hanem annak kezelése is meglehetősen megterhelő lelkileg a páciensek számára, nem kis részben a beavatkozások kis sikeraránya miatt. Borsos és Urbancsek adatai szerint in vitro fertilizációs (IVF) kezelések után a petesejtnyerésre vonatkoztatott születési arány Magyarországon 19,6% (39). A pszichoszociális nehézségek tehát általá-

ban súlyosbodnak, ha asszisztált reprodukcióra kerül sor, de a kontrollszemélyekénél rosszabb lelkiállapot itt sem nyert mindig bizonyítást.

Az idő előrehaladtával a meddőséggel összefüggő depresszió előfordulása nőhet, de ellenkező irányú változásra is van adat: akik régebb óta állnak in vitro fertilizációs (IVF) kezelés alatt, azok szorongás- és depressziószintje alacsonyabb lehet az asszisztált reprodukciós terápia elején járó párokénál (40), ami a meddőséghez, illetve annak kezeléséhez való hozzászokás lehetőségére utal. Az ellentmondások abból is fakadhatnak, hogy egyes kutatók a meddőségi diagnózis kimondása óta eltelt időt, mások az időközben alkalmazott kezelések számát vették figyelembe. Ha mindkét változót figyelembe vesszük, akkor nem annyira az átélte beültetések száma, mint inkább a diagnózis óta eltelt idő hossza az, ami a meddőséggel való jobb megküzdéssel jár együtt (41).

A meddőség okozta pszichés károkat a megküzdési stratégiák is befolyásolják: a társas támasz keresése például csökkenti a meddőségi stresszt (32). A terméketlenség következményeinek és kontrollálhatóságának kognitív reprezentációi ugyancsak erősen hatnak a nők érzelmi alkalmazkodására (42). Akinek akarata ellenére sem születik gyermeke, az gyakran megkérdőjelezi élete értelmét; ez hatványozottan igaz a meddőségi kezeléseket folytatók körében, szemben az azokat abbahagyókkal vagy a sikeresen kezeltettekkel (43). A magasabb fokú spirituális jóllét és hit csökkenteni látszik a meddőségi stresszt, bár a vallásos megküzdési minták közt negatív formákat is számon tartanak (44).

A pszichoterápia kedvezően befolyásolja a meddők lelkiállapotát (38), és a várandóssági mutatókat is pozitív irányba billentheti (45). Mindeddig a stresszcsökkentő kognitív és viselkedésterápiák, valamint a támogató csoportterápiák bizonyultak a legsikeresebbeknek (46), de pszichodinamikus, megoldásközpontú, krízisintervenciós, valamint rendszerszemléletű párterápiás megközelítésekkel is jó eredményeket mutattak fel (47).

Miközben Magyarországon a meddőség szomatikus kezelésében az orvosi technológia egyre inkább lépést tart a gazdaságilag fejlettebb országokban alkalmazott eljárásokkal, a pszichológiai ellátás messze elmarad azoktól. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumnak a meddőség kivizsgálására és általános (in vivo) kezelésére vonatkozó protokolljában a pszichológiai aspektus teljességgel hiányzik (26). Az in vitro beavatkozásokra érvényes ajánlás is csak ivarsejt-donork számára javasolja „szükség szerint” a pszichológiai

konzultációt (27). Fejlettebb országokban az in vitro kezelésben részt vevő minden fél számára biztosítandó a meddőségi centrumokban a pszichoszociális tanácsadás, a kezelés előtt és közben (48), ami hazánkban is kívánatos volna mind a pszichológiai jóllét, mind a megtermékenyülés valószínűségének növekedése szempontjából.

A nőgyógyászati betegségek pszichoszomatikus szemléletű ellátása

Az előző fejezetekben láthattuk, hogy jó néhány nőgyógyászati rendellenesség okai és következményei közt lelki elemek is szerepelnek, így a pszichés megközelítés a kezelésükből sem hiányozhat. A fentiekben részletezett, többé-kevésbé pszichoszomatikus jellegűnek tartott kórképek pszichoszociális szempontból a krónikus stresszel, a szorongással és a depresszióval mutatják a legtöbb összefüggést, de a szocioökonómiai státusz, az ezzel összefüggő életmód, a szomatizációs hajlam és – kisebb mértékben – a pszichés trauma társuló szerepére is léteznek adatok. Mindez azonban nem feltétlenül jelenti azt, hogy minden esetben szükség volna egy speciálisan mentális egészséggel foglalkozó szakember bevonására. Bierkens (1997) szerint a nőgyógyászati páciensek összes lelki problémáját a pszichológusokhoz delegálni szükségtelen elszegényítése volna a nőgyógyászati szakmának, hiszen az, hogy ilyen jellegű problémákkal is foglalkozni kell, az orvoslás elidegeníthetetlen része (1).

