

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК

УДК: 61:159.9:612.821

Сіраковська Олена Борисівна

Психолог клініки «Спеціалізований мамологічний центр», м. Київ (Україна)

Анотація. У статті наводиться аналіз даних літератури щодо впливу психологічних факторів на стан репродуктивної системи жінок, оцінюються психофізіологічні стани жінок з різноманітними розладами репродуктивної сфери. Демонструються основні постулати психосоматичної медицини. Розглядається актуальність психологічних методів регуляції емоційних станів жінок з різними проблемами репродуктивної сфери. Підкреслюється важливість гармонізації психологічного стану з метою досягнення репродуктивного здоров'я. Висловлюється пропозиція щодо формування структурних підрозділів психологічної допомоги, які вбудовані в клінічні установи (жіночі консультації, лікарні, поліклініки) з метою профілактики та запобігання розвитку соматичних ускладнень, насамперед, репродуктивної сфери, на фоні негативних емоційних станів, внутрішньо-особистісних та міжособистісних конфліктах, порушення сімейних відносин.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, психосоматика, непліддя «нез'ясованої» етіології, психологічні стани.

Постановка проблеми. Репродуктивна сфера – система психологічних і фізіологічних механізмів, що об'єднані для реалізації задач репродукції, до якої входить: зачаття, виношування, народження дитини, піклування про неї та виховання. За визначенням ВООЗ, під репродуктивним здоров'ям розуміють стан повного фізичного розумового та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб або недуги в усіх аспектах, що мають від-

ношення до репродуктивної системи її функції і процесів [43, с.5; 23, с.11].

Кілька міжнародних угод визнають репродуктивне здоров'я глобальним пріоритетом. Принаймні три з восьми цілі тисячолітнього розвитку (ЦТР) ООН торкаються питань репродуктивного здоров'я. Цілі 3,5 і 6 ставлять завдання сприяти гендерній рівності і більшим повноваженням жінок, покращувати материнське здоров'я, а також боротися з

хворобами, які безпосередньо пов'язані з репродуктивним здоров'ям [23, с.12; 43, с.6]. Здійснювати вищезазначені цілі пропонується через утілення чотирьох основних стратегій, що включають застосування комунікативних технологій та просвітницьких заходів щодо здорового способу життя, покращення структури охорони здоров'я, проведення досліджень статусу репродуктивного здоров'я у Європі та здійснення відповідних публікацій. Україна вже розпочала реалізацію Регіональної стратегії ВООЗ із репродуктивного здоров'я, використовуючи при цьому як інструмент Національну програму «Репродуктивне здоров'я нації», яка спрямовує свої зусилля у стратегічних напрямках, визначених ВООЗ, на гарантування умов для безпечного материнства, формування репродуктивного здоров'я серед молоді, удосконалення системи планування сім'ї в Україні, збереження репродуктивного здоров'я населення.

Конституція України проголошує, що людина, її життя і здоров'я є найвищими цінностями держави. Майбутнє держави залежить від політичних, економічних і соціальних чинників, які справляють вплив на демографічну ситуацію в країні та стан здоров'я населення. Аналіз кількісної і якісної характеристик населення за останні 10-15 років свідчить про те, що Україна переживає серйозну демографічну кризу, для якої характерним є депопуляція, старіння населення і скорочення тривалості життя. Це справляє негативний

вплив на розвиток виробничих сил, добробут людей, а також економічну ситуацію в країні в цілому [23, с.13; 43, с.6].

Особливої турботи потребує ситуація з репродуктивним здоров'ям, яке є невід'ємною частиною загального здоров'я нації в цілому, разом з тим є стратегічно важливим для сталого розвитку суспільства.

Аналіз причин незадовільного стану у сфері репродуктивного здоров'я населення:

соціальний стан населення, брак уваги до ролі сім'ї, втрата сімейних традицій в Україні разом з неспроможністю зберегти цивілізовані стосунки в сім'ї, яка вважається основним елементом суспільства;

недостатній соціальний і юридичний захист у сфері праці, брак адекватного правозастосування юридичних норм захисту праці і вжиття заходів безпеки праці становить одну з причин незадовільного стану здоров'я жінок;

смертність серед чоловіків працездатного віку перевищує смертність серед жінок у 3,6 разів. Непоправні втрати серед чоловічого населення репродуктивного віку впливають на гендерний коефіцієнт суспільства, в той же час призводячи до великої кількості самотніх жінок, неповних сімей та сиріт;

високий рівень дитячої та материнської смертності пов'язаний з поганим забезпеченням населення інформацією щодо здорового способу життя, відповідальної статевої поведінки, планування сім'ї, сучасних стандартів профілактики, діагностики та лікування захво-

рювань хвороб репродуктивної сфери призводять до зменшення якісного медичного обслуговування;

високий рівень безпліддя серед українських сімей також може вважатися причиною безпосередніх репродуктивних втрат;

поширення онкопатології органів репродуктивного тракту вважається однією з головних причин смерті, що призводить до великої кількості втрат серед молодих жінок, які навіть не використовують свою репродуктивну функцію [23, с.14].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Важливо відзначити, що уявлення про тісний взаємозв'язок самопочуття людини з його психічним, насамперед емоційним станом є одним з найважливіших у сучасній медицині та медичній психології. Вплив соматичних факторів на психіку ще недостатньо вивчено [25, с. 460].

Категорії «психосоматична медицина», «психосоматичні розлади» стали вживатися для того, щоб підкреслити, що поділ в медицині психіки і соматички за деяких умов шкідливий. Підкреслювалося, що якщо в 19 віці був досягнутий значний успіх в соматичному підході до інфекційних хвороб та метаболічних розладів, то цього не можна сказати про такі захворювання, як гіпертонічна, виразкова хвороби, бронхіальна астма та ін. І хоча вони є соматичними, клінічні спостереження показують, що важливу роль у їх виникненні грають психогенні фактори [5, с. 480; 6, с. 333; 21,

с.79-86; 25, с. 498-793].

Виходячи з різних психосоматичних концепцій, слід вважати, що навіть короткочасні або швидкоплинні події можуть зробити глибокий вплив на стан організму шляхом зміни основних процесів, на які вони накладаються. Вони також можуть відігравати важливу, але не обов'язково головну роль, в етіології розладів поряд з іншими факторами. Прийнято вважати, що об'єднуючою ланкою між психологічною та тілесною сферами є афект, який може виражатися у формі туги, тривоги, побоювань. Психосоматичні хвороби, на відміну від психогенних, можуть характеризуватися здатністю до саморозвитку. Виникнувши психогенно, вони можуть викликати в головному мозку відповідні реакції, які активізують нейроендокринну систему і викликають тим самим функціональні зміни органів і систем. Це відбувається вже незалежно від діючої психотравмуючої або стресової ситуації [41, с. 608].

Виділяють кілька видів взаємодії між психікою і соматикою, які представляють інтерес, як для лікарів, так і психологів. Істотним питанням є вплив, який соматичні захворювання здійснюють на психіку хворих. Гострі та хронічні інфекційні захворювання супроводжуються порушеннями психіки в рамках невротичних або психотичних клінічних картин. При соматопсихічних порушеннях є або безпосередній вплив соматичного захворювання на психіку, наприклад, астения при інфе-

кції, або важке соматичне захворювання, яке виступає як психічна травма, а психічні порушення при цьому є психогенної реакцією. Все ж частіше, при соматопсихічних порушеннях має місце вплив обох цих механізмів [25, с. 502; 40, с. 432].

Реакцією особистості на стрес або фрустрацію можуть бути, з одного боку, невротичні розлади, при яких спостерігаються переважно психологічні та психопатологічні прояви, а з іншого – психосоматичні розлади, які проявляються, в першу чергу, соматичними еквівалентами психічних розладів. Ці групи порушень презентують різні способи переробки внутрішньо особистісних конфліктів: психічного і соматичного.

