

Психологические характеристики женщин, проходящих лечение по программе ЭКО

Е.А.Наку¹, Т.Г.Бохан², А.Л.Ульянич², М.В.Шабаловская², М.Г.Тосто², О.В.Терехина², Ю.В.Ковас^{2,3}

¹Медицинский центр «Авиценна», Новосибирск, Российская Федерация;

²Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Российская Федерация;

³Лондонский университет Голдсмит, Лондон, Великобритания

Цель. Выявить особенности психических состояний, личностной и реактивной тревожности, доминирующих репродуктивных мотивов у женщин, участвующих в программе ЭКО, с учетом времени планирования беременности, количества попыток ЭКО и успешности лечения.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 214 женщин, участвующих в программе ЭКО, и 83 женщины с естественной беременностью. Использовались психодиагностические методики: «Самооценка психических состояний» (Г.Айзенк), «Опросник депрессии» (А.Бек), шкала тревожности (Г.Спилбергер, в адаптации Ю.Л.Ханина), опросник репродуктивных мотивов «Моя беременность» (О.В.Магденко).

Результаты. Психические состояния большинства женщин группы ЭКО характеризуются допустимым уровнем тревожности, ригидности, агрессии и фрустрации. У 30% женщин отмечаются симптомы легкой, умеренной, средней, в единичных случаях – тяжелой депрессии. Высокая личностная тревожность характерна для многих женщин группы ЭКО. Не обнаружена зависимость психических состояний от количества попыток ЭКО и от результата лечения. Установлено, что более длительное планирование беременности связано у женщин группы ЭКО с повышением фрустрации и значимости определенных мотивов. Латентная структура изучаемых психологических характеристик у женщин в группе ЭКО представлена четырьмя факторами, указывающими на возможные психологические предикторы формирования негативных психических состояний.

Заключение. Полученные результаты о психологических характеристиках женщин объективируют задачи дифференцированного психологического сопровождения женщин в процессе программы ЭКО, свидетельствуют о необходимости репликации на других выборках и дальнейших исследований с учетом гетерогенности группы ЭКО.

Ключевые слова: гетерогенность женщин группы ЭКО; женщины, участвующие в программе ЭКО; личностная и реактивная тревожность; психические состояния; репродуктивные мотивы

Для цитирования: 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; 15(6): 23–30. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-6-23-30

Psychological characteristics of women undergoing an IVF treatment

E.A.Naku¹, T.G.Bokhan², A.L.Ul'yanich², M.V.Shabalovskaya², M.G.Tosto², O.V.Terekhina², Yu.V.Kovas^{2,3}

¹«Avicenna» Medical Centre, Novosibirsk, Russian Federation;

²National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation;

³Goldsmiths University of London, London, Great Britain

The objective. To find specificities of mental states, personal and reactive anxiety, dominating reproductive motives in women, who participate in an IVF programme taking into account the time of planned pregnancy, number of IVF attempts and success of treatment.

Patients and methods. The study included 214 women who participated in an IVF programme and 83 women with natural pregnancy. The following psychodiagnostic techniques were used: «Self-evaluation of mental states» (according to H.Eysenck), «Depression inventory» (A.Beck), anxiety scale (Ch.Spielberger, adapted by Yu.L.Khanin), reproductive motives questionnaire «My pregnancy» (O.V.Magdenko).

Results. Mental states of most women of the IVF group are characterized by allowable levels of anxiety, rigidity, aggression and frustration. In 30% of women, symptoms of mild, moderate, medium, in single cases – severe depression are noted. High personal anxiety is characteristic of many women of the IVF group. No relationship between mental states and the number of IVF attempts and outcomes of treatment has been found. We have found that a longer planning of pregnancy is associated in women of the IVF group with increased frustration and significance of certain motives. The latent structure of the examined psychological characteristics in women of the IVF group is presented by four factors pointing to possible psychological predictors of the formation of negative mental states.

Для корреспонденции:

Бохан Татьяна Геннадьевна, доктор психологических наук, доцент, заведующая кафедрой психотерапии и психологического консультирования Национального исследовательского Томского государственного университета

Адрес: 634050, Томск, пр. Ленина, 36

Телефон: (3822) 529-566

E-mail: btg960@sibmail.com

Статья поступила 10.10.2016 г., принята к печати 19.12.2016 г.

For correspondence:

Tatiana G. Bokhan, DSc in psychology, associate professor, head of the chair of psychotherapy and psychological counselling, National Research Tomsk State University

Address: 36, pr. Lenina, Tomsk, 634050, Russian Federation

Phone: (3822) 529-566

E-mail: btg960@sibmail.com

The article was received 10.10.2016, accepted for publication 19.12.2016

Conclusion. The results we have obtained about the psychological characteristics of women objectify the tasks of a differentiated psychological follow-up of women during an IVF programme indicating the need for replication on other samples and further research with due account of the heterogeneity of an IVF group.

Key words: *heterogeneity of women of IVF group, women participating in IVF programme; personal and reactive anxiety, mental states, reproductive motives*

For citation: Naku E.A., Bokhan T.G., Ulyanich A.L., Shabalovskaya M.V., Tosto M.G., Terekhina O.V., Kovas Yu.V. Psychological characteristics of women undergoing an IVF treatment. *Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology)*. 2016; 15(6): 23–30. (In Russian). DOI: 10.20953/1726-1678-2016-6-23-30

Изучение психологических характеристик женщин в условиях лечения методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) является актуальным для науки и практики оказания медико-психологической помощи в области репродукции человека. Бесплодие является серьезной проблемой во всем мире, затрагивающей 10–15% семей репродуктивного возраста [1]. В России, по данным Института демографии ГУ ВШЭ, осуществляется более 31 000 попыток зачатия с помощью высокорепродуктивных технологий (ВРТ) в год. Увеличение использования ВРТ также связано с тем, что женщины часто откладывают беременность на более позднее время, а также с появлением новых более эффективных методов ВРТ и их большей доступности [1, 2]. Исследовательский интерес к изучению психологических характеристик (психических состояний, личностных особенностей) женщин определяется тем, что они являются важным фактором в системе причинно-следственных связей в успехе лечения и дальнейшего развития ребенка [3]. Эти психологические характеристики могут: опосредовать стрессовую ситуацию, связанную с переживанием бесплодия; лежать в основе психогенных форм бесплодия; обуславливать психологические последствия бесплодия, которые, в свою очередь, могут влиять на исход его лечения; выступать в качестве одного из этиологических факторов развития пограничных психических расстройств; определять успешность родов, а также влиять на последующее развитие ребенка [4–6].

