

Стан емоційної сфери жінок із безпліддям при повторному застосуванні протоколу екстракорпорального запліднення

Проблема безпліддя набуває все більшої актуальності в сучасному суспільстві. У статті розглянуто соціально-психологічні патерни, які можуть виступати в ролі психогенних факторів, що впливають на інфертильність. Представлено результати дослідження щодо рівня тривожності 96 жінок із безпліддям, які неодноразово мали в анамнезі безуспішні спроби завагітніти. Встановлено, що емоційний стан жінок із безпліддям, які повторно вступають у протокол екстракорпорального запліднення, погіршується, рівень тривоги підвищується. Когнітивно-поведінкова терапія у цих жінок є необхідною та дієвою.

Ключові слова: безпліддя, психотерапія, екстракорпоральне запліднення.

Вступ

Частота безплідних шлюбів коливається в широких межах і не має тенденції до зниження в усіх країнах світу. Так, поширеність безпліддя у країнах Європи становить $\approx 14\%$. В Україні кожна п'ята із 15 млн пар не може завагітніти природним шляхом, а ефективність лікування явно недостатня (Volyanska Y., 2018). Тривале безрезультатне лікування безпліддя супроводжується гамою психоемоційних реакцій — від невротичних до тяжких депресивних розладів. Порушуються партнерські відносини, що призводить до особистісних і сімейних криз. Таким чином, безпліддя набуває не лише медичного, психологічного, але й соціального значення.

Шлюб вважають безплідним, якщо вагітність не настає протягом одного року активного статевого життя без застосування засобів контрацепції (WHO, 2018). Безплідний шлюб може бути зумовлений як чоловічим, так і жіночим фактором. Середрізноманіття форм жіночого безпліддя особливу групу становлять пацієнтки із безпліддям «неясної етіології». Частка жінок із таким діагнозом коливається в межах 4–40% загальної кількості інфертильних. «Невстановлене» («психогенне», «ідіопатичне») безпліддя діагностують у тому разі, якщо результати медичного обстеження пацієнтки та її постійного партнера щодо виявлення біологічних причин порушення репродуктивної функції свідчать про біологічну фертильність пари.

Неможливість народити дитину — одна з найтяжчих хронічних психологічно травмуючих, емоційно виснажливих ситуацій у сім'ї. Материнство слід розглядати не лише з фізіологічного, але й психологічного, соціального боку. Це унікальна ситуація розвитку особистості жінки, необхідна для її самореалізації, що забезпечує виконання найважливіших соціальних ролей та становлення ідентичності в цілому. Засвоєні протягом життя цінності та специфічні ролі в приписи спричиняють психологічно травмуюче сприйняття жінкою безпліддя, переживання фрустрації, особливе її ставлення до світу і себе.

Сьогодні ефективним методом вирішення проблеми безпліддя вважають використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), зокрема методу екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), однак ефективність цієї методики ледь наближається до 28%. Безпліддя саме по собі викликає складні психологічні стани, а використання ДРТ супроводжується додатковими специфічними переживаннями, пов'язаними з лікуванням. За офіційними даними, в Україні у 2016 р. зареєстровано 38 998 і 11 210 випадків жіночого та чоловічого безпліддя відповідно. Серед розпочатих циклів вікова група 30–34 роки становить 31,16%, 35–39 років — 27,81%, >40 років — 17,94%, 25–29 років — 16,09%, <25 років — 2,50%. У 2015 р. розпочато 18 871 лікувальний цикл ЕКЗ. У 2016 р. після лікувальних циклів за допомогою ДРТ народилося живими 7582 немовляти, з них у терміні 22–27 тиж — 130, ≥ 28 тиж — 7452 (ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2017а; б; Лесовська С.Г., 2017).

Встановлено, що у жінок із безпліддям наявні особистісно-психологічні риси сімейних відносин, які можуть виступати в ролі ймо-

вірнісних патогенетичних факторів. Їх слід враховувати при проведенні профілактичних заходів і комплексного лікування безпліддя. Психологічні аспекти порушення репродуктивного здоров'я мають свою специфіку, яка істотно відрізняється від співвідношень психічних і соматичних систем людини, які сформульовані в загальній психосоматиці та загальній психології.

Досліджуючи і тестуючи психологічні особливості жінок із безпліддям, нам вдалося визначити, що ці жінки мають не лише підвищений рівень тривоги, але й порушення статево-рольової ідентифікації, емоційну незрілість, порушення материнської сфери, що виявляє різні форми психологічної неготовності до материнства. У переважній більшості пацієнток виявляють порушення мотиваційної (найважливішої) складової психологічної готовності до материнства, яка забезпечує формування домінанти материнства, встановлення діадичних відносин і подальшу сепарацію в діаді «мати — дитина».

Домінантою материнства вважають об'єднання родової, лактаційної домінанти і поки ще недостатньо певної з психофізіологічної точки зору домінанти, що забезпечує зв'язок матері з дитиною після закінчення лактації. Психологічна складова останньої позначається як внутрішня батьківська позиція, що означає прихильність матері до дитини, спрямованість на турботу про неї та її виховання. Вивчення і систематизація цих «субдомінант» на сьогодні у стадії становлення, проте розвиток цього напрямку в Україні надзвичайно перспективний для розуміння сучасних проблем, які виникають в реалізації репродуктивної функції (використання ДРТ, донорських яйцеклітин, сурогатного материнства, усминення тощо).

