DOI: 10.52705/2788-6190-2024-02-18
УДК 618.17-02:618.177-089.888.11

Особливості психологічної характеристики жінок із поєднаними формами безпліддя

А. О. Щедров
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Мета дослідження: **вивчення психологічних особливостей жінок з поєднаними формами безпліддя.**
Матеріали та методи. **Нами було обстежено 156 безплідних жінок, які звернулися в клініку допоміжних технологій для лікуванні безпліддя. Усі пацієнтки були обстежені і на підставі клініко-психопатологічного обстеження за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду було виявлено, що 81 жінка страждала межовими психічними розладами. До контрольної групи включено 52 фертильні психічно здорові жінки. У групу дослідження увійшла 81 жінка із вторинним безпліддям і з межовими психічними розладами, що звернулися для проведення допоміжних репродуктивних технологій. Усім пацієнткам було проведено повне клініко-лабораторне обстеження за схемою, прийнятою в клініці допоміжних технологій в лікуванні безпліддя. Для оцінювання психологічного статусу пацієнток використовували тест Лазаруса і Фолишана, індекс життєвого стилю, опитувальник Леонгарда і шкала депресії Бека**
Результати. **Найчастіше жінки досліджуваної групи згадували подив, заклопотаність, гнів, самоту, образу, депресію, неадекватну поведінку при оцінці своїх відчуттів, коли вперше стикалися із запитанням щодо відсутності настання вагітності. Запитання, що найчастіше ставиться: «Чому я?», «Чому зі мною так сталося?». Більше половини жінок вважали, що вагітність настане самостійно і не лікувались багато років. До лікаря звертались у віці старше 35 років 37,0% жінок досліджуваної групи. Адекватна позиція щодо лікування сучасними методами наголошувалася у 12,0% пацієнток віком 25–30 років. Простежується тенденція, що в досліджуваній групі більше половини пацієнток вільно обговорює проблеми безпліддя з партнером, практично всі відчувають підтримку партнера, половина відзначають взаємини теплими, задоволеність в сексуальних контактах у більше половини всіх жінок. Кореляційний аналіз продемонстрував вплив позитивного відношення в сім'ї і настання вагітності.**
Заключення. **Розвиток межових психічних розладів зумовлює 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 тривоги, викиду кортикостероїдів і надалі**

імунодефіцитному стану, що спричинювало загострення хронічних соматичних захворювань. Копінг-стратегія «втеча у хворобу» призводила до розвитку психосоматичних захворювань, головною метою яких було уникнення лікування. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.
Ключові слова: *безпліддя, поєднані форми, психологічний статус.*

Сучасний рівень розвитку допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є основою ефективного комплексного лікування безплідного шлюбу [1–3].

Безплідний брак призводить до важкої моральної травми і самого подружжя, і їхніх родичів, не лише викликає серйозну особову, родинну і соціальну дезадаптацію, але й сприяє розвитку межових психічних розладів [1–3].

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, що істотно впливають на психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу [4–6]. Додатковими травмівними чинниками є родинні, побутові, службові труднощі внаслідок витрати 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 [7–9].

Отже, 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 залишається мало висвітленою, а наявні зарубіжні дослідження носять психодинамічний характер.

Мета дослідження: аналіз психологічних особливостей жінок з поєднаними формами безпліддя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставлених завдань було обстежено 156 безплідних жінок, які звернулися у відділення допоміжних технологій для лікуванні безпліддя. Усі пацієнтки були обстежені і на підставі клініко-психопатологічного обстеження за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду було виявлено, що 81 жінка страждала межовими психічними розладами.

До контрольної групи увійшли 52 фертильні психічно здорові жінки.

У групу дослідження включено 81 жінку з межовими психічними розладами, що звернулися для проведення ДРТ із вторинним безпліддям. Усім пацієнткам було проведено повне клініко-лабораторне обстеження за схемою, прийнятою в клініці допоміжних технологій в лікуванні безпліддя.

Для оцінювання психологічного статусу пацієнток вивчали наступні показники: тест Лазаруса і Фолишана; індекс життєвого стилю; опитувальник Леонгарда і шкала депресії Бека [10–12].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Безпліддя завжди несе елемент зміненого психічного стану жінки, якого звичайна фертильна жінка не має. Безпліддя примушує змінювати життєві установки, родинне життя, життєві цінності. Для жінки встановлення діагнозу безпліддя є психогенією. Можливість використання сучасних методів лікування безпліддя на сьогодні дозволяє жінці отримати генетично власну дитину у процесі лікування безпліддя.