В исследованиях отмечается, что, как правило, пациенты программы ЭКО имеют длительный анамнез бесплодия, в связи с чем к началу лечения могут находиться в состоянии психоэмоционального стресса [4, 7]. Невозможность забеременеть или выносить ребенка зачастую расценивается женщинами как неполноценность жизни, что может приводить к росту тревоги, напряженности, формированию депрессии, психосоматической патологии, которая, в свою очередь, может происходить на фоне внутреннего конфликта, одновременного переживания антагонистических эмоций: агрессии и страха, депрессии и гнева и др. [4–7]. Например, среди женщин с бесплодием показана повышенная частота униполярной депрессии – от 15 до 54% [8]. В бесплодных семьях у 8–28% женщин наблюдаются тревожные состояния клинического уровня [8, 9]. Кроме того, женщинам с бесплодием назначают гормональные препараты, что также может отрицательно влиять на их эмоциональную стабильность.

В то же время причинно-следственные связи, лежащие в основе подобных психологических проблем, остаются плохо изученными, так как часто в исследовании не контролируются другие факторы риска. На сегодняшний день механизмы,

лежащие в основе негативных психических состояний при бесплодии, остаются плохо изученными. Например, существуют данные о том, что повышенный уровень пролактина при депрессии может напрямую влиять на репродуктивные функции. Иммунные изменения, связанные со стрессом и депрессией, также могут негативно влиять на репродуктивные функции [10, 12]. Показано, что у пациенток программы ЭКО с пограничными психическими расстройствами отмечались различные изменения во всех звеньях иммунной системы в виде угнетения клеточного звена иммунитета, напряжения системы интерферона, а также развития дисбаланса в цитокиновом статусе [4].

Несмотря на то, что условия, приводящие к лечению, и само прохождение лечения методом ЭКО являются стрессовыми факторами, существуют большие индивидуальные различия в психоэмоциональном состоянии у женщин в этот период. Так, в ряде исследований показано, что с увеличением попыток ЭКО усиливается депрессивная симптоматика, развиваются тревожные и тревожно-депрессивные расстройства [4–6, 8, 9]. Однако в ряде других исследований не обнаружено психологических проблем, связанных с процедурой ЭКО – у большинства женщин, получающих помощь по программе ВРТ, повышенное психоэмоциональное напряжение развивается только при наличии реально трудных ситуаций [10]. Индивидуальные различия в реакции на лечение могут быть связаны с целым рядом факторов, например таких, как время планирования беременности, количество попыток ЭКО и индивидуально-психологические особенности женщин.

С целью выявления этих факторов в целом ряде исследований изучались психологические состояния как предикторы успешности лечения ВРТ [4, 5, 7, 10, 11]. В результате установлено, что психоэмоциональный статус может оказывать влияние на эффективность лечения с помощью ЭКО, например, негативные эмоциональные состояния являются фактором риска при лечении [5, 6, 10]. Так, отмечается, что лишь 50% женщин в группе ЭКО (по сравнению с 80% женщин со спонтанной беременностью) находятся в состоянии психологического комфорта [5]. Возможно, что негативный психоэмоциональный статус связан с доминированием у них мыслей о несостоятельности репродуктивной сферы, идеи самообвинения [6, 7]. Характер психоэмоционального статуса и развитие психопатологической симптоматики у женщин также могут быть связаны со сложностью проведения процедуры ВРТ и количеством попыток забеременеть [4, 5, 10]. Показано, что развитие пограничных психических расстройств у женщин с бесплодием происходит постепенно: уровень тревоги максимально выявляется после первой неудачной попытки лечения, риск депрессивных расстройств

увеличивается с количеством попыток; истерические расстройства чаще наблюдаются после первой попытки, чем после третьей, в отличие от соматизированных расстройств, которые диагностировались чаще после третьей попытки. В ряде исследований [4, 10, 12] показано, что психотерапия, направленная на улучшение психоэмоционального состояния, может приводить к повышению эффективности лечения. Например, эффективность программы ЭКО (частота наступления беременности) была достоверно выше (41%) в группе женщин, которые получали психотерапевтическую поддержку во время лечения, по сравнению с группой без психотерапии (29%) [4].

Среди дополнительных травмирующих факторов отмечается время, затрачиваемое на посещение лечебных учреждений, и финансовые расходы на лечение, которые могут приводить к семейным, бытовым и служебным проблемам [10]. Показано, что наиболее неблагоприятными факторами психического состояния являются неблагополучие в семье, финансовые затраты, медицинские процедуры, напряженность труда и низкое финансовое благополучие [4, 10, 11]. Так, показатели социального функционирования и качества жизни у пациенток, проходящих ЭКО, существенно снижены по сравнению с контрольной группой: 72% пациентов отмечали нарушения коммуникаций в семье, 54% – нарушения коммуникаций с близкими родственниками; 36% – недостаток финансовых средств, 21% – смену места проживания, 17% – снижение веса, 8% – смена вида или места профессиональной деятельности [4].

