

Психологические аспекты бесплодного брака

Б.М. Ворник

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Киевский центр планирования семьи, сексологии и репродукции человека

В статье описаны причины, патогенез, клинические особенности психогенного бесплодия, а также охарактеризованы социально-психологические особенности поведения бесплодных пар. Приведены типы акцентуаций характера и наиболее частые невротические расстройства при бесплодии. Описаны психопатологические симптомы, формы утраты при бесплодии и методы психопатологического обследования бесплодных пар. Сформулированы цели и ожидаемые результаты психотерапии бесплодных пар. Даны рекомендации по оказанию психологической и психотерапевтической помощи при бесплодии.

Ключевые слова: психогенное бесплодие, психопатологические расстройства, бесплодный брак, психотерапия и психологическая коррекция при бесплодии.

Бесплодным считается брак, в котором несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, желанная беременность не возникает в течение одного года при условии, что супруги находятся в детородном возрасте [2, 6].

Проблема является актуальной во всем мире: по данным ВОЗ в мире живут около 80 миллионов бесплодных пар, что составляет приблизительно 15% всех пар репродуктивного возраста [6].

Бесплодие представляет собой серьезную комплексную проблему репродуктологии, сочетающую в себе не только физическое, но и социальное, и психическое неблагополучие у одного или чаще у обоих супругов. С точки зрения психологии, бесплодие можно определить как физиологическое воплощение психологических проблем в паре.

Следует подчеркнуть, что проблема бесплодия имеет социальные и психологические последствия более значительные, чем другие заболевания, так как наличие ребенка в семье большинство людей считают смыслом жизни. При бесплодии в браке иногда нравы становятся более грубыми, наблюдается антисоциальное поведение супругов (внебрачные связи, алкоголизм). Психологи, основываясь на наблюдениях, полученных в процессе практической работы с бесплодными парами, утверждают, что в большинстве случаев бесплодие приводит к негативным последствиям для самооценки супругов, к нарушению их психоэмоциональной сферы (отмечается повышенная невротизация, чувство вины, тревога, раздражительность, плохое настроение и т. д.), могут возникать сексуальные расстройства, а также серьезные нарушения семейных отношений.

Эти состояния могут спровоцировать тревожно-депрессивный синдром с навязчивыми мыслями о половой несостоятельности, бесплодии и т.п. вплоть до возникновения депрессивного расстройства с выраженной депрессивной триадой, стойкой фиксацией на мыслях о последствиях заболевания и даже возникновением суицидальных мыслей. Возникает стойкое чувство утраты.

P. Conway и D. Valentine [9] выделяют следующие формы утраты при бесплодии:

1. Утрата фантазии иметь семью.
2. Утрата генетической непрерывности.

3. Утрата образа «Я» как фертильной личности.
4. Утрата опыта беременности или деторождения.
5. Утрата опыта кормления грудью.
6. Утрата способности участвовать в жизни будущих поколений семьи.
7. Утрата будущих родственных связей.
8. Утрата родительского опыта.
9. Утрата части потенциальных близких из другой семьи.

E. Mitchell [8] выделяет несколько этапов эмоционального реагирования на бесплодие: удивление, горе, злость, изоляция, отрицание и согласие. Первоначальная реакция — это удивление, переходящее в шок и страдание, затем наступает восстановление, какое можно видеть «после смерти любимого существа». Этот «траурный процесс» сходен с потерей желанного существа и усугубляется чувствами вины, стыда и социального несоответствия. Ощущение депрессии может «подпитывать» внутренний гнев, который усиливается часто появляющимся вопросом: «Почему я?». Возникающее стремление изолироваться и уменьшить контакты приводит к трудностям в лечении подобных больных.

