

Папуча М. В.

*доктор психологічних наук, професор,
завідувач кафедри загальної та практичної психології
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя***САМОСПРИЙНЯТТЯ ЯК КРИЗОВА СИТУАЦІЯ У ЖІНОК
З ПОРУШЕННЯМ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ****SELF-PERCEPTION AS A CRISIS SITUATION IN WOMEN
WITH REPRODUCTIVE DISORDERS**

У статті досліджено зв'язок між стресом і безпліддям, що в наукових колах обговорюється багато років. Жінки з безпліддям схильні до підвищеного рівню тривоги та депресії, тому очевидно, що безпліддя викликає стрес. Однак менш яким є те, чи викликає стрес безпліддя. Вплив стресу на результат лікування важко дослідити через низку факторів, включаючи неточні показники самооцінки та почуття підвищеного оптимізму на початку лікування. Однак останні дослідження задокументували ефективність психологічних втручань у зниженні психологічного стресу, а також пов'язані зі значним збільшенням частоти вагітностей.

Доведено, що когнітивно-поведінковий груповий підхід може бути найефективнішим способом досягнення обох цілей. Враховуючи рівень стресу, про який повідомляють багато безплідних жінок, надзвичайно важливо розширити доступність цих програм.

Досліджено сучасні теорії про гендер і гендерну ідентичність, які передбачають, що прояв різних особистісних якостей людини, в тому числі і її самоактуалізація, пов'язані не так з біологічною статтю (чоловік/жінка), як із соціально-психологічною статтю – тими рисами, якостями та властивостями, які сконструйовано соціокультурним середовищем. Процес самоактуалізації жінки йде шляхом реалізації себе у формі особистісних внесків в інших людей. Гендерна роль жінки нерозривно пов'язана з материнством, як одним із способів реалізації себе в іншій людині – дитині. Емоційно значущим для жінки є діагноз безпліддя, який позбавляє її можливості підтвердити свою жіночність народженням дитини. Ми припускаємо, що в подібній життєвій ситуації для особистості жінки можливі зміни в системі цінностей та способів самоактуалізації, які необхідні для реалізації ідентичності за нових умов.

Резюмуючи все вищесказане, наголошено на існуванні відмінностей у гендерній самооцінці та самоактуалізації у жінок з порушенням репродуктивної сфери.

Ключові слова: самосприйняття, самоактуалізація, репродуктивна сфера, кризова ситуація, безпліддя.

The article examines the connection between stress and infertility, which has been discussed in scientific circles for years. Women with infertility are prone to higher levels of anxiety and depression, so it's obvious that infertility causes stress. However, whether stress causes infertility is less clear. The effect of distress on treatment outcome is difficult to examine due to a number of factors, including imprecise measures of self-esteem and feelings of heightened optimism at the start of treatment. However, recent studies have documented the effectiveness of psychological interventions in reducing psychological distress and are also associated with significant increases in pregnancy rates. It has been proven that a cognitive-behavioral group approach can be the most effective way to achieve both goals.

Given the level of stress many infertile women report, increasing the availability of these programs is critical. Modern theories about gender and gender identity have been studied, which predict that the manifestation of various personal qualities of a person, including his self-actualization, are not so much related to biological sex (male/female) as to socio-psychological sex – those features qualities and properties constructed by the socio-cultural environment.

The process of self-actualization of a woman goes through the realization of herself in the form of personal contributions to other people. The gender role of a woman is inextricably linked with motherhood, as one of the ways of realizing oneself in another person – a child. Emotionally significant in this case for a woman is the diagnosis of infertility, which deprives her of the opportunity to confirm her femininity by giving birth to a child. We assume that in a similar life situation for a woman, changes are possible in the system of values and methods of self-actualization, which are necessary for the realization of identity under new conditions.

Summarizing all of the above, the existence of differences in gender self-esteem and self-actualization in women with reproductive disorders is emphasized.

Key words: self-perception, self-actualization, reproductive sphere, crisis situation, infertility.

Вступ. Сьогодні в суспільстві існує демографічна криза, однією з причин якої є зниження дітонароджуваності. І ця ситуація безпосередньо пов'язана з проблемою безпліддя. У роботах з проблематики безплідності як одну з причин дослідники відзначають психологічну причину. Досить широко розкрито питання особистісних особливостей жінок з різними проблемами у сфері репродуктивної сфери. Дослідники вважають: необхідним збереження психологічного здоров'я жінок з психопрофілактичних позицій.

