

УДК 159.964.3

DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.2.13>**О. В. Королович**психолог PhD, перинатальний психотерапевт,
арттерапевт, сертифікований системно-сімейний терапевт

СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПСИХОГЕННОГО БЕЗПЛІДДЯ: НАПРЯМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ

Стаття присвячена проблемі виникнення та розвитку психогенного безпліддя. Психогенне безпліддя, або безпліддя неясного ґенезу – одна з найскладніших теоретичних проблем сучасної медицини, а також перинатальної, медичної психології та психології сім'ї. У психології виділяють такі детермінанти психогенного безпліддя, як: конфліктне дитинство (некерована сексуальна поведінка батьків, насилля тощо), соціальні фактори сім'ї, наприклад негативні взаємовідносини; страх перед вагітністю, пологами та материнством; протиріччя між професійними та сімейними мотивами; хронічний стрес; синдром очікуваної вагітності; психологічні особливості жінок тощо. Але в цього діагнозу є також глибинні причини та глибинні наслідки. Описано основний симптомокомплекс цього діагнозу, що проявляється на фізичному, емоційному, соціальному та ментальному рівнях. Перший і головний симптомокомплекс – це напруження: фізичне напруження, що проявляється як гіпертонус м'язів, особливо м'язів репродуктивної сфери, порушення гормональних процесів; емоційне напруження: стрес, злість, вина, синдром очікування вагітності тощо; ментальне напруження – наявність нав'язливих думок про вагітність і дитину; соціальне напруження: конфліктність, деструктивність відносин, брак професійної та життєвої соціалізації. Напруження як комплексне явище, у свою чергу, відбивається на всіх сферах життя жінки: на сексуальній, професійній, сфері відносин із чоловіком і батьками. У статті також описано інші симптомокомплекси, такі як: деструкція сімейної системи, порушення формування материнської домінанти, відсутність сформованої психологічної готовності до материнства тощо. І насамкінець у статті аналізується характер самопрояву жінки з діагнозом психогенного безпліддя. Перспективами подальших розвідок буде конкретизування ефективних методів діагностики для визначення факторів психогенного безпліддя та основних методів терапії ментальної, емоційної, мотиваційно-потребової, ціннісної, духовної та соціальної сфер жінок, яким поставлено цей діагноз.

Ключові слова: безпліддя, психогенне безпліддя, безпліддя неясного походження, психічне напруження, емоційне напруження, гормональна дисфункція, симптоми психогенного безпліддя.

Постановка проблеми. За даними МОЗ України, з 12,3 млн жінок репродуктивного віку близько 1 млн жінок мають діагноз «безпліддя». Відсоток «безпліддя неясного походження» або «психогенного безпліддя» із загальної кількості жінок, які не мають можливості завагітніти, становить 15–20 %. Інакше кажучи, кожна п'ята безплідна жінка не може зачати не за медичними причинами, не через функціональні порушення репродуктивної сфери, а за низкою інших причин, що беруть початок у психіці жінки.

З приводу походження симптомів та явищ, що об'єднуються діагнозом «безпліддя неясного ґенезу», у психології дуже мало об'єктивних обґрунтованих теорій і досліджень.

Проблемою материнства займалися такі зарубіжні та вітчизняні дослідники, як: Р. Балзам, Г.Г. Філіппова, Д.В. Віннікот, В.О. Рамі, Н.О. Чичеріна, Р.В. Овчарова, С.Ю. Мещарікова, А.А. Піскопель, Л.Б. Шнейдер, Г.Я. Варга, В.І. Брутман, І.Ю. Хамітова та інші.

І.А. Аршавський вивчав особливості формування материнської домінанти. Д.Л. Розенелд та Е. Мітчелл визначили етапи емоційного реагу-

вання на безплідність: здивування, горе, злість, ізоляція, заперечення, згода.

К.Л. Мак-Еван досліджував ситуації, в яких у безплідних жінок можуть виникнути психічні розлади.

В. Сатир, М. Бовен, С. Мінухін вивчали особливості сімейних систем і взаємодій пар, у яких проявляється симптомокомплекс психогенного безпліддя.

Г. Дойч описала психологічні особливості та типи жінок, які страждають або схильні до психогенного безпліддя.

