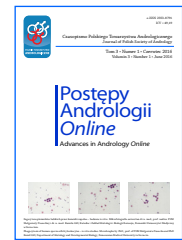




Czasopismo Polskiego Towarzystwa Andrologicznego

Postępy Andrologii Online

Advances in Andrology Online

<http://www.postepyandrologii.pl>

ZNACZENIE POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPII WE WSPOMAGANIU LECZENIA NIEPŁODNOŚCI PARTNERSKIEJ

THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL HELP AND PSYCHOTHERAPY AS A SUPPORTIVE FACTOR IN TREATMENT OF INFERTILE COUPLES

Jolanta Chanduszko-Salska

Instytut Psychologii Stosowanej, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

Autor do korespondencji/corresponding author: Jolanta Chanduszko-Salska, Instytut Psychologii Stosowanej, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi, ul. Sienkiewicza 9, 90-113 Łódź, tel.: 42 664 66 66 (jolachan@op.pl)

Otrzymano/received: 04.12.2015 r. zaakceptowano/accepted: 13.04.2016 r.



Jolanta Chanduszko-Salska – dr n. hum. w zakresie psychologii. Psycholog, psychoterapeuta, adiunkt w Instytucie Psychologii Stosowanej w Łodzi. Prowadzi zajęcia dydaktyczne z zakresu psychologii zdrowia i stresu, technik relaksacyjnych, modyfikacji zachowań patogennych i psychosomatyki. Absolwentka Podyplomowego Czteroletniego Studium Psychoterapii oraz Podyplomowych Studiów Techniki Relaksacyjnych. Ukończyła liczne kursy z zakresu psychoterapii indywidualnej i terapii par, szkolenia związane z problematyką stresu i radzenia sobie ze stresem i emocjami, z zakresu terapii zaburzeń lękowych i depresyjnych oraz pomocy psychologicznej w leczeniu niepłodności, terapii traumy i żałoby. Autorka ponad trzydziestu publikacji z zakresu psychologicznych aspektów funkcjonowania osób z problemami psychosomatycznymi. Bierze czynny udział w krajowych i zagranicznych konferencjach naukowych. Ma wieloletnie doświadczenie w pracy psychologa praktyka. Prowadzi poradnictwo psychologiczne, terapię indywidualną i terapię par leczących się z powodu utrudnionej prokreacji i doświadczających straty nienarodzonego dziecka oraz autorskie warsztaty pomocy psychologicznej dla par leczących się z powodu niepłodności i warsztaty radzenia sobie ze stresem.

Jolanta Chanduszko-Salska – PhD hum. in psychology. Psychologist, psychotherapist, Assistant Professor at the Institute of Applied Psychology in Lodz. Teaches classes in the field of health psychology and stress, relaxation techniques, behavior modification pathogenic and psychosomatic. Graduated from the Four-Year Postgraduate Studies and Postgraduate Studies of Psychotherapy and relaxation techniques. Completed numerous courses in individual psychotherapy and couples therapy, training related to the issues of stress and coping with stress and emotions, as well as in the field of treatment of anxiety and depressive disorders, and psychological support to treat infertility treatment of trauma and grief. The author of over thirty publications in the field of psychological aspects of people with psychosomatic problems. Actively participates in national and international scientific conferences. Has extensive experience in working psychological practice. Conducts psychological counseling, individual therapy and couples therapy treating the inability of procreation and experiencing the loss of the unborn child and workshops by counseling for couples treated for infertility and workshops dealing with stress.

Streszczenie

Nie ma jednego sposobu radzenia sobie z problemem niepłodności i nie ma tylko jednej jego przyczyny. Niepłodność dotyka wszystkich aspektów życia człowieka. Metody leczenia i pomocy psychologicznej mogą być różne. Stres psychologiczny, nasilenie lęku, obniżenie nastroju, a nawet depresja – szczególnie w toku długotrwałego leczenia i doświadczania niepowodzeń prokreacyjnych – nie pozostają bez wpływu na samoocenę i poczucie własnej wartości. Możliwość korzystania z pomocy psychologicznej od początku procesu diagnozy i leczenia byłaby pomocna w ocenie stanu emocjonalnego partnerów. Mogłaby wspomóc poprawę funkcjonowania psychicznego pacjentów i przyczynić się do złagodzenia skutków niepłodności. Jeśli dalsze leczenie nie przynosi skutków, pomoc psychologiczna może okazać się istotna w podjęciu decyzji dotyczącej rezygnacji z dalszego leczenia lub adopcji. Na każdym etapie leczenia, kiedy to pojawiają się inne reakcje, konflikty i problemy emocjonalne, taka pomoc, dostosowana do potrzeb i sytuacji zdrowotnej pary, wydaje się nie tylko wskazana, ale często niezbędna. Profesjonalna pomoc w tym zakresie może przybierać różne formy: rozmowy, konsultacji z psychologiem, psychoedukacji, terapii indywidualnej, terapii pary oraz grupowej psychoterapii, a także grupy wsparcia, jak również interwencji psychologicznej i poradnictwa seksuologicznego. Oddziaływania mogą opierać się m.in. na terapii poznawczo-behawioralnej, metodach relaksacyjnych i technikach ułatwiających redukcję stresu, ekspresję emocji, wzmacniających zasoby osobiste, pracę z ciałem, a także mogą opierać się na hipnozie.

słowa kluczowe: psychologia niepłodności, stres psychologiczny, depresja, psychoterapia, kobieta, mężczyzna

Abstract

There is no one way of dealing with the problem of infertility as well as there is no only one cause. Infertility affects all aspects of human life. Methods of treatment and psychological help may be different. Psychological stress, increase in anxiety, mood lowering, and even depression – particularly when experienced in the course of long-lasting treatment and reproductive failures – have an influence upon self-evaluation and self-esteem. The ability to use psychological help from the beginning of the process of diagnosis and treatment would be helpful in assessing the emotional state partners. It could help improve the mental functioning of patients and help to reduce the effects of infertility. If further treatment has no effect, psychological help may be important in the decision on the resignation of further treatment or adoption. At each stage of treatment, when there are other reactions, conflicts and emotional problems, such assistance – tailored to the needs and health situation of a given couple – seems not only advisable but often indispensable. Professional help in this area may take varied forms: a conversation and consultation with a psychologist, psychoeducation, individual therapy, couple and group psychotherapy, support groups, psychological intervention and sexual counseling. Interventions may be based – among others – on cognitive-behavioral therapy, relaxation methods and techniques that support stress reduction, emotional expression, personal resources and body work, and also on hypnosis.

key words: infertility psychology, stress, depression, psychotherapy, female, male

Nie ma jednego sposobu radzenia sobie z problemem niepłodności i nie ma tylko jednej jego przyczyny. Niepłodność dotyka wszystkich aspektów życia człowieka. Wpływa na postrzeganie siebie, własną samoocenę, relacje z partnerem i otoczeniem, rzutuje na plany i oczekiwania dotyczące przyszłości (Bidzan, 2006; Bielawska-Batorowicz, 2006; Hart, 2002; Podolska i Bidzan, 2011; Stanton i wsp., 2002; Verhaak i wsp., 2014). Niemożność posiadania dzieci wzmaga psychologiczną frustrację, poczucie pustki, wpływa niekorzystnie na poczucie własnej wartości. Kobiety doświadczające niepowodzeń w prokreacji częściej doświadczają lęku, wykazują skłonność do zamartwiania się, samoobwiniania, a nawet myśli samobójczych oraz depresji (Caplan i wsp., 2000; Berghuis i Stanton, 2002; Bielawska-Batorowicz, 2006; Koszycki i wsp., 2012; Kupka i wsp., 2003; Mindes i wsp., 2003; Nargud i wsp., 2015; Podolska, 2007; Ramezandeh i wsp., 2004; Sheiner i wsp., 2003; Volgsten i wsp., 2010). Niemożność posiadania dziecka może być rozpatrywana w kontekście kryzysu życiowego, a długotrwałość i uciążliwość samego procesu diagnozowania i późniejszego leczenia może przyczynić się do stresu chronicznego.

Potwierdzenie niepłodności może być jednym z najsilniej stresujących wydarzeń życiowych, szczególnie jeżeli posiadanie dziecka dla partnerów stanowi ważny aspekt ich wzajemnych relacji i priorytet w życiu (Domar, 2004; Martins i wsp., 2014).