Невротичний спосіб може проявлятися як в умовах гострого, так хронічного стресу. Психосоматичний спосіб більшою мірою пов'язаний з хронічним впливом фрустрації і стресу [40, с. 320].

Під психосоматичними розладами розуміються симптоми і синдроми порушень соматичної сфери (різних органів і систем), обумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини і пов'язані зі стереотипами його поведінки, реакціями на стрес і способами переробки внутрішньо особистісних конфліктів.

Існує декілька моделей патогенезу психосоматичних розладів. По відношенню до даної статті наш інтерес викликають дві з них. Перша – теорія специфічного профілю особи-

стості Фландерс Данбар; друга – теорія емоційної специфічності Франса Александера.

Згідно теорії специфічного профілю існують типи особистості, що предиспонують розвитку психосоматичної нозоформи. Тип особистості конститує певну особистісну рису. Так, тривожність призводить до розвитку ішемічної хвороби серця, а й гіпертрофова на незалежність – до підвищеного травматизму. Набір певних психологічних характеристик (рис) й складає особистісний профіль хворого. Наприклад, Данбар описала «виразковий», «коронарний» тощо типи. На її думку, психосоматичні хворі мають деякі загальні характеристики особистості: 1) схильність до відволікання від реальності і недостатнє залучення в поточну ситуацію, 2) недостатню здатність до вербальної символізації нюансів своїх емоційних переживань.

У 40-ті – 60-ті рр. в роботах Ф. Александера була показана та роль, яку відіграють у розвитку психосоматичних захворювань фіксовані емоції. При цьому до розвитку специфічних тілесних розладів призводять не тільки такі фіксовані емоції, але й процес їх витіснення. Ф. Александером була виявлена певна психосоматична специфічність емоцій різних модальностей: вони викликають ті тілесні порушення, до яких дані емоції мають «спорідненість». Так наприклад, почуття гніву, яке стримується призводить до розвитку серцево-судинних захворювань, почуття залежності – виразковій хворобі шлунку, а витіс-

нення сексуального бажання – бронхіальної астми. Такі емоційні шаблони реагування формуються у ранньому дитинстві. У подальшому житті ці емоційні риси реагування повторюються, актуалізуються в ситуаціях, які подібні первинним ситуаціям психотравми.

Таким чином, специфічність психосоматичних порушень пов'язана і з психологічною специфічністю, тобто з індивідуальним стереотипом емоційного реагування людини, і з психофізіологічною специфічністю - вибірковістю впливу емоцій, що спрямовані на ту чи іншу систему організму. Соматичні пошкодження пов'язані з «вегетативним супроводом» емоцій (симпатикотонією або ваготонією). На думку Ф. Александера, емоційно опосередковане однобічне підвищення симпатичного тону (симпатикотонія) лежить в основі гіпертонічної хвороби, захворювань ендокринних органів (цукровий діабет, підвищена функція щитовидної залози) і захворювань суглобів. Підвищення ж парасимпатичного тону, за Ф. Александером, є причиною таких хвороб, як виразкова хвороба шлунку та бронхіальна астма. Розлади, які викликані хронічним вегетативним супроводом тривалої (фіксованої) емоції, яка тривалий час не знаходить розрядки, були їм названі «вегетативним неврозом». Ф. Александер відрізняв їх від «хвороби вираження» (конверсії), коли психосоматичні симптоми є засіб символічного вираження внутрішніх конфліктів пацієнта.

Фізіологічний чинник є «слабкою лан-

кою», на яку припадає основний удар негативних емоцій – це конституціональна неповноцінність (підвищена уразливість) тих чи інших органів. Ф. Александер наводить опис специфічного психологічного конфлікту, який притаманний жінкам з дизменореєю. В одному випадку дизменорея почалася у жінки, коли еротична стимуляція зробила для неї сексуальність емоційною вимогою. Така вимушеність зробила її опір, протест «проти жіночої ролі». В другому випадку він показав що дизменорея пов'язана з боротьбою проти власного материнства, з небажанням більш мати дітей. Ф. Александер відмічав, що тривожність і почуття провини підвищили тону автономної нервової системи і порушили баланс гормонального циклу. Дизменорея з його погляду є результатом послаблення контролю «Его» над психосексуальними конфліктами, які, «повертаючись з витиснення (пригнічення)», посилюють тривожність й загальні реакції нервової системи що призводить її до гіпертону.

Вище зазначений автор розглядає випадки аменореї, він вказує на те що в основі аменореї лежить неспецифічний емоційний конфлікт неприйняття своєї сексуальності. Сексуальність існує тільки в фантазійному плані, жінка мріє про справжнього чоловіка, справжнє кохання, справжні стосунки й не бажає мати нічого спільного з «брудною стороною жіночності й сексуальності». Отже певний спектр гінекологічних порушень являє

собою відповідь жіночого організму на небажання «страх, провина тощо» жіночого організму актуалізувати материнство, жіночність та сексуальність.

Сучасні дослідження підтверджують значний вплив психологічного фактору на репродуктивні функції жінки. До найбільш розповсюджених патологій органів репродуктивної сфери належать запальні процеси, новоутворення, непліддя, гормональні дисфункції. У структурі гінекологічної патології найбільш поширеними є ендометріоз та міома матки, частота яких неухильно зростає [3, с. 110-116; 17, с. 69-73; 42, с. 57]. Поширеність міоми матки досягає 30% у жінок репродуктивного віку, з яких половина піддається радикальному оперативному втручання, а ендометріозу – 5 – 33% серед безплідних жінок, 5 – 21% серед жінок, які звернулися до фахівців з скаргами на болі внизу живота, 7-10% при обстеженні з приводу пухлинних утворень у малому тазі. Ендометріоз займає третє місце серед усіх гінекологічних захворювань. Тривалий гінекологічний розлад є чинником, що суттєво трансформує усі ланки життя хворої жінки, значно знижує рівень її психічного функціонування, призводить до маніфестації суб- та власне клінічних психічних розладів [33, с. 58-61; 35, с. 215; 39, с. 17-22; 55, с. 1-10]. Гінекологічні захворювання стигматизовані переживаннями провини, сорому, тривоги, почуттям неповноцінності [10, с. 170; 36, с. 352; 45, с. 25; 46, с. 17-24; 47, с. 36-38]. У роботі Р.Ф. Насирової

[42, с. 57] за результатами клінікопсихопатологічного обстеження показано, що межові психічні розлади найбільш часто виявляються у жінок з гіперпластичними процесами ендометрію, а донозологічні стани психічних порушень – у жінок з міомою матки. У пацієток з патологією репродуктивної системи зміни психологічної сфери пов'язані із специфічними станами адаптивно-захисного комплексу та особливостями внутрішньої картини хвороби. Жінкам з патологією репродуктивної системи характерна напруга психологічних захистів і зменшення спектра копінг-стратегій з домінуванням дезадаптивних варіантів.

Р. Ф. Насирова також показала, що гінекологічним хворим характерний високий рівень алекситимії і приховані форми пасивно агресивної поведінки – почуття провини і образи. Характерним компонентом внутрішньої картини хвороби у гінекологічних хворих є фактори: «стурбованість власним станом» і «прагнення уникнути хвороби». В якості особливих компонентів внутрішньої картини хвороби у жінок із захворюваннями репродуктивної системи запального генезу виступають «власна відповідальність за виникнення хвороби» і «потреба в обізнаності про хворобу»; нейроендокринного генезу – «звинувачення оточення в хворобі». У структурі специфічних розладів особистості у жінок, хворих на хронічні гінекологічні захворювання, переважають тривожні і залежні розлади. Особистісні особливості, що відрізняють хворих з хронічними

гінекологічними захворюваннями від гінекологічно здорових жінок в рамках гуманоструктуральної моделі особистості включають високі значення за шкалами деструктивної тривоги, зовнішнього Я-відмежування дефіцитарній, інтегральній шкалах дефіцитарності.

