

IV. Anna–Joachim-konferencia

Ádám hol vagy?
Meddő párok támogatása



IV. Anna–Joachim-konferencia

Ádám hol vagy?
Meddő párok támogatása

A konferencia szervezője
APOR VILMOS KATOLIKUS FŐISKOLA

Fővédnök
DR. GLOVICZKI ZOLTÁN
az Apor Vilmos Katolikus Főiskola rektora

Elnök
HOMOKINÉ HOLLÓSI M. CECÍLIA
az Anna–Joachim-program szakmai vezetője

Szakmai koordinátor
DR. NAGY BEÁTA MAGDA

Titkárok
ASZTALOS DÁNIEL
TRIPISKA JÚLIA

2025. november 21.

IV. Anna–Joachim-konferencia

Ádám hol vagy?
Meddő párok támogatása

*Beszámolók, előadások
és absztraktok a konferencia anyagából*

Szerkesztette
HOMOKINÉ HOLLÓSI M. CECÍLIA



APOR VILMOS KATOLIKUS FŐISKOLA
VÁC, 2026

Lektorálta
DR. NAGY BEÁTA MAGDA

Egyházi lektor
DR. KÁPOSZTÁSSY BÉLA



BELÜGYMINISZTERIUM

A konferencia megrendezését és kötetünk megjelenését támogatta a Belügyminisztérium.

© Apor Vilmos Katolikus Főiskola, 2026

TARTALOM

ELŐSZÓ (Homokiné Hollósi M. Cecília)	9
--	---

SZEKCIÓ-ELŐADÁSOK, KUTATÁSI BESZÁMOLÓK ÉS MEGÉLT TÖRTÉNETEK

Teológiai és bioetikai megfontolások

DR. JUHÁSZ PÁL BALÁZS: <i>Tóbiás mint Isten angyala. Tóbit fiának szerepe Sára megmentésében</i>	13
DÁVIDNÉ BAJOR ÁGOTA: „Az Úr meghallgatott! Szent Anna és Szent Joakim legendája, Szűz Mária gyermekségtörténete” c. kiadvány ismertetése	25
DR. KÉK EMERENCIA: <i>A személyes hit és istenkapcsolat szerepe az asszisztált reprodukcióval kapcsolatos döntésekben</i>	35

Pszichológiai kutatások és megélt történetek

HOMOKINÉ HOLLÓSI M. CECÍLIA: <i>A pszichológiai megsegítés hatása a meddő párok párkapcsolatára az Anna–Joachim-programban</i>	47
BAGITA DÓRA – ZÖMBIK LUCA – TOMANÓCZY-HARANGOZÓ ORSOLYA – DR. NAGY BEÁTA MAGDA: <i>Alternatív út a szülőséghez: attitűdök és vélekedések az örökbefogadással kapcsolatban</i>	55
SZŰCS-KÁDAS ESZTER: <i>A meddőség lelki okai. Berögzült hitek</i>	67
JENSER MÁRTA: <i>A víz mélyéből a lélek mélyére – funkcionális meddőséggel küzdő pár meseterápiás esetbemutatása</i>	93

ABSZTRAKTOK

ASZTALOS DÁNIEL: <i>Hit és szegény</i>	107
BARABÁS-DANKA BEÁTA: <i>A fókuszolás mint önszupervíziós módszer</i>	107

BÁRSONY CSONGOR – MIKL TAMÁS – TOMANÓCZY-HARANGOZÓ ORSOLYA –	
DR. NAGY BEÁTA MAGDA: <i>Hogyan gondolkodunk a termékenységről/</i>	
<i>terméketlenségről?</i>	108
BÓDISNÉ SZEDLECZKY FANNI: <i>Személyiségfejlesztő és szexuálpedagógiai preventív</i>	
<i>programok kamasz és fiatal felnőtt korban a bátor és felelősségteljes</i>	
<i>gyermekvállalásért</i>	109
M. DR. DULÁCSKA CSILLA: <i>Nővé válásunk lenyomatai – az első menstruáció élménye</i>	109
JUHÁSZ ANNA – DR. MATUSZKA BALÁZS – DR. KOPA ZSOLT: <i>A nemzőképesség-</i>	
<i>zavarok pszichológiája: amit a jéghegy csúcsáról tudunk</i>	110
KLINGER MÁRIA: <i>Hogyan tudjuk segíteni a férfiakat szakemberként a nehezített</i>	
<i>gyermekvállalás esetén?</i>	111
MAKKNÉ KENDE ADRIENN – SCHAFFLER ORSOLYA: <i>Termékenységét helyreállító</i>	
<i>orvoslás (RRM) – hatékony segítség termékenységi nehézséggel küzdőknek</i>	112
DR. MATUSZKA BALÁZS: <i>A férfi-nemzőképességi zavarok és az életmód összefüggései</i>	112
MUZSLAI-BÍZIK BENCZE – MUZSLAI-BÍZIK HANNA: <i>A meddőség férfiszemmel –</i>	
<i>egy személyes történet tükrében</i>	113
DR. NAGY BEÁTA MAGDA: <i>A férfimeddőség pszichoszociális aspektusai</i>	114
DR. NYÉKY KÁLMÁN: <i>Atyaság és nemzés, szoros vagy lényegtelen a kapcsolat?</i>	115
DR. PAPP MIKLÓS: <i>Krisztus többet ad – és többre tesz képessé</i>	115
DR. PRÉMUSZ VIKTÓRIA – SKRIBA ESZTER – SZMATONA GÁBOR – TÁNDOR ZOLTÁN –	
MAKAI ALEXANDRA –VÁRNAGY ÁKOS: <i>A vallási és szociodemográfiai</i>	
<i>tényezők szerepe nehezített gyermekvállalásban érintettek életminőségében –</i>	
<i>a FAIR-HU tanulmány előzetes eredményei alapján</i>	116
DR. ROJKOVICH BERNADETTE: <i>A gyermektelenség megoldásának lehetőségei</i>	117
DR. TAKÁCS TAMÁS: <i>Tudatos családtervezés kamaszoknak – az andrológus szemszögéből</i>	118
DR. TÓTH ÁGNES: <i>Gyümölcsöző gyökerek (A Funkcionális Medicina, avagy az oki</i>	
<i>orvoslás lehetőségei a termékenység helyreállításában)</i>	119
TRIPISKA JULIANNA: <i>Az örökbefogadás és a meddőség okával kapcsolatos hiedelmek és</i>	
<i>attitűdök gyakorlati megjelenése az Anna-Joachim-programban</i>	120
VADÁSZ ESZTER: <i>Férfigondok a nehezített gyermekvállalás idején: tipikus szexuális</i>	
<i>elakadások (Szakirodalmi áttekintés és terápiás tapasztalatok)</i>	121
VOLENSZKI VÍTA: <i>„Magom adom” – Apaság, termékenység és a férfiónátadás</i>	
<i>pszichodinamikája</i>	121

ZÁM-DORGAI MARIANNA: <i>Ketten egy test (A Creighton Módszer holisztikus szemlélete)</i>	122
SZERZŐINK	123

ELŐSZÓ

Ahogy Isten keresi a bűnbeesés után Ádámot a Teremtés könyvében, úgy keressük mi is a termékenységi gondokkal küzdő párok férfi tagjait. Miért nem jönnek el a pszichológiai konzultációra? Miért nem mennek el szakorvoshoz? Miért nem látszanak a párkonzultáción? Miért nem beszélnek az érzéseikről? – Ezeket a kérdéseket szerettük volna körbejárni, illetve jó gyakorlatainkat, tapasztalatainkat megosztani a IV. Anna–Joachim-konferencián 2025 novemberében.

A kérdéseinkre kapott válaszokból kiderült, hogy a férfiak igenis éreznek, és tudnak beszélni róla; elmennek vizsgálatokra; elkísérik feleségüket és eljönnek a párkonzultációkra... Miért? Mert a termékenységi zavarokkal való megküzdés az ő „ügyük” is, a házaspár közös feladata, keresztje. Csak éppen a nehezített gyermekvállalást a párok férfi tagjai másként élik meg, mint a hölgyek. A köztudatban a női meddőség, a női megélés szerepel inkább, a meddő férfiakról kevesebb szó esik, pedig arányuk azonos.

Konferenciánk írásos lenyomata e könyv. Nehéz – szinte lehetetlen – egy teljes konferenciát írásban bemutatni, hisz a kávészünetek beszélgetései ugyanolyan fontos szakmai gondolatokat indíthatnak, mint egy műhely vagy plenáris előadás. Kötetünk a teológiai, pszichológiai írások, kutatások és tapasztalati beszámolók mellett tartalmazza a tanulmányokban nem szereplő valamennyi előadás, műhelymunka absztraktját is, törekedvén arra, hogy a konferencia gondolatait a lehető legteljesebb formában megoszthassuk kedves Olvasóinkkal.

Fogadják szeretettel!

Homokiné Hollósi M. Cecília
szerkesztő

SZEKCIÓ-ELŐADÁSOK

Teológiai és bioetikai megfontolások

DR. JUHÁSZ PÁL BALÁZS

Tóbiás mint Isten angyala

Tóbit fiának szerepe Sára megmentésében

BEVEZETÉS

Ebben az írásunkban Tóbiás könyvének egy részterületét állítjuk figyelmünk középpontjába. A szélesebb körben talán kevésbé ismert ószövetségi mű egyik főszereplőjének, Sárának a megmentéstörténete kapcsán leendő férjének, Tóbiásnak az alakját és szerepét mutatjuk be. Először általánosságban – a teljesség igénye nélkül – a Szentírás betegséggel és meddőséggel kapcsolatos tanítását vesszük górcső alá, majd ezt követően Tóbiás és Sára közös történetére fókuszálunk. Gondolatmenetünket néhány megjegyzéssel zárjuk, melyek Tóbiást mint a mai férfi példaképet állítják elénk.

Munkánk során alapvetően a Szent István Társulat Bibliáját használjuk – az ettől eltérő szöveget jelezzük –, támaszkodunk továbbá korábbi doktori kutatásainkra, valamint Tarjányi Béla és Fröhlich Ida vonatkozó meglátásaira. Egyes szentírási idézeteket lábjegyzetben hozunk.

MEGJEGYZÉSEK A BETEGSÉG ÉS A MEDDŐSÉG TEOLÓGIÁJÁHOZ A SZENTÍRÁSBAN

A betegség

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy „a betegség az erőtlenség, a hiány állapota” (*Tarjányi, 1998, 41*), illetve „valamiféleképpen az életerő elvesztése, gyengeség és erőtlenség állapota, az egészség természetes állapotának felfüggesztése” (*Káposztássy, 2023, 45*). A betegség, a test gyengesége – akár átmenetileg, akár tartósan – közös emberi tapasztalat, ami természetesen megjelenik a Szentírás anyagán kívül is. „Az ókorban (...) a betegségek okát inkább a túlvilágban keresték, nem annyira a természetes világban. A gyógyulást elsősorban nem a természettől várták, hanem az istenektől.” (*Tarjányi, 1998, 41.*) Az Ó- és Újszövetség szövegében több betegséggel is találkozunk, melyek felölelik az egyén és a közösség mindenfajta gyengeségét (pl.: lepra, vakság, némaság, bé-

naság, vérfolyás). A betegséget mint jelenséget a Biblia embere nem önmagában szemléli, hanem összefüggésbe hozza azt a bűnnel. Ennek a gondolkodásnak a fényében viszont a betegségből való meggyógyulás a megtéréssel kerül kapcsolatba. A betegség oka a bűn, ami azt is jelentette, hogy a beteg személyre bűnősként tekintettek. Továbbá a bölcsességi irodalomban próbatételként is tekintettek a betegségekre, mellyel Istennek jó célja van. A babiloni fogságot (Kr. e. 587–538) megelőző teológiai gondolkodásban Isten volt mindenek oka és forrása, vagyis nemcsak a jó, hanem valamiképpen a rossz is hozzá kötődött. Az üdvösségtörténetben a fogságot követően körvonalazódik ki elesebben az ördögnek a személye és tevékenysége, ezt követően vele hozzák összefüggésbe a betegségeket. Így az egészség-betegség dinamikája túlmutat a pusztán evilági testi-lelki jóllétén és eszkatologikus vonásokkal bővül: az egészség/gyógyulás/üdvösség Isten uralmának lesz a jele, míg a betegség az ördög befolyását jelzi. Gál Ferenc megjegyzi, hogy „Jézus nem gyógyított meg minden beteget, gyógyításai és csodái csak jelek voltak, amelyek a végleges gyógyulásra, az örök életre mutattak” (Gál, 2008, 185). Az ószövetségi betegség-teológiában kiemelkedik az Úr Szolgájáról (Ebed-JHWH) szóló negyedik dal hagyománya Deutero-Izajás könyvében (Iz 52,13–53,12), ahol a behelyettesítő szenvedés gondolatával találkozunk. Rózsa Huba megállapítja, hogy „az ősegyház a negyedik Ebed-JHWH dalt individualis értelemben fejt ki, amikor Jézusra mint a végső idő üdvösségközvetítőjére alkalmazza a próféciát” (Rózsa, 2005, 283). Az Úr nyilvános működése során alapvetően két tevékenységet végez: tanít és gyógyít. Ez utóbbi kapcsán semmi mást nem vár el a személy(ek)től, mint azt, hogy higgyen(ek). Jézus gyógyító tevékenysége során egyértelműen és határozottan diadalmaskodik az ördög fölött, ami már kifejezi Isten jelenlétét, de aminek beteljesedésére még várni kell. Jézus megbízta tanítványait, az Egyházat tanító és gyógyító munkájának folytatásával (pl.: Péter meggyógyítja a sánta koldust ApCsel 3,1–10). Külön figyelmet érdemel az Újszövetség anyagában a Jakab-levél utolsó fejezetének néhány sora (Jak 5,14–16¹), ahol a hagyományos megközelítéssel találkozunk, miszerint a betegség és a bűn, valamint az egészség és a büntelenség összetartoznak, továbbá a két állapot egy időben nem állhat fenn (Káposztássy, 2023). Ezzel a meglátással szemben Kocsis Imre véleménye a Jak 5,14–15 szakasszal kapcsolatban az, hogy „a megfogalmazás nem hagy kétséget afelől, hogy a szerző világosan szakít azzal a korabeli nézettel, miszerint a betegség minden esetben személyes bűn következménye” (Kocsis, 2019, 578).

¹ „Beteg valamelyiktek? Hívassa el az Egyház előljáróit, és azok imádkozzanak fölötte, s kenjék meg olajjal az Úr nevében. A hitből fakadó ima megszabadítja a betegeket, és az Úr talpra állítja. Ha pedig bűnöket követett el, bocsánatot nyer. Valljátok meg tehát egymásnak bűneiteket, és imádkozzatok egymásért, hogy meggyógyuljatok. Igen hathatós az igaz ember buzgó könyörgése.”

A béna meggyógyítása (Mk 2,1–12) szakasszal kapcsolatban Martos Levente Balázs felhívja a figyelmet arra, hogy „az ókori világ közvetlen összefüggést látott a betegség és a bűn között. A betegségben gyakran a bűn büntetését látták (vö. Jn 9,2–3 [...])” (Martos, 2014, 53). A János evangéliumában olvasható – Martos Levente Balázs által is hivatkozott – vakon született meggyógyítását elbeszélő történetben (Jn 9,1–12) olvashatjuk a tanítványok kérdését: „Mester, ki vétkezett, ez vagy a szülei, hogy vakon született?” (Jn 9,2). Gál Ferenc a szakasz magyarázata kapcsán megjegyzi, hogy a zsidóság körében a betegséget a bűn miatti következményként értelmezték. Jézus válasza egyértelműen kifejezi, hogy a vak betegsége nincsen összefüggésben a bűnnel: „Sem ez nem vétkezett – felelte Jézus –, sem a szülei, hanem az Isten tetteinek kell rajta nyilvánvalóvá válniuk” (Jn 9,3), vagyis a vak betegsége lehetőség Isten irgalmának a megnyilvánulására, amire a betegségből való meggyógyulás rámutat, valamint Jézus küldetésének felmutatására (Gál, 2008). A Lk 13,10–17-ben olvasható történet kapcsán – amikor Jézus meggyógyít egy beteg asszonyt a zsinagógában szombati napon – Tarjányi Béla megjegyzi, hogy „az Újszövetség korában nem csak a lelki betegségeket tekintették megszállottságnak, hanem a többi betegséget is démoni erőkkkel hozták kapcsolatba. Azért alakult ki ez a vélemény, mert tapasztalták a betegségek bénító, lealacsonyító, életveszélyes voltát” (Tarjányi, 1998, 89).

A Szentírás tehát kapcsolatot lát az ember külső és belső valósága között: a betegség összefüggésben áll a bűnnel, és – ennek értelmében – a beteg, illetve bűnös ember ellentétben áll Istennel, aki az élet Teremtője, Ura és Fenntartója.

A meddőség

Témánk szempontjából – a teljesség igénye nélkül – számba vesszünk néhány görög kifejezést. A στείρος jelentése: 'steril', 'meddő', míg az ἄτεκνος 'gyermektelen' jelentéssel bír (Lakatos, 2023). A Szent Jeromos Katolikus Bibliatársulatnak az elsősorban a görög Újszövetséget bemutató honlapján található szótárban a 'meddő' keresőszóval kapcsolatban a következő eredményeket találjuk: 1. ἀλυσιτελής, -ές hasznot nem hajtó, előnytelen, meddő; ártalmas, káros; veszedelmes, pusztító, rosszindulatú; *Hapax legomenon* (ennek a rövidítését feloldottuk) Zsid 13,17: ἀλυσιτελής (n.sg.nom.); 2. ἀτεκνία, -ή gyermektelenség, meddőség, sivárság; 3. ἀφορία, -ας meddőség, terméketlenség; sterilitás; 4. ἐρημώδης mint a sivatag, meddő; 5. στείρα, -ας meddő, magtalan; 6. στείρος, -α, -ov terméketlen, meddő (Szent Jeromos). A későbbiekben hasznos lenne mindegyik kifejezést a hozzá kapcsolódó konkrét szentírási anyaggal együtt részletesebb vizsgálat alá vonni.

Xavier Léon-Dufour meglátása szerint Izrael számára két jelentéssel bírt az édesanyai termékenység: egyrészt ez harmóniában állt a Mindenhatónak a teremteskor kifejezett akaratával (vö. Ter 1,28), másrészt az Ábrahámnak tett hármasság ígéret közül (föld, utód, áldás, vö. Ter 12,1–2) a számos utódra (vö. Ter 15,5) vonatkozóan a beteljesedésével. Ezek fényében tehát a terméketlenség/meddőség nem pusztán egy biológiai jelenség vagy egy mélyen szomorú párkapcsolati valóság, hanem teológiai jelentéssel is bír: ellentétes Istennek, az élet Urának akaratával. A meddőség egy sorban említhető a szenvedéssel és a halállal, vagyis egyértelműen negatív. Továbbá természetesen szegycintteljes állapot, hiszen a család(név) kihalását is jelenti. A Szentírás tanúsága szerint – kihasználva a kor-szak törvény adta lehetőségeit – Ábrahám felesége, Sára (Ter 16,1–4.15) és Jákob feleségei, Ráchel (Ter 30,1–8) és Lea (Ter 30,9–13) egyaránt hozzáadták szolgálójukat férjükhöz, így kerülve meg a meddőség tényét. Mindenesetre a meddőség problémájának igazi megoldója egyedül Isten, az élet Ura. Szent Pál dicséri Ábrahám hitét, mellyel Istenbe kapaszkodva minden emberi gondolkodás ellenére bízott a neki ígéretet tevő Istenben. Pál ezzel állítja párhuzamba a Krisztust feltámasztó Atyában való keresztény hitet (Róm 4,18–25). A terméketlenségnek nem pusztán büntető karaktere jelenik meg a szentírási szövegekben, hanem szimbólumjellege is, mégpedig a nép egészével kapcsolatban (vö. Jeremiás cölíbatusa, Jer 16). A későbbi teológiai fejlődésben megjelenik a spirituális, belső termékenységnek a gondolata, mely már nem minden esetben kapcsolódik a konkrét termékenységhez. A termékenység és terméketlenség teológiai fejlődésének kiemelkedő alakja Szűz Mária, aki egyszerre szűz és anya, az ő „méhének gyümölcse magának Istennek a Fia, azé az Istené, aki a termékenység teljessége” (Léon-Dufour, 1972, 891). A Jézus tanításában megjelenő, szabadon vállalt terméketlenség motívuma (Mt 19,12) továbbvezet bennünket a szüzesség témájához (Léon-Dufour, 1972).

Ahhoz, hogy a termékenységgel/meddőséggel kapcsolatos teológiai kinyilatkoztatásban különleges szerepet tölt be a Boldogságos Szűz Mária, hozzáfűzzük, hogy ott áll mellette férje, Szent József, aki a szabadon vállalt terméketlenség szentje, hiszen „lemond arról, hogy saját gyermeke legyen, s vállalja a nevelőapaságot” (Jakubinyi, 2007, 20). Ez azt jelenti, hogy ezen a ponton a kinyilatkoztatás kifejezetten házasság karakterű, hiszen mind Máriának, mind Józsefnek – külön-külön és együtt is – fontos küldetése van az üdvösség történetében, melyre igent mondtak.

Az újszövetségi szakaszok közül, melyekben szerepel a fizikai meddőség, véleményünk szerint kiemelkedik Keresztelő Szent János születésének hírüladása (Lk 1,5–25). A perikópa akárcsak nagyvonalú elemzése is szétfeszítené jelen tanulmány kereteit, ezért itt csak a témánk szempontjából fontos motívumokra szorítkozunk. Zakariással és Erzsébettel kapcsolatban ezt olvassuk: „Mindketten igazak voltak az Isten előtt, szentül éltek,

az Úr parancsai és rendelkezései szerint. De nem volt gyermekük, mert Erzsébet meddő volt, és már mindketten életük alkonya felé jártak” (Lk 1,6–7). Ebből a rövid jellemzésből három fontos dolgot tudunk meg erről a házaspárról: 1. igazak és szentek, vagyis hívő zsidó életet élnek; 2. nincsen közös gyermekük, mert a feleség meddő; 3. idősek, vagyis emberi számítások szerint már nem is válhatnak szülőkké. Az első és a második jellemző a hagyományos bibliai gondolkodás szerint összeegyeztethetetlenek egymással (véleményünk szerint ezen a ponton Zakariás és Erzsébet eszünkbe juttathatja az ószövetségi „szenvedő igaz”, több szövegben is megjelenő teológiai témáját), hiszen az istenes élet egyik velejárója, hogy Isten gyermek(ek)kel ajándékozza meg a házaspárt (Zsolt 127; 128). „A gyermektelenség ezzel szemben szégyenletes dolognak és büntetésnek számított.” (Kocsis, 2007, 24.) Így válnak érthetővé Erzsébet későbbi szavai (Lk 1,25²), melyeket öthónapos várandósként mondott (Kocsis, 2007). A témához kapcsolódóan figyelemre-méltó Lakatos Enikő meglátása, miszerint „(...) a meddőség nem Isten büntetéseként, hanem inaktivitásaként értelmezhető. A meddőség nem az emberi, hanem az isteni oldalon fellelhető hiány. Az Ószövetség soha nem említi, hogy a meddőséget Isten rendelte volna.” (Lakatos, 2023, 72.)

A meddőséggel kapcsolatos bibliai kifejezésmód és teológia rövid áttekintése azt mutatja, hogy ez az állapot kifejezetten, minden szempontból tragikus. Ezzel együtt Isten a Boldogságos Szűz Mária és Szent József élet- és házasságtörténetében mind a termékeny, mind a terméketlen nőknek és férfiaknak, illetve házaspároknak példát ad a Vele való kapcsolat megőrzésére, valamint fejlesztésére.

TÓBIÁS ÉS SÁRA TÖRTÉNETE

Tóbiás könyvének néhány jellemzője

A művet a katolikus Egyház Tóbiás könyve, míg a protestáns kutatók Tóbit könyve néven ismerik, mely eltérésnek oka a kiindulópontul vett szövegvariánsok különböző megfogalmazása. A műnek három görög és két latin szövegváltozata ismert. 1952-ben Qumránban összesen öt szöveget találtak Tóbiás könyvéhez kapcsolódóan (4Q196–200), ezek közül négy arám és egy héber nyelvű, Kr. e. 100 – Kr. u. 50 között keletkeztek. A könyv alapvetően három nagy részre osztható, melyeket behatárol egy prologus és egy epilógus. A 14 fejezetből álló mű egységesnek tekinthető, a hosszabb és bonyolultabb redakciót képviselő

² „Ezt tette hát nekem az Úr – mondta – azokban a napokban, amikor rám tekintett, és ami az emberek előtt szégyenemre volt, attól megszabadított.”

lő kutatók (Deselaers, Rabenau) meglátásai nem meggyőzők. Tóbiás könyvének műfajára több megoldás is született a kutatástörténetben, melyek közül kiemeljük a novellát és a tanító történetet. Ez a zsidóság körében elterjedt, ismert és népszerű könyv egy szerző műve, akinek működési helyszínét nem tudjuk kellő bizonyossággal meghatározni. Munkáját valamikor Kr. e. 250–175 között végezte, vagyis ez tekinthető a könyv keletkezési idejének. Tóbitnak és családjának történetében számos teológiai és irodalmi motívumot felismerhetünk a Szentírás anyagából (pl.: teremtés; pátriárkák; Deuteronomium; Jób; Deutero- és Tritó-Izajás; zsoltárok; Jézus, Sirák fia), valamint extrabiblikus forrásokból (pl.: Ahikár története; népi hagyományok [„hálás halott”; „szörnyeteg menyasszonya / veszélyes menyasszony”]; Khonszu története / Bint-res legendája) (Xeravits, 2020).

Tóbiás szerepe Sára megmentésében

Tóbiás könyvében az elbeszélés szerint Tóbit és Sára történetében két, egymástól független nehézség jelenik meg, melynek közös lesz a megoldása (Tób 3,16–17³). A továbbiakban csak Sára (jelentése: fejedelelnő [Pecsuk, 2023, 14]) történetére irányítjuk figyelmünket, melyben kitüntetett szerep jut Tóbiásnak (jelentése: Isten jó [Pecsuk, 2023, 10]).

Sarával kapcsolatban a Tób 3,7–9⁴ nyújt kiindulást a könyvben, ami szerint Sára élete két vonatkozásban sem tud kibontakozni a teremtés rendjének megfelelően, vagyis meddőnek nevezhető. Az egyik, hogy Azmodeus démon jelenléte és működése miatt nem tud férjhez menni, a másik – összefüggésben az előbbivel – nem tud anyává válni. A fiatal lány elkeseredésében már majdnem öngyilkosságot követ el, de végül – miután apjára gondol – imádságban (Tób 3,10–15) Istenhez fordul (Schüngel-Straumann, 2000).

Tóbiás és Sára kapcsolata a könyv cselekményében a 6. fejezetben kezdődik, de az olvasó tudja, hogy Isten terveiben sokkal hamarabb jelen volt a két fiatal (vö. Tób 3,17). Miután Tóbiásék útnak indultak és megtörtént a híres halfogás, az út során a fiatalember kísérője felhívja Tóbit fiának figyelmét Sára. Témánk szempontjából az angyal és Tóbiás beszélgetésének kulcsmondata a következő:

³ „Mindkettőjük imáját meghallgatta a fölséges Isten. Elküldte Ráfaelt, hogy gyógyítsa meg mindkettőjüket: Tóbit szeméről távolítsa el a fehér foltokat, hadd lássa szemével az Isten világát; Sárát meg, Ráguel lányát adja hozzá Tóbit fiához, Tóbiáshoz, és szabadítsa meg a rossz szellemtől, Azmodeustól. Mert minden más kéréssel szemben Tóbiást illette a jog, hogy elnyerje. Tóbit visszatért, és belépett házába, ugyanabban a pillanatban Ráguel lánya, Sára is elindult a fenti szobából.”

⁴ „Ugyanezen a napon történt Médiában, Ekbatanában, hogy Ráguel lányát, Sárát kicsúfolta apjának egyik szolgája. Sárát ugyanis már hét férfihez is feleségül adták, de Azmodeus, a gonosz szellem mindegyiket megölte, mielőtt még mint jó házastársak, összekerültek volna. Azt mondta neki a cseléd: »Te öled meg a férjeidet: már hét urad is volt, de egyikkel sem volt szerencséd. S ha meghaltak is, ez még nem ok arra, hogy minket büntess. Halj meg te is utánuk, ne lássunk téled soha az életben se fiút, se lányt!«”

„Mielőtt pedig ismernéd őt, mindketten álljatok fel, és imádkozzatok és könyörögjete a menny Urához, hogy legyen irgalmas, és *mentsen meg benneteket*. Ne félj, mert *ő neked jutott öröktől fogva, és te fogod megmenteni*, és veled fog menni. Tudom, hogy gyermekeid lesznek tőle, és olyanok lesznek, mint testvéreid. Ne aggódj!” (Tób 6,18, kiemelés tőlünk, [Pecsuk, 2023, 18]).

Az „ő neked jutott öröktől fogva” szakasz egybecseng a Tób 3,17 ténymegállapításával: „mert minden más kérővel szemben Tóbiást illette a jog, hogy elnyerje”. Ezzel kapcsolatban megjegyezzük, hogy – többek között – ezek a szakaszok a könyvben az endogámia gyakorlatára utalnak (Hieke, 2005), ami „egy adott társadalmi csoporton, kategórián vagy rangon belüli egyének közötti házasság” (Hieke, 2005, 101).

A Pecsuk Ottó által szerkesztett *Deuterokanonikus bibliai könyvek* című kötetben Tóbiás könyve a *Codex Sinaiticus* anyagát követi (Pecsuk, 2023). Érdekes kitérni a versnek a *Septuagintában* található, a megmentés motívumára vonatkozó részeire, melynek szövegeit és rövidítéseit, valamint nyelvtani elemzéseit a Szent Jeromos Katolikus Bibliatársulat – fentebb már említett – honlapjának segítségével hozzuk (a hivatkozott forrásban az egyes szavakra kattintva láthatjuk a részletes nyelvtani adatokat):

1. táblázat. A Tób 6,18 megmentésmotívumára vonatkozó részei görög kódexekben
(a kiemelések tőlünk)

<i>Codex Sinaiticus</i> (Tób_S 6,18)	<i>Codex Vaticanus</i> és <i>Codex Alexandrinus</i> (Tób_BA 6,18)
„(...) καὶ προσεύξασθε καὶ δεήθητε τοῦ κυρίου τοῦ οὐρανοῦ ἵνα ἔλεος γένηται καὶ σωτηρία ἐφ’ ὑμᾶς (...) καὶ σὺ αὐτὴν σώσεις (...)” (Tób_Sujszov.hu)	„(...) καὶ βοήσατε πρὸς τὸν ἐλεήμονα θεόν, καὶ σώσει ὑμᾶς καὶ ἐλεήσει (...), καὶ σὺ αὐτὴν σώσεις (...)” (Tób_BAujszov.hu)

Ezek szerint a Tób 6,18 versben tehát kétszer is szerepel a megmentés motívuma, melynek először Isten, majd Tóbiás az alanya. A szövegek grammatikai vizsgálata azt mutatja, hogy a Tób_S-ben Isten megmentő tevékenysége főnévként jelenik meg (σωτηρία), míg a Tób_BA anyagában igeként (σώσει). Tóbiás megmentői szolgálata mindkét esetben ugyanazzal az igével van leírva (σώσεις), ami az azonos nyelvtani kategória miatt a Tób_BA szövegében szorosabban kapcsolódik Isten működéséhez.

A *Deuterokanonikus bibliai könyvek* által hozott fordítás szerint Isten megmentő tevékenységét imádságban kell kérniük a fiataloknak, és Tóbiásnak – úgy tűnik – konkrét

cselekvést kell végrehajtania. Isten megmentésének tárgya a két fiatal, Tóbiás esetében Sára. A fiatalember megmentő tevékenységének két alapvonása van:

1. Isteni kiválasztottság és angyali útmutatás. A könyv szerint Tóbiásnak kell elvennie Sárát és ezzel kapcsolatban Ráfael (jelentése: Isten gyógyít [*Pecsuk, 2023, 15*]) angyal (görögül ἄγγελος, jelentése: hírnök, követ, angyal [*Szabó, 2018, 168*]) konkrét útmutatásokat ad az ifjúnak. Így kapcsolódik össze a Tób 3,17 és a Tób 6. fejezetében lezajló párbeszéd. Természetesen önmagában ez a meghívás és segítség Tóbiás hivatására vonatkozóan nem elegendő, hiszen ehhez szükség van még egy tényezőre.

2. Tóbiás elköteleződése és együttműködése. Tóbiás teljes szívével Sára felé fordul (Tób 6,18; 7,11) és nem ijed meg Azmodeustól, hanem mindenben követi Ráfael tanácsait. Elvégzi az exorcizmust, mely két részből áll: egyrészt a hal májának és szívének elégetéséből, valamint imádságból, melyek közül a második bír nagyobb jelentőséggel, hiszen – Ráfael szavai szerint – Tóbiásnak és Sárának könyörögnie kell Istenhez azért, hogy mentse meg őket. Egyébként Azmodeus is Isten tervének szolgálatában áll, hiszen működése megakadályozza a Tórában előírt endogámia parancsának megtörését, megszegését (*Fröhlich, 2010*).

Sára megmentése, vagyis élete meddőségének megszüntetése valójában Isten terve és műve, aminek Tóbiás a megvalósítója, Ráfael útmutatásait követve. Érdekes módon ennek fényében azt látjuk, hogy a könyvben Istennek két angyala is szerepel: egyrészt Ráfael, aki közvetlenül Isten küldötte és megbízatása a könyv három főszereplőjéhez: Tóbit-hoz, Tóbiáshoz és Sarához szól, másrészt Tóbiás, aki Isten angyala Sára számára, hiszen a fiatal nő élete a fiatalembernek az Úrral való együttműködése miatt végre kibontakozhat.

Az igazi megmentő tehát maga Isten, aki nem pusztán Sára életét, hanem minden szereplőét szeretné a kibontakozás útjára vezetni. Istennek ebben a szabadító tevékenységében van egy égi és egy földi munkatársa: Ráfael és Tóbiás. Miközben Tóbiás megmenti Sárát, a saját élete is gyarapodásnak indul, vagyis a máson való segítség visszahat és befolyásolja a saját élettörténetét is.

