

Психологічні аспекти безпліддя подружніх пар при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій

О.О. Берестовий

Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки, які застосовують допоміжні репродуктивні технології, входять до групи високого ризику щодо розвитку різних психологічних порушень, особливо тривожних розладів. Динаміка тривожних розладів залежить від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безпліддя.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, психологічна характеристика.

Сучасний рівень розвитку допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є підставою ефективного комплексного застосування у лікуванні безплідного шлюбу [2–4].

Безплідний шлюб призводить до тяжкої моральної травми і самого подружжя, і їхніх родичів, не лише спричинює серйозну особову, родинну і соціальну дезадаптацію, а й викликає розвиток межових психічних розладів [2–4].

Складність діагностики межових психічних розладів у практиці лікування безпліддя методами ДРТ полягає в клінічному поліморфізмі симптоматики, затяжному перебігу, що диктує необхідність їхнього детальнішого дослідження. Роль чинників ризику розвитку донозологічних і нозологічних форм межових психічних розладів в умовах патоморфозу у безплідних жінок потребує уточнення.

Особливе значення в психічному статусі надається афектній сфері. Безпліддя жінок належить до тих станів, які істотно впливають на психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу [2–4]. Додатковими травмуючими чинниками є родинні, побутові, службові труднощі внаслідок витрат великої кількості часу на візити до лікувальних установ, фінансові витрати. Погіршується якість життя безплідних жінок, формується стан одержимості, домінування думок про неспроможність у репродуктивній сфері. Стан тривоги і депресії визначається на всіх етапах лікування безпліддя, ідеї самозвинувачення сприяють посиленню депресивної симптоматики [2–4].

Вивченню гінекологічних аспектів безпліддя присвячена велика кількість досліджень, але проблема розвитку поліморфізму клінічних проявів межових психічних розладів під час лікування методами ДРТ впливи конкретного методу лікування на

психічний стан жінок залишаються мало освітленими, а наявні зарубіжні дослідження носять психодинамічний характер.

Мета дослідження: вивчення клініко-психопатологічних закономірностей формування тривожних розладів у жінок при застосуванні ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставлених завдань було обстежено 156 жінок із безпліддям, які звернулися у відділення допоміжних технологій з лікування безпліддя. На підставі клініко-психопатологічного обстеження за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду у 81 жінки було виявлено межові психічні розлади.

До контрольної групи увійшли фертильні психічно здорові жінки ($n=52$).

У групу дослідження увійшли жінки з межовими психічними розладами ($n=81$), що звернулися для проведення ДРТ із вторинним безпліддям.

Усім пацієнткам було проведено повне клініко-лабораторне обстеження за схемою, прийнятою в клініці ДРТ.

Для оцінювання психологічного статусу пацієнток і рівня тривожних розладів були проаналізовані наступні показники: тест Лазаруса і Фолішана; індекс життєвого стилю; опитувальник Леонгарда і шкалу депресії Бека [1].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що тривожні розлади притаманні 52,0% жінок переважно віком понад 30 років, а саме:

- панічний розлад – у 2,1%,
- генералізований тривожний розлад – у 35,2%,
- змішані тривожно-депресивні розлади – у 19,5% пацієнток.

За даними анамнезу тривожні розлади у пацієнток програми ДРТ виявляли переважно у віці 25–30 років при тривалості безпліддя 2 роки. Максимальний рівень тривоги реєструється у жінок після трьох років лікування безпліддя. Рівень тривоги знижується після шести років лікування, тоді як депресивні розлади дебютували у жінок 30–35 років.

Спадковість щодо межових психічних захворювань обтяжена у 47,2% пацієнток. Діагноз неврозу був встановлений у 26,0% матерів пацієнток, 53,2% їхніх батьків страждали на алкоголізм. Третина пацієнток (33,3%) виховувалася у неповній сім'ї. Серед них ведучими преморбідними особовими рисами в 33,3% спостережень були тривожна недовірливість і сенситивність, у 13,8% випадків – афектна нестійкість. Невроз у дитинстві діагностували у 2,7% жінок, психогенні вегетативні прояви зустрічалися в 4,6% у вигляді нудоти, запаморочення, непереносимості задущлих приміщень. Черепномозкові травми відзначені в анамнезі у 3,8% пацієнток.

У даній групі достовірно частіше, ніж у пацієнток інших груп зустрічалися жінки з недовірливим характером, які схильні з тривогого ставитися до свого здоров'я, що призводило до повторних діагностичних лапароскопічних операцій, череворозтинів, проведеними з приводу розриву кісти яєчника ($p<0,05$). Крім того, у пацієнток з тривожними розладами частіше спостерігалися хронічні запальні захворювання жіночої статеві сфери, такі, як хронічний сальпінгоофорит, гідросальпінкс і ендометрит (55,6%; $p<0,001$).

