

ПСИХОСОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА РЕАКЦИЯТА НА СКРЪБ У МАЙКАТА СЛЕД НЕУСПЕШНА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ

¹Милена Димитрова, ¹Данчо Дилков, ¹Галина Димитрова,
²Стоян Везенков, ²Росица Дойновска

¹Военномедицинска академия – София

²Югозападен университет „Неофит Рилски“

Резюме. При преживяването на скръб и загуба от неуспешна бременност след асистирана репродукция възникват сериозни емоционални последици за жените и двойката, като цяло. От изключително значение е да се локализируют философско-екзистенциалните страхове на „несбъднатата“ майка, за да се работи целенасочено с проявите на развилата се вече реакция на скръб. На лице е сериозен медико-психосоциален проблем, заслужаващ да бъде изследван поради широкия философско-етичен отзвук, който предизвиква. В някои случаи реакцията на загуба може да доведе до отказ от следващи опити, „отключване“ на депресия или други психични заболявания. В настоящата разработка авторите представят собствено проучване, в което участват 29 жени на възраст 28 – 43 години, оценявани с два стандартизирани самооценъчни психологически въпросника за депресия и тревожност – интервю и анкетна карта. Пациентките най-често преживяват трудно загубата, споделят симптоми на общ стрес, депресивно и тревожно състояние. Категорични са, че имат необходимост от индивидуална и групов психосоциална работа за преодоляване на загубата.

Ключови думи: неуспешна бременност; асистирана репродукция; философски и социални аспекти; преодоляване на скръб

Цел

В съвременния свят безплодието (инфертилитетът) може да се лекува и така всяка двойка/жена, която има проблем със зачеването и износването на плода, има възможност да забременее и да има дете (Sydsjo et all., 2005: 16). Научните и медицинските постижения в тази област дават възможност да се разберат по-добре и да се оценят психосоциалните проблеми и емоционалните потребности на инфертилните пациенти (Gameiro, Canavarro & Boivin, 2013: 3; Gameiro, Verhaak, Kremer & Boivin, 2013: 4). С цел намаляване на

риска от ранни и късни спонтанни аборти и възникване на усложнения по време на бременността се препоръчва провеждане на редица изследвания преди извършването на асистирано оплождане.

Теоретични предпоставки

Дълго време в клиничната практика и научните изследвания не се придава особено значение на психическата преработка на абортите, защото повечето от тях се случват в ранен срок на бременността. Изхождайки от факта, че връзката с растящия плод се образува по-късно, при появата на движенията на бебето, лекарите обичайно не обръщат внимание на това. Те съветват по-скоро да се забременее отново и да се забрави за аборта. Но в психологически аспект това не е достатъчно (Montagnini, Blay, Novo, De Freitas & Cedenho, 2009: 11; Nightingale, Yarnold & Greenberg, 1991: 12; Verhaak, Smeenk, Eugster, Van Minnen, Kremer & Kraaimaat, 2001: 20), тъй като отсъствието на ритуални форми на траур прави тази загуба неосъществена и допуска психическа преработка от вид „скрит траур“. Появяват се ясно изразени, устойчиви, понякога удължени реакции на скръб, които са частично сравними с тези при загуба на близък човек (Boivin, Griffiths & Venetis, 2011: 1, Greil, 1997: 6; Karatas, Barlow-Stewart, Meiser, McMahon, Strong, Hill, Roberts & Kelly, 2011: 7). При интензивното изучаване на етиологията на спонтанните аборти е установено, че значителна част от тях, около 25 – 50%, нямат установена органична причина. В течение на няколко десетилетия изследователите се опитват да намерят връзката между неизносването на бременността и психосоматиката, да обяснят спонтанния аборт като психосоматично разрешение на конфликти, касаещи екзистенциално-философски проблеми с женствеността и майчинството (Deutsch, 1954; Peins, 1990). Някои автори предполагат, че повторните аборти създават порочен кръг на страх, депресия и психосоматични усещания, които способстват нов аборт вследствие на невроендокринни изменения и усилен маточни контракции (Hertz, 1980; Molinski, 1980). Поради това е от изключително значение да се минимизират емоционалните последици за пациентите и двойката, като цяло, както и да се работи целенасочено с проявите на развитата се вече реакция на загуба.

