

### Ссылка для цитирования

Соловьева Е.В. Диагностика психоэмоционального состояния женщин во время лечения бесплодия. Русскоязычная версия скринингового опросника SCREENIVF. [Электронный ресурс]// Прикладная психология и психоанализ: электрон. науч. журн. 2021. N 3. URL:<http://ppip.idnk.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

УДК 159.9.072

## ДИАГНОСТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ. РУССКОЯЗЫЧНАЯ ВЕРСИЯ СКРИНИНГОВОГО ОПРОСНИКА SCREENIVF

Соловьева Е.В. (г. Москва)

**Аннотация.** В статье представлена русскоязычная версия скринингового опросника SCREENIVF для выявления риска дистресса у женщин во время лечения бесплодия. Дано теоретическое обоснование применения опросника. Описан способ обработки данных и результаты заполнения опросника группой российских женщин во время подготовки и прохождения протоколов ЭКО.

**Ключевые слова:** бесплодие, репродуктивное здоровье, вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), стресс, тревожность, депрессия, психологическое консультирование.

**Соловьева Елена Владимировна** – кандидат психологических наук, психолог Центра репродукции Линия жизни, г. Москва

**e-mail:** [mamproject@yandex.ru](mailto:mamproject@yandex.ru)

## DIAGNOSIS OF PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF WOMEN DURING INFERTILITY TREATMENT. RUSSIAN-LANGUAGE VERSION OF SCREENIVF QUESTIONNAIRE

**Abstract.** The article presents the Russian version of SCREENIVF questionnaire to identify risk of distress among women during infertility treatment. Theoretical justification for use of this questionnaire is given. Data processing method and the results of filling out the questionnaire by a group of Russian women during IVF treatment are described.

**Key words:** infertility, reproductive health, assisted reproductive technologies (ART), in vitro fertilization (IVF), stress, anxiety, depression, psychological counseling.

**Solovyeva Elena** – PhD, psychologist at Life Line Center of reproduction, Moscow

**e-mail:** [mamproject@yandex.ru](mailto:mamproject@yandex.ru)

Необходимость внимания к психоэмоциональному состоянию женщин во время лечения бесплодия все чаще признается в медицинском сообществе.

Эмоциональные проблемы пациенток в протоколах ЭКО изучаются в отечественной и зарубежной психологии [1; 2; 5; 7; 9; 10 и др.]. Стресс в связи с самим диагнозом бесплодие и во время длительного, напряженного и затратного во всех смыслах лечения часто ведет к ухудшению семейных отношений, к снижению самооценки женщины, усиливает у нее тревожность и чувство вины. Для многих семейных пар кризис в связи с проблемой фертильности является причиной психологической травмы, поэтому партнеры нуждаются не только в медицинском лечении, но и в психологической поддержке.

Большинство женщин, обратившихся к ЭКО, уже длительное время имеют трудности с зачатием и вынашиванием беременности. Неуспешное лечение зачастую рождает тревожность и страх, что бесплодие не будет преодолено. Это делает стресс в связи с бесплодием хроническим [9; 10].

Чаще всего в связи с психоэмоциональным состоянием при бесплодии изучаются тревожность и депрессия. Тревожность связана со стрессогенностью программ ВРТ и страхами, что проблема не будет решена, а в связи с отсутствием беременности и неэффективным лечением повышается риск развития депрессии [9]. По данным А. Galhardo и соавт. у женщин с диагнозом бесплодие наблюдаются более высокие показатели переживания стыда перед окружающими и перед собой, что является статистически значимыми предикторами депрессивной симптоматики [1]. Лонгитюдное проспективное исследование С.М. Verhaak и соавт. помимо тревожности и депрессии подтвердило у пациенток репродуктивных клиник сильную фиксацию на желании забеременеть, принятие своего диагноза и недостаточность социальной поддержки в связи с преодолением бесплодия. Эти параметры, по мнению авторов, повышают риск эмоциональных проблем после неудачного ЭКО [5].

Дистресс и психологическое напряжение во многих исследованиях рассматриваются как неблагоприятные факторы в прогнозе результатов лечения бесплодия [2; 5; 8; 9; 10]. И хотя вопрос о прямой связи психологических факторов и исходов ЭКО до сих пор остается дискуссионным, мы должны учитывать, что эмоциональная дезадаптация женщины может негативно влиять на наступление беременности после ЭКО и на дальнейшее ее вынашивание.

