

OSEBNOSTNE LASTNOSTI PAROV Z ZMANJŠANO PLODNOSTJO

Martina Bürger, Nataša Tul, Vislava Velikonja

POVZETEK

Z raziskavo smo želeli ugotoviti ali se pari z zmanjšano plodnostjo razlikujejo med seboj glede na uspešnost zdravljenja neplodnosti in od običajno plodnih parov v osebni anamnezi, osebnostni strukturi, stališčih do spolnosti, nosečnosti in poroda ter doživljanju neplodnosti.

Primerjali smo dve skupini parov z zmanjšano plodnostjo. V 1. skupini so bili pari, ki z metodo homologne inseminacije (AIH) niso uspeli zanositi, v 2. skupini pa pari, ki so zanosili v prvih štirih cikliih homologne inseminacije (AIH). Kontrolna skupina so bili pari, ki niso imeli težav z zanositvijo.

Podatke smo zbirali z anamnestičnim vprašalnikom, vprašalnikom stališč do spolnosti, nosečnosti in poroda (S-S-G) in osebnostnim vprašalnikom (MMPI-2).

Rezultati nakazujejo, da je pri shizoidno strukturirani osebnosti neplodnih parov, ki prevladujejo v 1. skupini, večja možnost neuspešnega zdravljenja z metodo homologne inseminacije (AIH). Za te pare spolnost, nosečnost, porod in otrok pomenijo tako čustveno vznemirjenje, da ga povsem izrinejo iz zavesti v podzavest in na telesni nivo delovanja, kar prispeva k ohranjanju psihogene neplodnosti. V 2. skupini so pari bolj depresivno oziroma anankastično strukturirani, zato imajo več možnosti, da po zdravljenju zanosijo.

Osebnostna struktura igra pomembno vlogo pri uspešnosti zdravljenja neplodnosti, ki je tudi psihosomatska težava in zato zahteva celosten pristop pri obravnavi.

ABSTRACT

The aim of the study was to find whether with regard to the efficient outcome of treatment infertile couples differ among themselves and from fertile couples by: personal history, personality structure, attitudes towards sexuality, pregnancy and labour and by experiencing infertility.

We compared two groups of infertile couples: in the first group there were the couples in whom artificial insemination - husband (AIH) failed and in the second the couples who achieved pregnancy in the first four AIH cycles. The control group consisted of fertile couples.

We collected the data obtained from the medical history record, the questionnaire on the attitudes towards sexuality, pregnancy and labour (SSG), and the questionnaire on personality characteristics (MMPI-2).

The obtained results showed that in schizoid personalities, prevailing in the first group, the unsuccessful outcome of treatment with AIH was more likely. To those couples sexuality, pregnancy, labour, and the child itself represented such an emotional excitement that they suppressed it to subconsciousness and to the somatic level of activity which contributed to infertility. In the second group the couples were more depressive and/or anancastic thus having a higher degree of possibility to conceive.

Personality structure plays an important role in successful treatment of infertility which is also a psychosomatic problem and demands a holistic approach.

UVOD

Dandanes ne obravnavamo samo ženske ali samo moške neplodnosti, temveč neplodni par kot celoto. Po priporočilu SZO govorimo o neplodnem paru, če ženska po letu dni normalnih, rednih spolnih odnosov brez vsake kontracepcije ne zanosi /8/. Poročila SZO govorijo, da je na svetu neplodnih 10% parov. V Sloveniji pa se predpostavlja, da vsako leto išče pomoč približno 1000 novih parov.

Vzrok za neplodnost je lahko pri ženski (35%), pri moškem (25%) ali pa pri obeh (24%), velikokrat pa ostane neznan (16%); odstotki veljajo za razvite dežele /8/.