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

Соціальна платформа заснована на переконанні, що роль жінки в суспільстві, в сім'ї полягає в народженні дитини. Нереалізована можливість стати матір'ю призводить до різних змін в психічній сфері жінка, тому їй необхідна підтримка та допомога. У нашій країні існує програма державного фінансування лікування жінок груп високої ризику.

Медична платформа заснована на переконанні, що відповідальність за лікування безпліддя несуть лікарі. Тут не враховується своєрідність особових особливостей 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, у 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.

В основі психічної платформи 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 лікування, яка не призвела до вагітності, сприймається адекватно. Жінка стає більш витриманою і продовжує цілеспрямоване лікування безпліддя.

Проведення програм ДРТ зв'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.

Зміни відбуваються і у сфері мислення інфертильної жінки, формуючи надцінні ідеї досягнення вагітності. Використовуючи сучасні методи лікування, пацієнтки ДРТ неодноразово звертаються по медичну допомогу після чергової невдалої спроби. Непереборне бажання завагітніти призводить до змін не лише сфери мислення, але й емоційної сфери. Відбувається посилення тривожності після першої невдалої спроби, приєднується депресивна симптоматика після другої спроби, максимально погіршується настрій після негативної третьої спроби, відбувається формування «неврозу чекання».

Проте поступово після третьої спроби у жінки змінюється відношення до себе, до свого безпліддя. Жінка вчиться правильно сприймати своє безпліддя. Знижується інтенсивність тривожно-депресивної симптоматики. З'являються нові цілі в житті.

Впродовж 20 років використання методів ДРТ не сформувалося програми взаємодії психічної, медичної і соціальних платформ. Психотерапевтичну допомогу необхідно інтегрувати в роботу відділень ДРТ з метою проведення психоемоційної підтримки, а так само соціальною з боку держави протягом всього періоду лікування жінки.

У процесі обстеження 81 жінки 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 38,0% вирішили, що причиною безпліддя є партнер, 26,4% вважали, що причина безпліддя закладена в ній самій, 18,6% – були впевнені, що причина в обох, 17,0% не знали про своє безпліддя. Після звернення до лікаря, коли було встановлено діагноз безпліддя, з'являлася тривога, яка поступово наростала і виникав стан фрустрації.

Найчастіше жінки досліджуваної групи згадували подив, заклопотаність, гнів, самоту, образу, депресію, неадекватну поведінку при оцінці своїх відчуттів, коли вперше стикалися із запитанням про відсутність настання вагітності. Запитання, що найчастіше ставиться: «Чому я?», «Чому зі мною так сталося?». Більше половини жінок вважали, що вагітність настане самостійно, і не зверталися за лікуванням багато років. Через це зверталися до лікаря у віці старше 35 років 37,0% жінок досліджуваної групи. Адекватна позиція по відношенню до лікування сучасними методами наголошувалася у групі жінок віком 25–30 років (у 12,0% пацієнток).

Жінки відзначали, що велике значення на їх рішення з приводу лікування від безпліддя впливали стосунки в сім'ї, з партнером. Водночас важливим було відношення лікаря до їх проблеми та запропонований метод лікування.

Протежується тенденція, що в досліджуваній групі більше половини пацієнток вільно обговорює проблеми безпліддя з партнером, практично всі відчувають підтримку партнера, половина відзначають взаємини теплими, більше половини всіх жінок – задоволеність у сексуальних контактах. Кореляційний аналіз продемонстрував позитивний вплив позитивного відношення в сім'ї і настання вагітності.

У досліджуваній групі найчастіше жінка обговорює проблему безпліддя з матір'ю (82,1%) і подругами (75,9%). Переважна більшість жінок, за винятком 13,8%, вважають за краще не обговорювати на роботі проблеми лікування безпліддя.

Мабуть проблема вирішення безпліддя за допомогою методу ДРТ багато пацієнток вважають «за неправильне», оскільки на їхню думку це знижує їх самооцінку та оцінку в очах оточуючих.

Взаємна підтримка з боку матері зустрічалася в більше половини пацієнток досліджуваної групи (71,9%), рівною мірою з боку братів/сестер (74,0%), більше половини пацієнток отримувало підтримку від батька (55,8%), що має велике значення під час усього періоду лікування.

Вирішення проблеми лікування безпліддя виникало не одразу, це був тривалий процес, коли жінка нарешті приймала рішення, коли усвідомлювала цю необхідність. Це відбувалося, коли фаза фрустрації змінялася фазою усвідомлення і прийняття проблеми. Мотивація на рішення проблеми вимагала мобілізації з боку психічної сфери. Виникала необхідність здобуття знань про можливі варіанти лікування. Можливості використання сучасних методів лікування сприяло зміцненню жінки у своєму рішенні, підвищенню самооцінки, появі упевненості у правильності обраного шляху.