Г.Г. Філіппова визначила етапність формування материнської сфери і описала їхній зв'язок із порушенням репродуктивних функцій жінок.

Але проблема того, що і якими методами діагностувати в симптомокомплексі психогенного безпліддя для визначення адекватних психотерапевтичних впливів досі залишається актуальною та невивченою, попри велику кількість намагань дослідників скласти теоретичну та практичну базу діагностики та терапії комплексу симптомів психогенного безпліддя.

Мета статті – описати основний симптомокомплекс психогенного безпліддя для визначення

напрямів діагностики та терапії, що базується на багатолітньому психотерапевтичному досвіді автора статті.

Виклад основного матеріалу. Дослідники виділяють такі детермінанти психогенного безпліддя, як: конфліктне дитинство (некерована сексуальна поведінка батьків, насилля тощо), соціальні фактори сім'ї, наприклад негативні взаємовідносини; страх перед вагітністю, пологами та материнством; протиріччя між професійними та сімейними мотивами; хронічний стрес; синдром очікуваної вагітності; психологічні особливості жінок. Наприклад, Г. Дойч описує такі [1]:

1) жінки-діти: незрілі, чутливі, розбірливі жінки, по-дитячому вередливі щодо чоловіка, схильні до функціональних розладів;

2) агресивно-домінуючі жінки, що не визнають свою жіночність;

3) жінки-матері свого чоловіка, що присвячують своє життя чоловіку повністю;

4) жінки, що присвятили своє життя ідейним або іншим інтересам.

Г.Г. Філіппова [10] на основі власних досліджень робить такий висновок: «Якщо реалізація репродуктивної функції вступає в конфлікт із задоволенням будь-яких інших потреб жінки, то виникають підстави для формування психосоматичних механізмів психологічної захисту, метою яких стає репродуктивна система, що може сприяти формуванню низки порушень її функціонування, зокрема безпліддя».

У психосоматиці виділяють також такі причини психогенного безпліддя: страх вагітності та/або материнства; батьківські установки (система табу); синдром мертвої матері, що виділив психоаналітик А. Грін (гострий стан горя втрати дитини, зокрема ненародженої); жінка відчуває себе багатодітною матір'ю власних батьків, прабаб'яків та інших родичів; негативний досвід інших поколінь (смерть при пологах, втрата дітей батьками тощо).

У психоаналізі виділяються такі детермінанти, як підсвідома або свідомо ненависть жінки до себе, глибинна образа та ненависть до чоловіків (або чоловіка), конфліктні та фрустровані відносини з матір'ю.

Можна сказати, що дослідники виділяють безліч детермінантів психогенного безпліддя, але в них немає цілісності, системи, натомість є вторинність щодо явищ, що дійсно породжують схильність до психогенного безпліддя. Тобто те, що дослідники приймають за причини, часто є джерелом психогенного безпліддя і навпаки. Тому нашим завданням є систематизація усіх проявів і симптомів на основі власного психотерапевтичного досвіду роботи з психогенним безпліддям.

Якщо говорити про психогенне безпліддя, воно розвивається і викликає порушення на всіх рівнях життєдіяльності жінки: і на психічному, і на емоційному, і на фізичному, і на соціальному.

Завжди, коли йдеться про якийсь деструктивний процес, ми спостерігаємо і говоримо про напругу.

На фізичному рівні в жінок із діагнозом «безпліддя неясного походження» спостерігаються гіпертонус м'язів усього тіла, особливо м'язів репродуктивної сфери, порушення дихання, яке характеризується посиленою частотою і поверховістю, порушення сну (безсоння, подовження або скорочення фаз довгого/короткого режимів сну), психосоматичні явища і захворювання; порушення менструального циклу; зниження лібідо; хронічний стрес і т.д.

На рівні психіки ми спостерігаємо порушення роботи симпатичних і парасимпатичних відділів ЦНС, коли симпатичний відділ у режимі інтенсивної роботи, а робота парасимпатичного відділу мінімізована.

Ментальна напруга проявляється в неконструктивних глибинних переживаннях, у появі нав'язливих думок про зачаття, нав'язливих ідей про необхідність завагітніти і народити дитину.

