

Justyna Jastrzębska  
*Instytut Psychologii*  
UKSW

## **Psychologiczne aspekty niepłodności z perspektywy różnic międzykulturowych i uwarunkowań kulturowych**

### **1. Społeczne i kulturowe postrzeganie niepłodności**

Problem niepłodności dotyczy praktycznie wszystkich kultur i społeczeństw, na całym świecie. Dotyka on ok. 10-15% par w wieku prokreacyjnym (Kraaij, Garnefski, Schroevers, 2009). W ostatnich latach zwiększa się liczba par zgłaszających się po pomoc w tym zakresie, co może mieć związek z przemianami społecznymi dotyczącymi takich aspektów jak: odraczenie decyzji o posiadaniu dzieci, zwiększeniu wiedzy dotyczącej dostępnych metod leczenia oraz podniesienia ich skuteczności. Również świadomość psychologicznych konsekwencji niepłodności może mieć znaczący wpływ na podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia.

W zrozumieniu pojęcia niepłodności trzeba uwzględnić nie tylko biologiczny kontekst, ale również społeczne jej rozumienie. Socjologowie są zgodni co do stwierdzenia, że zdrowie i choroba powinny być rozumiane w sposób uwzględniający społeczno-kulturowy kontekst (Greil, Slauson, Blevins, McQuillan, 2010). Kontekst ten w badaniach nad niepłodnością jest konieczny, gdyż jednostka jest nieustannie kształtowana przez wpływy społeczne, zwłaszcza w zakresie podejmowania pożądanych przez społeczeństwo ról. Sama niepłodność określana jest jako brak pożądanego stanu, nie zaś jako obecność objawów patologicznych (tamże). Uzyskanie dodatkowych danych dotyczących tego zagadnienia jest możliwe dzięki prowadzeniu badań skupionych na psychologicznej analizie tego problemu. Daje to możliwość poszerzenia wiedzy na temat niepłodności o wiedzę m.in. na temat samooceny danej osoby czy odczuwanego przez nią stresu. W tej perspektywie niepłodność nie jest utożsamiana ze stanem chorobowym skutkującym psychologicznymi konsekwencjami, lecz raczej z ogółem uwarunkowań w sytuacji trudnej (Greil, 1997). Niepłodność ma więc wymiar społecznie skonstruowanego procesu, podczas którego ludzie stają przed wyzwaniem określenia swojej zdolności do posiadania dzieci. Jeśli dana osoba nie ma takiej zdolności odbiera to jako sytuację problemową. Taka perspektywa może pomóc w lepszym zrozumieniu odbioru społecznego tego zjawiska (Greil, Slauson Blevins, McQuillan, 2010). Konstrukt społecznego znaczenia zdrowia i choroby jest szczególnie widoczny w przypadku

niepłodności. Bez względu na to, jaką medyczną definicję tego zjawiska przyjmą lekarze, to doświadczenie niepłodności niesie za sobą wiele społecznych konotacji. Najważniejszą z nich jest fakt, że niepłodne pary nie mogą przyjąć pożądanej roli społecznej jaką jest rodzicielstwo, które wiąże się z jedną z najważniejszych przemian w życiu dorosłym, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn.

Odczuwany stres może się przejawiać poprzez odczuwanie negatywnych stanów emocjonalnych oraz problemów małżeńskich. U obojga partnerów może narastać niepokój i izolacja społeczna. Osoby niepłodne są często narażone na presję ze strony partnera lub innych członków rodziny, aby rozpocząć leczenie. Określenie siebie jako osoby niepłodnej obejmuje więc nie tylko obszar komunikacji między pacjentem a lekarzem, ale również relacje z innymi ludźmi (Kraaij, Garnefski, Schroevers, 2009).

Na poziomie społecznym, niepłodność w większości kultur wiąże się ze stygmatyzacją i tabu. Pary, które zmagają się z tym problemem są często uważane za łamiące normy społeczne. Stygmatyzacja społeczna osiąga większą intensywność w społeczeństwach, w których duże, wielodzietne rodziny są pożądane lub stanowią normę (Thorn, 2009).

Brak możliwości przyjęcia danej roli społecznej wiąże się ze stresem psychologicznym (Greil, Slauson Blevins, McQuillan, 2010). Problem ten jest szczególnie widoczny w krajach, w których brakuje środków publicznych na leczenie osób niepłodnych, przez co takie pary często zmagają się nie tylko z dyskryminacją i stygmatyzacją społeczną, ale również z dodatkowym obciążeniem finansowym w przypadku podjęcia leczenia. W niektórych kulturach niepłodność może prowadzić do separacji lub rozwodu, dzięki czemu dana osoba ma możliwość związania się z innym partnerem.