TÓBIÁS MINT A MAI FÉRFI PÉLDAKÉPE

Mindezek, valamint Tóbiásnak a teljes műben megjelenő alakja fényében úgy véljük, hogy Tóbit fia, Sára megmentésének megvalósítója több szempontból is példaképként szolgálhat a mai modern férfiaknak is, melyek közül ötöt mutatunk be röviden.

1. *Tóbiás engedi, hogy Isten vezesse.* A fiatalember nem is tudja, de ténylegesen Isten egyik angyala vezeti őt útján Asszíriából Médiába, majd haza szüleihez. Nem is tud róla, de Isten eszköze abban, hogy meggyógyuljon apja és leendő felesége. Meghallgatja útítarsa tanácsait, melynek során Azarja négy alkalommal is nyomatékosítja, hogy Tóbiásnak van joga elvenni Sárát, és ez összhangban áll Mózes törvényével. Tóbiás engedi, hogy – az általa fel sem ismert – Isten küldötte vezesse őt a helyes útra, mely mind Sára, mind saját életével kapcsolatban pozitív fejleményt hoz és az élet kibontakozása felé mutat. Természetesen ez a vezetettség nem passzivitást jelent, hanem nagyon is mély és komoly elköteleződést kíván Tóbiástól, melyről tanúbizonyságot is tesz a történet során. A vezetettség mögött végső soron az Istenre való ráhagyatkozás és az engedelmesség húzódik meg. Erre további példa, hogy Tóbiás a nászéjszakán pontosan úgy jár el a démonnal szemben, ahogyan arra tanácsot kapott Ráfaeltől.

2. *Tóbiás életcélja: a teremtettség normalitása.* Tóbit fiának gondolkodása, vágyai és tervei teljesen összhangban állnak a Teremtő és Gondviselő szándékával. Ez megmutatkozik már abban is, hogy – természetes módon – félti életét a démontól, nem akar meghalni, valamint gondol szüleiére is (Tób 6,14–15), de az angyal bátorítására nem engedi, hogy féelme megbénítsa. Továbbá Tóbiás életcélja illeszkedik a teremtettség normalitásába, hiszen nem különleges, feltűnő dolgokra törekszik, hanem végső soron egyszerűen házasságra szeretne lépni az Istentől ajándékként kapott, vele egyenrangú lánnyal a teremtés rendje szerint, nyilván nyitottan az élet további szolgálatára. Tóbiás imájában (Tób 8,5–8) – melyet feleségével együtt mond – egyértelműen utalás történik a teremtés rendjére (*Fröhlich, 2010*). Ez a fajta normalitás, feltűnésmentesség, kicsinység az egyik legmélyebb és legmeglepőbb útja az életszentségnek.

3. *Tóbiás kap segítséget.* Érdekes módon a fiatalember a történet két alapproblémájának, Tóbit vakságának és Sára démoni zaklatottságának kapcsán nem kér kifejezetten segítséget sem Istentől, sem embertől, mégis ő kap meg minden szükséges információt Ráfaeltől ahhoz, hogy a testi-lelki gyógyulások végbemehessenek (Tób 6,7–9.16–18). Isten őt választotta ki arra, hogy apja és felesége felé az Ő irgalmasságát közvetítse. Természetesen ebben az esetben is fontos, hogy Tóbiás ezzel a segítséggel együttműködik, az gyümölcsözővé válik benne és körülötte, amire jó példa, hogy a hatodik fejezetben olvasható, angyali útmutatást követően milyen elszánttá és céltudatossá válik a fiatalember. A Tóbiásnak – kéretlenül – adott segítség túlmutat rajta: mások javát kell szolgálnia, ami – ahogyan már említettük – a saját életére is pozitívan visszahat. Isten – az Ő nagy irgalmasságában – kéretlenül is elhalmoz minket segítő kegyelmével, amivel együttműködve egy nagyobb egész részeseivé válhatunk.

4. *Tóbiás imádkozik.* A könyvben több imádságnak a szövegét is olvashatjuk: Tóbit (Tób 3,2–6) és Sára (Tób 3,11–15) Istenhez fohászkodnak kimerültségükben és betegségbeesésükben gyógyulásukat megelőzően; Ráguel – miután nyilvánvalóvá vált lánya gyógyulása – magasztalja Istent (Tób 8,15–17); Tobit Istent dicséri saját gyógyulását követően (Tób 11,14–15; 13,2–17). A műben lejegyzett imádságok közül kiemelkedik Tóbiás (és Sára) imája (Tób 8,5–7⁵) – melyre fentebb már utaltunk – a nászéjszakájukon, amivel kapcsolatban csak két szempontra hívjuk fel a figyelmet: Tóbiás imádkozik, valamint a feleségével együtt imádkozik, ahogyan erre útmutatást kapott útítársától. Véleményünk szerint mindkét motívum jelentőséggel bír a modern férfi számára, hiszen a szükségben végzett imádság egy mai férfi számára talán nem magától értetődő és természetes magatartási forma. Továbbá nem egyedül fordul a fiatalember a nehézség idején a Teremtőhöz, hanem a feleségével együtt, és ez a helyzet korunk házaspárjai számára vigasztaló és bátorító módon felidézheti Jézus ígérését: „Ahol ugyanis ketten vagy hárman összegyűlnek a nevemben, ott vagyok közöttük” (Mt 18,20).

5. *Tóbiás bátor.* A fiú nem volt mindig bátor, hanem a Ráfaellel folytatott beszélgetést követően válik azzá. A személyiségében végbemenő változásra ezzel kapcsolatban már fentebb utaltunk. Tóbiásnak az anyagi segítség és bátorítás mellett mégiscsak egyedül kellett belépni abba a szobába, ahol rá várt Azmodeus démon azzal az egyértelmű és nyílt szándékkal, hogy megölje. Az elszántság, elkötelezettség és célorientáltság mellett bátorságra is szüksége volt a fiúnak ahhoz, hogy mindazt teljesítse, ami a vállalt feladata volt. Tóbiás bátor, de nem vakmerő, ugyanis nem a saját erejében vagy tudásában bízva lép be a szobába, hanem isteni meghívást és kiválasztottságot, valamint anyagi útmutatást követően, együttműködve ezekkel és hűségesen a kapott felszólításokhoz. Istentől meghívva és Tőle útmutatást kapva, Rá hagyatkozva engedelmesen és hűségesen a modern férfinak is bátornak kell lennie, miközben a felesége és családja életének kibontakozását szolgálja.

⁵ „Áldott vagy, atyáink Istene! Áldott a te neved örökkön-örökké! Dicsőítsenek az egek és mind a teremtmények mindörökké. Te teremtetted Ádámot, és hűséges segítőül mellé adtad a feleségét, Évát. Tőlük származik az emberiség. Azt mondtad: nem jó az embernek, ha egyedül van. Alkossunk mellé hozzá hasonló segítőtársat. Uram, én most nem rendetlen vággyal veszem el nővéretem, hanem tiszta szándékkal. Engedd, hogy irgalmat találjon és találjak én is, és együtt öregedjünk meg.”

ÖSSZEFOGLALÁS

Tóbiás könyvének „fő témája Isten csodálatos gondviselése szent életű követőire” (*Dommershausen, 1968, 1761*). Ennek az igazsága több szinten és több szereplővel megvalósul a könyvben, mi ebből egy részterületet emeltünk ki. „Az elképzelés, hogy a betegséget és egyéb emberi problémákat rosszindulatú démonok okozzák, a Kr. e. harmadik-második század számos iratában felbukkan” (*Collins, 2005, 54*). Tóbiás könyvének keletkezési ideje erre az időszakra tehető. Láthattuk továbbá, hogy Isten az élet kiteljesedését akarja, aminek során – az Ő alázatában – munkatársakat választ: jelen esetben Tóbiást (is) Sára megmentésére. Modern korunk hívő férfiája számára Tóbiás minta, hogy Istenre figyelve hogyan szolgálhatja felesége életének javát.

IRODALOM

- Collins, J. J. (2005). Tobit könyvének zsidósága. In Xeravits G. – Zsengellér J. (szerk.) *Tobit-Tóbiás könyve: Szöveg, hagyomány, teológia* (pp. 39–59). L'Harmattan, Budapest.
- Dommershausen, W. (1968). art. Tobias (Buch). In H. Haag (ed.) *Bibel-Lexikon* (pp. 1759–1761). Benziger Verlag, Einsiedeln–Zürich–Köln.
- Fröhlich I. (2010). *Teremtés Tóbit könyvében*. (Konferencia-előadás, Budapest 2010. november 23.) <http://www.or-zse.hu/resp/frolichida2010/frolihida2010.htm> (Utolsó megtekintés: 2021. szeptember 28.)
- Gál F. (2008). *János evangéliuma*. Szent István Társulat, Budapest.
- Hieke, T. (2005). Endogámia Tobit könyvében, a Genézisben és Ezdrás-Nehemiásnál. In Xeravits G. – Zsengellér, J. (szerk.) *Tobit-Tóbiás könyve: Szöveg, hagyomány, teológia* (pp. 101–122). L'Harmattan, Budapest.
- Jakubinyi Gy. (2007). *Máté evangéliuma*. Szent István Társulat, Budapest.
- Juhász P. B. (2022). *Tóbiás könyvének vizsgálata Brevard S. Childs kánoni megközelítésének fényében* (doktori disszertáció). <https://disszertacio.ppke.hu/id/eprint/294/> (Utolsó megtekintés: 2026. február 3.)
- Káposztássy B. (2023). Az egészség és betegség teológiája. In Homokiné Hollósi C. (szerk.) *Reproduktívegészség-fejlesztés és meddőségi szaktanácsadás* (pp. 41–61). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Kocsis I. (2007). *Lukács evangéliuma*. Szent István Társulat, Budapest.
- Kocsis I. (2019). *Bevezetés az Újszövetség könyveibe*. Szent István Társulat, Budapest.
- Lakatos E. (2023). A termékenység és a terméketlenség teológiája. In Homokiné Hollósi C. (szerk.) *Reproduktívegészség-fejlesztés és meddőségi szaktanácsadás* (pp. 63–83). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.

- Léon-Dufour, X. (1972). art. meddőség. In X. Léon-Dufour (ed.) *Biblikus teológiai szótár*. (pp. 888–891). Szent István Társulat, Budapest.
- Martos L. B. (2014). *Márk evangéliuma*. Szent István Társulat, Budapest.
- Pecsuk O. (2023, szerk.). *Deuterokanonikus bibliai könyvek magyarázó jegyzetekkel*. Kálvin János Kiadó, Budapest.
- Rózsa H. (2005). *Üdvösségközvetítők az Ószövetségben*. Szent István Társulat, Budapest.
- Schüngel-Straumann, H. (2000). *Tobit*. Herder, Freiburg.
- Szabó M. (2018). *Bevezetés az Újszövetség görög nyelvébe*. Szent István Társulat, Budapest.
- Szent Jeromos Katolikus Bibliatársulat görög Újszövetséget bemutató honlapja*, <https://ujszov.hu/words> (Utolsó megtekintés: 2026. január 13.) A szótár felületén a 'meddő' keresőszót be kell gépelni.
- Tarjányi B. (1998). *Evangéliummagyarázatok III. rész. Csodák*. Szent Jeromos Bibliatársulat, Budapest.
- Tób_BAujszov.hu <https://ujszov.hu/text?corpus=1&book=117&chapter=6&verse=18> (Utolsó megtekintés: 2026. május 8.) A szavankénti elemzést ki kell választani.
- Tób_Sujszov.hu <https://ujszov.hu/text?corpus=1&book=157&chapter=6&verse=18> (Utolsó megtekintés: 2026. május 8.) A szavankénti elemzést ki kell választani.
- Xeravits G. (2020). *Bevezetés a deuterokanonikus könyvek keletkezés- és irodalomtörténetébe*. Kairosz Kiadó, Budapest.

DÁVIDNÉ BAJOR ÁGOTA

„Az Úr meghallgatott!

Szent Anna és Szent Joakim¹ legendája, Szűz Mária gyermekségtörténete

c. kiadvány ismertetése

SZENT ANNA ÉS JOACHIM LEGENDÁJÁNAK EREDETE ÉS ALAKULÁSA

A Szűzanya származását, szüleit az evangéliumok egyáltalán nem említik, ugyanakkor már nagyon korai hagyomány ismerni véli nevüket. Anna (jelentése *kegyelem, megkegyelmezett, könyörület, kedvesség*) és Joachim (jelentése *Isten felemel*) beszédes nevek. Történetüket, Szűz Mária csodás születését, gyermekkorát, eljegyzését egy 2. századi iratból, az apokrif (nem kánoni, nem sugalmazott) Jakab-ősevangéliumból ismerjük.² Később a legendák különböző variációi terjedtek el, amelyek nem a történeti hűségre törekedtek, hanem a vallásos buzgalom és a Szűzanya iránti tisztelet erősítése volt a céljuk. A Jakab-evangélium nem említi, hogy a házaspár hol lakott, de Anna hagyomány szerinti lakóháza fölül Jeruzsálemben, a Bethesda fürdő közelében templomot emeltek az 5. században. Ezt tekintik Mária születési helyének is. A felszentelés évfordulóján, szeptember 8-án emlékeztek meg Szűz Mária születéséről, később pedig ez a nap lett hivatalosan is Kisboldogasszony ünnepe. Más változatok szerint azonban az idős pár Názáretben élt, onnan mentek fel Jeruzsálembe áldozati ajándékaikkal. Anna megérte Jézus születését, sőt, egy 9. századtól elterjedt legenda szerint Joachim halála után még kétszer férjhez ment, további két Mária nevű lánya született, akiknek fiai később Jézus tanítványai lettek. Ezzel a jámbor szerzők az evangéliumokban említett Jézus „testvéreinek” (unokatestvéreinek) létét szerették volna igazolni. Ez utóbbit olvashatjuk a 13. században összeállított *Arany Legendában* (Legenda Aurea) is, amelyet Jacobus da Voragine szerkesztett. A középkor derekán a ciszterciek, domonkosok, ferencesek tevékenységének köszönhetően megnövekedett az érdeklődés a Szűzanya élete iránt. Festmények, freskók, mozaikok, domborművek, üvegablakok mutatják be Szűz Mária születésének és eljegyzésének jeleneteit. (Ekkor fordul a figyelem Mária szenvedésére is, megjelenik többek között a Pietà-ábrázolás.)

¹ A főként gyerekeknek szánt kiadványban a Joachimot magyarosan k-val és nem ch-val írtam.

² Vanyó László szerk. (1980) *Ókeresztény írók II. kötet. Apokrifek*. Szent István Társulat.

Bizánci hatásra terjedt el az a képtípus, ahol Anna és Joachim összeölelkezik a jeruzsálemi Aranykapunál, illetve Mária születése, amelyen több jelenetet is megfigyelhetünk egy ábrázoláson (a fekvő Anna a karjában tartja az újszülöttet, miközben ugyanazon a képen a szolgálók egy tálban már fürösztik a kis Máriát).



1. kép. Mária születése (Giotto, Padova, Scrovegni-kápolna)

Népszerűek lettek az olyan témák is, mint a „Szent Anna harmadmagával” (Mettercia) vagy az úgynevezett „nagyszentcsalád” bemutatása, amelyen Annát láthatjuk három férjével, lányaival, vejeivel, unokaíval.



2. kép. Szent Anna Máriával és a kis Jézussal, három férjével, valamint Szent Józseffel (Pfarrwerfen)

A tridenti zsinat elvetette ezt a legendaváltozatot, így ez utóbbi képtípus is visszaszorult a továbbiakban. A barokk kortól kezdve templomainkban olyan festményekkel találkozunk leginkább, amelyeken Szent Anna a kis Szűz Máriával az ószövetségi iratokat, jövendöléseket tanulmányozza.

Szent Anna és Joachim történetének szép feldolgozása az 5. századi alapokra épült 14. századi Chora-monostorban található (ma Kariye-dzsámi, Isztambul), amelyben csodálatos mozaikokon szemlélhetjük meg a legendát sok más ó- és újszövetségi jelenettel együtt.

Nyugaton talán a leghíresebb képsor erről a témáról a padovai Scrovegni-kápolnában (más néven Aréna-kápolnában) látható. Giotto 1303 és 1305 között festette meg freskósorozatát Jézus életéről, amelynek az első 12 jelenete Szűz Mária szüleinek legendáját, illetve Mária gyermekségtörténetét mutatja be.

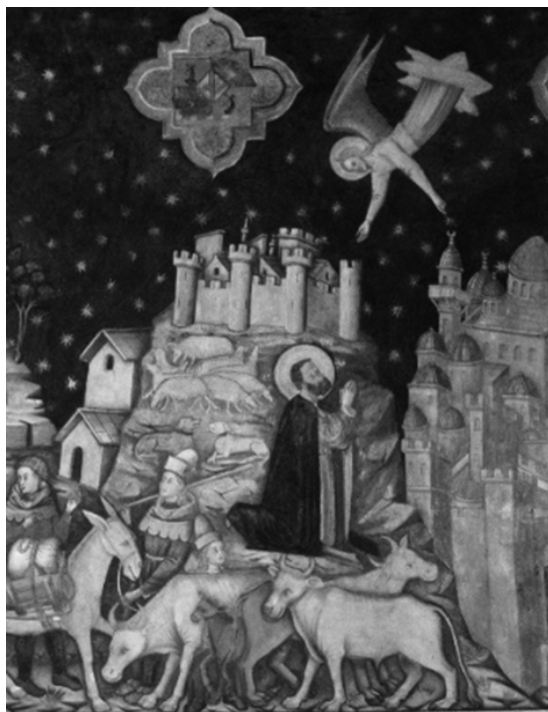
Kevésbé ismert, de magas színvonalú a galatinai (Puglia, Olaszország) Alexandriai Szent Katalin-bazilika jobb oldalhajójának mennyezeti freskója (készült 1391-1446 között), amely ugyanezt a legendát mutatja be, és amelyen a szakemberek szerint egyértelműen kimutatható Giotto hatása.

AZ ÚR MEGHALLGATOTT! C. KIADVÁNY KELETKEZÉSE

Szűz Mária szüleinek legendája a Budapesti Batthyány téri Szent Anna-templomban ragadott meg először, ahol Kontuly Béla szekkója Joachim és Anna találkozását mutatja be a jeruzsálemi Aranykapunál. A kupola többi képe – Molnár C. Pál alkotása – Szent Anna történetét ismerteti a nevezetes találkozás előzményeitől kezdve Szűz Mária születésén keresztül egészen Anna haláláig. Jóval később láthattam meg Giotto freskósorozatát Padovában. Ekkor már óraadó hitoktató voltam, és ettől kezdve foglalkoztatott a gondolat, hogy Jézus nagyszüleinek szép legendáját tanítványaimmal és minél több emberrel megismertessem. Egy kis képeskönyvet képzeltem el sok rajzzal, gyerekeknek szóló szöveggel. Három évtized is eltelt, míg végre megfogalmaztam a történetet, kicsit kiegészítve, kiszínezve az eseményeket. Kerestem rajzolókat is, nem sok sikerrel. Több kiadónál kopogtattam, éppen a világjárvány idejét éltük. Mindenhol a bizonytalanságra, illetve a téma iránti érdeklődés vélt hiányára hivatkozva elutasítást kaptam. Végül az OHB segítségével (ahol külső munkatárs vagyok) az Ecclesia Kiadó adta ki a füzetet, amelyet a Galatinában található bazilika képei illusztrálnak. A szöveg egyszerűsített, Káposztássy Béla atya által lektorált végső változata a Jakab-ősevangélium eseményeit követi, és a végére került néhány ima is a kiadó vezetőjének, Perger Gyula atyának javaslatára. Nemcsak gyerekek, hanem minden korosztály számára szép kiadvány lett belőle, nem utolsósorban a grafikus, Tencz Kriszta kiváló munkájának köszönhetően.

JOACHIM ÉS ANNA LEGENDÁJA

Joachim bőkezűségéről ismert, jómódú, már idősödő férfi volt Dávid király családjából. Egy alkalommal, amikor áldozati ajándékaival a templomba ment, a pap elutasította őt, mert nem támasztott utódot Izraelnek. Megalázottságában nem is tért haza, hanem kiment a pusztába a nyájához. Ábrahám történetébe kapaszkodva fordult az Úrhoz. Elhatározta, hogy addig fog böjtölni és imádkozni, míg meghallgatásra nem talál. 40 napi kitartó könyörgés után áldozatot mutatott be Istennek. Egy angyal vitte hírrül Joachimnak, hogy az Úr elfogadta áldozatát és meghallgatta könyörgését, majd felszólította, hogy térjen haza, mert Annának gyermeke lesz.



3. kép. Joachim és az angyal (Galatina, Szent Katalin-bazilika)



4. kép. Anna imája (Giotto, Padova, Scrovegni-kápolna)

Felesége, Anna, megtudta a templomban történeteket, és nagyon fájt neki, hogy Joachim köszönés nélkül ment el: siratta meddőségét, özvegységét.

Ő is az Úrhoz fordult fájdalmában, majd Sárát idézve buzgón fohászkodott. Neki is angyal hozta a hírt, hogy szülni fog, és az egész földkerekségen beszélni fognak gyermekéről. Sára örömeiben felajánlotta születendő gyermekét az Úrnak.

Giotto zárt térbe helyezte el Anna imáját, sőt szobáját templomnak ábrázolta, felül timpanon látható az áldást osztó Krisztussal. Az eredeti legendában Anna a kertjében imádkozott, így látjuk Galatinában is, valamint a Chora-monostor mozaikján is.

Amikor Anna szolgálai hírt hoztak, hogy Joachim hazafelé tart a pusztaból, eléje sietett.

A házaspár a jeruzsálemi Aranykapunál találkozott, ahol nagy örömmel és szeretettel ölelték meg egymást.



5. kép. Találkozás az Aranykapunál (Kontuly Béla, Budapest, Szent Anna-templom)

A megfelelő idő elteltével megszületett a várva várt gyermek, akinek a Mária nevet adták.



6. kép. Mária születése (Galatina, Szent Katalin-bazilika)

Amikor Mária hároméves lett, szülei – ígéretükhöz híven – felvitték a templomba gazdag áldozati ajándékok kíséretében. A pap megáldotta a kislányt, aki örömeiben táncot járt az oltár lépcsőjén.



7. kép. Joachim a templomba viszi a kis Máriát (Isztambul, Chora-monostor)

Amikor Mária nagykorú lett, vagyis betöltötte a tizenkettedik évét, már nem maradhatott a templomban, mert „beszennyezné” – ti. a menstuációt tisztátalannak gondolták – a szent helyet. A főpap az Úrtól kért és kapott útmutatást: a Dávid király családjából való nőtlen és özvegy férfiak hozzanak rügyező gallyat, és égi jel mutatja majd meg, ki legyen Mária férje. Áron vesszejéhez hasonló csoda alapján József lett Mária jegyese. A Jakab-evangélium csak kizöldült ágról beszél. Giotto képén fehér madarat látunk az ág végén. A Pszeudo-Máté-evangélium adja a megoldást, amelyet pár száz évvel a Jakab-evangélium után állítottak össze néhány részlettel kiegészítve, kibővítve azt. Ebben fehér madár jelent meg József ágán, ezzel jelezve a kiválasztottságát.



8. kép. Mária eljegyzése (Giotto, Padova, Scrovegni-kápolna)

A történet folytatását, az angyali üdvözlés eseményeit már Lukács evangéliumából ismerjük.

SZEMÉLYES ÉRINTETTSÉG

A gyerek utáni reménytelen vágyakozás a mi családukban unokaszinten jelent meg. Nekünk – hála a Teremtőnek – négy kislányunk született. Legnagyobb lányunk és férje viszont évekig várták hiába a gyermekáldást. Csalódásuk és fájdalmuk természetesen ránk, szülőkre és a testvéreire is kihatott. Sokat imádkoztunk, sírtunk, és amikor a várva várt kis magzat végre megfogant, majd pár hét után elment, kétségbeesetten kérdeztük: miért?

Lányomat (és magamat is) az ószövetségi asszonyok példájával biztattam, hogy Isten tudott csodát tenni a reménytelen helyzetben is, és aztán a megszületett gyermeket mindig valamilyen különleges feladatra hívta meg. Sára, Hanna (Sámuel anyja) mellett ott van Ráhel vagy Sámson anyja, vagy már az Újszövetségben Zakariás és Erzsébet. Szent Anna és Joachim legendája is a példák közé került, bár nem említi őket a Biblia. Hála Istennek, végül megszületett az első unokánk, Sámuel lett a neve (jelentése *az Úr meghallgatott*). Azóta már két kistestvére is van, és a négy lánytól összesen kilenc, hamarosan tíz unokának örülhetünk. Orvosi segítséget az irgalmasoknál működő rendelőben kaptak, de meg vagyunk győződve arról, hogy csoda történt. „Az istenszeretőknek minden a javára válik” idézet is erőt adott, bár a bajok sűrűjében ezt nem igazán érezzük, nem igazán hisszük, jó esetben utólag megértjük. Ebben a nehézségben családunknak az vált javára, hogy minden életet sokkal, de sokkal nagyobb hálával fogadnak a lányaink, nem természetesnek, hanem a Teremtő nagylelkű ajándékának tekintik, még akkor is, ha emberileg nincs probléma.

Nekem mit jelent Joachim és Anna legendája? Azt, hogy minden bajunkban Istenhez érdemes könyörögni, kitartóan, nem lankadva. És mi van akkor, ha nem teljesíti kérésünket? Nem születik meg a várt gyerek, nem gyógyul meg a beteg, nem találunk párt... Nehéz kérdések. Csak Istenbe vetett bizalommal és hittel lehet elfogadni a látszólagos kudarcot, és remélni, remélni, hogy az Úr tervében mindezek benne vannak, és a javunkra válnak valamilyen módon.

A személyes hit és istenkapcsolat szerepe az asszisztált reprodukcióval kapcsolatos döntésekben

BEVEZETÉS

A médiumokban gyakran találkozunk az asszisztált humánreprodukcióval, másként megfogalmazva a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos figyelemfelkeltő hírekkel, a témával kapcsolatos sarkos és kevésbé sarkos véleményekkel. Mindez azt jelzi, hogy jelenleg nagyon aktuális és fontos ez a téma- és egyben problémakör a társadalomban, és biztosak lehetünk abban, hogy a vallásos emberek figyelmét is felkelti.

A WHO 2023-as tanulmánya szerint a párok 17,5%-át érinti a terméketlenség problémája (WHO, 2023 és *Beabout*, 2025), ezt az adatot erősíti meg az Egyesült Nemzetek Gazdasági és Szociális Ügyek Főosztálya Népesedési Osztályának „World Fertility 2024” jelentése is (UN, 2024). Rendkívül érzékeny ez a téma, mivel egyrészt sokan küzdenek a gyermektelenség terhével és az azzal kapcsolatos testi-lelki problémákkal, másrészt a mesterséges megtermékenyítés témája által generált minden kérdés erős indulatokat képes gerjeszteni, amennyiben valaki rámutat a témával kapcsolatos fogalmak és jelenségek megfelelő értelmezésére és a sokszor előforduló tévedésekre.

Utóbbival gyakran lehet találkozni, különösen a mesterséges megtermékenyítésre vonatkozó katolikus egyházi véleményt illetően, mivel a katolikus Egyháznak konkrét tanítása van a kérdéskörrel, s bármilyen szempontból is nézzük azt, a határozott egyházi vélemény még a hívő katolikusok körében is sokszor éles reakciókat vált ki.

Az asszisztált reprodukcióval kapcsolatban megfogalmazott katolikus erkölcsi tanítást illetően legtöbbször az a kérdés érdekel mindenkit, hogy a hívők számára mely mesterséges beavatkozás ajánlott, megengedett vagy elutasított. A katolikus Egyház erkölcsi tanítása azonban nem pusztán jogi szárazsággal kimondott „ítéletek” sora (mit szabad vagy nem szabad megtenni/mondani, mely tett, beavatkozás megengedett vagy tiltott, mi számít bűnnek egy katolikus számára, mi nem), hanem ennél sokkal mélyebb és életbevágóbb a szerepe az életünkben. A hétköznapi problémáiban elmerülő, sokszor reményvesztett embereknek, a meddőség terhét hordozó pároknak abban próbál irányt mutatni az adott élethelyzetben, hogy a megfelelő döntést meghozva és a lehető leg-

kevesebb személyes gyötrellemmel járó utat végigjárva, egyre közelebb kerülhessenek Istenhez és igazabb önmagukhoz.

Jelen tanulmány – noha sokan ezt várnák – nem az asszisztált reprodukció különböző metódusainak egyházi értékelésével foglalkozik. Egy eddig talán szokatlan nézőpontból kíván ránézni a terméketlenségre mint problémára: az erkölcssteológia, közelebbről a valláserkölc oldaláról a téma mélyére tekintve, kissé talán a határokat is feszegetve olyan elgondolkodtató kérdéseket próbál feltenni, amelyek igyekeznek rámutatni az Istennel való személyes kapcsolatra, a benne való hit és bizalom fontosságára ebben a nehéz helyzetben is.

A HÁZASSÁG ÉS A TERMÉKETLENSÉG TERHE

A vágyott gyermekáldás késlekedése súlyos problémaként és kérdésként jelentkezik minden pár életében. A hívő és nem hívő házaspárok akár valamilyen korábbi tettük büntetéseként is értelmezhetik terméketlenségüket, mivel egyrészt a házassághoz általánosságban hozzátartozik a gyermek, de emellett ott van a vád és egyben önvád is: „Miért pont mi? Selejt vagyok? Ki a felelős, a hibás, én vagy a férjem/feleségem? Most hogyan tovább?” Mindez nemcsak a felek lelkében, hanem a kapcsolatukban, magában a házasságban is komoly törést okozhat, valamiképpen fel kell tehát dolgozni ezt a nehéz helyzetet.

A gyermekre vágyó párok többsége a „Hogyan tovább?” kérdésre a „Mindenáron gyermeket!” válasszal felel, életükben megjelennek a „kell”-ek. Azonnal kell a gyermek, mindent mindenáron meg kell tenni a gyermek megfogása és megszületése érdekében, minden segítséget meg kell ragadni, és azonnali eredmény kell, elsősre sikerülnie kell a fogadásnak. A türelem ebben az esetben nem opció, s talán ez az oka annak, hogy amennyiben a megfelelő vizsgálatok után nem sikerül azonnal a gyermekáldás, még inkább elkeseredik a pár, különösen annak nő tagja.

A házások gyermek utáni vágya természetes, azonban meg kell vizsgálni, hogy ez a vágy egészséges-e vagy sem (*Papp, 2010*). Valóban a gyermek a fontos, önmagáért szeretnék őt a szülei? Nem valamilyen más okból volna rá szükség, pl. mert már megvan mindenük, már csak a hőn áhított gyermek hiányzik? Meddig képesek elmenni, milyen beavatkozásoknak vetik alá magukat az eredmény érdekében? Milyen anyagi, testi, lelki áldozatokat hajlandóak a vágyott gyermek érdekében megtenni? A saját vagy családjuk elvárásai sürgetik őket, esetleg úgy érzik, hogy lassan kifutnak már az időből?

Ha vallásos a házaspár, felvetődhet részükről, hogy esetleg érdemes megismerniük valási közösségük tanítását a meddőség kezelésével és a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatban.

Katolikus részről előzetes kérdésként merül fel, hogy a házaspár helyesen gondolkodik-e a házasságról és a gyermekvállalásról. A katolikus Egyház a gyermekre a házasság gyümölcseként tekint, az Istentől megáldott életközösség a természete szerint gyermekek nemzésére és nevelésére rendelt a házastársak javai mellett (vö. KEK 1660). A házasság javainak felsorolásában a társ, a másik házsfél említődik meg először, vele jön létre a házasság szentsége, nélküle a gyermek nemzése-foganása sem tud megtörténni. Maga a gyermek a házasságban ajándék¹, nem pedig járandóság (vö. KEK 2378), „gyermekhez való jog” nem létezik, egyetlen jogrendszer sem ismer ilyet (Papp, 2010).

A házasságról, annak lényegéről szóló katolikus tanítás ismeretében azt a kérdést is fel kell tenni, hogy miként viszonyul ehhez a házaspár. A jegyesoktatás során ezt részletesen ismertetni szokta a házasságra készülőkkel a jegyesoktatást végző pap vagy szakember, azonban az előforduló nehézségek idején érdemes ezt a tanítást feleleveníteni. Kérdés tehát, hogy fontos-e a házaspár számára az, amit a katolikus Egyház tanít a meddőségre vonatkozóan vagy sem? El tudják, és talán ami még fontosabb, el akarják fogadni a terméketlenséggel kapcsolatos katolikus erkölcsi tanítást? Be tudják látni, hogy a gyermek „nem jár”, hanem ajándék a házasságban, tudnak hozzá ajándékként viszonyulni? Vagy lázadnak e kijelentés ellen, és egyáltalán nem számít, hogy mit mond az Egyház? S ami talán a legfontosabb: hogyan állnak Isten előtt közösen és egyenként is ebben a kérdésben?

Sokan talán nem teszik fel önmaguknak ezeket a kérdéseket: vagy azért, mert nem merik, vagy amiatt, mert nem is akarnak szembenézni a problémával ilyen, a személyes hitet és istenkapcsolatot is megmozgató kérdésben. Egy ideig talán ki lehet kerülni e kérdések átgondolását, azonban, bármi is az elhatározás a gyermektelenség leküzdésére a pár részéről, végül szembe kell nézniük önmagukkal és döntéseik következményeivel.

¹ Ez a kérdés hangzik el a házasságkötés szertartásában is: „Elfogadod-e a gyermekeket, akikkel Isten megajándékozza házasságotokat?” (Vö. Országos Liturgikus Tanács, 2023.)

ISTENKAPCSOLAT ÉS ÉLETVEZETÉS

Az embernek az Istennel való kapcsolata csakúgy, mint minden kapcsolata, a személyességen alapul. Az embertársakkal való kapcsolatokhoz hasonlóan az Istennel való személyes kapcsolatban is mindkét fél (Isten és ember) saját szándékának megfelelően van jelen: Isten szeretettel fordul teremtménye felé, az ember erre szabadon válaszol.