Несмотря на большое количество исследований, посвященных психологическим особенностям женщин, проходящих лечение с помощью ЭКО, результаты достаточно противоречивы: в одних исследованиях обнаруживаются различия с группой с естественной беременностью, а в других – нет. Возможно, что эта противоречивость объясняется гетерогенностью исследуемых групп, поэтому необходимы исследования факторов, приводящих к индивидуальным различиям внутри этой группы женщин, проходящих лечение по программе ЭКО [1].

Цель. Выявить особенности психических состояний, личностной и реактивной тревожности, доминирующих репродуктивных мотивов у женщин, участвующих в программе ЭКО, с учетом времени планирования беременности, количества попыток ЭКО и успешности лечения.

Пациенты и методы

В исследовании приняли участие 214 женщин, участвующих в программе ЭКО в одном медицинском учреждении Российской Федерации. Из них 67 женщин – с успешным результатом лечения. В общей выборке женщин время планирования беременности варьировало в диапазоне от 6 месяцев до 15 лет, в среднем – 4 года. Количество предыдущих попыток у женщин данной выборки варьировало от 0 до 7, при этом большинство женщин имели одну предыдущую попытку, тогда как больше трех попыток было менее чем у 4% женщин. В исследовании также использовались данные 83 женщин в третьем триместре естественной беременности.

Для оценки особенностей психических состояний, ситуативной и личностной тревожности, доминирующих репро-

дуктивных мотивов использовались следующие валидизированные и стандартизированные на российской популяции методики.

1. Методика Г.Айзенка «Самооценка психических состояний» позволяет оценить уровень выраженности таких психических состояний, как тревожность, агрессивность, фрустрация, ригидность. Здесь показатель тревожности выступает как переживание эмоционального дискомфорта, связанного с ожиданием неблагоприятного исхода, с предчувствием грозящей или кажущейся таковой опасности. Показатель фрустрации как психического состояния, вызванного неуспехом в удовлетворении потребности, желания, проявляется в отрицательных переживаниях: разочаровании, раздражении, тревоге, отчаянии. Показатель ригидности указывает на степень затрудненности (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки, то есть неспособность проявлять пластичность в своих переживаниях, установках, поведении. Агрессивность рассматривается как не вызванная объективными обстоятельствами неспровоцированная враждебность человека по отношению к людям и окружающему миру. Опросник включает по десять вариантов описаний каждого психического состояния, всего 40 описаний психических состояний. Для каждого психического состояния определены уровневые показатели: от 0 до 7 баллов – низкий уровень, от 8 до 14 баллов – допустимый уровень, от 15 до 20 баллов – высокий уровень.

2. Шкала тревожности Спилбергера-Ханина направлена на оценку уровня реактивной тревожности (тревожность на текущий момент) и личностной тревожности (устойчивая характеристика человека). Шкала тревожности содержит 20 утверждений, направленных на оценку ситуативной тревожности, и 20 утверждений – личностной тревожности. Выделяются три уровня: менее 30 – низкий уровень тревожности, 31–45 баллов – средний и более 46 баллов – высокий уровень.

3. Опросник депрессии А.Бека включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Результаты интерпретируются по следующим параметрам: от 0 до 9 баллов – депрессивные симптомы отсутствуют, от 10 до 15 баллов – состояние легкой депрессии, от 16 до 19 баллов – умеренный уровень депрессии, от 20 до 29 баллов – депрессия средней тяжести, от 30 до 63 баллов – тяжелая депрессия.

4. Опросник репродуктивных мотивов «Моя беременность» включает 70 утверждений, имеющих отношение к разным социальным, психологическим и экономическим мотивам беременности: для реализации чувства материнства, для удовлетворения потребности в любви, для соответствия социальным ожиданиям и социальному статусу, для протеста как возможности «отстоять свою самостоятельность, независимость, твердость решений, ощутить свою ценность и значимость, считаться с собственным мнением», для сохранения отношений, для отказа от прошлого (желание поменять свою жизнь, улучшить качество жизни), для сохранения собственного здоровья, для получения материальной выгоды, для ухода от одиночества, для рождения

ребенка определенного пола, для получения поддержки в старости, по религиозным убеждениям, привлекательность неизвестного и новых ощущений [13]. Каждый мотив оценивается по 5 вопросам. Наибольшее количество баллов, набранных по одной шкале, говорит о доминировании данного мотива.

Для статистической обработки данных использованы: коэффициент альфа Кронбаха для проверки надежности психологических методик; описательная статистика; дисперсионный анализ; корреляционный анализ с помощью критерия Пирсона; факторный анализ методом вращения Варимакс.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе осуществлялась проверка валидности методик для выборок женщин программы ЭКО и беременных женщин в третьем триместре естественной беременности. Коэффициенты α -Кронбаха свидетельствуют о достаточно высокой внутренней валидности всех шкал методики Г.Айзенка «Самооценка психических состояний» для обеих групп (группа ЭКО/группа с естественной беременностью): тревожность – 0,71/0,68; фрустрация – 0,76/0,70; агрессивность – 0,80/0,80; ригидность – 0,68/0,66. Высокая валидность также показана для методики тревожности Спилбергера-Ханина: для личностной тревожности – 0,84/0,80; для ситуативной тревожности – 0,87/0,82; депрессии (по А.Беку) – 0,84/0,79. Шкалы методики репродуктивных мотивов «Моя беременность» различались по коэффициенту α -Кронбаха: «Беременность для реализации чувства материнства» – 0,52/0,62; «Беременность для удовлетворения потребности в любви» – 0,67/0,35; «Беременность как соответствие социальным ожиданиям, статусу» – 0,50/0,77; «Беременность как протест» – 0,73/0,60; «Беременность для сохранения отношений» – 0,86/0,77; «Беременность как отказ от прошлого» – 0,71/0,62; «Беременность для сохранения собственного здоровья» – 0,59/0,44; «Беременность для получения материальной выгоды» – 0,66/0,68; «Беременность как уход от одиночества» – 0,80/0,67; «Беременность для рождения ребенка определенного пола» – 0,82/0,72; «Беременность для получения поддержки в старости» – 0,83/0,71; «Беременность по религиозным убеждениям» – 0,80/0,60; «Привлекательность неизвестного» – 0,79/0,73.