Аналіз наукової літератури показав, що дослідження проблеми безпліддя останнім часом проводиться у різних проблемних полях: біології, медицині, психології, психіатрії, соціології. В даний час всебічно розглянуто причини виникнення безпліддя серед жінок та чоловіків. На наш погляд, особливу увагу слід приділити таким особистісним характеристикам, як самоактуалізація та сенсожиттєві орієнтації. Представляються цікавими з наукової точки зору відмінності в даних змінних, зв'язки та

структура особистості жінок, які страждають на безпліддя, і жінок із збереженою репродуктивною функцією, що й стало об'єктом вивчення цієї роботи.

Виклад основного матеріалу. Останнім часом порушення репродуктивного здоров'я стають більш поширеними. Це призводить до виникнення цілих напрямів у галузі психології та медицини, а саме перинатальної психології, психології репродуктивної сфери, репродуктивної медицини.

В даний час дуже велика кількість сімей мають проблеми із зачаттям, виношуванням та народженням дітей різного генезу [1, с. 76]. Репродуктивна сфера являє собою систему фізіологічних та психічних механізмів, об'єднаних для реалізації завдання репродукції, в яку людина входить: зачаття, виношування, народження дитини її вирощування та виховання. Можна виділити ряд особливостей репродуктивної сфери, які відрізняють її від інших сфер життєдіяльності.

1. Репродуктивна сфера спрямована на реалізацію не індивідуальних, а видових потреб, не є системою життєзабезпечення індивіда, та її порушення не загрожує успішності індивідуального існування.

2. Репродуктивна сфера складається з двох частин – статевої та батьківської, які мають єдині фізіологічні механізми, але суттєво різні психічні компоненти: статева поведінка спрямована на задоволення індивідуальних потреб, а батьківська поведінка реалізує видові потреби і може вступати у конфлікт із індивідуальними потребами.

3. У репродуктивній сфері існує тісний зв'язок між фізіологічною та психічною складовими, що проявляється в обов'язковому поєднаному функціонуванні цих складових на кожному етапі здійснення репродуктивної функції.

4. Регуляція реалізації репродуктивної функції здійснюється домінантою материнства, яка включає ряд субдомінант, що послідовно актуалізуються, що регулюють виконання кожного етапу репродуктивної функції.

5. Порушення репродуктивної функції мають системний характер і пов'язані з перекручуванням роботи відповідних домінант, у будову яких включений психічний компонент, що виявляється у формі психологічної неготовності до виконання репродуктивної функції [1, с. 78].

Безпліддя часто є тихою боротьбою. Пацієнтки, які намагаються завагітніти, повідомляють про відчуття депресії, тривоги, ізоляції та втрати контролю. Підраховано, що 1 з 8 пар (або 12% заміжніх жінок) мають проблеми із зачаттям або збереженням вагітності [10].

Незважаючи на поширеність безпліддя, більшість безпліддних жінок не діляться своєю історією з родиною чи друзями, тим самим підвищуючи свою психологічну вразливість. Нездатність до природного розмноження може викликати почуття сорому, провини та низьку самооцінку. Ці негативні почуття можуть призвести до різного ступеня депресії, тривоги, страждання та низької якості життя. Пацієнтки, які звертаються до допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), мають значний ризик виникнення психічних розладів, тому важливо розпізнавати,

визнавати та допомагати цим пацієнткам, коли вони справляються з діагнозом безпліддя та лікуванням.

В сучасній психології реалізація репродуктивної функції жінки розглядається як утворення домінанти материнства, при актуалізації якої здійснюється системний процес, що забезпечує необхідне функціонування всіх фізіологічних та психічних функцій для виконання цього завдання. В перинатальній психології прийнято виділяти дві групи жінок (А та Б), які мають різні особливості репродуктивного статусу [4, с. 185].