Хипотези

Пациентките със стерилитет обикновено навлизат в една емоционална спирала: първоначално получават резултати от изследване, доказващо, че естествено забременяване е невъзможно. Лошата вест в по-голямата част от случаите носи със себе си и добрата, че е възможно забременяване, но чрез ART. По този начин, съвместявайки две противоположни по значение новини, усещането на гняв, разочарование, потиснатост (депресивно състояние) от първата новина се смесва с усещането за тревожност от предстоящите ин-

тервенции с неизвестен край от втората новина (VanEmpel, Nelen, Tepe, VanLaarhoven, Verhaak & Kremer, 2010: 18, Verhaak, Lintsen, Evers & Braat, 2010: 19). Така пациентката навлиза в състояние на максимална депресивна и тревожна реактивност и често започва да развива вътреличностна криза (Chiaffarino, Baldini, Scarduelli, Bommarito, Ambrosio, D'Orsi, Torretta, Bonizzoni & Ragni, 2011: 2, Peterson, Newton & Feingold, 2007: 13; Peterson, Newton & Rosen, 2003: 14; Vezenkov, 2015: 23). Процесът се усложнява от факта, че пациентките обикновено избират да преминат в мълчание през процедурите, тъй като при стерилитет не е социално приемливо да се оповестява загубата; лекарите съветват пациентките да разглеждат проблема не от емоционален, а от философски аспект – отстранявайки личната история. За съжаление, дори и след вземане на решение за асистирана репродукция често се случват първични неуспешни опити или загуба на плода в ранните месеци на бременността. Именно последните са повод за настоящото изследване.

Авторите са специалисти в областта на психичното здраве и в своята практика са се сблъскали и работили нерядко с т.нар. „пет стадия на скръб“, забелязани и изследвани най-напред при терминално болни пациенти от Елизабет Кюблер-Рос и описани в книгата ѝ „За смъртта и умирането“ (Elisabeth Kübler-Ross, 1969). Моделът не се отнася само до преживяването на смъртта, а до всички травматични, траурни и скръбни реакции, които могат да се породят от лоши вести, като хронично заболяване, зависимост, стерилитет, загуба на работа, доходи и т.н. (Kübler-Ross, 1969: 9). Цикълът на скръбта всъщност е цикъл на промяната, чрез която се решават реакциите към травмата. Стадиите, известни като DABDA (от англ. – Denial, Anger, Bargaining, Depression, Acceptance), са следните.

Отричане – отричането и изолацията са първият етап в процеса на преживяването на скръб: „Чувствам се добре“, „Това не може да се случва, не и на мен“.

Гняв – настъпва предимно в периода, когато Отричането преминава и започва възприемането на настоящата реалност: „Защо точно аз?“, „Не е честно“, „С какво заслужих това?“.

Сделка – строго индивидуално е преминаването през този период: „Ще променя начина си на живот само ако...“, „Бих дал..., за да не продължава това дълго“.

Депресия – когато чувството на загуба се окаже реално, често включва тъга, песимизъм, отчаяние, вина, отдръпване: „Толкова ми е тежко, защо да се натоварвам още?“, „Какъв смисъл има всичко това?“.

Приемане – след етапа на Депресия навлизаме в етап на Приемане на загубата (Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat & Braat, 2007: 21): „Всичко ще се разреши по един или друг начин“, „Аз ще се справя“.

Тези пет стадия се характеризират с вариативност. Те не са ригидна серия от последователни и времево ограничени фази, а общ модел. Стадиите не про-

тичат еднакво при всички хора. Някои от стадите могат да бъдат пропуснати, макар това да се случва рядко, други могат да бъдат неколккратно преживявани, без това да е регрес. Местата на някои стадии могат да бъдат разменени.

Изследвани лица

Изследвани са двадесет и девет жени, дали съгласие да участват в настоящото проучване, като всички са преживели спонтанна загуба на ембриона на фона на използване на асистиран репродуктивни технологии. Дванадесет от изследваните жени са преживели първи неуспешен опит, осем са с втори, пет – с неуспешен трети, а четири жени са с четвърти неуспешен опит за забременяване и износване на плода. Изследваните лица са пациентки на различни клиники по репродуктивно здраве в София и други големи градове. Изследваните жени са на възраст от 28 до 43 години, повечето са семейни или живеят на семейни начала с партньора си. Пациентките са преживели минимум един неуспешен опит за асистирана репродукция, като някои от тях имат до четири такива.

