

# Наукове обґрунтування необхідності використання психологічної платформи допоміжних репродуктивних технологій

О.О. Берестовий

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** наукове обґрунтування необхідності використання психологічної платформи під час проведення різних програм допоміжних репродуктивних технологій.

**Матеріали та методи.** Обстежено 227 жінок з безплідністю, яким було показано застосування допоміжних репродуктивних технологій. Усім їм проведено клініко-психопатологічне обстеження за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. При цьому було виявлено, що 100 жінок страждали на граничні психічні розлади – основна група. До контрольної групи увійшли 50 фертильних психічно здорових жінок. Усім пацієнткам було проведено повне клініко-лабораторне обстеження за схемою, прийнятою у клініках репродуктології. Для з'ясування причини виникнення граничних психічних розладів в алгоритм обстеження включено клініко-психопатологічне інтерв'ювання і загальноприйняті психологічні тести.

**Результати.** Розвиток граничних психічних розладів сприяє поєднанню декількох чинників, таких, як: неадаптивна поведінка, яка зумовлює посилення внутрішнього напруження, дисфункції вегетативної нервової системи, що проявлялися вегетативними порушеннями. Тривале внутрішнє напруження призводило до розвитку високого рівня тривожності, викиду кортикостероїдів і надалі – імунodefіцитного стану. Це зумовлювало загострення хронічних соматичних захворювань. Копінг-стратегія «втеча у хворобу» призводила до розвитку психосоматичних захворювань, за яких головною метою була відмова від лікування.

**Заключення.** Викладене вище є переконливим науковим обґрунтуванням виділення психологічної платформи допоміжних репродуктивних технологій як самостійної наукової проблеми, від якості вирішення якої залежить ефективність лікування безплідності.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, психологічна платформа, наукове обґрунтування.

Безплідність сама по собі несе елемент зміненого психічного стану жінки, якого звичайна фертильна жінка не має. Безплідність примушує міняти життєві цінності та настанови, родинне життя. Для жінки встановлення діагнозу безплідності само по собі є психогенією. Можливість використання сучасних методів лікування безплідності – допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), допоміжного (сурогатного) материнства – сьогодні дозволяє жінці мати генетично власну дитину [1].

На сьогодні, на наш погляд, існує три платформи, з позицій яких можна говорити про безплідність у процесі лікування за програмами ДРТ [1–3].

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

Медична платформа заснована на переконанні, що відповідальність за лікування безплідності несуть лікарі. Тут не

враховується своєрідність особистостей характеру жінок, які пізно звертаються по медичну допомогу до гінекологів, коли потрібні вже радикальні методи лікування. Тривала безплідність призводить до розвитку граничних психічних розладів. Жінки звертаються до екстрасенсів, знахарів, магів, але не до психіатрів, психотерапевтів, у кращому випадку – до терапевтів з соматичними скаргами, які з'являються після тривалого періоду лікування безплідності. Необхідно з дитинства формувати правильне мислення про збереження репродуктивного здоров'я.

Підґрунтям психологічної платформи є преморбідні особливості жінки, які накладають відбиток на її психічний стан у процесі лікування безплідності методами ДРТ. Зміни у психоемоційному статусі негативно впливають на ефективність лікування, запускаючи механізм розвитку неадаптивної реакції на стрес. У процесі терапії відбувається зміна копінг-стратегій – і жінка пристосовується до тривалого лікування, і подальша негативна спроба лікування, яка не призвела до вагітності, сприймається адекватно. Жінка стає більш витриманою і стійкою продовжує цілеспрямоване лікування безплідності [4–7].

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, перед пологами. Ці стани вимагають психотерапевтичної корекції на етапі підготовки до програм ДРТ.

Отже, вивченню гінекологічних аспектів безплідності присвячена велика кількість досліджень, але проблема розвитку поліморфізму клінічних проявів граничних психічних розладів під час лікування методами ДРТ, впливу самого методу лікування на психічний стан жінок залишається недостатньо висвітленою, а наявні зарубіжні дослідження мають психодинамічний характер.

**Мета дослідження:** наукове обґрунтування необхідності використання психологічної платформи ДРТ під час проведення різних програм.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 227 жінок з безплідністю, яким були показані методи ДРТ. Пацієнткам проведено клініко-психопатологічне обстеження за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. При цьому було виявлено, що 100 жінок страждали на граничні психічні розлади – основна група. До контрольної групи увійшли 50 фертильних психічно здорових жінок.