Как утверждают С.М. Verhaak и соавт., часть пациенток репродуктивных клиник достаточно успешно справляются с эмоциональными нагрузками во время лечения [6; 7]. Однако есть группа женщин, у которых на фоне длительного лечения бесплодия и неудачных программ ЭКО появляются или усугубляются эмоциональные проблемы: тревожные реакции, депрессивные состояния, переживания неполноценности и несостоятельности, усиливается чувство вины. Эти переживания могут стать причиной откладывания следующего протокола ЭКО и прекращения лечения. Несмотря на то, что в качестве причины этого часто декларируется высокая стоимость медицинских услуг, есть публикации, подтверждающие, что именно психологический фактор - длительное эмоциональное напряжение и переживание неудачных ЭКО - является основной причиной отказа от продолжения лечения [2; 3; 9].

В связи с этим актуален вопрос о способах раннего выявления пациенток с бесплодием, имеющих риск возникновения психоэмоциональных проблем во время лечения, чтобы своевременно предложить психологическую поддержку именно тем, кто в ней нуждается. Это могло бы облегчить эмоциональную адаптацию женщин к своему диагнозу, повысить их стойкость во время протоколов ЭКО и при неудачных ЭКО и, вероятно, будет способствовать уменьшению отказов от продолжения лечения. Соответственно, есть необходимость в разработке диагностического инструментария для выполнения данной задачи.

Группа клинических психологов из Дании во главе с С.М. Verhaak провели лонгитюдное проспективное исследование эмоционального состояния 386 пациенток репродуктивных клиник до, во время и после проведенных циклов ЭКО [6; 7; 8]. Целью этого проекта было выявление предикторов сильной негативной эмоциональной реакции на неудачный цикл ЭКО, чтобы иметь возможность, во-первых, диагностировать у пациенток риск эмоциональной дезадаптации в случае неудачного ЭКО и предлагать психологическую помощь именно им, и во-вторых, определять направление психокоррекции для таких пациенток. Также в центре внимания экспертов было изучение когнитивных представлений женщин в связи с их диагнозом бесплодие.

В результате были получены следующие факторы, которые усиливают эмоциональные проблемы при бесплодии и его лечении и затрудняют адаптацию пациентки к неудачному ЭКО [6; 8]:

- (i) тревожность (личностная и ситуативная)
- (ii) депрессия
- (iii) недостаток социальной поддержки
- (iv) особенности восприятия своей репродуктивной проблемы: ощущение беспомощности в связи с бесплодием и принятие своего диагноза

Таким образом, С.М. Verhaak и соавт. показали, что эмоциональная реакция на неудачное ЭКО может быть прогнозирована по факторам уязвимости, оцененным до начала лечения. Вступление женщин из группы риска дистресса в такое напряженное лечение, как ЭКО, с большой вероятностью повлечет ухудшение эмоционального состояния, особенно в случае неудачной программы ЭКО.

На основе выявленных предикторов (i)-(iv) был разработан скрининговый инструмент - опросник SCREENIVF - для диагностики риска эмоциональной дезадаптации у пациенток в программах ВРТ [4].

SCREENIVF содержит 34 утверждения, которые описывают как общие признаки психоэмоциональной дезадаптации, так и специфические переживания в связи с бесплодием и перспективами его преодоления. Авторы [8] выделили следующие пять факторов риска дистресса во время лечения методами ВРТ:

1. тревожность
2. депрессия
3. недостаток социальной поддержки
4. беспомощность в связи с бесплодием
5. принятие своей репродуктивной проблемы

Соответственно, SCREENIVF содержит:

- 10 вопросов для диагностики тревожности (Шкала I)
- 7 вопросов для диагностики депрессии (Шкала II)
- 5 вопросов о социальной поддержке (Шкала III)
- 12 вопросов о восприятии своей проблемы бесплодия (Шкала IV)

Теоретические основы SCREENIVF, психометрические характеристики, проверка надежности и валидности опросника и результаты его апробации изложены в публикациях Verhaak и соавт. [6; 7; 8]. Здесь отметим кратко, что Шкала I «Тревожность» составлена на основе краткой версии опросника Спилбергера - Spielberger State and Trait Anxiety Inventory. Шкала II «Депрессия» включает 7 пунктов краткой версии опросника депрессии Бека - Beck Depression Inventory. Шкала III «Социальная поддержка» состоит из пяти позиций Опросника социальной активности - Inventory of Social Involvement. Шкала IV «Восприятие проблемы бесплодия» составлена на основе Опросника когнитивных представлений о болезни для пациентов в программах ЭКО - Illness Cognition Questionnaire for IVF patients [7]. Граничные значения шкал тревожности и депрессии были взяты из соответствующих первоисточников. Для шкал социальной поддержки и восприятия проблемы бесплодия граничные значения были определены эмпирически, исходя из результатов предыдущего пилотного исследования С.М. Verhaak и соавт. [6].