Методи

Настоящото изследване се състои от интервю, анкетна карта (съставена за конкретното изследване), скрининг-тест за депресия и тревожност.

1. Самооценъчната депресивна скала на Уилям Зунг се състои от 20 твърдения (William Zung). Установява се състоянието на изследваното лице в последните 7 дни от момента на попълването им в четири степени: никога или рядко (1), понякога (2), често (3) и много често или винаги (4).

2. Самооценъчният тест на Уилям Зунг (SAS – Self Rating Anxiety Scale) съдържа 20 твърдения, 5 от които са афективни и 15 соматични (Zung, 1976). Установява се състоянието на пациента до 7 дни и се оценяват количествено в 4 степени.

3. Анкетна карта, която се състои от шест въпроса. Чрез нея се събират данни относно възрастовата група, брой опити за забременяване чрез АРТ, семейно положение и оценка относно очакванията на пациентките за ефективността на процедурите.

4. Интервю, което е проведено с всяка участничка в изследването; продължителността му е 45 – 50 минути. Интервюто подпомага разбирането на вътрешните преживявания на пациентките.

Резултати

В това проучване авторите прилагат модела на Елизабет Кюблер-Рос към модела на хронична криза при стерилитет. Д-р Рос определя модела като „подготвителна скръб“ за пациентите и „предшестваща загубата скръб“ за близките им. Жената преживява, от една страна, загубата на възможността да

има „естествено очакваното и полагаемото се“ в плана на житейската перспектива; от друга страна, преживява допустимата загуба, включена в настоящите възможности на асистираните репродуктивни технологии, чиято средна успеваемост е около 30%. Тя пристъпва към медицинските интервенции когнитивно подготвена, но не и емоционално подготвена за неуспех.

Представените тук изследвания върху реакциите на скръб при загуба след асистирана репродукция са „подпомогнати“ от теоретичната основа на модела на Кюблер-Рос. По тази причина по-долу са представени стадите на скърбене, приложени към разглежданата от авторите проблематика.

Отричане: към този стадий отнасяме действията по отлагане с месеци и дори години посещението при специалист по репродуктивна медицина. Всеки месец преживяват усложняваща се реакция на загуба, предпочитайки да се адаптират към нарастващата тревожност и потиснатост вместо към реалността. Състоянието, при което двойката вече е диагностицирана, първоначалните проблеми са открити, но те се омаловажават и пренебрегват, също е форма на отричане. В социалнопсихологичен смисъл „криенето“ на проблема също е форма на отричане.

Гняв: фазата на гнева обикновено се разпознава от самия човек като най-трудния период от всички. Изключително мъчителни са обвиненията и яростта срещу Бог, хората, бременните, бебетата, хората без репродуктивни проблеми, лошите родители, изоставящите децата си майки, многодетните семейства, родителите, които се оплакват от децата си. Тук се отнасят и чувства като завист и вина. На този етап терапевтичното въздействие е много трудно поради интензитета на емоциите. Обикновено завръщанията към тази фаза са по-чести в сравнение с останалите фази.

Сделка: това е етапът на активен конфликт между убеждения и чувства. Ясното разбиране на неизбежността на промяната в живота води до когнитивен дисонанс, който в тази фаза се трансформира в идея за изпробване на различни алтернативи. Смисълът на този стадий се състои в раздялата с бездействието и личното откриване на безсмислието да се бездейства.

Депресия: дълго потисканото чувство на отчужденост от света тук намира израз в социално оттегляне. Чувствата на изоставеност и самота, на отчаяние и пустота стават водещи. Оставането във фазата на Депресия води до неразрешаване на цялата криза по скърбене, което в случай на осиновяване или живот без деца води до постоянно тъгуване по физическата невъзможност да имаш собствени деца, както и до трудности в осъществяване на добра емоционална връзка с осиновеното дете. Възможността за изживяване на Депресията дава шанс на приемането.

Приемане: сбогуването с надеждата за генетично дете е дълъг процес, приключващ с етапа на Приемане. Намалява интензитетът на скръбта. Тук приключва процесът по взимане на решение за бъдещето: осиновяване, живот

без деца или за използване на медицинските възможности докрай, но не и на всяка цена. Рискът в интерпретацията на приемането се състои в това да му се придаде смисъл на примирение. Примирението и Приемането са два различни процеса: първият е неефективен и съдържа характеристики на отложени и маскирани реакции на скръб, докато вторият е резултат от интензивен преживелищен опит, трансформирал базови убеждения и мироглед.

