

СТРЕСС И НАРУШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Филиппова Галина Григорьевна, filippova_galina@mail.ru, доктор психологических наук, профессор, ректор ЧУ ДПО «Институт Перинатальной и Репродуктивной Психологии». Москва, Россия.

Аннотация: В статье рассматривается проблема влияния стресса на реализацию репродуктивной функции. Анализируются устоявшиеся представления и современные данные о связи стресса с возникновением нарушений репродуктивного здоровья и успешностью лечения. Выделяются психологические факторы, влияющие на возникновение нарушений репродуктивного здоровья и эффективность лечения этих нарушений. Обосновывается необходимость разделения понятий «репродуктивная функция» и «репродуктивное здоровье». С позиции теории функциональных систем П.К. Анохина и учения о доминанте А.А. Ухтомского предлагается выявлять и оценивать не общий уровень стресса, а связь стресса с мотивацией рождения ребенка и психологической готовностью к родительству. Описываются направления и методы психологической помощи при нарушениях репродуктивного здоровья и использовании вспомогательных репродуктивных технологий. Обосновывается необходимость профессиональной подготовки специалистов для оказания психологической и психотерапевтической помощи по проблемам нарушения репродуктивного здоровья.

Ключевые слова: перинатальная психотерапия, репродуктивная психология, стресс, нарушения репродуктивного здоровья

В современном мире чрезвычайно актуальной становится проблема нарушений репродуктивной функции у женщин и мужчин. Есть два основных типа таких нарушений: осложнение зачатия и осложнение вынашивания беременности. В крайних вариантах это бесплодие (женское и мужское) и невынашивание беременности. В обоих случаях физиологическими причинами может быть как женский, так и мужской факторы.

Состояние проблемы иллюстрируется статистикой вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ): увеличением числа детей, рожденных с применением ВРТ и доли рождения детей таких детей в разных странах, а также увеличением количества клиник ВРТ [7]:

- В настоящее время в мире насчитывается около 10 000 000 детей, рожденных при помощи репродуктивных технологий
- В России таких детей более 162 000 (по данным за 2016 год)
- В 2015 году в России в результате использования ВРТ родилось около 25 000 детей, а в 2016 уже более 32 000
- Из них 470 родов по программам суррогатного материнства
- Доля родов после ВРТ в 2012 году составила 0,77% от общей доли родов в России, рожденных детей – 0,84%, в 2013 - 0,93%, в 2014 - 1,27%, в 2015 – 1,3%, в 2016 – 1,6%
- В России в 2009 году клиник ВРТ было 83, в 2015 их было уже 167, в 2016 – 199.

Такое положение стимулирует рост интереса в психологии и психотерапии к выявлению психологических причин нарушений репродуктивного здоровья, а также к поиску возможностей психологической и психотерапевтической помощи при лечении этих нарушений. Специфика лечения нарушений репродуктивной функции методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) потребовала разработки специальных подходов в психологическом консультировании и психотерапии для оказания эффективной психологической помощи пациентам. Оказалось, что в этой области прогноз успешности лечения не совпадает с тем, что понимается в других областях медицины: в большинстве случаев болезнь (само нарушение репродуктивного здоровья) не вылечивается, а желаемый результат – появление ребенка в семье – достигается другими способами. Это обстоятельство существенно изменяет понимание всех составляющих данного явления: мотивации пациентов, совпадения этой мотивации с целью лечения со стороны врачей, «внутреннюю картину болезни» у пациентов, отношения пациентов к процессу и методам лечения (в частности к возможности «протезирования» - использования донорства).