Isten teremtésének csúcsa, az ember számára a legjobbat, az üdvösséget akarja: meghívja, hogy az Ő boldog életének örököse legyen, s azáltal, hogy az ember megismeri és szereti Őt, részesülhet ebben (vö. KEK 1). Isten tehát az, aki a szeretetben az első: a teremtésben életet ad az embernek, Krisztus áldozata által megváltja őt, Szentlelkében pedig fiává fogadja. Az ember szeretetre való képessége a tökéletes isteni szeretet tökéletlen mása, az ember az Isten és az embertársai iránt való szeretetében az üdvösségre való meghívottságára igyekszik válaszolni a maga töredékes mivoltában. Isten az egyetlen, aki teljesen átlátja az ember életét, annak elejétől a végéig (*Papp, 2010*), Ő az egyetlen, aki tudja, hogy pontosan mikor és pontosan mi válik az ember javára az üdvösséghez vezető személyes úton. A kérdés tehát csak az, hogy az ember el tudja-e ezt fogadni, azaz képes-e bízni Istenben, megbízik-e annak a mindenható akarataiban, aki a Vele való teljes egységre hívja őt.

ISTENKÉP ÉS ISTENKAPCSOLAT

Az ember részéről az Istennel való személyes kapcsolat alapja az, hogy Istent milyennek látja, milyen elképzelése van róla. Ilyen istenképe minden embernek van, és sokan talán nem is gondolják, hogy ez meghatározza a személy életét és életvezetését. Papp Miklós ezt így foglalja össze: az istenkép a morál, az erkölcs lelke (*Papp, 2015*). A Tízparancsolat első parancsa Isten imádását írja elő, a többi parancs ennek a következménye – így tehát mindent, amit az ember tesz, az Istenről alkotott személyes elképzelése, a Vele való személyes kapcsolat alapoz meg.

Ahhoz, hogy az ember mit gondol Istenről, milyennek látja Őt, lényeges az idő pontos meghatározása (pl. „gyermekkoromban”, „amikor ez történt”, „az adott pillanatban” stb.), hiszen – ahogy mindenki tapasztalja az emberi kapcsolataiban is – időről időre változik az emberben az, hogy ki számára Isten, akinek a jelenléte hol távolinak, hol közelinek tűnik, érződik. Nem mindegy tehát az sem, hogy a terméketlenség problémájának megjelenésekor, a problémával való szembenézés során a házaspár tagjainak milyen az istenkapcsolata és ebből következően házasságukban milyen szerepet tölt be Isten.

A teológiai szakirodalom szerint vannak jó és rossz istenképek, ezek kiindulási pontjuktól függően segítik és gyógyítják vagy éppen akadályozzák és beteggé teszik az ember életvezetését.

Az ember oldaláról nézve az a kérdés, hogy milyennek alkotja meg az egyes ember Istent a saját maga emberi képmására. Az ember által elképzelt istenképek egyoldalúak, mert a körülményei (történelmi kora, környezete, neveltetése stb.) által meghatározott és egyben korlátozott helyzetéből következően a személy soha nem képes teljes képet alkotni Teremtőjéről, csupán egy-egy nézőpontból tekint rá. Ha egy-egy ilyen istenkép torzítóan egyoldalú, akkor tévútra viheti az ember istenkapcsolatát és így az életvezetését is. A rossz istenképeket Karl Frielingsdorf „megbetegítő” istenképnek nevezi (*Frielingsdorf, 2019*): ezek akkor alakulnak ki, ha súlyos egyoldalúságuk abszolutizált lesz, emiatt feszélyezettséget, hiányt, bizalmatlanságot váltanak ki az emberből Isten irányába. Ilyen istenkép (a teljesség igénye nélkül) az, amikor az ember Istenben az őt magára hagyó istent látja; amikor csak hiánypótlóként tekint rá; amikor nem más számára Isten, csak egy dzsinn, aki csak a kívánságokat teljesíti; amikor már nem személyként tekint rá, hanem a világgal azonosítja; amikor Istenben csak büntető, könyörtelen urat lát; amikor relativizálja; amikor személytelen világszellemként tekint rá stb. (*Papp, 2015*).

Ezek az istenképek önkényesen leegyszerűsítik, kézzelfoghatóvá teszik Istent, azt hangsúlyozzák egyoldalúan, amit a személy lelkiállapota, aktuális helyzete alapján lát vagy látni akar. Veszélyük, hogy bennük olyan istenképet lát és olyan istent imád az ember, aki számára a legkényelmesebb. Isten így bekerül egy fiókba, de amint a helyzet megváltozik (pl. egy probléma megoldódik, valaki meggyógyul, munkát talál stb.), gyorsan ki is vehető onnan és felcímkézhető másképpen. Világos, hogy ezen istenképek esetlegesége hol ilyen, hol olyan irányba viheti az ember életét, s semmiképpen nem elégítheti ki egy komoly istenkeresés és Istennel való személyes kapcsolat vágját.

Érezhető, hogy az üdvösség felé vivő úton egy stabil, minden szempontból megbízható istenképre van szükség, egyfajta biztos ismeret kell Istenről, ami igazi támaszt nyújthat, bármilyen probléma is jelentkezik, és egyben segíteni tudja az embert az életvezetésében is. Ilyen, jó istenkép azonban nem érkezhethet az ember részéről, máshonnan kell erednie.

A jó istenképekben maga Isten mondja el, hogy milyen is Ő valójában: Ő maga mutatkozik be az embernek a Szentírás szavain keresztül. Elsőként az Ószövetségben olvasható kinyilatkoztatásban tárja fel önnön lényegét, majd Fia, Jézus Krisztus által a kinyilatkoztatás teljességében. Isten a Szent Titok, a mindenható Úr, aki soha nem ismerhető meg teljesen az ember számára, és aki előtt minden teremtménynek le kell borulnia. Ő az, aki van, aki jelen van az ember életében, és kapcsolatban van vele még akkor is, ha ezt a személy a gondok, problémák közepette nem érzi, sőt, azt hiszi, hogy Isten eltaszította vagy

végképpen magára hagyta őt. A kinyilatkoztatás teljességében Isten Szentháromságként: az Atya, a Fiú és a Szentlélek egységeként mutatkozik meg. Ő maga a szeretet, amiből nemcsak a teremtet világ, hanem minden emberi szeretet is ered. (Papp, 2015.) E négy istenkép gyógyítani tud: képesek arra, hogy az embernek az Istenről elképzelt hibás, a bűn által elhomályosult elképzeléseit helyre tegyék, Istent olyannak láttatják, amilyen Ő valójában és ezáltal segítik az embert az életvitelében, minden tetteiben az Isten felé vezető úton.

A VALÓDI ISTENKAPCSOLAT AKADÁLYAI

Az élő, személyes kapcsolat minden esetben annak intenzitásától függ, hogy milyen gyakori és szoros kötelék van a kapcsolatban levő két fél között. Az istenkapcsolat is ilyen: az ember részéről megkívánja az Istennel való folyamatos párbeszédet, a Vele való együttléte. Ha nem működik, ellaposodik valami miatt az istenkapcsolat, az ember távol érzi magát Istent, meg kell keresni annak okát vagy okait. Isten részéről, aki végtelenül szereti a teremtményét, aki a saját Fiát adta oda az emberért, azért, hogy megváltsa a bűntől és a haláltól, nem merül fel akadály – Isten mindig ott van, jelen van az emberrel való kapcsolatban. Az ember az, aki töredékes szeretete, rosszra hajló akarata miatt el tud távolodni Tőle, végső esetben meg is tudja szüntetni a kapcsolatát Istennel.

Nem csupán az imádság (azaz az Istennel való személyes beszélgetés) hiánya lehet akadály az ember részéről, de – amint láttuk – gátolhatja az Isten–ember kapcsolatot egy olyan istenkép imádása is, amely aktuálisan nagyon kényelmes az ember számára. Az Istenben való bizalomnak az ember egyoldalú elgondolásából fakadó megrendülése vagy hiánya szintén gátja lehet az ember közeledésének (vagy Istenhez való visszatalálásának), de ugyanígy az ember mély önzése, önmaga középpontba való állítása is. A bűn végeredményben nem más, mint Isten istenségének megkérdőjelezése, és az, hogy az ember önmagát állítja be origóként. Azzal utasítja el Istent, hogy nem fogadja el sem azt, amit Isten szeretetből neki szán, és amiről Ő tudja, hogy teremtménye javára válik, sem azt, hogy Isten végtelen szeretetében félti őt a rossztól, annak megtételétől, mindattól, ami eltávolítja Tőle. A bűn az, hogy az ember saját isteneként maga akar dönteni arról, hogy mi a számára a jó és a rossz (vö. Ter 3,5),² elvetve mindazt a jót, amit Isten szándéka neki szeretne juttatni és elvetve Istent, aki csak akadályozza őt vágyai kielégésében.

² „Isten jól tudja, hogy amely napon abból esztek, szemetek felnyílik, olyanok lesztek, mint az istenek, akik ismerik a jót és a rosszat.” (Ter 3,5)

Egy házaspár esetében nemcsak az a fontos, hogy mindegyiküknek rendezett legyen a saját istenkapcsolata és imaélete, hanem lényeges az Istennel való közös kapcsolatuk is, különösen a nehézségek, gondok idején. Dolgoznak-e személyes istenkapcsolatukon? Fontos-e az imádság számukra? Tudnak-e Isten szemszögéből tekinteni a házasságukra? Fontos-e nekik, hogy Isten jelen legyen a házasságukban? Mindebben a közös imádság, az Istenről, a hitről való beszélgetések, az Istenben való közös bizalom tudja segíteni őket, valamint az abban való hit, hogy Istenben és Vele együtt mindig van tovább, bármi is legyen a nehézség, amivel aktuálisan szembe kell nézniük.

A SZEMÉLYES DÖNTÉSEK SZEREPE AZ ÉLETVEZETÉSBEN

A személyes istenkapcsolat, hasonlóan az emberi kapcsolatokhoz, személyek közötti kapcsolat, és mint ilyen, hatással van az ember döntéseire. Naponta döntéseket kell hozni különböző kérdésekben, előbb-utóbb mindenkinek választania kell, hogy házasként vagy egyedülállóként, esetleg egy közösség elkötelezett tagjaként éli le az életét. Az aktuálisan meghozandó döntés minden esetben egy rangsor felállítása: mi a fontosabb, mi az értékeesebb, mit kell előbb megtenni. Ahhoz, hogy ezt el tudja dönteni, az embernek fel kell állítania az értékek hierarchiáját az életében. Fontos, hogy mindezek mélyében legyen egy olyan teljes körű rálátása az életre, ami segíti az eligazodásban. Ez az ún. alapdöntés (*optio fundamentalis*), amelyet az ember önmagára figyelve, önmagát mint egészet vizsgálva hoz meg a jó vagy a rossz mellett. (Weber, 2001.) Ehhez támpontokat a kinyilatkoztatás és a szenthagyomány ad, azaz Krisztus és az egyház tanítása, amelyek figyelembevételével az értékek a megfelelő helyükre kerülnek az ember életében, kialakul a döntések hierarchiája, és kevesebb az esélye az élet elhibázásának. (Vö. Papp, 2015.)

Az ember szabad akarattal rendelkezik, így az alapdöntését is szabadon hozza meg. Ez a leglényegesebb döntés, mivel irányba állítja az egész életet: az ember vagy Istennel járja végig az életét, Krisztust állítja a középpontba és az Ő példája és tanítása köré rendezi azt (*optio fundamentalis positiva*), vagy szándékosan ellenszegül mindennek és elveti Őt, mintegy kiírja az életéből (*optio fundamentalis negativa*). Ez az alapdöntés konkretizálja az ember életdöntését, vagyis azt, hogy milyen életformában (házasságban vagy egyedülállóként, esetleg közösségben) szeretné megélni az alapdöntését, az életdöntések pedig beirányozzák és meghatározzák a mindennapi döntéseket (az adott helyzetben mire mond az ember igent, mire mond nemet, mit tesz vagy mit nem tesz meg).

Az alapdöntés életben tartásához nélkülözhetetlen az imádság, a Szentírás olvasása, a krisztusi tanítás megismerése, mindaz, ami megtartja és előresegíti az istenkereső embert

az üdvösségre vezető úton. Ebben az egyháznak különleges feladata van: a krisztusi tanítás, a szentségek, a liturgia és a közösség által az ember megtapasztalhatja a végső célhoz való közelebb kerülés közös örömét.

HITBŐL FAKADÓ ÉLETVEZETÉS ÉS ERKÖLCS

A hit erénye Isten ajándéka, az ember szabad döntésén alapul, hogy elfogadja-e vagy sem. (Vö. DH 10.) Mindenki önmaga felelős a hitéért, azért, hogy mennyire nyitott rá, hogy befogadja-e vagy sem, hogy ápolja vagy elhanyagolja, esetleg rombolja, hogy megvallja-e vagy sem üldözés idején, hogy továbbadja-e vagy sem családjában, közösségében (Papp 2015).

A hit halott tettek nélkül (vö. Jak 2,26),³ nem választható el tehát az ember személyes hite a döntésekben és cselekedetekben adott válaszaitól. A hit az alaptörténet erénye, az Istentől kapott hitre minden ember az életével felel, a hit határozza meg tehát az életvezetést. A személyes istenkapcsolatot, az Istenben való hitet a döntések teszik kézzel foghatóvá, s mindez akkor őszinte, ha a külsőleg megnyilvánuló tett (etika) összhangban van az ember szabad belső elköteleződésével Isten felé (ethosz).

Sokszor tehernek tűnnek a hívő emberek számára az isteni törvények és szabályok, különösen az egyház erkölcsi előírásai (KEK 1949 skk.), a legtöbben a tiltást hallják ki ezekből és lázadoznak ellenük. Érdekes azonban elgondolkodni: ha Isten szereti az embert és az üdvösséget szánja neki, a parancsok által nem éppen felé akarja terelni, óvva őt a bűn elkövetésétől, a Hozzá vezető útról való letéréstől? Isten féltő atyai szeretete nem éppen abban nyilvánul meg, hogy az erkölcsi előírások által megvédi fogadott gyermekeit egy-egy nagyobb nehézségtől? El tudja-e fogadni a problémáiból, a küzdelmeiből éppen ki nem látó ember, hogy Isten a nehézségben is mellette áll és nem akarja a vesztét?

Nem egyszerű feladat az életvezetés, de ha az ember megengedi, hogy Isten jelen legyen az életében, szembe tud nézni a legnagyobb keresztekkel is. Az egyéni és a közös imádságban való beszélgetés Istennel, az alázat gyakorlása, az Isten akaratának keresésére való nyitottság és az egyház tanításában való elmélyülés mind a személyes istenkapcsolatot és rajta keresztül az életvezetést, mind pedig a házasságot át képes lendíteni súlyos nehézségeken, így a terméketlenségen is.

³ Jak 2,26: „Mert ahogy lélek nélkül halott a test, a hit is halott tettek nélkül”

BEFEJEZÉS

A teológia, Isten szemszögéből nézve, az egész emberre tekint: azt a teremtet, megváltott és megszentelt embert látja, aki az üdvösségre kapott meghívást és képes személyes kapcsolatba lépni Teremtőjével, annak kezdeményezésére. Nemcsak az örömben, hanem a nehézségekben és a komoly egzisztenciális helyzetekben, így a terméketlenség és a gyermektelenség terhének viselésében is szerepe van Istennek. A házaspárnak az a vágya, hogy közös gyermekük legyen és egymás által váljanak szülőkké, természetes óhaj, ez azonban könnyen betegséggé válik, ha az ember a másik személyt pusztán eszköz-létre kárhoztatja, saját boldogsága mindenáron történő elérésében. Ennek gyökere a személyes hit, a teremtő Istenre való ráhagyatkozás és a Benne való bizalom gyengülése, vagy a Vele való teljes szakítás.

Az Istennel való személyes kapcsolat erőssége vagy éppen gyengesége, valamint a személy aktuális istenképe ott áll minden döntés háttérében, s hatással van az életvezetésre. Nem kérdés tehát, hogy a terméketlenséget megoldani látszó mesterséges megtermékenyítési módszerek felmerülésekor sem állítható félre Isten a személyes döntési folyamat során. Isten a végtelen Szeretet, aki a nehézségben is teremtménye mellett áll és kész neki segíteni, ha nem is oly módon, mint ahogy azt mi, emberek elgondoljuk. Isten atyai szeretetének elfogadásában a szabad döntésű alázatnak és a ráhagyatkozásnak van döntő szerepe, megkeresztelt krisztushívőként feladatunk ezek folyamatos gyakorlása, habitussá tétele.

IRODALOM

- Beabout, Leandra (2025). *Infertility statistics: How many couples are affected by infertility?* <https://www.singlecare.com/blog/news/infertility-statistics/> (Utolsó megtekintés: 2025. december 15.)
- Denzinger, H. & Hünermann, P. (2004). *Hitvallások és az Egyház Tanítóhivatalának megnyilatkozásai*. Szent István Társulat.
- DH – *Dignitatis humanae* (a II. Vatikáni Zsinat nyilatkozata a vallásszabadságról).
- Frielingsdorf, K. (2019). *Istenképek. Ahogy beteggé tesznek – és ahogy gyógyítanak*. Szent István Társulat.
- KEK (2020). *A Katolikus Egyház Katekizmusa* (2020). Szent István Társulat.
- Országos Liturgikus Tanács (2023). *A házasságkötés szertartásának rendje*. Szent István Társulat.
- Ószörvetségi és Újszörvetségi Szentírás (2022). Szent István Társulat.
- Papp M. (2010). *Krisztusi bioetika*. Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola.
- Papp M. (2015). *A vallásosság erkölcsi erénye*. Sapientia – L'Harmattan.

- UN (2024). United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. *World Fertility 2024*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesd_pd_2025_wfr_2024_final.pdf (Utolsó megtekintés: 2025. december 15.)
- Weber, H. (2001). *Általános erkölcssteológia*. Szent István Társulat.
- WHO (2023). World Health Organization: *Infertility prevalence estimates 1990–2021*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a22ced65-46b1-4482-bf85-058719fec649/content> (Utolsó megtekintés: 2025. december 15.)

SZEKCIÓ-ELŐADÁSOK

Pszichológiai kutatások és megélt történetek

HOMOKINÉ HOLLÓSI M. CECÍLIA

A pszichológiai megsegítés hatása a meddő párok párkapcsolatára az Anna–Joachim-programban

BEVEZETÉS

A meddőség mint életszakaszkrízis a teljes embert érinti, tehát bio-pszico-szocio és spirituális szempontból is vizsgálendő. Ezért fontos az interdiszciplináris megközelítés és a szakmaközi párbeszéd az érintett személyek támogatásában, segítésében.

Jelen tanulmány a pszichológiai támogatás azon részére fókuszál, melyben a párkapcsolati nehézségeket igyekszünk minimalizálni. A bemutatott kutatás az Anna–Joachim-program párkapcsolatot erősítő három hétvégéből álló programban zajlott. A programot és annak párkapcsolati vonatkozásait korábban ismertettük (Hollósi, 2020; Hollósi & Frankó, 2021).

A MEDDŐSÉG MEDIKÁLIS MEGKÖZELÍTÉSE

A meddőség a szakmai konszenzus alapján akkor áll fenn, ha 12 hónapon át tartó, rendszeres, védekezés nélküli szexuális élet ellenére sem történik fogantatás, kiegészítve azzal, hogy ha a hölgy 35 évnél idősebb, ez az idő hat hónapra csökken (Szigeti, 2020).

Szerencsésebb azonban „termékenységi nehézségekről” (Tóth, 2025) vagy fogantatási nehézségről, hosszan tartó gyermekáldásra várásról beszélni, hiszen a meddőség orvosi értelemben is egy állapot, nem végleges diagnózis az esetek nagy részében. Pszichológiai szempontból pedig a meddőség címkeként értelmezett és elítélő jellegű mai társadalmunkban is (Nagy B. & Perczel Forintos, 2015).

A FOGANTATÁSI NEHÉZSÉG HATÁSA A PÁRKAPCSOLATRA

Bármelyik félnél is van a nehezítettség, az egész kapcsolat krízisbe kerül(het) a meddőség hatására.

A magyar mintán végzett kutatás (Cserepes & Bugán, 2015) eredményei szerint az érintett párok női tagja nagyobb mértékű szorongást és depressziót mutatnak, mint férjeik.

Míg a nők hajlamosabbak voltak depresszióra, ha a pár mindkét tagja észlelte a meddőségi problémát, a férfiaknál az a megterhelőbb helyzet, amikor csak ők maguk definiálják magukat meddőként, a partnerük viszont nem meddő. Ugyanakkor nemcsak a nők, hanem mindkét fél depressziójának magasabb szintje mérhető, ha mindketten meddőként tekintenek önmagukra, illetve a párkapcsolatukra. (McQuillan *et al.*, 2021).

Mivel a férfiak és a nők másképp küzdenek meg a stresszel, ez tovább növelheti a távolságot köztük. A férfiak megoldásközpontúan a feladatra koncentrálnak, az érzelmeikről nehezebben beszélnek. A nők inkább az érzelmközpontú megküzdést választják, ahol a ventillálásnak, az érzések megnevezésének, kimondásának és megosztásának nagy szerepe van. (McQuillan *et al.*, 2021).

Bármely fél részéről mutatott elkerülő stratégia az észlelt stressz növekedését idézi elő (Peterson *et al.*, 2008).

Akkor több a negatív érzelm a párkapcsolati kommunikációban, ha az egyik fél nem hajlandó beszélni a gyermektelenséggel, orvosi kezelésekkal kapcsolatos kérdésekről (Pasch *et al.*, 2012).

Jellemző még a párok világára a „hullámvasút”. A reménykedés és a gyász spirálja igen megterheli a kapcsolatot (Szigeti & Sexty, 2024).

Azonban mély összetartozásban, támogató, szexuálisan is kielégítő kapcsolatban élő párok kapcsolatát nem rontja, sőt, esetenként még erősíti is (Schmidt *et al.*, 2005).

Külön téma a nehezített gyermekvállalás hatása a párok szexualitására. Vadász (2024) hangsúlyozza, hogy az időzített együttlétek csökkentik a libidót és a medikális beavatkozások során csökken az együttlétek száma. Előremutató lenne a párok edukációja arra, hogy ne csak „babaszex” legyen életükben, hanem „örömszex” is, ahol nem az időzített-ség miatt vannak együtt.

A PSZICHOLÓGIAI MEGSEGÍTÉSEK LEHETŐSÉGEI

A nemzetközi és hazai klinikai gyakorlatban a megsegítés inkább egyéni – általában a női felet érinti.

Jó kezdeményezéseket látunk ugyanakkor a BIK-KCSC-ben¹ a párkonzultációs lehetőségek biztosítására, a csoportos megsegítésre a SOTE-ARC és a Budai termékenységi Központ ellátásában. A nem medikális intézményekhez kötődő női csoportok (pl. Vörös Fonal, Gyere Baba!) is fontos szerepet játszanak a szupportív terápiákban. Örömteli a spirituális támogatást nyújtó imacsoportok megléte is (Filoména, CSJK imacsoport).²

¹ <http://www.irgalmasrend.hu/site/budapest/gyogyitasapolas/keresztencsaladcentrum/koordinacioskoezpont>

² Ld. gyermekaldas.hu

Az Anna–Joachim-program különlegessége, hogy ezeket ötvözi, egyszerre páros és csoportos segítségnyújtást is ad, külön kiemelve a csoportok bátorítását az önsegítő közösségekké szerveződésben. A program holisztikus szemléletben dolgozik, az egyén és a párok spirituális dimenzióit is megszólítva. (*Homokiné Hollósi, 2023.*)

Pszichológiai segítségkérés

A meddőséggel küzdő párok elenyésző százaléka (15%) (*Boivin et al., 2007*) kér csak pszichés segítséget. Általában a nő kér segítséget, férje, ha szükséges, követi őt. Az elmúlt lassan húsz évben nem sokat javult ez az arány sajnos. A szegénység és a tabu nagyon erősen kötődik a meddőséghez, ez lehet az egyik visszatartó tényező a segítségkérés elmaradásában.

AZ ANNA–JOACHIM-PROGRAM EGYIK PILLÉRE: A PÁROK TÁMOGATÁSA

A programot átfogó módon már többször bemutattuk, most csak egy aspektusára fókuszálunk.

A párkapcsolati nehézségek megjelenésére és a programban megélt támogatások hatására.

A programban fontos elem a párkonzultációs lehetőség, mely opcionális. (Erről részletesen lásd *Hollósi & Frankó, 2021.*)

Ezenfelül a tréninggyakorlatok, mely a program gerince (2x4 óra minden tréningelem) alapvetően páros és csoportos feladatokból áll.

Az Anna–Joachim-programba olyan házaspárok jelentkezését vártuk, akik számára a gyermekre vágyás elhúzódása nehézséget okoz. Nem tettünk kitélt arra vonatkozóan, hogy milyen hosszú ideje tart a várakozás vagy milyen lépéseket tettek már.

A párokat videochates interjún keresztül ismerte meg a két programvezető és pszichiátriai betegségek megléte, illetve a csoportos munkára való nyitottság alapján szűrte őket.

Jelentkezésükhöz motivációs levelet csatoltak, melyben eddigi útjukat a gyermekre vágyásban határozták meg, és a programmal kapcsolatos reményeiket fogalmazták meg.

Ezekből kiemelendő, hogy nagymértékben remélik a programtól a következőket:

- Új remény, hitük erősödése
- Új információ (kezelési lehetőségek, alternatív utak)
- Jobb párkapcsolati kommunikáció
- Sorstársakkal való találkozás

Érdekes módon nem emelik ki a párkapcsolattal, szexualitással kapcsolatos elvárásaikat. Ezek a visszajelzésekben jelennek meg, mely kutatásunk fókusza.

A válaszadók bemutatása

Az Anna–Joachim-program hétvégéin részt vevő párok 2019–2025 tavasza között (I–X. és I., azaz 11 hétvégesorozat résztvevői).

Összesen 64 párt kérdeztünk meg, azaz 128 főt.

A kapott szabadszavas szöveget Fenomenológiai tartalomelemzésnek vetettük alá.

Összesen 85 válasz érkezett a párkapcsolati kérdésre.

Életkori eloszlás: 1977–1995 között születettek a válaszadók.

A nők átlagéletkora 33, a férfiaké 36 év.

Lakhelyük igen változatos volt: főváros, vidék, falu, határon túli magyar.

Iskolai végzettségük érettségitől a doktori iskola elvégzéséig váltakozott.

A kutatásban feltett kérdések

A 8 nyílt végű kérdés a programelemekre, a program hatásaira, a szervezésre és az időbeosztásra is rákérdezett, itt most csak egy kérdés eredményeit tárgyaljuk:

„5. Hatott-e a párkapcsolatotokra a program? Ha igen, hogyan?”

Az online, anonim módon kitölthető kérdőívet a résztvevők kb. tíz nappal a program befejezte után kapták meg. Arra kértük őket, hogy egyénileg és ne párosan töltsék ki.

Eredmények

A kapott szövegek elemzése után egyértelműen kirajzolódott, hogy a kapcsolati elégedettség nőtt a program hatására. Ezt az alábbi gondolatokból látjuk a válaszokban:

- Javul a kommunikáció – konfliktuskezelés (17 említés)
- Közelség növekedése, kapcsolat erősödése (21 említés)
- Empátia növekedése – odafigyelés, megértés (12 említés)
- Új tulajdonságot fedeztem fel a páromban (3 említés)
- Még nem tudom (3 említés) – hosszú távon látszik majd

Az utolsó gondolatnak kifejezetten örültem, mert igen előremutató.

A második kiemelkedő téma a sorstársközösség által kapott támogatás volt, amit megfogalmaztak.

Többen hangsúlyozták, hogy a hétvége hatására új témák, lehetőségek is felmerültek bennük a nehezített gyermekvállalás kapcsán, többen kifejezetten nyitottabbá váltak az örökbefogadásra.

Mások pedig a jó hangulatot, nevetést, felszabadultságot emelték ki.



Álljon itt néhány idézet a kapott válaszok közül:

Igen. Rájöttem arra, hogy a párommal kapcsolatosan nem mindig kell erőltetni dolgokat. Rájöttem arra is, hogy a párjaink is ugyanolyan nehézségeken mennek át mint mi, nők, csak mi ki tudjuk fejezni magunkat. Úgy érzem, még közelebb kerültünk egymáshoz.

Hatott, bár úgy gondolom, előtte sem voltunk távol egymástól, a közös nehézségek inkább közelebb vittek minket egymáshoz – a beszélgetés, őszinte megnyílások által sokat fejlődünk. Aminek én most a legjobban örülök, hogy nyitottabbá váltunk lehetséges utakra, amit eddig egyáltalán elképzelni sem akartunk – örökbefogadás. Azóta könnyebben vesszük elő ezt a témát, még ha nehéz is a szívünk. Illetve a rengeteg kapott anyagot átbeszélgetve sokat épülünk házaspárként. Az volt a legjobb, hogy MINDENT készen kaptunk erre a hétvégére (szállás, étel, programok, társaság), így mi teljesen ki tudtunk kapcsolni, és csak egymásra koncentrálni.

Sokat segített, hogy láttuk, a többi pár is hasonló problémákkal, és megküzdési stratégiákból fakadó, mély konfliktusokkal küzd. Azaz normálisak vagyunk.

Igen, javította a kommunikációt és az intim együttlétek (nem csak szexuális) minőségét.

Egyértelműen igen, hatott. Pozitív irányba. Könnyebben megértjük egymást ebben a nehéz életszakaszunkban. Nagyon jó volt ennyi sok időt együtt lenni, beszélgetni, egymásra és magunkra figyelni. Megerősödtünk az egymásért való hálánkban!

ÖSSZEGZÉS

128 főből erre a kérdésre 85-en válaszoltak, ami elég jó válaszadási aránynak számít. A mintában az ország minden részéből szerepeltek válaszadók, és a korosztály is elég széles.

Tehát mondhatjuk, hogy az országos ismertségű Anna–Joachim-program a kutatás alapján pozitívan hat a párkapcsolatra. Az egymásra figyelés és a jobb kommunikáció az a két fő faktor, amin keresztül a résztvevők ezt a pozitív hatást érezték.

Emellett figyelemreméltó a sorstársak említése még itt is, illetve az új lehetőségekre való nyitás.

Összességében a meddőséggel küzdő párokat pszichológiailag segítő programok számára fontos tanulság, hogy érdemes az egyéni megsegítés mellett a párkapcsolatra is fókuszálni és azt támogatni.

IRODALOM

- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A. & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512.
- Cserepes, R. E. & Bugán, A. (2015). Impact of depressive symptomatology in Hungarian infertile couples. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 30(1), 50–59.
- Hollósi M. C. (2020). A tanácsadó team munkája és a tréningorozat komplex értékelése az Anna–Joachim Programban. In Molnár Krisztina; Mándi Nikoletta (szerk.) *A hiány transzformációi* (pp. 141–155). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Homokiné Hollósi M. C. (2023). Határon táncolva: Az Anna–Joachim-program értékelő bemutatása. In Homokiné Hollósi M. Cecília (szerk.) *Meddő párok megsegítése és a prevenció lehetőségei – a pszichológia és a lelkigondozás feladatai és eszközei: Beszámolók és előadások a konferencia anyagából* (pp. 43–55). Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.

- Hollósi M. C. & Frankó A. (2021). A párkonzultáció szerepe és tapasztalatai az Anna–Joachim Programban. In Molnár Krisztina; Mándi Nikoletta (szerk.) *A bőség alakzatai* (pp. 145–156). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- McQuillan, J., Greil, A. L., Rybińska, A., Tiemeyer, S., Shreffler, K. M. & Colaner, C. W. (2021). Is a dyadic stressor experienced as equally distressing by both partners? The case of perceived fertility problems. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(1), 342–362.
- Nagy Beáta M. & Perczel Forintos D. (2015). A meddőség mint trauma és a növekedés lehetőségei. In Pápay N. és Rigó A. (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia* (pp. 275–296). ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Pasch, L. A., Gregorich, S. E., Katz, P. K., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Bleil, M. E. & Adler, N. E. (2012). Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 98(2), 459–464.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U. & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23(5), 1128–1137.
- Szigeti F. J. (2020). A termékenységi nehézségek modern pszichológiai szemlélete. Értelmezési és segítségnyújtási lehetőségek. In Molnár Krisztina; Mándi Nikoletta (szerk.) *A hiány transzformációi* (pp. 11–29). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Szigeti, F. J. & Sexty, R. (2025). Férfi, női és párkapcsolati aspektusok a meddőség megélésében és a megküzdésben. In Bátiki Anna, Dr. – Mészáros Krisztina (szerk.) *Szeretnénk, ha megszületné! – A meddőség orvosi, lélektani és társadalmi vonatkozásai* (pp. 41–53). Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Tóth Á. (2025). Gyümölcsöző gyökerek. In Ádám, hol vagy? *Meddő párok támogatása: IV. Anna–Joachim-konferencia. Absztraktfüzet* (pp. 16–17). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Vadász, E (2025). A szexuális élet változásai a nehezített termékenység időszakában. In Bátiki Anna, Dr. – Mészáros Krisztina (szerk.): *Szeretnénk, ha megszületné! – A meddőség orvosi, lélektani és társadalmi vonatkozásai* (pp. 55–73). Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

BAGITA DÓRA – ZÖMBIK LUCA –
TOMANÓCZY-HARANGOZÓ ORSOLYA – DR. NAGY BEÁTA MAGDA

Alternatív út a szülőséghez: attitűdök és vélekedések az örökbefogadással kapcsolatban

BEVEZETÉS

Hazánkban a gyermekvállalás értékként és identitásképző elemként van jelen a társadalomban, és a családközpontú gondolkodás napjainkban is meghatározó (*Pári & Rövid, 2023*). Azonban ma Magyarországon több százezer személynek jelenthet nehézséget a gyermekvállalás, körülbelül minden hatodik reprodukív korú ember esetében fellelhető valamilyen reprodukciós zavar, meddőség. A gyermekekre vágyó, de biológiailag ezt a célt elérni nem tudó párok számára az örökbefogadás egy lehetőség lehet a szülőség megélésére.

Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2024-ben 1291 örökbefogadás történt, ami néhány százalékos emelkedést jelent a megelőző évekhez képest. Ezzel párhuzamosan azonban a nyilvántartott örökbe fogadható gyermekek száma is évről évre növekedést mutat (2024. december 31-én 2095 volt)¹. Lehetőség tehát van az örökbefogadásra, de a „kereslet és kínálat” találkozása mégsem ennyire egyszerű. Az örökbefogadások, illetve az örökbefogadást kérelmezők számát sok tényező befolyásolhatja, közülük az egyik, hogy milyen az a társadalmi kontextus, amelyben egy, az örökbefogadásra vonatkozó döntés megszületik, hogy milyen attitűdök és narratívák vannak jelen a közbeszédben és közgondolkodásban a témával kapcsolatban.

Kutatásunk célja bemutatni, hogy miként vélekedik a társadalom az örökbefogadásról, mennyire jellemző az előítéletesség hazánkban az érintettek kapcsán, valamint, hogy hogyan függ össze mindez a gyermekvállalási szándékkal. Demográfiai tényezők mentén vizsgáltuk, hogyan vélekednek a 18–50 éves populáció tagjai az örökbefogadás lehetőségéről, valamint az örökbe fogadott gyermek(ek) és az örökbe fogadó szülők kapcsolatáról, jövőjéről.

¹ https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0014.html. A letöltés ideje: 2026. február 20.

AZ ÖRÖKBEOFOGADÁSRA VONATKOZÓ ATTITÜDÖK

Az örökbefogadással kapcsolatos vélemények nemzetközi szinten eltérőek. Számos országban egyre nő az elfogadás mértéke, azonban társadalmi szinten a stigmatizáció és az információhiány továbbra is jelen van (*Palacios & Brodzinsky, 2010*). Hazánkban csak elvétve találunk ezzel a témával kapcsolatos kutatásokat, de a külföldön végzett vizsgálatok eredményei alapján a kutatók azt feltételezik, hogy hazánkban is sztereotípiák mentén gondolkodnak az emberek az örökbefogadás résztvevőiről (*Keresztes-Takács & Nguyen Luu, 2017*). A gyakorlatban dolgozó szakemberek véleménye szerint ugyanakkor társadalmi szinten egyre kevésbé tabu az örökbefogadás, és ezért a gyermekekre vágyó párok könnyebben teszik meg az első lépéseket az adoptáció irányába (*Mészáros & Kiss, 2024*).

Egy 2021-es, az S.O.S. gyermekfalvak által végzett kutatásban² pedig tízből nyolc válaszadó nyilatkozott úgy, hogy – amennyiben nem lehetne természetes úton gyermeke – örökbe fogadna. A Századvég Közéleti Tudásközpont Alapítvány 2022-es ezerfős, telefonos, reprezentatív kutatása szerint pedig a megkérdezettek közel harmada (28%) zárkózna el teljesen az örökbefogadástól akkor is, ha nem lehet vér szerinti gyermeke, míg negyedük (26%) valószínűleg, további harmaduk (34,5%) biztosan választaná az adoptáció lehetőségét. Az adatok, mint azt a kutatók is megjegyzik, hipotetikusak, hisz egy elképzelt élethelyzetre vonatkoznak – a mintába kerültek 0,5%-a volt csupán örökbe fogadó szülő az adatfelvétel időpontjában (*Péntekné, Szodorai & Ónadi, 2023*).

A nemzetközi kutatások is alátámasztják azt, hogy a társadalom tagjai általában hasznosnak gondolják az örökbefogadást, de csak 32% választaná ezt a lehetőséget fenntartások nélkül. A válaszadók további 25-30%-a megkérdőjelezte például az örökbe fogadott gyermekek mentális egészségét, ami jól jelzi az attitűdök terén mutatkozó ambivalenciákat (*The Dave Thomas Foundation for Adoption, 2022*). Luu és munkatársainak az örökbefogadással kapcsolatban az ausztrál társadalomban jelen lévő vélekedéseket felmérő, 2019-es kutatása hasonló arányokat mutatott az elfogadás terén, de egyben azt is feltárta, hogy azok a válaszadók, akiknek van örökbefogadással kapcsolatos ismeretségük (például egy barátjuk örökbe fogadó szülőkként nőtt fel), 2,9-szer, az aktív vallásgyakorlók pedig 1,8-szor nagyobb valószínűséggel fontolgatják az örökbefogadást (*Luu, Wright & Randle, 2019*).

Az örökbefogadással kapcsolatos vélekedések egyik csoportja az adoptációt még mindig egyfajta kulturális devianciaként kezeli, különösen az interetnikus örökbefogadások esetében (*Takács & Szalma, 2013*). Ehhez hozzájárul az az elképzelés is, hogy egy gyer-

² <https://sos.hu/evente-ezer-gyerek-hiaba-varja-hogy-orokbe-fogadjak/>. A letöltés ideje: 2026. február 20.

mek örökbefogadása minden esetben kényszermegoldást vagy egyfajta pótlehetőséget jelent, ezért az örökbe fogadó családot nem tekintik teljes értékűnek vagy „igazinak” (Keresztes-Takács & Nguyen Luu, 2017; Wegar, 2000). Részben ebből, részben a normatív családmódebből (amely szerint házasságkötés utáni természetes és magától értetődő lépés legalább egy gyermek vállalása) következően az adoptáló család eleve deficiteseinek gondolt, hisz az örökbe fogadó szülők nem tudtak gyermeket a világra hozni (Szigeti, 2022). Magyarországon, ahol az örökbefogadások döntő többsége meddőség (vagyis a biológiai szülőség vágyának megfiúsulása) miatt történik (Szigeti, 2022), ez a narratíva nagyon is jelen van a közgondolkodásban. Ehhez hozzáadódik, hogy az örökbe fogadott gyermek genetikai „öröksége” nem ismert, illetve csak annyi „tudható” róla, hogy az anyja nem vállalta – a gyermekét „eldobó” anya negatív megítélése ab ovo magában hordoz egy, a gyermekre és az őt örökbe fogadó családra egyaránt vonatkozó alacsonyabb társadalmi státuszt (Szigeti, 2022; Wegar, 2000). Az a feltételezés, amely a kötődés kialakulásában a genetikai kapcsolatot, a biológiai köteléket privilegizálja, és ezzel együtt azt is feltételezi, hogy egy örökbe fogadott gyerek nevelése több problémával jár, mint a vér szerinti gyermeké, önmagában is hátráltathatja az örökbefogadás választását (Keresztes-Takács & Nguyen Luu, 2017). Miall (1987) interjú kutatásában a megkérdezett örökbe fogadó anyák kétharmada érezte úgy, hogy a társadalom másodrendű anyának tekinti, mivel nem áll biológiai rokonságban gyermekével. Ennek hátterében az is állhat, hogy az anyaságot (az apasághoz képest sokkal egyértelműbben) biológiailag meghatározottnak tekintik (Miall, 1994). A fenti adatokat egy hazai kutatás is megerősíti: az S.O.S. Gyermekfalvak 2018-ban³ több mint ötezer örökbe fogadó szülőt kérdezett meg a tapasztalatairól azzal kapcsolatban, hogy milyen reakciókat kapnak a környezetüktől, mennyire érzik azt elfogadónak és támogatónak. A kutatás eredményei szerint minden második örökbe fogadó szülő tapasztalt már furcsa vagy negatív megjegyzéseket a környezetétől, amelyek részben a gyermek vélt származására, részben a vér szerinti szülők negatív megítélésére vonatkoztak, míg „a harmadik leggyakoribb és bántó megjegyzés az örökbe fogadó anyák felé irányul, hogy miért nem szültek inkább”. March (1995) kanadai kutatásában a megkérdezett örökbe fogadott gyermekek több mint kétharmada úgy gondolta, hogy az örökbe fogadó családokat általában másnak és alacsonyabb rendűnek tekintik a biológiai családokhoz képest, míg Benson és munkatársainak tanulmánya szerint (1994, idézi Wegar, 2000) a vizsgálatba bevont, örökbe fogadott serdülők harmada úgy véli, a kívüllág „elvárja”, hogy az örökbe fogadott gyerekeknek problémáik legyenek.

³ <https://sos.hu/rengeteg-elotelettel-kell-megkuzdeniuk-az-orokbefogado-paroknak-ma-magyarorszagon/>. A letöltés ideje: 2026. február 20.

SAJÁT KUTATÁSUNK

A kutatás az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar szombathelyi intézetének szervezésében valósult meg. Célja a nem természetes úton történő gyermekvállalási alternatívák társadalmi megítélésének feltárása volt, különös tekintettel az érintettekkel szembeni attitűdökre és előítéletekre, illetve ezek lehetséges kapcsolataira a gyermekvállalási szándékkal. Pszichológiai modellek szerint az attitűdök szoros összhangban vannak a tényleges viselkedéssel és a viselkedés szándékával, és így az attitűdök vizsgálata könnyebben feltárja a vélemények mögötti mélyebb motivációkat, érzelmi összetevőket és hiedelmeket különböző tárgyra, személyre, csoportra vagy eseményre vonatkozóan. Tanulmányunkban az örökbefogadás témakörére vonatkozó adatainkat elemezve arra keresünk választ, hogy hazánkban a reprodukzív korú emberek mennyire tartják elfogadhatónak vagy kíváncsúnak az örökbefogadást mint a családbővítés egyik útját, illetve milyen stigmák, félelmek vagy idealizált képek vannak jelen a társadalmi megítélésben.

Módszertan

A vizsgálatban reprodukzív korú (18–50 év közötti) személyek vettek részt egy online kérdőív kitöltésével. A részvétel önkéntesen és anonim módon történt.

A kutatás több kérdőívet foglalt magában, ebből a jelen tanulmányban három kérdőív adatainak feldolgozásából származó eredményeket és azok értelmezését ismertetjük. Az első blokk demográfiai kérdéseket (pl. nem, életkor, vallásosság, iskolai végzettség), valamint a témában való érintettségre vonatkozó tételeket tartalmazott. A második rész az örökbefogadás megítélését mérő kérdésekből állt, amelyek az *Attitude Toward Child Adoption Questionnaire* (Ghazanfarpour et al., 2023) tételeinek magyar fordításán alapulnak, és kiegészültek saját szerkesztésű kérdésekkel. Emellett felvételre került az *Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frusztrációja Skála* (Tóth-Király et al., 2022) is.

Az *Attitude Toward Child Adoption Questionnaire* (Ghazanfarpour et al., 2023) 4 fokú Likert-skálát (0: egyáltalán nem értek egyet; 3: teljesen egyetértek) használ az örökbefogadással kapcsolatos pozitív vagy negatív attitűdök aspektusaira (személyes, kulturális, gazdasági, jogi, vallási, érzelmi stb.) vonatkozóan. A magasabb pontszámok pozitívabb attitűdöt jeleznek.

Az *Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frusztrációja Skála* (Tóth-Király et al., 2022) egy 24 tételes, 5 fokú Likert-skálát (1: egyáltalán nem értek egyet; 5: inkább egyetértek) alkalmazó mérőeszköz, ami – az öndeterminációs elméletre (self-de-

termination theory; Deci & Ryan, 2000) építve – három alapvető szükségletet mér, ezek az autonómia (pszichológiai szabadság, akarat, a döntéshozás lehetősége), a kompetencia (a hatékonyság érzése a tevékenységekben és a kihívásokkal való megküzdésben) és a kapcsolódás (kapcsolódás másokhoz, kölcsönös törődés érzése). A kérdőív a három alapszükségletet hat faktoron méri 4-4 tétel segítségével; a faktorok az egyes alapszükségletek kielégítettségét vagy frusztrációját írják le. A magasabb pontszámok az adott szükséglet magasabb kielégítettségét vagy frusztrációját jelzik.

A vizsgált minta bemutatása

A kérdőívet összesen 307-en töltötték ki, 89 férfi (29,0%) és 218 nő (71,0%), a minta nem reprezentatív. Az életkori adatok nemek szerinti bontásban az 1. táblázatban láthatók. Az átlagéletkor a férfiak esetében 25,5 év volt, a nők átlagéletkora viszont magasabb, 27,3 év.

1. táblázat. Életkori adatok nemek szerinti bontásban

Nem	n	M	SD	Min	Max
Nő	218 (71,0%)	27,28	10,38	18	50
Férfi	89 (29,0%)	25,51	8,69	18	50

Megjegyzés. Az életkor években értendő. M = átlag, SD = szórás

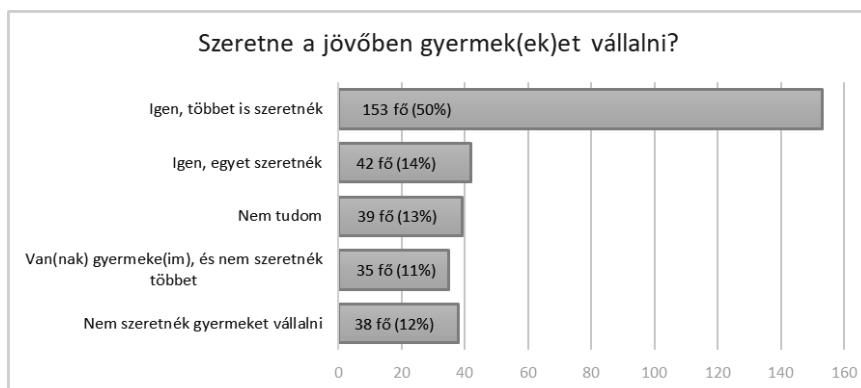
Lakóhelyüket tekintve a többség (41,0%) várost jelölt meg, a többi lakóhelytípust pedig nagyjából kiegyenlítetten jelölték a válaszadók. A legjellemzőbb befejezett iskolai végzettség, vélhetően a minta sajátosságaiból fakadóan is, az érettségi volt (61,9%), mindössze egy fő jelölte a 8 általános vagy kevesebb lehetőséget. A fő tevékenységet illetően elmondható, hogy a kitöltők elsősorban tanulmányokat folytatnak (59,3%) vagy valamilyen formában dolgoznak (35,2%). Családi állapotot tekintve a minta 54,7%-a valamilyen párkapcsolatban él. A részletes adatokat a 2. táblázat tartalmazza.

Vallásosság tekintetében a nem vallásos kitöltők voltak többségben ($n = 157$), míg 117 fő vallásosként jellemezte magát, 33 személy pedig nem kívánt válaszolni a kérdésre.

Gyermeke a kérdőív kitöltésekor a válaszadók többségének, 247 főnek (80,5%) nem volt. Kérdést fogalmaztunk meg azzal kapcsolatban is, hogy a jövőben szeretnének-e gyermeket vállalni, a válaszadók 63,5%-a pozitívan nyilatkozott erről, 13%-uk pedig ambivalens a kérdésben (1. ábra).

2. táblázat. Lakóhely, iskolai végzettség és családi állapot megoszlása

Változó	Kategória	n (%)
Lakóhely	Főváros	27 (8,8%)
	Megyeszékhely	52 (16,9%)
	Megyei jogú város	35 (11,4%)
	Város	126 (41,0%)
	Község	60 (19,5%)
	Egyéb	7 (2,3%)
Végzettség	8 általános vagy kevesebb	1 (0,3%)
	Szakt munkásképző, szakiskola	13 (4,2%)
	Érettségi	190 (61,9%)
	Nem egyetemi szintű felsőfokú iskolai végzettség	17 (5,5%)
	Főiskolai vagy egyetemi oklevél, diploma	84 (27,4%)
	Posztgraduális vagy doktori végzettség	2 (0,7%)
Fő tevékenység	Tanuló	182 (59,3%)
	Dolgozik	108 (35,2%)
	Munkanélküli, ellátás nélküli	3 (1,0%)
	GYED-en vagy GYES-en van	7 (2,3%)
	Háztartásbeli, otthon van	3 (1,0%)
	Nem kíván válaszolni	4 (1,3%)
Családi állapot	Nőtlen/hajadon	134 (43,6%)
	Együtt él partnerével, házasság vagy bejegyzett élet- társi kapcsolat nélkül	114 (37,1%)
	Házasságban él	51 (16,6%)
	Bejegyzett élettársi kapcsolatban él	3 (1,0%)
	Elvált	3 (1,0%)
	Özvegy	2 (0,7%)



1. ábra. A jövőbeli gyermekvállalási szándéokra adott válaszok megoszlása (N = 307)

Eredmények

Az alternatív szülőség lehetőségeinek számbavétele leginkább valamilyen probléma, például meddőség esetén merülhet fel. A több válasz megjelölését lehetővé tevő kérdés alapján a válaszadók 70,0%-a ($n = 215$) jelölte azt, hogy neki és/vagy valamilyen általa ismert személynek van vagy volt ismert meddőségi problémája. 29,0% ($n = 89$) nem volt érintett, és nem is ismert ilyen személyt. Három személy (1,0%) nem kívánt válaszolni. A megadott válaszlehetőségek közül a válaszadók 9,4%-a ($n = 29$) saját érintettséget jelzett, 2,6% ($n = 8$) a partner érintettségét, 21,5% ($n = 66$) családtag, míg 49,2% ($n = 151$) barát/ ismerős érintettségét választotta. Mivel több válaszlehetőség is megjelölhető volt, a kategóriák arányai nem összegezhettek 100%-ra.

A kérdőívcsomag kitért arra is, hogy a kitöltők ismernek-e olyan személyt, aki örökbefogadással vagy asszisztált reprodukciós eljárással kapcsolatban érintett valamilyen módon. A több válasz megjelölését lehetővé tevő kérdés alapján a válaszadók 69,1%-a ($n = 212$) jelzett legalább egy ilyen ismeretséget, ebből 46,3%-nak ($n = 142$) örökbe fogadó szülőkkel nevelkedő, 44,6%-nak ($n = 137$) lombikprogramban fogant ismerőse van. A megkérdezettek közel harmada (30,9%, $n = 95$) nem ismert ilyen személyt.

Az örökbefogadással kapcsolatos attitűdtételekből összesített elfogadottsági indexet képeztünk átlagpontszám formájában, ahol a magasabb pontszám az örökbefogadás nagyobb mértékű elfogadottságát jelezte. A továbbiakban elsősorban ezzel a változóval végeztünk elemzéseket.

Az összehasonlító elemzésekben a demográfiai változók közül az életkorral vetettük össze az örökbefogadás indexet, ami nem mutatott szignifikáns együttjárást (Spearman-féle rangkorreláció $p = 0,766$). A gyermekvállalási szándék változójából három kategóriát (nem szeretnék gyermeket / igen, egyet szeretnék / igen, többet is szeretnék) tartottunk meg. Kizártuk a már gyermekkel rendelkező, további gyermeket nem tervező válaszadókat, mivel esetükben a nem válasz inkább a családtervezés lezártságát, mintsem a gyermekvállalás elutasítását tükrözi. A „nem tudom / nem kívánok válaszolni” opciót pedig azért nem vontuk be, mert kevert kategória, nem értelmezhető egyértelmű szándékként. Az örökbefogadás elfogadottsága nem különbözött a három csoport között (Welch ANOVA: $p = 0,680$).

Nemek szerint vizsgálva az örökbefogadás indexet, a nők ($M = 4,15$; $SD = 0,49$) szignifikánsan magasabb átlagpontszámot értek el, mint a férfiak ($M = 3,96$; $SD = 0,51$). A különbség Welch-féle független mintás t-próbával szignifikánsnak bizonyult, $t(157) = -3,01$, $p = 0,003$, Hedges' $g = 0,38$, ami kisebb-közepes különbségnek felel meg.

Feltáró jelleggel az egyes tételek átlagpontszámait is külön-külön összevetettük nemek szerint. Ahogy a 3. táblázatban látható, a nők és férfiak hasonlóan vélekedtek az egyes té-

teleket illetően, azonban néhány esetben szignifikáns különbség mutatkozik. A nők a pozitívabb hangvételű, elfogadást hangsúlyozó tételekkel nagyobb mértékben értettek egyet (pl. Az örökbe fogadó szülők szeretete az örökbe fogadott gyermek felé ugyanolyan lehet, mint biológiai gyermekük iránt.), míg több, aggodalmat vagy elutasítást kifejező állítás esetében alacsonyabb egyetértést jeleztek (pl. Az örökbefogadás ütközik erkölcsi vagy társadalmi elveimmel). Összességében az eredmények arra utalnak, hogy a vizsgált mintában a nők az örökbefogadásra vonatkozó állításokat kedvezőbben ítélték meg, mint a férfiak.

3. táblázat. Az örökbefogadás megítélése nemek szerint

Tételek	Férfiak (n = 89) M (SD)	Nők (n = 218) M (SD)
<i>Az örökbe fogadó szülők szeretete az örökbe fogadott gyermek felé ugyanolyan lehet, mint biológiai gyermekük iránt.</i>	4,29 (1,00)	4,56 (0,82) *
<i>Általánosságban a véleményem az örökbefogadásról pozitív.</i>	4,21 (0,97)	4,54 (0,79) **
<i>Igaz, hogy az örökbe fogadottság tudata negatív következményekkel járhat a gyermek számára, de ha időben és megfelelő módon mondjuk el neki, akkor a pszichológiai sérülés valószínűsége alacsony.</i>	3,89 (0,98)	4,13 (0,94) †
<i>Kicsi az esélye annak, hogy az örökbe fogadott gyermek sok év után elhagyja az örökbe fogadó szülőket, hogy megkeresse a biológiai szüleit.</i>	3,14 (1,03)	3,18 (0,98)
<i>Ha örökbe fogadott gyermekem lenne, mindig aggódnék amiatt, hogy rájön, nem mi vagyunk a biológiai szülei.^a</i>	2,53 (1,19)	2,09 (1,20) **
<i>Az örökbefogadásnak komoly erkölcsi és társadalmi következményei vannak.^a</i>	2,26 (1,23)	2,18 (1,29)
<i>Az örökbe fogadott gyermekeknél nagyobb a mentális zavarok kockázata.^a</i>	2,12 (1,01)	2,38 (1,03) †
<i>Ha örökbe fogadott gyermekem lenne, aggódnék amiatt, hogy nem hasonlítana rám és a házastársamra.^a</i>	1,97 (1,11)	1,61 (1,00) **
<i>Ha örökbe fogadott gyermekem lenne, aggódnék mások véleménye és hozzáállása miatt.^a</i>	1,83 (1,00)	1,80 (1,05)
<i>Az örökbefogadás ütközik a legtöbb vallási felekezet elveivel.^a</i>	1,80 (1,05)	1,55 (0,87)
<i>Az örökbefogadás ütközik erkölcsi vagy társadalmi elveimmel.^a</i>	1,42 (0,78)	1,12 (0,42) ***

Megjegyzés. Az ételek átlagot és szórást jelölnek: M (SD). A dőlt betűvel szedett tételek esetében a nemek közötti különbség szignifikáns vagy tendenciaszintű volt. A csillagok a nemek közötti különbség szignifikanciáját jelzik Welch-féle független mintás t-próba alapján: † $p = 0,050$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. ^a A jelölt tételek negatív / aggodalmat vagy elutasítást kifejező állítások.

Az alapvető pszichológiai szükségletek – mint a kapcsolódás, az autonómia és a kompetencia – eltérő módon kapcsolódnak az örökbefogadás elfogadásához, korrelációjukat a 4. táblázat tartalmazza.

4. táblázat. Korrelációk az örökbefogadás elfogadottsági index és az alapvető pszichológiai szükségletek dimenziói között teljes mintán (N = 307)

Változó	Spearman-féle ρ
Autonómia kielégítettség	0,119*
Autonómia frusztráció	-0,099
Kapcsolat kielégítettség	0,203***
Kapcsolat frusztráció	-0,152**
Kompetencia kielégítettség	0,032
Kompetencia frusztráció	-0,068

Megjegyzés. Spearman-féle rangkorreláció: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Az alapvető pszichológiai szükségletek dimenziói közül az örökbefogadás elfogadottsági indexe az autonómia kielégítettségével, valamint a kapcsolat kielégítettségével pozitív, míg a kapcsolat frusztrációjával negatív irányú együttjárást mutatott. Ezek az összefüggések kismértékűek voltak. A nemek szerinti bontásban a korrelációk iránya hasonló mintázatot mutatott, a korrelációk erőssége ugyanakkor a férfiak és a nők között nem tért el szignifikánsan.

Diszkusszió

Jelen kutatás a szülővé válás alternatív útjai közül az örökbefogadás társadalmi megítélését vizsgálta reprodukív korú magyar mintán. Az eredmények alapján az örökbefogadással kapcsolatos attitűdökben nemi különbség rajzolódott ki, a nők összességében elfogadóbb álláspontot képviseltek, és a tételszintű összehasonlítások is hasonló mintázatot mutattak. A nemek közötti eltérés összefügghet a társadalmi nemi szerepekkel, valamint a gondoskodással és a családi szerepekkel kapcsolatos eltérő elvárásokkal, ugyanakkor az adatokból oksági következtetések nem vonhatók le. A nők általánosságban pozitívabban, elfogadóbban és nagyobb érzelmi bevonódással viszonyulnak a témához, mint a férfiak. Ez a nemi eltérés összhangban lehet a társadalmi nemi szerepekkel, ahol a gyermekvállalás és a családi kapcsolatok fenntartása hagyományosan erősebben fókuszba kerül a

nők esetében. Az ő proszociálisabb, elfogadóbb vélekedésük jelezheti a (biológiai szülői szerepen túlmutató) szélesebb körű támogató attitűdöt ezen családalapítási forma iránt is. Ezzel szemben az örökbefogadás elfogadottsága nem mutatott érdemi összefüggést sem az életkorral, sem a gyermekvállalási szándék kategóriáival, ami arra utal, hogy a vizsgált mintában az örökbefogadással kapcsolatos attitűdöket ezek a tényezők kevésbé differenciálják.

Az alapvető pszichológiai szükségletek dimenziói közül a kapcsolódás mutatói, valamint az autonómia kielégítettség kismértékű, de szignifikáns kapcsolatban álltak az örökbefogadás elfogadottságával. Utóbbit úgy értelmezhetjük, hogy akik autonómabbnak érzik magukat a saját életükben, azok elfogadóbbak tudnak lenni az örökbefogadás kapcsán. Ez egybevág az öndeterminációs elmélet megállapításaival, amely szerint az autonómabb személyek nyitottabbak, több empátiát mutatnak mások felé, gyakrabban viselkednek proszociális módon, míg az autonómiaszükséglet frusztrációja inkább a bizonytalanság kerülésével és a társadalmi normákhoz való merev ragaszkodással jár együtt (*Deci & Ryan, 2000; Vansteenkiste & Ryan, 2013*).

Eredményeinkben a kapcsolódás szükségletének kielégítettsége pozitív, míg a kapcsolódás szükségletének frusztrációja negatív együttjárást mutat az örökbefogadás elfogadottságával, ami arra utalhat, hogy az örökbefogadás megítélése részben összefügg azzal, hogy az egyén mennyire él meg támogató, biztonságos kapcsolati működés(ek)e)t. A kapcsolódás szükségletének kielégítettsége maga után vonja a másokkal való törődés igényét és az elfogadás, tolerancia magasabb szintjét (*Deci & Ryan, 2000*) – feltételezhetően ez áll a kapott összefüggések hátterében.

Az öndeterminációs elmélet szerint a három alapszükséglet kielégítettsége a pszichológiai jóllét és optimális funkcionálás alapja (*Tóth-Király et al., 2022*). Vizsgálatunkban mindhárom alapszükséglet kielégítettsége (legalább tendenciaszinten) pozitívan, frusztrációjuk negatívan függött össze az örökbefogadás elfogadottságával, vagyis feltételezhetjük, hogy a magasabb jólléttel és érzelmi stabilitással jellemezhető, az életükkel elégedettebb személyek lesznek azok, akik örökbefogadással kapcsolatban támogató attitűdökkel élnek.

A nemek szerinti bontásban az összefüggések iránya hasonló volt, és a korrelációk erőssége nem különbözött szignifikánsan, így nem indokolt eltérő férfi és női mintázatot feltételezni. Ugyanakkor, mivel a férfiak átlagosan alacsonyabb elfogadottsági indexet jeleztek, felmerülhet, hogy a kapcsolati jóllét mutatói – különösen a kapcsolati frusztráció – szerepet játszhatnak az attitűdök alakulásában, ezt azonban a jelen adatok alapján nem tudjuk közvetlenül vizsgálni.

Limitációk és kitekintés

A következtetések levonását korlátozza a keresztmetszeti, önbeszámoló adatfelvétel, így oksági irányokat nem lehet feltárni. Emellett az elfogadottsági mutatót kompozit indexként képeztük, ami jól használható az attitűdök összegzésére, de nem értelmezhető skálaként.

A kutatás támogathatja annak feltárását, hogy mely egyéni tényezők járulnak hozzá az örökbefogadással kapcsolatos attitűdök kialakulásához. Az eredmények megalapozhatják a gyakori tévhitek és előítéletek felmérését, csökkentését, a stigmatizáció mérséklését az örökbe fogadó családokkal szemben, valamint célzott tájékoztató kampányok tervezését. A társadalmi attitűdök feltárása információt adhat arról is, hogy milyen kommunikációs, szakpolitikai vagy rendszerszintű fejlesztések lehetnek indokoltak (pl. szélesebb körű felvilágosító kampányok, érzékenyítés az oktatás során, az örökbefogadási folyamat átláthatóságának növelése). Mind az örökbe fogadott gyermek és az örökbe fogadó szülők szempontjából lényeges a megfelelő támogatás és szakszerű segítségnyújtás. Éppen ezért hasznosak lehetnek a pedagógusok, egészségügyi dolgozók vagy családsegítők felé irányuló szakmai tréningek is, melyek segítségével szolgálhatnak az érintettek társas támogatásában, az örökbefogadás elfogadásában és a témához kapcsolódó edukálásban egyaránt.

IRODALOM

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Ghazanfarpour, M., Aminizadeh, S., Alidousti, K., Dehghan, M. & Ahmadi, A. (2023). Developing and Validating a Questionnaire to Measure Attitude toward Child Adoption: A Psychometric Process. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(6), 740–745.
- Keresztes-Takács, O. & Nguyen Luú Lan, A. (2017). Az örökbefogadás szociálpszichológiai megközelítése: Interszekcionalitás az örökbefogadásban. *Alkalmazott Pszichológia*, 17(2), 53–69.
- Luu, B., Wright, A. C. & Randle, M. (2019). General public perceptions and motivations to adopt children from out-of-home care in New South Wales, Australia. *Children Australia*, 44(4), 212–222.
- March, K. (1995). Perception of adoption as social stigma: Motivation for search and reunion. *Journal of Marriage and the Family*, 57(3), 653–660.
- Mészáros K. & Kiss Zs. (2024). Alternatív életutak – örökbefogadás. In Bátki A. és Mészáros K. (szerk.) *Szeretnénk, ha megszületné!!* (pp. 357–387.) Oriold és Társai.

- Miall, C. E. (1987). The stigma of adoptive parent status: Perceptions of community attitudes toward adoption and the experience of informal social sanctioning. *Family Relations*, 36(1), 34–39.
- Miall, C. E. (1994). Community constructs of involuntary childlessness: Sympathy, stigma, and social support. *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne de Sociologie*, 31(4), 392–421.
- Palacios, J. & Brodzinsky, D. (2010). Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 270–284.
- Pári A. & Rövid I. (2023). Családra vágyunk!: A Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért felméréseinek eredményei 2018 óta. *Máltai Tanulmányok. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Tudományos Folyóirata*, 5(4), 20–35.
- Péntekné Simon, N., Szodorai, D. & Ónadi, O. (2023). Örökbefogadással kapcsolatos attitűdök a magyar lakosság körében. *Máltai Tanulmányok. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Tudományos Folyóirata*, 5(4), 70–86.
- Szigeti F. J. (2022). *Az örökbefogadás családi és társadalmi kontextusa*. Egyetemi jegyzet. Apor Vilmos Katolikus Főiskola.
- Takács J. & Szalma I. (2013). Az azonos nemű párok általi örökbefogadással kapcsolatos attitűdök Magyarországon. *Socio. hu*, (7), 1–33.
- The Dave Thomas Foundation for Adoption (2022). 2022 U.S. Adoption and Foster Care Attitudes Survey.
- Tóth-Király I., Bőthe B., Orosz G. & Rigó A. (2022). Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frusztrációja Skála. In Horváth Zs. és mtsai. (szerk.) *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban* (pp. 56–61.) Medicina K.
- Vansteenkiste, M. & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration* 23(3), 263.
- Wegar, K. (2000). Adoption, family ideology, and social stigma: Bias in community attitudes, adoption research, and practice. *Family Relations*, 49(4), 363–369.

SZŰCS-KÁDAS ESZTER

A meddőség lelki okai

Berögzült hitek

BEVEZETÉS

A meddőség, önkéntelen gyermektelenség vagy nehezített gyermekvállalás sokakat érint. Nagyjából minden hatodik pár érintett, és ezek közül talán az egyik legnehezebben feldolgozható helyzet, ha ez – mai modern fogalommal leírva – ismeretlen eredetű, vagyis a tudomány jelenlegi állása szerint nem találnak orvosi okot (*Lakatos et al., 2014*). Ez a meddő párok 5-15%-át érinti (*Wischmann, 2003*). Nagyon sokáig a pszichében és különösen a nők pszichéjében keresték az okokat.

A tanulmány első részében a szakirodalom kerül feldolgozásra. Az írás második felében pedig a kutatásom bemutatása történik, ami azt a kérdést vizsgálta, hogy mennyire elterjedt a közvéleményben az a nézet, hogy az ismeretlen eredetű meddőség hátterében pszichés tényezők állnak, és ha igen, akkor mik a legelterjedtebb „lelki okok”. Arra is kíváncsi voltam, hogy a meddőséggel érintettek vajon mennyivel többet tudnak az állapotuk pszichés vonatkozásairól, mint azok, akik nem küzdöttek soha gyermekvállalási nehézséggel.