Życie bez dzieci niesie za sobą inne implikacje wobec kobiet i mężczyzn. Mężczyźni, w odniesieniu do ról społecznych są żywicielami rodziny, podczas gdy kobiety są silniej związane z samym pojęciem macierzyństwa. Z tego powodu niektóre osoby mogą czuć się napiętnowane, mieć poczucie straty, borykać się z niskim poczuciem własnej wartości (Nachtigall, Becker, Wozny, 1992). Niepłodne kobiety wykazują tendencję do uzewnętrzniania własnych stanów emocjonalnych w większym stopniu niż mężczyźni (Freeman, Boxer, Rickels, Tureck, Mastroianni, 1985). Takie zachowania mogą być intensywniejsze w kulturach, w których macierzyństwo jest rozumiane jako główna rola kobiet. Również oczekiwane w stosunku do mężczyzn role społeczne mogą determinować ich powściągliwość w wyrażaniu własnych uczuć i emocji. Często jest to przeszkodą w leczeniu, zarówno medycznym jak i psychologicznym.

## 2. Psychologiczne aspekty niepłodności z perspektywy płci

Badania nad psychologicznymi aspektami niepłodności wskazują, że kobiety i mężczyźni w różny sposób reagują na informację o własnej niepłodności i podejmują odmienne działania, żeby sobie z tym poradzić (Newton, 2006). Potwierdzają to badania Greila (1997), który podkreśla, że niepłodność jest zasadniczo odmiennym doświadczeniem dla kobiet i mężczyzn.

Najczęstszymi, zwykle współwystępującymi konsekwencjami niepłodności jest odczuwanie stresu, stanów depresyjnych i lęku (Anderson, Sharpe, Rattray, Irvine, 2003). Wiele badań potwierdza zwiększone ryzyko wystąpienia depresji u niepłodnych par w porównaniu do par płodnych (Lukse, Vacc, 1999). Takie osoby mogą doświadczać poczucia utraty własnej tożsamości oraz braku kompetencji potrzebnych do funkcjonowania w związku. Dodatkowo osoby niepłodne mogą postrzegać siebie jako „wadliwe” (Deka, Sarma, 2010).

Niektóre badania wskazują, że w kontekście zdrowia psychicznego - zarówno niepłodne kobiety jak i mężczyźni - nie wyróżniają się na tle populacji, jednak reakcje depresyjne i poczucie beznadziei są typowe dla tej grupy i występują w niej często. Ponadto obserwuje się u tych osób wyższy poziom lęku (Hammer Burns, Covington, 2006; Oddens, Tonkelaar, Nieuwenhuyse, 1999). Osoby borykające się z niepłodnością, oprócz doświadczania stanów depresyjnych i poczucia bezradności, zgłaszają również pogorszenie relacji w związku (Abbey, Andrews, Halman, 1991). Z badań wynika, że w odniesieniu do grupy kontrolnej niepłodne kobiety nie wykazują większej ilości objawów psychopatologicznych, jednak narażone są na odczuwanie wyższego poziomu niepokoju (Beutel, Kupfer, Kirchmeyer, Kehde, 1998; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, 2004) i stresu (Jordan, Ferguson, 2006), zaś występujące u nich stany depresyjne mogą przybierać podobną formę do stanów występujących u osób chorych na raka lub cierpiących na choroby serca (Deka, Sarma, 2010). Wiele niepłodnych kobiet deklaruje poczucie „uciekającego czasu” (Martin-Matthews, Matthews, 2001). Odczuwany stres może dotyczyć nie tylko życia osobistego, ale również kontekstu społecznego i seksualnego. Może być to związane z faktem, że kobiety postrzegają posiadanie dziecka jako bardziej istotne niż ich mężowie (Batterman, 1985).

Badania Williamsa (1997) dowiodły, że niepłodne kobiety odczuwają negatywne emocje w stosunku do własnej osoby, mają poczucie własnej niedoskonałości i bezwartościowości. Negatywny afekt wyraża się m.in. w poczuciu izolacji, odczuwaniu gniewu, smutku, stanów depresyjnych oraz niskiej satysfakcji z życia. Pojawia się również zazdrość wobec innych kobiet, co często prowadzi do izolowania się lub zrywania kontaktu z koleżankami, które stały się matkami (por. także: Thorn, 2009).

Badania podłużne wskazują, że niepłodność, bez względu na przyczyny które ją spowodowały, jest dla mężczyzn źródłem stresu (Peronace, Boivin, Schmidt, 2007). Abbey, Andrews oraz Halman (1991), na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzili, że niepłodność mężczyzn ma związek z postrzeganiem przez nich życia rodzinnego jako bardziej stresującego. U kobiet stres wywołany z powodu bezpłodności nie przekłada się bezpośrednio na zaangażowanie w sprawy rodzinne i działalność domową. Ponadto niepłodni mężczyźni częściej niż kobiety przyczyniają się do powstawania konfliktów w związku. Autorzy zauważyli również, że niepłodni mężczyźni są bardziej pewni, że w przyszłości będą mieć biologiczne dziecko niż niepłodne kobiety.

