

УДК 159.9

DOI: 10.17223/17267080/63/9

**Е.А. Наку<sup>1</sup>, Ю.В. Ковас<sup>2</sup>, Т.Г. Бохан<sup>2</sup>, О.В. Терехина<sup>2</sup>, Т.А. Видякина<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Центр семейного здоровья для мам и пап «Ждем аиста» (Новосибирск, Россия)*

<sup>2</sup> *Томский государственный университет (Томск, Россия)*

## **Факторы негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО**

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (проект № 14-48-00043).

*Представлены результаты исследования клиничко-психологических факторов психоэмоциональных состояний женщин при лечении методом ЭКО. Анализировались данные клинического интервью и социально-демографические показатели (характер работы, тип брака и количество браков, наличие и планирование детей). Прослежены взаимосвязи этих показателей с личностной и ситуативной тревожностью. Результаты указывают на то, что особенности и динамика психических состояний женщин в программе лечения методом ЭКО могут быть связаны с причинами бесплодия, негативным переживанием опыта отношений в родительской семье, личностными характеристиками женщин, типом репродуктивных мотивов, особенностями социальной ситуации (характер брака, наличие детей), временем планирования беременности, попытками ЭКО. Установлен целый ряд факторов негативных психоэмоциональных состояний.*

**Ключевые слова:** *бесплодие; метод экстракорпорального оплодотворения; психические состояния; клиничко-психологическое интервью; социально-демографические характеристики; факторы психических состояний.*

Бесплодие (по определению Всемирной организации здравоохранения) – это неспособность сексуально активной, не использующей контрацептивы пары достичь беременности в течение одного года [1]. Согласно статистическим данным около 25% супружеских пар не достигают беременности в течение первого года [2]. По данным исследований, бесплодие пары примерно в 50% случаев обусловлено нарушением фертильности у мужчин и в 50% – у женщин. Также отмечается, что бесплодие обычно проявляется тогда, когда оба партнера субфертильны (способность к деторождению не утрачена, а снижена по тем или иным причинам) [Там же]. В исследованиях установлен целый ряд факторов, которые в совокупности могут приводить как к мужскому, так и к женскому бесплодию. Показано что прогноз при бесплодии определяется такими факторами, как продолжительность бесплодия, возраст и фертильность женщины, первичное или вторичное бесплодие, состояние спермы (которая в 40–60% случаев бесплодия аномальна) [Там же]. Эти факторы полностью не объясняют бесплодие, поэтому во многих случаях диагностируется бесплодие «неясного генеза» [3].

В ряде исследований показано, что у женщин, проходящих лечение ЭКО, в среднем чаще наблюдаются расстройства невротического характера, коморбидность тревоги и депрессии при преобладании расстройств тревожного спектра психогенного характера [4–6]. Психологические факторы могут вносить свой вклад в этиологию возникновения бесплодия и влиять на результат лечения [7–9]. В исследованиях показана роль таких факторов, как стресс, эмоциональные переживания, подсознательные конфликты, конфликтное детство, взаимоотношения в семье, боязнь беременности и материнства, страх перед родами и послеродовыми психозами, противоречия между стремлением к профессиональной деятельности и материнством, конфликты на рабочем месте, навязчивое желание иметь ребенка [7–10]. Первичная травма от бездетности (личная трагедия неспособности быть матерью или отцом, почувствовать радость от беременности и родительства) может быть дополнена вторичной травмой – от отсутствия поддержки со стороны супруга или супруги, нарушения семейных отношений на почве бездетности [10, 11]. Сильные переживания способны расстраивать работу репродуктивной системы вплоть до полной ее «остановки» [12, 13].

Сам диагноз бесплодия по стрессогенности может быть сравним с такими тяжелыми психологическими травмами, как утрата члена семьи, неизлечимое заболевание, развод и т.д.; бездетная пара испытывает сильные эмоциональные реакции, такие как горе / депрессия, фрустрация, стыд, смущение, чувство вины, печаль, тревога [9, 10, 14]. Тяжесть переживаний может вызывать снижение самооценки, самоуважения, изменения в супружеских отношениях и удовлетворенности браком, изменения в сексуальной сфере, синдром ожидания беременности [11]. В свою очередь, эти состояния могут сказываться на репродуктивной способности. В ряде работ показано, что бесплодие может приводить к нарушению межличностных отношений, ощущению нестабильности семейного положения. Так, повторные браки в семьях, страдающих бесплодием, отмечались в 5 раз чаще, чем в контрольной группе (17,9 и 3,3% соответственно) [13].

При лечении бесплодия часто наблюдается целый ряд психологических расстройств: фобии, навязчивые мысли, истерическая симптоматика и даже в редких случаях – шизоидная симптоматика [15]. Сам процесс лечения, например попытки оплодотворения, вызывает чувство постоянной ежемесячной тревоги у женщины и может усиливать или вызывать осознание собственной бездетности, социальной неполноценности, что само по себе является мощным стрессом [4–6, 13, 16]. У женщин может формироваться негативный образ «Я» и развиваться чувство неполноценности, поскольку материнство воспринимается ими как необходимый элемент самореализации и выполнения своей социальной роли. Несмотря на большое количество попыток, наибольший процент женщин отказывается от программы ЭКО после четвертой неудачной попытки. Причинами прекращения лечения являются финансовые проблемы, восприятие процедуры ЭКО как стрессовой ситуации, ухудшение самочувствия, обострение соматических заболеваний, психосоматические жалобы, семейные проблемы [6, 10, 15].

