

FÓRUM

**A FUNKCIONÁLIS MEDDŐSÉG INTRAPSZICHÉS
VONATKOZÁSAI EGY ESET KAPCSÁN***Bakó Tihamér****Bevezető***

Terméketlenségről akkor beszélünk, ha tizenkét hónapig tartó védekezés nélküli együttlét után sem következik be a terhesség. Különböző becslések alapján (Leiblum, 1997) a pároknak megközelítőleg 10-15%-a küzd a fenti meghatározás szerint a meddőség problémájával. Igen kevés azoknak a terméketlenségben szenvedőknek a száma, akik eljutnak pszichoterápiába vagy pszichoanalízisbe. A kvantitatív tudományos kutatások szemszögéből a meddőség pszichogenezisének „bizonyítékai” korlátozottak és kevésbé meggyőzőek.

Sok olyan egyén és házaspár ad életet gyermeknek, akiknek súlyos lelki problémáik vannak, míg sok házaspár, akik normálisnak mondhatók, nem képesek erre. Saját és más szerzők (Christie, 1998) klinikai tapasztalatai alapján azt valószínűsíthetjük, hogy a lelki tényezők is fontos szerepet játszanak, a „megmagyarázhatatlannak” tűnő terméketlenség számos esetében. Felmerül a kérdés, Miként játszik ebben szerepet a kapcsolat? Kapcsolat a partnerrel, a saját testtel, a nemzőképességgel, a születendő gyerekekkel. Mi az, ami a pár tagjainak intrapszichés világában provokálódik a nemzés, a fogamzás blokkolásakor? Hogyan vannak összefüggésben a lelki tényezők és a testi sterilitás?

A kérdések nagyon összetettek, a válaszok szerteágazóak. Az a viszonylag kevés vizsgálat, ami egyfajta objektivitásra törekedett, nem talált direkt kapcsolatot a terméketlenség és a lelki komponensek között (Apfel – Keylor, 2002).

A meddőség lelki összefüggéseiről leginkább deduktív következtethetünk. Például olyan esetek kapcsán, ahol az évek óta terméketlen házaspár örökbe fogadva egy gyereket, „termékennyé válik”. A lelki tényezők jelenlétét támasztja alá az a tény is, hogy funkcionális meddőség miatt pszichoterápiás kezelést kezdők, különböző arányban, de nemző, illetve fogamzó képessé váltak.

Ebben a tanulmányban a funkcionális meddőség intrapszichés vonatkozásait kívánjuk számba venni egy esettel összefüggésben.

Szakirodalmi kitekintés

A következőkben tekintsünk át néhány, a funkcionális meddőséggel kapcsolatos hivatkozást.

Deutsch (1994) a funkcionális meddőség okát a korai anya-gyerek kapcsolattal magyarázza. Más szerzőkkel Friday (1977) egyetértve azt valószínűsíti, hogy a terméketlen nők édesanyjai tudattalanul elutasítják saját női és anyai szerepüket, vagy legalábbis ambivalensen viszonyulnak hozzá.

Az ambivalencia más szerzők figyelmét is felkeltette. Feder (1980) például az önhibájukon kívül gyerektelen nők esetében figyelte meg a teherbeeséssel és a gyermekvállalással kapcsolatos kettős érzést. Christie (1998) szerint nem maga az ambivalens érzés az, ami a meddőséghez vezethet. De ha ennek az ambivalenciának az ellenséges és félelem teli oldalát elutasítják, és tudatosá válását azzal a védekező idealizálással hártják el, hogy a terhességet idealizálják és nagyon vágnak a terhességre, akkor a termékenység szint csökkenhet, legalábbis átmenetileg. A lélek konfliktusa okozta testi zavar összefüggéseiről olvashatunk Dinora Pines (1990) munkájában is.