По результатам заполнения SCREENIVF составляется индивидуальный профиль. Пациентку относят к группе риска, если результаты хотя бы по одному из факторов 1-5 выходят за границы нормы.

Опросник SCREENIVF рекомендован Европейским обществом репродукции человека и эмбриологии ESHRE для скрининга эмоционального состояния пациенток, как до начала лечения, так и во время программ ЭКО, и входит в методический пакет Руководства по психосоциальной помощи при бесплодии и применении ВРТ.

Автором данной статьи SCREENIVF был переведен на русский язык и адаптирован для русскоязычной аудитории. Бланк опросника SCREENIVF\_RUS и правила обработки результатов размещены в конце статьи.

Мы предложили группе российских женщин, планирующих ЭКО или находящихся в протоколе, добровольно и анонимно заполнить SCREENIVF\_RUS.

Всего в опросе приняли участие 60 женщин в возрасте от 28 до 43 лет. Средний возраст в выборке 34 года, длительность лечения бесплодия – от 2 до 13 лет. Все респондентки в 2019-2020 гг. проходили у автора статьи индивидуальное психологическое онлайн-консультирование в связи с эмоциональными трудностями во время подготовки и прохождения программ ЭКО. Результаты заполнения SCREENIVF\_RUS представлены в Табл. 1.

**Таблица 1. Результаты заполнения SCREENIVF\_RUS группой российских пациенток (N=60) во время лечения бесплодия**

	Фактор Риска	Среднее значение	Граничное значение	Всего в группе риска	% в группе риска
1	Тревожность	22,74	24	22	37
2	Депрессия	3,28	4	23	39
3	Недостаток социальной поддержки	15,83	15	25	41
4	Беспомощность в связи с бесплодием	13,11	14	29	48
5	Непринятие своей репродуктивной проблемы	12,17	11	31	52

Как видно из Табл. 1, к группе риска хотя бы по одному из факторов 1-5 отнесено достаточно большое число респонденток: от трети до половины выборки.

Чаще других неблагополучие выявлено по факторам 4 и 5 (Беспомощность в связи с бесплодием и Непринятие своей репродуктивной проблемы): здесь в группе риска оказалось 48% и 52% соответственно. Это определяет важное направление консультирования: выявление и коррекция деструктивных когний (представлений, установок) в связи с бесплодием, которые уже сформировались у пациенток.

### **Заключение**

SCREENIVF дает возможность оперативно оценить психологическую готовность к ЭКО и определить риск дистресса у пациенток во время напряженного и длительного лечения бесплодия. По результатам заполнения опросника составляется индивидуальный психологический профиль. Это позволяет предвидеть эмоциональную уязвимость пациентки и ее возможное негативное влияние на ход лечения.

Пациенткам из группы риска предоставляется обратная связь и таким образом формируется мотивация на обращение за психологической помощью. Оптимально, если такая помощь будет оказана психологом - сотрудником центра репродукции. В

этом случае психолог может оперативно информировать врача о психоэмоциональном состоянии пациентки, способствуя улучшению качества взаимодействия врач-пациент.

Психологическое консультирование, направленное на переоценку своего состояния бесплодия, снижение тревожности и чувства беспомощности, стимуляция принятия своего диагноза и обращения за социальной поддержкой может принести ощутимую пользу пациенткам из группы риска. Коррекция психоэмоционального состояния во время лечения положительно влияет на стойкость и терпение в лечении, на адаптацию к неудачным протоколам и служит профилактикой прекращения лечения, что в целом будет способствовать повышению эффективности программ ВРТ.

Мы планируем продолжить апробацию SCREENIVF\_RUS на более широкой выборке российских пациенток репродуктивных клиник.