Установление причинно-следственных отношений между психологическими факторами и бесплодием затруднено, поскольку они влияют друг на друга. Таким образом, психологические состояния могут быть как следствием, так и причиной бесплодия. Например, в ряде случаев беременность наступает, когда женщина отказывается от дальнейшего обследования и лечения и перестает переживать по поводу бесплодия. Успешность лечения, возможно, связана со стратегиями защиты, например поиском социальной поддержки или положительной переоценкой ситуации [13].

Многие исследования показывают, что существуют большие индивидуальные различия в субъективном восприятии ситуации, для анализа которых важен детальный качественный анализ нарративной истории пациента. В данном исследовании поставлена задача выявить возможные факторы, обуславливающие психоэмоциональные состояния женщин, с помощью контент-анализа данных клинико-психологического интервью женщин, находящихся на лечении бесплодия методом ЭКО.

### **Выборка и методы исследования**

В исследовании приняли участие 127 женщин, проходящих лечение по программе ЭКО. Для оценки психологических характеристик этих женщин использовался целый ряд стандартизированных психодиагностических методик [17]. Кроме того, у всех женщин было проведено клиническое интервью с диагностической и терапевтической целью [16, 18]. В настоящей статье использовались данные клинического интервью, а также данные по уровню личностной и ситуативной тревожности, полученные с помощью шкалы тревожности Спилбергера–Ханина [19]. Вопросы клинического интервью направлены на выявление возможных факторов, обуславливающих психоэмоциональное состояние женщин, среди которых переживания относительно своего состояния здоровья, лечения бесплодия, системы отношений в родительской семье и с мужем, собственной самооценки. Для обработки данных клинического интервью использовался метод контент-анализа. Клиническое интервью с согласия пациентов записывалось на диктофон и далее переводилось в письменный формат. На первом этапе анализа использовался компонентный анализ, цель которого – разложение значения исследуемых лексических единиц на минимальные смысловые составляющие – семы – для последующего описания смыслового содержания с помощью небольшого количества сем [20]. Для этого в каждой единице текста (высказывании) выделялись ключевые слова. Слова выбирались экспертами по принципу отражения в наиболее полном объеме смысла всего высказывания. На втором этапе выделенные ключевые слова и высказывания в соответствии с критерием общего смыслового содержания объединялись в тематические ряды. Внутри каждого тематического ряда лексические единицы были объединены по смысловому содержанию в основные категории. Если в основной смысловой категории отмечалась смысловая дифференциация лексических единиц, то они

объединялись в подкатегории, более подробно раскрывающие содержание смысловой категории [16, 18, 20].

Шкала тревожности направлена на оценку уровня тревожности на текущий момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (устойчивая характеристика человека). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать различные ситуации как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Очень высокая личностная тревожность может быть связана с наличием невротического конфликта, эмоциональными и невротическими срывами, психосоматическими заболеваниями. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью в текущий момент. Шкала тревожности содержит по 20 утверждений, направленных на оценку ситуативной и личностной тревожности. Выделяются три уровня: менее 30 баллов – низкий уровень тревожности, 31–45 баллов – средний и более 46 баллов – высокий уровень [19].

В соответствии с целью исследования анализировалась частота встречаемости феноменов переживания, осуществлялся сравнительный анализ качественных результатов в различных группах респондентов (по критерию мужского и женского бесплодия, уровню личностной и ситуативной тревожности, количеству попыток ЭКО). Статистический анализ включал частотный анализ, критерий хи-квадрат Пирсона, критерий Манна–Уитни, однофакторный дисперсионный анализ.

### **Результаты исследования**

По результатам контент-анализа высказываний женщин выявлены следующие клинические характеристики: клинические причины проблем репродуктивного здоровья, особенности беременности в анамнезе, время планирования беременности. Также выявлен ряд социально-демографических характеристик: профессиональная деятельность, количество лет в браке, количество браков, наличие детей (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

**Социально-демографические и медицинские характеристики по данным клинического интервью женщин, проходящих лечение бесплодия методом ЭКО (оценка лексических единиц – л.е.)**

Проблемы репродуктивного здоровья – 125 лексических единиц (100%)	Частота встречаемости, %
Мужское бесплодие и плохая активность сперматозоидов	22,9
Проблемы с фаллопиевыми трубами (удалены, непроходимость, трубное бесплодие, одна труба)	21,7
Проблемы с яичниками (истощение, недоразвитие яйцеклетки, один яичник, отсутствует овуляция, образование в яичнике, овуляция раньше срока, нет яйцеклеток, нарушение менструального цикла)	18,6

**Факторы негативных психоэмоциональных состояний**

Продолжение табл. 1

Проблемы репродуктивного здоровья – 125 лексических единиц (100%)	Частота встречаемости, %
Проблемы с маткой (проблемы с эндометрием, киста, миома, врожденная патология)	17,2
Патология беременности (внематочная, замершая, аборт в анамнезе)	8,1
Нет физиологических причин, неясный генез бесплодия	11,5
<b>Попытки ЭКО – 120 л.е. (100%)</b>	
1 ЭКО	45
2 ЭКО	23,3
3 ЭКО	9,2
4 ЭКО	1,7
5 ЭКО	0,8
1 ЭКО донорство	1,7
1 ЭКО донорство яйцеклетки	7,5
1 ЭКО донорство эмбриона	0,8
1 ЭКО донорство спермы	1,7
1 ЭКО замершая беременность	2,5
2 ЭКО донорство яйцеклетки	0,9
3 ЭКО донорство яйцеклетки	2,5
Суррогатное материнство	1,7
Стимуляция	0,8
<b>Работа – 122 л.е. (100%)</b>	
Сфера различных услуг (медицина, образование, юриспруденция, сфера услуг, бизнес и т.п.)	25,3
Менеджеры (руководители, администраторы, свой бизнес)	22,3
Бухгалтеры, работники банка	21,3
Не работают	8,4
Работники силовых органов	7,5
Работники производств (завод, вахта, ж/д)	7,6
Инженерно-технические работники	7,6
<b>Количество лет в браке – 125 л.е. (100%)</b>	
8 лет	11,81
5 лет	10,9
4 года	9,09
10 лет	9,09
13 лет	8,18
3 года	7,27
9 лет	7,27
6 лет	7,27
7 лет	6,36
11 лет	4,54
12 лет	3,63
14 лет	3,63
2 года	2,72
15 лет	2,72
1 год, 16 лет, 18 лет, 20 лет	По единичному случаю
<b>Количество браков – 125 л.е. (100%)</b>	
Не замужем	4,8
Первый брак	61,6