Пацієнтки з гінекологічною патологією мають низькі суб'єктивні показники якості життя; найбільшою мірою уразливими є психічна, фізична та соціальна складові якості життя, меншою мірою погіршується рольове і сексуальне функціонування.

Формування психічних розладів при гінекологічній патології має багатофакторний характер: – соматогенний, соціогенний, психогенний і психологічний. Наслідками вищезазначених розладів є порушення партнерських стосунків, функціонування сім'ї, системи значущих ставлень, звуження кола контактів, зміни жіночої та соціальної ролей [40, с. 432; 41, с. 608; 46, с.17-24; 47, с. 36-38] тощо.

Непліддя належить до числа тих патологічних станів, які можуть суттєво впливати на психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу. У відповідь на тривалу психогенію виникає велика кількість психосоматичних захворювань із залученням інших органів і систем [5, с. 74-77].

Серед численних форм неплоддя особливу групу становить неплоддя «нез'ясованої етіології». За даними, що наводять різні джерела, кількість таких жінок коливається від 4 до 40 % від загальної кількості

неплідних [6, с. 219]. Діагноз «нез'ясоване» («психогенне», «ідіопатичне») неплоддя встановлюється в тому випадку, коли пацієнтка та її постійний партнер пройшли певне стандартне мінімальне медичне обстеження на предмет виявлення біологічних причин порушення репродуктивної функції і результати даного дослідження доводять біологічну фертильність пари.

Стосовно діагнозу неплоддя «нез'ясованої етіології» у жінок серед спеціалістів існує дві полярні точки зору. Перша ґрунтується на тому, що «нез'ясованого» неплоддя не існує, а є невстановлене, тобто жінка не пройшла медичне обстеження в необхідному обсязі чи відсутній адекватний інструментарій для проведення даного обстеження, яке б дало можливість виявити біологічну причину. Друга точка зору орієнтує на пошук психологічних причин, що утруднюють чи (або) виключають можливість зачаття дитини при повному біологічному збереженні репродуктивної системи жінки [3, с. 384].

У перинатальній психології прийнято виділяти дві групи жінок (А та Б), що мають різні особливості репродуктивного статусу. До групи А входять жінки, що мають порушення репродуктивної функції здебільшого гормонального походження, неплоддя чи складності з зачаттям, загрозу переривання вагітності та невиношування, порушення внутрішньоутробного розвитку дитини з мінімальним ризиком для здоров'я жінки. Їм властиві та-

кі психологічні особливості: емоційна нестійкість, схильність до гіперстенічного реагування; схильність до змін настрою; хворобливе ставлення до невдач з накопичуванням негативних емоцій та їх бурхливим виявленням; схильність до формування надцінних ідей, що проявляється в надцінності вагітності, своєї репродуктивної функції; викривлення жіночої ідентичності (підсилення маскулінних якостей та послаблення жіночності, відторгнення власної жіночності); зниження рівня соціальної адаптації, відсутність гнучкості у взаємодії; конфліктні стосунки з матір'ю, що проявляються у некритичній ідеалізації та недиференційованому уявленні про стосунки з нею; незадоволення собою, завищена самооцінка тощо.

До групи Б належать жінки, які мають захворювання соматичного характеру та негінекологічні соматичні проблеми, що впливають на успішність репродуктивної функції та одночасно загрожують здоров'ю жінки. Для жінок цієї групи характерні такі психологічні особливості: емоційна нестійкість, схильність до гіпостенічного реагування, схильність до зниженого настрою, дратівливість, зниження загальної активності, схильність до депресій, залежність від оточуючих, пошук зовнішньої допомоги, нормальна жіноча ідентичність, підсилення жіночності; тривожні, залежні, симбіотичні стосунки з матір'ю; невпевненість у собі, занижена самооцінка, почуття провини; довірливість, некритичність по відношенню

до інших; невпевненість у власній материнській компетентності; підвищена відповідальність; підвищена важливість дитини; підвищена тривожність з переважно вираженою соматичною (функціональною) складовою; невротизація за типом «втеча у хворобу»; аутоагресія, частіше пригнічена, ризик суїциду.

Виявлені особливості показують, що жінки обох груп мають, по-перше, виражений внутрішній конфлікт у материнській сфері; по-друге, порушення психологічної адаптації та інфантильний спосіб вирішення конфліктних ситуацій за типом соматизації; по-третє, різницю за формою конфлікту у материнській сфері, адаптаційними механізмами та формами соматизації конфліктної ситуації.

Г. Г. Пилиповою виділені загальні особливості проявів конфлікту у материнській сфері у жінок з порушенням репродуктивної функції [46, с. 101-119]. Для жінок групи А характерні:

- неготовність до материнства у формі «конфліктність»;
- образ дитини об'єктний, з яскраво вираженою конфліктністю;
- переважають негативні риси дитини чи ейфорійна несвідомість негативних рис;
- слабка сформованість образу дитини, відсутність динаміки цього образу протягом вагітності;
- занижена цінність дитини;
- занижена материнська компетент-

ність;

- негативне ставлення до материнських обов'язків;
- емоційно збіднене чи конфліктне уявлення про себе як про матір;
- конфліктне чи некритично ідеалізоване уявлення про свою матір;
- уявлення про свою роль доньки як про джерело ускладнень у житті матері.

Також жінки цієї групи відрізняються проявами захисної тривоги за дитину та надцінністю материнства, що проявляється в негативному невербальному та позитивному вербальному образах своєї дитини та себе як матері.

Для жінок групи Б характерні:

- неготовність до материнства у формі «тривожність»;
- образ дитини недостатньо суб'єктивний, з вираженою тривожністю;
- переважають позитивні риси дитини, надцінність дитини і материнства;
- занадто висока деталізація і конкретність образу дитини, недостатня динаміка образу протягом вагітності;
- підвищена або занижена цінність дитини;
- загострена материнська компетентність, схильність до гіперопіки;
- надцінне ставлення до материнських обов'язків;
- тривожне представлення про себе як

матері з заниженою самооцінкою;

- симбіотичні, амбівалентні чи тривожні уявлення про свою матір;
- уявлення про свою роль доньки як надцінності для матері одночасно з вираженою тривожністю.

Ці жінки відрізняються реальною декларацією тривоги за дитину і надцінністю материнства порівняно з тривогою з приводу власної неспроможності, що виражається в позитивному невербальному та недиференційованому чи негативному вербальному образах своєї дитини та себе як матері.

Це підводить до висновку, що існує взаємозв'язок між характером конфлікту у материнській сфері та формою соматизації цього конфлікту.

У цілому для жінок з порушенням репродуктивної функції на відміну від здорових жінок властиві такі особливості:

- загальна інфантильність, яка проявляється в незрілості особистісної сфери;
- викривлена або незріла статево-рольова ідентифікація;
- неадекватні форми реагування на стресові ситуації, наприклад, інфантильні чи дезадаптивні стилі поведінки;
- емоційна нестабільність;
- підвищений рівень особистісної та реактивної тривожності;
- пригнічена агресія різної спрямованості;

- ускладнені стосунки з іншими людьми, у першу чергу з близькими;

- деструктивний досвід стосунків з власною матір'ю [42, с. 57-62].

На сьогодні інтерес до проблеми психологічних факторів при неплідності значно зріс. Особливо це стосується неплідності «нез'ясованого» генезу. У жінок вона може бути діагностована за умови фертильності, прохідності маткових труб, при регулярних менструальних циклах. *L.W. Cox* пояснює «нез'ясовану» неплідність конфліктним дитинством, невдалими стосунками в родині, страхом вагітності та материнства, страхом перед пологами та післяпологовими психозами, суперечностями між прагненням до професійного успіху та материнством.

