

8. Холмогорова, А.Б. Копинг-стратегии и эмоциональная дезадаптация у студентов с чертами пограничного расстройства личности /А.Б. Холмогорова, И.Д. Климова // Консультативная психология и психотерапия. – Москва, 2014.№ 2. – С. 153-167.

Карголь И.В.

Kargol I. V.

НИУ «БелГУ», г. Белгород, Российская Федерация
Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО «СТРЕССОМ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ» У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

COPING WITH STRESS OF INFERTILITY OF INFERTILE WOMEN

Аннотация. Данная статья посвящена изучению воздействия «стресса infertility» на женщин, страдающих бесплодием. В статье изложены результаты изучения стратегий совладания пациенток с бесплодием. Женщины с разным уровнем выраженности тревожно-депрессивной симптоматики используют различные стратегии совладания.

Ключевые слова: infertility, совладающее поведение, «стресс infertility», стратегии совладания.

Annotation: This article focuses on studying the impact of infertility stress on the woman. The article presents the results of research on coping with infertility. Woman with the different levels of anxiety and depression has different coping strategies.

Keywords: infertility, coping, infertility stress, coping strategies.

Начиная с середины 70-х, исследователи в области психического здоровья активно изучают взаимовлияния психологических факторов на репродуктивную сферу женщин [1; 2; 3; 10]. В частности, определено, что опыт бесплодия – достаточно стрессовый для женщины [5; 7; 11]. Источниками этого стресса, являются физически и эмоционально тяжелые медицинские процедуры, взаимоотношения с медицинским персоналом, а также внутренние переживания и семейные отношения [8].

Однако бесплодие не только широко рассматривается как неконтролируемый, хронический стресс, но и как жизненный кризис [13]. Бесплодие препятствует приобретению генеративности, т.е. интереса к следующему поколению и его воспитанию, проявляемому в продуктивности и созидательности, т.е. саморазвитии [4]. В случае бесплодия возникает дисбаланс между линией самоопределения и линией воспитания потомства, который приводит к стрессу и жизненному кризису.

Изучая семейный контекст, выявлено, что у женщин обнаруживаются более высокие уровни стресса инфертильности по сравнению с мужчинами [7]. Кроме того, женщины испытывают, более тяжелую депрессивную симптоматику, по сравнению с мужчинами. В свою очередь, депрессия одного из супругов является довольно мощным стрессором, оказывающим влияние, как на самого носителя симптома, так и на супруга и семейную систему в целом, снижая результативность лечения бесплодия [12].

В целях исследования особенностей копинг-стратегий женщин страдающих бесплодием, мы провели исследование группы пациенток, проходящих лечение от бесплодия в возрасте от 20 до 46 лет в количестве 139 человек. Был проведен сравнительный анализ данных, полученных по методике "COPE" в адаптации Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина, данные представлены в таблице 1. К сравнению принимались подгруппы, выделенные с помощью кластерного анализа, основанием деления являлись выраженность тревожно-депрессивной симптоматики по результатам опросника депрессивности А. Векс, опросника тревоги А. Векс. 1 подгруппа

(61 человек) включает женщин, у которых умеренно выражена тревожно-депрессивная симптоматика. 2 подгруппу (39 человек) составили пациентки, с отсутствием тревожно-депрессивной симптоматики. В 3 подгруппу (39 человек) вошли пациентки, у которых тревожно-депрессивная симптоматика достигает критического уровня.

Таблица 1

Особенности совладания со стрессом infertility у пациенток с бесплодием (COPE, адаптация Т.О. Гордеевой и др., 2010)