Проблемы репродуктивного здоровья – 125 лексических единиц (100%)	Частота встречаемости, %
Гражданский брак	8,0
Гражданский брак (до этого был официальный брак с другим мужчиной)	1,6
Второй брак	20,8
Второй брак (до этого был гражданский брак с другим мужчиной)	1,6
Третий брак	0,8
Четвертый брак	0,8
<b>Дети (беременность, планирование беременности) – 127 л.е. (100%)</b>	
Наличие детей от первого брака	7,1
Преждевременные роды, внематочная беременность	14,2
Аборты	7,9
Замершая беременность	9,4
Суррогатная мать: 3 ребенка своих	2,4
Планирование ребенка:	0,8
0,5 года – 1 чел.	58,3
1,5 года – 1 чел.	
1 год – 3 чел.	
2 года – 9 чел.	
3 года – 9 чел.	
4 года – 13 чел.	
5 лет – 13 чел.	
6 лет – 5 чел.	
7 лет – 3 чел.	
8 лет – 4 чел.	
10 лет – 5 чел.	
12 лет, 15 лет – по 2 человека	

В результате контент-анализа высказываний женщин выделены следующие основные тематические группы, отражающие смысловую направленность переживаний: отношения в родительской семье, отношение к себе, отношение к мужу, психические состояния, состояние здоровья. В табл. 2 представлена частота встречаемости смысловых категорий в высказываниях женщин тематической группы «отношения в родительской семье».

Самый большой процент (см. табл. 2) высказываний женщин тематической группы «отношения в родительской семье» приходится на категории «хорошие отношения» и «мама». В смысловой категории «мама» были выделены следующие подкатегории: «отрицательные характеристики мамы», «мамы нет», «у мамы проблемы», «мама хорошая» и «мачеха». Подкатегория «отрицательные характеристики мамы», которая показывает наибольший процент встречаемости в данной категории, свидетельствует, что у многих женщин выявлен отрицательный образ своей мамы. Участники характеризуют этот образ как «авторитарна», «диктатор», «лидер в семье», «эмоционально не сдержанна», «эмоционально подавляет», «не хватало ласки от мамы», «не хватало внимания от мамы», «нет светлого образа мамы», «у мамы отсутствие веры в дочь», «нет понимания со стороны

мамы», «границы с мамой, нет чувства близости», «тяжелые отношения с мамой», «обида», «опустошенность после общения с мамой», «неэмоциональные отношения с мамой», «мама против ЭКО», «воспитание и любовь получали от бабушки и дедушки», «испытывала в школе унижение из-за мамы».

Т а б л и ц а 2

**Смысловые категории тематической группы «отношения в родительской семье» – 162 лексические единицы (100%)**

Смысловые категории отношения в родительской семье	Частота встречаемости, %	Подкатегории	Частота встречаемости, %
Хорошие отношения	27,7		
Мама	27,7	Отрицательные характеристики мамы	42,2
		Мамы нет	28,8
		Проблемы у мамы	15,5
		Мама хорошая	8,8
		Мачеха	2,2
Папа	20,3	Папы нет	48,5
		Проблемы у папы	21,2
		Отчим	18,2
		Отрицательное отношение к папе	15,5
Развод родителей	11,3		
Плохие отношения в семье	8,6		
Близкие родственники	4,4		

Треть высказываний в данной смысловой категории указывают на отсутствие мамы по различным причинам: естественная смерть, несчастный случай, уход из семьи. В связи с этим женщины переживают чувства долга, обиды, обвинения, недосказанности перед мамой, невысказанные ей эмоции. Женщины указывают на переживание проблем, имеющих у мамы, например: мама – «жертва в семье», «отец бил маму», «у мамы проблемы с алкоголизмом», «мама воспитывала одна», «у мамы были финансовые трудности», «мама в секте», «мама болеет». Также встречаются некоторые немногочисленные высказывания, указывающие на близкие отношения с мамой, что «мама ближе, чем отец».

Категория «папа» представлена следующими подкатегориями (см. табл. 2): «папы нет», «проблемы у папы», «отчим», «отрицательное отношение к отцу». Практически в половине высказываний респондентов, относимых к данной категории, указывается на отсутствие папы по разным причинам: естественная смерть, несчастный случай, уход из семьи. Также отмечаются такие проблемы у папы, как «алкоголизм», «болезнь», «не любит маму», «воспитывал один». Подкатегория «отчим» отражает переживания женщин, что «воспитывал отчим», «отчим бил», «сильно давил», «не любит маму». Отрицательное отношение к папе проявляется в обиде, раз-

дражении, в оценке его как «приходящего папы», разочаровании в нем, напряженности отношений, плохих отношениях, так как «пил и бил всех», страхе, переживании жесткого воспитания, обиде за маму, в том, что «от папы любви не получили, но есть уважение (папу принимаем)».

