

УДК 618.177:159.9:61+616.89

## ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ СТРЕССА БЕСПЛОДИЯ НА СЕМЬЮ В ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ<sup>1</sup>

**И. В. Карголь***Белгородский  
государственный  
национальный  
исследовательский  
университет**e-mail:  
kargol@bsu.edu.ru*

Данная статья посвящена изучению воздействия стресса бесплодия на семью. В статье изложены результаты зарубежных исследований по проблеме бесплодного брака. Стресс бесплодия провоцирует многочисленные проблемы во внутрисемейном функционировании, эмоциональные расстройства, социальную изоляцию.

Ключевые слова: инфертильность, совладающее поведение, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).

Многочисленные исследования указывают, что эмоциональный опыт бесплодия имеет два компонента: хронический стресс и опыт потери [9]. Горе часто следует за диагнозом, что бесплодие неизлечимо. Потеря возможности родить ребенка реальна. Бесплодные женщины остро переживают потерю потенциальных детей, связанных с ними событий и генетических связей [9]. Женщины, так описывают свое горе: «Многие люди не понимают, что бесплодие очень походит на гибель ребенка. Вы горюете о ребенке, который не был зачат в этом месяце, и обо всех младенцах, которых Вы никогда не будете иметь» [9, с. 31]. Природа кризиса бесплодия имеет сложную структуру. Иногда, горе может никак не проявляться и ни кем не поддерживаться. Menning предполагает, что горе бывает трудно выразить открыто. Так как 'потеря' имеет потенциальный, а не фактический характер то, возможно, не будет признаваться потерей, как инфертильной (бесплодной) парой, так и их близкими [9].

Хотя бесплодие обычно связывают с соматической проблемой одного из супругов, стресс и чувство потери, могут иметь серьезные последствия для пары на психологическом, физическом, экономическом и социальном благосостоянии. В большинстве зарубежных исследованиях отмечается, что проблема бесплодия воспринимается как кризис или главный жизненный стрессор с потенциально серьезными отрицательными последствиями для отношений в паре, часто они связаны с эмоциональной нестабильностью женщины [1].

Вынужденный отказ от консервативного лечения и надежда на успех экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) переживаются, как эмоционально тяжелые события [6; 12; 13; 17]. Семьи часто сообщают о высоком стрессе, чувстве безысходности и депрессии. Пациентам крайне сложно справиться с последствиями в эмоциональной и социальной сферах, вызванных ситуацией лечения. Пациенты сталкиваются с использованием комплекса репродуктивных технологий, медицинских предписаний в отношении интимной жизни, инвазивными процедурами, операциями и сильнодействующими лекарственными средствами, имеющими различные побочные эффекты [6].

Источниками стресса и депрессии являются медицинские учреждения, которые создают особый режим и вмешиваются в привычный уклад жизни пациентов. В результате интимные отношения теряют спонтанность, осложняются супружеские отношения [2]. Гнев, стресс, депрессия, тревога, вина и другие расстройства настроения не только провоцируются, но и усиливаются бесплодием [4].

Доказано, что бесплодные женщины подвергаются большему стрессу, чем мужчины страдающие бесплодием, что было изучено в Великобритании путем проведения лон-

<sup>1</sup> При финансовой поддержке по дополнительному внутривузовскому конкурсу грантов 2012 года для реализации краткосрочных проектов по направлениям развития науки, технологий и техники «Инициатива» в НИУ «БелГУ». Номер проекта - ВКГИ 013-2012.



гитюдного исследования по изучению эмоционального дистресса бесплодных пар. У бесплодных женщин страдает самооценка, снижается чувство удовлетворенностью жизнью, более отчетливо проявляются проблемы в сексуальной жизни. Выявлены также тенденция к самообвинению, что повышает риск развития депрессии, а также стремление к изоляции, избеганию общения [4].

Выделены факторы, способствующие различному переживанию бесплодия женщинами и мужчинами [14]. Было установлено, что женщины неспособны надолго отвлекаться от своей проблемы, так как ежемесячно получают подтверждение своей бесплодности. Как правило, в бесплодной паре изначально женщины проходят первичное обследование, и для них диагностические процедуры гораздо более сложные и болезненные. В культуре, средствах массовой информации мы видим значительно меньше образов отцовства, чем образов материнства, и это повышает значимость материнства для женщин и ведет к чувству неполноценности, эмоциональным проблемам. Кроме того, ожидания отцовства для мужчин, связано в основном с продолжением генетической линии и фамилии, в то время как для женщин материнство вплетается в структуру женской идентичности.