Spolnost, nosečnost, porod in starševstvo so tesno povezani z našimi čustvi, zato se ne smemo čuditi velikemu številu psihosomatskih težav na teh področjih. Nepojasnjena neplodnost ima v razvitih deželah v etiologiji velik delež. Pri vseh nediagnosticiranih primerih moramo v obravnavi upoštevati morebitne psihološke dejavnike /1/, saj je znano, da vplivajo na fiziološke procese. Vpliv je najti tudi pri ginekoloških funkcionalnih motnjah, zlasti se poudarja vplive na hormonsko delovanje. Psihično stanje lahko vpliva na reprodukcijo preko štirih mehanizmov /11/:

- a) Stresni hormoni lahko vplivajo na sproščanje gonadotropinov iz hipotalamusa in tako vplivajo na hipotalamo-hipofizno-ovarijsko os.
- b) Kateholamini imajo lokalni vpliv na utero-tubarno funkcijo.
- c) Stres vpliva na imunski sistem.
- d) Psihično stanje lahko sproži vedenje, ki negativno vpliva na plodnost (nenavadno spolno vedenje, zloraba zdravil in drog).

Psihogeni neplodnost je zelo zapleten in trdovraten pojav. Četudi odpravimo hormonske motnje, vendar nismo nič storili za korekcijo psiholoških dejavnikov, se taka neplodnost ohrani. Velja pa tudi, da psihoterapija ob neurejenem hormonskem statusu ne daje željenih uspehov /3,4/.

Domarjeva (1994) je v svojem članku /5/, v katerem obravnava vedenjski pristop pri zdravljenju neplodnosti, navedla izsledke študij, ki kažejo, da lahko psihološka simptoma, kot sta anksioznost in depresija, prispevata k neplodnosti ali celo povzročita določene oblike neplodnosti. Novejše raziskave, ki so zajemale ženske z različnimi diagnozami neplodnosti, so pokazale, da so psihosocialni stres, ki je vezan tudi na pomanjkanje socialne podpore, konflikti z očetom in pa nezadovoljujoča zveza z najboljšim

prijateljem v pomembni korelaciji s hormonsko pogojeno neplodnostjo. Možno je, da stres nastopi tudi kot rezultat preiskovanj in zdravljenja neplodnosti in je kot takšen lahko močna ovira za zanositev. V literaturi najdemo različna mnenja o tem, ali je tako močan stres lahko posledica neplodnosti. Najnovejše študije navajajo, da neplodne ženske poročajo o višjem stresnem nivoju kot ženske, ki nimajo problemov z zanositvijo. Najpogosteje poročajo o anksioznosti in depresiji.

Neplodnost je stresno stanje, pri katerem se ciklično menjujeta upanje in razočaranje. Življenje se osredotoči okoli misli na otroka, vse ostalo postane manj pomembno /9/. Osnovni problem neplodnih parov je občutje razočaranja in prikrajšanosti za otroka. Pojavi se nejasen občutek izgube, ki je neoprijemljiva in zanjo ne obstajajo rituali žalovanja /2/. Sčasoma postane želja po otroku vse močnejša in nestrpnost se stopnjuje. Pogosto se partnerja začneta izogibati prijateljev in sorodnikov, ki imajo otroke. Srečanje z otrokom je zanju preboleče, saj ju nenehno spominja na lastno prikrajšanost. Nekateri pari pa se pretirano čustveno vežejo na tujega otroka iz okolice in mu posvečajo vso svojo pozornost. Na ta način poskušajo zadovoljiti svoje neuresničene želje. V mnogih primerih občutita partnerja sebe kot splošno nesposobna ali celo invalidna. Nezmožnost imeti otroka enačita z zmanjšano maskuliniteto oz. femininiteto /10/. Starševstvo je za spolno identifikacijo pomembnejše pri ženski kot pri moškem /13/. Deutscheva meni, da lahko ženska - če ni sposobna poiskati ustrezne rešitve za psihične težave, ki spremljajo neplodnost - zaide v nevrotične motnje ali pride do spremembe njene osebnostne strukture (označene z intenziviranim narcizmom in agresijo) /3,4/.