Длительное бесплодие создает большую нервно-психическую напряженность в отношении супругов, что часто приводит к разводам. По статистике, до 70% бесплодных браков расторгаются, а в том случае, когда бесплодный брак сохраняется, он является причиной социальной изоляции бесплодной семьи. К сожалению, бесплодная пара, как отмечает Г.Г. Филиппова [7], попадает в порочный круг: отсутствие детей вызывает повышение тревоги и напряжения, оснований для «торможения» репродуктивного цикла в нервной системе становится все больше, так может дойти и до окончательного решения вообще этим не заниматься. Поэтому важна своевременная адекватная психотерапевтическая помощь паре, так как наличие бесплодия следует рассматривать как состояние хронического стресса. Тем не менее, большинство исследователей, признавая те или иные психопатологические расстройства при бесплодии не согласны с выделением психогении как причины бесплодия.

Целью данной работы был анализ психопатологических проявлений в процессе возникновения, течения и лечения бесплодия, а также его психопатологических осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проанализировано 9246 супружеских пар, находившихся на лечении в Киевском центре планирования семьи, сексологии и репродукции с 1991 по 2010 г. по поводу бесплодия в браке. В результате обследования было установлено три варианта этиологии и патогенеза психопатологических расстройств (далее – ППР), ассоциированных с бесплодием, что позволило выделить три группы пациентов: 1-я – пациенты с первичным бесплодием, когда бесплодие возникает как результат психогении – 98 человек (1,06%) обратившихся; 2 – пациенты, у которых те или иные психопатологические расстройства возникли как следствие имеющегося бесплодия – 6287 человек (67%); 3 – пациенты с бесплодием по причине психопатологических расстройств – 2861 человек (30,95%).

Психопатологические расстройства у пациенток с бесплодием

Психопатологические расстройства	Код по МКБ-10	Количество (%)
Дистимия	F34.1	739 (8)
Тревожно-фобические расстройства	F40	924,6 (10)
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	F41.20	832,14 (9)
Реакция на стресс и расстройство адаптации	F43	369 (4)
Соматоформные расстройства	F45	92,46 (1)
Ипохондрическое расстройство	F45.2	
Соматоформная вегетативная дисфункция	F45.3	369 (4)
Соматоформные расстройства урогенитальной системы	F45.34	184 (2)
Сочетание ППР	-	5732 (62)

Патогенез. При анализе психологического статуса бесплодия необходимо отметить, что бесплодный брак приводит к тяжелой моральной травме и самих супругов, и их родственников, вызывает серьезную личностную, семейную и социальную дезадаптацию, а также способствует развитию пограничных психических расстройств. В психическом статусе чаще всего страдает аффективная сфера. Бесплодие существенно влияет на психоэмоциональный статус, вызывая возникновение хронического стресса. Дополнительными травмирующими факторами являются семейные, бытовые и служебные трудности вследствие затрат большого количества времени на посещение лечебных учреждений и финансовых расходов. Ухудшается качество жизни бесплодных мужчин и особенно женщин, формируется состояние одержимости, доминирования мыслей о несостоятельности в репродуктивной сфере. Состояние тревоги и депрессии определяется с момента осознания репродуктивной несостоятельности и длится на протяжении всех этапов лечения бесплодия. Возникающие идеи самообвинения способствуют усилению депрессивной симптоматики.

Необходимо отметить, что психологические факторы могут вызывать функциональные и объективные изменения в центральной нервной системе, которая опосредованно оказывает влияние на весь организм, в первую очередь через эндокринную (нейрогуморальную) систему, что в свою очередь может привести к таким явлениям, как спазм маточных труб, гипертонус (напряжение) матки, отсутствие овуляции. Так, тяжелые психогении часто препятствуют процессу оплодотворения путем торможения деятельности центров нейрогуморальной регуляции. При длительно существующих психогениях наблюдается угнетение гаметогенеза. Механизмы, посредством которых депрессия и стресс могут влиять на фертильность, связаны с физиологией депрессивного состояния, и проявляются повышением уровня пролактина, нарушением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и дисфункциями щитовидной железы.

