© Льовкіна О.Л., Кливак В.В.

УДК: 618.177:616.45-001.1/.3:159.942.5

Льовкіна О.Л., Кливак В.В.
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра акушерства і гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ДОМІНУЮЧІ ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ЖІНОК ЗІ СТРЕС-ІНДУКОВАНИМ НЕПЛІДДЯМ

Резюме. *В статті представлено огляд літератури по проблемі, присвяченій ролі стресу у виникненні стрес-індукованого безпліддя. Описано особливості психологічного реагування безплідних жінок на дану проблему, а також визначено комплексний підхід до лікування стрес-індукованого безпліддя, важлива роль в якому належить моменту психологічної корекції.*
Ключові слова: *стрес, жіноча безплідність, психологічна корекція.*

Статистичні дані останніх років свідчать про зниження народжуваності, погіршення якості життя, збільшення патології в репродуктивній системі людини. Низький рівень репродуктивного здоров'я значною мірою обумовлений все ще високим рівнем абортів, який зберігається.

Насамперед, безплідність можна вважати причиною підвищеного ризику виникнення нервово-психічних порушень. Цей стан стає провокаційним фактором в розвитку вже наявних прихованих нервово-психічних і гормональних порушень [1].

Серед причин, які викликають пограничні нервово-психічні розлади у жінок з безплідністю, найбільш часто відмічаються родинно-побутові та службово-професійні конфлікти, несприятливі житлові умови, ендокринні порушення.

У дослідженнях, проведених останніми роками виявлено численні фактори, які самостійно або у різних сполученнях можуть розглядатися як причини безплідності. При цьому, в основному, враховуються соматичні та акушерсько-гінекологічні фактори, тоді як психічному здоров'ю приділяється менше уваги. Вивчення проблеми безплідності з позиції психосоматичної медицини призводить до розуміння того, що порушення функціонування організму не залишається нейтральним для організму жінки. Однак, відомості про зміни психоемоційного статусу у таких жінок, що зустрічаються в літературі, вкрай незначні [3].

У жінок з відповідним типом особистості (високий рівень тривожності) факт безплідності сприймається особливо трагічно і переходить до хронічної стресової ситуації з кожним роком, приводячи, таким чином, до стану нереалізованої мотивації материнства.

Дослідження особливостей особистісної та реактивної тривожності у жінок з діагнозом стрес-індуковане безпліддя має надзвичайно важливе значення для розуміння змін у психоемоційній сфері жінки у зв'язку із безпліддям. Тривожність (схильність індивіда до переживання тривоги) характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги і схильністю до емоційного стану, що передбачає несприятливий розвиток подій, відчуття побоювання або страху. Виділяють особистісну тривожність, під якою розуміють стійку (стрижневу) характеристику психологічного стану особистості, що проявляється у стійкій, ситуаційно стабільній схильності індивіда відповідати станом підвищеного неспокою на більшість ситуацій, які суб'єктивно сприймаються як загрозливі, та реактивну (ситуативну) тривожність, що, на відміну від особистісної, не є стійкою характеристикою психіки індивіда, а тісно пов'язана із наявністю конкретного психотравмуючого фактору. Вимірювання рівня особистісної тривожності дозволяє виявити потенційну схильність до переживання тривоги, а реактивної - оцінити поточний стан психологічних резервів індивіда і його готовність до адекватного психологічного реагування на певний психотравмуючий фактор. Виконане за допомогою стандартизованої та валідизованої методики, вимірювання рівня особистісної та реактивної тривожності є адекватним психологічним інструментом для оцінки адаптивних резервів та збалансованості психіки індивіда. На наш погляд, високий рівень тривожності у жінок з тривалим безпліддям може розглядатися як одна з ознак патохарактерологічних змін особистості, безпосередньо пов'язаних з безпліддям. Очевидно, що у зіткненні з психотравмуючою ситуацією безпліддя відбувається посилення та фіксація рис особистості, що були властиві їй від початку. Тож трансформація особистісної тривожності у патологічні форми під психотравмуючою дією безпліддя відбувається у жінок, які з дитинства мають високий рівень особистісної тривожності (що само по собі є одним з факторів ризику виникнення стрес-індукованого безпліддя). Таким чином, породжується ситуація замкненого кола, за якої зростання тривожних рис особистості під впливом хронічного стресу безпліддя породжує формування тривожної особистості на новому рівні тривожності, що, у свою чергу, зменшує ймовірність настання вагітності, а це - знову посилює тривожність. Зрештою подібний ланцюг призводить до формування патохарактерологічних змін, які важко піддаються корекції [5].