При наличие на хронична загуба при стерилитет в модела на усложнена скръб е възможно да настъпи **Застой**. Това е възможността за „заклучване“ в дадена фаза, като по-голяма е вероятността това да стане в пасивни фази, отколкото в активни. В над 80 % „закличането“ се случва в Депресивната фаза. Възможно е обаче, „заклучване“ и в активна фаза, каквато е Гневът, която крие рискове поради енергетичния потенциал, който носи. Заклучването в стадия на Отричане често има психотичен израз.

Възможно е да се наблюдава и **Завръщане към фаза (регрес)**. Понякога навлизането в следваща фаза, чиято неефективност е вече доказана, предизвиква завръщане към стара, по-удобна стратегия. Често се наблюдава завръщане към Гнева тогава, когато Сделката не работи. Можем да определим Застоя и Завръщането като затворен цикъл на незавършената промяна.

Често срещано е и **Отложено действие на цикъла на скръб**. Най-лошата новина е „да няма такава“. Когато е открит медицински проблем, има конкретна терапевтична стратегия. Т.нар. „неизяснен фактор“ е хроничен стресор, към който пациентите се адаптират и спрямо който понякога развиват магическо мислене и фатализъм. Тогава процесът по скърбене е невъзможен, тъй като няма сигурност за какво точно и как да се скърби.

Трябва да се каже, че във всяка една фаза на скръб се извършват асистирани опити за забременяване, както и във всяка една фаза се постига бременност. Повечето инвитро опити са неуспешни. Реакциите към тях протичат и като стресови реакции, и като реакции на усложнена скръб в целия патологичен спектър на хронична, отложена, интензифицирана, маскирана, т.е. нерешена скръб. Многообразната симптоматика на реакциите допълва картината на хроничната криза. Тук клиничната психосоциална работа, психотерапията и психологичното консултиране трябва да се срещнат в общо работно пространство, за да се консолидират възможностите и целите им.

Чрез проблематиката, разглеждана в тази работа, авторите се опитват да „уточнят“ в коя конкретна фаза на скръб се намира всяка една пациентка, изследвана от тях, което в контекста на нейната лична житейска и медицинска история (брой неуспешни опити за зачеване и износване на плода) да доведе до разработването на модел за работа относно по-лесното и ефективно преодоляване на фазите на скръб. В таблици 1, 2 и 3 се представят резултатите от изследването.

Таблица 1. Резултати от използваната анкетна карта

Брой неуспешни опити за забременяване и износване на плода чрез ART	Брой изследвани лица	Обща информация от анкетната карта
Първи опит	12	Възраст 28 – 36 г. Живеят в голям град. Всички са омъжени или живеят с партньорите си. Налице е обща положителна оценка относно асистираната репродукция. Вярват, че ще имат успех. Приемат психосоциална работа.
Втори опит	8	Възраст 35 – 39 г. Живеят в голям град. Всички са омъжени или живеят с партньорите си. Налице е обща положителна оценка относно процедурите по асистирана репродукция. Амбивалентни по отношение на успешна лична процедура. Приемат психосоциална работа.
Трети опит	5	Възраст 39 – 43 г. Живеят в голям град. Всички са омъжени или живеят с партньорите си. Налице е обща положителна оценка относно процедурите по асистирана репродукция. Не вярват, че ще имат успех. Амбивалентни към психосоциална работа.
Четвърти опит	4	Възраст 41 – 43 г. Живеят в голям град. Всички са неомъжени или не живеят с партньора си. Споделят обща положителна оценка относно процедурите по асистирана репродукция. Не вярват, че ще имат успех. Амбивалентни към психосоциална работа.