Среди причин психогенного бесплодия можно выделить: нежелательный брак, нежелание иметь ребенка с данным партнером, скрытую психическую патологию или ее лечение, стрессовые ситуации в семье или окружении, психотравмы в анамнезе, связанные с сексом или беременностью.

Проблема психогенного бесплодия в большей степени характерна для женщин, чем для мужчин (4:1), что обусловлено психологическими особенностями женщин, их типами реагирования, мотивами в создании семьи и жиз-

ненными приоритетами в целом. Свою роль также играют особенности биологически (гормонально) детерминированного влияния гормонов на психическую активность коры головного мозга.

Для супружеской пары с бесплодием характерны некоторые специфические особенности в поведении. Они очень активны в поиске врача, часто наблюдаются у нескольких специалистов. Имеют нереально завышенные ожидания в начале лечения и очень скрупулезно выполняют все назначения. Как правило, именно женщина руководит процессом лечения и устанавливает эмоциональный фон. Отсутствие детей у таких пар отмечается также стремлением к социальной компенсации другими успехами.

Исходя из классификации типов личности К. Леонгарда [5], психогенное бесплодие и патопсихологические расстройства чаще встречаются среди аффективно-экзальтированных (36,2%), возбудимых (21,4%), тревожно-боязливых (28,5%) и других (14%) типов личности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При патопсихологическом обследовании женщин из бесплодных пар у большинства пациенток были выявлены те или иные невротические расстройства (табл. 1).

У обследованных нами пациенток также наблюдалась этапность в развитии патопсихологических симптомов, на разных этапах обследования и лечения, что совпадает с данными других авторов [1].

Так, практически у всех обследованных и мужчин, и женщин (94,82%) на начальном (додиагностический) этапе имело место появление мыслей, догадок о своем состоянии, возникает вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, отмечается нарушения сна, снижается трудоспособность, развивается астеноневротический синдром. У 49,32% возникли стойкие ипохондрические проявления.

Все это приводило к нарушению социальных связей. Супруги замыкались на общении между собой, избегали гостей, встреч с родственниками, друзьями и т.п. Возникали мысли о неудачном браке. Часто имела место склонность приписывать вину партнеру.

Период осознания (диагностический): характеризуются некоторой дезактуализацией ипохондрических переживаний, но астенический синдром и ППР сохраняются, медленно ослабевая по мере улучшения соматического состояния в процессе лечения, а также по мере нарастания доверия к врачу и веры в успех лечения.

Таблица 2

Частота возникновения ППР в зависимости от причин бесплодия и длительности бесплодного брака (%)

Причины / факторы	1 год лечения	2 года лечения	3 года лечения	> 3 лет лечения
Инфекции мочеполовой системы	17,23	27,17	36,21	43,32
Гипогонадизм	29,27	33,26	39,09	42,19
Токсическое воздействие	24,22	28,15	43,11	46,24
Сочетанное воздействие	31,37	34,22	40,23	47,13
Идиопатическое бесплодие	19,21	28,32	39,16	44,18

В связи с вовлечением чувствительных и вегетативных образований, имеющих в избытке в половых органах, придаточных железах и окружающих тканях, неприятные ощущения могут принимать необычный характер и приводить к формированию различных вариантов ипохондрического синдрома – астеноипохондрический, тревожно-ипохондрический, что может приводить к развитию сексуальных нарушений и синдрома хронической тазовой боли.

Могут возникать навязчивые страхи ожидания неудач. Такие переживания угнетают либидо, у мужчин возможно ослабление адекватной эрекции, сокращение полового акта. Возникший «порочный круг» приводит к формированию синдрома навязчивых состояний и развитию аффективных состояний различной глубины.

Усиливается астенодепрессивный синдром: снижается настроение, особенно в вечернее время, мысли приобретают печальную окраску, возникает страх распада семьи, рассеянность, снижение памяти, поверхностный сон, по утрам вялость, разбитость, утомляемость, снижение аппетита.