Результаты описательной статистики показателей психических состояний, ситуативной и личностной тревожности женщин группы ЭКО указывают на то, что у большинства женщин данной выборки тревожность (8,42 ± 3,66 баллов), ригидность (9,19 ± 3,27 баллов), агрессивность (8,77 ± 3,99 баллов) соответствуют среднему допустимому уровню. Относительно низкий уровень по шкале фрустрации (6,59 ±

± 3,39 баллов) свидетельствует о том, что многие женщины достаточно устойчивы к неудачам и трудностям. Среднее значение (45,18 ± 8,76 баллов) личностной тревожности соответствует интервалу высокого уровня. Среднее значение реактивной тревожности по методике Спилбергера-Ханина (37,90 ± 7,86 баллов) соответствует среднему уровню выраженности реактивной тревожности.

По результатам методики А.Бека установлено, что у большинства женщин отсутствуют депрессивные симптомы (69,6%), легкая депрессия констатируется у 18%, умеренная – у 5,9%, средней тяжести – у 5,3% женщин, тяжелая – у 1,2%.

Наиболее выраженными репродуктивными мотивами в данной группе женщин оказались мотивы «для социального статуса» (16,69 ± 4,22 баллов) и «чувство материнства» (15,40 ± 4,15 баллов), наименее выраженными – желание иметь ребенка определенного пола (4,89 ± 4,85 баллов), материальной выгоды (7,72 ± 3,85 баллов), желание самоутвердиться в своей независимости и значимости (9,21 ± 4,51 баллов). Выраженность остальных мотивов находится в средних пределах.

Данные группы ЭКО были сопоставлены с данными 83 женщин с естественной беременностью (третий триместр беременности) по 7 психологическим характеристикам и 13 мотивам беременности. В табл. 1 представлены статистически значимые (после поправки на множественные сравнения) различия между этими группами женщин.

Из семи психологических характеристик значимые различия наблюдались только по показателю «личностная тревожность», по которому у женщин группы ЭКО наблюдался более высокий уровень. Также выявлено, что 5 из 13 мотивов беременности более выражены у женщин с естественной беременностью. Однако из этих пяти по двум мотивам (потребность в любви и избегание одиночества) дисперсии в этих двух группах значимо различались.

На следующем этапе анализ проводился внутри женщин группы ЭКО. Для сравнения по показателям психологических характеристик был проведен однофакторный дисперсионный анализ по количеству предыдущих попыток ЭКО и успешности лечения. Дисперсионный анализ выявил отсутствие значимых различий в дисперсиях и средних между группами по количеству попыток по всем исследуемым показателям. Сравнение двух групп женщин с успешным и неуспешным результатом лечения также не обнаружило значимых различий по дисперсиям и средним (после поправки на множественные сравнения).

Для изучения связи времени планирования беременности с изучаемыми психологическими характеристиками женщин был использован корреляционный анализ (коэффициент

Таблица 1. Значимые различия между группами женщин программы ЭКО и женщин в третьем триместре естественной беременности

Психологические показатели, баллы	Группа ЭКО	Группа с естественной беременностью	p	Частичная η^2	Значимость критерия однородности дисперсии
Личностная тревожность	45,18 ± 8,76 (n = 191)	40,37 ± 7,9 (n = 75)	0,00	0,061	0,109
Потребность в любви	13,82 ± 4,6 (n = 135)	15,6 ± 2,72 (n = 80)	0,00	0,044	0,000
Беременность как протест	9,21 ± 4,51 (n = 135)	11,24 ± 4,18 (n = 80)	0,00	0,048	0,175
Материальная выгода	7,72 ± 3,85 (n = 137)	10,43 ± 4,47 (n = 80)	0,00	0,093	0,159
Избегание одиночества	9,55 ± 5,36 (n = 137)	11,48 ± 4,39 (n = 90)	0,00	0,033	0,012
Желание ребенка определенного пола	4,89 ± 4,85 (n = 137)	8,83 ± 4,64 (n = 80)	0,00	0,138	0,556

Таблица 2. Результаты корреляционного анализа психических состояний, ситуативной и личностной тревожности

	Тревожность	Фрустрация	Агрессивность	Ригидность	Депрессия	Реактивная тревожность	Личностная тревожность
Тревожность(а)	1	0,722*	0,266*	0,428*	0,386*	0,562*	0,660*
Фрустрация (а)	0,722*	1	0,281*	0,464*	0,467*	0,546*	0,634*
Агрессивность (а)	0,266*	0,281*	1	0,388*	0,152	0,244*	0,221*
Ригидность(а)	0,428*	0,464*	0,388*	1	0,259*	0,439*	0,463*
Депрессия (б)	0,386*	0,467*	0,152	0,259*	1	0,581*	0,561*
Реактивная тревожность (в)	0,562*	0,546*	0,244*	0,439*	0,581*	1	0,759*
Личностная тревожность (в)	0,660*	0,634*	0,221*	0,463*	0,561*	0,759*	1

* $p < 0,01$

корреляции Пирсона). В результате анализа выявлена положительная корреляционная связь времени планирования беременности с фрустрацией ($r = 0,180, p < 0,05$), а также с отдельными мотивами беременности: «материальная выгода» ($r = 0,232, p < 0,05$), «избегание одиночества» ($r = 0,212, p < 0,05$), «религиозные убеждения» ($r = 0,298, p < 0,01$).