W skalach depresji oraz lęku ujmowanego jako cecha mężczyźni uzyskali wyniki wyższe niż ich partnerki. Wyniki badań wskazują także, iż doświadczają oni większego stresu związanego z życiem rodzinnym i funkcjonowaniem w domu (Baluch, Nasser, Aghsa, 1998).

Radzenie sobie z doświadczeniem niepłodności u mężczyzn częściej związane jest z chęcią zdobywania przez nich informacji i podejmowania konkretnych działań. Kobiety natomiast częściej reagują w sposób emocjonalny i poszukują wsparcia u bliskich (Newton, 2006). Abbey, Andrews i Halman (1991) wskazują, że kobiety częściej niż mężczyźni wybierają strategie radzenia sobie skupione na problemie niepłodności oraz wykazują większą chęć ucieczki przed tym problemem. Lazarus (1998) podkreślał, że mimo dużych różnic, każda z tych strategii może prowadzić do poprawy sytuacji i polepszenia komfortu psychicznego zaangażowanej w nią osoby. Zarówno skupienie na problemie i chęć jego rozwiązania, jak i okresowa chęć ucieczki, odciążenia się od trudnej sytuacji, mogą być skutecznymi sposobami na poradzenie sobie.

Niezwykle istotną kwestią dotyczącą niepłodności jest przypisywanie sobie bądź komuś winy. Okazuje się, że w sytuacji, gdy tylko jedna z osób ma potwierdzone diagnostycznie problemy z płodnością, to mimo tego faktu, może ona przypisywać odpowiedzialność za swój stan partnerowi. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn (Abbey, Andrews, Halman, 1991). Jednocześnie badania wskazują na tendencję występującą u niepłodnych kobiet, które przypisują sobie większą odpowiedzialność za zaistniałą sytuację niż czynią to ich partnerzy. Okazuje się również, że mężczyźni częściej przenoszą odpowiedzialność na czynniki sytuacyjne. Kobiety dotknięte problemem niepłodności postrzegają siebie jako posiadające większą kontrolę nad sytuacją i mające większe możliwości rozwiązania tego problemu. W analogiczny sposób niepłodni mężczyźni postrzegają swoje partnerki jako mające większą kontrolę nad możliwością poprawy sytuacji. Tak więc w sytuacji, gdy małżeństwo boryka się z problemem niepłodności, to bez względu na to, który z małżonków ponosi „biologiczną” odpowiedzialność za ten stan, kobiety postrzegają siebie i jednocześnie są postrzegane jako sprawujące większą kontrolę

nad sytuacją i mające większe możliwości jej zmiany (Abbey, Andrews, Halman, 1991).

Większość badań wskazuje na istotność komunikacji między partnerami oraz chęci zrozumienia drugiej osoby. Poziom porozumienia między małżonkami wobec problemu niepłodności oraz ich sposoby radzenia sobie z tą sytuacją mają znaczący związek z zadowoleniem ze związku (Newton, 2006; Lechner, Bolman, van Dalen, 2007).

### **3. Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna**

W początkowym okresie badań nad niepłodnością skupiano się głównie na aspektach biologicznych. Obecnie w odniesieniu do badań, które sugerują, że około połowa niepłodnych osób boryka się z tym problemem z powodów innych niż medyczne, zaczęto przywiązywać większą wagę do psychopatologii (Thorn, 2009).

Istnieje niewiele badań poświęconych psychoterapii osób dotkniętych niepłodnością, jednak większość z nich wskazuje na pozytywne efekty jej stosowania (Deka, Sarma, 2010).

Thorn (2009) podkreśla że wsparcie emocjonalne i próby zrozumienia problemów danej osoby mogą wyraźnie wspomóc proces leczenia. Również wynik leczenia niepłodności może być regulowany przez czynniki psychologiczne. Większość przeprowadzonych na ten temat badań dowodzi, że wysoki poziom stresu u kobiet może negatywnie wpływać na możliwość zajścia w ciążę (Sanders, Bruce, 1999; Smeenk, Verhaak, Eugster, Van Minnen, Zielhuis, Braat, 2001). Jednocześnie wiele badań wskazuje na istnienie wyraźnego związku pomiędzy objawami psychologicznymi a skutecznością leczenia niepłodności. Odpowiednie oddziaływania psychologiczne mogą więc wspomóc proces leczenia i wpłynąć na możliwość poradzenia sobie z tym problemem.