Koropatnick, Daniluk in Pattinson (1993) so raziskovali oblike in načine spoprijemanja parov z neplodnostjo /8/. Ugotovili so, da so pri mnogih neplodnih parih kot posledica neplodnosti prisotni: nizko samovrednotenje, občutki velike žalosti, depresija, večja medosebna občutljivost, težave s partnerjem, nezadovoljeno seksualno življenje in somatski simptomi. Zanimalo jih je, zakaj se nekateri pari odzovejo s tolikšnim stresom, medtem ko drugi relativno lažje sprejmejo neplodnost. Prišli so do spoznanj, da prilagoditev na neplodnost pozitivno korelira s pozitivnim samovrednotenjem, višjim socioekonomskim standardom in nižjo starostjo. Višji nivo anksioznosti in stresa, kot odgovor na neplodnost, pa je bil povezan z nizkim samovrednotenjem, nejasno spolno vlogo in višjo starostjo. Pari, ki so že dalj časa neplodni in so neplodnost sprejeli kot trajno, so poročali o nižjem stresu kot pari, ki so bili še v zgodnjih fazah preiskav in so neplodnost doživljali kot začasno in negotovo /8/.

NAMEN

Z raziskavo smo nameravali ugotoviti, ali se ljudje z zmanjšano plodnostjo, ki se zdravijo z umetno oploditvijo, razlikujejo v osebnostnih lastnostih ter stališčih do spolnosti, nosečnosti in poroda od parov, ki niso imeli težav z zanositvijo.

Ob tem so nas zanimale še razlike med pari, ki so uspeli zanositi s pomočjo AIH metode - to je umetna osemenitev z moževim semenom - in tistimi, pri katerih metoda AIH ni bila uspešna.

METODOLOGIJA

OPIS VZORCA

Prvo in drugo skupino smo dobili v UGK V Ljubljani v ordinaciji za neplodnost, kontrolno pa v materinski šoli. Sodelovanje v študiji je bilo prostovoljno.

V prvo skupino smo uvrstili pare z zmanjšano plodnostjo, pri katerih med zdravljenjem z umetno oploditvijo žene z moževim semenom (AIH) ni bilo organskih ovir za zanositev, razen morebitnega negativnega postkoitalnega testa ali slabše kakovosti sperme, pa kljub temu niso uspeli zanositi po več kot štirikratnem ponavljanju AIH. Skupina je štela šestnajst parov.

V drugo skupino smo uvrstili pare z zmanjšano plodnostjo, pri katerih med zdravljenjem z umetno oploditvijo ni bilo organskih ovir za zanositev, razen morebitnega negativnega postkoitalnega testa ali slabše kakovosti sperme in so zanosili v prvih štirih ciklih. Skupina je štela osem parov.

Tretja skupina je bila kontrolna. Vanjo so bili uvrščeni pari, ki so zanosili brez karšnekoli pomoči. Žene so bile prvorodke, stare 25 let in več. V analizo rezultatov smo zajeli sedemnajst parov.

INSTRUMENTI

1) Anamnestični vprašalnik

Sestavljen je bil za interno uporabo. Vsebuje vprašanja o:

- izvorni družini,
- ozračju v njej,
- šolanju in obdobju pubertete,
- spolnosti,
- doživljanju sedanje partnerske zveze,
- odnosu do nosečnosti,
- reakcijah na neplodnost,
- stališčih do umetne oploditve in posvojitve,
- dobljeni in pričakovani pomoči,
- doživljanju postopka zdravljenja.

Dodan je datum prvega obiska v ordinaciji za neplodnost in izvidi nekaterih ginekoloških preiskav.

Pri kontrolni skupini smo vprašanja o reakcijah na neplodnost izpustili, nekatera vprašanja pa prilagodili.

2) Vprašalnik stališč do nosečnosti, poroda in spolnosti (S-S-G) - Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt (Lukesch in Lukesch, 1976).