Таблица 2. Резултати от проведеното интервю, скрининг тестове за депресия и тревожност

Брой неуспешни опити за забременяване и износване на плода чрез ART	Изследвани лица	Резултати от тест за изследване на Депресия	Резултати от тест за изследване на Тревожност	Споделени емоции в интервюто
Първи опит	5	-	-	Гняв, съмнения, разочарование
	7	Лека степен	Лека степен	Гняв, тъга, мъка
Втори опит	3	-	-	Спокойствие, вяра
	5	Лека степен	-	Примиреност

Трети опит	2	Лека степен	-	Амбивалентност – гняв, потиснатост, мрачност
	3	-	Лека степен	Спокойствие, вяра
Четвърти опит	1	-	-	Гняв
	2	Лека степен	-	Скръб, разочарование
	1	-	-	Спокойствие, вяра

Таблица 3. Фаза на „реакция на загуба“ – специфична за стерилитета

Брой неуспешни опити за забременяване и износване на плода чрез ART	Изследвани лица	Вероятна (приблизителна) фаза на реакция на загуба – „специфична за стерилитета“ при спонтанен аборт
Първи опит	5	Фаза на Отричане
	7	Фаза на Гняв
Втори опит	3	Фаза на Приемане
	5	Наличие на Застой, във фаза на Депресия
Трети опит	2	Регрес към фаза на Гняв
	3	Фаза на Приемане
Четвърти опит	1	Регрес към фаза на Гняв
	2	Фаза на Депресия
	1	Фаза на Приемане

От таблиците ясно се вижда, че вероятната фаза на загуба – „специфична за стерилитета“, спрямо конкретното изследване не е пряко свързана (във възходящ ред) с броя неуспешни опити за забременяване и износване на плода. Тук се има предвид, че фаза на Приемане постигат пациентки както след четвърти неуспешен опит, така и след трети и дори втори такъв. От друга страна Регрес към ранната фаза на Гняв и зацикляне във фаза Депресия се наблюдава и след четвърти неуспешен опит. Това в известна степен е обезпокоително, но от друга страна, поставя директно въпроса за изключително важната психосоциална дейност от опитни специалисти по отношение на ранно откриване на фазите на загуба, в които се намират пациентките, и последваща интензивна работа.

Обсъждане

От представените по-горе таблици и данни става ясно, че голяма част от изследваните лица се оценяват с лека депресия. В този смисъл обаче, това е фоновото състояние, съпътстваща емоция при инфертилитет и спонтанен аборт. Депресията е характерна най-вече при повтарящи се неуспешни опити за забременяване и износване на плода, характерни личностови особености у пациентите, както и недостатъчна подкрепа от външната среда. Състоянието на депресивност е специфично за стерилитет, като то е различно от депресивните състояния, характерни при загуба на близък, тежки соматични заболявания и депресията като психично разстройство.

При тревожността нещата протичат аналогично както при депресията. Пациентките преживяват с безпокойство повечето процедури от ART. В интервюто споделят, че за преодоляване на вътрешната им тревожност им помагат в голяма степен информираността за стерилитета и предстоящите процедури, както и активното лично съдействие, докато пасивното очакване увеличава усещането на безпомощност и безпокойство. Възможността да се споделят мисли и чувства по отношение на опита от стерилитет с другите и да се получава подкрепа от тях, е от решаващо значение за адаптивно поведение при двойките с безплодие, както и за намаляване на симптомите им на тревожност.

Интервюто, като метод на изследване, е може би най-субективният и най-трудоемък за използване метод, но за сметка на това разкрива най-лични аспекти от емоционалния живот на пациента. Интервютата дадоха възможност да се докоснем и усетим общите нива на стрес, депресивност и тревожност на пациентите. В интервюто повечето пациентки назовават отделни симптоми, като напрежение и болки в главата и гърба; сърцебиене; „нервен стомах“; чувство на умора; тревога; безпокойство; напрегнатост; трудности в концентрацията, паметта, общуването; неспокоен сън; чувство за вина, тъга; загуба на доверие в близките, в себе си и др. Тук се разгръща и потребността от социална подкрепа като начин по-лесно да се преодолеят негативните преживявания от „загубите“ при процедурите от ART.

В анкетната карта са зададени въпроси, които засягат социобиографични данни за пациентките, техните очаквания и предложения за психосоциална работа, които засягат много пряко спецификата на конкретното изследване и се конкретизират и обединяват в „групова работа за подкрепа на жени, преживели неуспешни ART“.