На этапе принятия решения супруги могут столкнуться с чувством вины, обиды, непонимания, усталости. Когда бесплодная пара прибегает к ЭКО, она сталкивается с потерей контроля над процессом. Если взаимоотношения и взаимная близость не нужны для зачатия малыша, зачем тогда они вместе? Необходимо отметить и особый режим жизни бесплодной пары, который подчинен постоянному контролю и наблюдению со стороны разных врачей, прохождению различных исследований и сдаче анализов, принятию различных медикаментозных препаратов и их воздействию на организм, подчинение сексуальных отношений специальному графику, составленному лечащим врачом. Отсюда возникают проблемы с сексуальной жизнью супругов, снижение сексуального желания.

В зависимости от длительности бесплодия и причин/факторов, его вызывающих, – изменяется количество ППР (табл. 2).

При диагностике и оказании медицинской помощи паре с бесплодием необходимо помнить, что пациентом в данном случае всегда выступает пара. Существует так называемый золотой стандарт диагностики: только системно-структурный анализ развития заболевания, расположенный во времени (лонгитудинальный) поможет провести дифференциальную диагностику, определить точный диагноз и выбрать правильное направление лечения. Необходимо также помнить о возможном сочетании нескольких причин, приводящих как к бесплодию, так и к возникновению патопсихологической симптоматики.

Обязательное патопсихологическое обследование бесплодных пар необходимо проводить по следующей схеме [1, 3, 4]:

1. Оценка психосоциальной ситуации (обстоятельства знакомства, развитие отношений, мотивация желания иметь детей, особенности распределения ролей в супру-

жеских отношениях, социальная/эмоциональная поддержка со стороны друзей, знакомых, близких родственников, отношение к усыновлению, воспитанию, размышления о возможной профессиональной/социальной компенсации, экономические условия, профессиональная ситуация, удовлетворенность).

2. Оценка психологических взаимоотношений (изменения в отношениях в связи с диагнозом бесплодия, субъективная оценка причины бесплодия, возможные упреки (например, аборт и инфекции в прошлом и т.д.), фантазии в отношении нерожденного ребенка, дальнейшие цели в жизни, с ребенком или без него).

3. Оценка сексуальных взаимоотношений (удовлетворенность половой жизнью в настоящее время, частота и качество половых контактов, идентификация половой роли как мужской/женской, значение сексуальности для супружеских отношений, возможные изменения в сексуальности вследствие неудовлетворенного желания иметь детей).

4. Оценка психического статуса (типичные психические жалобы, такие, как снижение настроения, страх, психосоматические жалобы – головная боль, напряжение, нарушения сна, расстройства желудка, отношение к собственному телу, например, забота о здоровье в целом и в стрессовых ситуациях, субъективная оценка телесных изъянов, таких, как маленькая грудь, небольшой половой член и пр.).

5. Оценка соматического статуса (клиническое обследование) – проводится согласно стандартному протоколу обследования супругов при бесплодии.

Поскольку психологическая помощь должна быть неотъемлемой частью всей медицинской помощи, оказываемой паре с бесплодием, проведение сеансов психотерапии должно быть постоянным, с первого обращения и до получения результата. Обосновано применение методов рационально-суггестивной психотерапии с подробным разъяснением процесса лечения. Пара должна быть максимально информирована об альтернативных путях решения проблемы, особенно при неудаче консервативного лечения. Психотерапевт должен оказать помощь в связи с переживанием чувств утраты, необходимостью принимать решения. Также следует усиливать психологическое сопровождение пары при рекомендации ЭКО.

Психотерапевтическая работа должна быть направлена на выработку адекватного стиля общения в паре и с окружающими, на снижение психоэмоционального напряжения, редукцию невротической симптоматики, на принятие альтернативных путей решения проблемы, на осознание возможных проблем, возникших после рождения ребенка, на снижение угрозы развития депрессии при безуспешности лечения.