Домінуючими психологічними тенденціями у жінок із стрес-індукованим безпліддям за даними клінічного обстеження є депресивні розлади настрою, що у більшості випадків мають ознаки клінічної депресії, відчуття тривоги та страху, втомлюваність, відчуття виснаження, астенія, а також підвищена дратівливість, особливо у зв'язку із психотравмуючою ситуацією безпліддя. У психологічному профілі таких жінок є шкали депресії, іпохондрії та паранойяльності, виражені також шкали шизоїдії та психастенії, а репресивними є шкали гіпоманії, психопатії та істерії. Такий профіль також виявляє депресивні тенденції, причому вираженість їх відповідає рівню клінічної депресії, а також тривожність, схильність до іпохондричних фіксацій та занепокоєння станом здоров'я, астенію, підвищену дратівливість, почуття образи та приховану ворожість, формування під впливом тривалого безпліддя патохарактерологічних змін особистості з переважанням депресивних, сенситивних та дисфоричних акцентуацій. При цьому не виключається вплив ряду особистісних характеристик, зокрема, тривожності, помисливості, схильності до акцентування на невдачах на виникнення первинного стрес-індукованого безпліддя. Однак цілком логічно припустити, що тривалий вплив потужного хронічного пси-

хологічного стресору, яким є неплідддя, спричинює стійкі негативні зміни у психіці жінки. Такі зміни зумовлюють хронізацію патологічних психосоматичних реакцій за механізмом "порочного кола", підтримуючи низький рівень фертильності і перешкоджаючи настанню вагітності. На наш погляд, це вимагає певного перегляду існуючих підходів до діагностики та лікування неплідддя в частині активного застосування психологічного обстеження, в тому числі з використанням стандартизованих психодіагностичних методик, а також розробки системи психотерапевтичного та психокорекційного втручання при первинному стрес-індукованому неплідді [2].

Однак, етіологічні фактори більшості таких станів невідомі і характеризуються як ідіопатичні. В основі неплідності лежить порушення функції репродуктивної системи з особливою хронічною стресовою ситуацією у вигляді нереалізованого материнства. Ненастання вагітності, особливо неясної етіології, призводить до появи у жінок негативних реакцій, які підсилюються з кожною новою спробою [1].

Накопичуючись, нервово-психічна напруга та втома можуть придбати хронічну форму з відомими наслідками: поступовим зниженням життєвого тонусу, появою вегетативних розладів, послабленням імунітету та порушенням його диференціювання у вигляді аутоімунних реакцій [5].

Під впливом екологічних та соціально-економічних факторів, тривалого хронічного стресу адаптаційні резерви жіночого організму поступово виснажуються і виникає ряд захворювань репродуктивної системи, спочатку функціонального, а потім і органічного характеру. Жінок із неплідністю, особливо неясного ґенезу, з повним правом можна віднести до категорії людей, у яких спостерігається хронічний стрес або тривала психоемоційна напруга внаслідок нереалізованого материнства [4].