Когда мы говорим о проблемах бесплодного брака, то чаще всего описываем негативные последствия во взаимоотношения супругов. Однако, необходимо также отметить, что определенные факторы способствуют благоприятному переживанию данной ситуации. Высокий уровень взаимопонимания между партнерами помогает парам успешно справиться с последствиями бесплодия. В некоторых случаях бесплодные семьи чувствуют большую близость, любовь, и поддержку по отношению друг к другу [9, с. 17]. Зачастую кризис бесплодия сближает супругов, приводит к взаимной поддержке, предоставляет возможность осознать свою привязанность к партнеру: «Для меня очень трудно предположить, что может случиться нечто серьезнее этого, что это потребует большего от нас, чем за эти прошедшие пять лет. Мы узнали насколько нуждаемся друг в друге. Мы - команда. Наш брак силен...» [6, с. 138]. Таким образом, семейная пара находит в себе силы справиться со стрессом бесплодия. Совладающие стратегии (копинг стратегии) могут быть разнообразными, как конструктивными, так и деструктивными.

Выделяются следующие копинг стратегии с бесплодием:

- избегание ситуаций, напоминающих о бесплодии (например, прекращение общения с семьями, у которых есть дети),
- подбор мер по восстановлению контроля,
- осуществление действий по повышению самооценки в других областях жизни, например, достижений в карьере,
- поиск смысла в создавшейся ситуации бесплодия,
- поиск социальной поддержки или разделение нагрузки на семью с другими [6].

Приведем в качестве иллюстрации высказывание женщины, страдающей бесплодием: «Я построила вокруг себя эмоциональную стену, попыталась закрыть боль. Стена обеспечила буфер, который защищал меня какое-то время, от кого-либо или чего-либо, что напоминало мне о том, что у меня нет детей. Однако, чем больше я закрывалась от других, тем сильнее становилась боль. Моя жизнь была полна грусти и одиночества, и по мере того, как возрастали стены, я становилась все более растерянной и подавленной» [9, с. 36].

Одним из способов разрешения хронической психотравмирующей ситуации бесплодия является принятие решения парой прибегнуть к программе ЭКО. Не следует думать, однако, что это решение сразу снимает все проблемы. Так, само принятие решения сопровождается тревогой. Прежде, чем принять решение о лечении с помощью ЭКО, пациенты пытаются самостоятельно разобраться в терминологии и методике лечебного процесса, просчитать возможные осложнения для организма и высокие финансовые затраты [6].

Канадские исследователи собрали довольно обширный материал по проблеме бесплодия в паре. Учеными было проанализировано то, как супруги справляются с психологическими последствиями бесплодия на разных этапах лечения и переходе к решению об ЭКО. На начальном этапе пары с диагнозом бесплодия более 5 лет сообщали, что всегда воспринимали вопрос деторождения как вопрос времени. Женщины полагали, что всегда могут контролировать свою фертильность. Ведь весь предыдущий опыт у них был связан с предохранением от беременности, и этот опыт позволял им считать, что они полностью управляет своей фертильностью. Отсутствие беременности при отмене контрацепции, а

позднее диагноз «бесплодия» вызывал шок. Следующий вывод исследований в этом направлении касается середины лечения от бесплодия. На этом этапе пары довольно оптимистично настроены. Пациенты убеждены, что «в этом месяце зачатие обязательно произойдет». Главенствует убеждение @чтобы достичь цели необходимо упорно потрудиться@ [8, с. 125]. Заключительный этап, связанный с неэффективностью консервативных методов лечения, приводит к принятию решения об ЭКО. К этому решению подводит внутреннее состояние безысходности пациентов. Они сравнивают себя с белкой в колесе: «Как не стараешься бежать быстрее, все равно остаешься на месте». Разрешением ситуации или «возможностью спрыгнуть с колеса» (говоря языком пациентов), является обращение к программе ЭКО. Пациенты надежду на самостоятельную беременность, они пережили и шокирующее удивление на начальном этапе лечения, и горе, связанное с потенциальной потерей детей, прошли через изоляцию, социальную стигматизацию (настоящие счастливые семьи должны иметь детей), эмоциональный дискомфорт. Теперь, они вынуждены сделать выбор в пользу ЭКО, как последней надежды, единственному шансу испытать счастье родительства. На самом деле, здесь трудности пары не заканчиваются. Ничего не изменяется в структуре идентичности женщины (многие пациентки по-прежнему чувствуют себя неполноценными из-за частых угроз выкидыша), у них все те же мотивы к беременности и сверхценное отношение к будущему ребенку. Появляется новая тревога, новые страхи и новый эмоциональный дискомфорт, новые медицинские технологии, направленные на подготовку к беременности, ее сохранению и, как правило, оперативному родоразрешению.