Далее изучались взаимосвязи между семью психологическими показателями. Как видно из табл. 2, между показателями наблюдается умеренная и сильная связь. Например, у женщин с высоким уровнем как реактивной, так и личностной тревожности повышается уровень депрессии, фрустрации, агрессивности и ригидности.

Значимые корреляции с определенными психическими состояниями, личностной и ситуативной тревожностью обнаружили следующие репродуктивные мотивы. Наибольшее количество положительных связей с психическими состояниями (тревожность, $r = 0,437, p < 0,01$; неустойчивостью к неудачам и трудностям (фрустрация), $r = 0,408, p < 0,01$; личностная тревожность, $r = 0,314, p < 0,01$; ригидность, $r = 0,314, p < 0,05$; депрессия, $r = 0,314, p < 0,05$; реактивная тревожность, $r = 0,314, p < 0,05$) обнаружено у мотива «беременность для социального статуса». Мотивы «беременность для сохранения собственного здоровья» и «отказ от прошлого» положительно связаны с неустойчивостью к неудачам и трудностям ($r = 0,284, p < 0,05$ и $r = 0,282, p < 0,05$) и личностной тревожностью-состоянием ($r = 0,262, p < 0,01$ и $r = 0,284, p < 0,01$); мотив «избегание одиночества» – с неустойчивостью к неудачам и трудностям ($r = 0,327, p < 0,05$), депрессией ($r = 0,313, p < 0,05$) и личностной тревожностью ($r = 0,215, p < 0,05$); мотив «поддержка в старости» – с состоянием тревожности ($r = 0,308, p < 0,05$), личностной тревожностью ($r = 0,175, p < 0,05$) и неустойчивостью к неудачам и трудностям ($r = 0,374, p < 0,01$); мотив «религиозные убеждения» связан положительно с личностной тревожностью ($r = 0,175, p < 0,05$), мотивы «беременность как протест» ($r = 0,261, p < 0,01$) и «для сохранения социальных отношений» ($r = 0,217, p < 0,05$) связаны с личностной тревожностью. Интересно отметить, что личностная тревожность связана с большинством мотивов. Можно предположить, что подобные мотивы, особенно в ситуации невозможности их реализации, могут приводить к усилению негативных психоэмоциональных состояний. С другой стороны, напряженность психических состояний и личностная тревожность могут обуславливать формирование и фиксацию этих мотивов у женщин.

Для выявления латентной структуры взаимосвязей исследуемых параметров был проведен факторный анализ мето-

дом вращения варимакс с нормализацией Кайзера всех показателей. В результате было выявлено четыре значимых фактора, кумулятивная дисперсия которых составляет 62,4%: фактор 1 – 32,9%, фактор 2 – 17,3%, фактор 3 – 6,3%, фактор 4 – 5,9%. Фактор 1 включает мотивы: «для сохранения отношений» (0,838), «отказ от прошлого» (0,831), «привлекательность неизвестного» (0,807), «протест» (0,753), «материальная выгода» (0,692), «потребность в любви» (0,642), «чувство материнства» (0,614), «социальный статус» (0,513). Фактор 2 включает все показатели психических состояний, реактивной и личностной тревожности: реактивная тревожность (0,865), личностная тревожность (0,854), депрессия (0,763), фрустрация (0,714), состояние тревожности (0,680), ригидность (0,530). Фактор 3 представлен следующими мотивами: «желание ребенка определенного пола» (0,705), «избегание одиночества» (0,646), «поддержка в старости» (0,568), «сохранение собственного здоровья» (0,534), «религиозные убеждения» (0,530). Фактор 4 представлен показателем агрессивности (0,696).

Перед выполнением настоящего исследования предполагалось, что у этих женщин будет наблюдаться повышенный уровень тревожности, депрессивных симптомов и других негативных состояний. Полученные результаты показали, что психическое состояние большинства женщин, проходящих лечение по программе ЭКО, характеризуется допустимым уровнем тревожности-состояния, ригидности и агрессии, достаточной устойчивостью к неудачам и трудностям. При этом у 30% женщин отмечаются симптомы легкой, умеренной, средней, в единичных случаях – тяжелой депрессии. К личностным особенностям большинства женщин данной группы можно отнести высокий уровень тревожности как свойства личности – 54,5% женщин. Это согласуется с данными другого исследования, в котором показано, что более половины пациенток, впервые участвующих в программе ЭКО, имели тревожные расстройства высокого уровня [4, 5]. Сопоставление результатов групп женщин, проходящих лечение по программе ЭКО, и женщин с естественной беременностью показало, что женщины, проходящие лечение, имеют значимо более выраженную личностную тревожность, хотя, эти различия были небольшими ($\eta^2 = 0,06$).

Таким образом, вопреки нашему предположению, в среднем у большинства женщин выборки ЭКО тревожность как состояние, ригидность, агрессия и депрессия соответствуют среднему, допустимому уровню. Можно предположить, что факторы риска при лечении ЭКО компенсируются рядом защитных факторов, которые встречаются с большей частотой в семьях женщин группы ЭКО. Например, в исследовании

показано, что в выборке ЭКО 94% семей удовлетворены своими жилищными условиями; 97% женщин описывают свою беременность как очень желанную по сравнению с 80% у женщин с естественным зачатием; полных семей больше, чем в популяции (92%) [14]. Средний возраст женщин, проходящих лечение методом ЭКО, выше, чем возраст беременности в популяции, что также может быть положительным фактором. В предыдущих исследованиях показано, что матери более старшего возраста имеют более высокое образование и работу с высоким статусом, более удовлетворены своей работой и рассматривают свою работу как более важную, они также более устойчивы к трудностям, самостоятельны и меньше зависят от других [8, 9].