Często partner, u którego wykryto medyczne problemy, obwinia siebie. Diagnoza niepłodności jest nieoczekiwana, odbierana często jako szok, z niedowierzaniem, staje się nagłą przeszkodą w planach życiowych partnerów, powoduje ogromne obciążenie psychiczne, które może przyczynić się do pojawienia się przejściowych zaburzeń psychicznych wynikających ze smutku, depresji, czy też poczucia bezradności i niezaspokojenia ważnej życiowo potrzeby małżonków. Dla wielu kobiet ciąża i macierzyństwo są naturalnymi etapami rozwoju i życia, podkreślanymi również przez kulturę, dlatego też niemożność realizacji tego pragnienia wzmaga szereg niekorzystnych reakcji emocjonalnych (Chan i wsp., 2006; Kahyaoglu i wsp., 2014; Kainz, 2001; Podolska, 2007; Volgsten i wsp., 2010). Stąd też możliwość korzystania z pomocy psychologicznej od początku procesu diagnozy i leczenia stwarza warunki właściwej oceny stanu

emocjonalnego partnerów, wspomaga poprawę funkcjonowania psychicznego pacjentów i przyczynia się do złagodzenia skutków niepłodności, może również okazać się ważna w procesie wspomagania leczenia niepłodności.

Psychologiczne aspekty funkcjonowania pary doświadczającej niepłodności

Można przypuszczać, że im dłuższy jest okres badań diagnostycznych i proces leczenia, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych emocji, szczególnie stresu i lęku, poczucia izolacji, zwiększa się również ryzyko depresji oraz pogorszenia się poziomu funkcjonowania psychospołecznego partnerów. Ilustracją powagi problemu niech będą badania w grupie pacjentek leczących się z powodu niepłodności, które wykazały, że ponad 40% miało depresję, a 86% uskarżało się na niepokój i lęk (Ramezandeh i wsp., 2004). W badaniach Chan i wsp. (2006) aż 14% kobiet spełniało kryteria głębokiej depresji, natomiast w grupie niepłodnych mężczyzn objawy kliniczne depresji przejawiało 27% badanych (Bhongade i wsp., 2015). Depresja ma poważne konsekwencje w kontekście leczenia niepłodności, bowiem istnieje związek między depresją a zwiększonym ryzykiem niepowodzenia leczenia oraz przedwczesnej rezygnacji z dalszego leczenia (Koszycki i wsp., 2012; Volgsten i wsp., 2010). Niemożność poczęcia dziecka sprzyjać może większej koncentracji uwagi na niezaspokojonej potrzebie, powodując często wzrost lęku przed niepowodzeniem i zawężenie uwagi do sfrustrowanego pragnienia poczęcia dziecka (Bielawska-Batorowicz, 2006; Chanduszko-Salska i Kossakowska-Petrycka, 2008; Hart, 2002; Podolska i Bidzan, 2011). Oprócz doświadczanego stresu, często chronicznego, osoby leczące się z powodu niepłodności mogą odczuwać silny lęk wzmacniany niepowodzeniami i niepewnością co do efektów leczenia, poczucia winy („a może gdybyśmy wcześniej zdecydowali się na dziecko”), niepokoju, napięcia w stosunkach międzyludzkich („co będzie, jeśli znajomi lub ktoś z rodziny zapyta, dlaczego jeszcze nie mamy dziecka?”), „a może znajomi myślą, że jesteśmy egoistami, karierowiczami i wolimy wygodne życie?”, „nie wiem, czy nie wybuchnę płaczem, jak zobaczę przyjaciółkę w ciąży”, „o czym mam rozmawiać ze znajomymi, skoro wszyscy mają dzieci, tylko my nadal nie?”).

Można wyróżnić trzy główne grupy czynników ryzyka powstania problemów psychologicznych, występujących podczas leczenia niepłodności. Są to czynniki: osobowe, sytuacyjne i społeczne oraz związane z leczeniem (Boivin, 2002; Hart, 2002). Wczesne rozpoznanie tych czynników i wdrożenie odpowiednich metod zaradczych i profilaktycznych może znacząco poprawić kondycję psychofizyczną pacjentów i sprzyjać pozytywnym результатам leczenia. Obecność licznych czynników pochodzących z różnych obszarów może doprowadzić do bardzo silnego stresu. Leczenie niepłodności może stać się źródłem

silnych emocji i stresu niekorzystnie wpływających na procesy fizjologiczne, a dodatkowo pojawienie się trudności w komunikacji między partnerami może nasilać stres i potęgować doświadczanie negatywnych emocji (Berga i Loucks, 2006; Berghuis i Stanton, 2002; Domar i wsp., 2000; Domar, 2004; Galhardo i wsp., 2013; Martins i wsp., 2014; Schmidt i wsp., 2005; Stanton i wsp., 2002; van den Broeck i wsp., 2010; Verhaak i wsp., 2014; Wischmann i wsp., 2010). W doświadczaniu niepłodności upatruje się ważnego czynnika ryzyka dysfunkcji płciowych i pogorszenia relacji w sferze seksualnej zarówno u mężczyzn, jak i kobiet (Bayar i wsp., 2014; Bidzan, 2006; Bielawska-Batorowicz, 2006; Podolska i Bidzan, 2011; Schmidt i wsp., 2005). Przekonania na temat kobiecości i męskości silnie powiązane są z potencją, sprawnością seksualną i płodnością. Męska niepłodność w obszarze badań psychologicznych znacznie rzadziej jest przedmiotem analiz, lecz często zwraca się uwagę na związek stresu psychologicznego i jakości nasienia męskiego (Bhongade i wsp., 2015; Depa-Martynów i wsp., 2008; Furman i wsp., 2010; Iammarrone i wsp., 2003; Nargund, 2015). Dlatego też redukcja stresu i pomoc parze w nabyciu umiejętności radzenia sobie ze stresem niepłodności jest ważnym czynnikiem wspomagającym leczenie, podnoszącym skuteczność zastosowanych procedur medycznych, a przede wszystkim chroniącym pacjentów przed niekorzystnymi skutkami długotrwałego procesu zmagania się z utrudnioną prokreacją.

Większa ilość psychologicznych i interpersonalnych trudności oraz problemy w związku mogą sprzyjać rezygnacji z dalszego leczenia (Kahyaoglu i wsp., 2014; van den Broeck i wsp., 2009). Na dynamikę zmian w nasileniu trudności emocjonalnych w zależności od czasu trwania leczenia zwrócili już uwagę Berg i Wilson (1991), wskazując na ich wzrost w pierwszym roku leczenia, obniżenie w drugim roku trwania leczenia i ponowny wzrost w trzecim roku wymuszonej bezdzietności. Dodatkowo w trzecim roku uległa pogorszeniu satysfakcja małżeńska oraz seksualna. Na pogorszenie się jakości więzi małżeńskiej wskazują także inne badania (Guttmann i Lazar, 2004; Lepecka-Klusek i Bokinić, 1994). Wysoki poziom stresu związany z niepłodnością pojawiający się już w okresie poprzedzającym medyczne leczenie może negatywnie wpłynąć na stabilność relacji małżeńskich i doprowadzić do rozpadu związku (Martins i wsp., 2014). Długotrwałe leczenie może sprzyjać narastaniu problemów i konfliktów w małżeństwie związanych z niezaspokojeniem potrzeby macierzyństwa oraz nasilaniem się trudności natury emocjonalnej, może również znacząco obniżyć jakość życia, szczególnie kobiet doświadczających problemów prokreacyjnych (Kahyaoglu i wsp., 2014). Pokonanie jednak tych okresowych trudności i kryzysu może scalić małżeństwo i w efekcie zbliżyć emocjonalnie partnerów (Bielawska-Batorowicz, 2006).

Wskazane jest, aby zwrócić uwagę na sferę emocjonalną pacjentów, ich przekonania i oczekiwania dotyczące dalszego leczenia i wyboru procedur oraz sferę intymną

i objawy psychoseksualne. Na tego typu rozmowy trudno znaleźć czas w gabinecie lekarskim, a niewyrażone obawy leczącej się pary, tłumione emocje i dylematy związane z życiowymi wyborami nie pozostają bez wpływu na decyzje w zakresie leczenia i same efekty leczenia (Pacheco i Lourenço, 2011).