До групи А входять жінки, які мають порушення репродуктивної функції до вагітності в основному гормонального походження, безпліддя або труднощі зачаття, загрозу переривання вагітності та невиношування, порушення внутрішньоутробного розвитку дитини з мінімальним ризиком для здоров'я жінки. Їм властиві такі психологічні особливості:

- емоційна нестійкість, схильність до гіперстенічного реагування;
- схильність до перепадів настрою;
- болюче ставлення до невдач з накопиченням негативних емоцій та їх вибуховим виплеском;
- схильність до формування надцінних ідей, що проявляється у надцінності вагітності, своєї репродуктивної функції;
- спотворення жіночої ідентичності: посилення маскулітних якостей та ослаблення жіночності, відкидання власної жіночності;
- зниження рівня соціальної адаптації, відсутність гнучкості у взаємодії;
- конфліктні відносини з матір'ю, що іноді виражаються в некритичній ідеалізації та недиференційованому уявленні про відносини з нею;
- незадоволеність собою, підвищена самооцінка та ін.

До групи Б входять жінки, які мають гінекологічні захворювання соматичного характеру та негінекологічні соматичні проблеми, що впливають на успішність репродуктивної функції та одночасно загрожують здоров'ю жінки. Для жінок із цієї групи характерні наступні психологічні особливості:

- емоційна нестійкість, схильність до гіпостенічного реагування;
- схильність до зниженого настрою, дратівливості;
- зниження загальної активності;
- схильність до стресів, схильність до депресій;
- залежність від оточуючих, пошук зовнішньої допомоги;
- нормальна жіноча ідентичність, посилення жіночності;
- тривожні, залежні, симбіотичні стосунки з матір'ю;
- невпевненість у собі, занижена самооцінка,
- почуття провини;
- довіра, некритичність стосовно інших;
- невпевненість у своїй материнській компетентності;
- підвищена цінність дитини, але можлива та занижена;
- підвищена тривожність з переважно вираженою соматичною (функціональною) складовою;

- невротизація на кшталт «втеча у хворобу»;
- аутоагресія, найчастіше пригнічена, ризик суїциду [4, с. 192–193].

Виявлені особливості свідчать, що жінки обох груп мають, по-перше, виражений внутрішній конфлікт у материнській сфері, по-друге, порушення психологічної адаптації та інфантильний спосіб вирішення конфліктної ситуації на кшталт соматизації, по-третє, відмінності за формою конфлікту в материнській сфері, адаптаційним механізмам та формам конфліктної соматизації ситуації.

Зарубіжними дослідниками виділено загальні особливості прояву конфлікту в материнській сфері у жінок із порушенням репродуктивної функції [8; 10]. Для жінок групи А характерні:

- неготовність до материнства у формі «конфліктність»;
- образ дитини об'єктний, з яскраво вираженою конфліктністю;
- перевага негативних рис дитини або ейфорійна несвідомість її негативних характеристик;
- слабка сформованість образу дитини, відсутність динаміки цього образу перебігу вагітності;
- знижена цінність дитини;
- знижена материнська компетентність;
- негативне ставлення до материнських обов'язків;
- емоційно бідне чи конфліктне уявлення себе як матері;
- конфліктні чи некритично ідеалізовані уявлення про свою матір;
- уявлення про свою дочірню роль як джерело ускладнень у житті матері.

Також жінки цієї групи відрізняються тривогою за дитину та над цінності материнства, що виражається у негативному невербальному та позитивному вербальному образах своєї дитини та себе як матері [10].

Для жінок групи Б характерні:

- неготовність до материнства у формі «тривожність»;
- образ дитини недостатньо суб'єктний, з вираженою тривожністю;
- перевага позитивних рис дитини, над цінність дитини та материнства;
- занадто докладна промальовування і конкретність образу дитини, недостатня динаміка образу протягом вагітності;
- підвищена або знижена цінність дитини;
- загострена материнська компетентність, схильність до гіперопіки;
- надцінне ставлення до материнських обов'язків;
- тривожне уявлення про себе як матері із заниженою самооцінкою;
- симбіотичні, амбівалентні або тривожні уявлення про свою матір;
- уявлення про свою дочірню роль як над цінності для матері одночасно із вираженою тривожністю.

Ці жінки відрізняються реальною декларацією тривоги за дитину та над цінності материнства у поєднанні з тривогою з приводу своєї неспроможності, що виражається у позитивному невербальному та недиференційованому чи негативному вербальному образах своєї дитини та себе як матері [8].