Для більше половини пацієнток лікування програма 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. Проте велика частина жінок прагнули завагітніти з використанням програм ДРТ.

Проведення лікування починалося з підготовчого періоду перед ДРТ, коли жінки проходили багато параклінічних методів дослідження. Момент здобуття дозволу на

лікування для жінки був таким, що ініціалізував, оскільки підсумок має бути одним: настання вагітності. Рівень тривожності починав зростати ще у час період перед застосуванням ДРТ і на момент початку лікування визначався як легкий. Залежно від типу особи, копінг-стратегії, жінки по-різному сприймали проведення першої спроби лікування методами ДРТ. Багаточисельні уколи, ультразвуковий контроль ще більше вносили упевненості у 100% результаті, «стільки зусиль потрібно, звичайно я буду вагітною». Проведення трансвагінальної пункції і забір яйцеклітин сприймався як один з етапів лікування. Максимально рівень тривоги зростав до моменту здачі крові на вагітність.

У результаті проведеного лікування у першій спробі ДРТ вагітність настала лише у 48,0% 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.

Виходячи з отриманих даних рівень особової тривоги до і після лікування у програмі ДРТ практично не змінювався і залишався у межах 39,4 бала. Показники ситуативної тривоги не достовірно підвищилися 35,5 проти 38,7 до і після лікування відповідно. Рівень депресії по Беку недостовірний підвищився з 4,8 до 6,8 бала. День здачі крові на вагітність є найбільш стресогенним, і був зареєстрований максимальний рівень тривоги. Крім того, ми вважаємо, що тривале лікування безпліддя сприяє розвитку депресивних розладів, тоді як тривожний розлад виникає після безуспішно проведеної програми після першої спроби лікування. Чекання позитивного результат тесту на вагітність після першої спроби лікування призводило до наростання тривожної симптоматики і припинення подальшого лікування.

Після першої спроби припинили лікування майже третина жінок, не досягнувши позитивного результату. Найбільший відсоток припинення лікування наголошувався в групі після четвертої невдалої спроби майже у половини жінок в досліджуваній групі. Причиною припинення жінки зазначили фінансові проблеми (47,0%), процедура ДРТ сприймалася як стресова ситуація (79%), а також погіршення самопочуття: загострення соматичних захворювань, психосоматичні скарги наголошувалися (48,0%), родинні проблеми (64,0%). У групі вагітних після позитивного результату рівень тривоги депресії відрізнявся від групи жінок, в яких вагітність не настала.

За нашими даними, рівень ситуативної та особової тривоги достовірно знижувався у жінок, які стали вагітними після лікування порівняно з тими, у кого негативний результат на вагітність: рівень особової тривоги 32,6 проти 34,5 і достовірно знижувався рівень ситуативної тривоги 28,8 проти 34,9 відповідно. У групі вагітних рівень особової тривоги після лікування знизився порівняно з показниками до лікування 32,1 проти 33,6 відповідно. У групі жінок після негативної спроби лікування рівень ситуативної тривоги підвищився 34,9 проти 32,2 бала. Вочевидь, що позитивний результат лікування сприяє зниженню глибини прояву межових психічних розладів практично у всіх жінок досліджуваної групи.

У процесі дослідження жінки заповнювали опитувальник, який був складений нами з метою виявлення найчастіше висловлюваних скарг.

За отриманими даними, факторний аналіз виявив низку моментів, які впливали на психічний стан жінок з безпліддям у програмі лікування методами ДРТ. Жінки відзначали, що при думках і розмовах про безпліддя, його тривалості виникала внутрішня напруга, частішало серцебиття. Нав'язливі спогади з приводу невдалого лікування і відсутності дітей заважали концентруватися на роботі, удома, порушувався звичний графік життя. Перед новою спробою лікування у жінок виникали різ-

ні прояви психосоматичних захворювань. Переконання в необхідності проведення лікування пішли у протиріччя з внутрішнім переконанням щодо правильності вибору методу. Загострювалися хронічні захворювання, виникали ознаки простудних захворювань 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

Результати проведених досліджень свідчать, що розвитку межових психічних розладів сприяє поєднання декількох чинників, таких, як неадаптивна поведінка, яка сприяла посиленню внутрішньої напруги, дисфункції вегетативної нервової системи, що виявлялося у вегетативних порушеннях. Тривала внутрішня напруга призводила до розвитку високого рівня тривоги, викиду кортикостероїдів та імунодефіцитному стану, що зумовлювало загострення хронічних соматичних захворювань. Копінг-стратегія «втеча в хворобу» призводила до розвитку психосоматичних захворювань, головною метою яких було уникнення лікування. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Features of psychological description of women are with the combined forms of infertility