TÁRGYALÁS

Szakirodalmi áttekintés

Pszichogén meddőségelméletek

A legkorábbi, ezzel a témával foglalkozó, pszichoanalitikus szemléletű szakirodalom meddő nők meddőségének okát személyiségtypusukban látja, mivel a 40-es, 50-es években az ismeretlen eredetű meddőség még 50% körül volt (*Angster, 2021*). Az alábbi személyiségtypusokat különbözteti meg mint az 1., „infantilis, dependenstípus, aki figyelem-

felkeltő céllal szomatizál; 2. a férje fölött anyáskodó nő, aki tudja, hogy a házastársa nem szívesen osztozna egy gyermekkel a figyelméért; 3. a nő, akinek anyasága... az erotika tüzeiben emésztődik fel; 4. a férfiás, agresszív nő és az érzelmileg zavart nő” (Deutsch, 1945 idézi Angster, 2021, 194–195). Érdekes lesz majd látni, hogy a későbbi szerzők is valahol ezekhez a gyökerekhez fognak visszanyúlni.

Benedek (1952) a funkcionális meddőség mögött *pszichoszomatikus folyamatokat feltételezett*, ahol a fizikai tünet mögött a patológia érzelmi jellegű, vagyis pszichológiai faktorok negatívan befolyásolják a reprodukív szervrendszert.

„A belső stresszt úgy lehet csökkenteni..., hogy tünetet képzünk annak érdekében, hogy megőrizzük a szervi és pszichés egyensúlyt.” (Benedek, 1952, 527.)

Az „*ambíciózus nőnél*” a meddőség, biológiai okok híján – evolucionalista megközelítésben – *egy védekező mechanizmus a várandósság és az anyaság mint veszély* ellen, ezért ez úgy jelenik meg a psziché szintjén, hogy elnyomásra kerülnek ezek az érzések, és a felszínen úgy tűnik, hogy a nőnek elvileg semmi ellenérzése sincs az anyasággal kapcsolatban, miközben mégis. A terméketlenség itt úgy jelenhet meg, hogy a *társadalmi értékek személyiségbe való beágyazódása* felülírja a biológiai szerepet. Az ilyen nő elsősorban az *anyagi biztonságra és önmegvalósításra koncentrál*, ezáltal mire megérne az anyaságra, *kitolódik az életkora*, és már nehezen fogan meg. Ez a belső konfliktus a menstruációs ciklusán keresztül teheti terméketlenné az ambíciózus nőt, mind a follikuláris, mind a luteális szakaszban (nem érik meg a petesejt vagy nem ágyazódik be).

Benedek említi, hogy ez az elmélet egyelőre még nem alátámasztott, de bízik benne, hogy a funkcionális meddőség idővel gyógyítható lesz a pszichés befolyásoló tényezők felgöngyölítésével.

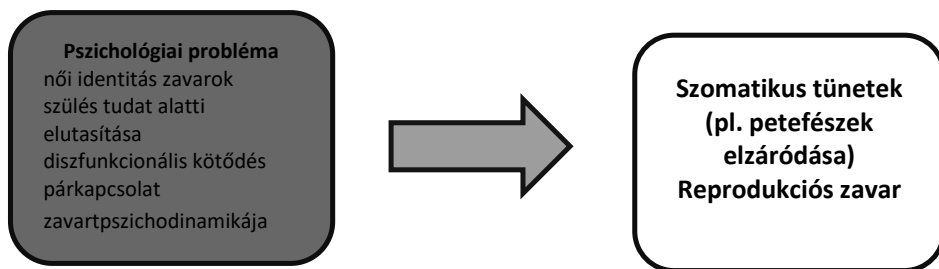
Megmagyarázhatatlan, illetve nem megfelelően megmagyarázott meddőségről beszél Christie (1994), aki szerint igazán csak a pszichoanalízis segítségével lehet feltárni az emberi lélek mélységeit. Ez igaz lehet azokban az esetekben is, amikor a meddőség hátterében újabban felfedezett orvosi okok állnak. A szerző szerint a legújabb tudományos felfedezések ellenére nemcsak az idiopátiás terméketlenségre nincs magyarázat, hanem arra sem, ahol konkrét orvosi okok akadályozzák meg a gyermek megfogását. A praxisára hivatkozik, ahol nők szervi ok nélkül vagy kisebb, diagnosztizált orvosi okkal a terápiás módszere segítségével fogantak meg és hordták ki sikeresen a gyermeküket. Három esettanulmányában ezt világítja meg. A nagyon finom *tudatalatti folyamatok* előidézhethetnek vagy épp ellenkezőleg, *megakadályozhatják a mély készenlétet* a gyermek érkezésére. (Christie, 1994, 379.) A szerző nem állítja, hogy kizárólag a terápiának tudja be az eredményeket, de meg van róla győződve, hogy az hozzájárult a sikerességhez.

Fassino említi a stresszt mint meddőséget okozó faktort, illetve a megküzdési stratégiák elégtelenségét, de kutatásában a *személyes tulajdonságokat* akarta vizsgálni (Fassino et al., 2002). Más szerzők vizsgálataiban talált olyan eredményeket, ahol bizonyos személyiségvonásoknak (introverzió, vonásszorongás, büntudat érzése, nehéz megközelíthetőség és rugalmatlanság) közül lehet a meddőséghez. Mivel az ok-okozati viszony nem volt bizonyított, ezért kettős vak kutatásának célja az volt, hogy megvizsgálja, hogy van-e különbség a személyiség temperamentumában és jellemvonásaiban funkcionális meddőség esetén. A személyiségvonások standardizálás érdekében a TCI fogalmakat használta. Az eredmények azt mutatták, hogy a személyiségvonások közül a *Fájdalom elkerülése* (Harm avoidance) az egyetlen ok, ami okozhat funkcionális meddőséget nőben vagy férfiban, mivel ez olyan tulajdonságokat takar, mint az óvatosság, passzivitás, félnkség, bizonytalanság. Ez vezethet veszélyes szerhasználathoz, szexuális alulműködésekhez (mennyiségben, minőségben) vagy módosíthatja a hormonszinteket. Stresszes körülmények (pl. maga a gondolat, hogy gyermekük foganna) vagy *stresszt okozó események* hatására ezek a nők és férfiak úgy reagálhatnak, hogy biológiai paramétereik is megváltoznak, miközben magasabb szorongást és depressziót élnek át. A funkcionálisan meddő férfiaknál azt is találta, hogy az *Újdonság keresése* vonásban szignifikánsan alacsonyabb értékeket kaptak a kontrollcsoporthoz képest (nem meddő férfiak), de ok-okozati viszony nem volt bizonyítható.

A funkcionálisan meddő nők az *Önirányítottság* (Selfdirectedness) dimenzióban kaptak alacsonyabb pontszámot, mint a kontrollcsoport. Ezek a nők éretlenséget mutatnak, kritikusok másokkal, a saját felelősség elfogadásában, illetve az együttműködési készségben mutatkoznak gyengébbnek. Véleménye szerint ez a tulajdonságcsoporthoz az anyaság megéléséhez, gyakorlásához alapvető. Állítása szerint ezek a nők és férfiak általában kevésbé tudnak mások érzelmeire adekvátan reagálni, illetve stressz esetére *nem rendelkeznek megfelelő megküzdési stratégiával*.

Justo és Moreira (2003) kutatásában új szempontot hozott be az ismeretlen eredetű meddőségben szenvedő nőknél. A kötődési stílusokat anyalánya, illetve a házastársi viszony kapcsolódásaiban vizsgálta.

Egy korábbi kutatásukat megerősítve ez a feltárás is azt találta, hogy az *elutasító-elkerülő kötődési stílus* szignifikánsan jellemzőbb ezen nők körében összehasonlítva az orvosilag meddőekkel.



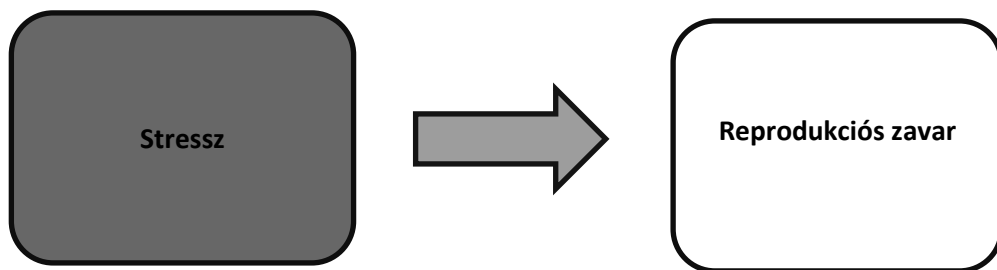
1. ábra. Pszichogén modell (Forrás: Lakatos et al., 2014)

Stresszhipotézisek vagy pszichofiziológiai megközelítések

Cwickel, Gidron és Sheiner (2004) szerint a krónikus stressz biológiai hatásmechanizmuson, a neuroendokrin rendszeren keresztül befolyásolja negatív irányba a szaporító szervrendszert. A szerzők szerint egy újabban kutatott tudományterület, a pszichoneuroimmunológia hozott némi eredményt e tekintetben. Két neuroendokrinológiai tengely mentén hatnak a pszichológiai tényezők, mint pl. a stressz és a depresszió. Ezek a HPA (hipotalamusz–hipofízis–mellékvese), illetve az ún. HPG (hipotalamusz–hipofízis–gonádikus) tengelyek. A stressz emeli a HPA tengely aktivitását, ami egyrészt a mellékvesén keresztül további stresszhormonokat vált ki, ami gátolja a GnRH hormon kiválasztását, ami viszont az FSH, LH, progeszteron és ösztrogén szintekre hat közvetetten negatívan. A stresszhormonok továbbá közvetlenül is gátolják a nemi hormonokat.

King (2003) nagy elemszámú vizsgálatában azt az összefüggést mutatta ki, hogy a valószínűsíthetően meddő nők (akik bizonytalanok voltak abban, hogy teherbe tudnak-e esni) körében szignifikánsabban magasabb a *szorongás* szintje, mint azokéban, akik biztosan tudták, hogy terméketlenek.

Klemetti és mtsai (2010) finn nők körében végzett statisztikailag reprezentatív mintán azt találták, hogy a meddő nők körében – összehasonlítva a gyermekkel már rendelkező nőkkel – majdnem háromszoros volt a rizikó a szorongásos zavarokra és 2,6-szoros a pánikbetegségre. Ez a kimutatás vizsgálta a férfiakat is, és jóllehet a meddő férfiak körében is magasabban alakult a pszichés betegségekre való hajlam, de a kontrollcsoporthoz képest nem volt szignifikáns a különbség.



2. ábra. Stresszhipotézis

Kritika

Wischmann (2003) azt találta, hogy az 1980-as évek kutatásaiban ugyan nagy hangsúlyt kapott a megmagyarázhatatlan eredetű meddőséggel küzdő párok vizsgálata pszichogén szempontból, de az eredmények ellentmondásosak. Egyes kutatások azt találták, hogy az ezzel küzdő nők szorongóbbak és kevésbé elégedettek önmagukkal vagy éppen magasabb értékeket kaptak a neuroticizmus skálán, esetleg egyenesen szimbiotikus és függő kapcsolatokban élnek, mint azok, akiket valamilyen orvosi okkal diagnosztizáltak. Más kutatások (*Adler, Boxley, 1985, Edelman, Connolly 1986, Paulson et al., 1988 idézi Wischmann, 2003*) viszont nem találtak szignifikáns különbséget a két csoport között.

A pszichogén megközelítéssel szemben az egyik legfontosabb kritika, hogy szinte kivétel nélkül a nőket vizsgálta és azokat is csak kis elemszámú kutatásokban vagy esettanulmányokban, ezzel azt feltételezve, hogy a meddőség okai bennük keresendők. A harmadik fontos indok, hogy a lelki okok keresése közben automatikusan önhibáztató mechanizmusok jönnek létre, ezzel még nagyobb stresszt okozva a meddő nőnek (*Lakatos et al., 2014; Szigeti, 2023*). Ezzel együtt nem állt le a pszichogén irányú gondolkodás, mert véleményük szerint csak bizonyításra vár, mint ahogy az is, hogy a biológiai eredetű meddőségben szenvedők orvosi oka mögött nem húzódik-e ugyanúgy pszichés tényező (*Christie, 1994; Angster, 2021*). A kutatók ezzel együtt elfogadták, hogy a pszichés tényező (distressz, depresszió, szorongás) bizonyítottan okozat (*Domar et al., 2000*).

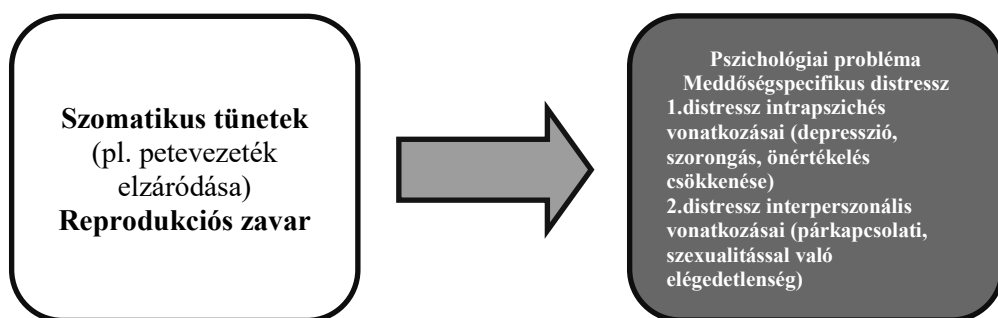
A stresszelméletekre vonatkozó vizsgálatok csak azt bizonyítják, hogy a bizonytalan meddők szoronganak, de az ok-okozati viszony nem egyértelmű, sőt feltételezhető, hogy a meddőség okozza a stresszt vagy egyenesen cirkuláris okság működik. A meddőség önmagában nagy stresszforrás, de mivel a további „oki” kutatások ambivalens eredményt hoztak, ezért, mint oki hipotézis, nagyon hasonló a „pszichogén” hipotézishez. A stressz

önmagában tehát nem okoz meddőséget, illetve nincs ok-okozati összefüggés, így alapvetően rizikófaktorról beszélünk. A stressz viszont összefügg az esetleges romló egészségmagatartással, ami viszont egyértelműen befolyásolja a termékenységet (Szkodziak, Krzyżanowski & Szkodziak, 2020; Szigeti, 2023).

A pszichológiai modellek a kutatások hatására továbbfejlődtek és további befolyásoló változókkal gazdagodva új szemléletet hoztak.

Pszichológiai következmény modell

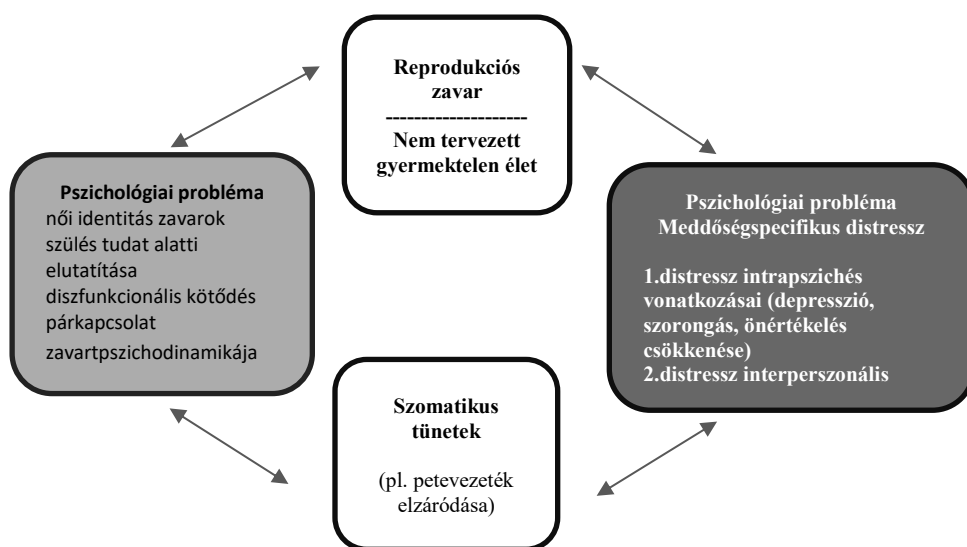
Az 1990-es évektől a szisztematikus áttekintések a meddő nők és férfiak lelkiállapotánál megállapítottak ugyan depressziót és szorongást, de nem derült ki a kutatásokból, hogy ez egyértelműen oka vagy pedig ellenkezőleg, következménye a meddőségnek. Greil (1997) cikkében részletesen bemutatja az addig fellelt szakirodalom idevonatkozó megállapításait. Két csoportra osztja a szakirodalmat: 1. a *leíró jellegű művekre*, ahol a meddőséggel járó állapotokat mutatják be, illetve 2. azokra a művekre, ahol a *szerzők tesztelik a pszichológiai következmény modellt*, vagyis azt feltételezik, hogy a meddőség okozza a distresszt. Az első esetben ugyan főleg kvalitatív *jellegű* kutatások találhatók, viszont kiterjedtek a meddőség társas viszonyokban megjelenő hatásaira, mint pl. a párkapcsolati vagy családi vonatkozásokra. A második esetben a vizsgálatok ellentmondó, de inkább negatív eredményre jutottak. Egyes kutatások azt találták, hogy a meddőség nagyobb stresszel jár (és okoz depressziót, szorongást vagy akár párkapcsolati elégedetlenséget), mint azoknál, akik nem szenvednek ettől az állapottól, míg más szerzők nem találtak klinikailag szignifikáns különbséget a kontrollcsoportokhoz képest. A modellben megkülönböztette tehát a distressz intrapszichés vonatkozásait, mint a depressziót, szorongást, vagy az önértékelés csökkenését, illetve az interperszonális hatásokat, mint a párkapcsolattal és a szexualitással való elégedettséget.



3. ábra. Pszichológiai következmény modell (Forrás: Lakatos et al., 2014)

Cirkuláris modell

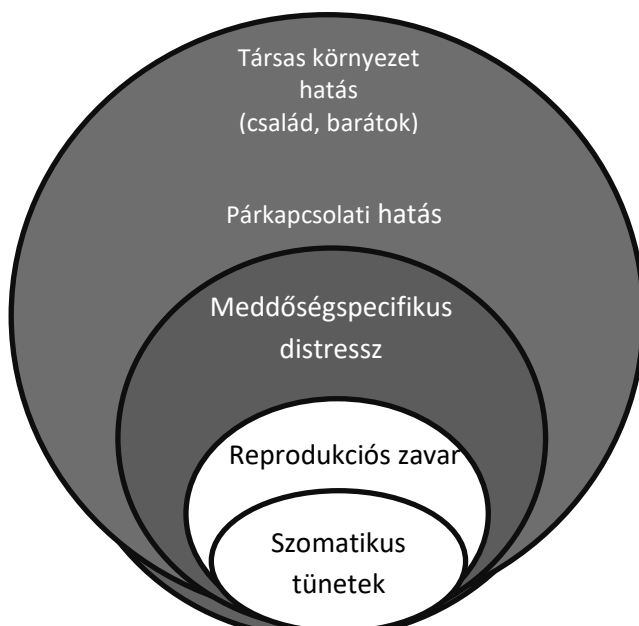
A meddőségelmélet következő modellje már nem ok-okozati, ún. lineáris viszonyt feltételez, hanem oda-vissza ható folyamatokat, ún. cirkuláris okságot. A modell alapja, hogy a meddőségi élethelyzet meddőségspecifikus distresszt okoz. A továbblépés, hogy ez a distressz a HPA-HPG tengelyek mentén visszahat a szaporító szervrendszerre és pl. IVF kezelések sikerességére is, megerősítve a meddőségi állapotot (Wischmann, 2003; Pápay, 2022). A modellben a korábbiakon felül szerepet kap a meddőségben szenvedő egyén pszichológiai támogatása is. Ezt az elméletet már sokkal komplexebben kutatták, longitudinális vizsgálatok is készültek (Lakatos et al., 2014).



4. ábra. Cirkuláris modell (Forrás: Lakatos et al., 2014)

Pszichoszociális kontextus megközelítés

A legkomplexebb modell, ami a korábbiakon felül figyelembe veszi az egyén társadalmi beágyazottságát is. A színterek kiindulnak az egyéntől majd párkapcsolaton, közele, tágabb családon túl, figyelembe veszi a kollégák, társas támogató csoportok, mesterséges reprodukciós intézmények dolgozói és **legtágabban a** társadalom politikai, vallási és kulturális kontextusait is és visszahatásukat az egyénre és a meddőségi helyzetre (Lakatos et al., 2014; Pápay, 2022). Mind a pszichogén, mind a stresszelmélet – azok meghaladottsága ellenére – még mindig népszerű a Magyarországon meddőséggel foglalkozó segítő szakemberek és a laikus média által közölt cikkek körében is. Ezek jelentősen befolyásolják a közvéleményt, amelyet a saját kutatási eredményeim is alátámasztanak.



5. ábra. Pszichoszociális kontextus megközelítés (Forrás: Lakatos et al., 2014)

A kutatás

A kutatás célkitűzése

Kvantitatív kutatásom egyik célja volt, hogy megismerje, hogy vajon a közvélemény az orvosi okokon túl milyen további (pszichés) okokat valószínűsít az orvosi okú, illetve az ismeretlen eredetű meddőség háttérében, különös tekintettel a női és a férfi meddőség különbségeire. A másik célkitűzésnek pedig azt választottam, hogy kiderítsem, vajon a közvélemény nagyobb eséllyel tulajdonít pszichés okokat ismeretlen eredetű meddőségben, mint ahol ismert az ok, illetve, hogy női eseteknél ez a különbség még látványosabb a férfiakhoz képest.

Módszertan

Módszer, minta

A minta abból a célpopulációból került ki, melynek tagjai elmúltak 18 évesek és elfogadták a beleegyező nyilatkozatot. Google Form kérdőívem terjesztéséhez online felületeken a hólabda módszert választottam: e-mailen és a közösségi médiában küldtem ki

a kérdéseket az ismerőseimnek, illetve különböző csoportokban közzétettem a kérdőív linkjét és megosztásokat is kértem. A kérdőív felmérte a válaszadó nemét, korát, illetve a meddőségben való múltbéli vagy jelenlegi érintettségét. A kutatás 2024. szeptember 27. és október 31. között zajlott.

A kérdőív elején a válaszadóval az alábbi etikai szempontokat ismerttettem, melyekhez beleegyező nyilatkozatát kértem és csak ezeket a válaszokat használtam fel az elemzésben.

Etikai megfontolások

A kérdőív bevezetéseként a válaszadó az etikai megfontolásokról tájékoztatást kapott (ld. Melléklet. Kérdőív).

A mérőeszközök bemutatása

A kérdőívet és a lentebb megfogalmazott hipotéziseket a szakirodalom és a laikus médiában talált írások alapján állítottam össze. Négy meddő esetet mutatok be röviden, akiknél a meddőség hátterében álló lehetséges okokat kellett a válaszadónak értékelni 7 fokozatú Likert skálán (1 – egyáltalán nem valószínű, 7 – teljesen valószínű). Azért választottam ezt a módszert, mert így egy laikus jobban megérti a különbséget a különböző meddőség-típusok között, mintha direktben rákérdeztem volna.

1. Orvosilag meddő nő – Anna 36 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyermekvállalással, sikertelenül. Annánál két hónappal ezelőtt endometrióziist diagnosztizáltak. Anna azonban szeretné jobban körüljárni a témát.

2. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő nő – Petra 37 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyermekvállalással, sikertelenül. Három hónapja járt meddőségi specialistánál, aki nem talált orvosi okot a meddőség mögött. Petra szeretné jobban körüljárni a témát.

3. Orvosilag meddő férfi – Péter 38 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyermekvállalással, sikertelenül. Péternél két hónappal ezelőtt here-visszértágulatot diagnosztizáltak. Péter azonban szeretné jobban körüljárni a témát

4. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfi – Miklós 37 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyermekvállalással, sikertelenül. Miklós elment meddőségi specialista-hoz, aki nem talált semmilyen orvosi okot. Miklós azonban szeretné jobban körüljárni a témát.

Első körben öt „alapokot” (1. további orvosi ok; 2. pszichés ok; 3. környezeti hatásból eredő ok; 4. nem megfelelő életmódból eredő ok; 5. egyéb ok) kérdeztem le, majd a női eseteknél tizenhárom „pszichés okot”(1. anyagi biztonság / stabil életkörülmények hiánya;

2. stressz; 3. elkötelezettség hiánya a párkapcsolatban; 4. nem kielégítő a párkapcsolat; 5. szülői szereptől való félelem; 6. várandósságtól/szüléstől való félelem; 7. jövőre vonatkozó egzisztenciális félelmek; 8. felnőttkori feldolgozatlan veszteségek; 9. nőiséggel való identitásproblémák; 10. depresszió, szorongás megléte; 11. gyermekkori trauma; 12. kötődés hiánya; 13. tanulmányok/karrier előtérbe helyezése) kérdeztem le. A férfi eseteknél az öt „alapok” után pedig tizenkét pszichés okot (1. anyagi biztonság / stabil életkörülmények hiánya; 2. stressz; 3. elkötelezettség hiánya a párkapcsolatban; 4. nem kielégítő a párkapcsolat; 5. szülői szereptől való félelem; 6. jövőre vonatkozó egzisztenciális félelmek; 7. felnőttkori feldolgozatlan veszteségek; 8. férfiasággal való identitásproblémák; 9. depresszió, szorongás megléte; 10. gyermekkori trauma; 11. kötődés hiánya; 12. tanulmányok/karrier előtérbe helyezése) teszteltem.

Az öt alapokhoz adalékot *Rouchou és Forde (2015)* kérdőíve adott, míg a pszichés okok megjelenítéséhez a szakirodalomban és a laikus médiában talált pszichés tényezők adták az alapot.

Az adatok statisztikai elemzése pedig lehetővé teszi az alábbi hipotézisek tesztelését.

1. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőknél szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint az orvosilag meddő nőknél.

2. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfiaknál szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint az orvosilag meddő férfiaknál.

3. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőknél szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfiaknál.

4. A meddőségre vonatkozó további lelki okokat is szignifikánsabban valószínűbbnek gondolják ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőknél, mint az orvosilag meddő nőknél.

5. A meddőségre vonatkozó további lelki okokat is szignifikánsabban valószínűbbnek gondolják ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfiaknál, mint az orvosilag meddő férfiaknál.

6. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő nők esetében a nem meddők szignifikánsan valószínűbbnek gondolják a lelki okot, mint a meddőséggel valaha érintettek.

7. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfiak esetében a nem meddők szignifikánsan valószínűbbnek gondolják a lelki okot, mint a meddőséggel valaha érintettek.

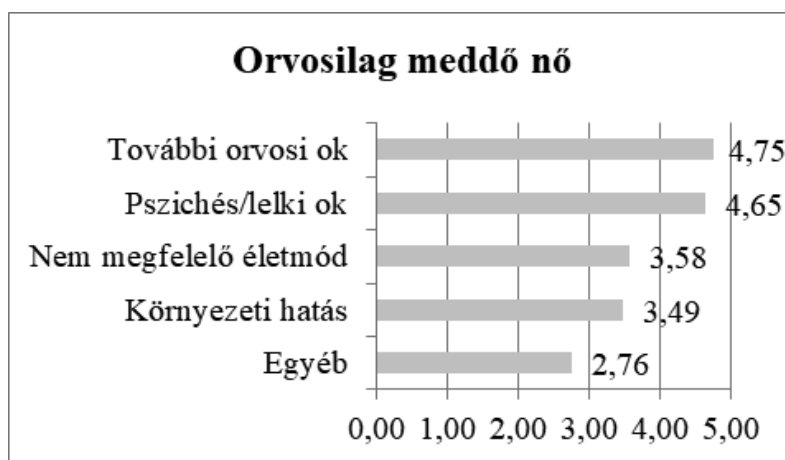
A hipotézisek tesztelésénél a mintákban az egyes alcsoportok összehasonlításában a szignifikancia kimutatására a normáeloszlás sérüléséből adódóan nemparametrikus tesztet alkalmaztam, nevezetesen a legtöbb esetben a Wilcoxon előjeles rang tesztet, két esetben pedig a Mann–Whitney-tesztet.

Eredmények

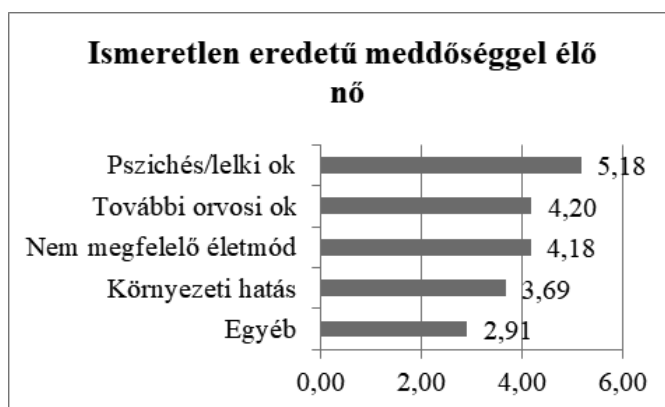
143 válasz érkezett, túlnyomó részben nők (92%) válaszoltak és nagyjából minden korcsoport megjelent.

Két alcsoport különül el statisztikailag már megfelelő elemszámmal, a meddőségben valamikor érintett (92 fő) és a nem érintett (51 fő) válaszadók.

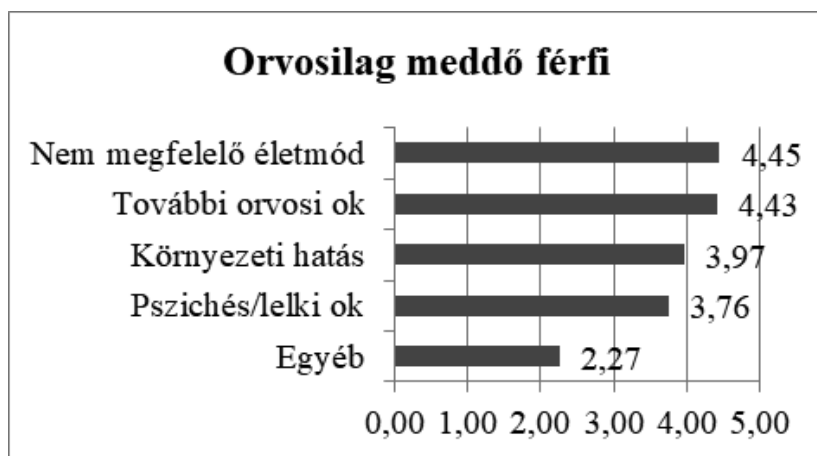
A különböző meddőségek hátterében a válaszadók az okok alábbi sorrendjét valószínűsítik:



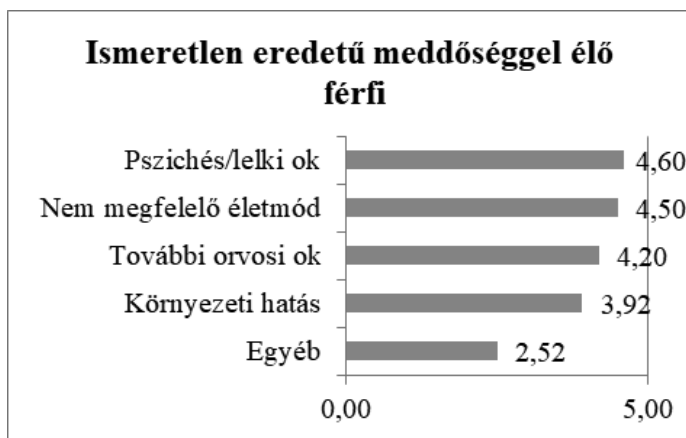
6. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



7. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



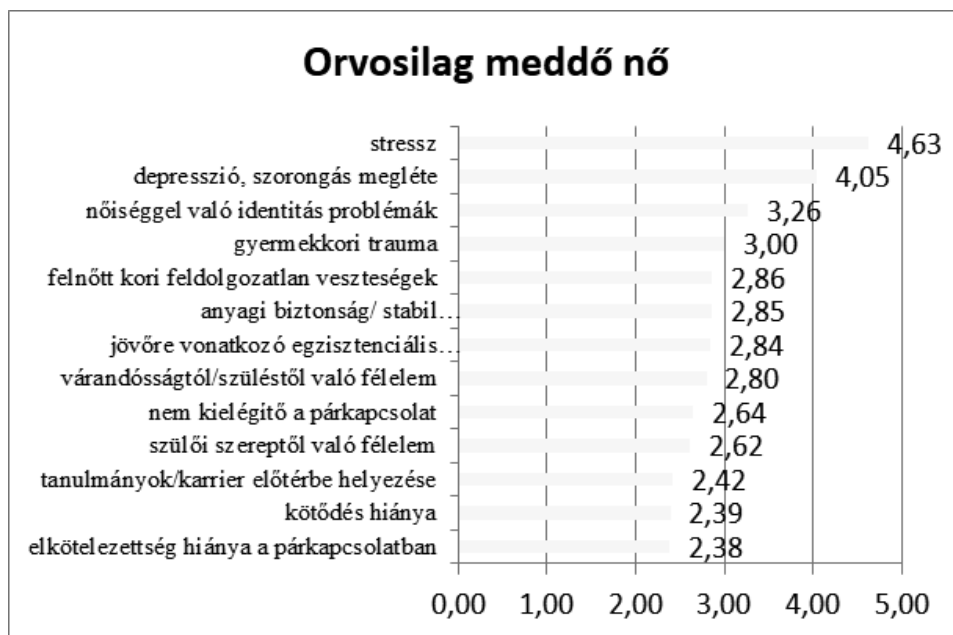
8. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján
– összes válasz



9. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján
– összes válasz

Jól látszik, hogy az ismeretlen eredetű eseteknél a pszichés tényezőt tették első helyre a válaszadók. Érdekes, hogy ennek ellenére a biológiailag meddő női esetben is a pszichés ok a vezető okok között található, míg a biológiailag meddő férfinél a pszichés ok teljesen hátra sorolódik. Mindkét férfi esetben pedig az életmódtényezők is hangsúlyosak.