У наявних в цій галузі дослідженнях показано, що психологічним фактором, який провокує і збільшує порушення репродуктивного здоров'я, є конфлікт у материнській сфері жінки, що виражається в бажанні стати матір'ю, але неготовності до прийняття материнської ролі. Остання пов'язана з особистісними рисами, негативним досвідом взаємодії із власною матір'ю, психологічними моментами раннього розвитку і статево-рольовою ідентичністю, сімейною історією і ланцюжком інших психологічних причин. Цей внутрішній конфлікт створює ситуацію гострого напруження, вихід з якої жінка не може знайти самостійно. Це призводить до появи соматизацій, які виявляються у порушенні репродуктивної функції. На фізіологічному рівні тривалий стрес накладає відбиток на діяльність усіх органів і систем, в тому числі відбуваються зміни в яєчниках, маткових трубах і шийці матки, слабшає імунітет. Постійний стрес зачіпає і вищі центри мозку, що провокує гормональні зрушення, які можуть знижувати вірогідність зачаття.

Сьогодні в Україні існує нова наукова течія — «репродуктивна психологія, репродуктивна психосоматика». Це молодий напрям для нашої країни, запит з боку сучасної науки на визначення ролі психічного компонента в етіології порушень репродуктивної функції у жінок та чоловіків, а також розробку діагностичних методик, прийомів практичної роботи психолога в цій галузі. Взаємозв'язок соматички і психіки об'єднаний у психосоматичному, психіки і фізіології нервової системи — у психофізіологічному підході, психіки і тілеснос-

ті — у психології тілесності. На жаль, досі немає методів, за допомогою яких можна було б розглянути об'єднання всіх механізмів для реалізації однієї з основних програм життєдіяльності, для забезпечення якої необхідне поєднання всіх психічних механізмів (когнітивних, емоційних, мотиваційних, ціннісно-сміслових), фізіологічних (які включають фізіологічні, нейрогуморальні, соматичні компоненти) і поведінкових (тілесний рівень). Саме таким і є одне із завдань життєдіяльності — репродуктивна функція. Мати дитину — це здатність не лише зачати і виносити, але й перебудувати своє життя для її вирощування і виховання. Тож, конкретизуючи ідеї П.К. Анохіна (1980), О.О. Ухтомського (1966), В.С. Мерліна (1986), узагальнимо, що всі системи суб'єкта ієрархічно організовані для реалізації певної функції життєдіяльності, яка в даний момент є провідною. У реалізації репродуктивної функції задіяні всі етапи психіки людини як єдиної системи.

Для характеристики потреб репродуктивної сфери пропонуємо скористатися класифікацією І.П. Павлова (1951), який розділив усі потреби на індивідуальні (спрямовані на збереження індивіда) і видові (спрямовані на збереження виду). Потреба в розмноженні є видовою і вітальною (життєво необхідною) для виду, але не індивіда. Індивідуальна потреба у відтворенні можлива у людини на основі усвідомлення. Оскільки народження дітей є соціально зумовленим завданням, то протиріччя між необхідністю його виконання і неготовністю до цього зазвичай не усвідомлюється і проявляється у формі різних захисних механізмів, у тому числі соматичних. Виходить, що для здійснення репродуктивної функції необхідне виконання двох незалежних один від одного на мотиваційному і поведінковому рівні видів активності: батьківської та статевої. Статева поведінка реалізується в задоволенні статевої потреби, яка на суб'єктивному рівні переживається як індивідуальна і має вроджене забезпечення у вигляді потреби у статево-задоволенні, а батьківська — реалізує видові потреби, майже не має вроджених механізмів і практично повністю формується у процесі дорослішання, тобто протягом життя. Підтвердженням цьому є численні девіації і порушення батьківської поведінки від повної відсутності материнської компетентності до спотворення материнських почуттів і відчуження від дитини.

Мета — вивчення психоемоційного стану жінок із безпліддям при повторному проходженні протоколу ЕКЗ, оцінка ефективності когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та психокорекції у жінок при первинному і подальшому використанні ДРТ.

Об'єкт і методи дослідження

У дослідженні взяли участь 96 пацієнок, які повторно вступали у протокол ЕКЗ, віком 32–38 років (середній вік — $34,2 \pm 2,2$ року), що відповідає репродуктивному віку жінки, згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 р. № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні». На момент дослідження 77 (80,2%) пацієнок перебували в офіційному, 10 (10,4%) — у цивільному шлюбі, 7 (7,3%) не перебували у стосунках, 2 (2,1%) перебували в одностатевих відносинах. Період між попереднім та наступним протоколом ЕКЗ становив 3–24 міс (в середньому — $12,4 \pm 2,2$ міс).