A. O. Shchedrov

The objective: a study of psychological features of women is with the combined forms of infertility.
Materials and methods. By us 156 women were inspected, sufferings infertility, that appealed to the clinic of assisted technologies in treatment of infertility. All patients were inspected and on the basis of abnormal clinical-and-psychopathological an inspection on the criteria of International classification of diseases of a 10 revision was found out that a 81 woman suffered bordeline psychical disorders. A control group was made by 52 fertile mentally healthy women. In a group researches entered a 81 woman with bordeline psychical disorders which appealed for the contacted of assisted reproductive technologies with the second infertility. To all patients it was conducted complete clinical-and-laboratory inspection on a chart, accepted in the clinic of assisted technologies in treatment of infertility. For the estimation of psychological status of patients studied the followings indexes: Lazarus and Folishan test; index of vital style; a Leongard questionnaire and Beck depression inventory.
Results. More frequent all the women of the investigated group remembered a surprise, concern, anger, loneliness, offense, depression, inadequate conduct at the estimation of feelings, when first ran into a question about absence of offensive of pregnancy. Question which belongs more frequent all: «Why I?», «Why with me so did it happen?». Counted the more than half of women, that pregnancy all the same would come independently, and did not apply for treatment many years. From it spoke to the doctor in age more senior 35 years 37,0% women of the investigated group. Adequate position in relation to treatment modern methods registered in the group of patients 25–30 years in 12,0% patients. A tendency is traced, that in the investigated group the more than half of patients freely discusses the problems of infertility with a partner, practically all feel support of partner, half mark mutual relations warm, satisfaction in sexual contacts in the more than half of all women. A cross-correlation analysis was rotined by positive influence of positive relation in families and offensives of pregnancy.
Conclusions. Combination of a few factors assists development of bordeline 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 somatic illness. Coping strategy «escape in illness» resulted in development of psychosomatic diseases the primary objective of which was avoidance of treatment. The got results must be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.
Keywords: *infertility, combined forms, psychological status.*

Відомості про автора

Щедров Андрій Олександрович – канд. мед. наук, доц., кафедра акушерства, гінекології, онкогінекології та ендоскопії, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. *E-mail: retyash@email.ua*
ORCID: 0000-0002-1737-9171

Information about the author

Shchedrov Andrey O. – candidate of medical sciences, associate professor of department of obstetrics, gynaecology, oncogynaecology and endoscopy, Karazin Kharkiv national university. *E-mail: retyash@email.ua*
ORCID: 0000-0002-1737-9171

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Witz C. A., 2019 Endometriosis and infertility: is there a cause and effect relationship? // Gynecol. Obstet. Invest.:53:1:2–11.
2. Paraskos J., Waxman M., Johnson F., 2020 Ultrasound assessment of cervical length in preterm labor / 17th Annual Meeting of the Society of Perinatal Obstetricians // Am. J. Obstet. Gynecol.:166:364-372.
3. Olsen J., 2021 Seeking medical help for subfecundity: a study based upon surveys in five European countries // Fertil. Steril.:66:1:95–100.
4. Lucena E., 2021 Immune abnormalities in endometriosis compromising fertility in IVF-ET patients // J. Reprod. Med.:44:5:458–464.
5. Sallmen M., 2019 Reduced fertility among women exposed to organic solvents // Am. J. Ind. Med.:27:5:699–713.
6. Sladek S. M., 2020 Nitric oxide synthase activity in pregnant rabbit uterus decreases on the last day of pregnancy // Am J Obstet Gynecol.:169:1285-93.
7. Fracki S., 2021 Analysis of female infertility structural factors // Ginekol. Pol.:69:12:1126–1130.
8. Aral S. O., 2021 The increasing concern with infertility. Why now? // JAMA.:250:17:2327–2331.
9. Fuortes L., 2019 Association between female infertility and agricultural work history // Am. J. Ind. Med.:31:4:445–451.
10. Asukai K., 2020 Occult hyperprolactinemia in infertile women // Fertil. Steril.:60:3:423–427.
11. Buckett W., 2021 The epidemiology of infertility in a rural population // Acta Obstet. Gynecol. Scand.:76:3:233–237.
12. Choudhury S. D., 2019 Hyperprolactinemia and reproductive disorders – a profile from north east // J. Assoc. Physicians India.:43:9:617–618.