Częściej do gabinetu psychologa przychodzą po pomoc kobiety, chętniej również uczestniczą w grupowej terapii. Więcej jest również badań dotyczących obrazu psychologicznego kobiet, ich potrzeb w zakresie pomocy psychologicznej i w związku z tym wyników badań dotyczących efektywności tychże oddziaływań. Możemy jednak zaobserwować, także z perspektywy psychologa praktyka, że mężczyźni coraz częściej wraz z partnerkami uczestniczą w terapii pary i psychoedukacji. Mężczyźni znacznie rzadziej korzystają z szerszej pomocy społecznej, ograniczając się do informacji przekazywanych przez lekarza lub pielęgniarkę w klinice, nie szukają pomocy i wsparcia przyjaciół ani psychologa. Dlatego też otoczenie wsparciem psychologicznym jest szczególnie ważne dla niepłodnych mężczyzn (Hammarberg i wsp., 2010).

Reakcja mężczyzny na diagnozę niepłodności może być równie silna co kobiety, a ich przeżycia mogą być równie głębokie co partnerek, chociaż nie zawsze demonstrowane w sposób jawny (Bidzan, 2006; Bielawska-Batorowicz, 2006; Bhongade i wsp., 2015; Boivin i wsp., 2003; Depa-Martynów i wsp., 2008; Fisher i Hammarberg, 2012; Furman i wsp., 2010; Podolska i Bidzan, 2011).

Rola pomocy psychologicznej i psychoterapii w procesie leczenia niepłodności

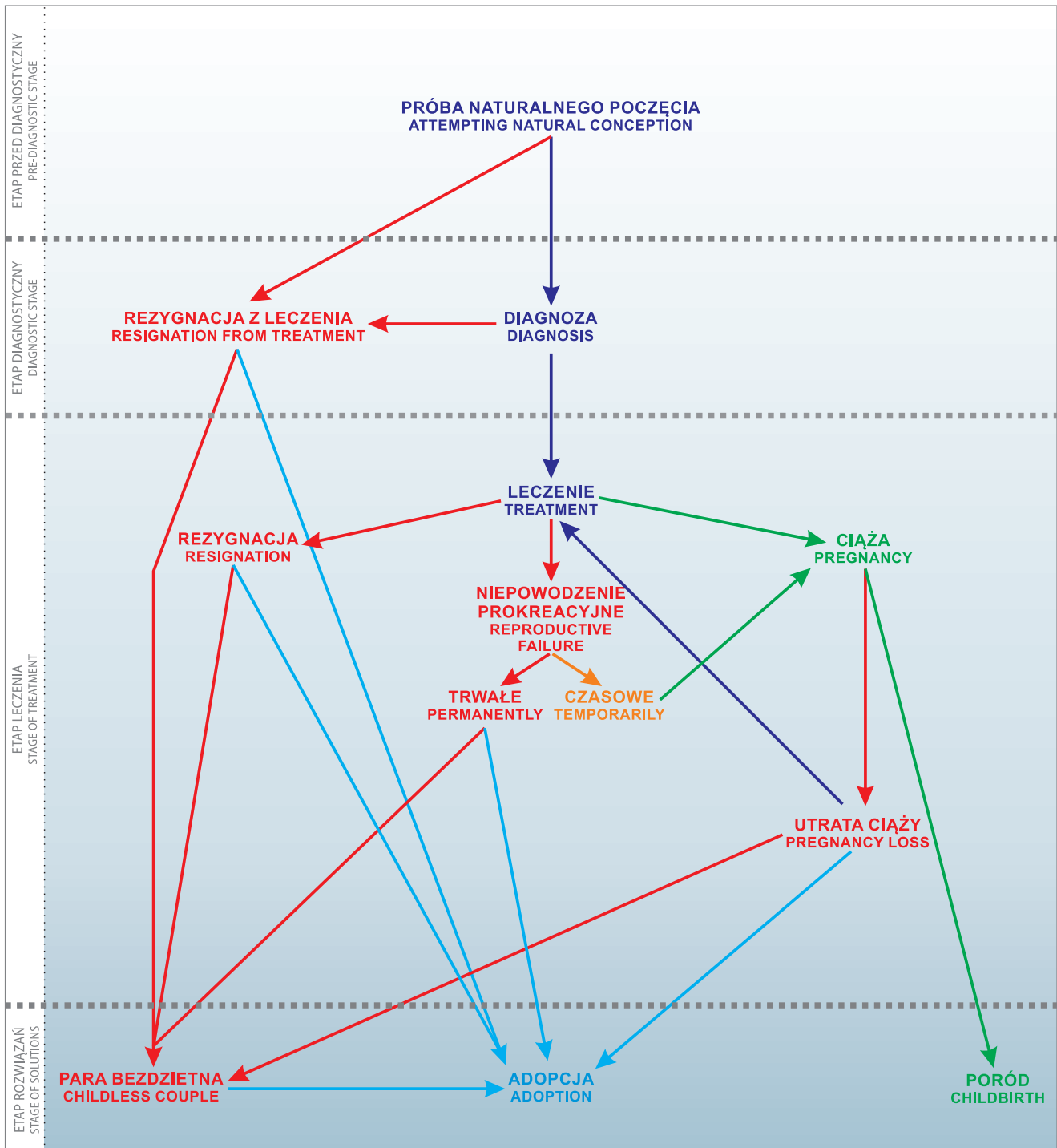
Na każdym etapie leczenia, kiedy to pojawiają się inne reakcje i problemy emocjonalne, pomoc psychologiczna – dostosowana do potrzeb i sytuacji zdrowotnej pary – wydaje się nie tylko wskazana, ale często niezbędna. Etap leczenia, stosowane dotychczas metody diagnozy i leczenia, czas trwania niepłodności, doświadczanie straty wynikającej z niepowodzeń dotychczasowego leczenia oraz postrzegane szanse na poczęcie dziecka mogą znacząco wpływać na zmiany w zakresie reakcji emocjonalnych zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

Wiedza i doświadczenie psychologów klinicznych i psychoterapeutów zarówno w świadczeniu usług psychoterapii, jak i zapewnieniu pomocy w zrozumieniu i radzeniu sobie z emocjami oraz w radzeniu sobie podczas skomplikowanych procedur medycznych i chirurgicznych jest ważnym obszarem promocji i wzmacniania zdrowia psychicznego pacjentów (Chan i wsp., 2006; Csemiczky i wsp., 2000; Hart, 2002). Otoczenie pacjentów kompleksową opieką medyczną i psychologiczną z zastosowaniem terapii poznawczo-behawioralnej oraz technik relaksacyjnych zwiększa szanse zajścia w ciążę (Berga i Loucks, 2006; Domar i wsp., 2000; Garcia i wsp., 2003; Kahyaoglu i wsp., 2014),

a jednym z najczęstszych powodów niepowodzenia w leczeniu i rezygnacji z dalszego leczenia jest silny stres (Domar, 2004; Martins i wsp., 2014; Nargund, 2015; Rajkhawa i wsp., 2006; Sheiner i wsp., 2003). Obiecującą jest również zastosowanie hipnozy i hipnoterapii w leczeniu niepłodności, szczególnie podczas metod wspomaganego rozrodu oraz w trakcie ciąży, budowania więzi emocjonalnych z dzieckiem, przygotowań do porodu (Leviatas i wsp., 2006). Zaobserwowano niemalże dwukrotne zwiększenie skuteczności procedury *in vitro* u pacjentek, u których zastosowano hipnozę, na co wskazuje 53,1% ciąż u kobiet uczestniczących w hipnoterapii w porównaniu do 30,2% ciąż uzyskanych w warunkach *in vitro* bez dodatkowych oddziaływań (Leviatas i wsp., 2006). Korzystne wydaje się zastosowanie terapii grupowej uwzględniającej związek psychiki i ciała. Terapia zorientowana na pracę z ciałem, techniki relaksacyjne, rozwijanie uważności (ang. *mindfulness*), nauka autohipnozy, metody ułatwiające ekspresję i wyrażanie emocji z użyciem arteterapii pomocne okazują się w redukcji napięcia i poprawie relacji w parze (Galhardo i wsp., 2013; Garcia i wsp., 2003; Lemmens i wsp., 2004).