Все эти особенности и ряд других привели к необходимости разделять понятия «репродуктивное здоровье» и «репродуктивная функция». Репродуктивное здоровье – как способность самостоятельно оплодотворить, зачать, выносить и родить ребенка – в ВРТ полностью не восстанавливается, то есть люди после лечения не обретут этой возможности. ВРТ предоставляет возможность достичь рождения ребенка «обходными путями» с частичной и полной заменой (при разных формах донации) всех этих составляющих. Основная цель – появление ребенка в семье; основной подход к лечению - чтобы родители могли осуществить репродуктивную функцию, разделив ее составляющие с технологиями и другими людьми. Специфика лечения нарушений репродуктивного здоровья заключается еще и в том, что на рождении ребенка история не заканчивается: после получения результата такого лечения – рождения ребенка – надо будет продолжать реализацию репродуктивной функции в форме выращивания и воспитания ребенка. А это в свою очередь требует наличия психологической составляющей репродуктивного здоровья: психологической готовности к родительству, родительской компетентности и т.п. Психологическая неготовность к родительству сама по себе также является существенным фактором нарушения репродуктивной функции, которая может проявляться в психосоматической форме (нарушение физиологической составляющей репродуктивной функции) и в поведенческой (разные варианты нарушения репродуктивного поведения, в том числе и выбор нефертильного партнера).

Соответственно, по-другому теперь приходится оценивать факторы, связанные с возникновением нарушений репродуктивной функции и успешностью лечения эти нарушений – в частности, фактор стресса.

Традиционно в зарубежных и отечественных исследованиях в качестве психологического фактора, связанного с

возникновением нарушений репродуктивной функции и затруднениями в их лечении выделяется фактор стресса. В зарубежной психологии и психотерапии в основном делается упор на работу с состоянием переживания самих нарушений (бесплодия и перинатальных потерь), и с оптимизацией психического состояния в процессе лечения. Выделяются стрессовые факторы, оказывающие негативное влияние на успешность лечения: переживание бесплодия и невынашивания по типу утраты, физическое истощение и психический дискомфорт в процессе лечения, страх неудачи и переживание неудачи в лечении. Причем в основном все это относится к женщинам, так как именно их состояние в процессе лечения с точки зрения этого подхода требует коррекции. Роль стрессовых факторов в лечении мужчин с нарушением репродуктивной функции практически не исследуется. В качестве диагностического инструментария используются опросники на выявление тревоги, стресса, стрессоустойчивости и стратегий преодоления стресса. В терапии применяются симптоматические способы коррекции эмоционального состояния и работа с утратой [9]. При этом применения психофизиологической диагностики состояния стресса практически не встречается. Кроме того, в зарубежных исследованиях не диагностируется мотивация родительства и тем более психологическая готовность к родительству. Исключение составляет только проблема использования донорского материала, и то в форме простых вопросов о понимании процедуры и готовности к ней.

В отечественных исследованиях основным методологическим подходом является теория функциональных систем П.К. Анохина и учение о доминанте АА. Ухтомского, а также учение о гестационной доминанте И.А. Аршавского, развитое в работах А.С. Батуева, В.В. Васильевой, И.В. Добрякова, Г.Г. Филипповой [3]. В этих работах обосновывается связь стресса и тревоги с репродуктивной функцией, эволюционный смысл объединения стресс системы и репродуктивной системы, которые реализуются через врожденную связь гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и гипоталамо-гипофизарно-гонадной осей. Основной тезис состоит в том, что в тех случаях, когда действие стрессовых раздражителей выходит за границы физиологического стресса (физическое истощение, психическая травма, значительные нарушения условий среды), возникающая в ЦНС стрессовая доминанта сопряженно тормозит репродуктивную доминанту.

Помимо этого, в отечественной психологии активно изучается психологическая готовность к родительству, которая формируется на протяжении всей жизни человека. Исходя из теории функциональных систем, при реализации любой формы жизнедеятельности формируется акцептор результата деятельности, в ориентации на который строится программа достижения этого результата. Эта программа регулируется по механизму обратной связи. Формирование акцептора результата деятельности основано на учете обстановочной афферентации, в которую входит анализ наличных условий, наличный ресурс (физических и психических), прогноз будущего на основе опыта и памяти (сознательной и бессознательной, а также телесной). Многолетние исследования в области отечественной перинатальной и репродуктивной психологии показали, что нарушение онтогенеза родительской сферы и неблагоприятные ожидания от будущего (беременность, роды, изменение жизни после рождения ребенка) формируют патологический по отношению к задаче родительства акцептор результата, активизацию стрессовой доминанты и включение функциональной системы самосохранения. В этом случае возникает задача защиты родительской особи и подавление репродуктивной доминанты. В зависимости от стадии репродуктивного процесса (планирование зачатия, беременность, роды, рождение ребенка) эта задача может реализовываться в разной форме: бесплодие поведенческое или психосоматическое у женщин и мужчин, нарушение течения беременности, родовой деятельности, лактации или заботы о ребенке (послеродовые психические расстройства у женщины).