Вивчення анамнезу у пацієнток з тривожними розладами засвідчило, що у 41,7% жінок були виявлені різні психогенні ситуації, які передували початку лікування. В

останніх випадках тривожна симптоматика формувалася на тлі психоvegetативних проявів, що супроводжували процес лікування в програмі ДРТ. У безплідних пацієнток з тривожними розладами достовірно частіше фіксували поєднання декількох психотравмуючих чинників, а саме: дисгармонійні стосунки в родинній і сексуальній сфері (34,1% і 14,3% пацієнток відповідно). З них у 22,7% жінок відзначали наявність диспауненії, у 43,2% – зниження статевого потягу, у 48,7% – рідкі оргазми. Підвищений статевий потяг з рідкими оргазмами був виявлений у 1,2% пацієнток. У групі пацієнток з депресивними порушеннями достовірно частіше зустрічалися такі фактори:

- хвороба близьких родичів – у 24,7% випадків,
- смерть дитини або чоловіка – у 2,8%,
- конфлікти, пов'язані зі службовими обов'язками – у 18,3% пацієнток.

Порівняльний аналіз копінг-стратегій, які застосовували пацієнтки, за даними опитувальника Лазаруса, виявив достовірні відмінності між групами. Більшість пацієнток з тривожними порушеннями використовували стратегію «пошук соціальної підтримки», що відбувалося в два рази частіше, ніж серед пацієнток з розладами адаптації з пролонгованою депресивною реакцією ($p < 0,001$). Адаптивна стратегія «вирішення проблеми» також значно частіше ($p < 0,001$) визначалася в групі з тривожними розладами. Водночас у пацієнток з розладами адаптації найбільш переважною виявлялася стратегія «уникнення» (52,3%; $p < 0,001$).

Результати проведеного порівняльного аналізу дозволяють стверджувати, що пацієнтки з тривожними та адаптаційними розладами у програмі ДРТ мають низку загальних і відмінних характеристик.

До загальних характеристик належить низка клінічних симптомів, приховання яких обмежує можливості феноменологічного підходу в диференціальній діагностиці. Водночас виділення провідного афекту важливе не лише з теоретичних позицій, але і для терапевтичної тактики. Результати проведеного аналізу пацієнток засвідчили, що у жінок з тривожними розладами спостерігаються недовірливі риси в преморбіді, виховання в умовах неповної сім'ї, наявність у матерії неврозу і алкоголізму у батька. У таких жінок ще з дитинства наголошувалися психогенні вегетативні розлади. Спостерігався ранній дебют розвитку межових психічних порушень (до 30 років). В анамнезі була відсутня обтяженість щодо ендогенних психічних розладів. Динаміка тривожних розладів залежала від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безпліддя.

Крім того, для виділення провідного емоційного стану значущими є показники експериментально-психологічного обстеження (тести Бека, Спілбергера-Ханіна).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки, які застосовують допоміжні репродуктивні технології для настання вагітності, входять до групи високого ризику щодо розвитку різних психологічних порушень, особливо тривожних розладів. Динаміка тривожних розладів залежить від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, що стало причиною безпліддя.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Психологические аспекты бесплодия в супружеских парах при применении вспомогательных репродуктивных технологий **О.А. Берестовой**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины, которые используют вспомогательные репродуктивные технологии, входят в группу высокого риска по развитию различных психологических нарушений, особенно тревожных расстройств. Динамика тревожных расстройств зависит от психосоциальных факторов или наличия гинекологического заболевания, которое стало причиной бесплодия.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, психологическая характеристика.*

Psychological aspects of barrenness in matrimonial pair at auxiliary genesial technologies **O.O. Berestovoy**

Results of the spent researches testify that women with auxiliary reproductive technologies makes group of high risk on developments of various psychological infringements, especially disturbing frustration. Dynamics of disturbing frustration depends on psychosocial factors or presence of the gynecologic disease which was at the bottom of barrenness.

The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Keywords: *auxiliary reproductive technologies, the psychological characteristic.*

Відомості про автора

Берестовий Олег Олександрович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Берестовой Олег Александрович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Berestovoy Oleg O. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

ORCID ID 0000-0003-4870-9644

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2018. – 496 с.
2. Боярский К.Ю. Влияние возраста на частоту наступления беременности в программе ЭКО / К.Ю. Боярский // Пробл. репрод. – 2019. – № 1. – С. 33–37.
3. Вихляева Е.М., Пшеничникова Т.Я. Роль специальной программы ВОЗ по репродукции человека в решении актуальных проблем бесплодного брака // Акуш. и гинек. – 2013. – № 6. – С. 3–4.
4. Дейнека Н.В., Мельченко Н.И. Психосоматические соотношения при бесплодии у женщин // Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – Иваново, 2019. – С. 147–150.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology: from research to practice**