A szerző a meddőkkel folytatott analitikus tapasztalatából azt emeli ki, hogy a terméketlenség összefügghet a lelki elfojtással, azáltal, hogy gátolhatja akár a menstruációs ciklust is. Az elfojtás többnyire az anyával szembeni ellenséges érzésekre terjed ki, aminek a kompenzálása akár egy túlzott megfelelésben rejtődik el. Ez az elfojtott ellenségeskedés oda vezethet, hogy ezek a nők tudat alatt attól féltek, hogy ha anyává válnak, akkor gyűlölni fogják gyerekeiket és viszonzásul ők is gyűlölni fogják anyjukat. Ez az elővételezés lehet az alapja a lelki történéseknek, testi gátaknak, azaz a meddőség lelki okának.

Benedek és munkatársai (1953) szerint azok a nők, akik nem esnek teherbe, erősebbek lelkileg, mint azok, akik megfogannak. Ezt azzal magyarázza, hogy az önhibájukon kívül gyerektelen nők birtokosai egy mély intuitív tudásnak, ami révén testi és lelki védelmet nyújtanak a meg nem született gyerekeknek, és ezt az óvást kapja meg a funkcionálisan meddő nő énje is.

Egyes szerzők (Benedek; Horn; Robbins és Rubinstein, 1953) szerint a terméketlenség nem más, mint énvédelem, a női szereppel, a terhességgel, a szexualitással és a gyermekvállalással kapcsolatos intrapszichés konfliktusokra adott lelki válasz. Más szerzők, például Dinora Pines, a személyiségfejlődés egy meghatározó szakaszára irányítják a figyelmet, nevezetesen az anyává válás és a szülőkről való leszakadás életszakaszára.

A szerző, aki anyák kezelésével foglalkozott, aláhúzza a kettős konfliktus

éresi feladatát, amivel egy nőnek szembe kell néznie, amikor eléri a gyermekszülés időszakát. Ez magába foglalja, hogy képes legyen azonosulni a saját női, asszonyi képességeivel, miközben ugyanabban az időben érzelmileg folyamatosan szeparálódnia kell az anyától, úgy hogy közben teljes egészében felelősséget kell vállalnia saját szexualitása és teste vonatkozásában. Ebben a folyamatban természetesen támogatja őt egy olyan partner, aki hasonlóképpen szeparált individuummá vált.

Saját tapasztalataink

Mielőtt a funkcionális meddőség intrapszichés vonatkozását a saját tapasztalatunk oldaláról összegeznénk, szeretnénk röviden számot adni egy előző vizsgálatról, ahol a problémakör interperszonális vonatkozásait kutattuk. E vizsgálathoz a Közös Rorschach módszerét alkalmaztuk. Tettük ezt azért is, mivel a Közös Rorschach próba szimbólumtartalmakkal és a tudatelőttés feszültségekkel dolgozik, így ennek interperszonális szintje „tudatelőttés kommunikációs dialógusnak” teszi megragadhatóvá a meddőség, illetve a fogamzás zavarának szándéktalan, tudatelőttés „üzeneteit” (Bakó – Kulcsár, 2002).

Interperszonális eredmények

A funkcionális meddőségben szenvedő párokra jellemzőnek találtuk a szegényes együttműködést, a passzivitást, a személytelen kommunikációt, az interakció kényszeredettségét. Továbbá azt figyeltük meg, hogy a gyermekvállalással járó közös felelősségérzet, az egymásra hagyatkozás és a bizalom légköre nem adott, illetve egyfajta kollúzióra épült.

A funkcionális meddő párok személyes fejlődésében közös eredetű, az ödipális időszakban kialakult konfliktust találtunk jellemzőnek. A közös achillesi sérülés lehetett az oka a kölcsönös választásnak. Az azonos sérelem, az azonos sors azt a reményt keltette: a másik megérti, együtt érez velem, azonos az érzelmi világuk, könnyebb lesz a közös életük.