Здорова жінка, зі сформованої материнської домінантою, психологічно готова запросити у своє життя малюка і відкрита до всіх процесів, пов'язаних із зачаттям, вагітністю, пологами, вихованням і вирощуванням дитини, тобто в цьому випадку дитина в цих процесах наділена суб'єктивністю, тобто є суб'єктом – активним учасником усіх цих процесів.

Одне з визначень суб'єктивності, що належить С.Л. Рубінштейну, говорить про те, що це поняття відображує здатність людини впливати на навколишній світ і людей, змінювати і творчо перетворювати їх. У жінок із психогенним безпліддям дитина виступає скоріше об'єктом, набуття якого робить можливим зняття ментального, емоційного, психічного і фізичного напруження і тільки. Дитина є втіленням виконанням бажання; тим, що жінка хоче отримати будь-що-будь; нав'язливою метою.

З погляду психотерапії та психоаналізу, коли йдеться про мотивацію, цілепокладання, про завдання, їхнє вирішення і способи досягти цілей, то йдеться про жіночу глибинну частину, про Внутрішнього Чоловіка. Поставити мету, вирішити завдання, спланувати дії для досягнення мети – усе це чоловічі стратегії поведінки. Жіночі ж стратегії, прояв внутрішньої жіночої частини нашої психіки – це «я відкрита, я наповнена, в мене є чим поділитися з майбутньою дитиною, і тому я готова, я запрошую і чекаю дитину, я приймаю всі процеси, пов'язані з цим».

Моя багатолітня психотерапевтична практика дає мені змогу стверджувати, що в жінок із психогенним безпліддям унаслідок причин різного характеру внутрішня чоловіча частина проявлена більше, ніж внутрішня жіноча. Це і лежить в основі

цього симптомокомплексу та того, що дитина виступає самоціллю, об'єктом, ідеєю; неможливість реалізувати або досягти її викликає сильну ментальну напругу в жінок із психогенним безпліддям.

Наступне, що спостерігається в жінок із таким діагнозом, – це порушення афективної сфери та низький рівень розвитку емоційного інтелекту.

По-перше, неможливість завагітніти викликає масу емоцій, з якими жінка не може впоратися і які з часом проявляються все більше і все більше накопичуються у вигляді фізичного напруження і психосоматичних проявів: сором і вина через неможливість бути «нормальною», виконати жіноче призначення; злість на себе і партнера; зниження почуття самоцінності; спотворене самоприйняття або неприйняття себе і свого тіла; зниження лібідо, рідкість або відсутність оргазму; емоційне вигорання, яке проявляється у зниженій інтенсивності емоцій або в повній відсутності емоційного реагування; афективні спалахи і т.д.

Що стосується емоційного інтелекту взагалі, то жінки з діагнозом «психогенне безпліддя» мають масу табу на проживання емоцій, особливо злості; вони погано диференціюють власні емоційні стани, не вмюють ні висловлювати свої почуття адекватно, ні говорити про них, ні проживати конструктивно. Все вищеописане викликає дуже сильне емоційне напруження, стан хронічного стресу, неможливості розслабитися і в кінцевому підсумку зачати дитину.

Напруга проявляється також і в соціальному житті жінки, а саме: у шлюбі, кар'єрі, відносинах з іншими людьми, особливо з близькими.

Постійний стрес, нав'язлива ідея зачати і народити дитину не дають жінці самоактуалізуватися, проявитися, досягти успіху в інших соціальних ролях.

У взаєминах із партнером найчастіше діагностуються деструктивні моделі відносин: жертва – агресор, батько – дитина та інші. У таких парах узагалі не йдеться про зрілі партнерські взаємини. Конфлікти, звинувачення одне одного, тиск із боку партнера або інших близьких людей, перекладання відповідальності, а в результаті постійно зростаюче напруження від неможливості зачати дитину і, за статистичними даними, у 70 % пар 0 розлучення.

У відносинах із батьками, особливо з матір'ю, також діагностуються порушення. Можна говорити про біографічну психотравматизацію жінок, що страждають психогенним безпліддям. Це завжди порушені відносини з матір'ю на тому чи іншому етапі психоемоційного розвитку, і як результат – порушення розвитку як внутрішньої жіночої частини, так і материнської сфери в жінок.