Результати та їх обговорення

При первинній діагностиці (за 1 тиж до початку вступу в протокол стимуляції ооцитів) за шкалою ситуативної тривожності Спілбергера — Ханіна у 9,4% пацієнок визначено високий ($49,2 \pm 0,81$ бала), у 77,1% — середній ($41,3 \pm 0,68$ бала), у 6,1% — низький рівень тривожності ($26,4 \pm 0,63$ бала), у 2,1% тривожність була як особистісна риса ($24,8 \pm 0,97$ бала). За шкалою депресії Бека у 38,5% пацієнок депресія була відсутня ($4,3 \pm 0,52$ бала), у 61,5% наявна помірна депресія ($17,8 \pm 0,60$ бала). У 77,1% пацієнок виявлено порушення мотиваційної готовності до материнства.

У протокол КПТ застосовували методи арт-терапії (ізотерапія, асоціативно-метафоричні картки), вербалізації пережитої тривоги у вигляді багаторазового промовляння, перемикання уваги на інші значущі в житті пацієнтки цілі та досягнення, виявлення і коригування автоматичних думок, катарсису, ідентифікації з позитивним прикладом, записування подій дня, трьох колонок (опис ситуації, неадаптивні думки, коригувальні думки та поведінка).

За шкалою ситуативної тривожності Спілбергера — Ханіна рівень ситуативної тривожності після КПТ та психологічного супроводу протягом 2 тиж з моменту вступу до протоколу стимуляції ооцитів і до моменту ембріотрансферу у 4,2% жінок оцінено як високий ($47,3 \pm 0,78$ бала), у 33,3% — середній ($38,6 \pm 0,62$ бала), у 62,5% —

низький ($25,8 \pm 0,66$ бала). За шкалою депресії Бека у 79,2% пацієнок депресія була відсутня ($3,8 \pm 0,48$ балів), у 20,8% відзначено помірну депресію ($16,9 \pm 0,57$ балів).

Висновки

1. Емоційний стан жінок із безпліддям, які повторно вступають у протокол ЕКЗ, погіршується, рівень тривоги підвищується і потребує терапії.

2. КПТ та психологічний супровід при використанні ДРТ сприяють зниженню рівня ситуативної тривожності у жінок із безпліддям, які повторно вступають у протокол ЕКЗ. Діагностичні та лікувальні заходи більш продуктивні при цілісному підході, оскільки «психічне» та «соматичне» — нероздільні поняття.

Список використаної літератури

- Анохін П.К. (1980) Вузлові питання теорії функціональних систем. Наука, Москва, 197 с.
- ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» (2017а) Інформаційно-статистичний довідник про допоміжні репродуктивні технології в Україні. Київ, 28 с.
- ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» (2017б) Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2016 рік (аналітично-статистичний довідник).
- Лесовська С.Г. (2017) Стан впровадження допоміжних репродуктивних технологій в Україні (<http://ozdorovie.com.ua>).
- Мерлін В.С. (1986) Нарис інтегральної індивідуальності. Педагогіка, Москва, 448 с.
- МОЗ України (2013) Наказ МОЗ України від 09.09.2013 р. № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» (<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13>).
- Павлов І.П. (1951) Повне зібрання творів. Вид-во АН СРСР, Москва, 452 с.
- Ухтомський О.О. (1966) Домінанта. Наука, Москва, 273 с.
- Volyanska Y. (2018) Medical and psychological support of women with repeated use of auxiliary reproductive technologies. Psych. Med. Gen. Pract., 3(2): e0302113.
- WHO (2018) Определения бесплодия (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/ru/>).

Состояние эмоциональной сферы женщин с бесплодием при повторном применении протокола экстракорпорального оплодотворения

А.В. Наконечная

Резюме. Проблема бесплодия приобретает все большую актуальность в современном обществе. В статье рассмотрены социально-психологические паттерны, которые могут выступать в роли психогенных факторов, влияющих на infertility. Представлены результаты исследования уровня тревожности 96 женщин с бесплодием, которые неоднократно имели в анамнезе безуспешные попытки забеременеть. Установлено, что эмоциональное состояние женщин с бесплодием, повторно вступающих в протокол экстракорпорального оплодотворения, ухудшается, уровень тревоги повышается. Когнитивно-поведенческая терапия у этих женщин является необходимой и действенной.

Ключевые слова: бесплодие, психотерапия, экстракорпоральное оплодотворение.

The emotional state of women during repeated usage of extracorporeal fertilization protocols

A. V. Nakonechna

Summary. The problem of infertility is becoming a burning issue in modern society. The article deals with socio-psychological patterns, which can act as psychogenic factors that influence on infertility. The results of the research on the level of anxiety in 96 women with infertility with repeatedly pregnancy failures in their medical history, were presented. The study found that the emotional state of infertile women, who repeatedly enter into the protocol of extracorporeal fertilization, is deteriorates, the level of anxiety increases. The cognitive-behavioral therapy in such women is necessary and effective.

Key words: infertility, psychotherapy, extracorporeal fertilization.

Адреса для листування:

Наконечная Антонина Володимирівна
Українська асоціація психосоматики репродуктивної перинатальної психології
E-mail: nakonechnaya.a.v@ukr.net

Одержано 11.12.2018