Uporabili smo slovenski prevod vprašalnika, s katerim ugotavljamo stališča do spolnosti, nosečnosti in poroda. Vsebuje 70 trditev. Preiskovanec se opredeli, ali se s trditvijo strinja ali ne, tako da obkroži ustrezno številko na kontinuumu od -3 do +3.

Rezultat je prikazan s petimi spremenljivkami:

1. odkrito odklanjanje nosečnosti (OA)
2. strah pred poškodovanjem otroka (VA)
3. odklanjanje dojenja (AS)
4. strah pred porodom (GA)
5. stališča do spolnosti (ES)

3) Osebnostni vprašalnik (MMPI-2) - Minnessota Multiphasic Personality Inventory

To je psihodiagnostični test, s katerim ugotavljamo osebnostno strukturo. Uporabili smo slovenski prevod vprašalnika. Vsebuje 567 trditev, na katere preiskovanec odgovarja s TAKO JE ali NI TAKO. Poleg profila kliničnih lestvic vsebuje še veljavnostne, vsebinske in nekatere dodatne lestvice. Je eden najpogostejše apliciranih testov.

POSTOPEK

Par smo seznanili s potekom in vsebino raziskave in poprosili za sodelovanje. Raziskava je bila sestavljena iz dveh delov: prvi je bil anamnestični intervju, drugi pa reševanje dveh psiholoških vprašalnikov. Par smo razdelili, tako da je eden odgovarjal na prvi del, drugi pa ločeno reševal drugega. Nato sta se partnerja še zamenjala.

Tako zbrane podatke smo statistično obdelali s statističnim programom CSS.

KVANTITATIVNA IN KVALITATIVNA ANALIZA

Tabela 1: Prikaz statistično pomembnih razlik med 1. in 3. skupino v odgovorih na S-S-G ($P < 0,10$)

Neodvisna spremenljivka: skupina								
1 = 1. skupina								
2 = 3. skupina								
spremenljivke	2-smerni t-test	p-nivo	N1	N2	aritm. sred.1	aritm. sred.2	st. dev.1	st. dev.2
strah za otroka	3.015	0.004	32	34	78.3438	67.4706	18.03153	10.51186
strah pred porodom	4.202	0.000	32	34	17.3125	13.4118	4.16156	3.35855

Tabela 2: Prikaz statistično pomembnih razlik med 2. in 3. skupino v odgovorih na S-S-G ($P < 0,10$)

Neodvisna spremenljivka: skupina								
1 = 2. skupina								
2 = 3. skupina								
spremenljivke	2-smerni t-test	p- nivo	N1	N2	aritm. sred.1	aritm. sred.2	st. dev.1	st. dev.2
odkrito odklanjanje nosečnosti	1.873	0.067	15	34	38.3333	33.8824	6.52103	8.10449
strah za otroka	2.814	0.007	15	34	77.6667	67.4706	14.08478	10.51186
strah pred porodom	3.485	0.001	15	34	17.3333	13.4118	4.20317	3.35855
stališča do spolnosti	1.885	0.066	15	34	36.3333	32.2647	6.88338	6.99917

V tabeli so predstavljene statistično pomembne razlike med skupinami. Vidimo, da med preiskovanci prve in druge skupine (to so pari, ki se zdravijo zaradi težav z zanositvijo) ni pomembnih razlik, razlikujejo pa se od preiskovancev kontrolne skupine. Eksperimentalni skupini kažeta pretirano zaskrbljenost za otroka in močnejši strah pred porodom. V drugi skupini, kjer so med zdravljenjem uspeli zanositi, smo ugotovili še odkrito odklanjanje nosečnosti in negativna stališča do spolnosti.