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

Для з'ясування причини виникнення граничних психічних розладів в алгоритм обстеження включено клініко-психопатологічне інтерв'ювання і загальноприйняті психологічні тести [2–7]:

- тест Т.Д. Крюковой включав 50 запитань, за відповідями на які формували ситуативно-специфічні стратегії (шкали);
- індекс життєвого стилю (LSI);
- опитувальник Леонгарда Шмішека;
- шкала депресії Бека.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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%). Зі всіх обстежених жінок з безплідністю 27 (74,0%) мали матеріальний достаток вище середнього прожиткового рівня. Кількість пацієнток з високим рівнем матеріального достатку становили 26,0%.

Постійних статевих партнерів мали 34,0% жінок, у цивільному шлюбі перебували 66,0% жінок, 90,0% жінок були одружені, а 10,0% – самотні.

Під час аналізу репродуктивного анамнезу встановлено, що тривалість безплідності у пацієнток досліджуваної групи становила у середньому  $6,7 \pm 0,6$  року. Частота первинної безплідності була 52,0% і вторинної – 48,0%.

У процесі обстеження 227 жінок досліджуваної групи перед програмою ДРТ було з'ясовано, що проблема безплідності була для них раніше не актуальною. У процесі спільного життя зі статевим партнером вагітність не наставала протягом року, але 86 жінок (37,9%) вирішили, що причиною безплідності є партнер, 60 (26,4%) – що причина безплідності в ній самій, 42 (18,5%) – що причина в обох, 39 (17,2%) жінок не знали про свою безплідність. Після звернення до лікаря, коли був встановлений діагноз безплідності, то з'являлася тривожність, яка поступово наростала, і виникав стан фрустрації.

Найчастіше жінки досліджуваної групи згадували подив, заклопотаність, гнів, самоту, образу, депресію, неадекватну поведінку під час оцінювання своїх відчуттів, коли вперше стикалися з питанням неможливості настання вагітності. Найчастіше ставитися питання: «Чому я?», «Чому зі мною так сталося?». Більше половини жінок вважали, що вагітність все-таки настане самотійно, і не зверталися до лікаря багато років.

З цією проблемою по медичну допомогу у віці понад 35 років зверталися лише 37,2% жінок досліджуваної групи. Адекватну позицію щодо лікування сучасними методами фіксували у групі пацієнток 25–30 років – 12,4%.

Жінки відзначали, що велике значення на їхнє рішення з приводу лікування безплідності впливали стосунки в сім'ї, з партнером. У той самий час важливим було відношення лікаря до їхньої проблеми, який метод лікування був запропонований. При цьому прослідковується тенденція, що у досліджуваній групі більше половини усіх пацієнток вільно обговорюють проблему безплідності з партнером, практично всі відчувають підтримку партнера, половина відзначають теплі взаємини, задоволеність у сексуальних контактах. Кореляційний аналіз продемонстрував позитивний вплив позитивного відношення в сім'ї і настання вагітності.

Виходячи з отриманих результатів анкетування, встановлено, що у досліджуваній групі найчастіше жінка обговорює проблему безплідності 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 безплідності.

Мабуть, вирішення цієї проблеми за допомогою методу ДРТ багато пацієнток вважають «за неправильне», оскільки,

на їхню думку, це знижує самооцінку і оцінку в очах оточення.

Взаємну підтримку з боку матері виявляли у більше половини пацієнток досліджуваної групи (71,9%), рівною мірою – з боку братів/сестер (74,3%), більше половини пацієнток отримували підтримку від батька (55,8%), що має велике значення під час усього періоду лікування.

Вирішення проблеми лікування безплідності виникало не відразу, це був тривалий процес, коли жінка нарешті приймала рішення, коли усвідомлювала цю необхідність. Це відбувалося, коли фаза фрустрації змінювалася фазою усвідомлення і прийняття проблеми. Мотивація щодо вирішення проблеми вимагала мобілізації з боку психічної сфери. Виникла необхідність отримання інформації про можливі варіанти лікування. Можливість використання сучасних методів лікування сприяла зміцненню жінки у своєму рішенні, підвищенню самооцінки, появи упевненості у правильності вибраної дороги.