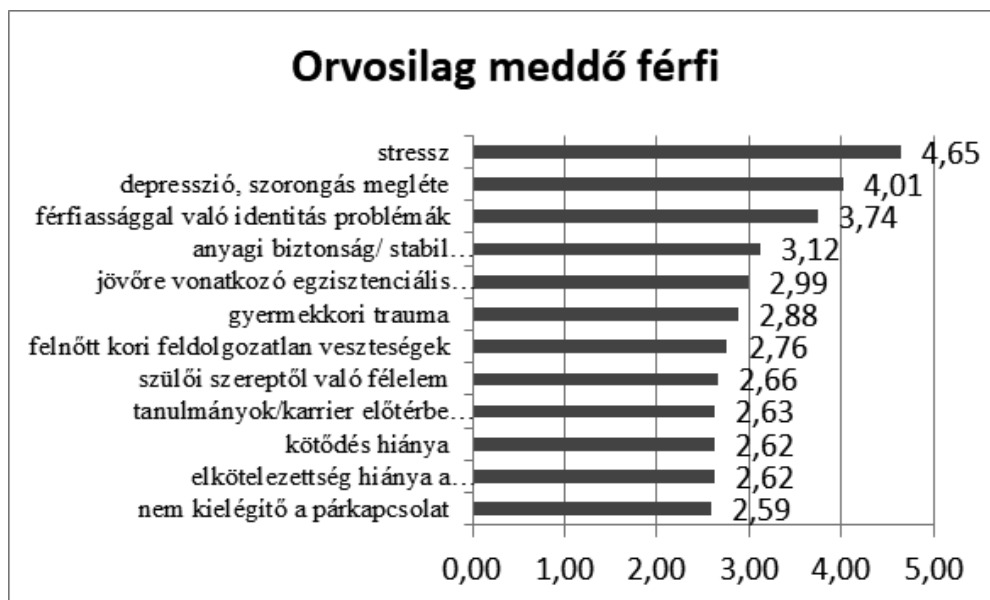
Amikor a további pszichés okokra rákérdeztem, az egyes meddőségtípusoknál az alábbi sorrendeket kaptam.



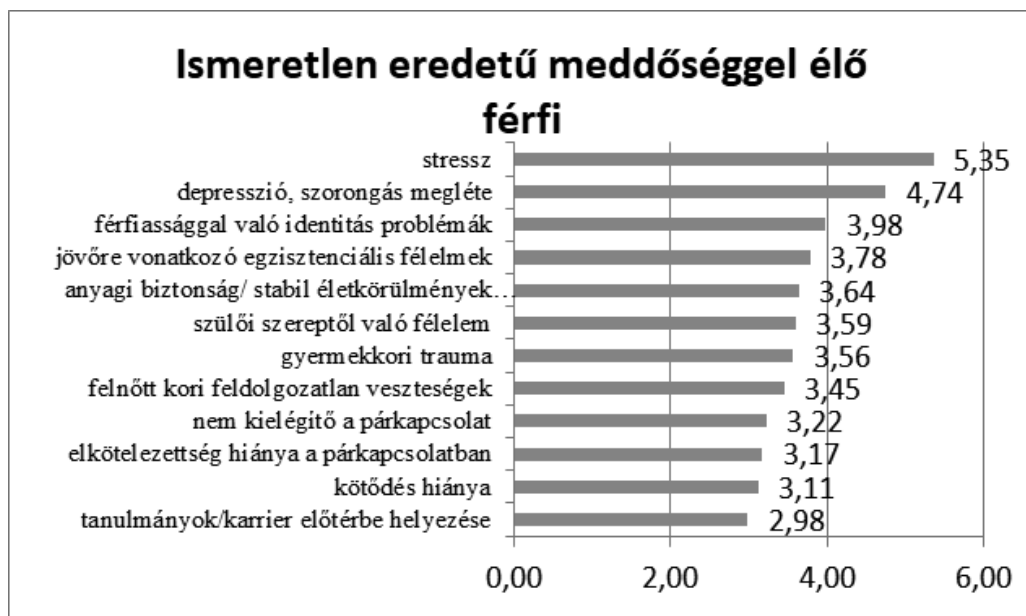
10. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett pszichés okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



11. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



12. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Súlyozott átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



13. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Súlyozott átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz

Az összes esetben a stressz, illetve a depresszió, szorongás megléte a legfőbb „bűnbak”. A nők esetében további vezető lelki ok a nőiséggel való identitásproblémák és a gyermek-kori traumák, míg a férfiaknál az identitásproblémák, illetve az egzisztenciális félelmek a meghatározóak.

A hipotézisek tesztelése

A hipotéziseim tesztelése további érdekes eredményeket hozott.

1. hipotézis: Petránál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő nő) szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint Annánál (orvosilag meddő nő).

A hipotézis teszteléséhez összefüggő mintás t-próbát alkalmaztam. A teszt előfeltételei közül a normalitás feltétele nem teljesül sem a Shapiro–Wilk-teszt alapján (Anna: $W(143) = 0,923$; $p = 0,000$; Petra: $W(143) = 0,839$; $p = 0,000$), sem a Z-tesztek alapján, mivel a minta eloszlása Petra esetén szignifikánsan laposabb a normál görbénél ($Z = 0,307$) és szignifikánsan negatív irányban ferde ($Z = 5,182$).

Ezért *nemparametrikus próbát*, nevezetesen a *Wilcoxon előjeles rangtesztet* alkalmaztam a hipotézis teszteléséhez. A Wilcoxon előjeles rangteszt eredményei alapján az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek lelki okokat, mint az orvosilag meddő nőnél ($T = 1055,5$; $Z = -3,815$; $p = 0,000$ (2-tailed) $r = -0,319$), tehát a *hipotézis beigazolódott*.

2. hipotézis: Miklósnál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfi) szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint Péternél (orvosilag meddő férfi).

A hipotézis teszteléséhez összefüggő mintás t-próbát alkalmaztam. A teszt előfeltételei közül a normalitás feltétele nem teljesül sem a Shapiro–Wilk-teszt alapján (Péter: $W(143) = 0,915$; $p = 0,000$; Miklós: $W(143) = 0,914$; $p = 0,000$), sem a Z-tesztek alapján, mivel a ferdeség és csúcsosság is szignifikáns eltérést mutat a normál eloszlástól ($Z = 4,039$ és $Z = -2,532$).

Ezért *nemparametrikus próbát*, nevezetesen a *Wilcoxon előjeles rangtesztet* alkalmaztam a hipotézis teszteléséhez.

A Wilcoxon előjeles rangteszt eredményei alapján az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfinál szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek lelki okokat, mint az orvosilag meddő férfinál ($T = 761,5$; $Z = -5,746$; $p = 0,000$ (2-tailed) $r = -0,481$), tehát a *hipotézis beigazolódott*.

3. hipotézis: Petránál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő nő) szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint Miklósnál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfi).

A hipotézis teszteléséhez összefüggő mintás t-próbát alkalmaztam. A teszt előfeltételei közül a normalitás feltétele nem teljesül sem a Shapiro–Wilk-teszt alapján (Petra: $W(143) = 0,839$; $p = 0,000$; Miklós: $W(143) = 0,914$; $p = 0,000$), sem a Z-tesztek alapján, mivel a ferdeség és csúcosság is szignifikáns eltérést mutat a normál eloszlástól ($Z = 5,182$ és $Z = -2,532$).

Ezért *nemparametrikus próbát*, nevezetesen a *Wilcoxon előjeles rangtesztet* alkalmaztam a hipotézis teszteléséhez. A Wilcoxon előjeles rangteszt eredményei alapján Petránál szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek lelki okokat, mint Miklósnál ($T = 647$; $Z = -4,773$, $p = 0,000$ (2-tailed) $r = -0,399$), tehát a *hipotézis beigazolódott*.

4. hipotézis: A meddőségre vonatkozó további lelki okok is szignifikánsabban valószínűbbek Petránál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő nő), mint Annánál (orvosi-lag meddő nő)

Az előző hipotézisek tesztelése alapján már tudjuk a mintáról, hogy az előfeltételek nem teljesülnek, ezért ennél a hipotézisnél is a *Wilcoxon előjeles rangtesztet* alkalmaztam.

A *Wilcoxon* előjeles rangteszt eredményei alapján az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételezik a „női identitásprobléma” kivételével az összes lelki okot, mint az orvosilag meddő nőnél, tehát a *hipotézis a lelki okok többségénél beigazolódott*.

5. hipotézis: A meddőségre vonatkozó további lelki okok is szignifikánsabban valószínűbbek Miklósnál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfi), mint Péternél (orvosilag meddő férfi).

Az előfeltételek sérülése miatt ismét *Wilcoxon* előjeles rangtesztet alkalmaztam. A *Wilcoxon* előjeles rangteszt eredményei alapján Miklósnál szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételezik az összes lelki okot, mint Péternél, tehát a *hipotézis beigazolódott*.

6. hipotézis: Petra esetében a nem meddő válaszadók szignifikánsan valószínűbbnek gondolják a lelki okot, mint a meddők.

A hipotézis teszteléséhez független mintás t-próbát alkalmaztam. A teszt előfeltételei közül a normalitás feltétele nem teljesül a Shapiro–Wilk-teszt alapján (meddő: $W(92) = 0,847$; $p = 0,000$; nem meddő: $W(51) = 0,823$; $p = 0,000$), ezért nemparametrikus próbát alkalmaztam, nevezetesen a Mann–Whitney-tesztet. A tesztválasztást indokolja, hogy különbséget várok a két minta között, mert azt várom, hogy a meddők nagyobb tudással rendelkeznek, mint a nem meddők.

A Mann–Whitney-teszt eredményei alapján az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél gondolt lelki okok mértékében *nem találtam szignifikáns különbséget* a meddők és nem meddők csoportja között ($U = 2161$; $Z = -0,802$; $p = 0,422$ (2-tailed); $r = -0,067$), tehát nem mondható el, hogy a meddő válaszadók szignifikánsan kevésbé valószínűnek gondolják a lelki okot, mint a nem meddők.

A részletes statisztikai elemzés megtalálható a Szerző szakdolgozatában (Szűcs-Kádas 2024).

7. hipotézis: Miklós esetében a nem meddő válaszadók szignifikánsan valószínűbbnek gondolják a lelki okot, mint a meddők.

A hipotézis teszteléséhez szintén független mintás t-próbát alkalmaztam. A teszt előfeltételei közül a normalitás feltétele nem teljesül a Shapiro–Wilk-teszt alapján (meddő: $W(92) = 0,921$; $p = 0,000$; nem meddő: $W(51) = 0,896$; $p = 0,000$), ezért nemparametrikus próbát alkalmaztam, nevezetesen a Mann–Whitney-tesztet. A tesztválasztást ismét az indokolja, hogy Miklós esetén is különbséget várok a két minta között, mert azt várom, hogy a meddők nagyobb tudással rendelkeznek, mint a nem meddők.

A Mann–Whitney-teszt eredményei alapján a Miklósnál vélt lelki okoknál nem találunk *szignifikáns különbséget a két csoport között* ($U = 1984$; $Z = -1,549$; $p = 0,122$ (2-tailed); $r = -0,130$), tehát a *hipotézis nem igazolódott be*, mivel az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfi esetében a meddő válaszadók nem tartják szignifikánsan kevésbé valószínűnek a lelki okot, mint a nem érintettek.

ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

Hipotéziseim többsége arra vonatkozott, hogy az ismeretlen eredetű meddőség mögött, legyen az női vagy férfi, a közvélemény elsősorban pszichés okokat sejt. Az első helyen végzett a pszichés ok, tehát ez beigazolódott, tehát látszik, hogy mennyire mélyen él ez a gondolkodás. Az sem meglepő, hogy a biológiai meddő nők esetében a pszichében is

keresték a választ, míg a férfiaknál ez sokkal kevésbé merült fel. Véleményem szerint ez előítélet a nőkkel szemben, miszerint őket jobban befolyásolják az érzelmeik, mint a férfiakat, és ez akár testi szinten is megjelenik. Fontos megjegyezni, hogy a férfiak esetében az életmódbeli tényezőket (nem megfelelő életmód) előre sorolták a válaszadók, tehát ez visszatükrözi a tudomány mai állását.

Ha részleteiben néztük meg a potenciális pszichés okokat, akkor azt találtam, hogy bár a sorrend nem teljesen azonos sem a két női, sem a két férfi esetet összevetve, nem meglepő, hogy a stressz, illetve a szorongás és depresszió előkelő helyen van az okok között. A stresszt sok mindenért hibáztatjuk, és azt valóban tudjuk, hogy a meddőség esetében rizikófaktor, különösen, ha emiatt romlik az egészségmagatartás (Szigeti, 2023). A nőknél előtérbe kerültek az identitásproblémák, ami releváns érzés a nők részéről, mivel mélyen beágyazott társadalmilag, hogy az anyaság hozzátartozik a női identitáshoz (Szalma, 2021, Szalma, 2022 idézi Tanács, 2024). Ezt a közhiedelmet támasztja alá az ún. bűnösség-elmélet (Nagy, 2022, Őri, 2019, Pápay & Gellért, 2015 idézi Tanács, 2024), ami a terméketlenséget a nő felelősségének állította be évezredek óta, és a pszichogén elméletekben is ebből indultak ki (Pápay & Gellért 2015, Sewall & Burns, 2006 idézi Tanács, 2024). Pedig éppen ellenkezőleg alakul az összefüggés, a meddőségi állapot következménye a nőiség identitászavara (Lakatos et al., 2014; Kikendall, 1994 idézi Pápay, 2022).

A férfiassággal való identitásproblémák a harmadik helyen végeztek a férfi esetekben. Ennek oka hasonló lehet, mint a nőknél, hogy azt feltételezik, hogy ha pl. a férfi megijed az apaszereptől (Fassino et al., 2002), akkor ez meddőséget okozhat, pedig itt is arról van szó, hogy a férfi, ha reprodukciós zavarral küzd, alapvetően megrendül a férfiasságába vetett hite (Shangold & Schreiber, 1988 idézi Pápay, 2022). Szalma kutatásaiban azt ismerteti, hogy a magyarok 67%-ban egyetértettek azzal az állítással, hogy „egy férfinak szüksége van a gyermekre a teljes élethez” (Szalma 2019, Szalma 2020 idézi Tanács, 2024). Másik lehetséges ok, hogy zömében nők töltötték ki a kérdőívet, akik eleve kézenfekvően valószínűsítették ugyanazt a lelki okot, mint a saját nemüknél.

Az anyagi biztonság, egzisztenciális félelmek az összes esetben a negyedik, ötödik helyen végeztek. Ez összefüggésben állhat azzal az általános ténnyel, hogy a gyermekvállalás kitolódik időben (Pápay, 2022), mert a párok részben az anyagiak megalapozását helyezik a gyermekvállalás elé és így elképzelhető, hogy végül kiesnek a biológiai ablakból (Aassink 2017).

A hipotézisek tesztelésénél az első két hipotézis eredménye nem meglepő, hogy mind az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél és férfinál szignifikánsabban esélyesebbnek tartják a lelki okokat a meddőség hátterében, mint az orvosi eredetű meddőséggel élő nőnél, illetve az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfinál szintén szignifikánsabban valószínűbbnek tartják a pszichés okokat a meddőség hátterében, mint az orvosi eredetű meddőséggel élő férfinál.

Számomra az sem meglepő, hogy az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételezték pszichés okokat, mint az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfinál. A pszichogén szakirodalom szinte kivétel nélkül nőket vizsgált (Greil, 1997), és az utóbbi évek médiatartalmainak (Szűcs-Kádas, 2025) elemzése is azt mutatta, hogy főként női okokat emlegetnek.

Ha részleteiben nézzük az esetleges lelki okokat a két női esetet összehasonlítva, az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél szinte az összes pszichés tényezőt valószínűbbnek gondolták a meddőség hátterében, mint az orvosilag meddő nőnél, annak ellenére, hogy az okok sorrendje nem azonos a két esetben (ld. 10. és 11. ábra). Az orvosilag meddő nőnél az egyetlen lelki ok, ami szignifikánsan magasabb értéket kapott az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőhöz képest, az a női identitás megélésének problematikája. A magyarországi hozzáállás a gyermektelenséghez nem igazán elfogadó, az alapvélekedés szerint egy nő nem élhet teljes életet gyermek nélkül (Tanács, 2024). Mindez tehát húsba vágó egy endometriózisban szenvedő nőnél, aki valószínűleg magát hibáztatja az állapotáért, mivel az esetek egy részében ez az állapot teljesen elzárja a nőt a biológiai anyaság megélésétől (Pállya, 2023).

A férfi eseteket összehasonlítva beigazolódott az a hipotézis, hogy az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfiaknál az összes pszichés okot valószínűbbnek gondolják a válaszadók, mint az orvosilag meddőknél. Szakirodalmi magyarázat itt nem releváns, mert a pszichogén megközelítéseknél szinte kivétel nélkül nőkre vonatkoztak az elemzések. Feltételezhető azonban, hogy a nagyszámú női válaszadók itt szintén ugyanabban a sémában gondolkodtak, mint a női eseteknél, és ebből is végképp nyilvánvaló, hogy mennyire erősen él a közgondolkodásban a pszichológiai tényezők meghatározó szerepe.

A 6-os és 7-es hipotézis arra vonatkozott, hogy különbség lesz-e a lelki okok valószínűségének megítélésében az ismeretlen eredetű meddőségi eseteknél azon kitöltők válaszaiban, akik érintettek a meddőséggel, mint azokéban, akik nem. A feltételezés arra irányult, hogy az érintettek jobban utánajártak az állapotukat magyarázó, illetve körülvéző jelenségeknek, meddőségi szakemberhez fordultak és ezért magasabb tudásszinttel rendelkeznek az állapotukról, mint azok, akik csak laikus médiát olvasnak vagy a környezetükben lévő esetekről hallanak, és azokból vonnak le következtetéseket. Ezt a feltevést támasztotta alá az a jelenség is, hogy amikor a hólabda módszerrel a kérdőívet meddőséggel érintettek csoportjaiban megosztottam, felháborodott kommenteket kaptam egy-két csoporttagtól, miszerint „mennyire dilettáns és káros azt feltételezni, hogy a meddőség mögött pl. gyermekkori trauma áll”. Az érintett és nem érintett válaszadók válaszátlagai magasabbak voltak mindkét esetben, de a különbség nem bizonyult szignifikánsnak. *Nem állítható tehát, hogy a meddőségben érintett válaszadók nagyobb része tudná, hogy a meddőségnek nincs tudományosan bizonyíthatóan lelki oka.*

Mind a laikus médiában, mind a szolgáltatóknál és a közvéleményben fellelhető erős, a meddőség lelki okaival kapcsolatos hiedelem háttérében állhat az is, hogy a *fejekben keveredik a meddőség a gyermektelenség* fogalmával annak ellenére, hogy a kérdőívben célzottan a nehezített gyermekvállalás szóösszetételt használtam a meddőség helyett. Mivel az önkéntelen gyermektelenség háttérében a meddőség is áll mint oki tényező, talán ez is magyarázhatja azt. A gyermektelenség mögött pedig ténylegesen állnak olyan pszichés tényezők, mint amilyeneket a meddőség háttérében feltételez a közvélemény, mint pl. a gyermekkori trauma (családon belüli erőszak), a meglévő párkapcsolattal való elégedetlenség, illetve a szülői szereptől való félelem (Maier, 2009 idézi Nagy 2023).

Összességében elmondható, hogy nagyon sok pszichoedukációs munka várat még magára, hogy a meddőséggel kapcsolatban minél gyakrabban hiteles információ jusson el az érintettekhez azért, hogy az amúgy is magas meddőségspecifikus stressz csökkenjen az oki gondolkodás következtében fellépő önvád és áldozathibáztató hozzáállás megszűnésével (Angster, 2021). A gyermekekre vágyók így jobban tudnának arra fókuszálni, hogy bizonyítottan hatékony, pl. test- és lélekterápiákkal (Szigeti, 2023) javítsanak a megküzdési képességükön, a lelkiállapotuk javuljon, és akár a megfogadás is megtörténhessen (Domar et al., 2000).

Limitációk

A kutatásnak az eredményei mellett korlátai is voltak. A mintavételnek nem volt célja, hogy statisztikailag reprezentatív legyen, és a végeredmény sem lett az. Az online adatfelvétel miatt további torzítás lehet az adatokban, mert azok nem válaszolhattak, akik nem rendelkeztek internetes hozzáféréssel. A válaszokat tovább torzította, hogy nagyon kevés férfi válaszadót talált meg a kérdőív. Valahol ez is mutatja, hogy a téma még mindig a nőket foglalkoztatja jobban. A kérdőívben nem hagytam lehetőséget, hogy spontán válaszokat adjanak a meddőség lehetséges okaira, ezért elképzelhető, hogy ez a válaszadókat befolyásolta abban, hogy elfogadták a felsorolt okok, pl. a pszichés okok létezését is. A meddőség lehetséges okai közül kimaradt a kor mint a termékenységet jelentősen befolyásoló faktor. Mivel azonban a példákban 36 év körüli esetek szerepeltek, ahol a termékenység még kb. 70%-ban adott (Bernard & Krizsa idézi Pápay, 2022), ezért nem gondoltam, hogy ez fontos változó lenne. Ezeken túlmenően elképzelhető, hogy még árnyaltabb képet kapok, ha arra is rákérdezek, hogy mit gondolnak a válaszadók arról, hogy a meddőség következtében is kialakulhatnak pszichés problémák.

Továbbfejlesztési lehetőségek

Azt gondolom, hogy érdemes lenne legalább a férfi nemi arányokat reprezentatívvá tenni egy ilyen kutatásban. Mivel jól látszik, hogy a tévhitek milyen mélyen gyökereznek a köztudatban, a kérdőív kiegészülhetne pszichoeducációval a meddőség pszichés vonatkozásairól, esetleg egy jól megírt cikkel, aminek olvasása után egy héttel le lehetne mérni a válaszadóknak a meddőség lelki összefüggéseivel kapcsolatos tudásának változását. A további edukáció érdekében pedig érdemes lenne rákérdezni, illetve sugallni az érintetteknek, hogy hol és kitől kapnának ebben a témában hiteles információt.

IRODALOM

- Aasink, J. (2017). The delayed transition to parenthood: Economic factors and fertility decisions. *Demographic Research*, 36, 947–978.
- Angster, M. (2021). *Babatörténetek*. Ursus Libris Kiadó, Budapest.
- Benedek, T. (1952). Infertility as a psychosomatic defense. *Fertility & Sterility* 3(6), 527–541.
- Christie, G. L. (1994). The psychogenic factor in infertility. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(3), 378–390.
- Cwickel, J., Gidron, Y. & Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117(2), 126–131.
- Domar, A., Clapp, D., Orav, J., Slawsby, E., Kessel, B. & Freizinger, M. (2000). The impact of Group Psychological Intervention on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19(6), 568–575.
- Fassino, S., Garzaro, L., Peris, C., Amianto, F., Pieró, A. & Abbate Daga, G. (2002). Temperament and character in couples with fertility disorders. *Fertility & Sterility*, 77(6), 1233–1240.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45(11), 1679–1704.
- Justo, J. M. R. M. & Moreira, J. M. (2003). Attachment style and infertility of unknown biological cause. An elusive relationship? Poszter a European Health Psychology Association 17. nemzetközi konferenciáján. Görögország, Kos, 2003. szeptember 24–27.
- King, R. B. (2003). Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Social Science and Medicine*, 56(4), 739–751.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S. & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being – A nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(5), 677–682.
- Lakatos, E., Pápay, N., Ádám, Sz. & Balog, P. (2014). *Paradigmák a meddőség értelmezésében*. https://repo.lib.sem-melweis.hu/bitstream/handle/123456789/2009/Meddoseg_20140523_

- Piroska_VEGLEGESeniko_20140524__1_u.pdf?sequence=1 (Utolsó megtekintés: 2026. június 6.)
- Nagy B. M. (2023). A gyermektelen életpálya pszichológiai kihívásai. In Homokiné Hollósi C. (szerk.) *Reproduktív egészségfejlesztés és meddőségi szaktanácsadás*. Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Pála P. (2023). A humán reprodukció rendellenességei. Előadás. *Reproduktív egészségfejlesztés és meddőségi szaktanácsadás*. Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Pápay N. (2022). A meddőség alapfogalmai és pszichológiai modelljei. In Homokiné Hollósi C. (szerk.) *Reproduktív egészségfejlesztés és meddőségi szaktanácsadás. 2. félév* (pp. 99–154). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Rouchou, B. & Forde, M. (2015). Infertility knowledge, attitudes, and beliefs of college students in Grenada. *Science Journal of Public Health*, 3(3), 357–359.
- Szigeti F. J. (2023). A meddőség pszichoszociális terápiás lehetőségei. In Homokiné Hollósi C. (szerk.) *Reproduktív egészségfejlesztés és meddőségi szaktanácsadás. Mentálhigiénés modul* (pp. 91–155). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Szkodziak, F., Krzyzanowski, J. & Szkodziak, P. (2020). Psychological aspects of infertility. A systematic review. *Journal of International Medical Research*, 48(6), 1–13.
- Szücs-Kádas E. (2024). A meddőség lelki okai c. szakdolgozat. Apor Vilmos Katolikus Főiskola.
- Tanács, E. (2024). A gyermektelen életpálya pszichológiai kihívásai. Előadás *Reproduktív egészségfejlesztés és meddőségi szaktanácsadás. Mentálhigiénés modul*. Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Wischmann, T. H. (2003). Psychogenic Infertility –Myths and Facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20(12), 485–494.

MELLÉKLET

Kérdőív

Nehezített gyermekvállalás –2 nő és 2 férfi egyszerű esete

4 egyszerű eset, ugyanazzal a kérdéssorral, ismétlődő kérdésekkel – nem sok!

TÁJÉKOZTATÓ NYILATKOZAT

Tisztelt Kitöltő!

Szűcs-Kádas Eszter vagyok, végzős reprodukciós egészségfejlesztő és meddőségi szak-tanácsadó hallgató, az Apor Vilmos Katolikus Főiskolán és a szakdolgozatomhoz készülő kutatás során, melynek témavezetője Dr. Soltész Krisztina, a nehezített gyermekvállalás okait vizsgáljuk. A kutatás célja feltárni, hogy mit gondol a közvélemény az önkéntelen gyermektelenség okairól.

A kutatásban való részvétel **teljesen anonim és önkéntes**, káros következménye nincs.

A kutatást bármikor indoklás nélkül akár végleg is megszakíthatja, vagy a kérdések megválaszolását megtagadhatja. A kutatásban történt részvételért anyagi javadalmazás nem jár. Mivel a kérdőív adatai szakdolgozati kutatáshoz járulnak hozzá, ezáltal a kérdőív ki-zárólag adatgyűjtésként szolgál, nem minősül diagnosztikus eljárásként, valamint szemé-lyi visszajelzésre sem tudunk lehetőséget biztosítani.

A kutatás során egy **online kérdőív kitöltésére** kérjük, amely **maximum 10 percet** vesz igénybe. A kérdések megválaszolásakor igyekezzen első megérzésére hagyatkozni, hiszen nincsenek jó vagy rossz válaszok, a saját érzéseire, választásaira vagyunk csak kíváncsiak. Tájékoztatjuk, hogy szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás során gyűjtünk. A kutatás során nyert adatokat **név nélkül összegezzük**, statisztikai elemzéseket végzünk rajta, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg. A kutatás eredményéről orvosi jellegű zárójelentés nem készül.

Köszönettel:

Szűcs-KádasEszter

További kérdés esetén keressenek bizalommal az alábbi e-mail címen:

szucs-kadas.eszter@avkf.hu

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy Szűcs-Kádas Eszter, az Apor Vilmos Katolikus Főiskola reprodukciós és meddőségi szaktanácsadó hallgatójának szakdolgozatához készülő kutatásban önként veszek részt. A kutatás jellegéről annak megkezdése előtt megfelelő tájékoztatást kaptam. További kérdésem nincs. Hozzájárulok ahhoz, hogy a kutatás során a rólam felvett, személyem azonosítására nem alkalmas adatok más kutatók számára is hozzáférhetők legyenek. Fenntartom a jogot arra, hogy a kutatás során annak folytatásától bármikor elállhassak. Ilyen esetben a rólam addig felvett adatokat törölni kell. Tudomásul veszem, hogy a kutatás eredményéről külön orvosi jellegű zárójelentés, külön egyéni jelentés, összszegzés nem készül. Kijelentem, hogy 18 éves elmúltam, a kutatásban való részvételem körülményeiről részletes tájékoztatást kaptam, a feltételekkel egyetértek.

A kutatásban a részvételt vállalom (bejelöléssel jelölendő)

*

- igen
- nem

Demográfiai adatok

Az Ön neve:

- Nő
- Férfi

Az Ön kora:

- 18-25
- 26-36
- 37-50
- 50+

Küzd(ött)-e Ön nehezített gyermekvállalással?

- Igen
- Nem

Az űrlap alja

ESETEK

1. Anna 36 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. Annánál 2 hónappal ezelőtt endometriózt diagnosztizáltak. Anna azonban szeretné jobban körüljárni a témát.

2. Petra 37 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. 3 hónapja járt meddőségi specialistánál, aki nem talált orvosi okot a meddőség mögött. Petra szeretné jobban körüljárni a témát.

Az esetekhez az alábbi kérdőívet csatoltuk:

Az alábbi okokat mennyiben tartja valószínűnek Anna és Petra esetében?

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat és értékelje egy 7 fokozatú skálán az alábbiak szerint (1 = egyáltalán nem valószínű, 7 = legvalószínűbb)!*

- További orvosi ok
- Környezeti hatásból eredő ok (pl. környezeti szennyezés, sugárzás)
- Nem megfelelő életmódból eredő ok (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, túlzott sport)
- Pszichés / lelki ok (pl. párkapcsolati nehézség, stressz, gyerekkori traumák)
- Egyéb ok (pl. Mindenható akarata, spirituális)

*A kérdéshez soronként egy válasznak kell tartoznia!

Az alábbi okokat mennyiben tartja valószínűnek Anna és Petra esetében?

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat és értékelje egy 7 fokozatú skálán az alábbiak szerint (1 = egyáltalán nem valószínű, 7 = legvalószínűbb)!*

- szülői szereptől való félelem
- jövőre vonatkozó egzisztenciális félelmek
- elkötelezettség hiánya a párkapcsolatban
- felnőtt kori feldolgozatlan veszteségek
- gyermekkori trauma
- várandósságtól / szüléstől való félelem
- nem kielégítő a párkapcsolat
- kötődés hiánya
- stressz
- depresszió, szorongás megléte
- nőiséggel való identitásproblémák
- anyagi biztonság / stabil életkörülmények hiánya
- tanulmányok / karrier előtérbe helyezése

*A kérdéshez soronként egy válasznak kell tartoznia!

ESETEK

3. Péter 38 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. Péternél 2 hónappal ezelőtt here visszértágulatot diagnosztizáltak. Péter azonban szeretné jobban körüljárni a témát.

4. Miklós 37 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. Miklós elment meddőségi specialistához, de nem talált semmilyen orvosi okot. Miklós azonban szeretné jobban körüljárni a témát.

Az esetekhez az alábbi kérdőívet csatoltuk:

Az alábbi okokat mennyiben tartja valószínűnek Péter és Miklós esetében?

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat és értékelje egy 7 fokozatú skálán az alábbiak szerint (1 = egyáltalán nem valószínű, 7 = legvalószínűbb)!*

- További orvosi ok
- Környezeti hatásból eredő ok (pl. környezeti szennyezés, sugárzás)
- Nem megfelelő életmódból eredő ok (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, túlzott sport)
- Pszichés / lelki ok (pl. párkapcsolati nehézség, stressz, gyerekkori traumák)
- Egyéb ok (pl. Mindenható akarata, spirituális)

*A kérdéshez soronként egy válasznak kell tartoznia!

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat és értékelje egy 7 fokozatú skálán az alábbiak szerint (1 = egyáltalán nem valószínű, 7 = legvalószínűbb)!

- szülői szereptől való félelem
- jövőre vonatkozó egzisztenciális félelmek
- elkötelezettség hiánya a párkapcsolatban
- felnőtt kori feldolgozatlan veszteségek
- gyermekkori trauma
- nem kielégítő a párkapcsolat
- kötődés hiánya
- stressz
- depresszió, szorongás megléte
- férfiassággal való identitás problémák
- anyagi biztonság / stabil életkörülmények hiánya
- tanulmányok / karrier előtérbe helyezése

*A kérdéshez soronként egy válasznak kell tartoznia!

Lezárás

Köszönjük, hogy időt szánt a kutatásomra!

Szűcs-Kádas Eszter

A víz mélyéből a lélek mélyére – funkcionális meddőséggel küzdő pár meseterápiás esetbemutatása

Hosszú évek óta az imagináció, a szimbólum, a relaxáció és a mese áll a munkám középpontjában. Pályám elején a jeles napokhoz kapcsolódó kézműves tevékenységek pszichés hatásait vizsgáltam, és ezek tapasztalatai természetes átvezetést jelentettek az intermodális meseterápia világába, ahol a kép, a tér, az idő, a mozdulat, a történet, a belső képzeleti munka és a tudatalatti világ egységben működik.

Jelenleg több módszer mellett az intermodális mesepszichológia módszerével végzek lélekre rendező mesemunkát, ahol a narratív és archetipikus képek mozgósítják az egyéni élményvilágot, elősegítve a pszichés újrarendeződést és a belső változást.

Jelen esetben intermodális meseterápiás folyamat során egy klienssel dolgoztam, aki pszichoszomatikusan is megélt termékenységi nehézségekkel küzdött. A terápia középpontjában a *A molnár fia és a víz tündére* című magyar népmese állt. A kliens által fontosnak tartott szimbólumokat – a vizet, a furulyát, a malmot, a nyulat, a vadászt – több síkon dolgoztuk fel. Ez segített előhívni a korai, szavak nélküli élmények, például a születés és az anyai túlvédelem hatásait.

Az intermodális megközelítés lehetővé tette, hogy a kliens belső rétegei között kapcsolat alakuljon, fejlődjön az érzelmi önszabályozás, és újrarendeződjön az identitása. A szimbólumokon keresztüli munka segített, hogy a korábban intellektualizált, kontrollált működésmód helyét fokozatosan az érzelmi átélés és feldolgozás vegye át.

A terápia előrehaladtával a pszichés stabilitás testi szinten is megjelent: a folyamatot követően bekövetkező sikeres fogantatás pszichodinamikai szempontból a belső átalakulás jeleként értelmezhető.

AZ ESETTANULMÁNY BEMUTATÁSÁNAK CÉLJA

1. Megmutassam, hogyan segített az Intermodális Meseterápia egy meddőséggel küzdő párnak.
2. Az eset kapcsolódik a konferencia kérdéséhez is: *Hogyan gyógyítható a férfiak férfi-identitása?*

A bemutatott kliens példája megmutatta, milyen változásokon mehet át egy férfi a termékenységhez és a férfiszerethez való viszonyában.