Тук е мястото да се поясни, че реакцията на загуба е хронична, екзистенциална криза, която не може да започне и завърши по класическия начин, защото „пациентите имат надежда, че ще успеят следващия път“. Поради тази причина най-често не е възможно категорично да се определи в коя фаза на загуба се намира пациентката, а само да се види в коя част на цялостната реакция на загуба при стерилитет е тя, съдейки най-вече по данните от интервютата и анкетната карта.

Изводи и заключение

След всичко казано дотук може да се направят следните изводи, основани на резултатите от изследването. Пациентките, преживели спонтанен аборт след асистирана репродукция, най-често преживяват трудно загубата, ситуирани най-вече във Фазата на Гняв и Депресивната фаза. Те споделят симптоми на общ стрес, депресивно и тревожно състояние. Категорични са, че имат потребност от индивидуална и групова работа за преодоляване на загубата.

На глобално ниво специалистите по психично здраве, ангажирани в областта на консултиране при инфертилитет, предлагат сравнително адекватна психологична грижа за пациентите чрез програми и насоки за практическо обучение, както и чрез налагане на професионални изисквания и стандарти за работа. Така че може да се каже, че консултирането при безплодие е млад и динамично развиващ се сектор, състоящ се от екип от специалисти от различни хуманитарни и медицински специалности, за да се осигури цялостна грижа за пациентите, включваща повишаване на информираността и подобряване на реакциите им спрямо лечението. През последните години изследователите започват все по-категорично да твърдят, че стресът влияе на приемането и качеството на лечението. Установени са много ефекти на стреса, имащи отношение към изхода от лечението. След многобройни опити за забременяване пациенти, които са в дистрес например, са склонни да прекратят лечението, ако нямат добра прогноза за забременяване. Ето защо в медицинските центрове, занимаващи се с репродукция, трябва да са налице програма и обучение на членовете на професионалния екип, за да бъдат готови да подкрепят двойката, докато тя преминава през програма по асистирана репродукция. Тук трябва да се засегнат морално-етичните и философско-екзистенциални аспекти при възприемането на стерилитета от специалистите от помагащите професии, за да бъдат реално полезни на своите пациенти. Необходимо е да се отбележи, че огромна част от човешкия живот гравитира около създаването и отглеждането на потомство и в този смисъл способността на жената да зачене, е свързана със самооценката, идентичността, сексуалността, самочувствието, успеваемостта. Невъзможността да се зачене по естествен начин, е вид загуба и макар и метафорично, е свързана със смъртта. Аналогията между загуба на любим човек и „липсата на възможност да имаш бебе“ са основателни. При стерилитет загубата в голяма степен е предварителна и изцяло интимна.

Вземайки предвид гореописаното, трябва да се предложи комплексен подход при лечение на безплодие – чрез включване на мултидисциплинарна професионална помощ при извършване на медицинските процедури.

REFERENCES

Boivin, J. & Griffiths, E. & Venetis, C.A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*, 342, d223.

- Chiaffarino, F. & Baldini, M.P. & Scarduelli, C. & Bommarito, F. & Ambrosio, S. & D'Orsi, C. & Torretta, R. & Bonizzoni, M. & Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 158, 235 – 241.
- Gameiro, S. & Canavarro, M.C. & Boivin, J. (2013). Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Education and Counseling*, 93, 646 – 654.
- Gameiro, S. & Verhaak, C.M. & Kremer, J.A. & Boivin, J. (2013). Why we should talk about compliance with assisted reproductive technologies (ART): a systematic review and meta-analysis of ART compliance rates. *Human Reproduction Update*, 19, 124 – 135.
- Gameiro, S. & Boivin, J. & Peronace, L.A. & Verhaak, C.M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652 – 669.
- Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45, 1679 – 1704.
- Karatas, J.C. & Barlow-Stewart, K. & Meiser, B. & McMahon, C. & Strong, K.A. & Hill, W. & Roberts, C. & Kelly, P.J. (2011). A prospective study assessing anxiety, depression and maternal-fetal attachment in women using PGD. *Human Reproduction*, 26, 148 – 156.
- Karatas, J.C. & Strong, K.A. & Barlow-Stewart, K. & McMahon, C. & Meiser, B. & Roberts, C. (2010). Psychological impact of preimplantation genetic diagnosis: a review of the literature. *Reproductive Biomed Online* 20, 83 – 91.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York : The Macmillan Company.
- Lintsen, A.M. & Verhaak, C.M. & Eijkemans, M.J. & Smeenk, J.M. & Braat, D.D. (2009). Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Human Reproduction*, 24, 1092 – 1098.
- Montagnini, H.M.L. & Blay, S.L. & Novo, N.F. & de Freitas, V. & Cedenho, A.P. (2009). Emotional states of couples undergoing in vitro fertilization. *Estudos de Psicologia*, 26, 475 – 481.
- Nightingale, S.D. & Yarnold, P.R. & Greenberg, M.S. (1991). Sympathy, empathy, and physician resource utilisation. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 420 – 423.
- Peterson, B.D. & Newton, C.R. & Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88, 911 – 914.