| COPE | 1 подгруппа | | 2 подгруппа | | 3 подгруппа | |
|--|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| | М | Mann-Whitney U | М | Mann-Whitney U | М | Mann-Whitney U |
| 1.Позитивное переформулирование | 11,5 | 89,5 | 16* | 103 | 10,9* | 114 |
| 2.Мысленный уход от проблемы | 9,5 | 105 | 10 | 114 | 9,8 | 180 |
| 3.Концентрация на эмоциях и их выражение | 12,8** | 58,5 | 10,7 | 108,5 | 11,5 | 180 |
| 4.Инструментальная социальная поддержка | 12,9 | 62 | 9,8** | 64,5 | 13,7 | 151,5 |
| 5.Активное совладание | 15,5 | 90,5 | 13 | 99 | 14,8 | 145,5 |
| 6.Отрицание | 7** | 48,5 | 9,6 | 1360 | 8,1 | 80,5 |
| 7.Обращение к религии | 13,5 | 93 | 13,3 | 124,5 | 10,7 | 108 |
| 8.Юмор | 7,6 | 102 | 8 | 146 | 7,2 | 123 |
| 9.Поведенческий уход от проблемы | 6** | 18,5 | 9,7 | 130 | 7,8* | 60,5 |
| 10.Сдерживание совладания | 12 | 117,5 | 11 | 135 | 10,4 | 88 |
| 11.Эмоциональная социальная поддержка | 12 | 98,5 | 11 | 136,5 | 12,7 | 130 |
| 12.Использование «успокоительных» | 6,3 | 90,5 | 7 | 166,5 | 6,8 | 107,5 |
| 13.Принятие | 8* | 73,5 | 10,7 | 164,5 | 10,3** | 64,5 |
| 14.Подавление конкурирующей деятельности | 10 | 123 | 10,5 | 131 | 12,5* | 62 |
| 15.Планирование | 15 | 78 | 11,3 | 119 | 14,4 | 118,5 |

Примечание: М (mean) – среднее; ** – различия достоверны, $p < 0,01$ (критерий Манна–Уитни); * – различия достоверны, $p < 0,05$ (критерий Манна–Уитни).

Для пациенток нашей выборки ведущими явились проблемно-ориентированные копинг-стратегии. Среди них наиболее популярные стратегии: активное совладание и планирование, в меньшей степени

сдерживание совладания. Женщины, находящиеся в процессе лечения от бесплодия предпринимают активные действия с целью предотвратить, уйти от влияния стрессора или изменить (улучшить) его воздействие. Женщины, страдающие бесплодием, прилагают максимум усилий к тому, чтобы забеременеть. Они обдумывают и осознают то, как преодолеть влияние стрессора, например, изучают литературу, различные форумы, расспрашивают знакомых, имеющих схожий опыт. Планируют то, какие шаги следует предпринять и как лучше всего справиться с проблемой бесплодия. Также пациентки используют сдерживающий копинг, т.е. они сосредоточены на эффективном разрешении стрессовой ситуации, при этом ожидают подходящего момента для решительных действий. На наш взгляд, эта совладающая стратегия вызвана самой ситуацией лечения от бесплодия. Поскольку различные этапы лечения требуют от пациенток разной степени активности.

Наряду с проблемно-ориентированными копинг стратегиями пациентки широко применяют эмоционально-ориентированные стратегии. Наиболее предпочитаемыми среди них являются: обращение к религии и эмоциональная социальная поддержка. В стрессовой ситуации бесплодия женщины часто обращаются к религии, т.к. вера для них служит источником эмоциональной поддержки, помощью в положительной переоценке. Иногда религиозность становится тактикой активного преодоления влияния стрессора. Женщины часто воспринимают бесплодие, как наказание за прошлые грехи. Потому обращаясь к Богу, они стараются вымолить прощение и помощь. Многие пациентки из нашей выборки отмечают, что стали чаще ходить в церковь, а некоторые осуществляли паломничество по святым местам, совершали специальные обряды для бесплодных женщин. Наряду с поиском поддержки Бога наши испытуемые нуждаются в социальной поддержке. Она им необходима в качестве утешения, внимания и сопереживания близких. Эта стратегия поведения может ускорять возвращение к проблемно-ориентированному копингу. Существуют

доказательства, что такая социальная поддержка не всегда является адаптивной, например, когда близкие неадекватно ее оказывают. Поэтому пациентки нашей выборки находили эту поддержку у психолога.

Наименее популярные стратегии совладания, характерные для всей выборки пациентов: использование «успокоительных», поведенческий уход от проблемы, отрицание, юмор. Данные свидетельствуют о том, что женщины страдающие бесплодием, реже используют дисфункциональные копинг стратегии. Они не склонны снижать усилия, направленные на преодоление стрессовой ситуации, и отказываться от попыток достижения собственных целей. Несмотря на малый личный контроль стресса бесплодия пациентки не считают себя беспомощными в этой ситуации. Они нацелены и ожидают позитивный результат лечения. Пациентки не склонны отрицать реальность и происходящие события. Также они не способны шутить и использовать юмор по поводу своей проблемы.