Az azonos achillesi pont nemcsak a reményt keltette életre, de a hiányokkal, az eszköztelenséggel is szembesített. Ez többnyire érzelmi csalódásokat, mély konfliktusokat eredményezett. A nyílt elvárás kudarc ellenére azonban a párok továbbra is együtt maradtak, mert egy sokkal mélyebb kötelék fűzte őket össze, a kollúzió. Ez a rejtett szövetség, titkos paktum, egy közös tudattalan származék, az ödipális konfliktus terméke. Az azonos sérülést és vágyat látjuk kifejeződni a Rorschach képek pozitív és negatív választásában. Hangsúlyos megjelenítését figyelhettük meg az érzelem és szexualitás (II. tábla), illetve a szociális közeg (III. tábla) iránti harmonikus vágy és sérelem kifejeződésnek. Az autoritástól való félelem is egy közös sérülési pont. A közös félelem tartja fenn a gyermeki állapotot, amely közös kapcsolati mintában fixálódott.

A kollúzió ennek elfedésére szerveződik. Központi témája a *mintha* jelleg fenntartása. Úgy tesznek, mintha felnőttek lennének, mintha önálló családjuk lenne, mintha szülőkké akarnának válni. Ez *átmeneti érzelmi* állapotot, *köztes létet* hoz létre. A manifeszt szinten megfogalmazódó beteljesedés felé törek-szenek, miközben tudattalan szinten ennek megghiúsítását remélik.

Ezt az állapotot láttuk a Közös Rorschach interakciói elemzése során. A kapcsolati kommunikációt egyfajta „libikóka játék” jellemzi. Ez tartalmazza a partner látszólagos megerősítését, támogatását, elfogadását éppúgy, mint annak kritikáját, leértékelését, illetve figyelmen kívül hagyását.

A köztes lét fenntartásának további fontos eszköze, amint azt a tartalmi elemzés is jelezte, a női és férfi szerepben való bizonytalanság, kölcsönös elbi-zonytalanítás, melynek közös gyökerei, az apai és anyai szerepekhez kötött izoláció, regresszió és félelem.

Az *ödipális dinamika*: a vágy és a beteljesedés elmaradása, a vágyakozás ismétlődése az, ami a meddőség lélektani dinamikáját jellemzi.

Intrapszichés tényezők

A rövid interperszonális dinamikát taglaló összefoglaló után nézzük meg, mit is tapasztaltunk az interpszichés vonatkozásban. Mielőtt belemerülnénk a részletekbe, el kell mondanunk, hogy a klinikai tapasztalat szerint, nem beszélhetünk olyan funkcionális meddőséget leíró pszichogramról, amit egy egyértelmű kórképként tudnánk megjeleníteni. Lelki okságban gondolkodhatunk, ami a test fiziológiai állapotára hat. Patternek vannak, amelyek életben tartanak állapotokat. Elgondolásunk szerint a teherbeesés kísérletezésének időszakai fokozottan érzékeny korszakát jelenti, a benne szereplő egyéneknek éppúgy, mint a párnak. Ebben a túlérzékeny időszakban, akut történések, interper-szonális események, intrapszichés konfliktusok felbonthatják a testi és lelki har-móniát, együttműködést, egyensúlyt. Aktiválnak egy egyensúlyvesztést, diszhar-monikus működést. Ezek a tényezők azok, amelyek kedvezőtlenül hatnak a gyermekvállalási készenlétre, készítésre. Belső gátakat fejlesztenek ki, ezzel megakasztva a termékenység, fogamzás természetes biológiai folyamatát.