Для більше половини пацієнток лікування за програмою ДРТ є єдиним методом вирішення проблеми безплідності. Проте не всі жінки використовують цю можливість з метою завагітніти. Майже третина жінок вирішують для себе пройти програму, аби потім сказати собі, що вона виконала свій обов'язок, але безуспішно. Проте велика частина жінок прагне завагітніти за допомогою програм ДРТ.

Проведення лікування починалося з підготовчого періоду перед застосуванням ДРТ, коли жінкам проводили багато параклінічних методів дослідження. Рівень тривожності починав зростати ще під час періоду, що передував використанню програм 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 ін'єкції, ультразвуковий контроль ще більше наповнювали упевненістю у 100% результаті – «стільки зусиль потрібно, звичайно, я завагітнію». Проведення трансвагінальної пункції і забір яйцеклітин сприймався як один з етапів лікування. Максимально рівень тривожності зростає до моменту здачі аналізу крові на наявність вагітності.

У результаті проведеного лікування під час першої спроби застосування 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 особистісної тривожності до і після лікування у програмі ДРТ практично не змінювався і залишався у межах 39,4 бала. Показники ситуативної тривожності недостовірно підвищилися – 35,5 проти 38,7 до і після лікування відповідно. Рівень депресії за Беком 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 безплідності зумовлює розвиток депресивних розладів, тоді як тривожний розлад діагностують після безуспішно проведеної програми під час першої спроби лікування. Чекання позитивного результату тесту на вагітність після першої спроби лікування призводило до наростання симптомів тривожності і припинення подальшого лікування.

Після першої спроби припинили лікування майже третина жінок, у яких не досягнуто позитивного результату. Найбільший відсоток припинення лікування фіксували після четвертої невдалої спроби – майже у половини жінок досліджуваної групи. Причиною жінки зазначали:

- фінансові проблеми безплідності – у 47,3%,
- сприйняття процедури ДРТ як стресової ситуації – у 79,2%,

– погіршення самопочуття: загострення соматичних захворювань, психосоматичні розлади – у 48,4%,  
– родинні проблеми – у 64,3%.

У групі вагітних після позитивного результату рівень тривожності, депресії відрізнявся від групи жінок, у яких вагітність не настала. Рівні ситуативної і особистісної тривожності достовірно знижувалися у жінок, у яких настала вагітність після лікування, порівняно з тими, у кого був негативний результат на вагітність: рівень особистісної тривожності – 32,6 проти 34,5 бала відповідно і рівень ситуативної тривожності – 28,8 проти 34,9 відповідно. У групі вагітних рівень особистісної тривожності після лікування знизився порівняно з показниками до лікування – 32,1 проти 33,6 бала 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 граничних психічних розладів практично у всіх жінок досліджуваної групи.

Проведений факторний аналіз виявив низку чинників, які впливали на психічний стан жінок з безплідністю у програмі лікування методами ДРТ. Жінки відзначали, що при думках і розмовах про безплідність, їм тривало виникало внутрішнє напруження, інколи «підходила 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 у необхідності проведення лікування суперечили внутрішнім переконанням про правильність вибору методу. Загострювалися хронічні хвороби, виникали ознаки гострих респіраторних захворювань або з'являлися нові симптоми соматичного захворювання. «Втеча у 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, розвиток граничних психічних розладів спричинює поєднання декількох чинників, таких, як: неадаптивна поведінка, що зумовлює посилення внутрішньої напруженості, дисфункції вегетативної нервової системи, що проявлялися вегетативними порушеннями. Тривале внутрішнє напруження призводило до розвитку високого рівня тривожності, викиду кортикостероїдів і надалі – до імунодефіцитного стану. Це зумовлювало загострення хронічних соматичних захворювань. Копінг-стратегія «втеча у хворобу» призводила до розвитку психосоматичних захворювань, за яких головною метою була відмова від лікування.

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

## Научное обоснование необходимости использования психологической платформы вспомогательных репродуктивных технологий О.А. Берестовой

**Цель исследования:** научное обоснование необходимости использования психологической платформы при проведении различных программ вспомогательных репродуктивных технологий.

**Материалы и методы.** Обследовано 227 женщин с бесплодием, которым было показано применение вспомогательных репродуктивных технологий. Всем им проведено клинико-психопатологическое обследование по критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра. При этом было выявлено, что 100 женщин страдали пограничными психическими расстройствами – основная группа. В контрольную группу вошли 50 фертильных психически здоровых женщин. Всем пациенткам было проведено полное клинико-лабораторное обследование по схеме, принятой в клиниках репродуктологии. Для выяснения причины возникновения пограничных психических расстройств в алгоритм обследования включены клинико-психопатологическое интервьюирование и общепринятые психологические тесты.

**Результаты.** Развитию пограничных психических расстройств способствует сочетание нескольких факторов, таких, как: неадаптивное поведение, которое способствовало усилению внутреннего напряжения; дисфункции вегетативной нервной системы, что проявлялись вегетативными нарушениями. Длительное внутреннее напряжение приводило к развитию высокого уровня тревожности, выбросу кортикостероидов и в дальнейшем – иммунодефицитному состоянию, что способствовало обострению хронических соматических заболеваний. Копинг-стратегия «бегство в болезнь» приводила к развитию психосоматических заболеваний, при которых главной целью был отказ от лечения.

**Заключение.** Изложенное выше является убедительным научным обоснованием выделения психологической платформы вспомогательных репродуктивных технологий как самостоятельной научной проблемы, от качества решения которой зависит эффективность лечения бесплодия.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, психологическая платформа, научное обоснование.

## Scientific justification of need of use of a psychological platform of auxiliary reproductive technologies O.O. Berestovy

**The objective:** to present scientific justification of need of use of psychological platform when carrying out various programs the auxiliary reproductive technologies.

**Materials and methods.** 227 women with sterility by which auxiliary reproductive technologies were shown were surveyed. To all of them psychopathologic examination by criteria of the international classification of illnesses of the 10th revision is conducted. It was thus taped that 100 women suffered boundary alienations – the main group. The control group was made by 50 fertile mentally healthy women. To all patients full clinical-laboratory examination according to the scheme accepted in clinics of reproductive was conducted. For clarification of the reason of emergence of boundary alienations the algorithm of inspection included clinical-psychopathologic interviewing and the standard psychological tests.

**Results.** Development of boundary alienations is promoted by combination of several factors, such as not adaptive behavior which promoted intensifying of an internal strain, dysfunction of vegetative nervous system that was shown in vegetative disturbances. Long internally the strain led to development of high level of alarm, emission corticosteroides and further to an immunoscarce state that promoted an exacerbation of chronic somatopathies. A strategy «flight in illness» led the koping to development of the psychosomatic diseases which main goal there was treatment avoidance.

**Conclusion.** The above is convincing scientific justification allocation of psychological platform of auxiliary reproductive technologies – as an independent scientific problem on which quality of the decision efficiency of treatment of sterility depends.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, psychological platform, scientific justification.

## Сведения об авторе

Берестовой Олег Александрович – Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prorer-first@nmapo.edu.ua

**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. Александровский Ю.А., 2016. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2016. – 496 с.
3. Дейнека Н.В., Мельченко Н.И., 2015. Психосоматические соотношения при бесплодии у женщин // Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии и педиатрии : Иваново : 147–150.
4. Крутова В.А., 2015. Роль психологических факторов при бесплодии (Обзор литературы) / В.А. Крутова, Б.Г. Ермошенко // Успехи современного естествознания : 8 : 17–21.
5. Baram D, Tourtelot E., 2016. Psychological adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. J Psychosom Obstet Gynaecol : 8 : 181.
6. Callan V.J., Hennessey J.F., 2016. The psychological adjustment of women experiencing infertility. British Journal of Medical Psychology : 61 : 137–140.
7. Kainz K., 2017. The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. Womens Health Issues : 11: 481–485.

Статья поступила в редакцию 02.09.2018

**СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»  
ТЕПЕРЬ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ**

**УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАТОР ЦИФРОВОГО ОБЪЕКТА  
DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI)  
СИСТЕМЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК CROSSREF**

**CrossRef объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.**

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

**Адрес для переписки:** ООО «Группа компаний Мед Эксперт», Украина, 04211, г.Киев-211, а/я 80;

**Контактный телефон редакции** +38 044 498-08-80

**Сайт** [www.med-expert.com.ua](http://www.med-expert.com.ua)

**e-mail:** [pediatr@med-expert.com.ua](mailto:pediatr@med-expert.com.ua)

**Контактное лицо:** Шейко Ирина Александровна