Ідеться про різні процеси, що впливають на розвиток материнської домінанти дівчинки і жінки. Це й особливості внутрішньоутробного розвитку, порушення протікання пренатального і неонатального періодів; це й порушення емоційної прихильності матері (чи батька) до дівчинки в ранньому віці; це й порушення материнства як конструкту в сімейній системі, коли в декількох поколіннях жінок роду спостерігаються різного характеру порушення розвитку та протікання материнства; порушення формування материнської домінанти

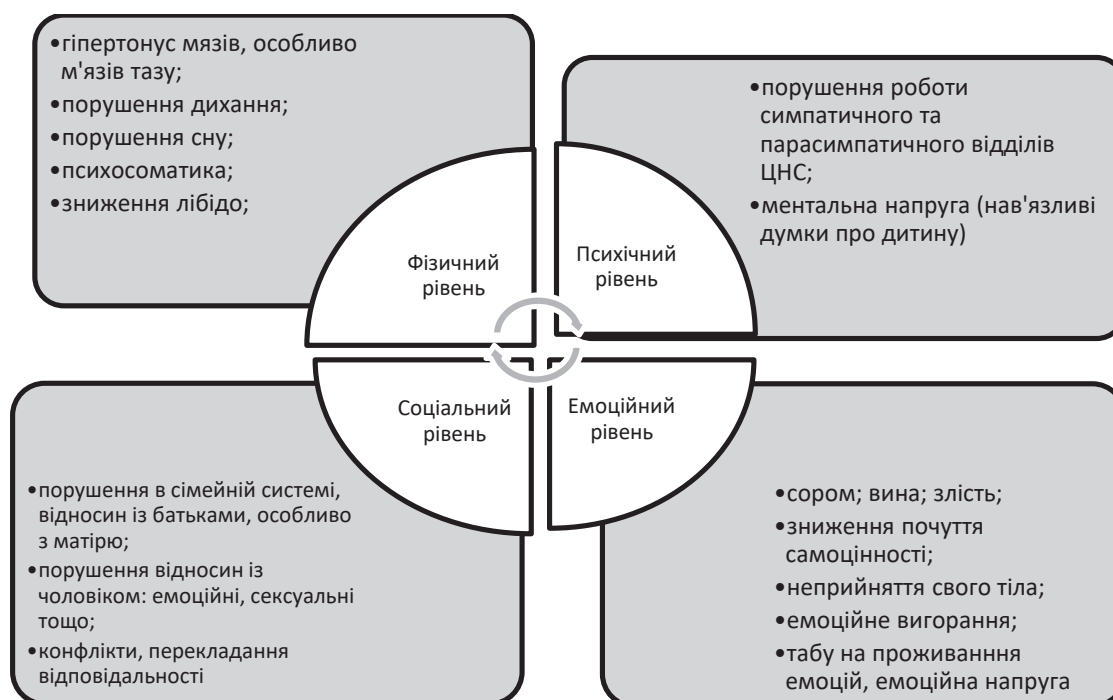


Рис. 1. Симптомокомплекс психогенного безпліддя

в онтогенезі, які, за Г.Г. Філіпповою, має кілька основних етапів: взаємодія з матір'ю на ранніх стадіях розвитку, розвиток материнської сфери в ігровій діяльності, нянчення братів/сестер і т.д.

Тобто якщо сумувати все вищесказане, психогенне безпліддя бере своє джерело в усіх сферах життя жінки та є джерелом напруження в них. Ми говоримо про взаємообумовленість симптомів, що представлено на рис. 1; про взаємообумовленість, що бере свій початок, розвивається та проявляється як комплекс симптомів, в якому кожен елемент є і джерелом, і причиною, і наслідком інших. Це система, в якому кожен елемент взаємопов'язаний із іншими, тож як діагностичні, так і психотерапевтичні завдання роботи з цим діагнозом також повинні бути системними.