Az orvos-beteg kapcsolat minősége különösen fontos a szülészet-nőgyógyászatban, hiszen a nők a házi-orvosuk mellett a nőgyógyászt keresik föl a leggyakrabban (49). A nőgyógyászati vizsgálat Szeverényi szerint azért is kényes természetű, mert az orvos a nő intim szférájába hatol be, előbb verbálisan, majd feltáró eszközzel és manuálisan is, ami szorongást, kiszolgáltatottság-érzést és fájdalmat okozhat a páciensnek. Az orvos és a beteggel találkozó más személyek feladata az, hogy a szorongást ellensúlyozni képes, pozitív érzelmeket váltsanak ki a betegben (50).

Szakács meglátása szerint a nőorvosnak tulajdonított vélekedések a betegek önértékelésében, gyógyuláshoz való hozzájárulásában fontos szerepet játszanak. Türelmet, érzelmi ráhangolódást, együttérzést igényel a nőgyógyásztól az a folyamat, amely során kibővíthetővé, átfordíthatóvá válik a szomatikus betegségtudat pszichoszomatikus formába. Fontos komolyan venni a testi panaszokat és emellett felkínálni a lélektani ténye-

zőkkel való foglalkozás lehetőségét, ha szükséges. Pszichiáter, pszichológus vagy pszichoterapeuta bevonása feltétlenül tanácsos két esetben: ha a szakorvos pszichiátriai betegséget gyanít, vagy ha a ginekológiai betegség javulása csak a pszichés állapot rendezésével érhető el. Lényeges, hogy a doktor a lélekgyógyászt konzíliáriusnak, együttműködő kollégának tekintse, és akként is hivatkozzon rá, így a beteg nem fogja magát „elküldve”, vagy „lerázva” érezni (49).

A hazai egészségügyi ellátás legalábbis változó mértékben készült fel arra, hogy a reprodukív egészség komplex jelenségvilágával érdemben, minden vetületre kiterjedően foglalkozzék. Pedig a betegségek kezelésének pszichoszomatikus megközelítése növelheti a páciensek együttműködési készségét, csökkentheti a jogi útra terelődő panaszok számát, megelőzi az egészségügyi erőforrások indokolatlan igénybevételét, és ha rutinszerűen alkalmazzák, nem feltétlenül időigényesebb a hagyományos orvoslásnál (2). A pszichés vonatkozásokra is érzékeny gyógyítói hozzáállás végül növelheti annak esélyét, hogy a nőgyógyász is betölthesse Bálint Mihály-i „gyógyszer-funkcióját”.

Irodalom

1. Bierkens PB. The boundaries between obstetrics and gynaecology on one hand and psychology on the other hand. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 75:107-108.
2. Lal M. Psychosomatic approaches to obstetrics, gynaecology and andrology - a review. J Obstet Gynaecol 2009; 29:1-12.
3. Abou Zahr C. WBI Core Course on Population, Reproductive Health and Health Reform. Background paper on reproductive health. World Health Organization 1999; <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48331/Background%20paper%20on%20RH.pdf>
4. British Society of Psychosomatic Obstetrics, Gynaecology and Andrology. Dátum nélkül. <http://www.bspoga.org/about>
5. Fry RPW, Crisp AH, Beard RW. Sociopsychological factors in chronic pelvic pain: a review. J Psychosom Res 1997; 42:1-15.
6. Szendei Gy. A krónikus kismencedei fájdalom. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z, szerk. Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2006; 121-134.
7. Slade P, Cordle C. Psychological aspects of the management of chronic pelvic pain. Curr Obstet Gynaecol 2005; 15:298-305.
8. Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML, Hickok LR, Russo J. Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. Psychosomatics 1995; 36:531-540.