MESETERÁPIA ÁLTALÁBAN

A mese élő pszichológiai tér: ha odafigyelünk rá, nemcsak megérint, hanem alakít is bennünket – épp ott és akkor, ahol szükség van rá.

Narratív és archetipikus képekkel tudja mozgósítani az egyéni élményvilágot, elősegítve a pszichés újrarendeződést és a belső változást.

INTERMODÁLIS MESETERÁPIA

Az Intermodális Meseterápia kidogozója és IM képzője: Stiblar Erika pszichológus.

Az Intermodális Meseterápia egy komplex, dinamikus és mélylélektani alapokra épülő módszer, amely a szimbólumterápia, a művészetterápiák, a pszichodinamikus szemlélet és a narratív pszichológia elemeit integrálja.

A mese intermodális megközelítése különösen gazdag. A mese különböző modalitásain – szöveg, tér, idő, kép, egyéb érzékelések, érzések, mozgás, imagináció – keresztül többszintű megközelítést tesz lehetővé.

A mese szimbolikája kimeríthetetlen, rendkívül gazdag asszociációs mezőkkel rendelkezik, amelyeken keresztül a kliens aktívan bevonható. Észrevétlenül, az érzelmi oldalról kapcsolódva segíti a belső folyamatok feltárását.

Ugyanakkor az autogenitás elvét is működteti. Belőlünk ered („autogén” szó jelentése: önmagából eredő), mozgásba hozza a belső, önszabályozó erőinket. Ez a belső eredet teszi hitelessé a folyamatot, és biztosítja, hogy a változás ne kívülről „behozott”, hanem belsőleg megélt és átdolgozott legyen.

AZ ESET BEMUTATÁSA

A kliens bemutatása

Bence (fantázianév) 34 éves, mérnök végzettségű, vezető beosztásban dolgozó férfi. Négy éve házas, stabil egzisztenciális háttérrel rendelkezik.

A pár ismeretlen eredetű meddőséggel küzd, az orvosi kivizsgálás során szervi ok nem igazolódott.

Kezdeti attitűd

Fontos körülmény, hogy a kliens nem önkéntes kezdeményezésből kapcsolódott be a meseterápiás folyamatba, hanem házastársa ösztönzésére. Nem küldött, hanem inspirált volt, mert erősen racionális gondolkodásmódja inspirálta őt. A feleség korábban már igénybe vett pszichológusi ellátást más szakembernél. Terápiás folyamatban vett részt, és önismereti munkát végzett. A férj ezt értékelve és átgondolva érkezett az intermodális meseterápiába.

Tünetek

Fő panasz, elsődleges probléma: a fogamzás elmaradása.

Primer (elsődleges) infertilitás. Ezt a tartós fogamzási képtelenség kifejezést akkor használjuk, amikor egy párnak rendszeres, védekezés nélküli szexuális együttlétek ellenére legalább 12 hónapon át nem sikerül első terhességet elérni.

Testi tünetek, amiket részben kivizsgáltatott és negatív diagnózisokat kapott: emésztési problémák, hányinger, hasmenés, izomfeszültség voltak.

Egyéb lelki tünetek, amiket megfogalmazott: szexuális teljesítménnyel kapcsolatos szorongások, értéktelenség érzése, kudarc érzése voltak.

A fokozott teljesítménykényszer és a kontrollvesztéstől való félelem szorongásos állapotokat, belső feszültséget és szomatizációs tüneteket váltott ki. Ezek a kölcsönhatások egymást erősítve alakították a termékenység kérdését, amely Bence önértékelésének és identitásának egyik alappilléreivé vált.

Korai háttér

Bence születése szülei számára többéves fogantatási próbálkozások után, termékenységi nehézségekkel kísért folyamatot követően valósult meg. Ebből fakadóan kiemelt figyelemmel és óvó-védő gondoskodással nevelkedett. Ez a féltő családi attitűd mély nyomot hagyott identitásában: erős kontrolligény és megfelelési vágy alakult ki benne, valamint anyjához való fokozott érzelmi kötődés. Ezek a tényezők egyaránt hozzájárultak dependens mintázatainak kialakulásához.

Központi téma: férfiasság és identitás

Belső világában a férfiasság és az önbizalom kérdése központi szerepet játszott. Az apaság lehetősége számára nem csupán vágy, hanem teljesítményfeladatként is megjelent. Ezáltal férfiasságát részben a gyermeknemzés sikerességéhez kötötte, ami erősen sérülékeny nyé tette identitásának stabilitását.

CÉL

Amiért Bence érkezett: „Gyereket, gyerekeket szeretnénk.”

A terapeuta azonban nem magát a gyerekvállalást célozza, hanem a mögöttes lelki folyamatok és motivációk feltárásán keresztül támogatja ezt a célt.

Terápiás célok felállítása

1. *Kötődési mintázatok tudatosítása* – fontos volt, hogy Bence felismerje, miként hatott rá a túlvédő szülői magatartás, és hogyan befolyásolta ez a férfiasságához és teljesítményéhez való viszonyát.
2. *Kontrolligény oldása* – tegye tudatossá, hogy a túlzott ragaszkodás a kontrollhoz kölcsönhatásban állt a termékenység megélésével, és befolyásolta annak feldolgozását.
3. *Identitás és férfiasság újraértelmezése* – a maszkulinitás fogalma ne kizárólag külső teljesítménymutatókhoz, például a reprodukív képességhez kötődjön, hanem váljon az önazonosság és az érzelmi stabilitás részévé.

Terápiás folyamat és motiváltsági ív

A terápiás folyamat hét ülést foglalt magában, amelyet egyéni, kb. 50 perces találkozások keretében tartottunk, heti rendszerességgel. Egyetlen mesével dolgoztunk a teljes folyamatban.

A programot utókövető alkalom egészítette ki.

A kezdeti szakaszban erőteljes ellenállás és szkeptikus attitűd volt jellemző, amely részben mérnöki, racionális gondolkodásmódjából, részben pedig a szimbolikus történetek iránti fenntartásaiból fakadt.

Első alkalmakkor Bence kíváncsi, de bizonytalan volt, hogy jó helyen van-e.

Eleinte nem volt együttműködő. Sokat értelmezett, racionalizált, tanulságokat keresett.

Többször irányítottam a figyelmét a mesei történetek érzelmi megélésére. Körülbelül a harmadik-negyedik alkalomtól kezdte integrálni a mesét a saját pszichés világába. Ezzel elkezdődött a pszichodinamikai átalakulás. Már szóban is megjegyezte, hogy ezek a gyakorlatok „könnyítenek”.

Hamarosan motiválttá vált egy intenzív otthoni munkára is, az asszociációk önálló autogén módon való gyűjtésére. Az asszociációs hálózat életre keltése óriási segítség volt a terápiás hatás elérésében.

A folyamat zárásakor a kliens kifejezte sajnálatát az utolsó alkalom miatt, enyhe szorongást érzékelt a közelgő lezárás következtében, ami a befejezés természetes érzelmi reakciójának tekinthető.

A VÁLASZTOTT MESE

Első alkalommal került sor a mese felajánlására. Fontos mozzanat volt, hogy a kliens autogén módon maga kereste és választotta ki a számára megfelelő történetet.

A mese a kliens belső repertoárjából fakadt, így a folyamat belsőleg motivált és személyre szabott volt, ez az autogenitás biztosította a terápiás munka kiindulópontját. Ugyanez a belső eredet tette a feldolgozást autentikussá: a kliens saját élményeiből és asszociációiból, hiteles módon történt a munka.

Meseszüzés

A teljes mese elérhetősége: <https://olvasovanevels.gportal.hu/gindex.php?pg=36488592&nid=6836341>

A mese rövid tartalmának ismerete elengedhetetlen az eset megértése szempontjából.

A molnár fia és a vízitündér

Volt egy gazdag vízimolnár, aki egy napon minden vagyonát elveszítette. Egy hajnalon kiment a malom körül sétálni, és a vízben meglátott egy gyönyörű tündért. A tündér így szólt: „Segítek neked, de cserébe add nekem a legdrágábbat a házádban, amit még nem is ismeresz.” A molnár beleegyezett, nem sejtve, hogy a legdrágább kincs a kislánya lesz, aki aznap született.

A gyermek megszületett, és szülei féltő gondokkal óvták, hogy a vízitündér ne érhesse el. Nőtt, erős és ügyes lett, de apja mesterségét nem folytathatta, hanem egy nagy vadász mesterhez adott tanulni. Megnősült, feleségül vette a vadászmester leányát.

Egy nap az erdőben vadászott, és egy nyúl ugrott elé. A vadász lelőtte, majd megnyúzta a nyulat, és a bicskájával a tó vizében akarta megtisztítani véres kezét. Ekkor a vízitünder hirtelen kibukkant, és berántotta őt a tó mélyére.

Felesége otthon aggódott, de nem adta fel. Álmodott, amelyben egy öregasszony segített neki: először a fésűt, majd a furulyát, végül a guzsalyos orsót kellett használnia. Este, amikor felkelt a telihold, szépen fészülködött, furulyázott és fonogatott. A víz habjai először csak jelezték, hogy férje közel van: első alkalommal csak a feje bukkant ki, második alkalommal derékig, végül teljesen ki tudott jönni, és átölelték egymást.

Ám a víz sodrása elsodorta őket, ismét távolra választva egymástól, de kitartásuknak, türelmüknek és a furulya segítségének köszönhetően végül újra találkoztak. Összeölelkeztek, és újra együtt folytatták életüket, immár biztonságban és szeretetben.

Fordulópontok

A terápiás előrehaladás szempontjából releváns fordulópontok a kliens által választott szimbolikus elemek mentén váltak értelmezhetővé, különböző módszerspecifikus technikák alkalmazása révén.

A mese fokozatosan vált a tudattalan tartalmak fokozatos tudatosításának eszközévé.

Első fordulópont

A terápia első fordulópontja a víz és a furulya motívum megjelenéséhez kötődött. A furulya éneke nagyon tetszett Bencének. A mesebeli feleség a teliholdnál furulyált, és a furulya azt mondta: „Téged minden szív sajnál.” Ekkor került elő a születési trauma és az anyai aggodalom belső lenyomata. Bence: „Olyan nehezen születtem meg. Nemcsak nehezen indultam, de még kibújni sem akartam.” „Ez elég sajnálatos lehetett. Sajnálom anyámat és magamat is...”

A víz – mint élet és veszély kettőssége – végig kísérte a folyamatot, tükrözve Bence ambivalenciáját az önátadás és az önkontroll között.

További megosztásként elmondta, hogy kicsi fiúként elvitték úszást tanulni, de az édesanyja megnézett egy úszásoktatást és azonnal kivette az úszásról, mert „az veszélyes”.

A mese során, amikor a víz motívuma megjelent, Bence légszomjat és mellkasnyomást tapasztalt, ami testi-érzékszervi szinten erősen megszólította. Bár az intermodális feldolgozás irányát a légszomj, a mellkasnyomás és a víz élményére indítottam volna, Bence a beszélgetést a „sajnálát” élménye felé terelte. Ez az önsajnálát, különösen az anyára irányt érzett sajnálát, a furulya motívumában jelent meg, amelyet a kliens otthoni asszoci-

ációs munkára is felhasználhatott: kértem, hogy válasszon egy elemet a népmeséből, ami támogatja ezt a feldolgozást. Saját ötleteként bontakozott ki a gyakorlás iránti motiváció a feleség furulyáján.

Második fordulópon

A második nagy fordulópon a malom szimbólumának megjelenése volt. Ezt a motívumot is összekötötte a víz motívummal. Arra kértem, hogy a mesei történéseket ne elsősorban értelmezze, hanem engedje meg magának az élményszintű átélést, és figyelje meg, milyen érzékszervi benyomások válnak számára hangsúlyossá a történet során. A cél az volt, hogy a kognitív megközelítésről az érzelmi-imaginatív megélés irányába terelődjön a figyelme. Rövid kezdeti bizonytalanság után a vízhez kapcsolódó hangélményeket emelte ki, különösen a patakban forgó malom hangját. A malom és a víz imaginatív hangzó élménye után Bence felismerte, hogy a malom „nagy energiaforrás”, amelyben az áramló víz – a lelki energia – alakítja az életet. Nemcsak jön, áramlik a víz és energiát ad a malomba, de ez a patak vize tovább is halad. Élő, további energikus áramlással. Nem vész el az energiája, miközben a malomban már felhasználódott.

Ez a szimbólum segítette őt abban, hogy elkezdje integrálni saját erőforrásait, és kapcsolatba lépjen belső energiáival.

Harmadik fordulópon

A harmadik fordulópon, a terápiás folyamat mélypontja és legintenzívebb része a tündér, a vadász és a nyúl motívumának felismerése.

A tündér. A tündér alakjában Bence anyját ismerte fel. A fókuszáló kérdésre „Most mi szólította meg?”, a mese azon jelenetét emelte ki, amelyben a tündér a vízben, nagy hullámok között bukkan fel, és újra meg újra elragadja őt. A hullámozó víz képi dinamikája mellett a víz hangja is kiemelkedett, erősítve az élményt. A további reflexió során feltettem a kérdést: „Ki lehet a tündér, és mit jelent az elragadás?” – a kliens tündérképe az anyafigurához kapcsolódott: egyszerre jelent meg vonzó, szeretetteljes alakként, ugyanakkor az elragadás, az elsodródás és a magához kötés élményét is hordozta. A mese kép- és hangvilága így a jelenlegi anya-gyermek kapcsolat élményszintű megélését tükrözve, különös tekintettel a közelség és az elengedés feszültségére.

A nyúl. Kérdésemre, hogy mi jut eszébe a nyúlról, ezt a választ kaptam: „Félős, ijedős állat, de nagy az energiája. És szapora, sok a kölyke. Nekem meg nem akar gyereke lenni. Amúgy nagyon aranyos a nyúl. Szeretem a nyulakat. Sajnáltam, hogy lelőtte a vadász.

Vagyis én.” Kis gondolkodás után a saját termékenységének a kiirtása jutott eszébe. A nyúl a termékenység, de egyben a félelem szimbóluma lett. A mese során Bence figyelmét erőteljesen megragadta a nyúl motívuma, amely egyszerre jelenítette meg a termékenységet és a félelmet, tükrözve saját férfiasságával való ambivalens viszonyát.

A vadász. Bence magát a vadással azonosította, aki lelőtte a nyulat. „Vadász lettem, de nem tudok lőni, férfi vagyok, de nem tudok »gyereket csinálni«. Csak egy nyomorult nyulat lőni...” A narratívában a felismerés, hogy a „vadász” – vagyis a férfi – maga „lövi le” a „nyulat” (saját termékenységét), intenzív belső konfrontációt idézett elő.

Ráadásul ez a jelenet vezette el a vadászt a tó vizéhez, ahol megjelent a tündér: a víz képi és auditív minősége – a hullámok mozgása, a víz hangja – erőteljesen kísérté az élményt. A tündérral való találkozás során a korábbi félelem érzése, amely a tündérelragadásban manifesztálódott, összekapcsolódott az anyjához fűződő élménnyel, így a mese lehetőséget adott arra, hogy Bence intermodális szinten, élményszerűen dolgozza fel a közelség és az elengedés, valamint a bizalom és félelem kettősségét. A mese látszólag kis eseménye – a nyúl lelövése – élményszinten mégis erőteljesen megszólította, és irányt adott a megoldás felé, a vízben az elragadó tündérral való konfrontációhoz.

E szimbólumok feldolgozásával, megértésével ismerte fel saját működését.

Az összefoglaló kérdésre: „Milyen szimbólum foglalja össze az érzéseit?” Bence két szimbolikus reprezentációt választott: malomkerék és furulya,

1. Malomkerék

A malomkerék folyamatos forgása a saját élettörténetének, valamint az apai örökség és a termékenység dinamikus elfogadásának jelképe lett. A malomkerék fejezte ki számára azokat a belső folyamatokat, amelyek során Bence összekapcsolódott saját belső energiáival és életerejével, és megtanulta irányítani azokat, ahogy a malomkereket a víz folyása hajtja – a saját belső erőforrásain keresztül.

2. Furulya

A furulya Bence számára az önállóság, a belső nyugalom, a szabadság és az egyszerű örömek megtalálásának jelképe lett. A furulyázás a kliens számára olyan belső harmóniát testesített meg, amelyet függetlenül, önállóan sajátított el, és amely egyensúlyt és örömet hozott neki a terápia során.

A furulya a kapcsolatuk mély bizalmát és érzelmi stabilitását is szimbolizálta: „A furulya hangja segít nekem megélni, hogy a kölcsönös támogatás és harmónia oldja a

gyermekáldással kapcsolatos szorongásaimat. A furulya ki tud hívni abból a félelemből, amit a víz adott nekem. Talán ez teret ad a termékenységnek, nemcsak fizikailag, hanem érzelmileg is. De az sem baj, ha valamiért nem akar jönni a baba...”

Ezek a szimbólumok együttesen is megjeleníthették a terápia eredményeit: a malomkerék az élet energiáinak áramlását és elfogadását, míg a furulya a belső harmóniát és nyugalmat.

KONKRÉTAN ÉRZÉKELHETŐ EREDMÉNYEK

„Anyámmal mostanában többször veszekedtünk. Nem történekekről és sikerekről beszéltem vele, hanem olyan érzésféléről... Ez nem volt szokványos, de nekem jól esett. Ő meg nem értett.”

Az utóbbi hetekben már nincs mindennapos beszélgetés az anyjával. Amikor találkoznak, beszélgetnek, nem akar sikerekről beszámolni neki.

Feleségével már tud érzéseiről beszélni.

Megfogalmazta, hogy elengedte a görcsös, kényszeres gyermekvárast. Már nem beszélnek erről napi rendszerességgel és nem „tesztelnek” minden együttlét után.

Bence elsődleges és konkrét célja az volt, hogy „gyereket szeretnék”. Az intermodális meseterápia folyamán konkrétan átfogalmazta célját. Célja már nem elsődlegesen a gyermekvállalás, hanem saját belső félelmeinek és korlátozó mintáinak feldolgozása, érzelmi biztonságának és kapcsolódási képességeinek erősítése volt, ami egyben csökkentette a meddőséggel kapcsolatos aggodalmait is.

Belső kincsek

Bence a terápia során, *A molnár fia és a víz tündére* c. mese feldolgozása révén, olyan fontos belső kincseket vitt el a „tarisnyájában”, amelyek segítik őt a további életútján. Ezek a következők lehetnek:

Önmagához való kapcsolódás: Bence megtanulta felismerni és elfogadni a saját érzelmeit és félelmeit, különösen a születéssel és vízzel kapcsolatos traumákat. Ezáltal megerősödött a saját belső biztonságérzete.

Új kötődési minták: Bence képes volt elengedni a múltbéli maladaptív kötődéseket és ezzel elérte, hogy most biztonságosabb, kiegyensúlyozottabb párkapcsolatban éljen.

Belső erő és termékenység: A mese szimbólumai segítettek neki újra felfedezni a termékenységhez és alkotáshoz szükséges belső energiákat, így fizikailag és érzelmileg is képes volt felkészülni a családalapításra.

Elengedés és bizalom: Bence a terápiás folyamat során megtanulta, hogyan engedje el a félelmeit és aggodalmait, és hogyan bízjon az élet természetes áramlásában, különösen a születés és a családalapítás terén.

ÖSSZEGZÉS

A molnár fia és a víz tündére c. magyar népmese feldolgozása lehetőséget nyújtott Bencének, hogy mélyebb rétegeiben dolgozza fel születésstraumáját, vízfóbiáját és a szülői kapcsolataiban kialakult túlzott kötődéseit. Az intermodális megközelítésben alkalmazott sokféle relaxációs módszer és különféle imaginációs technikák rugalmasan igazodtak az aktuális érzelmi állapotaihoz, lehetővé téve az élmények testi és érzelmi szintű integrációját. A mese szimbólumai és archetípusai révén hozzáférhetővé váltak olyan érzések, amelyek segítették szorongásos kapcsolati mintáinak és belső biztonságának megerősítését. A terápiás folyamat során Bence fokozatosan újraértékelt és integrálta korábbi traumáit, szorongásai csökkentek, pszichés és érzelmi blokkjai oldódtak. Ennek köszönhetően a meddőséghez fűződő testi és lelki folyamatok kiegyensúlyozottabbá váltak, elősegítve termékenysége helyreállítását és a nyitottságot az életadás lehetőségére.

UTÁNKÖVETÉS: POZITÍV TERHESSÉGI TESZT

Pár hónappal a mese feldolgozását követően Bence felesége pozitív terhességi eredményt kapott, ami mélyen meghatotta a párt. Reflektáltak arra, hogy a mese során felszabadított érzelmi tartalmak és belső erő hozzájárultak ahhoz, hogy saját ritmusukra és érzelmi egyensúlyukra találjanak, megértve, hogy a termékenység testi és pszichés folyamatok integrációja.

Ismét egy probléma

Bence esetében a várandós felesége és a születendő gyermek iránti túlzott féltés szorongásos attitűdökben és a biztonság keresésében nyilvánult meg, tükrözve a korábbi kötődési minták hatását.

A KONFERENCIA KÉRDÉSE: HOGYAN GYÓGYÍTHATÓ A FÉRJEK FÉRFIIDENTITÁSA?

A férjek férfiidentitása akkor gyógyítható, amikor a férfi a teljesítménykényszerből és külső elvárásokból visszatalál a belső, önazonos férfierőhöz. A bemutatott esetben ez azt jelentette, hogy a gyermeknemzést nem bizonyítandó férfivizsgaként, hanem kapcsolati és belső érésként élte meg – és ez nyitotta meg számára a valódi, pszichés és lelki termékenységét.

FELHASZNÁLT HÁTTÉRFORRÁSOK

Az alábbi források a szakmai tájékozódásomat és módszertani tudásomat támogatták anélkül, hogy konkrét szöveghelyekre hivatkoztam volna.

Könyvek

- Anselm, G. (2012). *A belső képek gyógyító ereje*. Jel Kiadó.
- Anselm, G. (2018). *Belső erőforrásaink*. Korda Kiadó.
- Bettelheim, B. (1994). *A mese bűvölete és a bontakozó gyermeki lélek*. Gondolat Könyvkiadó.
- Jung, C. G. (1993). *Mélysegeink ösvényein*. Gondolat Kiadó.
- Propp, V. (1975). *A mese morfológiája*. Gondolat Kiadó.
- Szőnyi, M. (2020). *Az eltűnt és megtalált idő nyomában*. KORSZEF.
- Szőnyi, M. & Royer, J. (2005). Metamorfózisok tesztje. *Iskolapszichológia*, 23.
- Művészetek – Szimbólumok – Terápiák* (é. n.). Pszüchagógosz „Lélekvezető” Integratív Pedagógiai, Pszichológiai és Művészeti Bt. https://bookline.u/product/home.action?_v=_Muveszetek_Szimbolumok_Terapiak_&type=20&id=1020254 (Utolsó megtekintés: 2026. június 6.)

Könyvfejezetek, szerkesztett kötetekben megjelent írások

- Bagdy E. & Szőnyi M. (1991). Relaxáció: A személyiség egységének pszichoszomatikus megközelítése. In Bagdy E. & Szőnyi M. (szerk.) *Relaxáció: A személyiség egységének pszichoszomatikus megközelítése* (pp. 13–26). (Introspekció sorozat 1.) OTK kiadvány.
- Szőnyi M. (2008). Relaxációs és imaginatív terápiák. In Szőnyi G. & Füredi J. (szerk.) *A pszichoterápia tankönyve* (pp. 325–338). Móra Kiadó.
- Szőnyi M. (2017). Metatörténeti elemzés a szimbólumok eszköztárával. In Deák Zs. (szerk.) *Jung nálunk I*. Ursus Libris Kiadó.

Folyóiratcikkek

- Bagdy E. (1993). Relaxációs és szimbólumterápiák. *Psychiatria Hungarica*, 8(3), 161–167.
- Stiblár E. (2015). Népmeséink lélektani hatásai – meseterápia a lélekrendező mesemunka optikájából. *Pszichoterápia*, 24(4), 296–305.
- Stiblár E. (2017). Történetyszövéssben átalakulni – közös mesealkotás intermodális meseterápiával. *Pszichoterápia*, 26(3), 198–208.

A felhasznált népmese

A molnár fia és a vízi tündér. (é. n.). Elérhető: <https://olvasovanevels.gportal.hu/gindex.php?pg=36488592&nid=6836341>

Népmeseváltozatok

A víz tündére. In Sebestyén Á. (gyűjt.) *Bukovinai székely népmesék I.* (38. sz.) Fábíán Ágostonné – Marika meséi. Szekszárd 2009. Elérhető: <https://bajaimuzeum.hu/wp-content/uploads/2021/11/bukovinaiszekelynepmesek.pdf>

ABSZTRAKTOK

Asztalos Dániel

*katolikus teológus, képzésben lévő családterapeuta és mentálhigiénés lelkigondozó,
az Anna–Joachim-program Párkonzultációs Centrumának koordinátora (AVKF)*

Hit és székelyen

„Az ember és a felesége elrejtőztek a kert fái közé az Úr Isten színe előtt. Az Úr Isten azonban szólította az embert: »Hol vagy?«” (Ter 3, 8–9) – hangzik fel a teremtéstörténet első kérdése.

Az ember saját mezítelenségére eszmél, és fügefalevelekkel takargatni kezdi magát. Mindaz, ami idáig természetes volt, az szégyennel és kiszolgáltatottsággal itatódik át. Az ember Isten előtt bujkál, elrejtí önmagát, és saját maga mezítelensége felett alkot ítéletet. Megváltozik a perspektíva, már nem Isten szemével kezdi látni magát, hanem saját ítéletein keresztül. Mindkét teremtéstörténet kitér Isten eredeti szándékára, a szaporodásra és sokasodásra, ami a növényekre, az állatokra és az emberre is vonatkozik.

Sok házaspár találja magát abban a helyzetben, hogy nem tudja összeegyeztetni Isten eredeti tervét saját valóságával, hogy számukra miért nem adatik meg a gyermekáldás. A szégyenérzés rendszerint itt is megjelenik, de nem morális összefüggésben, hanem Isten ajándékának elmaradásában. Nőkben és férfiakban gyakran felerősödik a csökkentértékűség érzése is, amely Istennel való kapcsolatukat átalakítja, megnehezíti. Előadásomban arra keresem a választ, hogy miként hathat a nehezített élethelyzet az érintettek istenkapcsolatára, illetve milyen feloldása lehet ennek a mély egzisztenciális és teológiai feszültségnek, különös tekintettel a férfiak megélésére.

Barabás-Danka Beáta

lelkigondozó, fókuszoláorientált terapeuta

A fókuszolás mint önsupervíziós módszer

Előfordul, hogy egy klienssel folytatott beszélgetés után elbizonytalanodunk: valami megérintett bennünket, foglalkoztat vagy zavar, és talán nem is tudjuk pontosan, hogy mi. Hogyan hallhatjuk meg azt a halk, mégis bölcs belső hangot, amely segít

eligazodni ezekben a helyzetekben? A fókuszolás erre kínál lehetőséget: megtanít odafigyelni a testben megjelenő, még meg nem fogalmazott tapasztalatokra.

A fókuszolás a személyközpontú, élményalapú pszichológiai irányzathoz tartozik, és Eugene Gendlin, osztrák származású, az Egyesült Államokban élt filozófus és pszichoterapeuta nevéhez fűződik. Önreflektív módszer, amely elősegíti a gondolati, érzelmi és testi szintű párbeszédet, ezáltal támogatja az elakadások feloldását. A lelki folyamatok nem csupán az elmében, hanem a testben is zajlanak – ha figyelünk belső, zsigeri jelzéseinkre, a testünk értékes információkat adhat helyzetünk megértéséhez és megoldásához.

A fókuszolás segít megállni, ráérezni arra, mi történik bennünk valójában, és megtalálni a következő lépést a helyes irányban. A workshop során a résztvevők saját élményen keresztül próbálhatják ki a módszert.

Maximális létszám: 8 fő.

Bársony Csongor¹ – Mikl Tamás² – Tomanóczy-Harangozó Orsolya³ – Dr. Nagy Beáta Magda^{4*}

^{1, 2, 4} ELTE PPK Pedagógiai és Pszichológiai Intézet (Szombathely)

³ doktorandusz, ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola

Hogyan gondolkodunk a termékenységéről/terméketlenségről?

A meddőség egyéni és társadalmi megítélésében fontos szerepet játszanak azon ismeretek és elképzelések, amelyekkel az érintettek rendelkeznek az adott témával kapcsolatban. A helytálló ismeretek hiánya, a téves hiedelmek, a dezinformáció és a meddőséggel kapcsolatos negatív attitűdök közvetlenül hatnak a probléma felvállalására és a segítségkérés késleltetéséhez vezetnek.

Jelen kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy a reprodukív korban lévő nők és férfiak milyen tényezőket vélnek a legnagyobb hatásúnak a termékenység és a terméketlenség vonatkozásában. Továbbá arra kerestük a választ, hogy a részt vevő személyek milyen attitűdök mentén gondolkodnak a meddőségről és a gyermektelenségről.

Eredményeink alapján a megkérdezettek hajlamosabbak női okokat feltételezni a kialakult meddőség hátterében, azzal az általános tudományos konszenzussal szemben,

^{*}a Reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

hogy a női és férfi eredetű meddőség előfordulási aránya megegyező. Ez alapján következtethetünk arra, hogy nemi különbség rajzolódik ki a meddőség megítélésében, miszerint a meddőség inkább a nőkhöz társított problémaként jelenik meg a vizsgált mintán.

A kutatást az érintettek körében tervezzük folytatni, az ő termékenységre vonatkozó ismereteik, valamint az általuk megélt negatív attitűdök (internalizált, megélt és anticiált stigma) és azok következményeinek feltárásával.

Bódisné Szedleczy Fanni

*pedagógus, cikluskövetés-oktató, RFM-hallgató (AVKF)**

Személyiségfejlesztő és szexuálpedagógiai preventív programok kamasz és fiatal felnőtt korban a bátor és felelősségteljes gyermekvállalásért

Miért vannak sokkal nehezebb helyzetben a fiatalok ma, mint fél évszázaddal ezelőtt? Miért nem vállalnak a párok gyermeket termékenységük csúcán?

Milyen készségek és körülmények birtokában lenne esély egy biztonságos, boldog és tartós párkapcsolatra?

Milyen lehetőségük van ma a kamaszoknak és a fiatal felnőtteknek tudatosan felkészülni testileg, lelkileg, szociálisan és spirituálisan a NAGYBETŰS ÉLET vállalására és továbbadására?

Mi a mi felelősségünk ebben szülőként, pedagógusként, segítő szakemberként?

M. dr. Dulácska Csilla

*mentálhigiénés szakember, fókuszolásorientált terapeutajelölt,
cikluskövetés-oktató, CSÉN-mentor tanácsadó, MFM-foglalkozásvezető, RFM-oktató (AVKF)***

Nővé válásunk lenyomatai – az első menstruáció élménye

A menstruáció az első biológiai és pszichológiai beavatási élmény a nővé válás útján – mégis, kevesen kaptunk hozzá valódi beavatást, támogató jelenlétet vagy méltó kerekettet. Pedig a testünkkel, termékenységünkkel és nőiségünkkel való kapcsolat gyakran már ekkor formálódik: szégyen, zavar, titok vagy éppen büszkeség kíséretében.

*a Reproaktívégészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés hallgatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

**a Reproaktívégészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

A műhelymunka során önreflexiós gyakorlatokon és megosztásokon keresztül rátekintünk, hogy az első menstruáció élményén keresztül milyen üzeneteket kaptunk a női test működéséről és értékéről. A cél annak jobb megértése, hogy ezek a korai tapasztalatok hogyan hatnak jelenlegi testképünkre, ciklusunkhoz és termékenységünkhöz való viszonyunkra.

A műhelymunka folyamata támogatja az önfogadást, a testtel való újrakapcsolódást, és teret ad a női identitás gyógyító újraértelmezésének. Kis létszámú, biztonságos, elfogadó közegben zajlik, ahol mindenki annyit oszt meg, amennyit szeretne.

Maximális létszám: 8 fő.

Juhász Anna¹ – Dr. Matuszka Balázs² – Dr. Kopa Zsolt³

¹okleveles pszichológus, Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Andrológiai Centrum (Budapest); doktorandusz, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Operatív Orvostudományi Tagozat (Budapest)*

² pszichológus, Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet (Budapest)

³ urológus, Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Andrológiai Centrum (Budapest)

A nemzőképesség-zavarok pszichológiája: amit a jéghegy csúcsáról tudunk

A nemzőképesség-zavarral élő férfiak körében a leggyakrabban előforduló érzelmi-hangulati problémák a depresszív és szorongásos tünetek, valamint zavarok. Bizonyos pszichológiai tünetek a férfiak életminőségére, valamint a reprodukzív funkciókra is hatással lehetnek. A férfi-nemzőképességi problémák hosszabb távon együtt járnak az emelkedett mértékű distresszel és a szexuális funkciók romlásával.

Az érintetteknél a maladaptív megküzdési stratégiák alkalmazását fokozza a betegséghez társított stigma internalizálása, amely hosszú távon a társas izolációt eredményezheti. A férfimeddség szakirodalmában erre vonatkozóan még nincs elegendő számú adat, de tágabb kontextusban egyre több alátámasztást kap a férfi típusú megküzdés relevanciája. A lakossági mintán mért adatok szerint a férfiaknál gyakrabban jelenik meg az excesszív alkoholfogyasztás, a pszichostimulánsok használata, mint a nőknél.

*a Reprodukcióegészség-fejlesztő és meddségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

Továbbá a férfiaknál az érzelemszabályozás vonatkozásában a nőkhöz képest gyakrabban az ingerlékenység, a frusztráció és az impulzivitás – különösen pszichopatológiai (pl. depresszió) problémák fennállása esetén.

Az egyre növekvő számú, figyelemfelhívó szakirodalmi adatokkal ellentétben azonban a férfinemzőképességi-zavarok pszichológiai megismerése és kezelése mind a tudományos, mind a betegellátási színtereken jelenleg limitált. Az előadásban bemutatásra kerülnek az ellátás szempontjából különösen releváns szakirodalmi adatok és a Semmelweis Egyetem Andrológiai Centrumában zajló pszichológiai kutatások eddigi részeredményei és tapasztalatai.