Most nézzük meg, kutatásaink, klinikai tapasztalataink során milyen jel-legzetességeit találtuk az intrapszichés tényezőknek. Ha az önhibáján kívül gyermektelen nő lelki állapotainak jellemzőit szeretnénk láttatni, akkor azt tapasztalhatjuk, hogy a kép nagyon változatos. Nézzük ezek közül néhányat. Mi is meghatározónak véljük a fokozott szorongást, ambivalens érzéseket a saját nőiségének elfogadásával összefüggésben, az anyaság tekintetében, a szexual-itáshoz való viszonyban. Gyakran jellemzi a várankozás időszakát a remény és a depresszió, mely összefügghet a menstruációs ciklussal, a várankozással és a teherbeesés elmaradásával. Ez a kettősség az idő előrehaladtával depressziós túlsúlyra válthat. Jellemzőnek találtuk az alapvető zavart, majd a kudarcos

gyerekvárást követően alacsony önértékelést. A sikertelen próbálkozásokat sok esetben erősödő szégyen kísérte. Figyelemre méltó volt a mágikus gondolkodás jelenléte, és az ebbe ágyazott gyermekvárás. Kifejezetten gyakori volt a saját anyával való konfliktus, ambivalens érzelmi viszonyulás, illetve az ezt kísérő harag és büntudat. Ezt az is fokozta, hogy az anyáról (családról) való leválás emocionális folyamata jellemzően zavart szenvedett, megakadt, illetve büntudattal terhelten ment végbe.

Saját terápiás tapasztalatunkban – hasonlóan a szakirodalomban találtakkal – sok esetben találkozhattunk testkép zavarral, a méh lokalizálásának képtelenségével. A jövő fantáziát tudattalan testi és lelki félelmek töltötték meg. Ugyanakkor a saját testi alkalmatlanságáról, a magzat korai elvesztéséről való képzelgések is folyamatosan félelemben tartották a nőt. Érdekes volt tapasztalni azt a kettősséget, amit részben már Benedekre hivatkozva is olvashattunk, hogy a funkcionális meddők furcsa testérzéseket élnek át, mintha testük emlékezne valamire még a magzati létből, illetve a születéshez kötöten. A nő, a potenciális anya megkettőződve van jelen: ő a várandós, aki fogad, illetve ő a születendő (születő) gyermek, akit fogadnak – ezáltal, mintha szimbiózisban élne saját fantázia-magzatával. Várja és félti – a képzelt magzatot – „meg akarja menteni” attól, hogy átélje a „születés traumáját”.

Pácienseink élettörténetében számos esetben találkoztunk korai szeparációs élményekkel, egy-egy fontos személy elvesztésével, illetve a veszteség okozta gyász elmaradásával.

Egy eset

Klára 34 éves, Péter 44 éves, amikor egy ismerős közvetítésével időpontot kérnek. Bemutakozó levelükben a problémájukat a következőképpen írják le:

Kedves Doktor Úr!

Egy ismerősöm mesélt nekem Önről és arról, hogy Ön foglalkozik olyan nőkkel, akik nem tudnak teherbe esni.

Sajnos mi is, a férjemmel hasonló problémával küszködünk évek óta. 2000 tavaszán határoztuk el, hogy szeretnénk egy kisbabát. A férjemnek van egy tizenhat éves lánya, hét évvel ezelőtt nekem volt egy terhességem, de akkor spontán elvetéltem. Ezért nem gondoltuk volna, hogy ilyen nehézségeink lesznek.

Négy hónapig hiába próbálkoztunk, az ötödik hónapban pedig méhen kívüli terhességem lett. A műtét utána a nőgyógyászmom elég pesszimistán nyilatkozott az esélyeimről. Egyrészt a korom miatt (akkor 32 éves voltam), másrészt a két balsikerű terhesség miatt. Hormontablettákat kaptam és három hónapot. Megint nem történt semmi. Utána elkerültem egy másik orvoshoz, akinek a szakterülete a mesterséges megtermékenyítés. Gyógyszeres kezelés mellett hatszor végzett inszeminációt, de ezek is sikertelenek voltak. Ráadásul ez lelki-

leg és testileg is nagyon megviselt. Egyrészt a gyógyszerektől állandóan rosszul voltam (migrén, hányinger, állandó álmoság), másrészt pedig a rendszeres orvoshoz járástól kezdtem betegnek érezni magam. Ráadásul mindig kismamákkal együtt vártam az orvosra (néha hetente négyszer is), és ez is erősítette bennem a tudatot, hogy valami baj van velem. Egy idő után teljesen elvesztettem a hitemet, hogy valaha lehet még gyerekem.