У дослідженні *T. A. Федорової* були виявлені порушення в емоційній і сексуальній сферах у жінок з неплідністю «нез'ясованого» генезу. Так, у 71,1 % жінок виявлені емоційна лабільність, почуття неповноцінності, самотності, зміна емоційного стану в предменструальному періоді («синдром очікування вагітності»); у 52,4 % зниження або відсутність статевого потягу; у 61,9 % – зниження якості або відсутність оргазму. Автор звертає увагу саме на те, що, власне, неплідність є первинною ланкою по відношенню до цих порушень. Неплідність призводить до порушення міжособистісних стосунків, відчуття нестабільності сімейного стану, а розлучення і нові шлюби спостерігалися у досліджуваній групі у п'ять

разів частіше, ніж у контрольній [39, с. 11-15].

У жінок з «нез'ясованим» непліддям відзначаються риси психічного інфантилізму, схильність до депресивних реакцій, підвищена тривожність, невпевненість у собі, нестійка самооцінка. *A. T. Терещиним* були виявлені порушення емоційного стану у жінок з неплідністю, що викликані гіпоталамо-гіпофізарною дисфункцією (92 %), більше половини обстежених жінок зазнали впливу тривалих психотравмуючих ситуацій (53,3 %) і частина жінок піддавалася впливу короткотривалих стресових ситуацій (14 %). У більшості жінок був виявлений підвищений рівень тривожності (69 %) [16, с. 15-17].

Типи жінок, що страждають на неплідність:

- незрілі, чутливі, розбірливі жінки, примхливі в стосунках з чоловіками та схильні до функціональних розладів;

- агресивно-домінуючі жінки, що не визнають власну жіночність;

- жінки, що відіграють роль матері, які несвідомо відчують, що нездатні скопіювати свого чоловіка у дітях і тому переносять свій материнський інстинкт на догляд за ним;

- жінки, що присвятили себе кар'єрі чи іншим інтересам [21, с. 20-22].

Класифікація жінок, що страждають на неплідність (базується на ступені вираженості і стійкості супротиву до зачаття). *P. Peppere* виділив такі групи:

- жінки, у яких супротив вагітності є

доволі поверхневим і неплідність може припинитися мимовільно на різних етапах діагностики та лікування. Цю групу становлять приблизно 35 % жінок, що страждають на неплідність;

- жінки з більш стійкою «блокадою» зачаття. Ця «блокада» може виникнути як результат впливу зовнішньої стресової ситуації і яка відчувається як несприятлива для материнства (напружені стосунки у родині, так зване «кар'єрне безпліддя»). Певні рекомендації та зміна умов життя можуть сприятливо вплинути на виникнення вагітності;

- жінки, неплідність яких виникла в результаті глибокого та тривалого психосоматичного напруження, що пов'язане з наявністю психогенних стресів. Причинами цього можуть бути установки, що сформовані внаслідок виховання. Як наслідок, ці жінки відчують сильний страх перед вагітністю, а неплідність виникає як психогенний захист. Може бути наявний конфлікт між свідомим бажанням завагітніти та несвідомою відмовою від вагітності та материнства. Таким жінкам можливо надати допомогу методами динамічної психотерапії [45, с. 120].

Дж. Шенкер відзначає, що в багатьох сімейних парах відзначається виражений стресовий стан у зв'язку з безпліддям. Більшість таких подружжів відчуває соціальну ізоляцію від родин, що мають дітей, а інтимність та болючість діагностичних та лікувальних процедур негативно впливають на емоційний стан

[54, с. 39-42].

Для більшості жінок факт неплідності є сильним психотравмуючим фактором, який призводить до психічної дезадаптації і формує такі розлади, як високий рівень тривоги, депресивні симптоми, емоційне напруження з агресивністю, низьку самооцінку, труднощі соціальних контактів, психосексуальні розлади (Е. А. Волкович, 1984; О. Е. Коновалов, 1987; Т. Я. Пшеничникова, 1991).

Останні роки відзначаються певними успіхами у вивченні психічного стану пацієнток, що страждають на неплідність. Результати низки робіт підтверджують вплив неплідності на психічну сферу жінок: формування таких розладів як: тривожна депресія, надцінна іпохондрія, сенситивні ідеї ставлення та конверсійні синдроми. За даними Ж. Р. Гарданової (2008), у роботі, що присвячена психічним розладам у жінок з неплідністю у програмі ЕКО переважають тривожні, соматоформні, конверсійні розлади, а також розлади адаптації. Є роботи акушерів-гінекологів, що присвячені вивченню соціально-психологічних аспектів даної проблеми (В. А. Крутова, 2006; Е. В. Кулакова, 2007), в яких описані психоемоційні реакції пацієнток і психологічні фактори, що погіршують прогноз лікування неплідності.

Соціальними наслідками безплідного шлюбу є зниження соціальної адаптованості та працездатності, підвищення кількості розлучень, погіршення демографічної ситуації. У

таких пацієнток формується знижена самооцінка, пригніченість, відбувається звуження життєвого простору, є ризику зловживання алкоголем і медикаментозними засобами. Відзначається зниження професійної діяльності, фінансові складності. Страх перед майбутнім у зв'язку з ситуацією неплідності призводить до страху самотності, неспроможності, змін настрою, порушень стосунків як у власній родині, так і в батьківській сім'ї. Психоемоційний стан характеризується емоційною лабільністю, підвищеною дратівливістю. Часто у пацієнток виникають пасивні суїцидальні думки.

Таким пацієнткам рекомендується психотерапевтична корекція, яка орієнтована на допомогу в пошуку рішень проблемної ситуації, покращення якості життя, визначення мети в житті, формування позитивного ставлення до майбутнього.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Психологічні особливості жінок з гінекологічною патологією вивчені недостатньо. Існує лише невелика кількість робіт, присвячених даному питанню [18, с. 13-17; 45, с. 25]. За даними Е.А. Потьомкіної [45, с. 20] близько половини хворих на хронічні гінекологічні захворювання страждають несприятливими психічними розладами, більшість з них складають розлади адаптації та специфічні розлади особистості. Захворювання, що зачіпає інтимну сферу особистості, є серйозним психотравмуючим чинником, подолання якого потребує значного психологічного ресурсу

хворого, наявність у нього деяких психологічних особливостей [18, с.13-17; 28, с. 95-99; 29, с. 215-217; 38, с. 39; 40, с. 432].

Підводячи підсумки, можна сказати, що тяжкість перебігу гінекологічного захворювання, його хронізація, ставлення до лікування багато в чому залежать від психологічних особливостей пацієнток [18, с. 16-17; 19, с. 376; 39, с. 17-22; 54, с. 19-30]. Тому більш ефективна допомога гінекологічним хворим має спиратися на знання психологічних ланок формування та перебігу хвороби, які можуть стати мішенями психокорекційної роботи.

Вивчення психологічних особливостей жінок з гінекологічною патологією дозволить створити програму психокорекції з урахуванням як дезадаптивних складових, так й особистісних ресурсів хворих жінок. Встановлення загальних та специфічних психологічних особливостей при гінекологічній патології необхідне для визначення мішеней психокорекції та розробки ефективних заходів психологічної допомоги цьому контингенту хворих. Протягом психотерапії можна вирішити ряд задач: вивчення особистості, виявлення сутності проблеми (збір інформації), визначення наявності ресурсів у пацієнта для рішення проблем, формування цілей, створення алгоритму досягнення мети, навчання методикам, спрямованим на зняття напруження, тривоги, дратівливості.