Це дозволяє зробити висновок, що існує взаємозв'язок між характером конфлікту у материнській сфері та формою соматизації цього конфлікту.

У цілому нині для жінок із порушеннями репродуктивної функції на відміну здорових жінок властиві такі особливості:

- загальна інфантильність, що проявляється у незрілості особистісної сфери;
- спотворена або незріла статеворольова ідентифікація;
- неадекватні форми реагування на стресові ситуації, наприклад, інфантильні або дезадаптивні стилі поведінки;
- емоційна нестійкість;
- підвищений рівень особистісної та реактивної тривожності;
- пригнічена агресія різної спрямованості;
- ускладнені відносини з іншими людьми, насамперед із близькими;
- деструктивний досвід відносин з своєю матір'ю [7].

До основних типів порушення репродуктивної функції у жінок належать безпліддя та невиношування вагітності (викидень). Незважаючи на низку досліджень, присвячених цим проблемам, однією з основних проблем у галузі охорони репродуктивного здоров'я в Україні залишається порушене репродуктивне здоров'я жінок. В останні десятиліття відзначається безперервний зростання частоти безплідності. Так, безплідність у шлюбі знаходиться в межах від 5 до 50% різних популяціях. Жіночий фактор безпліддя становить понад 50% у структурі безпліддя у подружніх пар.

Невиношування вагітності зустрічається в 10–25% випадків, а кожна п'ята бажана вагітність переривається, що посилює несприятливу демографічну ситуацію загалом [2, с. 9]. У роботах вітчизняних та зарубіжних авторів відображено проблеми психологічного стану жінки під час вагітності, розглядаються фактори, що впливають на розвиток ускладнень вагітності, наприклад, невиношування вагітності. Особливої актуальності останнім часом набувають дослідження психологічних особливостей жінок у період вагітності з патологією та з безпліддям.

Також безпліддя може супроводжуватись зміною самооцінки, образу «Я», соціального становища, «тілесного образу», порушенням «почуття самостійності», викликає почуття «особистісної дефектності», «соціальної незакінченості», призводить до втрати сексуальної привабливості. Таким чином, особливості психологічного стану, зумовленого безпліддям та невиношуванням вагітності, вважаються важливими практично всіма дослідниками при діагностиці та лікуванні порушеної репродуктивної функції. Облік не тільки медичних факторів, а й індивідуально-психологічних особливостей жінок з порушеннями репродуктивної функції дозволить надавати більш повноцінну та кваліфіковану допомогу вагітній жінці при усуненні патології вагітності та організувати заходи щодо лікування безпліддя.

Однією з головних проблем при оцінці рівня дистресу у жінок з безпліддям є точність показників самооцінки. Також можливо, що жінки відчувають надію підвищений оптимізм перед початком лікування безпліддя, саме тоді збирається більшість оцінок дистресу.

У деяких ранніх дослідженнях [6] було зроблено висновок, що безплідні жінки не повідомили про суттєві відмінності в симптомах тривоги та депресії, ніж у фертильних жінок. Однак дослідження використовувало структуроване психіатричне інтерв'ю. Загалом 122 жінки були опитані перед своїм першим відвідуванням клініки лікування безпліддя, і результати були вражаючими; у 40% жінок було діагностовано тривогу, депресію або обидва.

Подальші дослідження підтвердили ці висновки. Н. Volgsten та його колеги [10] повідомили про 31% поширеності психіатричних симптомів, найпоширенішою з яких була велика депресія. У великому датському дослідженні за участю 42 000 жінок, які проходили лікування ДРТ і перевірялися на депресію перед лікуванням, 35% виявили позитивний результат.

В іншому нещодавньому дослідженні [5] 174 жінок, які проходили лікування безпліддя, 39% відповідали критеріям великого депресивного розладу. В одному з найбільших досліджень на сьогоднішній день 7 352 жінки та 274 чоловіки були оцінені в клініках безпліддя в північній Каліфорнії. Було встановлено, що 56% жінок і 32% чоловіків повідомили про значні симптоми депресії, а 76% жінок і 61% чоловіків повідомили про значні симптоми тривоги.