Profesjonalna pomoc oferowana przez psychologów i psychoterapeutów osobom dotkniętym problemem niepłodności może przybierać różne formy: od rozmowy i konsultacji psychologicznej, psychoedukacji, poprzez terapię indywidualną, terapię pary oraz grupową psychoterapię, a także grupy wsparcia, po interwencję psychologiczną i warsztaty podnoszące kompetencje osobiste, ułatwiające radzenie sobie z emocjami i stresem oraz poprawiające komunikację w parze (Bayar i wsp., 2014; Bidzan, 2006; Bielawska-Batorowicz, 2006; Campagne, 2006; Chan i wsp., 2006; Chanduszko-Salska i Kossakowska-Petrycka, 2008). Wiele badań, w których zastosowano programy pomocy psychologicznej oparte na terapii poznawczo-behawioralnej, wskazuje na liczne korzyści, takie jak: polepszenie funkcjonowania psychospołecznego, zwiększenie poczucia własnej skuteczności i zmniejszenie objawów obniżonego nastroju i redukcji stresu oraz lęku (Pasha i wsp., 2010). Zmniejszenie objawów depresyjnych, poczucia wstydu i poczucia porażki oraz izolacji społecznej, zwiększenie własnej skuteczności w radzeniu sobie z niepłodnością i zwiększenie umiejętności akceptacji siebie, a także kształtowanie umiejętności dystansowania się od myśli i uczuć wzbudzających lęk i niepokój wydają się pomocne w obniżeniu negatywnych emocji, skupieniu na odnajdywaniu satysfakcji i drobnych radości dnia codziennego oraz pomagają zmniejszyć psychologiczny stres u par zmagających się z niepłodnością. W efekcie również ułatwiają podjęcie efektywnej współpracy pary z zespołem lekarzy specjalistów zaangażowanych w proces leczenia (Chan i wsp., 2006; Csemiczky i wsp., 2000; Mosalanejad i wsp., 2012; Nargund, 2015).

Możemy zaobserwować złożoną zależność między stresem, depresją i niepłodnością. Psychologiczne interwencje skierowane do par leczących się z powodu



Ryc. 1. Etapy leczenia, różne rozwiązania i możliwości pomocy

Fig. 1. The stages of infertility treatment, various solutions and possibilities

niepłodności związane są ze zmniejszeniem natężenia stresu, redukcją lęku i depresji, radzeniem sobie ze stratą a także poprawą jakości życia. Nie zawsze jednak bezpośrednim efektem jest ciąża. Badania wskazują na znaczące obniżenie się poziomu depresji, nawet o 50% i utrzymywanie się korzystnych efektów przez co najmniej pół roku od ukończenia 12-tygodniowego programu pomocy w radzeniu sobie z depresją (Koszycki i wsp., 2012). Poprawa nastroju ułatwia przejście przez

trudne etapy leczenia, sprzyja lepszemu funkcjonowaniu społecznemu, lecz obniżenie poziomu depresji nie musi gwarantować powodzenia w leczeniu niepłodności (Cousineau i Domar, 2007; Rooney i Domar, 2016). Warto jednak zwrócić uwagę na to, iż u 35% kobiet uczestniczących w programie pomocy w radzeniu sobie z depresją wystąpiła ciąża (Koszycki i wsp., 2012). Zbliżone wyniki obserwowano w grupie kobiet uczestniczących w dziesięciodniowym programie redukcji stresu i depresji,

gdzie 34% kobiet w ciągu 6 miesięcy od udziału w zajęciach zaszło w ciążę (Domar i wsp., 2000). Zaobserwowano również poprawę jakości nasienia u mężczyzn uczestniczących w programach terapeutycznych wspomagających radzenie sobie ze stresem i depresją. Interwencja psychologiczna i pomoc terapeutyczna rzadko jest jedyną formą wspomaganie leczenia i zazwyczaj towarzyszy działaniom medycznym, dlatego też możemy raczej wnioskować o pośrednim wpływie psychoterapii na płodność pary poprzez poprawę kondycji psychicznej pacjentów, poprawę relacji małżeńskich i lepsze radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych (Cousineau i Domar, 2007; Domar, 2004; Rooney i Domar, 2016).

Możemy znaleźć wyniki badań, w których autorzy wyraźnie podkreślają znaczenie i rolę psychoterapii nie tylko w obniżeniu niekorzystnych wskaźników psychologicznych, lecz również w zwiększeniu płodności (Koszycki i wsp., 2012; Nargund i wsp., 2015; Ramezandeh i wsp., 2004). Obiecujące wyniki zarówno w zakresie obniżenia poziomu depresji, jak i większego wskaźnika ciąż odnotowano w badaniach 140 par z depresją zdiagnozowaną przynajmniej u jednego z partnerów (Mosalanejad i wsp., 2012). Pacjenci zostali losowo podzieleni na grupy, gdzie część par otrzymała pomoc psychologiczną w postaci 6–8 sesji psychoterapii, a część osób takiej pomocy nie otrzymała. Ciąża wystąpiła u ok. 47% par z grupy otoczonej opieką psychologiczną i zaledwie u 7% par w grupie kontrolnej. Kupka i wsp. (2003) wykazali, że psychologiczne doradztwo i pomoc w 14% przypadków sprzyja spontanicznej ciąży i w znaczący sposób obniża poziom stresu psychologicznego u niepłodnych par.

Pomoc w poprawie lub utrzymaniu dobrych relacji partnerskich, komunikacji i budowaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem niepłodności warto uwzględnić jako ważny element wspomagający leczenie niepłodności. Ponad 90% mężczyzn uczestniczących w grupowej pomocy psychologicznej oceniło te działania jako pomocne i przydatne. Możliwości wyrażenia emocji, spotkania z innymi mężczyznami doświadczającymi niepłodności sprzyjają zmniejszeniu poczucia izolacji społecznej, redukcji napięcia psychicznego i wzmocnieniu kompetencji w radzeniu sobie ze stresem (Fisher i Hammarberg, 2012; Furman i wsp., 2010; Iammarrone i wsp., 2003). Wciąż jednak pomoc psychologiczna i zrozumienie psychicznej sfery niepłodności są niedowartościowane. Poznanie psychologicznej charakterystyki osób zmagających się z niepłodnością, wzorców zachowań oraz analiza postaw wobec różnych metod diagnozy i leczenia, w tym także metod wspomaganego rozrodu, może znacząco przyczynić się do opracowania skutecznych metod pomocy i terapii (Bielawska-Batorowicz, 2006; Chanduszkowska-Salska i Kossakowska-Petrycka, 2008; Mindes i wsp., 2003; Podolska i Bidzan, 2011). Opieką psychologiczną pacjenci winni być objęci przez cały okres leczenia, a także wówczas, kiedy starania nie powiodły się (m.in. pomoc w zaakceptowaniu sytuacji trwałej niepłodności,

żałobie po nienarodzonym dziecku i utracie nadziei na biologiczne potomstwo, pomoc w podjęciu decyzji odnośnie adopcji lub pozostania małżeństwem bezdzietnym (Cousineau i Domar, 2007; Volgsten i wsp., 2010).

Mimo pewnych podobieństw i prawidłowości każda reakcja pacjenta wymaga indywidualnego podejścia uwzględniającego specyfikę sytuacji, wcześniejsze doświadczenia, oczekiwania, jak również cechy osobowości i preferowane sposoby radzenia sobie z problemami. Należy również pamiętać, że niepłodność zawsze powinna być rozpatrywana w kontekście pary, a pomoc w poprawie lub utrzymaniu dobrych relacji partnerskich, komunikacji i budowaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem niepłodności warto uwzględnić jako element wspomagający medyczne leczenie niepłodności.