Категория «развод родителей» включает высказывания, в которых говорится о разводе родителей в определенный период жизни женщин (4 месяца, 3 года, 5, 6, 8, 11, 13, 20 лет, три года назад) по различным причинам, например «отец спивается», «конфликты». Также есть отдельные примеры, что родители в разводе, но продолжают жить вместе, сохраняют хорошие отношения с дочерью.

Категория «плохие отношения» характеризует отношения в родительской семье как «неэмоциональные», «холодные», «двойственные», «конфликтные»; встречаются «непонимание», «отсутствие внимания», «обида на родителей». Высказывания, относимые к категории «родственники», свидетельствуют об определенной значимости родственников в жизни женщин – переживания утраты бабушки, братьев, воспитание и эмоциональное принятие в семье прародителей (бабушка и дедушка), забота и помощь сиблингам, переживание конфликтов с ними.

Таблица 3

**Смысловые категории тематической группы «отношения с мужем» –  
119 лексических единиц (100%)**

Смысловые категории	Частота встречаемости, %
Хорошие отношения	38,5
Отрицательные характеристики мужа	14,6
Отрицательные чувства (страх, одиночество, обида, недоверие, неудовлетворенность)	9,7
Нестабильные отношения (ссоры, конфликты, расставания и т.п.)	7,5
Партнер (нетрадиционная ориентация, гражданский брак, нет партнера, женатый)	6,5
Развод в первом браке	5,6
Безразличие и отсутствие поддержки	4,6
Отдаление / уход мужа в работу	3,7
Наличие ребенка у мужа в первом браке	3,7
Ответственность на женщине	2,8
Сексуальные отношения	2,8

Тематическая группа «отношения с мужем» представлена такими основными смысловыми категориями, как «хорошие отношения», «отрицательные характеристики мужа», «отрицательные чувства», «нестабильные отношения», «партнер», «развод в первом браке», «безразличие и отсутствие поддержки», «отдаление / уход мужа в работу», «ответственность на женщине», «наличие ребенка у мужа в первом браке», «сексуальные отношения». Согласно приведенным в табл. 3 данным наиболее часто встречаемыми характеристиками отношений с мужем является их оценка в качестве хороших отношений. Однако высказывания женщин свидетель-



ствуют также о некоторой неудовлетворенности отношениями с мужем, что проявляется в указании на отрицательные качества мужа, например такие, как «неэмоциональный», «невнимательный», «боится беременности», «муж-ребенок», «тиран», «эмоционально замкнутый», «обижается», «обещает жениться только при условии беременности», «перегибает «палку» в жестокости», «врал, не ценил, не уважал», «взрывной, тяжелый характер». Характеризуя свои отношения с мужем, женщины отмечают у себя переживание таких отрицательных чувств, как «страх разочарования», «неудовлетворенность», «тяжесть от случившихся расставаний», «чувство давления со стороны родственников мужа», «нервозность», «агрессия», «недоверие», «одиночество», «напряженность», «обида», «неуверенность в муже». Некоторые из них указывают на нестабильность в отношениях с мужем, которая проявляется в возникновении «ссор», «конфликтов», «временных расставаний», «обострения отношений из-за настойчивого планирования (муж: «у тебя идея фикс»)). Некоторые из женщин переживают из-за безразличия мужа к программе ЭКО, отсутствия поддержки с его стороны в этом процессе и безразличия к его результатам. Также есть женщины, которых тревожит отдаление / уход мужа, когда он полностью поглощен своей работой, постоянно в командировках и мало внимания и времени уделяет женщине. В качестве партнеров женщины рассматривают в том числе мужчин, живущих с ними в гражданском браке, женатых мужчин, лиц нетрадиционной ориентации, а также указывают на отсутствие партнера. Женщины характеризуют свои состояния в этих случаях как «удовлетворенность», «неуверенность», «нестабильность», «страх рассказать о программе ЭКО». Значимым для некоторых женщин оказалось наличие детей у мужчин в первом браке, к которым по-разному определяются отношения женщин. Также есть женщины, которые в своих отношениях с мужем указывают на высокую степень собственной ответственности, когда все приходится решать и делать самой. Оценка сексуальных отношений, встречаемая в высказываниях женщин не часто, характеризует их у некоторых как регулярные и активные. Редкий секс отмечается в силу обострения отношений из-за настойчивого планирования ЭКО со стороны женщины, частых командировок мужа, возникновения болезней после секса, отсутствия эмоций. Выделена категория высказываний относительно первого брака и изменений в следующем браке. В отношении первого брака женщины часто отмечают его негативные последствия, например: «стала психом», «тянула все на себе и был страх забеременеть», «потеря ребенка и развод из-за этого», «не нравилась модель воспитания у первого мужа – зажимал в рамки», «ушла от первого мужа, так как пил», «на первого мужа чувство агрессии, поменялось отношение ко второму мужу», «муж умер после развода, чем больше времени проходит, тем хуже», «развод был тяжелым», «муж бросил, когда дочери было 10 месяцев».