Висновки. Отже, ми визначили основний симптомокомплекс жінок, що мають діагноз «психогенне безпліддя». Він проявляється на фізичному, фізіологічному, ментальному, емоційному і соціальному рівнях життєдіяльності жінки у вигляді напруги і дисфункцій. Для успішної терапії психогенного безпліддя необхідний психотерапевтичний вплив на всі названі рівні. Лікування повинно бути спрямоване не тільки на відновлення функцій усіх систем організму, не тільки репродуктивної, а й нервової, ендокринної, травної систем, але також і на подолання дисфункцій у сімейній системі, на подолання наслідків порушень формування материнської доміанти, на формування емоційного інтелекту, на розвиток внутрішньої жіночої частини жінки. У подальших дослідженнях ми опишемо ефективні методи діагностики для визначення факторів психогенного безпліддя та основні методи терапії ментальної, емоційної, мотиваційно-потребової, ціннісної, духовної й соціальної сфер жінок, яким поставлений цей діагноз.

Література:

1. Дойч Х. Психодинамічний аналіз жіночих сексуальних функцій. Іжевск : Эрго, 2013. 108 с.

2. Королович О.В. Детермінанти психогенного безпліддя: глибинний погляд на проблему. *Psychological journal*. 2018. № 8 (18). С. 86–75.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособие. 6-е изд. Москва : МЕДпресс информ, 2008. 432 с.
4. Наумич (Королович) О.В. Как сделать ребенка счастливым: Руководство для родителей: как зачать, выносить и родить счастливого ребенка. Київ : Варта, 2007. 192 с.
5. Наумич (Королович) О.В. Взаємозв'язок між особистісною тривожністю жінки та її вагітністю. *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Психологічні науки*. Київ, 2007.
6. Наумич (Королович) О.В. Фактори, які впливають на психологічну готовність до материнства. *Наукові праці МАУП. Психологія*. Київ : МАУП, 2007.
7. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / пер. с англ. Е.И. Замфир под ред. проф. М.М. Решетникова. Санкт-Петербург : совместное издание Восточно-Европейского института психоанализа и Б.С.К., 1997. 206 с.
8. Репродуктивне здоров'я українських жінок – 2014. Попередній звіт. Київ : Київський міжнародний інститут соціології, Центри з контролю та профілактики захворювань (США), березень 2015 р.
9. Федорова Т.А. Клиника, диагностика и лечение «необъяснимого» бесплодия у женщин : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 1986. 24 с.
10. Филиппова Г.Г. О нарушениях репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы. *Журнал практического психолога. Тем. вып.: Перинатальная психология и психология родительства*. 2003. № 4–5. С. 83–108.
11. Cox L.W: Infertility: A Comprehensive Programme // *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1975. Vol. 82. P. 2-6.
12. Entre Nous (Европейський журнал по сексуальному і репродуктивному здоров'ю). 2006. № 63. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/73955/en63r.pdf.

Korolovych O. V. Symptom complex of psychogenic infertility: ways of diagnosis and treatment

This article is dedicated to the problem of psychogenic infertility origins and development. Psychogenic infertility, aka infertility of unknown origin, is one of the most challenging theoretical problems of modern medicine as well as perinatal, clinical and family psychology. Psychology recognizes the following determinants of psychogenic infertility: troubled childhood (uncontrolled sexual behavior of parents, violence etc.), family social factors e.g. negative relationships; fear of pregnancy, giving birth and motherhood; conflict between career and family motives; constant stress; false pregnancy syndrome; specific psychological traits of women etc. However, this issue also has underlying causes and major consequences. The article describes the main symptom complex of the condition, which manifests itself on physical, emotional, social and mental levels. The first and most significant symptom complex is stress: physical stress through muscle hypertonia, especially in muscles of reproductive system, hormonal dysfunction; emotional stress through tension, anger, guilt, false pregnancy syndrome etc.; mental stress through pregnancy and childbirth obsession; social stress through conflicts, toxic relationships, lack of professional and personal socialization. In turn, stress as a complex phenomenon impacts all aspects of a woman's life, including sexual and professional, as well as her relationships with husband and parents. The article also describes other symptom complexes, such as destruction of a family

system, failure to form a maternal dominant, lack of developed psychological preparedness to motherhood etc. Finally, the authors analyze self-expression of a woman diagnosed with psychogenic infertility. Prospects for further research will be to specify the methods of diagnosis for determining the factors of psychogenic infertility and the basic methods of therapy of the mental, emotional, motivational, need, value, spiritual and social spheres of women who are diagnosed with it.

Key words: *infertility, psychogenic infertility, infertility of unknown origin, psychological stress, emotional stress, hormonal dysfunction, symptoms of psychogenic infertility.*