Полученные нами результаты согласуются с данными о том, что у большинства женщин, получающих помощь по программе ВРТ, психоэмоциональное напряжение развивается только при наличии реально трудных ситуаций [10]. Наряду с этим в ряде работ отмечается, что тревожность и депрессия легкой степени выявляются на предварительном обследовании у более половины пациенток, а также то, что более высокий уровень тревожности и депрессии выявляется именно у этой группы женщин [4, 12]. Очевидно, что необходимы дальнейшие исследования по выявлению причин противоречивости результатов.

Выявленные значимые прямые корреляционные связи психических состояний, личностной и реактивной тревожности свидетельствуют об их взаимозависимости и обусловленности. Этот факт указывает на возможность использовать данные психологические показатели для прогноза формирования неблагоприятных психических состояний и профилактики психоэмоциональной напряженности у женщин в программе ЭКО.

Учитывая, что наиболее доминирующими репродуктивными мотивами у женщин группы ЭКО были мотивы для социального статуса (когда «близкое социальное окружение женщины желает появления ребенка», «подруги и знакомые имеют уже детей», «возраст женщины «торопит» к появлению ребенка»), для чувства материнства (когда женщина «желает родить особенного, уникального человека», «проявлять заботу и любовь к нему», «стремится с умилением его представлять себе»), полагаем, что невозможность их реализации, связанная с безуспешными попытками ЭКО, может порождать негативные переживания и соответствующие им состояния психоэмоциональной напряженности. Такое предположение частично подтверждается выявленными прямыми корреляционными связями мотива для социального статуса с негативными психическими состояниями и личностной тревожностью женщин группы ЭКО. В группе женщин с естественной беременностью, по сравнению с женщинами группы ЭКО, значимо более доминирует в структуре репродуктивных мотивов мотив для реализации потребности в любви (когда женщина «желает родить ребенка от любимого человека», «видит в нем «продолжение» любви супругов», «испытывает чувство благодарности к мужу за счастье материнства»). Мотив избегания одиночества в группе женщин ЭКО в иерархии мотивов выражен незначительно, этим мотивом руководствуются в большей мере женщины в группе с естественной беременностью, что, на наш взгляд, может быть связано с более старшим возрас-

том, сложившейся личностной, финансовой, профессиональной самостоятельностью женщин, обращающихся к ВРТ. Вероятная мотивационная обусловленность модальности психических состояний определяет необходимость их учета при постановке задач и выбора методов дифференцированного психологического сопровождения женщин в программе ЭКО.

Основной целью работы было изучение взаимосвязи между временем планирования беременности, количеством попыток, результатом лечения и рядом индивидуально-психологических характеристик – психических состояний и репродуктивных мотивов у женщин, проходящих лечение по программе ЭКО. В ряде предыдущих работ установлена связь психоэмоционального состояния с количеством попыток и результативностью лечения [4, 10]. Например, тревожная симптоматика появляется у всех женщин и усиливается в процессе проведения первой попытки ЭКО, а депрессивная симптоматика усиливается в процессе проведения третьей попытки лечения. Чрезмерная тревожность и фрустрация характерны для женщин, которые только приступили к лечению по программе ВРТ [5, 6, 11, 12]. В нашем исследовании не обнаружена зависимость психоэмоциональных состояний от количества попыток. Возможно, это определяется тем, что большинство женщин, участвовавших в исследовании, имели лишь 1–2 попытки лечения. В исследовании также не обнаружено статистически значимых связей между результатом лечения и психическими состояниями женщин. Таким образом, на данной выборке не подтвердилось предположение о том, что успех лечения в какой-то степени связан с психоэмоциональным состоянием женщин во время лечения. При этом обнаружено, что более длительное планирование беременности связано у женщин группы ЭКО с более высокими показателями фрустрации и повышением значимости мотивов «избегание одиночества», «религиозные убеждения», «материальная выгода». По данным нашего исследования, фрустрация связана с такими психическими состояниями, как депрессия, тревожность, ригидность, агрессивность, и женщины с большим периодом планирования беременности могут представлять группу риска при лечении по программе ЭКО.

Использование в исследовании целого комплекса психологических характеристик женщин позволило получить новые данные о структуре связей этих характеристик у женщин, проходящих лечение ЭКО. Латентная структура изучаемых психологических показателей у женщин в группе ЭКО представлена четырьмя факторами. Эти результаты свидетельствуют о том, что мотивы беременности группируются в два фактора, тогда как все психологические характеристики образуют отдельный фактор, и агрессия выделяется в отдельный фактор. На основании содержания Фактора 1 и Фактора 3 можно говорить о двух типах мотивационных факторов беременности, связанных с формированием психических состояний. Первый тип – это мотивы беременности, которые лежат в основе новых смыслов, определяющих новую социальную ситуацию развития женщины, связанную с ценностями материнства. Второй тип ориентирован на беременность как средство компенсации личных переживаний женщин, связанных со страхом одиночества, отсутствием поддержки в старости, сохране-

нием собственного здоровья, реализацией религиозных убеждений, то есть в данном случае можно говорить, что в основе репродуктивных мотивов лежит потребность в личной защищенности женщин. Таким образом, можно предположить, что, с одной стороны, сам характер мотивации будет порождать модальность психических состояний, с другой – неуспешные попытки ЭКО будут усиливать переживания нереализованности ценностей материнства и потребностей в защищенности женщин, тем самым способствовать формированию негативных психических состояний и повышению личностной тревожности.