Иногда при получении многоплодной беременности, супругам приходится принимать психологически трудные решения о мультиэмбриональном сокращении, т. е. абортации лишних эмбрионов. Установлено, что в данной ситуации женщины вновь переживают чувство потери и горя, с которыми они уже сталкивались на этапе лечения бесплодия [5].

Нередко у женщин, которые забеременели путем ЭКО, происходят самопроизвольные выкидыши. В такой ситуации радость от беременности, чувство стабильности прерывается сильным стрессом, который возвращает их снова на «исходные позиции» [11].

В свете приведенных обстоятельств, научных данных и данных самоотчетов пациентов, видно, что важной и необходимой составляющей в лечении бесплодия является социальная поддержка инфертильных пар. Данные ряда исследований свидетельствуют, что поддержка со стороны семьи и близких смягчает стресс, уменьшает чувство одиночества, повышает удовлетворенность браком, самооценку и психологическое благосостояние в целом [3; 5].

Сегодня все больше инфертильных женщин поддерживают друг друга, объединяясь в группы в пространстве интернета. Это является примером конструктивного копинга [10]. За рубежом существуют группы интернет поддержки, спонсируемые различными центрами репродукции, например, Американской Репродуктивной Ассоциацией, которые оказывают информационные услуги по проблеме бесплодия и психологическую поддержку. Существуют информационные сайты с подборкой статей на актуальные темы жизни инфертильных пар: «Стратегии выживания: Балансирование между бесплодием, браком, и жизнью», «Идиопатическое Бесплодие», «Совладание с бесплодием». В отсутствие такого рода обществ самопомощи необходима организация помощи со стороны специалистов – психологов, психотерапевтов [2].

В контексте вышеизложенного, необходимо подчеркнуть важность психологической работы с семьями, имеющими бесплодие. Психологическое консультирование пар на этапе планирования семьи позволит снизить риск возникновения стрессовых реакций на первом этапе лечения, когда пациенты узнают о трудностях в репродуктивной сфере. Психотерапевтическая работа с семьями, страдающими бесплодием позволяет решить такие последствия стресса как депрессия, тревога, супружеские проблемы, социальная изоляция, выработать позитивные копинг стратегии. Такая работа должна быть реализована в сочетании с медицинским консультированием по репродуктивным проблемам, ведь, бесплодие и вспомогательные репродуктивные технологии связаны с наиболее интимными проблемами, самыми субъективно-значимыми надеждами и глубокими разочарованиями [16]. Возможны варианты групповой работы, например, создание клубов самопомощи при



медицинских учреждениях. Подобного рода работа позволит семьям уменьшить последствия стресса и выработать адаптивные копинг стратегии. Таким образом, терапевтически мишенями могут быть эмоциональные реакции на бесплодие, стресс и копинг, также необходима дальнейшая работа с парами по воспитанию детей после успешного ВРТ. Необходимо адаптировать пару к новой социальной ситуации родительства. Часто женщины активно включаются в роль матери, от чего иногда страдают супружеские отношения. Необходимо корректировать отношение матери к ребенку в случае выраженного тревожного стиля и гиперопеки [15].