Базируясь на таком подходе работа в отечественной психологии и психотерапии ориентируется в первую очередь на коррекцию психологической неготовности к родительству. С позиций психосоматического подхода коррекция симптома без работы с его причиной не эффективна и может вести к усилению защитных механизмов. Это в свою очередь позволяет по-другому посмотреть на связь стресса с репродуктивной функцией.

В работах последних лет появились данные, внешне опровергающие связь стресса с нарушением репродуктивной функции. Метаанализ зарубежных исследований влияния стресса на успешность программ ВРТ показал, что статистически такой связи нет [8]. Однако, в анализируемых исследованиях во-первых, использовались только опросниковые методики (не применялись психофизиологические методы выявления стресса), а во-вторых, не исследовалась мотивация родительства и готовность к родительству. Как хорошо известно, запрос на рождение ребенка и мера приложенных к этому усилий вовсе не означает, что мотивация рождения ребенка адекватная и психологическая готовность к родительству есть [1, 2, 4]. В целом, конечно, люди в процессе лечения бесплодия и прохождения процедур ВРТ испытывают тревогу и стресс. Однако, как оказалось, его интенсивность не коррелирует с успешностью лечения.

В отечественных исследованиях показано, что в общем психическом состоянии женщин при бесплодии и невынашивании беременности не выявляется повышение стрессоустойчивости, повышенной тревожности, дезадаптивных защитных и совладающих стратегий, а также неудовлетворенности собой и даже своим телом (!) [2, 3]. В группе сравнения беременных и женщин с детьми эти показатели даже хуже, что в целом объясняется биологической функцией повышения тревожности и потребности в защите при реализации репродуктивной функции, а также большим количеством стрессовых факторов, связанных с выращиванием ребенка в современном мире. Появились также работы, в которых такое нарушение репродуктивной функции, как аменорея, расценивается как адаптивная защитная реакция организма в неблагоприятных условиях [5].

Можно привести также ряд аргументов из различных сторон жизни общества: успешно беременеют и делают аборт женщины в неблагоприятных условиях жизни; успешно размножаются мигранты в условиях гораздо худших, чем коренное население; женщины беременеют – и мужчины оплодотворяют – в условиях войны и т.п. Исследования на разных этнических популяциях, смоделированные в лабораторных условиях на животных, показали, что сверхблагоприятные условия ведут к снижению рождаемости, а умеренный стресс – напротив, к интенсификации

репродуктивной функции

Все это заставляет более пристально посмотреть на связь стресса и репродуктивной функции. С позиции теории функциональных систем и учения о доминанте в каждый момент времени доминировать может только одна функциональная система, которая выбирается как ведущая в плане выживаемости индивида или его адаптации к окружающей среде. А размножение биологически является формой адаптации – но не индивида, а вида. С этих позиций каждый раз решается задача целесообразности затрат ресурсов индивида и необходимости размножения. А при сверх благоприятных условиях вообще бороться за выживание не надо, равно как при сверх неблагоприятных условиях есть шанс сохранить хотя бы самих взрослых особей и переждать с размножением «до лучших времен». Ситуация осложняется тем, что оценка этих соотношений делается самим индивидом. А у человека при переходе к родительству «на кону» оказывается угроза его привычному образу жизни или отказу от приоритетных целей (что очень актуально у современных женщин, стремящихся к самореализации). Появился и новый феномен, аналогичный «феномену Барби»: страх стать «не идеальной матерью» или стать «плохой» матерью [6].