Выделенный Фактор 2 на основании показателей корреляционных связей может свидетельствовать о том, что в ситуации лечения тревожность и депрессия скорее формируются у женщин, имеющих высокую личностную тревожность, менее устойчивых к неудачам и трудностям, менее гибких в отношении своих эмоций, убеждений и поведения. Фактор агрессии, вероятно, как способ защиты женщин с учетом выявленных прямых корреляционных связей с тревожностью, фрустрацией, ригидностью может рассматриваться в качестве прогностического фактора для формирования негативных психических состояний у женщин, вступающих в программу ЭКО. Результаты факторного анализа требуют репликации на других выборках и продолжения исследований, направленных на понимание психологического содержания выделенных факторов, которые объективируют проблему дифференцированного психологического сопровождения женщин на этапах программы ЭКО.

В целом, результаты данного исследования позволяют получить представление об особенностях психических состояний и личностных характеристиках женщин, представленных личностной тревожностью и репродуктивной мотивацией, факторах модальности (положительной, отрицательной) психических состояний, выводят на определение задач дифференцированной психологической помощи и свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований с учетом гетерогенности группы ЭКО (например, различий по времени планирования беременности).

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

Литература

1. Prasanta KD, Swarnali S. Psychological aspects of infertility. BJMP. 2010;3(3):a336.
2. Щербakov А. Вспомогательные репродуктивные технологии как рынок: социально-психологические потребности пациенток ЭКО и критерии выбора клиники. Режим доступа: <http://eva.ru/kids/messages-2449546.htm> [доступ 01.12.2015].
3. Филоненко АЛ. Становление пренатальной психологической общности как условие здоровой беременности. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Томск, 2012.
4. Гарданова ЖР. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий и их психотерапевтическая коррекция. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2008.
5. Петрова НН, Подольхов ЕН, Гзгзян АМ, Нгаури ДА. Психические расстройства и личностно-психологические особенности у женщин с бесплодием при лечении ЭКО. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2013;2:42-9.

6. Захарченко ИА. Влияние ВРТ на психологический статус женщин. Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: збірник наукових праць. 2011;21:144-51.
7. Адамян ЛВ, Филиппова ГГ, Калинин МВ. Переживание бесплодия и копинг-стратегии женщин фертильного возраста. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2012;3:101-5.
8. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. Hum Reprod. 2004;19: 2313-8.
9. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. J of Psychosomatic Research. 2003;54(4):353-5.
10. Дроздикова-Зарипова АР. Психоэмоциональные состояния женщин, получающих помощь по программе вспомогательных репродуктивных технологий. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011;6:77-9.
11. Рябова МГ. Психологические особенности женщин при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения. Вестник Тамбовского университета. Серия: естественные и технические науки. 2014;19(1):121-3.
12. Гончаров ГВ. Психофизиологическая коррекция стресса бесплодия у женщин в программе экстракорпорального оплодотворения. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2011.
13. Магденко ОВ, Стоянова ИЯ. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности. Новосибирск: Полиграфическая компания, 2012.
14. Воронина ИД, Бохан ТГ, Терехина ОВ, Малых СБ, Ковас ЮВ. Демографические показатели, образ жизни и здоровье в семьях с естественной и индуцированной беременностью в России и Великобритании. Теоретическая и экспериментальная психология. 2017. В печати.

References

1. Prasanta KD, Swarnali S. Psychological aspects of infertility. BJMP. 2010;3(3):a336.
2. Shcherbakov A. Vspomogatel'nye reproduktivnye tekhnologii kak rynok: sotsial'no-psikhologicheskie potrebnosti patsientok EKO i kriterii vybora kliniki. Available at: <http://eva.ru/kids/messages-2449546.htm> [accessed 01.12.2015]. (In Russian).
3. Filonenko AL. Stanovlenie prenatal'noi psikhologicheskoi obshchnosti kak uslovie zdorovoi beremennosti. Avtoref. diss. ... kand. psikhol. nauk. Tomsk, 2012. (In Russian).
4. Gardanova ZhR. Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva u zhenshchin s besplodiem v programme vspomogatel'nykh reproduktivnykh tekhnologii i ikh psikhoterapevticheskaya korrektsiya. Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk. Moscow, 2008. (In Russian).
5. Petrova NN, Podol'khov EN, Gzgyan AM, Ngauri DA. Psikhicheskie rasstroistva i lichnostno-psikhologicheskie osobennosti u zhenshchin s besplodiem pri lechenii EKO. Obzor psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2013;2:42-9. (In Russian).
6. Zakharchenko IA. Vliyanie VRT na psikhologicheskii status zhenshchin. Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: збірник наукових праць. 2011;21:144-51. (In Russian).
7. Adamyan LV, Fillipova GG, Kalinskaya MV. Experience infertility and coping strategies of women of childbearing age. Medical news of the North Caucasus. 2012;3:101-5. (In Russian).
8. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. Hum Reprod. 2004;19: 2313-8.
9. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. J of Psychosomatic Research. 2003;54(4):353-5.

10. Drozdikova-Zaripova AR. Psikhooemotsional'nye sostoyaniya zhenshchin, poluchayushchikh pomoshch' po programme vspomogatel'nykh reproduktivnykh tekhnologii. Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy. 2011;6:77-9. (In Russian).
11. Ryabova MG. Psychological characteristics of women in treatment of sterility by extracorporeal fertilization. Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: estestvennyye i tekhnicheskiye nauki. 2014;19(1):121-3. (In Russian).
12. Goncharov GV. Psikhofiziologicheskaya korrektsiya stressa besplodiya u zhenshchin v programme ekstrakorporal'nogo oplodotvoreniya. Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Volgograd, 2011. (In Russian).
13. Magdenko OV, Stoyanova IYa. Psikhologicheskaya pomoshch' beremennym zhenshchinam pri stanovlenii materinskoj rolevoi identichnosti. Novosibirsk: Poligraficheskaya kompaniya, 2012. (In Russian).
14. Voronina ID, Bokhan TG, Terekhina OV, Malykh SB, Kovas YuV. Demograficheskiye pokazateli, obraz zhizni i zdorov'e v sem'yakh s estestvennoy i indutsirovannoy beremennost'yu v Rossii i Velikobritanii. Theoretical and Experimental Psychology. 2017. V pechati. (In Russian).