Під впливом стресорів різної етіології спочатку виникає збудження гіпоталамо-гіпофізарної ланки ендокринної регуляції з відповідними біохімічними і клінічними проявами. Характерними є дизритмічні зміни біоелектричної активності мозку, підвищення функції надниркників, зростання рівня гонадотропінів. Інтенсифікація продукції яєчників проявляється, головним чином, збільшенням вироблення естрогенів та виникненням функціонального стану - ановуляції. Гіперреакція яєчників супроводжується активацією функції наднирників, щитоподібної залози, виникає загальна реакція, спрямована на пригнічення збудженого гіпоталамуса. Ці зміни умовно можна назвати функціональними, оскільки можливий їх зворотній розвиток. Частіше всього перезбудження гіпоталамуса самостійно закінчується внаслідок ліквідації стресової ситуації. Інший варіант полягає в тому, що недостатність інгібуючих впливів через знижену функціональну активність відповідних утворень або тривалості стресових впливів детермінує діяльність нейросекреторних гіпоталамічних клітин у нейрофізіологічному режимі. При цьому якісь грубі патологічні клінічні прояви одразу не виникають, вони з'являються через більш або менш виражений період "уявного благополуччя". Однак, може бути третій варіант, коли одразу виникає значне гальмування нейрогормональної активності і пригнічення гонадотропної функції стає постійним. Розвиваються діенцефальні порушення, вторинний полікістоз, НЛФ, ановуляція та саме неплідність. Поява полікістозних яєчників свідчить про те, що функціональна фаза перейшла в органічну [3].

Виникнувши внаслідок основного захворювання - неплідності - психоемоційна напруга розглядається як психосоматичний синдром, який в майбутньому стає складовою частиною захворювання.

За даними досліджень, було виявлено,що організм відповідає на стрес викидом рилізінг-гормонів і медіаторів стресу, які готують організм до збільшеного навантаження. Ці гормони є дуже чутливими маркерами стресу, вони можуть регулювати одне одного і, в той же час, взаємодіяти з іншими субстанція ми, які є важливими для репродукції та безпосередньо мають вплив на репродуктивну систему. Стрес підсилює дію кіркового шару наднирників, що призводить до підвищення вмісту адреналіну і норадреналіну в корі головного мозку та крові. Різні стресові ситуації посилюють виділення АКТГ гіпофізом, який стимулює біосинтез глюкокортикоїдних гормонів кори наднирників. На синтез АКТГ, в свою чергу, впливає кортикорилізінг-гормон, що синтезується в гіпоталамусі та знаходится під контролем нейропептидів [2].

У пацієнток з неплідністю в анамнезі стресова ситуація виникає як наслідок спроб завагітніти, але безрезультативно. Нейромедіаторна ланка стресу зі стану змін переходить в стадію дезадаптації з порушенням функції інших ланок і органів. У пацієнток виникає гіпофункція щитовидної залози, гіперандрогенія, НЛФ як вторинні зміни внаслідок тривалого хронічного психоемоційного стресу. Це підтверджується ще й тим, що у пацієнток, які мали більшу кількість спроб завагітніти в анамнезі, сильніше виражені зміни в показниках гормонів і медіаторів стресу. В зв'язку з цим виникає ситуація, коли вище зазначені зміни функціонального характеру інших ендокринних органів розцінювалися як причини неплідності, а не як наслідок хронічного стресу, який виник після тривалої нереалізації материнства [4].

Серед причин стрес-індукованої неплідності можуть бути наступні психологічні моменти: страх вагітності, пологів, ускладнень - інформація, що, можливо, закладається ще з дитинства; страх народження хворої дитини, викидня; небажання мати дитину саме від свого партнера - підсвідоме несприйняття партнера у якості батька своєї дитини; страх не реалізуватися як мати, страх відповідальності; матеріальна нестабільність; відсутність ідентифікації себе з жіночою природою; страх залежності від материнства, відсутність в подальшому кар'є-

рного зросту; негативні зміни фігури, краси тіла; психологічні травми з дитинства; негативні установки близького оточення; відчуття сорому, провини -в основному через батьківські настанови; самопокарання жінкою себе за якісь провини; образи на маму - засудження мами та небажання вступати в цю роль; вторинні вигоди від бездітного способу життя.

Важливим є те, що неплідність є часто неусвідомленим, далеко в області підсвідомого фактом. Тому іноді виявити істинну причину неплідді буває вкрай важко без допомоги психотерапевта чи психіатра.