Działania psychologiczne zalecane przed przystąpieniem do leczenia niepłodności (etap przeddiagnostyczny)

Wiele par zanim podejmie decyzję o wizycie u specjalisty często przez dłuższy czas podejmuje naturalne starania, licząc, że w kolejnych miesiącach w sposób naturalny „problem się rozwiąże”. Rzeczywiście często tak się dzieje, jednak nie zawsze czas jest dobrym sprzymierzeńcem, bowiem wcześniej podjęte działania lecznicze, profilaktyczne związane z rozwijaniem świadomego rodzicielstwa, psychicznego przygotowania do nowych ról w życiu, zmiana stylu życia mogą znacząco wspomóc proces efektywnego realizowania swoich pragnień rodzicielskich. Rozmowa psychologiczna, przeprowadzenie wywiadu i diagnozy pozwalają na dokonanie oceny aktualnego stanu emocjonalnego, nasilenia przeżywanego stresu i metod radzenia sobie. Stres dnia codziennego, wielość życiowych zadań i celów mogą sprzyjać doświadczaniu stresu, który może utrudnić realizację pragnień, stąd też warto nauczyć się skutecznie radzić sobie ze stresem i poznać różnorodne techniki relaksacyjne. Szczególnie ważna w tym okresie może być psychoedukacja i poradnictwo psychologiczne. Do ważnych zadań w tym okresie możemy zaliczyć również:

- Przeprowadzenie diagnozy psychologicznej – umożliwi poznanie, na ile czynniki psychologiczne mogą wpływać na występowanie, czy też utrzymywanie się problemów prokreacyjnych oraz na przebieg i wybór najkorzystniejszych metod leczenia.
- Określenie motywów podejmowania leczenia niepłodności.
- Rozpoznanie ewentualnych konfliktów wewnętrznych dotyczących rodzicielstwa i oczekiwań. Poznanie relacji z własnymi rodzicami.
- Rozwijanie i wzmocnianie pozytywnych i realistycznych oczekiwań wobec roli rodzica.
- Poznanie specyficznych problemów – pozwoli zaproponować parze lub indywidualnie zgłaszającej się osobie odpowiednie metody pomocy.

Propozycje metod pomocy w okresie diagnozy i leczenia

Niepłodność może mieć wpływ na stan psychiczny pary, a od kondycji psychicznej i natężenia przeżywanych emocji i stresu może zależeć powodzenie medycznych procedur. W większości przypadków relacje między partnerami zostają zakłócone, co przejawia się pod postacią konfliktów, które obniżają poczucie własnej wartości i zwiększają stres (Cwikel i wsp., 2004; Domar, 2004; Domar i wsp., 2000; Gourounti i wsp., 2011; Guttmann i Lazar, 2004; Kahyaoglu i wsp., 2014; Koszycki i wsp., 2012; Pacheco i Lourenço, 2011; Sheiner i wsp., 2003; Wischmann, 2010). Życie seksualne może stać się narzędziem realizacji potrzeby prokreacyjnej, a poczucie satysfakcji i zadowolenia z pożycia seksualnego może znacząco się obniżyć. Kolejne interwencje medyczne mogą zwiększyć poziom niepokoju, nasilić depresję i pogorszyć zdolności radzenia sobie ze stresem, dlatego też szczególnie istotna staje się pomoc w radzeniu sobie z emocjami, szczególnie lękiem, bezradnością i niepokojem oraz przeciwdziałanie depresji. Ponadto wskazane są w tym okresie:

- Psychoedukacja połączona z udzieleniem informacji odnośnie metod i ścieżek leczenia, co ułatwi dokonanie wyboru, a dodatkowo korzystnie wpłynie na redukcję niepokoju czy też stresu wywołanego niepewnością i lękiem przed leczeniem.
- Psychoedukacja połączona z modyfikacją i promocją prozdrowotnego stylu życia, sprzyjającego świadomemu macierzyństwu.
- Trening antystresowy i nabycie umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem i trudnymi emocjami.
- Uwzględnienie w działaniach pomocowych dynamiki reakcji pacjenta/pary na diagnozę i proponowane formy leczenia.
- Psychoterapia indywidualna.
- Psychoterapia pary (m.in. pomoc w rozwiązywaniu konfliktów, odbudowywaniu poczucia bliskości i wzmacnianiu relacji).
- Warto zwrócić również uwagę na wspieranie efektywnej komunikacji lekarz–pacjent, bowiem wiele osób zgłasza obecność wątpliwości, chęć zadania lekarzowi licznych pytań, lecz w gabinecie specjalistycznym często tych pytań nie zadają.
- Poszukiwanie innych celów w życiu poprzez zwiększenie aktywności zawodowej, społecznej i edukacyjnej pomaga często odzyskać pewność siebie i poczucie bycia potrzebnym. Może przyczynić się do odzyskania poczucia własnej wartości i pomaga określić cele życiowe. Odzyskanie zainteresowania różnymi aspektami życia sprzyja doświadczaniu pozytywnych wzmocnień, uzyskiwaniu wsparcia społecznego, radzeniu sobie z emocjami i trudną psychologicznie sytuacją, a przez to również zwiększa szanse powodzenia podjętych działań leczniczych.

Podczas gdy jedno z partnerów może intensywnie angażować się w proces leczenia i wierzyć w powodzenie terapii, drugie może spostrzegać niepłodność jako karę, odczuwać poczucie winy, doszukiwać się przyczyny w sobie lub partnerze albo z innych powodów pragnąć dziecka niż partner. Oczekiwania i powody, dla których para pragnie dziecka, mogą być omawiane podczas spotkań z psychologiem. Niektóre pary mogą też szukać pomocy w zakresie decyzji o nieleczeniu niepłodności i decyzji o adopcji lub życiu bez dzieci, nie decydując się na leczenie lub odracząc decyzję o wyborze metod leczenia.

Propozycja leczenia wspomaganego medycznie niesie ze sobą wiele dylematów natury relacyjnej, emocjonalnej, religijnej i etycznej. Partnerzy często mają trudności w rozmowie ze sobą na ten temat. Wyrażenie wątpliwości, a nawet sama chęć rozmowy o rodzących się pytaniach może być traktowana przez partnera jako wyraz nieakceptowania leczenia, a nawet niechęć do bycia rodzicem. Szczególnie trudne emocjonalnie dla pary może być dawstwo komórek rozrodczych¹ oraz nasienia. Już sama decyzja o przystąpieniu do inseminacji lub procedury *in vitro* może stanowić źródło stresu i lęku (Berghuis i Stanton, 2002; Bhongade i wsp., 2015; Bielawska-Batorowicz, 2006; Gourounti i wsp., 2011; Podolska i Bidzan, 2011; Verhaak i wsp., 2014), a kiedy któryś z partnerów nie może być dawcą nasienia lub komórki jajowej, to wówczas problemy emocjonalne mogą ulec znacznemu nasileniu (Wånggren i wsp., 2013). Pacjenci często zadają w gabinecie pytania: „czy dziecko będzie podobne do rodzica”, „czy zostanie zaakceptowane przez rodzinę generacyjną”, „czy mówić bliskim o metodzie poczęcia dziecka”, „a co, jeśli małżonkowie kiedyś rozstaną się, to kto ma prawo do opieki nad dzieckiem”, „jeśli biologicznym rodzicem jest tylko jeden z partnerów, czy dziecko będzie bardziej kochać rodzica biologicznego, z kim rozwine się bliższa więź” oraz wiele podobnych pytań, które potęgować mogą niepokój, obawy i dodatkowo niekorzystnie wpływać na odporność psychofizyczną.

Oczekiwanie na wynik inseminacji lub procedury *in vitro* jest trudnym emocjonalnie okresem, dlatego też wsparcie psychologiczne, nauka relaksacji i redukcja napięcia oraz możliwość rozmowy ze specjalistą może znacząco wspomóc proces leczenia.

Pary wielokrotnie mówią o utracie satysfakcji z życia seksualnego, kiedy rozpoczynają leczenie niepłodności. Nazywają to „seksem na żądanie” (ang. *on demand*), czemu sprzyja niejako „wpisanie” w harmonogram działań podczas leczenia zakazów i nakazów w tym względzie i nie służy to spontaniczności oraz czerpaniu przyjemności z seksu. Wskazane może być skorzystanie, jeżeli

1 Ustawa o leczeniu niepłodności (Dz. U. z 2015 r., poz. 1087) oraz wydane do niej rozporządzenia określają m.in. warunki stosowania prokreacji wspomaganą medycznie, a także sposoby postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami. Ponadto, ujawniają zasady działania środków prokreacji wspomaganą medycznie, a także banków komórek rozrodczych i zarodków (przyj. red.)

zaistnieje taka potrzeba, z edukacji psychoseksualnej i pomocy seksuologa (Bayar i wsp., 2014).