В заключении, хотелось бы отметить, что несмотря на многочисленные исследования, проводимые зарубежными психологами по проблемам бесплодного брака, сегодня количество работ по данной проблематике только растет. Появляются новые аспекты изучения проблемы. Изначально изучались в основном последствия идиопатического бесплодия, эмоциональная сфера инфертильных женщин, семейное функционирование и копинг. Сегодня связь бесплодия с личностными проблемами дополняется новыми медицинскими достижениями, например, сейчас практически не говорят об идиопатическом бесплодии, т. к. современные медицинские технологии позволяют точнее определять этиопатогенез заболевания. Кроме этого, в исследованиях уделяется большое внимание изучению отношений в системе врач-пациент. Проводятся фундаментальные исследования, на их основе разрабатываются и проводятся реабилитационные и коррекционные программы в рамках биопсихосоциального подхода. В отечественной науке этот вопрос стал разрабатываться значительно позже, но данная область исследования сегодня начинает привлекать многих психологов и врачей (Филиппова Г. Г., Брутман В. И., Добряков И. В., Кулакова Е. В., Хритинин Д. Ф.). Таким образом, хотелось бы подчеркнуть важность дальнейшего изучения теоретических и эмпирических аспектов изучаемой проблемы для развития и поддержания репродуктивного потенциала нашей страны.

#### Список литературы

1. Abbey A., Andrews F. M., Halman L. J. Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? - *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), – pp. 455 – 469.
2. American Fertility Association. (2004). Considering treatment: Infertility risk assessment. Retrieved February 15, 2005. – <http://www.americaninfertility.org>
3. Amir M., Horesh N., Lin-Stein T. Infertility and adjustment in women: The effects of attachment style and social support. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6(4), pp. 463 – 479.
4. Anderson K. M., Sharpe M., Rattray A., Irvine D. S. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), – pp. 353 – 355.
5. Boivin J., Scanlan L. C., Walker S. M. Why are infertile patients not using psychosocial counseling? *Human Reproduction*, 14(5), – pp. 1384 – 1391.
6. Carroll J. S., Robinson W. D., Marshall E. S., Callister L. C., Olsen S. F., Dyches T. T., et al. The family crucibles of illness, disability, death, and other losses. In D. C. Dollahite (Ed.), *Strengthening our families* – pp. 278 – 292.
7. Collopy K. S. «I couldn't think that far»: Infertile women's decision making about multifetal reduction. *Research in Nursing and Health* – pp. 75 – 86.
8. Daniluk J. C. «If we had it to do over again...» Couples' reflections on their experiences of infertility treatments. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* – pp. 122 – 133.
9. Dunkel-Schetter Christine and Marci Lobel *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research*. New York: Plenum Press.
10. Epstein Y. M., Rosenberg H. S., Grant T. V., Hemenway B. A. N. Use of the Internet as the only outlet for talking about infertility. *Fertility and Sterility* – pp. 507 – 514.
11. Freda M. C., Semelsberger C. F. *Miscarriage after infertility*. Minneapolis, MN: Fairview Press.
12. Gibson D. M., Myers J. E. Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *Journal of Counseling and Development* – pp. 400 – 410.
13. Lee T. Y., Sun G. H., Chao S. C. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives. *Human Reproduction* – pp. 1762 – 1767.
14. Petok W. D. *Male infertility: Family building magazine*. Retrieved October 23, 2004, from <http://www.resolve.org>.
15. Schmidt L., Holstein B. E., Boivin J., Tjorhnhøj-Thomsen T., Balaabjerg J., Hald F., et al. High ratings of satisfaction with infertility treatment are common: Findings from the Copenhagen Multi-Centre Psychosocial Infertility Research Programme. *Human Reproduction* – pp. 2638 – 2646.



16. Stotland N. L. Psychiatric issues related to infertility, reproductive technologies, and abortions. Primary Care: Clinics in Office Practice – pp. 13 – 26.

17. Wiczak H. Infertility: A modern workup. Female Patients – pp. 72 – 78.

## **PSYCHOLOGICAL IMPACT OF INFERTILITY ON THE FAMILY IN FOREIGN PSYCHOLOGY**

**I. V. Kargol**

*Belgorod National  
Research University*

*e-mail:  
kargol@bsu.edu.ru*

This article focuses on studying the impact of infertility stress on the family. The article presents the results of overseas research on infertile marriages. Receiving a diagnosis of infertility is a significant stress, and subsequent in vitro fertilisation treatment presents a physical and psychological challenge for many patients.

Keywords: infertility, coping, In Vitro Fertilization (IVF-ET), Assisted Reproductive Technology (ART).