Информация о соавторах:

Наку Елена Анатольевна, перинатальный психолог, руководитель центра по подготовке к родам «Мамин Университет» медицинского центра «Авиценна»
Адрес: 630099, Новосибирск, пр. Красный, 35
Телефон: (383) 363-3003
E-mail: elenaegf52@mail.ru

Ульянич Анна Леонидовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и психологического консультирования Национального исследовательского Томского государственного университета
Адрес: 634050, Томск, пр. Ленина, 36
Телефон: (3822) 529-566
E-mail: fiale@ya.ru

Шабаловская Марина Владимировна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и психологического консультирования Национального исследовательского Томского государственного университета
Адрес: 634050, Томск, пр. Ленина, 36
Телефон: (3822) 529-566
E-mail: m_sha79@mail.ru

Тосто Мария Грация, доктор философских наук, доцент кафедры общей и педагогической психологии Национального исследовательского Томского государственного университета
Адрес: 634050, Томск, пр. Ленина, 36
Телефон: (3822) 529-671
E-mail: mg.tosto1@googlemail.com

Терехина Ольга Владимировна, аспирант кафедры психотерапии и психологического консультирования Национального исследовательского Томского государственного университета
Адрес: 634050, Томск, пр. Ленина, 36
Телефон: (3822) 529-566
E-mail: doterekhina@mail.ru

Ковас Юлия Владимировна, доктор философских наук, профессор, заведующая лабораторией когнитивных исследований и психогенетики Национального исследовательского Томского государственного университета, профессор генетики и психологии факультета психологии Лондонского университета Голдсмита
Адрес: 634050, Томск, пр. Ленина, 36
Телефон: 8(3822) 529-671
Адрес: Великобритания, Лондон, SE14 6NW
Телефон: (0)207-078-5025
E-mail: y.kovas@gold.ac.uk

Information about co-authors:

Elena A. Naku, perinatal psychologist, head of the childbirth education «Mum University» at «Avicenna» Medical Centre
Address: 35, pr. Krasnyi, Novosibirsk, 630099, Russian Federation
Phone: (383) 363-3003
E-mail: elenaegf52@mail.ru

Anna L. Ulyanich, PhD in psychology, associate professor at the chair of psychotherapy and psychological counselling, National Research Tomsk State University
Address: 36, pr. Lenina, Tomsk, 634050, Russian Federation
Phone: (3822) 529-566
E-mail: fiale@ya.ru

Marina V. Shabalovskaya, PhD in psychology, associate professor at the chair of psychotherapy and psychological counselling, National Research Tomsk State University
Address: 36, pr. Lenina, Tomsk, 634050, Russian Federation
Phone: (3822) 529-566
E-mail: m_sha79@mail.ru

Maria Grazia Tosto, DSc in philosophy, associate professor at the chair of general and paedagogical psychology, National Research Tomsk State University
Address: 36, pr. Lenina, Tomsk, 634050, Russian Federation
Phone: (3822) 529-671
E-mail: mg.tosto1@googlemail.com

Olga V. Terekhina, PhD student at the chair of psychotherapy and psychological counselling, National Research Tomsk State University
Address: 36, pr. Lenina, Tomsk, 634050, Russian Federation
Phone: (3822) 529-566
E-mail: doterekhina@mail.ru

Yulia V. Kovas, DSc in philosophy, professor, head of the laboratory of cognitive research and psychogenetics, National Research Tomsk State University, professor of genetics and psychology, Goldsmiths University of London
Address: 36, pr. Lenina, Tomsk, 634050, Russian Federation
Phone: (3822) 529-671
Адрес: United Kingdom, London, SE14 6NW
Phone: (0)207-078-5025
E-mail: y.kovas@gold.ac.uk

Издательство «Династия» выпускает научно-практический журнал «Вопросы урологии и андрологии»

Главный редактор

академик РАН, профессор **П.В.Глыбочко**
ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Заместитель главного редактора

профессор **Е.А.Безруков**
профессор кафедры урологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Журнал выпускается с 2012 года и предназначен для урологов, нефрологов, андрологов, онкологов, хирургов, акушеров-гинекологов и врачей смежных специальностей. Редакционный совет журнала широко представлен российскими и зарубежными специалистами из ведущих урологических клиник.

Журнал освещает новейшие достижения отечественной и зарубежной медицины в области урологии, нефрологии, андрологии и ряда смежных дисциплин. В журнале публикуются результаты оригинальных исследований по различной тематике, включая специально созданные рубрики по эндоскопической урологии, онкоурологии, женской урологии и пр.; обсуждаются дискуссионные вопросы в разделе «За и против»; выделены секции «Колонка для резидентов» и «Взгляд патоморфолога». Наряду с этим, в журнале представлены обзоры литературы по актуальным вопросам урологии, отчеты о наиболее важных научных конгрессах и конференциях, комментарии специалистов в отношении существующих клинических руководств и рекомендаций различных урологических ассоциаций и организаций.

Адрес: 119019, Москва, Г-19, а/я 229, Издательство «Династия». тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: red@mm-agency.ru

По вопросам подписки обращаться: тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: podpiska@mm-agency.ru

Отдел рекламы: тел.: (495) 517-7055, тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: reklama@mm-agency.ru



www.phdynasty.ru