Також важливо зауважити, що значну роль у забезпеченні репродуктивного здоров'я

жінок може зіграти формування структурних підрозділів психологічної допомоги, які вбудовані в структуру клінічних установ (жіночих консультацій, лікарень, поліклінік) з метою консультування жінок, які мають патології репродуктивної сфери, та здорових жінок, з якими можна проводити регулярні профілактичні консультації з метою виявлення деструктивних емоцій та установок, які в майбутньому потенційно можуть привести до розвитку психосоматичного захворювання. Тобто актуальною є розробка та проведення психологічної роботи серед жінок без гінекологічних захворювань з метою профілактики та запобігання розвитку соматичних ускладнень, насамперед, репродуктивної сфери на фоні негативних емоційних станів, внутрішньо особистісних та міжособистісних конфліктів, порушенні сімейних та батьківських відносин, підвищеній тривожності та сексуальних розладах. Отже, розробка методологічної бази, тобто діагностичних та корекційних методів для роботи таких профілактично-корекційних кабінетів є актуальною для України у зв'язку із складною демографічною ситуацією в державі. Існування таких центрів психологічної допомоги з розробленою методологічною базою, які працюють одночасно із клінічними службами в рамках планових обстежень дозволить вчасно виявляти та коректувати деструктивні зміни в психологічному стані жінок, що буде сприяти покращенню репродуктивного здоров'я нації в цілому.

Перелік використаних джерел:

1. Авдеенок Л. Н. Особенности психотерапевтической работы в комплексной терапии женщин с бесплодием / Л. Н. Авдеенок, Р. Ф. Насырова, Л. С. Сотникова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5, с.74–77.
2. Адамян Л. Г. Роль современной гормонмодулирующей терапии в комплексном лечении генитального эндометриоза/ Л.Г. Адамян, Е.Н.Андреева // Проблемы репродукции.- 2011.- 36.- С. 66-77.
3. Адамян Л. Г. Эндометриозы. / Адамян Л.Г, В. И. Кулаков .- Издательство: Медицина, 2006.- С. 110-116.
4. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: сб. науч. тр. –Петрозаводск, 2007. – 219 с.
5. Александров А. А. Психотерапия: Учебник для вузов/ А.А. Александров.- СПб.: Питер, 2004.- 480 с.
6. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение/ Франц Александер.– М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2004.– 333с.
7. Алексейчик А. Е. Библиотерапия/ А. Е.Алексейчик// Руководство по психотерапии.- Т.: Медицина, 1985.– С. 304–319.
8. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / [Д. Б. Ересько, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская, Б. Д. Карвасарский]. - СПб.: 2005.- 25 с.
9. Ананьев В. А. Психология здоров'я / В. А. Ананьев. – Санкт-Петербург, 2006. – 384 с.; Кулаков С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. – Санкт-Петербург, 2003. – 288 с. Ananiev, V. A. (2006).
10. Банщикова В. М. Медицинская психология./ Банщикова В. М., Гуськов В., Мягков И. Ф.– М.: «Медицина»,1967.– С.163–215.
11. Барлоу Д. Н. Происхождение эндометриоза - все еще задача. / Д.Н. Барлоу. // Международный конгресс по эндометриозу 22-26 апреля. – М, 1996.- С. 40-47.
12. Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза / В.П. Баскаков .- Л.: Медицина, 1990.-240 с.
13. Баскаков В. П. Эндометриозидная болезнь / Баска-

- ков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. - СПб.: Издательство Н-Л, 2002. -452 с.
14. *Бедненко Г. Б.* Архетипы женственности/ Галина Борисовна Бедненко.- М.: Независимая фирма «Класс», 2005.- 320 с.
15. *Бесплодие* в супружестве / под. ред. И. Я. Юнды. – Киев, 1999. – 344 с.
16. *Блох М. Е.* Личностные и социально-психологические характеристики женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией на этапе планирования беременности: арэф. дис. канд.мед.наук/ М. Е. Блох.- СПб, 2012.- 20 с.
17. *Богуславская Д. В.* Эндометриоз и бесплодие (обзор литературы) / Богуславская Д. В., Лебович Д. И. // Проблемы репродукции.- 2011.- № 2. С. 69–73.
18. *Брехман Г. И.* Синдром психоэмоционального напряжения и миома матки/ Брехман Г. И.// Акушерство и гинекология.- 1990.- №2.- С.13–17.
19. *Бройтигам В.* Психосоматическая медицина/ Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.- М.: Гэотар Медицина, 1999.- 376с.
20. *Вопросы репродуктологии:* сб. науч. тр. – Харьков, 2003 –200 –234 с.
21. *Вотчал Б. Е.* Взаимоотношение психики и соматики в клинике внутренних болезней/ Вотчал Б. Е. // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: тезисы докладов. – М.: Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1972.- С.79–86.
22. *Голомбок С.* Психологические реакции у бесплодных пациентов / пер. с англ. // Андрология, репродукция и сексуальные расстройства. - Москва, 1993. – Т. 2. – № 2. – С. 4–13.
23. *Дидактичні технології* викладання питань репродуктивного здоров'я: навч. посібник/ Ю.В. Вороненко, А.І. Бойко, Н.Г. Гойдаті ін.. – К.: Книга-плюс, 2011. – 192 с.
24. *Ермошенко Б. Г.* Роль психологических факторов при бесплодии (обзор литературы) / Б. Г. Ермошенко, В. А. Крутова // Успехи современного естествознания. 2005. № 8. С. 17-20.
25. *Клиническая психология*/ Под ред. Б. Д. Карварсарского. – СПб.: Питер, 2002. – с.498-793.
26. *Косырев В. Н.* Клиническая психология. Тамбов, 2005. С. 43–45.
27. *Маркова М. В.* Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини.- Т. 1. – № 1 (1). – С. 57–62.
28. *Макаренко А. О.* Особливості механізмів психологічного захисту жінок із дезадаптивними станами внаслідок гістеректомії в ранньому післяопераційному періоді / А. О. Макаренко // Медицинская психология. – 2010. – Т.5. – №2 (18). – С. 95– 99.
29. *Макаренко А. О.* Особливості тілесного образу у жінок, яким виконана гістеректомія з різними типами реагування на наслідки оперативного втручання / А. О. Макаренко // Матеріали міжнародної молодіжної науково-практичної конференції «Вектори психології – 2010». – Харків: ООО «Ріф», 2010. – С. 215 – 217.
30. *Макаренко А. О.* Особливості шлюбних відносин у жінок з дезадаптивними станами та установками внаслідок гістеректомії / А. О. Макаренко // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер.: Педагогіка і психологія. Зб. статей. – Ялта: РВВ, 2010. – С. 86 – 92.
31. *Макаренко А. О.* Психологічні особливості жінок, яким виконана гістеректомія з дезадаптивними станами та без них / А. О. Макаренко // Збірка тез доповідей II науково-практичної конференції «Наука і сучасність: досвід та перспективи розвитку на межі тисячоліть». – Запоріжжя: ЗМГО «Озима», 2010. – С. 45– 47.
32. *Макаренко А. О.* Самовідношення та самооцінка жінок після гістеректомії / А.О. Макаренко // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. – 2010. – Вип.43. – № 902. – С. 185 – 189.
33. *Макаренко А. О.* Самоцінка жінок після гістеректомії / А. О. Макаренко // Проблеми та перспективи сучасної психології: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Запоріжжя, 2010. – С. 58 – 61.