2002 áprilisában részt vettünk az első lombik bébi programban, de ez sem sikerült. A következő próbálkozás most októberben lesz. Ezt a kis szünetet én kértem, mert a kórháznak már a látványától is sírhatnékam volt. [...]

Klára rövid élettörténete

Koraszülött volt. VII. hónapos intrauterin élet után jött világra. Beteges gyerekként nőtt fel. Tüdőgyulladások, légúti fertőzések terhelték az első napokat, hónapokat, sőt éveket. Fáradékony, rosszul táplálkozó gyerekként írja le önmagát. Édesanyjának ő a második élő gyermeke. Az elsőszülött nővére születését követően édesanyjának 8-10 spontán vetélése volt. Klára így nagyon várt gyerekként jött a világra, 2100 grammal. Édesanyja aggodó nevelése jellemezte azt az időszakot, amit együtt töltöttek. Ez viszonylag rövid volt, mivel az édesanya Klári tizenhárom és fél éves korában meghalt. Klári ezt követően kettesben élt az édesapjával, mivel a nővére már elköltözött otthonról. Kapcsolatuk az apával nagyon szoros volt. A lány átvette az anya szerepét. Ő vezette a háztartást.

Első kapcsolata 21 éves korában volt. Öt évvel idősebb fiúval. Tőle teherbe esett, amit művi vetélés során elvetetett, mivel a fiú még nem akart gyereket. Mostani férjét, aki tíz évvel idősebb, három éve ismerte meg.

Klári öt hónapja járt hozzám terápiába, amikor a második lombikbébi programban ikerterhessége lett. Ötödik hetes terhesen befekszik a kórházba. Telefonon tartottuk a kapcsolatot. Hozzátartozóival is több alkalommal beszéltem. Klári a terhességet szinte elviselhetetlen szorongással élte meg. Csak a kórházban tartózkodás nyújtott némi enyhülést. Így a szülés végéig a kórházban maradt. Félt beszélni a gyerekekről. Azt hitte ez mágikusan hat. Hitte, ha valami rosszat mond vagy rosszra gondol, vagy panaszkodik, azzal veszélyezteti a terhességét. Úgy akart a kórházban lenni, mintha nem is ott lenne. Úgy akart terhes lenni, mintha nem is az lenne. Úgy akart panaszkodni, mintha nem is azt tenné. Nővére egyre többet járt be hozzá. Anyjaként gondozta. Ez sokat segített az olykor halálfélelemtől szenvedő nőn. Félt a gyerekek elvesztésétől is, de olykor a saját halálától is.

Fordulópontok Klára életében

- Születés: A hetedik hónapban jött a világra.
Csecsemőkor: beteges, túlságosan óvó időszak.
Serdülőkor: édesanya halála.
Szoros kapcsolat az apával.
Első kapcsolat: Apai minta keresése.
Első terhesség: Művi abortusz.
Házasság: 10 évvel idősebb férj.
Terhesség: Félelem a gyerekek elvesztésétől és a saját halálától.

*Klára funkcionális meddőségének szomatopszichikus
és pszichoszomatikus vonatkozásai*

Klárát egy sebzett méhű és sebzett lelkű édesanya hordta ki. Ez a sebzettség predestinálónan hatott a lány testi és lelki fejlődésére egyaránt. Már az intrauterin életből való korai (VII. hónap) „menekülés”, majd az állandó betegeskedés is jelzi a test érzékenységét, sérülését. A test mellett a lélek is ki van téve egy folyamatos „bántalmazásnak”. Klára sérülése (koraszülöttség) egy alapvető bizalomvesztés, sérülékenység (őstörés) állapotát teremtette meg, melyben édesanyja fokozott szorongása miatt a biztonságos megkapaszkodás korrekciós lehetősége is kizárt volt. Az alapok tehát sérültek.