Не дивно, що останні дослідження підтверджують, що пацієнтки з безпліддям постійно повідомляють про значно більше симптомів тривоги та депресії, ніж жінки з фертильною здатністю. Нарешті, у нещодавньому дослідженні суїцидальності 106 жінок з безпліддям 9,4% жінок повідомили про суїцидальні думки або спроби. Нещодавній огляд літератури щодо поширеності психологічних симптомів безпліддя приводить до висновку, що від 25% до 60% безплідних осіб повідомляють про психіатричні симптоми та що їхній рівень тривоги та депресії значно вищий, ніж у контрольній групі фертильної групи [7].

Діагноз безпліддя може бути величезним тягарем для пацієнток. Біль і страждання жінок з безпліддям є великою проблемою. Під час лікування пацієнток

необхідно консультувати та підтримувати. Хоча ні Американське товариство репродуктивної медицини, ні Європейське товариство репродукції людини та ембріології не мають офіційних вимог щодо психологічного консультування пацієнтів з безпліддям, є визнання того, що включення психологічних втручань у звичайну практику в клініках ДРТ є корисним. Вплив стресу на результат ДРТ все ще є дещо суперечливим. Однак очевидно, що психологічне втручання для жінок з безпліддям потенційно може зменшити тривогу та депресію та цілком може призвести до значного підвищення частоти вагітності.

Висновки. Компонентний склад та характер взаємозв'язків особистісних характеристик у жінок, які страждають безпліддям, відмінний від компонентного складу та характеру взаємозв'язків, визначених у групі жінок із збереженою репродуктивною функцією. У жінок, які страждають безпліддям, відсутня єдина структура взаємозв'язків між компонентами та спостерігається менший компонентний склад: включено вісім (орієнтація в часі, самоприйняття, уявлення про природу людини, підтримка, ціннісні орієнтації, гнучкість поведінки, самоповага, контактність), а не одинадцять компонентів (пізнавальні потреби, прийняття агресії, синергія, самоповага, гнучкість поведінки, підтримка, орієнтація в часу, ціннісні орієнтації, самоприйняття, контактність, креативність).

У структуру особистісних якостей безплідних жінок входить: синергія, прийняття агресії, пізнавальні потреби та креативність, але входить уявлення про природу людини. Локус-контроль Я є базовим компонентом системи і пов'язаний з п'ятьма (орієнтація в часі, підтримка, самоприйняття, гнучкість поведінки, самоповага), а не сімома компонентами (орієнтація у часі, підтримка, самоприйняття, гнучкість поведінки, ціннісні орієнтації, контактність, прийняття агресії), як і кореляційної системи у жінок із збереженою репродуктивною функцією.

Проведене дослідження дозволило підтвердити гіпотезу, що особистісні особливості жінок, які страждають на безпліддя, відрізняються від особистісних особливостей жінок із збереженою репродуктивною функцією. Результати дослідження можуть бути застосовані у практичній діяльності клінічного психолога, також мають значення для психодіагностики, психокорекції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Існюк Н. О., Бойчук А. В., Бегаш Б. М. Характеристика психоемоційного статусу та показників якості життя в жінок із фіброміомою матки та поєднаною ендокринною патологією. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2018. № 1. С. 76–79.
2. Камінський А. В. Безпліддя у жінок в стані психоемоційної дезадаптації: концепція, патогенез і корекція 14.01.01 – акушерство та гінекологія Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук Київ. 2019. 21 с.
3. Сексуальне і репродуктивне здоров'я. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/ua>
4. Сіраковська О. Б. Психологічні аспекти репродуктивного здоров'я жінок. *Psychological journal* № 4 (14), 2018. С. 185–197.
5. Chen TH., Chang SP., Tsai CF., Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod.* 2017;19(10):2313–2318
6. Domar AD., Zuttermeister PC., Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical condition. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2023
7. Fast Facts About Infertility. Available at: <http://www.resolve.org/about/fast-facts-about-fertility.html>. *Resolve: The National Fertility Association*. Accessed July 26, 2017
8. Rich CW., Domar AD. Addressing the emotional barriers to access to reproductive care. *Fertil Steril.* 2019;105(5):1124–1127.
9. Shani C., Yelena S., Reut BK., Adrian S., Sami H. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res.* 2021;240:53–59
10. Volgsten H., Skoog Svanberg A., Ekselius L., Lundkvist O., Sundström Poromaa I. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Hum Reprod.* 2020;23(9):2056–2063.