Выделенная тематическая группировка «отношение к себе» характеризуется основными смысловыми категориями: «негативные эмоциональные характеристики и состояния», «потребность в активности», «неуверенность и низкая самооценка», «чувство долга и ответственности за все» (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

**Смысловые категории тематической группы «отношение к себе» –  
106 лексических единиц (100%)**

Смысловые категории	Частота встречаемости, %
Негативные эмоциональные характеристики и состояния («внутренние напряженные переживания», «страх», «эмоциональность–чувствительность–мнительность»)	49,9
Потребность в активности	20,8
Неуверенность, низкая самооценка	19,8
Чувство долга и ответственности за все	9,5

Смысловая категория «негативные эмоциональные характеристики и состояния» включает высказывания женщин, в которых они, например, отмечают, что «начала себя чувствовать больной», «эмоционально неустойчивая», «мнительная», «чрезмерно чувствительная», «страх быть неудачницей», «страх саму себя подвести», «страх потерь», «страх и чувство, что я подвожу людей, доверяющих мне», «возникает чувство вины», «несобранная», «напряженный внутренний диалог». Потребность в активности отражают следующие высказывания женщин: «я очень активна, страшно сесть дома с ребенком», «я очень энергичная, очень общительная, а дома скучно, не хватает самореализации», «бегу и не успеваю жить», «в последнее время стала другой, хочется больше деятельности», «всем хочу помогать». Далее по частоте встречаемости стоят высказывания, свидетельствующие о неуверенности и сниженной самооценке у некоторых женщин. Также в данной теме выделена особенность женщин, связанная с чрезмерной ответственностью, чувством долга, обязательностью: «у меня синдром отличницы», «все беру на себя», «проще сделать все самой».

В теме «состояние здоровья» были определены следующие основные смысловые категории (табл. 5).

Т а б л и ц а 5

**Категории смысловой группы «состояние здоровья» –  
127 лексические единицы (100%)**

Смысловые категории	Частота встречаемости, %
Негативные психические состояния	58,0
Проблемы с репродуктивным здоровьем	17,5
Соматические проблемы	14,3
Нет физиологических причин, неясны причины бесплодия	10,2

Более половины лексических единиц данной темы относятся к смысловой категории «негативные психические состояния». Женщины характеризуют свои состояния, указывая, например, на апатию, депрессию, эмоциональную усталость, высокую тревожность и нарушения сна, навязчивые мысли о беременности, страхи, панические атаки. Меньший процент встречаемости лексических единиц представлен в категории «проблемы с репродуктивным

здоровьем» – женщины указывают на переживание таких репродуктивных нарушений, как выкидыш, внематочная беременность, удаление трубы, образование кисты, эндометриоз, операции на яичнике, воспалительные процессы, проблема с гемастозом, проблема с месячными, ановуляция. Категория «соматические проблемы» свидетельствует, что некоторые женщины отмечают у себя физическое переутомление, отсутствие сексуального желания, гормональный сбой, эндокринные нарушения, вегетососудистую дистонию, цистит, проблемы с глазами, проблемы с опорно-двигательным аппаратом. Незначительный процент лексических единиц указывает на отсутствие явных физиологических причин, неясность причин бесплодия.

Далее был проведен анализ с помощью критерия хи-квадрата Пирсона для изучения вопроса о том, существуют ли различия в частоте определенных факторов риска у женщин, чье бесплодие обусловлено проблемами собственного репродуктивного здоровья (группа 1), и женщин, бездетность которых обусловлена репродуктивными проблемами партнера (группа 2). Группы не различались по показателям «отношения с родителями» ( $p = 0,374$ ), «отношения с мужем» ( $p = 0,197$ ). В группе женщин с мужским бесплодием выявлено значимо больше детей, в том числе от первых браков, а в группе с женским бесплодием значимо чаще встречается патология беременности ( $p = 0,024$ ), в том числе внематочная беременность, замершая беременность, аборт в анамнезе. Также с помощью критерия Манна–Уитни выявлены значимые различия между этими двумя группами по времени планирования лечения ( $U = 19,0$ ;  $p = 0,028$ ).

Для следующего анализа выборка разделялась по состоянию здоровья на две группы: группа женщин с негативными психическими состояниями и группа женщин с проблемами соматического здоровья. Группы не различались ни по одному из исследованных показателей.

Далее анализировались данные личностной и ситуативной тревожности по Спилбергеру–Ханину с разделением выборки по нескольким показателям. Согласно результатам однофакторного дисперсионного анализа в группе женщин с собственными проблемами в репродуктивной сфере личностная ( $p = 0,028$ ) и ситуативная тревожность ( $p = 0,013$ ) выше, чем в группе женщин с проблемами репродуктивной сферы у их партнеров. В группе женщин с негативными психическими состояниями (по результатам контент-анализа) значимо выше личностная тревожность, чем в группе с соматическими проблемами ( $p = 0,010$ ). Личностная тревожность в группе женщин, имеющих в семье детей, выше, чем в группе женщин, не имеющих детей и планирующих беременность методом ЭКО ( $p = 0,038$ ). Личностная тревожность выше у женщин, указывающих на проблемы во взаимоотношениях с мужем ( $p = 0,028$ ).

### **Обсуждение результатов**

Результаты показали, что в процедуре ЭКО участвуют семьи, страдающие мужским, женским бесплодием, а также бесплодием у обоих.

Наиболее распространёнными причинами женского бесплодия являются следующие проблемы: удалены трубы, непроходимость труб, одна труба и другие проблемы с трубами, а также проблемы с яичниками – истощение, недоразвитие яйцеклетки, один яичник, отсутствует овуляция, образование в яичнике, овуляция раньше срока, нет яйцеклеток, нарушение менструального цикла. Примерно одна пятая причин бесплодия в этих семьях связана с проблемами репродуктивного здоровья у мужчин – бесплодие, иммунная совместимость, слабая активность сперматозоидов, отсутствие сперматозоидов, пониженное содержание сперматозоидов, повышенный пролактин. Время принятия решения об использовании ЭКО в этих семьях сильно различается (от полугода до 15 лет). При этом решение принимается в среднем быстрее, если проблемами репродуктивной сферы страдают мужчины. Большинство женщин в данной выборке имели одну и две попытки ЭКО, а в целом до 5 попыток. В выборке использовали: гомологичные ЭКО, донорство яйцеклетки, спермы и эмбриона, суррогатное материнство. Социально-демографические данные свидетельствуют о том, что большинство женщин имеют работу и, как правило, заняты в сфере различных услуг, занимают позиции менеджеров разных уровней, работают в финансовой сфере, в том числе имеют свое собственное дело. Большинство женщин состоят в первом браке, при этом каждая пятая женщина имеет второй брак, в отдельных случаях – третий и четвертый браки, а также есть женщины, живущие в гражданском браке и в браке не состоящие. У некоторых женщин уже имеются дети, которые указываются как собственные, от другого брака или дети мужа. Диапазон возраста детей от 3 до 19 лет. Встречаются случаи потери (смерть) детей и желание восполнить эту потерю рождением ребенка.