A személyiségfejlődés természetes menetét az anyával való konfliktus, a közelség-távolság arányának keresése hatja át. A kezdeti túltáplált, majd elhízott gyerek testképe megzavart. Önértékelése megsebzett. Identitás harca az anya halála miatt megfeneklett. Leválási törekvése megfeneklett. Klára serdülőkori korrekciós lehetősége, az őt ért trauma miatt elmaradt. A nővé válása ambivalenciával terhelte. Édesapjával való együttélése benne tartotta egy incesztuózus helyzetben, amiben úgy vette át anyja szerepét, hogy tiltások sora tartotta fogva nővé válását. Ebben a szerepben megélt fixációját támasztja alá későbbi partnerválasztása is.

A megsebzett intrauterin élet és a koraszülés traumája nemcsak a testet tette érzékennyé, hanem az én fejlődését is. A sebzett test az őt ért későbbi állapotokban, poszt traumás állapotba került. Ezt mutatja újra és újra visszatérő súlyos légúti megbetegedése is. A teste felett rég elvesztett (vagy meg sem szerzett) kontroll visszaállítására az én, az édesanya elvesztése után, még kevésbé vált képessé. A sérült (vagy kialakulatlan) én gyakran kerül kaotikus állapotba. Énrészek veszik át a személy életének irányítását. A partnerválasztás a tudatos szinten azt reméli, a társ képes lesz betölteni a hiányos én funkciókat, míg a tudattalan szinten kollúziót remél. Kollúziót a gyerektelenségre, a veszély elkerülésére, a veszélyeztetett, fantáziált gyerek és a fenyegetett én védelmére. A társ, aki maga is hosszú ideje testi bajban (asztma)

szenved, a tudatos választásnak képes megfelelni. Ez a kollúzió egymás mellett tartja a párt. A terápia kapcsolati korrekciója segíti a megfogantatást, de nem képes az én veszélyeztettség teljes korrekciójára. A nővér átvéve az anyai funkciókat, védelmet nyújt testvérének saját magától, mágikus gondolatvilágától.

Összegzés

A funkcionális meddőséget, jelenlegi ismereteink szerint, nem tudjuk úgy leírni, mint egy olyan körképet, mely mindent kizáróan támogatást adhatna számunkra e betegség tárgyalásakor. Ennek értelmében nem beszélhetünk olyan pszichogramról sem, amely egyértelművé tenné eddigi ismereteinket. Ugyanakkor tudásunk, ismereteink szerteágazóak. Ha nem is sikerül a teljes integrálás, próbát teszünk a részösszegzésre, meghatározott szempontokat szem előtt tartva.

I. Először is nézzük meg, milyen jellegzetességeivel találkozunk az intrapszichés oldalt szemügyre véve.

Fokozott szorongás, ambivalens érzések a saját nőiség, anyaság és szexualitás iránt. Alacsony önértékelés. Konfliktusos viszonyulás saját anyjával, amit büntudat és szégyen kísér. Leválás a szülőkről, az önállóvá válás zavara. Az ön és gyermeke elvesztésétől való jövőbe vetített félelem, szeparációs szorongás. Feldolgozatlan gyász.