34. *Макаренко А. О.* Тілесний образ у жінок після гістеректомії (психосемантичний підхід) / А. О. Макаренко // Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. – 2010. – Вип. 34. – С. 138 – 147.
35. *Макдугалл Дж.* Театри тіла. Психоаналітичний підхід до психосоматичних розладів. - М.: Когіто-Центр, 2007. - 215 с.
36. *Максименко К. С.* Личностно-ориентированная терапия эмоциональных расстройств при соматогениях / Максименко К. С. – К.: Издательский Дом «Слово», 2015. – 352 с.
37. *Максименко К. С.* Истоки и современное состояние личностноориентированной психотерапии украинской психотерапевтической школы / К.С. Максименко. // Научно-практический журнал «Наука і освіта». – Одеса, 2014. - № 9. – С. 137-143.
38. *Максименко К. С.* Особистісно - орієнтована психотерапія емоційних розладів при соматогеніях у практиці сучасної медичної психології: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04 / Максименко Ксенія Сергіївна; Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна. – Х., 2016. – 39 с.
39. *Маркова М. В.* Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии / М.В. Маркова // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. - 2009. - Т. 1, №1 (1). С. 17-22.
40. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – М.: «МЕДпресс», 2005.– 432 с.
41. *Менделевич В. Д.* Неврология и психосоматическая медицина/ В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М.: МЕД-пресс-информ, 2002.– 608 с.
42. *Насырова Р. Ф.* Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты): автореф. дис. док. мед. наук./ Насырова Р.Ф.- Томск, 2012. – 57с.
43. *Нові технології навчання менеджменту в медицині* / Т. Босерт та ін.; відп. ред. Ю.В. Вороненко. – К.: Книга-плюс, 2009. – 416 с.
44. *Пенперелл Р. Дж.* Бесплодный брак / Р. Дж. Пенперелл, Б. Хадсон, К. Вуд. – Москва, 1986.
45. *Потемкина Е. А.* Особенности медико-психологических характеристик и симптоматика непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях: автореф. дис. канд. мед. наук./ Е.А. Потемкина - Санкт-Петербург, 2012.- 25с.
46. *Потемкина Е. А.* Личностные характеристики, ассоциированные с хроническими гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного возраста / Е.А. Потемкина // Уральский медицинский журнал. - 2009. - № 6. - С. 17 – 24.
47. *Потемкина Е. А.* Особенности алекситимии у пациентов с хроническими гинекологическими заболеваниями / Е.А. Потемкина // Сибирский психологический журнал.- 2010. - № 35.- С. 36 – 38.
48. *Терешин А. Т.* Системный подход к диагностике и коррекции нарушений репродуктивной и сексуальной функций при эндокринных формах бесплодия у женщин: автореф. дис. ...д-ра мед. наук / А. Т. Терешин. – Москва, 1997.
49. *Федорова Т. А.* Клиника, диагностика и лечение «необъяснимого» бесплодия у женщин: автореф. дис.... канд. мед. наук / Т. А. Федорова. – Москва, 1986.
50. *Филиппова Г. Г.* Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы / Г. Г. Филиппова // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2010. – № 1. – С. 101–119.
51. *Хомуленко Т. Б.* Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти / Хомуленко Т.Б. / Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика: монографія / за ред. С.Д. Максименка, В.Л. Зливкова, С.Б. Кузікової. Книга 1. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2015. – С. 340-358.
52. *Хомуленко Т. Б.* Психотерапевтичний ресурс внут-

рішнього діалогу з тілесним Я при психосоматиці парних «жіночих» органів / Хомуленко Т.Б. // Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія, Вип. 54. – Харків: ХНПУ, 2016. – С. 234–245.

53. Шенкер Дж. Стесс и бесплодие //Акушерство и гинекология. - 1993. - № 2. - С. 39-42.

54. Machado R. B. Drospirenone/ethinylestradiol: a review on efficacy and noncontraceptive benefits / Machado R.B., Pompei Lde M., Giribela A.G., Giribela C.G. // Womens Health (LondEngl). 2011.- 7 (1).-P. 19–30.

55. Murphy A. A. Clinical aspects of endometriosis / A. A. Murphy // Ann. NY Acad. Sci. — 2002. — Vol. 955. — P. 1–10.

References (Transliteration):

1. Avdeenok L. N. Osobennosti psihoterapevticheskoy raboty v kompleksnoy terapii zhenshin s besplodiem / L. N. Avdeenok, R. F. Nasyirova, L. S. Sotnikova // Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii. – 2009. – # 5, s.74–77.

2. Adamyan L. G. Rol sovremennoy gormonmoduliruyushey terapii v kompleksnom lechenii genitalnogo endometrioza/ L.G. Adamyan, E.N.Andreeva // Problemyi reproduksii.- 2011.- 36.- S. 66-77.

3. Adamyan L. G. Endometriozyi. / Adamyan L.G, V. I. Kulakov .- Izdatelstvo: Meditsina, 2006.- S. 110-116.

4. Aktualnyie voprosyi akusherstva i ginekologii: sb. nauch. tr. –Petrozavodsk, 2007. – 219 c.

5. Aleksandrov A. A. Psihoterapiya: Uchebnyk dlya vuzov/ A.A. Aleksandrov.- SPb.: Piter, 2004.- 480s.

6. Aleksander F. Psihosomatichekaya meditsina. Printsipy i primeneniye/ Frants Aleksander.– M.: In-t obschegumantarnyih issledovaniy, 2004.– 333s.

7. Alekseychik A. E. Biblioterapiya/ A. E.Alekseychik// Rukovodstvo po psihoterapii.- T.: Meditsina, 1985.– S. 304–319.

8. Aleksitimiyi i metodyi ee opredeleniya pri pogranichnyh psihosomaticheskikh rasstroystvah / [D.B.Eresko, G.L.Isurina, E.V.Kaydanovskaya, B.D.Karvasarskiy]. - SPB.: 2005.- 25s.

9. Anan'ev V. A. Psihologiya zdorov'ya / V. A. Anan'ev. – Sankt-Peterburg, 2006. – 384 s.; Kulakov S. A. Osnovy psihosomatiki / S. A. Kulakov. – Sankt-Peterburg, 2003. – 288 s. Ananiev, V. A. (2006).

10. Banshikov V. M. Meditsinskaya psihologiya./ Banshikov V. M.,Guskov V.

11. Barlou D. N. Proishozhdenie endometrioza - vse esche zadacha. / D.N. Barlou. // Mezhdunarodnyiy kongress po endometriozu 22-26 aprelya. – M, 1996.- S. 40-47.

12. Baskakov V. P. Klinika i lechenie endometrioza / V.P. Baskakov .- L.:Meditsina, 1990.-240 s.

13. Baskakov V. P. Endometrioidnaya bolezn / Baskakov V.P., Tsvelev Yu.V., Kira E.F. - SPb.: Izdatelstvo N-JI, 2002. -452 s.

14. Bednenko G. B. Arhetipyi zhenstvennosti/ Galina Borisovna Bednenko.– M.: Nezavisimaya firma «Klass», 2005.– 320s.

15. Besplodie v supruzhestve / pod. red. I. Ya. Yundi. – Kiev, 1999. – 344 s.

16. Bloh M. E. Lichnostnyie i sotsialno-psihologicheskie karakteristiki zhenshin reproduktivnogo vozrasta s ginekologicheskoy patologiei na etape planirovaniya beremennosti: aref. dis. kand.med.nauk/ M.E.Bloh.- SPb, 2012.- 20s.

17. Boguslavskaya D. V. Endometrioz i besplodie (obzor literaturyi) / Boguslavskaya D.V., Lebovich D.I. // Problemyi reproduksii.- 2011.- # 2. S. 69–73.

18. Brehman G. I. Sindrom psihoemotsionalnogo napryazheniya i mioma matki/ Brehman G. I.// Akusherstvo i ginekologiya.– 1990.–#2.– S.13–17.