Результаты анализа системы отношений в родительской семье свидетельствуют, что примерно треть женщин отмечают хорошие отношения с родителями. Плохие отношения представлены как неэмоциональные, холодные, двойственные, непонимание, обида на родителей, воспитание вне семьи. Многие женщины указывают на трудности в отношениях с матерью, которую часто воспринимают как авторитарную, неэмоциональную, не понимающую их, имеющую собственные проблемы. Некоторые женщины отмечают переживания, связанные с отсутствием матери по различным причинам, такие как чувство незавершенности, недосказанности, невыраженности ей своих эмоций и чувств. Отношения с отцом чаще характеризуются отрицательной модальностью. Также встречается указание на развод родителей. В большинстве случаев указывается на вынужденные отрицательные причины развода, в отдельных случаях говорится, что развод не помешал хорошим отношениям к дочери.

В отношениях с мужем многие женщины указывают на различные сложности, например, что они не удовлетворены его негативными качествами, испытывают отрицательные чувства, связанные с его отношением, переживают безразличие и отсутствие поддержки, а также что вся ответственность лежит на женщине. Кроме того, отмечались сексуальная неак-

тивность, нестабильность отношений, чрезмерное увлечение мужа работой и одиночество. Меньшая часть женщин характеризуют отношения с мужем как хорошие, гармоничные, сексуально активные.

Выявлены особенности самоотношения женщин: многие переживают негативные эмоциональные состояния, неуверенность в себе; у некоторых повышается чувство долга и ответственности за происходящее с ними и в семье; другие отмечают подъем и желание активности, стремление самореализоваться в определенной деятельности.

В группе женщин с женским бесплодием личностная и ситуативная тревожность оказались более высокими. Личностная тревожность выше у женщин с негативными психическими состояниями, чем у женщин с соматическими проблемами. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения причинно-следственных связей между личностными характеристиками и негативными психическими состояниями и другими факторами риска.

Личностная тревожность выше у женщин, которые указывают на проблемы во взаимоотношениях с мужем. Можно предположить, что в силу собственной тревожности женщины придают различным отношениям с мужем смысл проблемных, трудных, не удовлетворяющих их. Более выраженной тревожностью у женщин, имеющих детей (своих собственных, мужа), может указывать на сложность личных переживаний и системы мотивов беременности, что требует дифференцированного подхода при психологическом сопровождении этой категории женщин при лечении по программе ЭКО.

Полученные данные свидетельствуют о том, что особенности и динамика психических состояний женщин в программе лечения методом ЭКО связаны со следующими факторами, которые могут выступать как изолированно, так и в системе взаимосвязей: особенности переживания причин бесплодия, тип (женский, мужской) проблем репродуктивного здоровья, количество попыток ЭКО, время планирования беременности, негативный опыт отношений в родительской семье, особенно переживание авторитарного и эмоционально холодного отношения со стороны матери, личностные качества женщин, система репродуктивных мотивов, обусловленная особенностями социальной ситуации развития (особенности брака, наличие детей). Выявление взаимосвязей и взаимообусловленности этих факторов, характера их влияния на процесс лечения, течение и исход беременности в случаях внешних репродуктивных технологий требует дальнейшего изучения в лонгитюдных и сравнительных исследованиях на более масштабных выборках респондентов. Полученные данные позволяют осуществлять раннюю диагностику социальных и психологических факторов, затрудняющих процесс лечения бесплодия методами ВРТ, осуществлять психологическую профилактику формирования негативных психических состояний и целенаправленную психологическую помощь в системе лечебных мероприятий в программе ЭКО.