У якості наслідків тривалої неплідності найбільш часто описуються пограничні психічні розлади, депресії, тривожність та посттравматичні стресові розлади. Чим сильніший та триваліший вплив негативних емоцій, тим більш значні та стійкі вісцеро-вегетативні порушення, тим більше підстав для хронізації психосоматичних розладів. Не викликає сумніву, що факт неплідді сам по собі є потужним хронічним стресом для жінки. При цьому в ряді випадків буває неможливо відокремити вплив зовнішніх стресорів від негативного психологічного впливу факту усвідомлення неплідді, що діє за механізмом "порочного кола". Індивідуальна значимість та сила впливу переживання неплідді зумовлена насамперед місцем материнства в ієрархії цінностей жінки, а також, значною мірою, її психологічним типом. Тому для жінок, у яких народження дитини займає провідне місце в системі цінностей, і які тривалий час безуспішно намагаються завагітніти, хронічна стресогенна ситуація тривалого неплідді стає патологічною психологічною домінантою, призводячи зрештою до утворення стійкого патологічного стану [5].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Пацієнткам зі стрес-індукованим неплідді необхідне ретельне клініко-лабораторне обстеження для встановлення можливих причин, а також соціальна та психологічна реабілітація, оскільки психоемоційне напруження стає частиною захворювання.

Наявність суб'єктивних змін з боку психоемоційної сфери у жінок із стрес-індукованим неплідді зумовлює необхідність включення психологічного обстеження жінки до комплексу діагностичних досліджень при цьому патологічному стані, а також вимагає кваліфікованого адресного психотерапевтичного втручання з метою нівелювання патологічних змін у психоемоційній сфері та профілактики можливих ускладнень.

Список посилань

1. Булавенко, О. В., Льовкіна, О. Л. (2012). Особливості гормонального гомеостазу в жінок раннього репродуктивного віку зі стрес-індукованим неплідді. *Здоров'я жінки,* 5, 149-151.
2. Бурлака, О. В., Жданова, М. П., Стеблюк, В. В. (2009). Програма психофізичної корекції в реабілітації пацієнток зі стрес-індукованими розладами репродуктивного здоров'я. *Здоров'я жінки*, 9, 141-143.
3. Лесная, І. Н. (2011). Психогенне безпліддя. Медичні аспекти здоров'я жінки, 3, 61-68.
4. Подольський, В. В. (2013). Стан репродуктивного здоров'я у жінок з порушенням вегетативного гомеостазу. *Здоров'я жінки*, 9, 139-142.
5. Чаркіна, О. А. (2014). Психологічні детермінанти жіночого ідіоматичного неплідді. *Молодий вчений*, 12, 271-274.

Левкина Е.Л., Клывак В.В.

ДОМИНИРУЮЩИЕ ПСИХОЛОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ У ЖЕНЩИН СО СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Резюме. *В статье представлен обзор литературы по проблеме, посвященной роли стресса в возникновении стресс-индуцированного бесплодия. Описаны особенности психологического реагирования бесплодных женщин на данную проблему, а также определен комплексный подход к лечению стресс-индуцированного бесплодия, важная роль в котором принадлежит моменту психологической коррекции.*

Ключевые слова: *стресс, женское бесплодие, психологическая коррекция.*

Lyovkina O.L., Klivak V.V.

DOMINANT PSYCHOLOGICAL TENDENCIES OF STRESS-INDUCED INFERTILITY WOMEN

Summary. *The paper reviews the data available in the literature on the evaluation of the stress role in development of stress-inductive infertility. It describes the psychological reaction peculiarities of infertile women considering this problem and also a comprehensive approach, an important role in which is played by psychological correction, to treating stress-inductive infertility.*

Key words: *stress, female infertility, psychological correction.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Булавенко О.В.

Стаття надійшла до редакції 26.05.2017 р.

Льовкіна Олена Леонідівна - к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(067)7471707; elevkina@mail.ua

Кливак Віталій Васильович - к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(068)7112208, +38(093)9627408; vitaliy.klivak@gmail.com