## Литература

1. Galhardo A., Pinto-Gouveia J., Cunha M., Matos M. The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients // *Human Reproduction*. - 2011. - Vol. 26. - № 9. - P. 2408–2414.
2. Smeenk J.M., Verhaak C.M., Eugster A., van Minnen A., Zielhuis G.A., Braat D.D. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization // *Human Reproduction*. - 2001. - Vol.16. - № 7. - P. 1420–1423.
3. Verberg M.F., Eijkemans M.J., Heijnen E.M., Broekmans F.J., de Klerk C., Fauser B.C., Macklon N.S. Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study // *Human Reproduction*. - 2008. - Vol. 23. - № 9. - P. 2050–2055.
4. Verhaak C.M. SCREENIVF English version 2.0. URL: [https://www.researchgate.net/publication/309479209\\_SCREENIVF\\_English\\_version\\_20](https://www.researchgate.net/publication/309479209_SCREENIVF_English_version_20)
5. Verhaak C.M., Smeenk J.M., Eugster A., van Minnen A., Kremer J.A., Kraaijaat F.W. Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection // *Fertility and Sterility*. - 2001. - Vol. 76. - № 3. - P. 525–531.
6. Verhaak C.M., Smeenk J.M., Evers A.W., van Minnen A., Kremer J.A., Kraaijaat F.W. Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: a prospective study // *Journal of Behavioral Medicine*. - 2005. - Vol. 28. - № 2. P.- 181–190.
7. Verhaak C.M., Smeenk J.M., van Minnen A., Kremer J.A., Kraaijaat F.W. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles // *Human Reproduction*. - 2005. - Vol. 20. - № 8. - P. 2253–2260.
8. Verhaak C.M., Lintsen A.M., Evers A.W., Braat D.D. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment // *Human Reproduction*. - 2010. - Vol. 25. - № 5. - P. 1234-1240.
9. Адамян Л.В., Филиппова Г.Г., Калининская М.В. Переживание бесплодия и копинг-стратегии женщин фертильного возраста // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. - 2012. - № 3. - С. 101-105.
10. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий // *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн.* - 2014. - № 3(5). URL: <http://medpsy.ru/climp>

**Приложение 1**  
**Бланк опросника**

**SCREENIVF\_RUS**

**Диагностика эмоционального состояния во время лечения бесплодия**

Перевод и адаптация – Е.В. Соловьева, канд. психол. наук

**I.**

Ниже приведены фразы, которые мы обычно используем для описания своего настроения. Прочитайте каждое из них и обведите цифру рядом с вариантом ответа, который наиболее точно соответствует Вашему настроению за последнюю неделю.

	почти никогда	иногда	часто	почти всегда
1. Я отлично себя чувствую	1	2	3	4
2. У меня нормальное настроение	1	2	3	4
3. Я слишком беспокоюсь о не самых важных вещах	1	2	3	4
4. Я счастлива	1	2	3	4
5. Меня не отпускают тревожные мысли	1	2	3	4
6. Я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
7. Мне хорошо	1	2	3	4
8. Есть мысли, которые меня постоянно преследуют	1	2	3	4
9. Я принимаю неудачи так близко к сердцу, что долго не могу выбросить их из головы	1	2	3	4
10. Я очень сильно нервничаю и волнуюсь, когда думаю о моих нынешних проблемах	1	2	3	4

**II.**

Ниже приведены группы из четырех утверждений каждая. Выберите в каждой группе одно утверждение, которое наиболее точно соответствует Вашему настроению за последнюю неделю. Обведите цифру перед ней.

- 0 Я не грущу
- 1 Мне грустно
- 2 Мне все время грустно, и я не могу из этого выбраться
- 3 Я так печальна и несчастна, что больше не могу этого выносить

- 0 Мысли о будущем меня не сильно расстраивают
- 1 Я думаю о будущем с пессимизмом
- 2 У меня впереди нет ничего хорошего
- 3 Мое будущее безнадежно, и ничего не сможет измениться к лучшему

- 0 Я не считаю себя неудачницей  
 1 Я переживаю неудачи тяжелее, чем другие  
 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, то вижу одни неудачи  
 3 Я чувствую себя кругом неудачницей
- 0 Я удовлетворена жизнью так же, как и раньше  
 1 Я не могу сейчас наслаждаться жизнью, как раньше  
 2 Я ни от чего не получаю полного удовлетворения  
 3 Я всем недовольна, мне все приелось
- 0 Я не разочарована в себе  
 1 Я разочарована в себе  
 2 Я себе отвратительна  
 3 Я ненавижу себя
- 0 Я не считаю себя хуже других  
 1 Я ругаю себя за слабости или ошибки  
 2 Я все время виню себя за неудачи  
 3 Я считаю себя виноватой во всем плохом, что со мной происходит
- 0 У меня никогда не было мысли покончить с собой  
 1 У меня бывают мысли о самоубийстве, но я точно не буду их осуществлять  
 2 Я хотела бы покончить с собой  
 3 Если бы у меня была возможность, я бы покончила с собой

### III.

Следующие утверждения касаются Ваших отношений с друзьями и близкими в последние полгода. Укажите, насколько Вы согласны или не согласны с этими утверждениями.