### *Литература*

1. Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., Mouzon J., Ishihara O., Mansour R., Nygren K., Sullivan E. ICMART and WHO Glossary on ART Terminology // *Fertility and Sterility*. 2009. Vol. 92, № 5. P. 1520–1524
2. Жебентяева А.А. Мужское бесплодие // *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. 2008. № 2. С. 1–11.
3. Дементьева Н.О., Бочаров В.В. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» // *Вестник Санкт-Петербургского университета*. 2010. № 1. С. 131–139.
4. Chen T.H., Chang S.P., Tsai C.F., Juang K.D. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic // *Human Reproduction*. 2004. P. 2313–2318.
5. Гарданова Ж.Р. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения и их психотерапевтическая коррекция : автореферат дис. ... д-ра мед. наук / Моск. гос. медико-стоматологический ун-т. М., 2007. 29 с.
6. Петрова Н.Н., Подольхов Е.Н., Гзгзян А.М., Ниаури Д.А. Психические расстройства и личностно-психологические особенности у женщин с бесплодием при лечении ЭКО // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2013. № 2. С. 42–49.
7. Deka P.K., Sarma S.S. Psychological aspects of infertility // *British Journal of Medical Practitioners*. 2010. Vol. 3, № 3. P. 336–338.
8. Sidorenko V., Dunay V., Arinchina N. Some psychological features of persons consisting of barren marriage // *Scientific enquiry in the contemporary world: theoretical basics and innovative approach*. 2012. № 3. P. 93–95.
9. Domar A.D. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients // *Fertility and sterility*. 2004. Vol. 81 (2). P. 271–273.
10. Wright J., Duchesne C., Sabourin S., Bissonnette F., Benoit J., Girard Y. Psychological distress and infertility, men and women respond differently // *Fertility and sterility*. 1991. № 55 (1). P. 100–108.
11. Свяцкевич И.Ю. Социально-психологические аспекты самовосприятия и самооценки женщин в бесплодном браке : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2002. 26 с.
12. Татарчук Т.Ф. Стресс и репродуктивная функция женщин // *Международный эндокринологический журнал*. 2006. № 3. С. 2–9.
13. Lukse M.P., Vacc N.A. Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment // *Obstet and Gynecol*. 1999. № 93 (2). P. 245–251.
14. Demyttenaere K., Bonte L., Gheldof M., Vervaeke M., Meulman C., Vanderschuerem D., D'Hooghe T. Coping style and depression level influence outcome of in vitro fertilization // *Fertil Steril*. 1998. № 68 (6). P. 1026–1033.
15. Иванова А.Р. Медико-психологические особенности женщин во время лечения бесплодия : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 24 с.
16. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство. М. : МЕДпресс, 2001. 592 с.
17. Наку Е.А., Бохан Т.Г., Ульянич А.Л., Шабаловская М.В., Тосто М.Г., Терехина О.В., Ковас Ю.В. Психологические характеристики женщин, проходящих лечение по программе ЭКО // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2016. Т. 15, № 6. С. 23–30. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-6-23-30.
18. Смирнова Д.А. Ценностно-смысловой ракурс в структуре клинического интервью психотерапевтической практики (психолингвистическое исследование невротических депрессий) // *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. 2010. № 3. С. 434–438.

19. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л. : ЛНИИФК, 1976. 18 с.  
20. Микиртумов Б.Е. Лексика психопатологии. СПб., 2004. 208 с.

*Поступила в редакцию 06.12.2016 г.; повторно 15.01.2017 г.; принята 10.02.2017 г.*

**Сведения об авторах:**

**НАКУ Елена Анатольевна**, перинатальный психолог, Центр семейного здоровья для мам и пап «Ждем аиста» (Новосибирск, Россия). E-mail: elenaegf52@mail.ru

**КОВАС Юлия Владимировна**, доктор философии, профессор, зав. лабораторией когнитивных исследований и психогенетики Томского государственного университета (Томск, Россия), профессор факультета психологии; Голдсмитс, Университет Лондона (Лондон, Великобритания). E-mail: y.kovas@gold.ac.uk

**БОХАН Татьяна Геннадьевна**, доктор психологических наук, доцент, заведующая кафедрой психотерапии и психологического консультирования Томского государственного университета (Томск, Россия). E-mail: btg960@sibmail.com

**ТЕРЕХИНА Ольга Владимировна**, аспирант кафедры психотерапии и психологического консультирования Томского государственного университета (Томск, Россия). E-mail: doterekhina@mail.ru

**ВИДЯКИНА Тамара Андреевна**, студент факультета психологии Томского государственного университета (Томск, Россия). E-mail: tatym@sibmail.com

**FACTORS OF NEGATIVE PSYCHO-EMOTIONAL STATES AMONG WOMEN UNDERGOING IVF TREATMENT**

*Siberian journal of psychology*, 2017, 63, 119–135. DOI: 10.17223/17267080/63/9

**Naku Elena A.**, Family Health Center for mothers and fathers «Waiting for the Stork» (Novosibirsk, Russian Federation). E-mail: elenaegf52@mail.ru

**Kovas Yulia**, Tomsk State University (Tomsk, Russian Federation); Goldsmiths, University of London (London, UK). E-mail: y.kovas@gold.ac.uk

**Bokhan Tatyana G., Terekhina Olga V., Vidyakina Tamara A.**, Tomsk State University (Tomsk, Russian Federation). E-mail: btg960@sibmail.com; doterekhina@mail.ru; tatym@sibmail.com

**Keywords:** infertility; in vitro fertilization; mental status; clinical-psychological interview; socio-demographic characteristics; factors of mental states.

The article presents the results of a study of clinical and psychological factors of mental and emotional states among women (N=127) with the extracorporeal fertilization (IVF) treatment. There are analyzed data from clinical interviews (type of infertility (female, male), cause of infertility, the planning time of pregnancy, number of attempts and the kind of IVF experiences of relationships in the parent family and with husband, self-relationship and health) and socio-demographic indicators (nature of work, type of marriage and number of marriages, the availability and scheduling of children). There are analyzed the relationship of these indicators with personal and situational anxiety. In the group among women with a female infertility a personal and situational anxiety were higher. Personal anxiety is higher among women with negative mental states (apathy, depression, emotional fatigue, high anxiety, and sleep disturbance, obsessive thoughts about pregnancy, fears, panic attacks), than among women with somatic problems (physical fatigue, lack of sexual desire, hormonal imbalance, endocrine disorders, vascular dystonia, cystitis, eye problems, problems with the musculoskeletal system). There is a need in further research to clarify causal relationships between personal characteristics and negative mental states, and other risk factors, such as problems in the relationship. Personal anxiety is higher among women who indicated relationship problems with their husbands. More severe anxiety among women with children (their own, husband's) can indicate the complexity of personal experiences and the system of mo-

tives of pregnancy that requires a differentiated approach in the psychological support to this category of women with the treatment on the IVF program.