Niepowodzenie w leczeniu

Niepłodność, szczególnie nieuleczalna, może przypominać sytuację utraty kogoś bliskiego. Nieudane próby leczenia niepłodności – podobnie jak po poronieniu – mogą wywołać reakcję opłakiwania utraty nadziei na poczęcie dziecka, straty wyobrażonej. Każde kolejne podejście do inseminacji oraz procedury *in vitro* może potęgować stres, obawy, a jednocześnie być szansą na spełnienie pragnienia poczęcia dziecka. Wewnętrzne konflikty i stres mogą sprzyjać depresji i nasilaniu się lęku (Furman i wsp., 2010; Kahyaoglu i wsp., 2014; Koszycki i wsp., 2012; Nargund i wsp., 2015).

Żałoba po nienarodzonym dziecku może być przeżywana wielokrotnie, ponieważ każdy kolejny zabieg sprzyja wzbudzeniu nadziei poczęcia i narodzenia potomstwa. Strata nienarodzonego dziecka, obumarcie płodu czy też poród martwego dziecka to sytuacje silnie obciążające psychicznie, odczuwane jako ekstremalnie siny stres, a nawet trauma. Dlatego też terapia traumy i żałoby oraz pomoc w radzeniu sobie ze stratą, a także otoczenie pary troską i wsparciem psychologicznym są szczególnie istotnymi zadaniami. Często strata dziecka we wczesnym okresie płodowym nawet w najbliższym otoczeniu pary, a szczególnie kobiety, może nie spotkać się z należyтым zrozumieniem i wsparciem.

Doświadczenie straty może być ujmowane w szerszym kontekście i traktowane jako utrata wiary we własne ciało i bycie płodną. Niepłodność jest doświadczeniem wielu strat, choć inaczej niż w przypadku żałoby, straty te nie zawsze są widoczne. Poczucie straty może odnosić się do poczucia własnej wartości, bezpieczeństwa, kontroli i wiary. Potoczne powiedzenie „czas leczy rany” nie zawsze znajduje swe potwierdzenie. Możemy obserwować znaczną dynamikę zmian reakcji pacjentów doświadczających niepłodności w zależności od etapu leczenia, ilości podjętych prób wspomaganego rozrodu i okresu trwania niepłodności.

Emocjonalne doświadczanie niepłodności porównywane jest do jazdy kolejką górską (ang. *ups and downs*) ze względu na comiesięczną niepewność oraz dlatego, że złożone jest z serii kryzysów i chronicznego stresu, którego nasilenie się zmienia. Każdy kolejny miesiąc może przynosić niepokój związany z kolejnym testem ciążowym i kolejną interwencją, odradzaniem się nadziei na spełnienie marzeń, aż po powtarzające się rozczarowania, kiedy zamiast ciąży pojawia się menstruacja. Jest to trudne do zniesienia dla kobiety, lecz należy pamiętać, że niepłodność dotyczy pary, więc staje się to również trudne dla partnera, który może odbierać wahania nastroju partnerki i jej smutek jako wyraz niezadowolenia z męża, a nawet postrzegać siebie jako „sprawcę” cierpienia („najbardziej boję się, kiedy żona zamyka

się w łazience z testem ciążowym i długo stamtąd nie wychodzi. Mogę sobie tylko wyobrazić, co tam się dzieje, że płacze, bo kiedy wychodzi ma czerwone oczy i się do mnie nie odzywa. Czuję się winny, jakbym ją zawiódł. Zaczynam unikać seksu w dni płodne żony, bo mam dosyć już jej płaczu. Tylko jak nie kochamy się w dni płodne, to nie uprawiamy seksu wcale”). Niepłodność zatem reprezentuje wiele strat. Smutek jest naturalną reakcją w obliczu straty, lecz wiele par doświadczających straty nie ma możliwości do pełnego wyrażenia żalu i przejścia procesu żałoby. Żałobie często towarzyszy smutek, zwiększa się ryzyko depresji, poczucie winy, poczucie bezwartościowości i obniżenie poczucia własnej wartości. Około 30–40% par po leczeniu z wykorzystaniem zapłodnienia *in vitro* pozostanie bezdzietna (Volgsten i wsp., 2010). Parom po upływie trzech lat od nieudanych procedur *in vitro* w Szwecji towarzyszy utrata przyszłych celów życiowych, poczucie pustki i smutek, co może wskazywać na nierozwiązany proces żałoby (Volgsten i wsp., 2010). Nieudany zabieg lub zabiegi były doświadczane przez kobiety w kategoriach żalu, poczucia winy i utraty poczucia kontroli, podczas gdy mężczyźni częściej brali na siebie rolę wspierającą. Po wielokrotnych stratach ciąży i nieudanych zabiegach kobiety mogą być szczególnie narażone na przewlekły smutek i depresję (Gourounti i wsp., 2011; Koszycki i wsp., 2012; Volgsten i wsp., 2010).

Do metod pomocy szczególnie zalecanych w tym okresie należą:

- Grupa wsparcia.
- Interwencja kryzysowa.
- Psychoterapia pary w sytuacji kryzysu.
- Psychoterapia traumy i żałoby.

Dla wielu par ważne jest pytanie, kiedy nieuniknione staje się zaprzestanie medycznych interwencji. Pomoc w zrozumieniu tego problemu i podjęcie ewentualnej decyzji o zaprzestaniu może być również podjęte podczas terapii, zwłaszcza gdy jeden z partnerów jest gotowy przerwać dalsze leczenie, a drugi nie.

- Wsparcie i pomoc w podejmowaniu dalszych decyzji odnośnie kontynuacji leczenia (czy i jak długo) lub zaprzestania dalszych starań.
- Jeżeli para podejmie decyzję o bezdzietności, wówczas szczególnie ważne jest wsparcie i rozbudzenie motywacji do poszukiwania i budowania celów na przyszłość oraz aktywizacji w często zaniedbywanych – w wyniku długotrwałego leczenia – obszarach życia.
- Konsultacje psychologiczne dotyczące adopcji.

pozytywny skutek działań leczniczych

Nadzieja na narodziny dziecka po długotrwałym okresie starań sprzyjać może wzbudzeniu obaw o zdrowie dziecka w łonie matki, może pojawić się niepokój związany z donoszeniem ciąży, szczególnie kiedy wcześniej para doświadczyła straty nienarodzonego dziecka i wreszcie

obaw o zdrowie dziecka po porodzie. W tym okresie istotna może być:

- Pomoc psychologiczna w przygotowaniu się do zmieniającej się sytuacji życiowej.
- Budowanie i wzmacnianie więzi z poczętym dzieckiem. Pomoc w radzeniu sobie ze stresem, lękiem i obawami przed utratą ciąży. Pomoc w budowaniu więzi emocjonalnych z dzieckiem, redukcja lęku i obaw oraz przygotowanie do porodu.
- Profilaktyka depresji poporodowej.
- Radzenie sobie z emocjami.

Pomoc psychologiczna po narodzinach dziecka

Zdarza się, że pary starające się o dziecko metodami wspomaganego rozrodu, z różnych powodów, nie tylko wynikających z religijnego kontekstu, utrzymują w tajemnicy nawet przed najbliższą rodziną ten fakt. Możliwość rozmowy na ważne dla pary tematy i dylematy dotyczące m.in.: informowania otoczenia i samego dziecka o metodzie poczęcia nabiera w okresie ciąży i po narodzeniu dziecka szczególnego znaczenia. Ponadto, pomoc w budowaniu pozytywnych relacji z dzieckiem (szczególnie, kiedy zastosowano metody leczenia zmieniające więź genetyczną rodziców i potomstwa oraz przeciwdziałanie nadopiekuńczości wobec potomka poczętego z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu) jest niezwykle istotna. Należy również otoczyć pomocą psychologiczną kobiety w okresie ciąży, a także uwzględnić opiekę rodzicielską nad dzieckiem urodzonym z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu.