- Peterson, B.D. & Newton, C.R. & Rosen, K.H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42, 59 – 70.
- Peterson, B.D. & Sejbaek, C.S. & Pirritano, M. & Schmidt, L. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Human Reproduction*, 29, 76 – 82.
- Sydsjo, G. & Ekholm, K. & Wadsby, M. & Kjellberg, S. & Sydsjo, A. (2005). Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective followup study. *Human Reproduction*, 20, 1952 – 1957.
- Van den Broeck, U. & D'Hooghe, T. & Enzlin, P. & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 25, 1471 – 1480.
- Van Empel, I.W.H. & Nelen, W.L. & Tepe, E.T. & van Laarhoven, E.A.P. & Verhaak, C.M. & Kremer, J.A. (2010). Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Human Reproduction*, 25, 142 – 149.
- Verhaak, C.M. & Lintsen, A.M. & Evers, A.W. & Braat, D.D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25, 1234 – 1240.
- Verhaak, C.M. & Smeenk, J.M. & Eugster, A. & van Minnen, A. & Kremer, J.A. & Kraaijmaat, F.W. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 76, 525 – 531.
- Verhaak, C.M. & Smeenk, J.M. & Evers, A.W. & Kremer, J.A. & Kraaijmaat, F.W. & Braat, D.D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13, 27 – 36.
- Verhaak, C.M. & Smeenk, J.M. & van Minnen, A. & Kremer, J.A. & Kraaijmaat, F.W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20, 2253 – 2260.
- Vezenkov, S. R. (2015). The free choice in the context of „language-body“ problem. *Filosofiya-philosophy*, Vol. 24, Num. 3, 298 – 305.

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF MOTHER'S GRIEF AFTER A FAILED ATTEMPT AT ASSISTED REPRODUCTION

Abstract. Experiencing loss and grief after a failed attempt at assisted reproduction leads to serious emotional repercussions for the mother and the couple as a whole. To pinpoint the philosophical-existential fears of the mother

“that wasn’t” is of great importance, for it allows deliberate work to be done to help the present loss reaction. The serious medico-psychosocial problem present deserves to be examined due to the wide philosophical-ethical resonances it leads to. In some cases the reaction to loss can lead to a rejection of further tries, to “unlocking” depression and other mental illnesses. The authors present their own study involving 29 women aged 28 – 43, evaluated with two standardized self-assessment psychological questionnaires for depression and anxiety, an interview and a survey. Based on the provided result data the patients most often had difficulties overcoming their loss, due to being situated in the phases of Anger and Depression, as based on the Stages of Grief, and report symptoms of generalized stress, depression and anxiety. Patients remain certain in the need for individual and group psychosocial work to overcome the loss.

Keywords: terminated pregnancy; assisted reproduction; philosophical and social aspects; overcoming grief

✉ **Dr. Milena Dimitrova**

Military Medical Academy
Sofia, Bulgaria

E-mail: milena.stoyanova@abv.bg

✉ **Dr. Dancho Dilkov, Assist. Prof.**

Military Medical Academy
Sofia, Bulgaria

E-mail: ddilkov@abv.bg

✉ **Galina Dimitrova, Assist. Prof.**

Military Medical Academy
Sofia, Bulgaria

E-mail: galina_sergeeva_dimitrova@abv.bg

✉ **Dr. Stoyan Vezenkov, Assoc. Prof.**

South-West University „Neofit Rilski“
Blagoevgrad, Bulgaria

E-mail: vezenkov_stoyan@swu.bg

✉ **Dr. Rositsa Doynovska, Assoc. Prof.**

South-West University „Neofit Rilski“
Blagoevgrad, Bulgaria

E-mail: doynovska@swu.bg