Еще одно обстоятельство подтверждает такую точку зрения на связь стресса и репродуктивной функции. Как давно известно из исследований в рамках бихевиоризма, умеренный стресс при адекватной мотивации (высокой валентности цели) повышает эффективность деятельности, в то время, как чрезмерный стресс разрушает деятельность, а недостаточный (обычно связанный со слабой валентностью цели) ее тормозит. С этих позиций получается, что рассматривать взаимосвязь стресса и репродуктивной функции надо не с точки зрения общего наличия стрессовых факторов и измерения общей стрессоустойчивости (что и делается во всех выше приведенных исследованиях) а совершенно с другой стороны. Надо выявлять связь психического состояния непосредственно с той целью, которая сейчас реализуется, и с оценкой человеком соотношения своих ресурсов и ценности достигаемой цели.

С позиции теории функциональных систем надо выявлять актуальную функциональную систему, с какой альтернативной функциональной системой она сопряжена и что мешает переводу «нужной» доминанты (в нашем случае репродуктивной) в ведущую. Другими словами способствовать формированию адекватного акцептора результата и построению эффективной программы достижения этого результата. Тогда будет включена необходимая функциональная система и исполнительные механизмы будут активизироваться в зависимости от возможностей: как коррекция психосоматических проявлений и как готовность к лечению. В итоге преодоление неблагоприятных факторов лечения нарушений репродуктивного здоровья (в частности тех, которые выявлены в ВРТ) станет для пациентов более успешным, а главное наконец совпадут цели врача и пациента в достижении результата, что также повысит эффективность лечения.

Такой подход реализуется в представляемом нами направлении репродуктивной психологии и репродуктивной психосоматики. Стратегия психологической помощи при нарушениях репродуктивного здоровья в этом подходе включает следующие позиции:

- выявление и коррекцию психологических факторов нарушений репродуктивной функции и факторов, негативно влияющих на процесс лечения;
- психологическую работу с мотивацией родительства и с мотивацией лечения;
- психологическую подготовку и сопровождение процесса лечения;
- психологическую помощь на этапе выращивания и воспитания ребенка.

Реализация данного подхода на практике требует специальной подготовки психологов и психотерапевтов в области репродуктивной психологии, репродуктивной психосоматики, психологического консультирования и психотерапии по проблемам нарушений репродуктивного здоровья и их лечения.

Литература

1. Захарова Е.И. Психология освоения родительства: научная монография. – М.: ИИУ МГОУ, 2014. – 258с.
2. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Концептуальная модель. - М.: Институт Молодежи, 1999. – 286с.
3. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология в России: современные проблемы и тенденции развития // Психотерапия. - 2015. - № 4 (148). - С.65 – 70.
4. Филиппова Г.Г. Самореализация и родительство: конфликт мотиваций в современном обществе // Психотерапия. - № 10 (166). – 2016. – С. 16 – 22. 0,75 п.л.
5. Филиппова Г. Г., Кузнецова И. В., Бурчакова М. Н., Бурчаков Д. И., Хаджиева Н. Х. Психогенные стресс-зависимые нарушения менструального цикла: роль негормональной коррекции / Современная гинекология. – Т. 2. – Медицинский алфавит. – №10 (307). – 2017. – С. 54-61
6. Филиппова Г.Г. Эмоциональное выгорание матери: новая проблема в перинатальной психотерапии // Антология Российской психотерапии и психологии. Сетевое научно-практическое издание. Материалы итогового международного конгресса «Возможности психотерапии, психологии и консультирования в сохранении и развитии здоровья и благополучия человека, семьи и общества». Москва, 12-15 октября 2017 г. С.154-159
7. Регистр ВРТ. Отчет за 2016 год. – СПб.: Российская Ассоциация Репродукции человека, 2018. – 70с.
8. Nicoloro-SantaBarbara, J., Busso, C., Moyer, A., Lobel, M., Just relax and You'll get pregnant? Meta-analysis examining Women's emotional distress and the outcome of assisted reproductive technology, Social Science & Medicine (2018), doi: 10.1016/j.socscimed.2018.06.033.
9. Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff. ESHRE Psychology and Counseling Guideline Development Group, 2014.