Szczególnie znaczącym, chociaż rzadko badanym aspektem przystosowania do macierzyństwa osób wcześniej niepełnych, jest podatność na depresję. Znaczącym czynnikiem ryzyka jest wcześniej doświadczana depresja, a jak wskazują wcześniej przytaczane badania niepełność znacząco podnosi ryzyko depresji. Specjaliści mogą łatwo przegapić symptomy depresji, zwłaszcza w przypadku niepełnych wcześniej kobiet, albowiem w społecznym odbiorze niepełne wcześniej matki „powinny” być szczególnie szczęśliwe z powodu zajęcia w ciążę i kiedy osiągnęły w końcu to, czego tak bardzo pragnęły.

Kobiety mogą „cenzurować” własne uczucia w odpowiedzi na społeczne oczekiwania, zaprzeczając i minimalizując doświadczane symptomy depresji (Kossakowska-Petrycka i Chanduszek-Salska, 2009; Olshansky i Sereika, 2005). Warto wspomnieć o tym, że depresja poporodowa może również dotyczyć mężczyzn (James i wsp., 2010).

Podsumowanie

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*) pacjentom

doświadczającym niepowodzeń w prokreacji należy zapewnić pomoc psychologiczną w łagodzeniu skutków niepłodności oraz wsparcie przed rozpoczęciem procedur wspomaganego rozrodu. Otoczenie opieką psychologiczną powinno być kompleksowe i długoterminowe. Psychoedukacja rekomendowana jest przez Europejskie Towarzystwo Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE, ang. *European Society of Human Reproduction and Embryology*) (Gameiro i wsp., 2015; Peterson i wsp., 2012; van den Broeck i wsp., 2010). Aktywny udział psychologa w pracy zespołu leczącego niepłodną parę może okazać się bardzo pomocny na wszystkich etapach leczenia (Cousineau i Domar, 2007; Kainz, 2001; Podolska i Bidzan, 2011). Doradztwo i pomoc psychologiczna niepłodnym parom pomaga w radzeniu sobie pacjentom z problemami emocjonalnymi, ułatwia odnalezienie, niezależnie od efektów leczenia, obszarów satysfakcji i zadowolenia w życiu i budowaniu odporności psychicznej (van den Broeck i wsp., 2010). Wielu pacjentów przystępujących do zapłodnienia pozaustrojowego zgłasza potrzebę pomocy psychologicznej i jednocześnie wskazuje na jej niewystarczający zakres w trakcie leczenia (Bielawska-Batorowicz, 2006; Chanduszek-Salska i Kossakowska-Petrycka, 2008; Volgsten i wsp., 2010). Przytoczone wybrane badania dotyczące psychologicznych aspektów funkcjonowania pary leczonej się z powodu niepłodności oraz wyniki badań ukazujące korzystny wpływ różnorodnych metod pomocy psychologicznej wskazują na znaczenie i zasadność jej uwzględnienia w procesie leczenia niepłodności. Zaprezentowane wyniki badań wyraźnie podkreślają niebagatelne znaczenie procesów psychologicznych dla przebiegu i efektywności procesu leczenia.

Piśmiennictwo

- Bayar U., Basaran M., Atasoy N., Kokturk F., Arikan I.I., Barut A. i wsp.: Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. *J Pak Med Assoc.* 2014, 64 (2), 138–145. PMID: 24640800.
- Berg B.J., Wilson J.F.: Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med.* 1991, 14, 11–26. PMID: 2038042.
- Berga S.L., Loucks T.L.: Use of Cognitive Behavior Therapy for Functional Hypothalamic Amenorrhea, *Women's Health Dis.: Gynecol Endoc Reprod Iss.* 2006, 1092, 114–129. PMID: 17308138.
- Berghuis J.P., Stanton A.: Adjustment to a Dyadic Stressor: A Longitudinal Study of Doping and Depressive Symptoms in Infertile Couples Over an Insemination Attempt. *J Konsult Clinic Psych.* 2002, 2, 433–438. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.433>. PMID: 11952202.
- Bhongade M.B., Prasad S., Jiloha R.C., Ray P.C., Mohapatra S., Koner B.C.: Effect of psychological stress on fertility hormones and seminal quality in male partners of infertile couples. *Andrologia.* 2015, 47 (3), 336–342. doi: 10.1111/and.12268. PMID: 24673246.
- Bidzan M.: Psychologiczne aspekty niepłodności. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.
- Bielawska-Batorowicz E.: Psychologiczne aspekty prokreacji. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2006.
- Boivin J.: Who is likely to need counseling? W: Guidelines for Counselling in Infertility. Red. J. Boivin i H. Kenterich. Published in association with ESHRE by Oxford University Press, Oxford 2002.