Характеризуя особенности совладания со стрессом, отметим различия в поведении пациенток с бесплодием в разных подгруппах.

Пациентки 2 подгруппы, не имеющие тревожно-депрессивной симптоматики, преимущественно используют в борьбе со стрессом и фертильности позитивные переформулирование. Они стремятся в большей степени управлять эмоциональным дистрессом, а не разрешать стрессовую ситуацию. Очевидно, что благодаря этой стратегии пациентки данной подгруппы находятся в эмоционально благополучной ситуации. Кроме того, восприятие стрессового воздействия в позитивном свете приводит к тому, что женщины продолжают активные, проблемно ориентированные действия, направленные на преодоление стресса.

Пациентки 1 и 3 подгрупп используют одну из таких малоадаптивных стратегий, как концентрация на эмоциях и их выражение. Женщины склонны к "заикливанию" на собственных переживаниях и выражению связанных с ними чувств. По-видимому, концентрация на такого рода эмоциях (особенно в течение продолжительного времени) способствует появлению тревожно-

депрессивной симптоматики и может препятствовать адаптации. Помимо концентрации на своих эмоциях пациентки 3 подгруппы сужают собственное поле деятельности. Женщины могут подавлять интерес или желание переключиться на другой вид деятельности, могут блокировать поступление отвлекающей информации для лучшей концентрации на проблеме бесплодия. Пациентки 2 и 3 подгрупп больше нуждаются в инструментальной социальной поддержке. Они стремятся получить содействие, совет или узнать больше информации об их заболевании.

Интересно, что пациентки подгрупп с выраженной тревожно-депрессивной симптоматикой и с ее отсутствием в равной степени принимают реальность, стрессовую ситуацию. Принятие является составляющей двух аспектов процесса преодоления. Принятие стрессора как реально существующего возникает в процессе первичной оценки и, следовательно, характерно для пациенток со стажем бесплодия не более года. В свою очередь, принятие, как отсутствие активных стратегий преодоления во время вторичной оценки, характерно для женщин с более длительным стажем бесплодия. В данном случае принятие приобретает особое значение в ситуации лечения, когда возникает необходимость приспособиться к влиянию стрессора, поскольку изменение ситуации требует длительного времени.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости психотерапевтических мероприятий с больными по устранению симптомов тревоги и депрессии, выработке позитивных копинг-стратегий.

Список литературы:

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. СПб., 2001.
2. Коваленко Н.П. Концептуальные основы перинатальной психологии. Связь с другими областями знаний. // В сб. материалов конф. "Перинатальная психология и нервно психическое развитие детей" - СПб., 2000 -С. 3-5.

3. Кулакова Е.В. Коррекция психоэмоциональных нарушений у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий: автореф. дис. ... канд. мед.наук. М., 2007

4. Эрик Г. Эриксон. Детство и общество.– Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.

5. Abbey, A., Andrews, F. M., &Halman, L. J. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? - *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 455-469.

6. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ* 2011;342:d223.

7. Greil A.L., Slauson-Blevins K., McQuillan J. The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of health & illness*. 2010;32(1):140-162. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x.

8. Boivin J., Domar, A., Shapiro, D., Wischmann, T., Fauser, B., Verhaak, C. Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Hum Reprod*. 2012;27:941–950.

9. Dunkel-Schetter, Christine, and Marci Lobel 1991 *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research*. New York: Plenum Press.

10. Menning B. (1980). The emotional needs of infertile couples. *FertilityandSterility*, 34(4), 313-319.

11. Peterson B.D, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *HumReprod* 2008;23:1128–1137.

12. Peterson B.D., Camilla S. Sejbaek, Matthew Pirritano, and Lone Schmidt, *Human Reproduction*, Vol.29, No.1 pp. 76–82, 2014.

13. Stanton, A.L., &Dunkel-Schetter, C. (Eds.), (1991). *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum.