

Актуальні питання використання психологічної платформи допоміжних репродуктивних технологій

І. В. Микієвич

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

Мета дослідження: обґрунтувати необхідність використання психологічної платформи допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) при проведенні різних програм.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 227 жінок і чоловіків із безпліддям, яким були показані методи ДРТ. Усім їм проведено клініко-психопатологічне обстеження за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. Було виявлено, що 100 жінок страждали на межові психічні розлади (основна група). У контрольну групу увійшли 50 фертильно психічно здорових жінок. Усім пацієнткам було проведено повне клініко-лабораторне обстеження за схемою, прийнятою у клініках.

Результати. Проведений факторний аналіз виявив низку чинників, які впливали на психічний стан жінок з безпліддям у програмі лікування методами ДРТ. Жінки відзначали, що при думках і розмовах про безпліддя та його тривалість виникало внутрішнє напруження, інколи підпирала «грудка до горла», частішало серцебиття. Нав'язливі спогади з приводу невдалого лікування та відсутності дітей заважали концентруватися на роботі, удома, порушували звичний графік життя. Перед новою спробою лікування у жінок виникали різні прояви психосоматичних захворювань.

Переконання в необхідності проведення лікування йшли в протиріччя з внутрішнім переконанням про правильність вибору методу. Загострювалися хронічні захворювання, виникали ознаки застуди або нова симптоматика соматичного захворювання. «Втеча у хворобу» виправдовувала «відтермінування» початку лікування. Прояв психосоматичних розладів під час процедури вимагав психотерапевтичної допомоги з метою зміни переконання і копінг-стратегії для успішного проведення лікування.

Висновки. Розвитку межових психічних розладів сприяє поєднання декількох чинників, таких, як неадаптивна поведінка, яка сприяла посиленню внутрішнього напруження, дисфункції вегетативної нервової системи, що проявлялося у вегетативних порушеннях. Тривале внутрішнє напруження призводило до розвитку високого рівня тривожності, викиду кортикостероїдів і надалі імунодефіцитному стану, що сприяло загостренню хронічних соматичних за-

хворювань. Копінг-стратегія «втеча в хворобу» призводила до розвитку психосоматичних захворювань, головною метою яких було уникнення лікування. Усе вищевикладене є переконливим науковим обґрунтуванням виділення психологічної платформи ДРТ як самостійної наукової проблеми, від якості вирішення якої залежить ефективність лікування безпліддя.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, психологічна підготовка, чоловіки, жінки.

Безпліддя само по собі несе елемент зміненого психічного стану жінки, якого звичайна фертильна жінка не має. Безпліддя вимагає міняти життєві установки, родинне життя, життєві цінності. Для жінки встановлення діагнозу безпліддя є психогенією. Можливість використання сучасних методів лікування безпліддя – допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), допоміжного (сурогатного) материнства на сьогодні дозволяє жінці отримати генетично власну дитину у процесі лікування безпліддя [1–4].

Сьогодні, на наш погляд, існує три платформи, з позиції яких можна говорити про безпліддя у процесі лікування у програмі ДРТ [5–8].

Соціальна платформа заснована на переконанні, що роль жінки у суспільстві, в сім'ї полягає в народженні дитини. Нереалізована можливість стати матір'ю призводить до різних змін в психічній сфері жінки, тому їй необхідна підтримка, допомога.

Медична платформа заснована на переконанні, що відповідальність за лікування безпліддя несуть лікарі. Тут не враховується своєрідність особових якостей жінки, які пізно звертаються по медичну допомогу до гінекологів, коли потрібні вже радикальні методи лікування. Тривале безпліддя призводить до розвитку межових психічних розладів. Жінки звертаються до екстрасенсів, знахарів, магів, але не до психіатрів, психотерапевтів, в кращому разі – до терапевтів із соматичними скаргами, які виникають після тривалого періоду лікування безпліддя. Необхідно з дитинства формувати правильне мислення про збереження репродуктивного здоров'я.

Психологічна платформа. В її основі лежать преморбідні особливості особи, які накладають відбиток на психічний стан жінки у процесі лікування безпліддя методами ДРТ. Зміни в психоемоційному статусі негативно впливають на ефективність лікування, запускаючи механізм розвитку неадаптивної реакції на стрес. У процесі лікування відбувається зміна копінг-стратегій, жінка пристосовується до тривалого лікування і подальша негативна спроба завагініти, сприймається адекватно. Жінка стає більш витриманою і стійко продовжує цілеспрямоване лікування безпліддя [9–12].

Проведення програм ДРТ пов'язане з фізичними і психічними змінами. Було відзначено, що пацієнток хвилюють зміни в організмі у результаті вживання гормональних препаратів, з'являється страх перед вагітністю та пологам. Такий стан вимагає психотерапевтичної корекції на етапі підготовки до програм ДРТ.

Отже, вивченню гінекологічних аспектів безпліддя присвячена велика кількість досліджень, але проблема розвитку поліморфізму клінічних проявів межових психічних розладів під час лікування методами ДРТ та вплив самого методу лікування на психічний стан жінок залишається мало освітленим питанням, а наявні зарубіжні дослідження носять психодинамічний характер.

Мета дослідження: обґрунтувати необхідність використання психологічної платформи ДРТ при проведенні різних програм.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 227 жінок і чоловіків з безпліддям, яким були показані методи ДРТ. Усім їм проведено клініко-психопатологічне обстеження за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. Водночас у 100 жінок (основна група) діагностували межові психічні розлади. До контрольної групи увійшли 50 фертильно психічно здорових жінок.

Усім учасницям дослідження було проведено повне клініко-лабораторне обстеження за схемою, прийнятою у клініках ДРТ [1].

Для з'ясування причини виникнення межових психічних розладів в алгоритм обстеження включено клініко-психопатологічне інтерв'ювання і загальноприйняті психологічні тести [13–16]:

- тест складався із 50 запитань, виявлялися ситуативно-специфічні стратегії (шкали);
- індекс життєвого стилю (LSI);
- опитувальник Леонгарда–Шмішека;
- шкала депресії Бека.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік у жінок обстежених груп достовірно не відрізнявся ($p > 0,05$) і становив $31,4 \pm 2,8$ року та $29,7 \pm 2,9$ року в основній та контрольній групах відповідно.

Проведене оцінювання соціально-демографічних особливостей свідчить, що серед пацієнток основної групи переважали службовці (72,0%). Питома вага безробітних і домогосподарок трохи впливала на соціальний склад вивченої групи (28,0%). З числа всіх обстежених жінок із безпліддям 27 (74,0%) осіб мали матеріальний достаток вище середнього прожиткового рівня. Пацієнтки з високим рівнем матеріального достатку становили 26,0%.

Мали постійних статевих партнерів 34,0%, подружжя 66,0% жінок, 90,0% жінок були одружені, а 10,0% – самотні.

При аналізі репродуктивного анамнезу нами встановлено, що тривалість безпліддя у пацієнток досліджуваної групи становила у середньому $6,7 \pm 0,6$ року. Частота первинного безпліддя становила 52,0%, вторинного – 48,0% відповідно.

Під час обстеження 227 жінок досліджуваної групи перед програмою ДРТ було з'ясовано, що проблема безпліддя була для них раніше неактуальною. В процесі спільного життя зі статевим партнером вагітність не наставала протягом року, але 86 (37,9%) жінок вважали причиною безпліддя партнера, 60 (26,4%) – себе, 42 (18,5%) – обох, 39 (17,2%) пацієнток не знали про своє безпліддя. Після звернення до лікаря, коли встановлювали безпліддя, виникала тривожність, яка поступово наростала і виникав стан фрустрації.

Найчастіше жінки досліджуваної групи згадували подив, заклопотаність, гнів, самоту, образу, депресію, неадекватну поведінку при оцінюванні своїх відчуттів, коли вперше стикалися з питанням про відсутність настання вагітності. Найчастіше виникає запитання: «Чому я?», «Чому зі мною так сталося?». Більше половини жінок вважали, що вагітність все-таки настане самостійно, і не лікувалися багато років. У зв'язку з цим до лікаря зверталися лише 37,2% жінок віком старше 35 років. Адекватна позиція по відношенню до лікування сучасними методами наголошувалася в групі пацієнток 25–30 років – у 12,4% пацієнток.

Жінки відзначали, що на рішення з приводу лікування безпліддя значно впливали стосунки в сім'ї, з партнером. Водночас важливим було відношення лікаря

до цієї проблеми та запропонований метод лікування. При цьому простежується тенденція, що в досліджуваній групі більше половини пацієнток вільно обговорює проблеми безпліддя з партнером, практично всі відчують підтримку партнера, половина відзначають взаємний теплий, задоволеність в сексуальних контактах у більшості жінок. Кореляційний аналіз продемонстрував позитивний вплив відношення в сім'ї і настання вагітності.

Виходячи з отриманих результатів анкетування встановлено, що в досліджуваній групі найчастіше жінка обговорює проблему безпліддя з матір'ю (82,1%) і сібсами (75,9%). Переважна більшість жінок, за винятком 13,8%, вважають за краще не обговорювати на роботі проблеми лікування безпліддя.

Лікування безпліддя за допомогою методу ДРТ багато пацієнток вважають «за правильне», оскільки на їхню думку, це знижує самооцінку жінок і оцінку в очах оточення.

Взаємна підтримка з боку матері зустрічалася в більше половини пацієнток досліджуваної групи (71,9%), рівною мірою з боку братів/сестер (74,3%), більшість пацієнток отримували підтримку від батька (55,8%), що має велике значення під час всього періоду лікування.

Вирішення проблеми лікування безпліддя виникало не відразу, це був тривалий процес, коли жінка, нарешті, приймала рішення, усвідомлюючи необхідність. Це відбувалося, коли фаза фрустрації змінювалася фазою усвідомлення і прийняття проблеми. Мотивація на вирішення проблеми вимагала мобілізації з боку психічної сфери. Виникала необхідність здобуття знань про можливі варіанти лікування. Можливості використання сучасних методів лікування сприяло зміцненню жінки в своєму рішенні, підвищенню самооцінки, появи впевненості у правильності вибраного шляху.

Для більшості пацієнток застосування ДРТ є єдиним методом рішення питання безпліддя. Проте не всі жінки використовують цю можливість з метою завагітніти. Майже третина вирішують для себе пройти програму, аби потім сказати собі, що вона виконала свій борг, але безуспішно. Однак велика частина жінок прагне завагітніти за допомогою програм ДРТ.

Проведення лікування починалося з підготовчого періоду перед ДРТ, коли жінка проходила багато параклінічних методів дослідження. Рівень тривожності починав зростати ще в час періоду, що передував ДРТ і на момент початку лікування визначався як легкий. Залежно від типу особи, копінг-стратегії жінки по-різному сприймали проведення першої спроби лікування методом ДРТ. Багаточисельні уколи, ультразвуковий контроль ще більше вносили впевненості у стовідсотковому результаті, «стільки зусиль потрібно, звичайно я буду вагітною». Проведення трансвагінальної пункції і забір яйцеклітин сприймався як один з етапів лікування. Максимально рівень тривожності зростав до моменту здачі крові на вагітність.

У результаті проведеного лікування у першій спробі ДРТ вагітність настала лише у 48,2% пацієнток досліджуваної групи. Рівень тривожності і депресії за 2–3 дні до початку лікування (Т1) і після проведеного лікування після тесту на вагітність (Т2) відрізнявся у жінок досліджуваної групи.

Згідно з отриманими даними, рівень особової тривожності до і після лікування у програмі ДРТ практично не змінювався і залишався у межах 39,4 бала. Показники ситуативної тривожності не достовірно підвищилися 35,5 проти 38,7 до і після лікування відповідно. Рівень депресії по Беку недостовірно підвищився з 4,8 до 6,8 бала. День здачі крові на вагітність є найбільш стресогенним, був зареєстрований максимальний рівень тривожності. Крім того, ми вважаємо, що тривале лікування безпліддя спричиняє ризик розвитку депресивних розладів, тоді як тривожний розлад вини-

кас після безуспішно проведеної програми після першої спроби лікування. Чекання позитивного результату тесту на вагітність після першої спроби лікування призводило до наростання тривожної симптоматики і припинення подальшого лікування.

Після першої спроби припинили лікування майже третина жінок, які не досягнули позитивного результату. Найбільший відсоток припинення лікування наголошувався у групі після четвертої невдалої спроби майже у половини жінок досліджуваної групи. Причиною припинення лікування жінки вказали:

- фінансові проблеми (47,3%),
- процедура ДРТ сприймалася як стресова ситуація (79,2%),
- погіршення самопочуття: загострення соматичних захворювань, психосоматичні скарги (48,4%),
- родинні проблеми (64,3%).

У групі вагітних після позитивного результату рівень тривожності депресії відрізнявся від групи жінок, в яких вагітність не настала. Рівень ситуативної та особової тривожності достовірно знижувався у жінок, які завагітніли після лікування порівняно з тими, у кого був негативний результат на вагітність: рівень особової тривожності – 32,6 проти 34,5 і достовірно знижувався рівень ситуативної тривожності – 28,8 проти 34,9 бала відповідно. У групі вагітних рівень особової тривожності після лікування знизився порівняно з показниками до лікування 32,1 проти 33,6 відповідно. У групі жінок після негативної спроби лікування рівень ситуативної тривожності підвищився – 34,9 проти 32,2 бала. Вочевидь, що позитивний результат лікування сприяє зниженню глибини прояву пограничних психічних розладів практично у всіх жінок досліджуваної групи.

Проведений факторний аналіз виявив низку чинників, які впливали на психічний стан жінок з безпліддям у програмі лікування методами ДРТ. Жінки відзначали, що при думках і розмовах про безпліддя та його тривалість виникало внутрішнє напруження, інколи підпирала «грудка до горла», частішало серцебиття. Нав'язливі спогади з приводу невдалого лікування, відсутність дітей заважали концентруватися на роботі, удома, порушувався звичний графік життя. Перед новою спробою лікування у жінок виникали різні прояви психосоматичних захворювань. Переконання в необхідності проведення лікування суперечили внутрішнім переконанням про правильність вибору методу. Загострювалися хронічні захворювання, виникали ознаки застуди або з'являлася нова симптоматика соматичного захворювання. «Втеча в хворобу» виправдовувала «відтермінування» початку лікування. Прояв психосоматичних розладів під час процедури ДРТ вимагав психотерапевтичної допомоги з метою зміни переконання і копінг-стратегії для успішного проведення лікування.

ВИСНОВКИ

Отже, розвитку межових психічних розладів сприяє поєднання декількох чинників, таких, як неадаптивна поведінка, яка сприяла посиленню внутрішнього напруження, дисфункції вегетативної нервової системи, що виявлялося у вегетативних порушеннях. Тривале внутрішнє напруження призводило до розвитку високого рівня тривожності, викиду кортикостероїдів і надалі – імунодефіцитного стану, що сприяло загостренню хронічних соматичних захворювань. Копінг-стратегія «втеча у хворобу» призводила до розвитку психосоматичних захворювань, головною метою яких було уникнення лікування.

Усе зазначене вище є переконливим науковим обґрунтуванням виділення психологічної платформи ДРТ як самостійної наукової проблеми, від якості вирішення якої залежить ефективність лікування безпліддя.

Pressing questions of the use of psychological platform of assisted reproductive technologies

I. V. Mikievich

The objective: to present the scientific ground of necessity of the use of psychological platform of assisted reproductive technologies during the conducting of the different programs.

Materials and methods. By us 227 women and men with infertility, which assisted reproductive technologies were rotined, were inspected. It is conducted all of them abnormal clinical-and-psychopathological inspection on the criteria of international classification of diseases of a 10 revision. It was thus discovered that 100 women suffered borderline psychical disorders is a basic group. A control group was made by 50 fertile mentally healthy women. To all patients it was conducted complete clinical-and-laboratory inspection on a chart, accepted in clinics.

Results. Conducted a factor analysis the row of factors, which influenced on the mental condition of women with infertility in the program of treatment of assisted reproductive technologies. Women methods marked that at ideas and talks about infertility, found out, there was internal tension his duration, sometimes «propped up chest to the throat», palpitation became more frequent. Obtrusive flashbacks concerning unsuccessful treatment, absence of children mixed concentrated at work, at home, the usual chart of life was violated. Before the new attempt of treatment women had different displays of psychosomatic diseases.

Satisfied of necessity of conducting of treatment went to contradiction with internal persuasion about the rightness of choice of method. Chronic diseases became sharp, there were signs of cold diseases or new symptoms of somatopathy appeared. «Flight into illness» justified to the «postponement» beginning of treatment. The display of psychosomatic disorders during procedure required a psychotherapy help with the purpose of change of persuasion and coping-strategies for the successful conducting of treatment.

Conclusions. Combination of a few factors assists development of borderline psychical disorders, such as a non-adaptive conduct, which was instrumental in strengthening of internal tension, disfunction of the vegetative nervous system, that appeared in vegetative violations. Protracted internal tension resulted in development of high level of alarm, extrass of corticosteroids in future to the immunodeficient state, that was instrumental in intensifying of chronic somatopathies. Coping strategy «flight into illness» resulted in development of psychosomatic diseases the primary objective of which was avoidance of treatment. All foregoing is the convincing scientific ground of selection of psychological platform of assisted reproductive technologies – as an independent scientific problem on quality of decision of which efficiency of treatment of infertility depends.

Keywords: assisted reproductive technologies, psychological preparation, men, women.

Відомості про автора

Микієвич Ігор Володимирович – аспірант, кафедра урології та акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (063) 859-89-04. E-mail: Igorko9826@gmail.com

Information about the author

Mikievich Igor V. – graduate student, Departments of urology and obstetrics, gynaecology and medicine of fetus, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (063) 859-89-04. E-mail: Igorko9826@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Суслікова Л. В., 2017. Сучасні допоміжні репродуктивні технології в Україні / Л. В. Суслікова. // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря : 4 : 13–15.
2. Goffeng AR., 2020. Fetal fibronectin and microorganisms in vaginal fluid of women with complicated pregnancies // Acta. Obstet. Gynecol. Scand.:76:521-529.
3. Goldenberg RL., 2019. Bed rest in pregnancy // Obstet. Gynecol.:84:131-134-139.

4. Goldenberg RL., 2021. The preterm prediction study: fetal fibronectin testing and spontaneous preterm birth. NICHD Maternal Fetal Medicine Units Network // *Obstet. Gynecol.*:87:643-651.
5. Gordts S., 2019. [Treatment of sterility in endometriosis] : [article in German] / S. Gordts // *Gynakologe.*: 22: 5: 315–319.
6. Gray R. H., 2021. Selected topics in the epidemiology of reproductive outcomes / R. H. Gray, S. Becker // *Epidemiol. Rev.*: 22: 1: 71–75.
7. Gutmann J. N., 2019. Imaging in the evaluation of female infertility / J. N. Gutmann // *J. Reprod. Med.*: 37: 1: 54–61.
8. Hargreave T. B., 2022. Investigating and managing infertility in general practice / T. B. Hargreave, J. A. Mills // *B.M.J.*: 316: 7142: 1438–1441.
9. Hauth JC., 2022. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis // *New England Journal of Medicine.*: 333 (26): 1732-1741.
10. Havlik M., 2021. [Personal experience with laparoscopic treatment of sterility] : [article in Czech] / M. Havlik, I. Sabo // *Ceska Gynekol.*: 65: 1: 48–50.
11. Hays RM., 2019. Agents 'affecting the renal conservation of water. Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. Gilman AG, Rall TW, Nies AS (eds). – New York : Pergamon Press,; 741.
12. Heat B.H., Carter I.L., 2020. A modified somatotype method // *Amer.J. Physic. Anthropology.*: 27: 1: 57–74.
13. Hull M. G., 2020. Effectiveness of infertility treatments: choice and comparative analysis / M. G. Hull // *Int. J. Gynaecol. Obstet.*: 47: 2: 99–108.
14. Baram D, Tourtelot E., 2021. Psychological adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol* : 8 : 181.
15. Callan, V. J., Hennessey, J. F., 2022. The psychological adjustment of women experiencing infertility. *British Journal of Medical Psychology* : 61 : 137-140.
16. Kainz K., 2020. The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues* : 11: 481-485.