9. Magni G, Andreoli C, de Leo D, Martinotti G, Rossi C. Psychological profile of women with chronic pelvic pain. *Arch Gynecol* 1986; 237:165-168.
10. Peveler R, Edwards J, Daddow J, Thomas E. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J Psychosom Res* 1996; 40:305-315.
11. Leserman J, Zolnoun D, Meltzer-Broy S, Lamvu G, Steege, JF. Identification of diagnostic subtypes of chronic pelvic pain and how subtypes differ in health status and trauma history. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:554-651.
12. Lázár L. Vértészavarok. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z, szerk. Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2006; 135-144.
13. Di Giulio G, Reissing ED. Premenstrual dysphoric disorder: prevalence, diagnostic considerations, and controversies. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27:201-210.
14. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci* 2000; 25:459-468.
15. Borsos A, Urbancsek J. A női nemi szervek élettani működése és funkcionális zavarai. In: Papp Z, szerk. A szülészeti-nőgyógyászati tankönyv. Negyedik kiadás. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2009; 75-105.
16. Blake F. Cognitive therapy for premenstrual syndrome. *Cogn Behav Pract* 1995; 2:167-185.
17. Nazari NH, Birashk B, Ghasemzadeh A. Effects of group counseling with cognitive-behavioral approach on reducing psychological symptoms of premenstrual syndrome (PMS). *Procedia Soc Behav Sci* 2012; 31:589-592.
18. Roe AH, Dokras A. The diagnosis of polycystic ovary syndrome in adolescents. *Rev Obstet Gynecol* 2011; 45-51.
19. Legro RS, Castracane VD, Kauffman RP. Detecting insulin resistance in polycystic ovary syndrome: purposes and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 2004; 59:141-154.
20. Teede H, Deeks A, Moran L. Polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. *BMC Medicine* 2010; 8:41-50.
21. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2004; 81:19-25.
22. Schmid J, Kirchengast S, Vystika-Binstorfer E, Huber J. Infertility caused by PCOS - health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. *Hum Reprod* 2004; DOI: 10.1093/humrep/deh432
23. Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Janssen OE, Schedlowski M, Elsenbruch S. Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany. *Hum Reprod* 2009; 24:1446-1451.
24. Rassi A, Veras AB, Dos Reis M, Pastore DL, Bruno LM, Pinto de Ávila MA, Nardi AE. Prevalence of psychiatric disorders in patients with polycystic ovary syndrome. *Compr Psychiatry* 2010; 51:599-602.
25. Shi X, Zhang L, Fu S, Li N. Co-involvement of psychological and neurological abnormalities in infertility with polycystic ovarian syndrome. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284:773-778.
26. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Meddőségről: kivizsgálásról és a kezelés általános lehetőségeiről (1. módosított változat). Hivatalos Értesítő. A Magyar Közlöny melléklete 2010; 30:6480-6484.
27. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Meddőség ellátásról - asszisztált reprodukcióról - in vitro fertilizációról (1. módosított változat). Hivatalos Értesítő. A Magyar Közlöny melléklete 2010; 30:6467-6478.
28. Pápay N. A termékenységi problémák egészségpszichológiája. In: Demetrovics Zs, Urbán R, szerk. Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása II. Klinikai egészségpszichológia. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó 2012; 83-119.
29. Kamel RM. Management of the infertile couple: an evidence-based protocol. *Reprod Biol Endocrinol* 2010; 8:21-27.
30. C. Molnár E. Reprodukciós zavarok. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z, szerk. Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2006; 145-150.
31. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Stress from infertility, marriage factors and subjective well-being of wives and husbands. *J Health Soc Behav* 1991; 32:238-253.
32. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn* 2010; 32:140-162.
33. Maeda K, Tsukamura H. The impact of stress on reproduction: are glucocorticoids inhibitory or protective to gonadotropin secretion? *Endocrinology* 2006; 147:1085-1086.
34. Szendi G. A női funkcionális meddőség evolúciós értelmezése. *Mentálhig Pszichoszom* 2007; 8:5-48.
35. Fassino S, Garzaro L, Peris C, Amianto F, Piero A, Abbate Daga G. Temperament and character in couples with fertility disorders: a double-blind, controlled study. *Fertil Steril* 2002; 77:1233-1240.
36. Verhaak CM, Smeenk MJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraimaat FW, Braat DDM. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007; 13:27-36.
37. Szigeti FJ, Konkol? Thege B. A meddőség pszichés velejárói egy hazai pilot-vizsgálat tükrében. *Magyar Pszichol Szemle* 2012; 67:707-725.
38. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21:293-308.
39. Borsos A, Urbancsek J. Meddőség és fogamzásgátlás. In: Papp Z, szerk. A szülészeti-nőgyógyászati tankönyv. Negyedik kiadás. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2009; 107-125.
40. Kee BS, Jung BJ, Lee SH. A study on psychosocial strain in IVF patients. *J Assist Reprod Genet* 2000; 17:445-448.

41. Ardenti R, Campari C, Agazzi L, Battista La Sala G. Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Hum Reprod* 1999; 14:3126-3132.
42. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. On the self-regulation of a health threat: Cognitions, coping, and emotions among women undergoing treatment for infertility. *Cognit Ther Res* 2004; 28:577-592.
43. Su TJ, Chen HF, Chen YC, Yang YS, Hung YT. Factors related to meaning of life in Taiwanese women treated with in vitro fertilization. *J Formos Med Assoc* 2006; 105:404-413.
44. Domar AD, Penzias A, Dusek JA, Magna A, Merarim D, Nielsen B, Paul D. The stress and distress of infertility: does religion help women cope? *Sex Reprod Menopause* 2005; 3:45-51.
45. Hämmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update* 2009; 15:279-295.
46. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 2000; 73:805-811.
47. Applegarth LD. Individual counseling and psychotherapy. In: Hammer Burns L, Covington SN, eds. *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. New York and London, The Parthenon Publishing Group, 1999; 85-101.
48. Szigeti FJ, Konkol? Thege B. A meddőség pszichológiai aspektusai: szakirodalmi áttekintés. *Magyar Pszichol Szemle* 2012; 67:561-580.
49. Szakács K. Pszichoterápia. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z, szerk. *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2006; 361-372.
50. Szeverényi P. Orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z, szerk. *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2006; 105-112.