Tabela 3: Prikaz statistično pomembnih razlik med 1. in 2. skupino v odgovorih na MMPI-2 ($P < 0,10$)

Neodvisna spremenljivka: skupina								
1 = 1. skupina								
2 = 2. skupina								
spremenljivke	2-smerni t-test	p-nivo	N1	N2	aritm. sred.1	aritm. sred.2	st. dev.1	st. dev.2
Harris-Lingoes podlestvice								
psihična medlost	-2.014	0.050	30	14	49.6333	55.2143	8.96923	7.57708
zavrta agresivnost	1.778	0.083	30	14	47.0000	41.0000	10.94185	9.17354
šibak ego-hotenje	-1.684	0.100	30	14	49.1667	53.3571	6.52361	9.79487

Tabela 4: Prikaz statistično pomembnih razlik med 1. in 3. skupino v odgovorih na MMPI-2 ($P < 0,10$)

Neodvisna spremenljivka: skupina								
1 = 1. skupina								
2 = 3. skupina								
spremenljivke	2-smerni t-test	p-nivo	N1	N2	aritm. sred.1	aritm. sred.2	st. dev.1	st. dev.2
klinične lestvice								
psihopatija	-2.063	0.043	30	34	44.4667	48.8824	8.34487	8.71698
psihastenija	1.734	0.088	30	34	50.8667	46.6471	10.88413	8.55953
dodatne lestvice								
ego moč	-2.546	0.013	30	34	45.6333	50.9706	8.78668	7.98668
vsebinske lestvice								
strah	2.157	0.035	30	34	55.7000	49.1471	14.26631	9.86924
negativni terapevtski indikatorji	2.980	0.004	30	34	53.7333	46.6765	10.73805	8.16022
Harris-Lingoes podlestvice								
histerija								
telesne pritožbe	1.761	0.083	30	34	53.9000	48.8824	13.94163	8.49872
psihopatološke deviacije								
družinska nesloga	-1.812	0.075	30	34	47.4333	51.5882	9.73328	8.61682
problemi z avtoritetami	-2.489	0.016	30	34	48.0000	53.3529	8.96353	8.23843
socialna ravnodušnost	-1.902	0.062	30	34	51.9000	56.0882	8.96487	8.63526
shizofrenija								
šibak ego - inhibicija	1.861	0.068	30	34	55.1667	49.7647	13.25371	9.89968

Tabela 5: Prikaz statistično pomembnih razlik med 2. in 3. skupino v odgovorih na MMPI-2 ($P < 0,10$)

Neodvisna spremenljivka: skupina								
1 = 2. skupina								
2 = 3. skupina								
spremenljivke	2- smerni t-test	p- nivo	N1	N 2	aritm. sred.1	aritm. sred.2	st. dev.1	st. dev.2
klinične lestvice								
anksioznost	2.308	0.026	14	34	54.9286	48.5588	9.15225	8.50024
dodatne lestvice								
ego moč	-1.817	0.076	14	34	45.5714	50.9706	12.157398	7.98668
vsebinske lestvice								
zaskrbljenost za zdravje	2.133	0.038	14	34	56.3571	50.0294	8.16755	9.76539
obsesije	2.375	0.022	14	34	54.2857	46.5882	12.70026	9.03903
depresija	1.840	0.072	14	34	54.2143	50.0882	6.94128	7.10684
negativni terapevtski indikatorji	2.664	0.011	14	34	54.3571	46.6765	11.07045	8.16022
Harris-Lingoes podlestvice								
depresija								
telesne težave	1.844	0.072	14	34	57.4286	51.7941	11.60712	8.72051
histerija								
potreba po naklonjenosti	-2.142	0.038	14	34	41.2143	47.3235	8.83332	9.04105
zavrta agresivnost	-2.086	0.043	14	34	41.0000	47.5882	9.17354	10.23102

Tako kot na SSG vprašalniku tudi na MMPI-2 vprašalniku ni pomembnejših razlik med prvo in drugo skupino.

Na kliničnih lestvicah smo ugotovili, da imajo pari iz prve skupine, ki ne uspejo zanositi z AIH, zelo nizek rezultat na lestvici psihopatoloških deviacij, kar pomeni, da se bolj nagibajo h konvencionalnosti, prilagajanju in se bolj podrejuje avtoritetam. Hkrati imajo višje rezultate na lestvici psihastenije, kar pomeni, da so bolj zaskrbljeni, preplašeni, napeti, počutijo se manjvredne in manjka jim samozaupanja.