Параллельно с общепринятыми мероприятиями, на всех этапах лечения показана психофармакотерапия препаратами, не угнетающими гаметогенез.

ВЫВОДЫ

Таким образом, основными психологическими последствиями бесплодия являются изменение психоэмоционального состояния обоих супругов в сторону тревожно-депрессивного круга, что ведет к нарушениям во взаимоотношениях в семье и сказывается на зачатии и беременности, если она наступает, а также на воспитании будущих детей.

Психологічні аспекти безплідного шлюбу
Б.М. Ворник

У статті описані причини, патогенез та клінічні особливості психогенного безпліддя, також дана характеристика соціально-психологічним особливостям поведінки безплідних пар. Наведені типи акцентуацій характеру і найбільш часті невротичні розлади при безплідді. Описані психопатологічні симптоми, форми втрати при безплідді і методи психопатологічного обстеження безплідних пар. Сформульовані цілі та очікувані результати психотерапії безплідних пар. Наведені рекомендації щодо надання медичної та психотерапевтичної допомоги при безплідді.

Ключові слова: психогенне безпліддя, психопатологічні розлади, безплідний шлюб, психотерапія і психологічна корекція при безплідді.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы. Пер. с англ. / Под ред. Э. Нишлага, Г.М. Бере. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. — 554 с.
2. Ворник Б.М. Этапная диагностика бесплодия у мужчин, страдающих сексуальными расстройствами / Методические рекомендации. — М.: МЗ УССР, 1991. — 24 с.
3. Ворник Б.М. Сексуальность и репродуктивность мужчин в Украине: социально-клинические параллели // Здоровье мужчины, № 3 (42), 2012. — С. 64–68.
4. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальной дисгормонии: Пер. с чешск. — М.: Медицина, 1991. — 336 с.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности. — К., 1981. — 360 с.
6. Старостина Т.А., Розмахина И.Г., Торганова И.Г. Планирование семьи. — М.: Медицина, 1996. — 78 с.
7. Филиппова Г.Г., Печникова Е.Ю., Захарова Е.И. Беременность. Консультация акушера-гинеколога и психолога. — М.: ЭКСМО, 2008. — 224 с.
8. Mitchell E. Psychoanalysis and feminism: A radical reassessment of Freudian Psychoanalysis, London, 1986. — 456 p.
9. Conway P., Valentine D. Reproductive losses and grieving. — I. Soc. Work Hum. Sex., 1987. — V. 6. — P. 43–48.

К сведению авторов журнала «Здоровье мужчины»

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне страницы через 2 интервала (поля слева — 3,5 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2,5 см).
2. Статья подается на русском языке в 2-х экземплярах, подписанных всеми авторами. Каждый автор должен указать свои данные (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный и домашний телефоны, факс).
3. Фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.
4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.
5. Ф.И.О. автора, название статьи, резюме и ключевые слова подаются на русском, украинском и английском языках.
6. Требования к иллюстративному материалу:
 - Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
 - Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
 - Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
 - Иллюстрация должна быть максимально разгружена от надписей, которые следует перенести в подпись к ней.
- Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
- Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
- На обратной стороне иллюстрации необходимо указать порядковый номер, «верх» либо «низ».
- Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и Ф.И.О. автора.
- В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательнее было бы поместить иллюстрацию.
- Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна быть в формате EPS или TIF и иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.
8. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.
9. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.
10. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.
11. Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.
12. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.
13. Статья должна быть записана в формате WORD 97, 2002, 2003; размер шрифта — 12 пунктов. Заархивированные материалы редакцией не принимаются.
14. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

Статьи просим присылать по адресу:

Адрес: 03039, Киев, ул. Голосеевская, 13, офис 6 (подъезд 2, 23 этаж).

Тел./факс: (044) 220-15-66, 220-15-67.

«Медицинский издательский дом «Профессионал», e-mail: office@zdr.kiev.ua