- Boivin J., Thomas L., Wells C., Taylor S., Gregory L.: Does treatment stress reduce sperm quality? Abstracts of the 19th Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology, Madrid, Spain 2003, 84.
- van den Broeck U., Emery M., Wischmann T., Thorn P.: Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Educ Couns.* 2010, 81 (3), 422–428. doi:10.1016/j.pec.2010.10.009. PMID: 21075589.
- van den Broeck U., Holvoet L., Enzlin P., Bakelants E., Demyttenaere K., D'Hooghe T.: Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecol Obstet Invest.* 2009, 68(1), 58–64. doi: 10.1159/000214839. PMID: 19401627.
- Campagne D.M.: Should fertilization treatment start with reducing stress? *Hum Reprod.* 2006, 21 (7), 1651–1168. doi: 10.1093/humrep/del078. PMID: 16543257
- Caplan G., Mason E.A., Kaplan D.M.: Four studies of crisis in parents of pretermatures. *Community Ment Health J.* 2000, 36, 25–45. PMID: 10708048.
- Chan C.H., Ng E.H., Chan C.L., Ho, Chan T.H.: Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. *Fertil Steril.* 2006, 85 (2), 339–346. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.07.1310. PMID: 16595209.
- Chanduszo-Salska J., Kossakowska-Petrycka K.: Pomoc psychologiczna jako czynnik wspomagający leczenie niepłodności. W: *Problemy psychosomatyki okresu dorastania i dorosłości.* Red. L. Szewczyk, A. Kulik. Proquart, Lublin 2008, 139–154.
- Cousineau T.M., Domar A.D.: Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007, 21 (2), 293–308. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003. PMID: 17241818.
- Csemiczky G., Landgren B.M., Collins A.: The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000, 79 (2), 113–118. doi: 10.1034/j.1600-0412.2000.079002113.x. PMID: 10696958.
- Cwikel J., Gidron Y., Sheiner E.: Psychological interactions with infertility among women, *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol.* 2004, 117 (2), 126–130. doi:10.1016/j.ejogrb.2004.05.004. PMID: 15541845.
- Depa-Martynów M., Walczyk-Matya K., Szyfter J., Przewoźna J., Pawelczyk L., Jedrzejczak P. i wsp.: Jakość życia a stan nasienia u mężczyzn. *Ginekol Pol.* 2008, 79, 115–119. PMID: 18510090.
- Domar A.D.: Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients, *Fertil Steril.* 2004, 81 (2), 271–273. doi:10.1016/j.fertnstert.2003.08.013. PMID: 14967355.
- Domar A.D., Clapp D., Slawsky E.A.: Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women, *Fertil Steril.* 2000, 73 (4), 805–811. doi:10.1016/S0015-0282(99)00493-8. PMID: 10731544.
- Fisher J.R., Hammarberg K.: Psychological and social aspects of infertility in men: An overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care a Lifestyle factors in people seeking infertility treatment – A review of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian J Androl.* 2012, 14, 121–129. doi:10.1038/aja.2011.72. PMID: 22179515.
- Furman I., Parra L., Fuentes A., Devoto L.: Men's participation in psychological counseling services offered during in vitro fertilization treatments. *Fertil Steril.* 2010, 94 (4), 1460–1464. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.06.043. PMID: 20116789.
- Galhardo A., Cunha M., Pinto-Gouveia J.: Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study. *Fertil Steril.* 2013, 100 (4), 1059–1067. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.05.036. PMID: 20116789.
- Gameiro S., Boivin J., Dancet E., de Klerk C., Emery M., Lewis-Jones C. i wsp.: ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Hum Reprod.* 2015, 30 (11), 2476–2485. doi: 10.1093/humrep/dev177. PMID: 26345684.
- Garcia R.M., Sala M., Lafuente R. i wsp.: Role of the relaxation therapies in IVF treatments, Abstracts of the 19th Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology, Madrid, Spain 2003, 206.
- Gourounti K., Anagnostopoulos F., Vaslamatzis G.: The relation of psychological stress to pregnancy outcome among women undergoing in-vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Women Health.* 2011, 51 (4), 321–339. doi: 10.1080/03630242.2011.574791. PMID: 2170733.
- Guttmann J., Lazar A.: Criteria for marital satisfaction: does having a child make a difference? *J Rep Infant Psych.* 2004, 22, 147–155. doi:10.1080/02646830410001723733.
- Hammarberg K., Baker H.W., Fisher J.R.: Men's experiences of infertility and infertility treatment 5 years after diagnosis of male factor infertility: a retrospective cohort study. *Hum Reprod.* 2010, 25 (11), 2815–2820. doi: 10.1093/humrep/deq259. PMID: 20858699.
- Hart V.A.: Infertility and the role of psychotherapy. *Issues Ment Health Nurs.* 2002, 23, 31–41. doi:10.1080/01612840252825464. PMID: 11887609.
- Iammarrone E., Balet R., Lower A., Gillott C., Grudzinskas J.G.: Male Infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2003, 17, 211–229. doi:10.1016/S1521-6934(02)00147-5. PMID: 12758096.
- James F., Paulson J.F., Sharnail D., Bazemore M.S.: Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression A Meta-analysis. *JAMA.* 2010, 303 (19), 1961–1969. doi: 10.1001/jama.2010.605. PMID: 20483973.
- Kahyaoglu Sut H., Balkanli Kaplan P.: Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Nurs Health Sci.* 2014, 28. doi: 10.1111/nhs.12167. PMID: 25263133.
- Kainz K.: The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility, *Womens Health Issues.* 2001, 11 (6), 481–485. doi:10.1016/S1049-3867(01)00129-3. PMID: 11704468.
- Kossakowska-Petrycka K., Chanduszo-Salska J.: Poziom stresu i radzenie sobie ze stresem w ciąży wysokiego ryzyka a występowanie depresji poporodowej. W: *Człowiek chory. Aspekty Bipsychospołeczne.* Red. K. Janowski, A. Cudo. Lublin 2009, 11–21.
- Koszycki D., Bisserte J.C., Blier P., Bradwejn J., Markowitz J.: Interpersonal psychotherapy versus brief supportive therapy for depressed infertile women: first pilot randomized controlled trial *Arch Womens Ment Health.* 2012, 15, 193–201. doi: 10.1007/s00737-012-0277. PMID: 22526405.
- Kupka M.S., Dorn C., Richter O., Schmutzler A., van der Ven H., Kulczycki A.: Stress relief after infertility treatment—Spontaneous conception, adoption, and psychological counseling. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003, 110 (2), 190–199. doi:10.1016/S0301-2115(03)00280-X. PMID: 12969582.
- Lemmens G.M., Vervaeke M., Enzlin P., Bakelants E., Vanderschueren D., D'Hooghe T. i wsp.: Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod.* 2004, 19 (8), 1917–1923. doi: 10.1093/humrep/deh323. PMID: 15155608.
- Leviatas E., Parmet A., Lunenfeld E., Bentov Y., Burstein E., Friger M. i wsp.: The impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: a case-control study. *Fertil Steril.* 2006, 85 (5), 1404–1408. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.10.035. PMID: 16566936.
- Łepecka-Klusek C., Bokinić M.: Samoocena mężczyzny z bezdzietnych par małżeńskich po uzyskaniu informacji o wartości nasienia. *Ginekol Pol.* 1994, 65, 24–28. PMID: 8070700.
- Martins M.V., Costa P., Peterson B.D., Costa M.E., Schmidt L.: Marital stability and repartnering: infertility-related stress trajectories of unsuccessful fertility treatment. *Fertil Steril.* 2014, 102 (6), 1716–1722. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.09.007. PMID: 25439808.
- Mindes E., Ingram J.K.M., Klierer W., James C.A.: Longitudinal Analyses of the Relationship Between Unsupportive Social Interactions and Psychological Adjustment Among Women with Fertility Problems. *Soc Scien Med.* 2003, 10, 2165–2180. doi:10.1016/S0277-9536(02)00221-6. PMID: 12697205.
- Mosalanejad L., Khodabakshi Koolee A.: Looking at infertility treatment through the lens of the meaning of life: the effect of group logotherapy on psychological distress in infertile women. *Int J Fertil Steril.* 2012, 6 (4), 224–231. PMID: 24520444.
- Nargund V.H.: Effects of psychological stress on male fertility. *Nat Rev Urol.* 2015, 12 (7), 373–382. doi: 10.1038/nrurol.2015.112. PMID: 26057063.
- Olshansky E., Sereika S.: The transition from pregnancy to postpartum in previously infertile women: a focus on depression. *Arch Psych Nurs.* 2005, 19(6), 273–280. doi:10.1016/j.apnu.2005.08.003. PMID: 16308127.
- Pacheco P.A., Lourenço M.F.: Psychological and cross-cultural aspects of infertility and human sexuality. *Adv Psychosom Med.* 2011, 31, 164–183. doi: 10.1159/000328922. PMID: 22005211.

- Pasha H., Faramarzi M., Esmailzadeh S. Kheirkhah F., Salmalian H.*: Comparison of pharmacological and nonpharmacological treatment strategies in promotion of infertility self-efficacy scale in infertile women: A randomized controlled trial. *Iran J Reprod Med.* 2013,11, 495–502. PMID: 24639784.
- Peterson B., Boivin J., Norré J., Smith C., Thorn P., Wischmann T.*: An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *J Assist Reprod Genet.* 2012, 29 (3), 243–248. doi: 10.1007/s10815-011-9701-y. PMID: 22290604.
- Podolska M.*: Niepłodność i jej następstwa psychologiczne. Stan badań i perspektywy. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007.
- Podolska M., Bidzan M.*: Infertility as a psychological problem. *Ginekol Pol.* 2011, 82, 44–49. PMID: 21469521.
- Rajkhwana M., McConnell A.*: Reason for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Hum Reprod.* 2006, 21 (2), 358–363. doi: 10.1093/humrep/dei355. PMID: 16269448.
- Ramezandeh F., Aghssa M.M., Abedinia N., Zayeri F., Khanafshar N., Shariat M.*: A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health.* 2004, 4 (1), 9. doi:10.1186/1472-6874-4-9. PMID: 15530170.
- Rooney K.L., Domar A.D.*: The impact of stress on fertility treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016, 22. PMID: 26907091.
- Schmidt L., Holstein B.E., Christensen U., Boivin J.*: Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 month of fertility treatment. *Hum Reprod.* 2005, 20 (11), 3248–3256. doi: 10.1093/humrep/dei193. PMID: 16006458.
- Sheiner E., Sheiner E.K., Potashnik G.*: The relationship between occupational psychological stress and female fertility. *Occup. Med.* 2003, 265–269. doi: 10.1093/occmed/kgq069. PMID: 12815124.
- Stanton A., Lobel M., Sears S.*: Psychosocial Aspects of Selected Issues in Women's Reproductive Health: Current Status and Future Directions. *J Consult Clin Psychol.* 2002, 70, 751–770. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.751. PMID: 12090381.
- Verhaak C.M., Lintsen A.M.E., Evers A.W.M., Braat D.D.M.*: Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Hum Reprod.* 2014, 25, 1234–1240. doi: 10.1093/humrep/deq054. PMID: 20228392.
- Volgsten H., Skoog Svanberg A., Olsson P.*: Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010, 89 (10), 1290–1297. doi: 10.3109/00016349.2010.512063. PMID: 20846062.
- Wånggren K; Alden J; Bergh T., Skoog Svanberg A.*: Human Reproduction Attitudes towards embryo donation among infertile couples with frozen embryos. *Hum Reprod.* 2013, 28 (9), 2432–2439. doi: 10.1093/humrep/det252. PMID: 23756704.
- Wischmann T.*: Sexual disorders in infertile couples. *J Sex Med.* 2010, 7, 1868–1876. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x. PMID: 23562955.