19. Broytigam V. Psihosomatichekaya meditsina/ Broytigam V., Kristian P., Rad M.– M.: Geotar Meditsina,1999.– 376s.

20. Voprosyi reproduktologii: sb. nauch. tr. – Harkov, 2003 –200–234 c.

21. Votchal B. E. Vzaimootnosheniye psihiki i somatiki v klinike vnutrennyh bolezney/ Votchal B. E. // Rol psihicheskogo faktora v proishozhdenii, techenii i lechenii somaticheskikh bolezney: tezisyi dokladov. – M.: Vsesoyuznoe nauchnoe meditsinskoe obschestvo nevropatologov i

- psihiatrov, 1972.– S.79–86.
22. *Golombok S.* Psihologicheskie reaktsii u besplodnykh patsientov / per. s angl. // *Andrologiya, reproduksiya i seksualnyie rasstroystva.* Moskva, 1993. – T. 2. – # 2. – S. 4–13.
23. *DidaktichnI tehnologIYi vkladannya pitan reprodukativnogo zdorov'ya: navch. posIbnik/ Yu.V. Voronenko, A.I. Boyko, N.G. GoydatI In..* – K.: Kniga-plyus, 2011. – 192 s.
24. *Ermoshenko B. G.* Rol psihologicheskikh faktorov pri besplodii (obzor literaturyi) / B. G. Ermoshenko, V. A. Krutova // *Uspehi sovremennoego estestvoznaniya.* 2005. # 8. S. 17-20.
25. *Klinicheskaya psihologiya/* Pod red. B.D. Karvasarskogo. – Spb.: Piter, 2002. – s.498-793.
26. *Kosyirev V. N.* Klinicheskaya psihologiya. Tambov, 2005. S. 43–45.
27. *Markova M. V.* Fenomen besplodiya supruzheskoy paryi s pozitsii meditsinskoy psihologii // *Vsesvit sotsialno*
28. *Makarenko A. O.* OsoblivostI mehanIzmIv psihologIchnogo zahistu zhInok Iz dezadaptivnimi stanami vnasIldok gIsterektoMIYi v rannomu pIslyaoperatsIynomu perIodI / A. O. Makarenko // *Meditsinskaya psihologiya.* – 2010. – T.5. – #2 (18). – S. 95– 99.
29. *Makarenko A. O.* OsoblivostI tlesnogo obrazu u zhInok, yakim vikonana gIsterektoMIya z rIznimi tipami reaguvannya na nasIldki operativnogo vtruchannya / A. O. Makarenko // *MaterIali mlzhnarodnoYi molodIzhnoYi naukovopraktichnoYi konferentsIYi «Vektori psihologIYi – 2010».* – HarkIv: OOO «RIf», 2010. – S. 215 – 217.
30. *Makarenko A. O.* OsoblivostI shlyubnih vIdnosin u zhInok z dezadaptivnimi stanami ta ustanovkami vnasIldok gIsterektoMIYi / A. O. Makarenko // *Problemi suchasnoYi pedagogIchnoYi osvIti.* Ser.: PedagogIka I psihologIya. Zb. statey. – Yalta: RVV, 2010. – S. 86 – 92.
31. *Makarenko A. O.* PsihologIchnI osoblivostI zhInok, yakim vikonana gIsterektoMIya z dezadaptivnimi stanami ta bez nih / A. O. Makarenko // *ZbIrka tez dopovIdey II naukovopraktichnoYi konferentsIYi «Nauka I suchasnost: dosvId ta perspektivi rozvitku na mezhl tisyacholIt».* – ZaporIzhzhya: ZMGO «Ozima», 2010. – S. 45– 47.
32. *Makarenko A. O.* SamovIdnoshennya ta samoostInka zhInok pIslya gIsterektoMIYi / A.O. Makarenko // *VIIsnik HarkIvskogo natsIonalnogo unIversitetu ImenI V. N. KarazIna.* – 2010. – Vip.43. – # 902. – S. 185 – 189.
33. *Makarenko A. O.* SamoostInka zhInok pIslya gIsterektoMIYi / A. O. Makarenko // *Problemi ta perspektivi suchasnoYi psihologIYi: MaterIali VseukraYinskoYi naukovopraktichnoYi konferentsIYi.* – ZaporIzhzhya, 2010. – S. 58 – 61.
34. *Makarenko A. O.* Tlesniy obraz u zhInok pIslya gIsterektoMIYi (psihosemantichniy pIdhId) / A. O. Makarenko // *VIIsnik HNPU ImenI G. S. Skovorodi. PsihologIya.* – 2010. – Vip. 34. – S. 138 – 147.
35. *Makdugall Dzh.* Teatri tIla. PsihoanalItichniy pIdhId do psihosomatichnih rozladIv. - M .: Kogito-Tsentr, 2007. - 215 s.
36. *Maksimenko K. S.* Lichnostno-orientirovannaya terapiya emotsionalnykh rasstroystv pri somatogeniyah / Maksimenko K.S. – K.: Izdatelskiy Dom «Slovo», 2015. – 352 s.
37. *Maksimenko K. S.* Istoki i sovremennoe sostoyanie lichnostnoorientirovannoy psihoterapii ukrainskoy psihoterapevticheskoy shkoly / K.S. Maksimenko. // *Naukovopraktichniy zhurnal «Nauka I osvIta».* – Odesa, 2014. - # 9. – S. 137-143.
38. *Maksimenko K. S.* OsobistIsno - orIEntovana psihoterapiya emotsIynih rozladIv pri somatogenIyah u praktitsI suchasnoYi medichnoYi psihologIYi: avtoref. dis. kand. psihol. nauk: 19.00.04 / Maksimenko KsenIya SergIYivna; HarkIvskiy natsIonalniy unIversitet ImenI V.N. KarazIna. – H., 2016. – 39 s.
39. *Markova M. V.* Fenomen besplodiya supruzheskoy paryi s pozitsii meditsinskoy psihologii / M.V. Markova // *VsesvIt sotsIalnoYi psihIatrIYi, medichnoYi psihologIYi ta psihosomatichnoYi meditsini .-* 2009 .- T. 1, #1(1) .S. 17-22.
40. *Mendelevich V. D.* Klinicheskaya i meditsinskaya psihologiya:Uchebnoe posobie / V. D. Mendelevich. – M.: «MEDpress», 2005.– 432 s.
41. *Mendelevich V. D.* Nevrozologiya i psihosomaticheskaya meditsina/ V. D. Mendelevich, S. L. Soloveva. –

M.: MED-press-inform, 2002.– 608 s.

42. *Nasyirova R. F.* Psichicheskoe zdorove zhenshin s ginekologicheskoy patologiyey (kliniko-patogeneticheskie, sotsialno-psihologicheskije i rehabilitatsionnyie aspekty): aref. dis. dok. med. nauk./ Nasyirova R.F.- Tomsk, 2012. – 57s.

43. *Novi tehnologiyi navchannya menedzhmentu v meditsinі / T. Bosert tI In.; vI dp. red. Yu.V. Voronenko. – K.: Kniga-plyus, 2009. – 416 s.*

44. *Pepperell R.* Dzh. Besplodnyiy brak / R. Dzh. Pepperell, B. Hadson, K. Vud. – Moskva, 1986.

45. *Potemkina E. A.* Osobennosti mediko-psihologicheskikh karakteristik i simptomatika nepsihoticheskikh psichicheskikh rasstroystv pri hronicheskikh ginekologicheskikh zabolevaniyah: avtoref. dis kand. med nauk./ E.A. Potemkina - Sankt- Peterburg, 2012.- 25s.

46. *Potemkina E. A.* Lichnostnyie harakteristiki, assotsiiruvannyye s hronicheskimi ginekologicheskimi zabolevaniyami u zhenshin reproduktivnogo vozrasta / E.A. Potemkina // *Uralskiy meditsinskiy zhurnal* .- 2009 .- # 6 .- S. 17 – 24.