Druga skupina, kjer je bila AIH metoda uspešna, je v primerjavi s tretjo - kontrolno skupino bolj anksiozna.

Na dodatnih lestvicah vidimo, da imata eksperimentalni skupini (prva in druga) manj izraženo ego moč, kar pomeni, da se ti pari počutijo nemočne, so bolj zavrti, rigidni in ne marajo sprememb.

Vsebinske lestvice kažejo, da je pare iz prve skupine, ki ne zanosijo z AIH, pogosteje strah in večkrat se nelagodno počutijo.

V drugi skupini, kjer so zanosili z AIH, so bolj izražene obsesivnost, depresivnost in zaskrbljenost za zdravje. Za obe skupini so značilni negativni terapevtski indikatorji.

Harris - Lingoes podlestvice MMPI-2 vprašalnika pa govorijo o bolj izraženi depresivnosti v drugi skupini, kjer je bila metoda AIH uspešna, v primerjavi z ostalima skupinama.

Na področju lestvice histerije vidimo, da se preiskovanci prve skupine, ki ne zanosijo z AIH, pogosteje pritožujejo nad telesnim zdravjem.

V drugi skupini, kjer so zanosili s pomočjo AIH, je agresija najmanj inhibirana. Na področju lestvice psihopatoloških deviacij se potrjujejo že omenjeni rezultati, ki kažejo, da imajo pari v prvi skupini, kjer metoda AIH ni uspešna, manj nesoglasij oziroma težav z avtoritetami in so bolj socialno ravnodušni.

Na področju lestvice shizofrenije ponovno vidimo, da gre pri eksperimentalnih skupinah za pomanjkanje ego moči.

INTERPRETACIJA

Z razgovorom in psihološkima vprašalnikoma smo ugotovili, da obstajajo precejšnje in pomembne razlike med pari, ki imajo težave z zanositvijo, in pari, ki teh težav nimajo. Do rezultatov druge skupine moramo zaradi majhnega števila ohraniti pravšnje mero kritičnosti.

Pari z zmanjšano plodnostjo so s svojimi stališči izrazili večje odklanjanje nosečnosti in otroka ter pretirano zaskrbljenost za otroka, kar lahko razumemo kot izraz njihove potlačene agresije na področjih spolnosti,

nosečnosti in poroda. To se povsem ujema z ugotovitvami drugih avtorjev /10/, ki so pri neplodnih parih ugotovili ambivalentna stališča do otrok.

V prvi in drugi skupini se v stališčih kaže močnejši strah pred porodom in stališča do spolnosti so manj ustrezna.

Pari z zmanjšano plodnostjo doživljajo hujše čustvene pretrse, so bolj napeti, nervozni in prestrašeni. Ob spoznanju neplodnosti je bilo njihovo prevladujoče čustvo žalost, bili so tudi razočarani in prizadeti, o čemer poročajo tudi v novejši literaturi /8/. V reševanju težav so manj kreativni in manj učinkoviti. Počutijo se bolj depresivne, potrte, obupane in manjvredne. Kažejo bolj medla čustva, so bolj boječi, odmaknjeni, introvertirani in socialno izolirani. Mozley (1980) navaja ugotovitve raznih avtorjev, ki so prišli do podobnih spoznanj o negativnem samovrednotenju neplodnih parov /10/. Podobno kot drugi avtorji /8,7/ smo ugotovili, da je pri parih z zmanjšano plodnostjo višji nivo anksioznosti in stresa v pozitivni zvezi s slabšo samopodobo, nejasno spolno vlogo in višjo starostjo. Ti pari navajajo več telesnih težav, so bolj obsesivni in kompulzivni ter manj družabni od parov kontrolne skupine.

Iz celotne slike dobljenih rezultatov predpostavljamo, da gre pri parih z zmanjšano plodnostjo za psihosomatske motnje. Pokazalo se je, da gre pri teh parih za specifično šibkost ego strukture. S šibkejšim egom je ponovno povezana njihova slabša samopodoba in zaprtost vase.