Обведите в каждой строке цифру под соответствующим вариантом ответа.

	почти никогда	иногда	регуляр но	часто
Когда я напряжена или волнуюсь, у меня есть, к кому обратиться за поддержкой	1	2	3	4
У меня всегда есть с кем поделиться радостными событиями	1	2	3	4
Когда мне плохо, у меня есть, кто меня утешит	1	2	3	4
Когда мне грустно, мне есть с кем это обсудить	1	2	3	4
Если мне понадобится помощь в деле, где я сама не справлюсь, то я знаю, к кому обратиться за помощью	1	2	3	4

#### IV.

Укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с приведенными ниже высказываниями. Обведите в каждой строке цифру под соответствующим вариантом ответа.

	не согласна	частично согласна	согласна	полностью согласна
1. Из-за моих репродуктивных проблем я пропускаю самые важные события	1	2	3	4
2. Я могу справиться с последствиями моих репродуктивных проблем	1	2	3	4
3. Я научилась с этим жить	1	2	3	4
4. Бесплодие управляет моей жизнью	1	2	3	4
5. Из-за репродуктивных проблем я иногда чувствую себя никчемной	1	2	3	4
6. Мои репродуктивные проблемы делают мою жизнь неполной	1	2	3	4
7. Я научилась принимать свое бесплодие	1	2	3	4
8. Репродуктивные проблемы затрагивают все значимые стороны моей жизни	1	2	3	4
9. Я принимаю свои репродуктивные проблемы	1	2	3	4
10. Я полагаю, что смогу справиться со своими переживаниями, даже если лечение не поможет	1	2	3	4
11. Я часто чувствую беспомощность из-за моих репродуктивных проблем	1	2	3	4
12. Я хорошо справляюсь со своими переживаниями по поводу бесплодия	1	2	3	4

*Пожалуйста, проверьте, что вы ответили на все вопросы*



## Приложение 2 (для специалистов)

### SCREENIVF\_RUS. Обработка результатов

#### 1. Тревожность (Шкала I)

Результаты обрабатываются следующим образом:

Баллы за «обратные» утверждения - № 1, 2, 4, 6 и 7 – реверсивно перекодируются:

1=4; 2=3; 3=2; 4=1 и с учетом перекодировки подсчитывается сумма отмеченных чисел.

Граничное значение: 24

Группа риска: 24 и больше

#### 2. Депрессия (Шкала II)

Подсчитывается сумма баллов, отмеченных в каждой группе утверждений.

Граничное значение: 4

Группа риска: 4 и больше

#### 3. Уровень социальной поддержки (Шкала III)

Подсчитывается сумма отмеченных чисел.

Граничное значение: 15

Группа риска: 15 и меньше

#### 4. Беспомощность в ситуации бесплодия

Подсчитывается сумма баллов, отмеченных в утверждениях 1, 4, 5, 6, 8, 11 Шкалы IV

Граничное значение: 14

Группа риска: 14 и больше

#### 5. Неприятие своей проблемы бесплодия

Подсчитывается сумма баллов, отмеченных в утверждениях 2, 3, 7, 9, 10, 12 Шкалы IV

Граничное значение: 11

Группа риска: 11 и меньше

### SCREENIVF\_RUS. Сводная таблица

№	Фактор риска	Шкала опросника	Граничное значение	Группа риска
1	Тревожность	I	24	24 и больше
2	Депрессия	II	4	4 и больше
3	Недостаток социальной поддержки	III	15	15 и меньше
4	Беспомощность в ситуации бесплодия	IV вопросы 1, 4, 5, 6, 8, 11	14	14 и больше
5	Неприятие своей проблемы бесплодия	IV вопросы 2, 3, 7, 9, 10, 12	11	11 и меньше

Риск дистресса при лечении бесплодия оценивается дихотомически по каждому из факторов: ставится 0, если результат находится в пределах граничного значения и 1, если результат равен или выходит за граничное значение

Соответственно, диапазон итогового балла SCREENIVF - от 0 до 5: 0 означает отсутствие риска, 5 указывает на имеющиеся все пять факторов риска.