II. Másodszor tekintsük át, milyen sorsfordító eseményekkel találkoztunk az élettörténetek elemzése során.

Az élettörténeteket elemezve fontos lehet a megfogantatást megelőző időszak is. Ebben az időszakban ugyanis sok esetben azzal találkozunk, hogy az anya ugyanúgy küzd a megfogantatással, ahogy a terhesség megtartásával, mint az általunk vizsgált, kezelt nő. Ez, továbbá más elbizonytalanító tényező, döntősen befolyásolta a magzati életet, ami az anya szorongása, félelme, izgalma miatt feszültségtelien telt. A regressziós hipnózisban, a születés időszakát sokszor traumatikus eseményként látjuk. A magzatban van egy vágy az anyaméh mielőbbi elhagyására, de a születés egy nagy küzdéssé válik, soha véget nem érő idődimenzióban. A csecsemőkort is több ízben hatja át az anyai bizonytalanság, félelem, túlaggódás. Ezekkel az élményekkel beérkezve a serdülőkorba, a nővé válása, az anyává formálódás elutasítását figyelhetjük meg. Az átélt félelmek, túlaggódások, félelmet keltenek a gyermekre vágyó nőben. Így jobban megérthető a kettősség, ami a tudatos gyermekvállalás és a tudattalan elutasítás között feszül. A tudattalan elutasítást nemcsak a sebzett lélek táplálja, hanem a sebzett test is.

III. Harmadszor vizsgáljuk meg a funkcionális meddőség kötődés- és tárgykapcsolat-elméleti vonatkozásait.

A korai anya-gyermek kapcsolat zavara miatt sérül a kötődés képessége. A kötődési deficit, gátja a megalapozott, biztonságos tárgykapcsolatnak. A

bizonytalan anya nem nyújt állandóságot, kiszámíthatóságot, szerepe ambivalens viszonyulást teremt. Az ambivalencia el nem kötelezettséget hoz létre. Így az alapvető tárgykapcsolatot a kettős jelenlét, a kettős kapcsolódás jelenti. Azaz az *igen* és a *nem*, a valakihez és a senkihez sem tartozás, az érzelmi elkötelezettség helyett a vágyakozás, az érett egymáshoz tartozás helyett a gyermeki várakozás. Erre épül egy következő fejlődési zavar, az ödipális időszak fixációja. Ez a megrekedés, mint egy ödipális fekély kíséri végig a személyeket a párkapcsolataikban, „megfertőzve” a gyermekvállalást.

IV. Negyedik tényező lehetne az én működési módjának leírása.

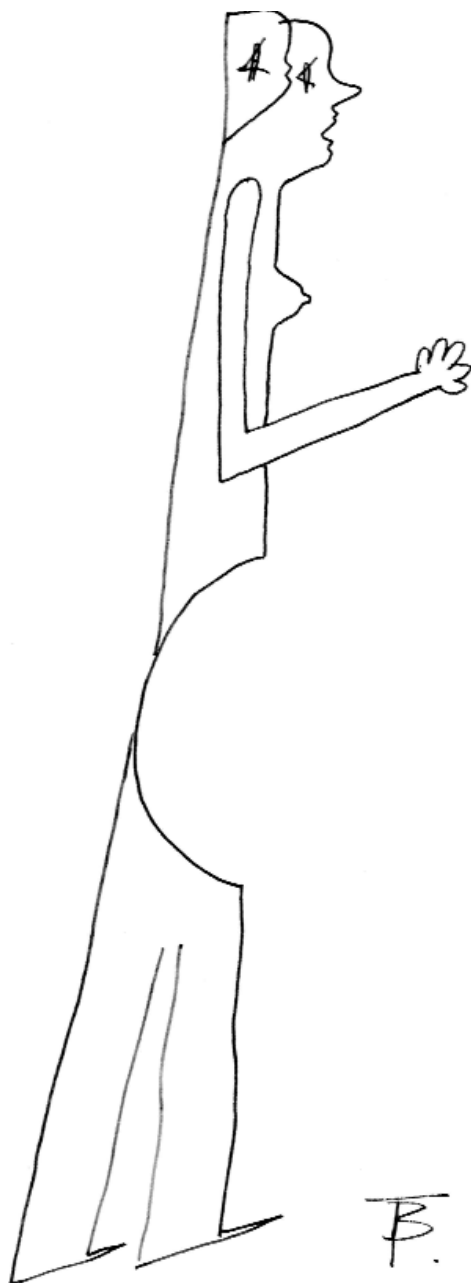
A funkcionális meddő nők énszerveződésében azt látjuk, hiányzik az én integráltsága. Énrészek lehasítódnak, elfojtódnak. Domináns énrészek határozzák meg a lelki működési módokat. A haragot, félelmet, indulatot hordozó énrészt nem képes integrálni. A hasítás, elfojtás mint alapvető működési mód lesz gátja annak a lélektani folyamatnak, melyben az anyaság, a gyerek megtartása, a testben tartása, táplálása, inkorporálása, – csak átmeneti, a terhesség időszakára vonatkozó jövőképe alapvetően sérült. Mint ahogy a lehasított, elfojtott részek veszélyt sugallnak az én számára, ugyanúgy veszélyes a gyermekvállalás is. A veszélyeztetett én lelassítja a félelemteli élményt, vagy a tudattalanba számúzi mely ott a természetes biológiai folyamat gátjává válik.