Klinger Mária

*munka- és szervezetszakpszichológus, család- és rendszerterapeuta,
brief coach és OH-kártya instruktork, Átjáró Mentálhigiénés Iroda (Vác)*

Hogyan tudjuk segíteni a férfiakat szakemberként a nehezített gyermekvállalás esetén?

Pszichológusi munkám során az egyéni és páros terápiákon sokszor találkozom meddőséggel vagy perinatális veszteséggel, amiben a férfiak érintettsége és feldolgozási, illetve elfojtási mechanizmusai is egyre jobban előtérbe kerülnek.

A workshopon a szakembereknek kívánom bemutatni, hogy hogyan használom a feldolgozási folyamat során az OH-kártyát, ami egy pszichológiai önismereti asszociációs kártya. Az OH-kártyákkal való pszichológiai módszert Moritz Egetmeyer német humanisztikus pszichológus álmodta meg és dolgozta ki.

A képek és szavak használata a jobb agyfélteke aktivizálásával az egyén működését és elakadásait, illetve belső erőforrásait és megoldási lehetőségeit mélyebb és más szempontú megértéssel közelíti meg. A kártya segíti az érzések felismerését, felvállalását és elősegíti a nyitottságot a más termékenységi megoldások felé.

Maximális létszám: 8 fő.

Makkné Kende Adrienn¹ – Schaffler Orsolya²

¹cikluskövetési oktató, RFM-hallgató (AVKF)*

²cikluskövetési oktató, RFM-oktató (AVKF)**

Termékenységet helyreállító orvoslás (RRM) – hatékony segítség termékenységi nehézséggel küzdőknek

A szekció során Dr. Tóth Ágnes nőgyógyász délelőtti előadásához kapcsolódva azt kívánjuk bemutatni, miként valósul meg a termékenységet helyreállító szemlélet (RRM) gyakorlati alkalmazása Magyarországon. Bemutatjuk, hová fordulhatnak a nehezített gyermekvállalással küzdő párok, milyen TB-alapú és magánlehetőségek érhetőek el, milyen problémákra lehet megoldás az RRM orvoslás. A Katolikus Szeretetszolgálat „Természetes Gyermekáldás” projektjének célja, hogy cikluskövetést oktató szakembereket, valamint a reprodukatív egészség helyreállítását előtérbe helyező orvosokat képezzen és továbbképezzen. A szekcióban röviden bemutatjuk az RRM orvoslás protokolljainak főbb vonásait, a férfi- és nővizsgálatok itthoni gyakorlatát, a térítésmentesen igénybe vehető Semmelweis Egyetem Természetes Gyermekáldás Ambulanciáját (SOTE RRM szakrendelés) és más hasonló lehetőségeket.

Dr. Matuszka Balázs

*pszichológus, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, egyetemi docens,
Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Intézet (Budapest)*

A férfi-nemzőképességi zavarok és az életmód összefüggései

A férfitartilitási problémák életmódbeli faktorokkal való összefüggéseit mára számos epidemiológiai kutatás eredménye támasztja alá. A környezeti és a munkatevékenységgel összefüggő potenciális ártalmak mellett a megváltoztatható életmódbeli tényezők szerepe felértékelődött. A leggyakrabban vizsgált életmódbeli tényezők a dohányzás, az alkoholfogyasztás, az obezitás, az illicit drogok használata, a pszichés stressz, az egészségtelen étrend. A rossz alvásminőség mellett a mobiltelefon-használat következtében szerzett elektromágneses ártalom és a heréket érő hőstressz kérdései az elmúlt néhány évben kerültek a kutatások fókuszába.

*a Reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés hallgatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

**a Reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor

A kurrens szakirodalmi eredmények szerint az életmódbeli tényezők nemcsak az infertilitással kapcsolatos kórállapotok kialakulásához és progressziójához járulhatnak hozzá jelentős rizikótényezőkként, hanem az általános életminőség, valamint a betegséggel való sikeres megbirkózás szempontjából is kitüntetett jelentőségűek. Külön kiemelendő a diagnózissal való szembesülés által keltett stresszállapot, amely pszichológiai kezelése a férfiak körében nagyon gyakran jár együtt potenciálisan egészségkárosító viselkedésformák (pl. alkoholfogyasztás) fokozott alkalmazásával.

Az előadás során az életmódbeli tényezők és a férfinfertilitás közötti összefüggések szakirodalmi bemutatásán túlmenően említésre kerülnek azok a bizonyítékokon alapuló minimálintervención és alacsony intenzitású pszichológiai intervenciókon alapuló technikák, amelyek segítségével hatékonyan és jelentős mértékben hozzá lehet járulni ahhoz, hogy a mindennapi klinikai gyakorlatban feltárhatóvá válhassanak az életmódbeli kockázati tényezők. Az életmódbeli változashoz szükséges motiváció kialakíthatóvá és megerősíthetővé tehető az érintett páciensek körében, amely mentén a problémák kezelhetőekké válhatnak, szükség esetén a szakellátásba történő irányítás segítségével.

Muzslai-Bízik Bencze¹ – Muzslai-Bízik Hanna²

¹ teológus, ifjúságsegítő

² gyógypedagógus, konduktor, a *Várva várlak c. könyv* szerzője

A meddőség férfiszemmel – egy személyes történet tükrében

Az idei Anna-Joachim-konferencia a meddőség témáját ezúttal a férfi oldalról közelíti meg. Előadásunkban saját tapasztalatainkra építve – érintett házaspárként – szeretnénk bemutatni, milyen testi-lelki folyamatokon megy keresztül az a férfi, aki szembesül termékenységhiány nehézségeivel. A fókusz elsősorban a férfi megélésére helyezzük, melyen belül kitérünk a párkapcsolati dinamikákra, valamint az egyéni lelki utakra is.

Az előadás részeként szerepet kap a *Várva várlak* című könyv, amely a női oldal érzékeny és mélylélektani feldolgozását mutatja be. A konferencián Bencze ezzel párhuzamosan a férfinézőpontot szólaltatja meg, hangot adva annak a sokszor elhallgatott belső világnak, amely a férfiakat hasonló helyzetben jellemzi.

Célunk, hogy megszólítsuk azokat a férfiakat, akik hasonló kihívásokkal néznek szembe, és bátorítást adjunk számukra. Előadásunk ugyanakkor segítheti a meddő-

séggel érintett férfiak környezetében élő nők még átfogóbb megértését is, és támogatást nyújthat mindazoknak – szakembereknek és segítő hozzátartozóknak egyaránt –, akik meddőséggel küzdő párokat kísérik útjukon.

Dr. Nagy Beáta Magda

klinikai szakpszichológus, reprodukív pszichológiai szaktanácsadó, szociológus. Az ELTE PPK Pedagógiai és Pszichológiai Intézet (Szombathely) egyetemi adjunktusa, a pszichológia szakcsoport vezetője. Szakterülete a reprodukív egészségpszichológia, azon belül is elsősorban a meddőség pszichológiai segítése, a termékenységi problémák férfi vonatkozásai és a gyermektelen életpálya.

*RFM-oktató (AVKF)**

A férfimeddőség pszichoszociális aspektusai

Bár a férfi és női eredetű infertilitás előfordulási gyakoriságában nincs különbség, a meddőség mint téma kapcsán a hangsúly még napjainkban is – akár társadalmilag, akár klinikai vagy tudományos szempontból – a nőkön van. A szociokulturálisan osztott hiedelmek a reprodukív zavarokat inkább női problémának tekintik, és a kutatási eredmények is inkább a nők tapasztalataira összpontosítanak, vagy – az utóbbi néhány évben – a meddőségnek a férfiakra gyakorolt pszichológiai hatásait elemzik.

Ezt az egyensúlytalanságot kicsit csökkentendő a plenáris előadás során olyan tényezők kerülnek fókuszba, amelyek az adott társas-társadalmi közegből kiindulva befolyásolják a meddőséggel küzdő férfiak megélését. Ilyen kérdés lehet például a hiteles információk hozzáférhetősége és ezzel összefüggésben a tájékozottság és egészségtudatosság, a párkapcsolati és más társadalmi szerepek szociokulturális meghatározottsága és azok változásai a meddőség diagnózisa után, vagy akár a férfimeddőség stigmatizálása és az ezzel járó izolációs hatás.

A meddőséggel küzdő férfiak hatékony támogatásához, pszichés megsegítéséhez fontos, hogy tudásunk legyen az egyéni szinten, idiografikusan jelen lévő jellemzőkről, de emellett a megértéshez szükséges a szociokulturális kontextussal összefüggő tényezők ismerete is, amelyek mintegy háttérként szolgálnak a személyes szint történéseihez.

*a Reprodukívegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

Dr. Nyéky Kálmán

*bioetikus, teológus, a PPKE-HTK oktatója,
az andocsi Nagyboldogasszony-bazilika plébánosa, RFM-oktató (AVKF)**

Atyaság és nemzés, szoros vagy lényegtelen a kapcsolat?

Az emberiség történetével egyidős a kérdés, ki nemzette a mai és ki nemzi majd a jövőben nemzedéket? Mit jelent az atyaság és mi tesz valakit atyává? Mit mond erről a Biblia és mit tanít az Egyház? Mi a tétje ennek a kérdésnek? Mi múlik a kapcsolaton? Milyen válaszokat adhatunk a bioetika szempontjai alapján?

Ezeket a kérdéseket járjuk körbe összevetve a modern reprodukciós eljárások adta „lehetőségekkel”.

Dr. Papp Miklós

*görögkatolikus pap, nő, 3 gyermek édesapja; moráleteológus,
a Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola tanára, a Családeológiai Intézet vezetője*

Krisztus többet ad – és többre tesz képessé

A meddőség súlyos témáját fontos körüljárni az orvosi, a pszichológiai és más humán tudományok szempontjából – s erre dicséretesen van is példa bőven. Ám egy teológusnak a teológia felől kell olyan szempontokat megvilágítani, amit senki más nem tesz meg. Vajon a megelőzhető meddőséget illetően lehet-e szerepe annak, hogy valaki mélységesen ragaszkodik Krisztushoz? Milyen előzetes hozzáállást alakít ki bennünk a hit, hogy amikor találkozunk a meddőséggel, akkor ne omoljunk össze? Hogyan egyesítsük szívünkben a jóságos Teremtő és a biológiai törvényszerűségek-véletlenek kérdéskörét? A gyógyíthatatlan meddőség feldolgozásában mit tud segíteni a hit? A megnyíló alternatívákhoz (pl. örökbefogadás) milyen szempontokkal járul hozzá a teológia?

* a Reproductívegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

**Dr. Prémusz Viktória^{1,2} – Skriba Eszter³ – Szmátóna Gábor³ –
Tándor Zoltán³ – Makai Alexandra² – Várnagy Ákos⁴**

¹ Szociológus, RFM-hallgató (AVKF)*

² Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Pécs

³ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs

⁴ Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

**A vallási és szociodemográfiai tényezők szerepe
nehezített gyermekvállalásban érintettek életminőségében –
a FAIR-HU tanulmány előzetes eredményei alapján**

Bevezetés: A FAIR-HU („Fertility Awareness Integrative Research – Hungary”) egy komplex, több tudományterületet összekapcsoló vizsgálat, amely a termékenységtudatosság, az egészségműveltség, az életmód és a reprodukív egészség összefüggéseit kutatja. A jelen elemzés célja a FAIR-HU adatbázis alapján a szociodemográfiai, vallási és lelki egészségi tényezők szerepének feltárása volt a nehezített gyermekvállalásban érintett férfiak és nők életminőségében.

Anyag és módszerek: A vizsgálatban 605 fő (férfiak: 40,13%) vett részt. A vallásos hovatartozásról a válaszadók közül 227 fő (37,65%) számolt be, közülük 1,76% nem keresztény felekezethez tartozó, 104 fő (17,19%) gyakorolja aktívan a vallását. A szociodemográfiai és gyermekvállalással kapcsolatos változók mellett a nehezített gyermekvállaláshoz kapcsolódó életminőséget a FertiQoL kérdőívvel, a stresszt és megküzdést a COMPI FPSS és CSS skálákkal mértük. A statisztikai elemzések során Kolmogorov–Smirnov-próbát, majd Spearman-féle rangkorrelációt és többváltozós lineáris regressziót alkalmaztunk. A szignifikanciaszintet $p < 0,05$ értéken határoztuk meg. (ClinicalTrials.gov ID: NCT06795568)

Eredmények: A regressziós modell szignifikánsnak bizonyult, a magyarázott variancia aránya magas volt. A termékenységi nehézségekkel összefüggő életminőség varianciájának több mint 70%-át magyarázta. A legerősebb negatív prediktor az összesített termékenységi distressz volt, míg a nemi különbség és a társadalmi stressz szintén szignifikáns, de kisebb hatást mutattak. Ezzel szemben az ima pozitív, védő tényezőként járult hozzá a jobb életminőséghez. Bár a felekezethez való tartozás önmagában nem volt szignifikáns életminőségi prediktor, ugyanakkor gyenge pozitívan korrelációt mutatott a kapcsolati életminőséggel és a probléma-újraértékelő megküzdéssel.

*a Reprodukív egészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés hallgatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

Következtetés: Bár a vallásos hovatartozás önmagában nem szignifikáns tényező, a hit védőhatást gyakorolhat a pszichés megterheléssel szemben. A jövőbeli beavatkozásoknak javasolt integrálniuk a lelki támogatást és a szociális érzékenységet erősítő elemeket mindkét nem számára.

Dr. Rojkovich Bernadette

orvos, bioetikus (Betegápoló Irgalmasrend, Budai Irgalmasrendi Kórház)

A gyermektelenség megoldásának lehetőségei

A gyermek utáni vágy nagy megbecsülést és empátiát érdemel, a vágyott gyermek hiánya nagy fájdalmat, megaláztatást, gyászt okoz a gyermekre váró pároknak. A meddőség századunk népbetegsége, az Egészségügyi Világszervezet szerint minden hatodik ember meddő, Magyarországon a becslések szerint ez 200-300 ezer párt érinthet. A gyermektelenség okai között a késői gyermekvállalási terv mellett szervi elváltozások, betegségek is állhatnak, ezért ezek kivizsgálása és gyógyítása elsődleges. Ha természetes úton nem lesz gyermekáldás, sok pár a mesterséges megtermékenyítéshez folyamodik, ezek közé soroljuk az inszeminációt (előkészített spermiumok méhüregbe fecskendezése), vagy a méhen kívüli megtermékenyítést (IVF), aminek több fajtája is létezik (pl. ICSI, asszisztált hatching, FET). A mesterséges megtermékenyítés számos általános – nem csupán keresztényi – etikai problémát is felvet, melyeket alapvetően meghatároz, hogy mit gondolunk az emberi élet kezdetéről. Az emberi élet kezdete a fogantatás időpontja a katolikus Egyház tanítása szerint összhangban a természettudományok ismereteivel. A kezdődő emberi élet és az utódnemzés méltóságát tiszteletben kell tartani. Az in vitro fertilizáció esetén a gyermek nem úgy fogan a világra, mint a szeretet ajándéka, hanem mint laboratóriumi termék. De akár természetes, akár mesterséges úton indul el az emberi élet, a megszületett gyermekek egyformán értékesek. További morális kérdéseket vet fel az inkubátorban elhelyezett embriók szelekciója, fagyasztása, az „árván” maradt embriók későbbi sorsa.

A gyermektelenség miatt a mesterséges megtermékenyítéshez folyamodó párok számára az erkölcsi minimum az idegen ivarsejtek felhasználásának tilalma, a béranyaság elutasítása, és IVF során csak annyi petesejt-megtermékenyítés történjen, amennyi beültetésre is kerül. A hívő keresztény szülők számára a legszemélyesebb, legintimebb házastársi kapcsolatból születő gyermek ajándék Istentől. A méhen kívüli megtermékenyítés ellentmond a természet rendjének, ezért a természetes módszerek alkalmazása javasolt a termékenység

helyreállítására, ilyen módszerek már elérhetőek, mint a NaPro Technology vagy a FEMM. A Budai Irgalmasrendi Kórházban a Keresztény Családi Centrum segítséget nyújt a gyermekre váró pároknak.

Dr. Takács Tamás

*urológus, andrológus, a Magyar Andrológiai Társaság Vezetőségi tagja,
Semmelweis Egyetem, Andrológiai Centrum, ARC*

Tudatos családtervezés kamaszoknak – az andrológus szemszögéből

A tudatos családtervezés multidiszciplináris megközelítése egyre inkább kiterjed a férfi- reprodukcióra is, amelynek andrológiai aspektusai alapvető jelentőségűek. Napjainkban a kamaszok számára elérhető prevenció programok szexualitással és családtervezéssel foglalkozó része elősorban a nem kívánt terhességek elkerülésére, ill. a nemibetegségek megelőzésére fekteti a hangsúlyt – helyesen –, azonban kevésbé érinti a férfi nemzőképességét negatívan befolyásoló tényezőket. Ugyanakkor a férfitermékenység sem állandó: az életkor előrehaladtával csökken a spermiumok száma, minősége és funkciója, ill. a DNS-molekula minősége is. A kamaszokban kialakított egészségtudatos életmód – mint a dohányzás, alkohol és drogok kerülése, valamint a megfelelő táplálkozás és testmozgás – hosszú távon meghatározhatja a későbbi termékenységet. A nemi úton terjedő fertőzések, anabolikus szteroid használat, herebetegségek szintén károsíthatják a nemzőképességet. Az andrológiai prevenció és edukáció serdülőkorban ezért kiemelten fontos, hogy a fiatal fiúk/férfiak megértsék: a családtervezés nemcsak a fogamzás elkerüléséről, hanem a jövőbeni gyermekvállalás lehetőségének megőrzéséről is szól. Az andrológus mint csapattag szerepe ebben kulcsfontosságú lehet – segít a megelőzésben, a felvilágosításban és a termékenység megőrzésében. A férfi-reprodukció tudatosítása tehát alapvető része a modern családtervezésnek.

Dr. Tóth Ágnes

szülész-nőgyógyász, Funkcionális Medicina szakértő (IFMCP), Funkcionális Életmód mentor. 2014 óta foglalkozik cikluskövetéssel, termékenység-helyreállító orvoslással, jelenleg a dublini Neofertility Clinic orvosa. Elsősorban termékenységi kihívással küzdő pároknak kínál átfogó kivizsgálást, a természetes fogamzást támogató, személyre szabott kezelést. Munkájában ötvözi a cikluskövetésben, a hagyományos és funkcionális vizsgálatokban rejlő lehetőségeket a táplálkozásra, életmódra vonatkozó tanácsadás, pszichés támogatás és orvosi kezelések előnyeivel.

Gyümölcsöző gyökerek

A Funkcionális Medicina, avagy az oki orvoslás lehetőségei a termékenység helyreállításában

A termékenység magától éretődőnek tűnik – amíg működik. Ha azonban akadozik, kiderül, mennyi tényezőn múlik és mekkora csoda az élet továbbadása.

A Funkcionális Medicina a tüneteket az egyensúlyzavar megnyilvánulásának tekinti, és az egyensúlyzavar háttérben rejlő hajlamosító, kiváltó és fenntartó okokat igyekszik felderíteni és orvosolni. Ebben a modellben a környezet és az életmód befolyásolja a gének megnyilvánulását, a szervezet funkcionális rendszerei egymással dinamikus kölcsönhatásban állnak, és minden mindennel összefügg. Ez egyrészt magyarázattal szolgál az egyensúlyzavar kialakulására, másrészt változtatási lehetőségeket tár fel az egyensúly helyreállítására.

A Funkcionális Medicina legszemléletesebb képi megjelenítése mindezek fényében egy lombos fa, melynek gyökérzetében a genetika, a környezet és az életmódtényezők, törzsében és ágaiban a szervrendszerek, lombkoronájában a tünetek, illetve a gyümölcsök kerülnek ábrázolásra.

Termékenységi kihívások esetében a gyümölcsstermés elmaradásának analógiáját használva a helyreállítás a talajviszonyok és a környezet feltérképezésével kezdődik, majd a vetőmag minőségjavításával, a növekedés feltételeinek biztosításával, a kártevők elleni védelemmel folytatódik. Emberek esetén ez az élettörténet, ciklusmintázat, táplálkozás, életmód, hitrendszer részletes felmérését indokolja az ok-okozati összefüggések felismerése és a helyreállítási javaslatok kidolgozása érdekében.

A termékenységi kivizsgálás mindkét partnerre vonatkozik. A termékenységi nehézséggel küzdő férfiak statisztikai értelemben betegebbek és rövidebb ideig élnek. Ennek oka a termékenységi nehézség mögött rejlő egyensúlyzavar, melynek felderítése és helyreállítása kulcsfontosságú lehet az életminőség és a várható élettartam szempontjából is.

Ahogy a termékenységi kihívásban megnyilvánuló problémák, az odavezető utak nem egyformák, a helyreállítás folyamata sem egyféle, hanem egyedi lesz. A Funkcionális Medicina segítségével lehetőség nyílik személyre szabott megoldásokra.

Tripiska Julianna

*családterapeuta, reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó,
az Anna–Joachim Párkonzultációs Centrum munkatársa, RFM-oktató (AVKF)**

Az örökbefogadás és a meddőség okával kapcsolatos hiedelmek és attitűdök gyakorlati megjelenése az Anna–Joachim-programban

Az Apor Vilmos Katolikus Főiskola Anna–Joachim-programjában kollégáimmal olyan házaspárokkal foglalkozunk, akiket akár több szempontból is megterhel a késlekedő gyermekáldás. Azt láttuk a hétvégi tréningorozatokon és a párkonzultációkon, hogy a házaspárok gondolatai, álmai, jövőképe között ott él a várt gyermek, folyamatosan feszültséget okozva minden egyes sikertelenség (próbálkozás) után a felekben. A sikertelen fogantatás tapasztalata valójában az álmok és jövőképek újra és újra visszatérő elvesztését jelentheti számukra, és ez erőteljesen hozza magával a magyarázat keresését – különösen ismeretlen eredetű meddőség esetén. A házaspárokat kísérve tapasztaltuk, hogy attitűdjeik, hiedelmeik, hitük milyen nagyon befolyásolják döntéseiket, önképüket. Ezeknek két csomópontját szeretnénk kiemelni: a pszichogén meddőséggel kapcsolatos hiedelmeket és az örökbefogadással kapcsolatos gondolatokat.

A pszichogén meddőség igen elterjedt elmélet az egészségügyi dolgozók, segítők körében is. A házaspárok gyakran ezzel a gondolattal érkeznek és a programunk fontos része számukra, amikor elmondjuk, hogy a tudomány nem támasztja ezt alá.

Az örökbefogadást sok félelem és tabu övezi. Tapasztalataink szerint a férfiakban erősebb a genetikai állományuk továbbadása utáni vágy. A nőkben félelemként felmerül, hogy tudja-e majd szeretni, ha nem ő szülte, szoptatta a gyermeket. Jellemző továbbá a pontatlan és hiányos tudásuk az örökbefogadásról. Ezeket igyekszünk tisztázni, és van erre egy külön programunk, az Anna–Joachim „Örökbe?!“.

*a Reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

Vadász Eszter

*szexuálpszichológiai szakpszichológus, komplex integratív terapeuta jelölt, RFM-oktató (AVKF)**

Férfigondok a nehezített gyermekvállalás idején: tipikus szexuális elakadások

Szakirodalmi áttekintés és terápiás tapasztalatok

A fogantatási nehézségek a pár mindkét tagja életére hatással lesznek: szexuális intimitásuk nagyon gyakran krízisállapotba kerül. A jelenségnek már tudományos neve is lett a szakirodalomban: Inferto Sex Syndrome (ISS). A meddő pár női tagjának szexuális gondjai sokszor egyértelműbben beláthatóbbak: elhanyagolódik az orgazmus ténye vagy a kapott hormonok hatására változik a szexuális vágy. A férfi tag szexuális motivációi, vágya és viselkedése is lényegesen sokat változik ez idő tájt, melyre elsődleges figyelmet fogok fordítani.

Előadásomban rávilágítok azokra a kritikus időpontokra, melyek rendkívül nagy hatással vannak a párok szexuális életére (pl. a diagnózis kimondása, illetve maga a szexuális aktus időzítése), ezáltal a perinatális szexuális élet és a párok mentális és testi jólléte szempontjából döntő jelentőségűek lesznek. Ezeknél a kritikus időpontoknál sorra veszem a lehetséges férfi oldali következményeket.

Esetvignettákon keresztül pedig a gyakorlati terápiás munka tipikus jelenségeit is megmutatom: a vágycsökkenés, az izgalmi/merevedési zavar és a lehetséges orgazmuszavar egy-egy kliens példán keresztül ismertetésre kerül.

Volenszki Víta

klinikai szakpszichológus, perinatális szaktanácsadó (Budai Irgalmasrendi Kórház

*Keresztény Családi Centruma), RFM-óraadó (AVKF)**

„Magom adom” – Apaság, termékenység és a férfiönátadás pszichodinamikája

A „magom adom”, az érett férfiönátadásának metaforája: amikor a teremtetés nem a birtoklás, hanem az élet továbbadásának aktusa.

A férfitermékenység nem csupán biológiai, hanem kapcsolati és lelki önátadási folyamat is. A férfi „magadásának” képessége az apa-fia tudattalan mintázataiban gyökerezik: az apa hiánya, bántalmazó jelenléte vagy érzelmi elérhetetlensége gyakran termékenység, kapcsolati vagy identitásbeli elakadásokban ismétlődik.

*a Reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

A pszichodinamikai és jungi (archetipális) megközelítés szerint a férfi termékennyé válása egyben belső érési folyamat, mely során az autonómia és kapcsolódás integrálása teszi lehetővé, hogy a „kontrollt” (teljesítménykényszer, szexuális diszfunkciók, omnipotencia), a teremtés aktusában kifejezett bizalom és kapcsolódás váltsa fel.

A „magom adom” az érett férfi sebezhetőségét, belső apává válását és önátadásának kreatív erejét jelöli.

Előadásomban a férfitermékenység archetipális, pszichodinamikai aspektusait esetvignettákon keresztül szemléltetem.

Zám-Dorgai Marianna

*Creighton, FEMM és TeenFEMM cikluskövetési módszerek oktatója, megoldásfókuszú coach, hittanár,
a Ciklus Ritmus alapítója és a Baba Természetesen komplex program kidolgozója*

Ketten egy test

A Creighton Módszer holisztikus szemlélete

A Creighton cikluskövetési módszer nem csupán a termékenységi jelek nagyon alapos megtanítását tűzi ki célul, ennél sokkal tovább megy, holisztikus szemléletben gondolkodik a párról, ahogy a pszichológiai megközelítés is bio-pszicho-szocio-spirituális egységként tekint az emberre.

Szekcióelőadásomból kiderül, hogyan segíti a Creighton cikluskövetési módszer a párokat a természetes fogadás elérésében?

Miért nagyon hasznos a Creighton Módszer abban az esetben, ha a férfi oldalon csökkent a termékenység?

Hogyan erősíti a nehezített gyermekáldás elérésével küzdő párok kapcsolatát?

SZERZŐINK

BAGITA DÓRA végzős pszichológia alapszakos hallgató az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karán (Szombathely). Jelenleg pszichiátriai betegek ellátását segíti önkéntesként az Esztergomi Liget és Pagony pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek ellátó intézményben. Korábbi kutatásai az álmok jelentéstartalmaival kapcsolatos attitűdök, valamint a technoferencia hatásai a szociális kapcsolatokra témák köré szerveződtek, de jelenleg fő kutatási területe a reprodukcióegészség-pszichológia, ezen belül a különböző gyermekvállalási alternatívák társadalmi megítélése. Érdeklődése főként a klinikai szakirányhoz köthető, leginkább a felnőttkori pszichopatológiák és az érintettek megélése, sajátosságai foglalkoztatják. A jövőben is ezen a területen szeretne elhelyezkedni.

DÁVIDNÉ BAJOR ÁGOTA aktív éveiben építésmérnökként, majd iskolai könyvtárosként dolgozott. Több mint húsz évig tanított hittant plébániai keretek között. Részt vett az Ecclesia Szövetkezet gondozásában megjelent alsós hittankönyvek megírásában. Gyerekeknek szóló néhány kiadványa (*Boldog Özséb és a pálosok; Szentek jelképtára; Köszönöm, Istenem!; Az Úr meghallgatott!*), valamint feladatos templomismertetői a hitoktatás kiegészítésére, színesítésére szolgálnak. Férjével négy leányt neveltek fel, jelenleg tíz unoka hálás nagyszülei.

HOMOKINÉ HOLLÓSI MÁRIA CECÍLIA tanácsadó szakpszichológus, családterapeuta-jelölt, PhD-hallgató, az Apor Vilmos Katolikus Főiskola oktatója. 2019 óta az Anna–Joachim-hétvégék szervezője, az állandó tanácsadó team tagja, az Anna–Joachim-projekt szakmai vezetője. Kutatási területe a meddőség komplex pszichológiai megsegítésének lehetőségei és ezek hatékonysági vizsgálata. RFM-oktató (AVKF)*

JENSER MÁRTA pszichológus, autogén tréning gyakorlatvezető, szimbólumterápiás és imaginációs gyakorlatvezető, intermodális meseterapeuta, várandós relaxáció specializált pszichológus, termékeny életpálya műhelyvezető, valamint diákreaxációs műhelyvezető. Több mint húsz éve végez egyéni és csoportos pszichológiai munkát. – A Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület vezetőségi tagjaként 2006 óta vesz részt pedagógusok és pszichológusok akkreditált továbbképzéseinek szervezésében és lebonyolításában, diákreaxációs képzőként. A Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület intermodális meseterápiás képzésén rendszeresen vizsgázta. Budapest Főváros XI. Kerület Újbuda Önkormányzatának 60+ programjában problémamegbeszélő és lélekhangoló csoportokat vezet. – Szakmai tevékenységének fókuszában a szimbólumok-

*a Reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

kal, imaginációval és meseterápiás módszerekkel támogatott önismereti és terápiás folyamatok állnak. Kiemelt tapasztalattal rendelkezik a meddőséggel küzdő párok, valamint a várandósok pszichológiai támogatásában és a reprodukciós nehézségek feldolgozását segítő meseterápiás intervenciók alkalmazásában.

DR. JUHÁSZ PÁL BALÁZS PhD katolikus teológus, az Apor Vilmos Katolikus Főiskola docense. 2023 óta a Szent Ignác Jezsuita Szakkollégiumban a Teológia kurzus, a Váci Egyházmegye akolitus képzésén pedig a Bibliikum modul oktatója. Az RFM-képzés keretében Keresztény antropológiát oktat.* Kutatási területe: Tóbiás könyve.

DR. KÉK EMERENCIA PhD morálteológus, a Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola docense, a KETEG kurzus keretében több felsőoktatási intézmény óraadója. Kutatási területe a szociálteológia, a bioetika, valamint az egyházi és vallási protokoll.

DR. NAGY BEÁTA MAGDA PhD klinikai szakpszichológus, reprodukív pszichológiai szaktanácsadó, szociológus. Az ELTE PPK Pedagógiai és Pszichológiai Intézet (Szombathely) egyetemi adjunktusa, a pszichológia szakcsoport vezetője. Segítette az Apor Vilmos Katolikus Főiskola Reprodukívégészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzésének meg alapítását és óraadóként oktatott a képzésben. Pszichológusként gyakorlati munkájában főként pszichodiagnosztikát és alkalmassági vizsgálatokat végez, illetve egyéni pszichoterápiákat vezet. Kutatóként szakterülete a reprodukívégészség-pszichológia, azon belül is elsősorban a meddőség pszichológiai segítségének lehetőségei, a termékenység problémák férfi vonatkozásai, a természetes életciklus változásai és a gyermektelen életpálya. RFM-oktató (AVKF)*

SZÜCS-KÁDAS ESZTER mentálhigiénés és szervezetfejlesztő szakember, reprodukívégészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó. Diplomáját közgazdászként szerezte és ebben a szakmában is dolgozott közel tizenöt évig, miközben érdeklődése egyre inkább a segítő tevékenység felé fordult. Elvégezte a mentálhigiénés szakképesítést, majd szakmát is váltott, és egy időotthonban helyezkedett el terápiás munkatársként. Saját érintettsége nyomán később az Apor Vilmos Katolikus Főiskolán a reprodukívégészség-fejlesztés és meddőségi szaktanácsadás szakirányú szakképesítést is megszerezte. Jelenleg családsegítőként dolgozik az Alba Bástya Család- és Gyermekjóléti Központban, és volt csoporttársával, Sebestyén Ágnessel egy termékenységet támogató programot szeretnének megvalósítani Székesfehérváron.

*a Reprodukívégészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

TOMANÓCZY-HARANGOZÓ ORSOLYA az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karának Pszichológiai Intézetében (Szombathely) egyetemi tanársegéd, az ELTE Pszichológiai Doktori Iskolájának PhD-hallgatója. Az Alkalmazott Pszichológiai Kutatócsoport tagjaként reprodukcióegészség-pszichológiai témákban végez kutatásokat. Tudományos érdeklődése elsősorban a gyermekvállalási döntésekre, a reprodukív attitűdökre, valamint a klímaváltozás pszichológiai vonatkozásaira irányul.

ZÖMBIK LUCA végzős pszichológia alapszakos hallgató az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karán (Szombathely). Fő érdeklődése és kutatási területe a reprodukcióegészség-pszichológia, ezen belül a különböző gyermekvállalási alternatívák társadalmi megítélései. A jövőben klinikai és egészségpszichológiai területen tervez továbbfejlődni és elhelyezkedni, különös tekintettel a gyermekpszichológiai irányvonalra.

Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác

Felelős kiadó dr. Gloviczki Zoltán rektor

A borítóterv, a tipográfia, a tördelés és a nyomdai előkészítés

Szabó Zsolt munkája

A borítón Jan van Eyck Az Arnolfini házaspár c. festményének részlete látható

(Forrás: Wikimedia Commons)

Nyomta és kötötte a Print Profi Digitális Gyorsnyomda

Vácott 2026-ban

Felelős vezető Komáromi Zsolt

Olvasószerkesztő Henkey-Hőnig Imola

ISBN 978-615-6539-33-5