The obtained data testify that the characteristics and dynamics of the mental states among women in the program of IVF treatment can be associated with the causes of infertility; negative experience of relationships in the parent family, especially the authoritarian and emotionally cold relationship with the mother; the personal qualities among women, the nature of the dominant reproductive motives, which in turn are connected with the peculiarities of the social situation (marriage, children); the time of pregnancy planning, which may be due to the type (female, male) reproductive health problems and the number of IVF attempts. The identification of the relationships and interdependency of these factors, the nature of their impact on the treatment process, the course and outcome of pregnancy in cases of external reproductive technologies need further study in longitudinal and comparative studies on larger samples of respondents.

The obtained data allow: to carry out early diagnostics of social and psychological factors that impede the process of infertility treatment methods of assisted reproduction; to carry out psychological prevention of the formation of negative mental states and targeted psychological assistance in medical treatment with the IVF program.

### *References*

1. Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K. & Sullivan, E. (2009) ICMART and WHO Glossary on ART Terminology. *Fertility and Sterility*. 92(5).
2. Zhebentyaeva, A.A. (2008) Muzhskoe besplodie [Male infertility]. *Vestnik Vitebskogo gos. med. un-ta – Vestnik of Vitebsk State Medical University*. 2. pp. 1–11.
3. Dementieva, N.O. & Bocharov, V.V. (2010) Psikhologicheskie aspekty issledovaniya zhenskogo besplodiya “neyasnoy etiologii” [Psychological aspects of the study of female infertility of “unclear etiology”]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta – Vestnik of Saint Petersburg University*. 1. pp. 131–139.
4. Chen, T.H., Chang, S.P., Tsai, C.F. & Juang, K.D. (2004) Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*. 19(10) pp. 2313–2318.
5. Gardanova, Zh.R. (2007) *Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva u zhenshchin s besplodiem v programme ekstrakorporal'nogo oplodotvoreniya i ikh psikhoterapevticheskaya korrektsiya* [Borderline mental disorders in women with infertility in the program of extracorporeal fertilization and their psychotherapeutic correction]. Abstract of Medicine Dr. Diss. Moscow.
6. Petrova, N.N., Podolkhov, E.N., Gzgzyan, A.M. & Niauri, D.A. (2013) Mental disorders and psychological characteristics of infertile women being treated with in vitro fertilization. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii – V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2. pp. 42–49. (In Russian).
7. Deka, R.K. & Sarma, S.S. (2010) Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*. 3(3). pp. 336–338.
8. Sidorenko, V., Dunay, V. & Arinchina, N. (2012) Some psychological features of persons consisting of barren marriage. *Scientific enquiry in the contemporary world: theoretical basis and innovative approach*. 3. pp. 93–95.
9. Domar, A.D. (2004) Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility*. 81(2). pp. 271–273. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2003.08.013
10. Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J. & Girard, Y. (1991) Psychological distress and infertility, men and women respond differently. *Fertility and Sterility*. 55(1). pp. 100–108. DOI: 10.1016/S0015-0282(16)54067-9
11. Svyatskevich, I.Yu. (2002) *Sotsial'no-psikhologicheskie aspekty samovospriyatiya i sa-mootsenki zhenshchin v besplodnom brake* [Socio-psychological aspects of self-



- perception and self-esteem of women in a sterile marriage]. Abstract of Psychology Cand. Diss. Yaroslavl.
12. Tatarchuk, T.F. (2006) Stress i reproduktivnaya funktsiya zhenshchin [Stress and reproductive function of women]. *Mezhdunarodnyy endokrinologicheskij zhurnal – International Journal of Endocrinology*. 3. pp. 2–9.
  13. Lukse, M.P. & Vacc, N.A. (1999) Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetrics and Gynecology*. 93(2). pp. 245–251.
  14. Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meulman, C., Vanderschuerem, D. & D'Hooghe, T. (1998) Coping style and depression level influence outcome of in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*. 68(6). pp. 1026–1033. DOI: 10.1016/S0015-0282(98)00089-2
  15. Ivanova, A.R. (2010) *Mediko-psikhologicheskie osobennosti zhenshchin vo vremya lecheniya besplodiya* [Medical and psychological characteristics of women during the infertility treatment]. Abstract of Medicine Cand. Diss. Moscow.
  16. Mendelevich, V.D. (2001) *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: prakticheskoe rukovodstvo* [Clinical and medical psychology: A Practical Guide]. Moscow: MEDpress.
  17. Naku, E.A., Bokhan, T.G., Ulyanich, A.L., Shabalovskaya, M.V., Tosto, M.G., Terekhina, O.V. & Kovas, Yu.V. (2016) Psikhologicheskie kharakteristiki zhenshchin, prokhodyashchikh lechenie po programme EKO [Psychological characteristics of women undergoing IVF treatment]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 15(6). pp. 23–30. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-6-23-30
  18. Smirnova, D.A. (2010) Tsennostno-smyslovoy rakurs v strukture klinicheskogo interv'yuu psikhoterapevticheskoy praktiki (psikholingvisticheskoe issledovanie nevrotycheskikh depressiy) [Axiological and semantic perspective in the structure of clinical interview of psychotherapeutic practice (a psycholinguistic study of neurotic depressions)]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiyskoy akademii nauk – Proceedings of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*. 3. pp. 434–438.
  19. Khanin, Yu.L. (1976) *Kratkoe rukovodstvo k shkale reaktivnoy i lichnostnoy trevozhnosti Ch.D. Spielbergera* [A short guide to Ch.D. Spielberger's scale of reactive and personal anxiety]. Leningrad: LNIFK.
  20. Mikirtumov, B.E. (2004) *Leksika psikhopatologii* [Vocabulary of psychopathology]. St. Petersburg: Rech'.

Received 06.12.2016;

Revised 15.01.2017;

Accepted 10.02.2017