V. Végezetül a sikeres terápiás tapasztalataimból szeretném megfogalmazni a funkcionális meddőség „pszichogramját” Megfigyelésem szerint az önhibájukon kívül gyerektelen nők az intrauterin életben, a szülés során átélt (szorongásteli, félelmetes) élmények miatt a kötődés képessége, a tárgykapcsolat alapvetően zavart. Az én integrációs folyamata sérült. Ebbe a lélektani „bölcsőbe” a gyermekvállalás veszélyeket hordoz. Ez tudattalanul elutasításhoz vezet.

A pszichoterápia biztonsága, megtartó élménye, a traumatikus élmény feldolgozása képes korrigálni kötődési kudarcot, a kapcsolati stabilitást. A terápiás élmény integrálása, az ént egy új, befogadó viszonyra „tanítja” meg. Ez egy olyan „modell” lesz számára, ami átírhatja az önmegélés, gyermekvállalás jövőfantáziáját. A gyermekvárásra vágyó nő képes a fantáziát az új program szolgálatába állítani.

IRODALOM

- APFEL, R. J. – KEYLOR, R. G. (2002): Psychoanalysis and infertility. *International Journal of Psychoanalysis*. 83. 85-105.
- BAKÓ, T. – KULCSÁR, L. (2002): Funkcionális meddőségben szenvedő nők és házastársuk kapcsolatának dinamikája. In: Bagdy, E. (szerk.): *Párkapcsolatok dinamikája*. Animula Kiadó, Bp., 2002, 263-269.



- BÁLINT, M.** (1994): *Az őstörés. A regresszió terápiás vonatkozásai.* Akadémiai Kiadó, Bp.
- BENEDEK, T. – HORN, H. – ROBBINS, F. P. – RUBINSTEIN, B.** (1953): Some emotional factors in infertility. *Psychosomatic Medicine*, 15. 485-497.
- CHRISTIE, G. L.** (1998): Some socio-cultural and psychological aspect of infertility. *Human Reproduction*. 13/1. 232-241.
- DEUTSCH, H.** (1994): *Psychology of women.* Grune, New York.
- FEDER, L.** (1980): Preconceptive ambivalence and external reality. *International Journal of Psychoanalysis*. 61. 161-178.
- FRIDAY, N.** (1977): *My mother/myself.* Delacorte, New York.
- HERMANN, I.** (1984): *Az ember ősi ösztönei.* Magvető Kiadó, Bp.
- LEIBLUM, S. R.** (1997): *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies,* New York, Wiley and Sons.
- PINES, D.** (1990): Emotional aspects of infertility and its remedies. *International Journal of Psychoanalysis*. 71. 561-568.
- WILLI, J.** (1980): *Couples in Collusion.* Jason Aronson, New York.
- WILLI, J.** (1981): Az összejátszás, mint a házasságpszichológia és házaspárterápia alapjelensége. In: Buda, B. (szerk.): *Pszichoterápia.* Gondolat, Bp., 500-507.

A szerző, Bakó Tihamér grafikája