47. *Potemkina E. A.* Osobennosti aleksitimii u patsientov s hronicheskimi ginekologicheskimi zabolevaniyami / E.A. Potemkina // *Sibirskiy psihologicheskii zhurnal*.- 2010 .- # 35.- S. 36 – 38.

48. *Tereshin A. T.* Sistemnyiy podhod k diagnostike i korrektsii narusheniy reproduktivnoy i seksualnoy funktsiy pri endokrinnyih formah besplodiya u zhenshin: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk / A. T. Tereshin. – Moskva, 1997.

49. *Fedorova T. A.* Klinika, diagnostika i lechenie «neob'yasnimogo» besplodiya u zhenshin: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / T. A. Fedorova. – Moskva, 1986.

50. *Filippova G. G.* Narushenie reproduktivnoy funktsii i ee svyaz s narusheniyami v formirovanii materinskoy sferyi / G. G. Filippova // *Perinatalnaya psihologiya i psihologiya reproduktivnoy*

51. *Homulenko T. B.* Psihosomatichniy pIdhId u problema-tisI psihologiyi rozvitku: teoretichnI ta prikladnI aspekti / Homulenko T.B. / *OsobistIst u rozvitku: psihologIchna*

teorIya I praktika: monografIya / za red. S.D. Maksimenka, V.L. Zlivkova, S.B. KuzlkovoYi. Kniga 1. – Sumi: Vid-vo SumDPU ImenI A.S. Makarenka, 2015. – S. 340-358.

52. *Homulenko T. B.* Psihoterapevtichniy resurs vnutrIsh-nogo dIalogu z tIlesnim Ya pri psihosomatIsI parnih «zhInochih» organIv / Homulenko T.B. // *VIsnik HNPU ImenI G.S. Skovorodi. PsihologIya, Vip. 54. – HarkIv: HNPU, 2016. – S. 234– 245.*

53. *Shenker Dzh.* Stess i besplodie // *Akusherstvo i ginekologiya*. - 1993. - # 2. - S. 39-42.

54. *Machado R. B.* Drospirenone/ethinylestradiol: a review on efficacy and noncontraceptive benefits / Machado R.B., PompeiLde M., Giribela A.G., Giribela C.G. // *Womens Health (LondEngl)*. 2011.- 7 (1).-P. 19–30.

55. *Murphy A. A.* Clinical aspects of endometriosis / A. A. Murphy // *Ann. NY Acad. Sci.* — 2002. — Vol. 955. — P. 1–10.

Sirakovska Olena

Psychologist at 'Specialized Mammalogy Centre' Clinic, Kyiv (Ukraine)

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH

ABSTRACT

The article covers the concept of reproductive health, explains the need to guarantee conditions for safe motherhood, promote reproductive health among young people, improve the family planning system in Ukraine, and maintain reproductive health of population. Analysis on the causes for unsatisfactory reproductive health state of the population in Ukraine had been done. The literature data as to the influence of psychological factors on the female reproductive system had been reviewed and psychophysiological states of women with various pathology of repro-

ductive sphere, such as endometriosis, uterine myoma, dyshormonal disorders, infertility assessed. The article itemizes basic postulates of psychosomatic medicine and the mechanisms underlying certain somatic diseases subject to the specific emotions felt, and the models of pathogenesis in psychosomatic disorders. It had been shown that the specificity of psychosomatic disorders is connected with the psychological specificity, that is, with the individual stereotype of person's emotional response and with the psychophysiological specificity – a selective effect of emotional restraint on a particular body system. The article reviews the relevance of psychological regulative methods for emotional states of women with various reproductive pathologies. It had been underlined that harmonisation of female psychological sphere is important for achieving their reproductive health. The emphasis had been given that effective assistance for gynaecological patients must be based on knowledge of psychological links in formation of and the course of the disease as may become the targets in psychocorrective work; so the research of psychological features of women with gynaecological pathologies will allow for the psychocorrective program to be developed taking into account both maladaptive components and personal resources of sick women. It is necessary to reveal general and specific psychological features under gynaecological pathology in order to define the direction for psychocorrection and develop the effective measures to give psy-

chological assistance to these specific patients. The article makes a suggestion as to the structural subdivisions of psychological assistance to be included in clinical institutions (maternity welfare centres, hospitals, clinics) in order to prevent development of somatic complications, first of all, in the reproductive sphere, subsequent to negative emotional states, intrapersonal and interpersonal conflicts, breakdown of family relations. It is emphasized that development of a methodological framework, that is, diagnostic and correction methods for these prevention and correctional offices, is relevant for Ukraine due to the extremely severe demographic situation in the country. These centres of psychological assistance with the developed methodological framework operating in cooperation with clinic's services in terms of planned check-ups will allow for timely detection and correction of destructive changes in psychological states of women, which will contribute to the improvement in reproductive health of the nation as a whole.

Key words: reproductive health, psychosomatic, infertility of unknown etiology.

Сираковская Елена Борисовна

Психолог клиники «Специализированный маммологический центр», г. Киев (Украина)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Аннотация. В статье предоставляется

ся понятие репродуктивного здоровья, объясняется необходимость гарантирования условий для безопасного материнства, формирования репродуктивного здоровья среди молодежи, усовершенствование системы планирования семьи в Украине, сохранение репродуктивного здоровья населения. Приводится анализ причин негативного состояния репродуктивного здоровья населения Украины.

Предоставляется анализ данных литературы относительно влияния психологических факторов на состояние репродуктивной системы женщин, оцениваются психофизиологические состояния женщин с разнообразной патологией репродуктивной сферы, таких как: эндометриоз, миома матки, дисгормональные расстройства, бесплодие. Статья содержит перечень основных постулатов психосоматической медицины и механизмов возникновения определенных соматических заболеваний в зависимости от специфичности перенесенных эмоций, а также модели патогенеза психосоматических расстройств.

Показано, что специфичность психосоматических нарушений связана и с психологической специфичностью, то есть с индивидуальным стереотипом эмоционального реагирования человека, и с психофизиологической специфичностью – выборочностью влияния эмоций, которые вытеснены, на ту, или другую систему организма.

В статье, также, рассматривается актуальность психологических методов регуляции эмоциональных состояний женщин с разными репродуктивными патологиями.

Подчеркивается важность гармонизации психологической сферы женщин с целью достижения репродуктивного здоровья. Акцентируется, что эффективная помощь женщинам должна опираться на знание психологических звеньев формирования и хода болезни, которые могут стать мишенями психокоррекционной работы, поэтому изучение особенностей женщин с гинекологической патологией позволит создать программу психокоррекции с учетом как дезадаптивных составляющих, так и личностных ресурсов женщин с расстройствами репродуктивной сферы. Установление общих и специфических психологических особенностей при гинекологической патологии необходимо для определения направления психокоррекции и разработки эффективных мероприятий психологической помощи этому контингенту больных.

В статье высказывается предложение относительно формирования структурных подразделений психологической помощи, которые встроены в клинические учреждения (женские консультации, больницы, поликлиники) с целью профилактики и предотвращения развития соматических осложнений, в первую очередь, репродуктивной сферы, на фоне негативных эмоциональ-

ных состояний, внутриличностных и межличностных конфликтов, нарушения семейных отношений. Отмечается, что разработка методологической базы, то есть диагностических и коррекционных методов для работы таких профилактических кабинетов является актуальной для Украины в связи со сложной демографической ситуацией в стране.

Существование таких центров психологической помощи, которые работают одновременно с клиническими службами в рамках плановых обследований, позволит вовремя обнаруживать и корректировать деструктивные изменения в психологическом состоянии женщин, что будет способствовать улучшению репродуктивного здоровья нации в целом.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, психосоматика, бесплодие невыясненного генеза.

Дата отримання статті: 02.04.2018

Дата рекомендації до друку: 08.04.2018

Дата оприлюднення: 19.04.2018