Rezultati kažejo, da so pari, ki se zdravijo zaradi neplodnosti, bolj zaskrbljeni za telesno zdravje, ki ga ne povezujejo s psihičnim zdravjem. Zatekajo se v somatizacijo, ki jim pomaga, da svoje psihične stiske rešujejo v obliki somatskih težav. Pri obeh skupinah teh parov se pojavljajo obrambni mehanizmi zanikanja in potlačitve. Njihova obrambna drža se je odrazila tako pri razgovoru kot pri psiholoških vprašalnikih.

Preiskovanci prve skupine so v razgovoru svoje odnose s starši najslabše ocenili; nekateri izhajajo iz nepopolnih družin (za razliko od preiskovancev kontrolne skupine), torej je bila družinska situacija manj ugodna za njihov razvoj. Starši in sorojenci nekaterih preiskovancev izključno iz prve skupine so tudi imeli težave pri zanositvi, kar še potrjuje prejšnjo ugotovitev.

V direktnem intervjuju se je pri parih, ki se zdravijo zaradi neplodnosti, pokazala težnja, da bi se prikazali v čim lepši luči in s tem ustvarili vtis, da je vse v najlepšem redu, zlasti na področju spolnosti. Pari kontrolne skupine so

bili bolj odkriti v priznavanju težav in so izpadli navidezno bolj "problematični".

Celotna raziskava kaže, da pri parih prve skupine, ki niso uspeli zanositi z AIH, prevladuje bolj shizoidno strukturirana osebnost. Za te pare pomenijo spolnost, nosečnost, porod in otrok tako čustveno vznemirjenje, da ga izrinejo iz zavesti v podzavest in na telesni nivo delovanja, kar najverjetneje prispeva k ohranjanju psihogene neplodnosti.

Pri parih druge skupine, ki so zanosili z AIH, pa prevladuje bolj depresivna osebnostna struktura, zaradi katere imajo verjetno več možnosti, da po zdravljenju zanosijo.

Osebnostna struktura lahko igra pomembno vlogo pri uspešnosti zdravljenja neplodnosti. Variacij, tipov in individualnih zgodb, ki lahko povzročajo psihogeno neplodnost, je veliko. Nepojasnjena neplodnost je tudi psihosomatska težava in zahteva celosten pristop pri obravnavi.

LITERATURA

1. Andolšek-Jeras, L. (1989). Neplodnost včeraj in jutri. V H. Meden-Vrtovec, *Neplodnost*. (str. 9-14). Ljubljana: Cankarjeva založba.
2. Berson, A.R. (1994). Quality of life issues for patients with reproductive loss. *Clinical Consultation in Obstetrics and Gynecology*, 6, 100-108.
3. Deutsch, H. (1944). *The psychology of woman, Volume one: Girlhood*. New York: Grene & Stratton.
4. Deutsch, H. (1945). *The psychology of woman, Volume two: Motherhood*. New York: Grene & Stratton.
5. Domar, A.D. (1994). A behavioral approach to infertility treatment. *Clinical Consultation in Obstetrics and Gynecology*, 6, 116-121.
6. Kapor-Stanulović, N. (1985). *Psihologija roditeljstva*. Beograd: Nolit.
7. Kemeter, P. in Eder, A. (1982). A diagnostic instrument to evaluate the psychosomatic background of gynecological endocrinological disturbances and functional sterility. V H.J. Prill in M. Stavber (Ur.), *Advances in psychosomatic obstetrics and gynecology* (str. 224-226). Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag.
8. Koropatnick, S., Daniluk, J. in Pattinson H.A. (1993). Infertility: a non-event transition. *Fertility and Sterility*, 59, 163-171.
9. Lewis, T.L.T. in Chamberlain, R.V.P. (Ur.) (1990). *Gynaecology by ten teachers*. London Melbourne Auckland: Edward Arnold.