### **4. Problemy metodologiczne badań**

W badaniach nad niepłodnością wyróżnia się dwa podejścia - metody jakościowe oraz badania wykorzystujące techniki ilościowe, bazujące głównie na historii klinicznej pacjentów.

Badania opierające się na metodach jakościowych częściej odnoszą się do społecznych warunków oddziałujących na pacjentów oraz osobistych ich doświadczeń i świadomości różnych aspektów doświadczanej sytuacji. Badania te opierają się często na stwierdzeniu, że subiektywny odbiór problemu niepłodności jest kształtowany przez kontekst społeczny (Greil, Slauson Blevins, McQuillan, 2010). Badania zorientowane klinicznie wykorzystują wystandaryzowane narzędzia do oceny psychologicznej. Oba podejścia badań rzadko się przenikają, co skutkuje

ciągłym podziałem w świecie naukowym. Większość badań jest ograniczona metodologicznie ze względu na niewielkie grupy osób badanych, co prowadzi do trudności w przełożeniu wyników na całą populację. Dodatkową trudność stanowi konieczność zbadania diad małżeńskich, w których zwykle małżonkowie mają różne poglądy na temat uczestnictwa w badaniach. Sam problem niepłodności może być odbierany przez nich jako niezwykle osobisty, co może zniechęcać do dzielenia się swoimi doświadczeniami. Uniemożliwia to badaczom uzyskanie obiektywnych wyników i spojrzenie na problem z odpowiedniej perspektywy. Niemniej zagadnienie to jest niezwykle ważne i konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań, które będą uwzględniały nie tylko biologiczne aspekty niepłodności, ale również bardzo istotną sferę psychiczną.

### **Bibliografia:**

- Abbey, A., Andrews, F., Halman, L. (1991). Gender's role in responses to infertility. *Psychology of women Quarterly*, nr 2 (15), 295-316.
- Anderson, K., Sharpe, M., Rattray, A., Irvine, D.(2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of psychosomatic research*, nr 4 (54), 353-355.
- Baluch, B., Nasser, M. and Aghssa, M. (1998) Psychological and social aspects of male infertility in a male dominated society, *Journal of Social and Evolutionary Systems*, nr 1 (21), 13– 20.
- Batterman, R. (1985). A comprehensive approach to treating infertility. *Health & Social Work*, nr 1 (10), 46-54.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S. (1998) Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI, *Andrologia*, nr 1 (31), 27–35.
- Deka, K., Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *BJMP*, 3(3), 336.
- Freeman, W., Boxer, S., Rickels, K., Tureck, R., Mastroianni, L. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and sterility*, nr 1 (43), 48-53.
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social science & medicine*, nr 11 (45), 1679-1704.
- Greil, A., Slauson Blevins, K., McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness*, nr 1 (32), 140-162.
- Jordan, C., Ferguson, R. (2006). Infertility-related concerns in two family practice sites. *Families, Systems, & Health*, nr 1 (24), 28.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Schroevers, M. (2009). Coping, goal adjustment, and positive and negative affect in definitive infertility. *Journal of Health Psychology*, nr 1, (14), 18-26.
- Lazarus, R. (1998). The costs and benefits of denial. *Fifty years of the research and theory*

- of *RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*, nr 1, 227-251.
- Lechner, L., Bolman, C., Van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, nr 1 (22), 288-294.
- Lukse, M., Vacc, N. (1999). Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetrics & Gynecology*, nr 2 (93), 245-251.
- Martin-Matthews, A., Matthews, R. (2001). Living in time: multiple timetables in couples' experiences of infertility and its treatment. *Minding the Time in Family Experience: Emerging Perspectives and Issues*. New York: JAI and Elsevier Science.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S., Stein, M. (2004) Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function, *Urology*, nr 1 (63), 126-30.
- Nachtigall, R. Becker, G., Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and sterility*, nr 1 (57), 113-121.
- Newton, C. (2006). Counseling the infertile couple. *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* New York: Parthenon Publishing, 143-155.
- Oddens, B., den Tonkelaar, I., Nieuwenhuysse, H. (1999) Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey, *Human Reproduction*, nr 1 (14), 255-61.
- Peronace, L., Boivin, J., Schmidt, L. (2007) Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, nr 2 (28), 105-14.
- Sanders, K., & Bruce, N. (1999). Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, nr 6 (14), 1656-1662.
- Smeenk, J., Verhaak, C., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, G., Braat, D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, nr 7 (16), 1420-1423.
- Sydsjö, G., Wadsby, M., Kjellberg, S., Sydsjö, A. (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study. *Human Reproduction*, nr 12, (17), 3242-3250.
- Thorn, P. (2009). Understanding infertility: psychological and social considerations from a counselling perspective. *Int J Fertil Steril*, nr 2 (3), 48-51.
- Williams, M. (1997). Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in private practice*, nr 3 (16), 7-26.