

**Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet
w wieku rozrodczym.**

**Część III: Postępowanie w wypadku utraty ciąży
oraz niepowodzeń w leczeniu niepłodności metodą *in vitro***

**Recommendations of the Polish Psychiatric Association for treatment
of affective disorders in women of childbearing age.
Part III: Approach to pregnancy loss and unsuccessful
in vitro treatment of infertility**

Joanna Rymaszewska¹, Dorota Szcześniak¹, Wiesław Jerzy Cubała²,
Piotr Gałęcki³, Janusz Rybakowski^{4,5}, Jerzy Samochowiec⁶,
Agata Szulc⁷, Dominika Dudek⁸

¹ Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Katedra i Klinika Psychiatrii

² Gdański Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii,
Wydział Lekarski

³ Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Psychiatrii Dorosłych

⁴ Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Klinika Psychiatrii Dorosłych

⁵ Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego

⁶ Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra i Klinika Psychiatrii

⁷ Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Klinika Psychiatrii

⁸ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Klinika Psychiatrii Dorosłych

Summary

This article presents recommendations of the Polish Psychiatric Association regarding approach to pregnancy loss and unsuccessful *in vitro* treatment of infertility. From the psychological perspective pregnancy loss and perinatal death are amongst the most stressful events in human life – carrying increased risk of developing affective, anxiety or post-traumatic stress disorders. Psychologists, physicians and the rest of the medical staff should provide integrated and individualized care which should be based on respect, empathy and expertise. The necessary phases of support for women experiencing pregnancy loss are: (1) physician

providing exhaustive informational support regarding state of health, potential causes of fetal death, further approach and phases of induced labor of the fetus/pregnancy termination/procedure, (2) facilitating psychological consultation at any time and (3) providing exhaustive information on current legal standing (health insurance and labor law). Experiencing recurrent *in vitro* fertilization failures may result in the emotional consequences similar to those observed in miscarriages. The prolonged frustration may favor developing depressive symptoms and escalate pathological anxiety. We present basic recommendations for psychotherapy and pharmacotherapy in pregnancy loss and unsuccessful *in vitro* infertility treatment.

Słowa kluczowe: utrata ciąży, leczenie niepłodności, wsparcie psychologiczne

Key words: pregnancy loss, infertility treatment, psychological support

Wstęp

„Utrata ciąży” to termin określający niekorzystne zakończenie ciąży związane ze śmiercią płodu przed porodem niezależnie od wieku ciąży [1]. Terminem „poronienie” określa się natomiast zakończenie ciąży poniżej 22. tygodnia czasu jej trwania, bądź biorąc pod uwagę kryterium masy ciała płodu – poniżej 500 g. Około 15–20% ciąż rozpoznanych klinicznie kończy się poronieniem.

Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że na świecie 60–80 milionów par jest niepłodnych okresowo lub na stałe. W Polsce szacuje się, że z problemem niepłodności zmagają się około 15–20% par, co daje liczbę 1–1,5 miliona par w wieku prokreacyjnym. U 0,2–0,5% spośród nich konieczne jest leczenie metodą rozrodu wspomaganego. Według Europejskiego Towarzystwa Reprodukcyjnego Człowieka i Embriologii (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE) w Polsce z zabiegów *in vitro* korzysta kilkanaście par rocznie [2].

Rekomendacje przygotowano, opierając się na przeglądzie piśmiennictwa dotyczącego standardów postępowania w wypadku utraty ciąży oraz niepowodzeń w leczeniu niepłodności towarzystw naukowych oraz wykorzystując doświadczenie i wiedzę ekspertów. W przeglądzie posłużono się bazami Ebsco, PubMed oraz ScholarGoogle, stosując słowa kluczowe: *pregnancy loss, miscarriage, fetal death, in vitro, infertility, guideline, management*.

Utrata ciąży

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2015 roku wprowadza standardy postępowania w opiece nad pacjentkami w sytuacji tzw. niepowodzenia położniczego, które w ustawie definiowane jest jako: „sytuacja, w której pacjentka w wyniku ciąży nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami; oraz sytuacja, w której kobieta spodziewa się urodzenia chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi” [3].

Z psychologicznego punktu widzenia utrata ciąży lub śmierć okołoporodowa jest jednym z najbardziej stresujących wydarzeń życiowych człowieka. Szczególnie, że w niemal połowie przypadków śmierć płodów występuje w ciążach niezagrozo-

nych, a rodzice są zupełnie nieprzygotowani na taki rozwój wydarzeń [4]. Praktyka kliniczna, jak również badania naukowe wskazują na duże ryzyko niszczącego wpływu utraty ciąży na parę rodzicielską, zwłaszcza na matkę. Kobieta, która do tej pory doświadczała radości oraz poczucia satysfakcji w połączeniu z wyobrażeniami dotyczącymi jej przyszłości z dzieckiem, zmuszona jest do konfrontacji ze stratą oraz doświadcza silnych emocji smutku, rozpacz, niepokoju, lęku, może mieć poczucie utraty kontroli nad swoim życiem, a nierzadko też poczucie winy. Emocje te mogą mieć wpływ na utratę poczucia własnej wartości jako rodzica i utratę wiary w zdolność do utrzymania ciąży i/lub urodzenia zdrowego dziecka, a także na postrzeganie świata jako miejsca zagrażającego, wywołującego lęk. Psychopatologiczne następstwa uruchomienia dezadaptacyjnego procesu radzenia sobie z tymi silnymi przeżyciami obejmują ryzyko wystąpienia zaburzeń afektywnych takich jak depresja czy zaburzeń lękowych lub objawów zespołu stresu pourazowego [5]. Wiadomo, że narażenie na stresory o charakterze traumatycznym wiąże się bezpośrednio z ryzykiem wystąpienia zaburzeń pourazowych. Ich obecność zależy od rodzaju zdarzenia traumatycznego, czasu trwania ekspozycji na stresor, a także od zasobów jednostki pozwalających na adaptację do sytuacji traumatycznej. Interwencje poświęcone przedurazowemu oraz okołourazowemu wzmacnianiu rezyliencji powinny być traktowane jako podstawowe, jeśli traumatyzacja jest przewidywalna. Podejście to odwołuje się do modelu poznawczego zaburzenia stresowego pourazowego, obejmującego rolę poczucia własnej skuteczności jako systemu przekonań podlegającego modyfikacji psychoterapeutycznej.

Pomimo dowodów na zwiększone ryzyko występowania objawów psychopatologicznych w sytuacji utraty ciąży zauważalny jest brak klinicznych rekomendacji dotyczących postępowania psychologicznego i psychoterapeutycznego w tych szczególnych przypadkach. W cytowanym wcześniej Rozporządzeniu Ministra Zdrowia wskazane jest jedynie ogólne zalecenie o następującym brzmieniu: „po przekazaniu informacji, należy umożliwić pacjentce pomoc psychologiczną i wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem pacjentki” [3].

Wytyczne odnośnie postępowania psychologicznego w sytuacji utraty ciąży

Wyniki badania metodami jakościowymi, w którym udział wzięli rodzice po utracie ciąży, wskazują na sześć tematów podsumowujących potrzeby pary rodzicielskiej istotne dla realizowanej pomocy psychologicznej oraz opieki lekarskiej. Należą do nich:

1. Wsparcie emocjonalne w ostatnim spotkaniu z dzieckiem oraz konfrontacji z jego śmiercią.
2. Wsparcie emocjonalne w odczuwalnym chaosie.
3. Wsparcie emocjonalne w procesie żałoby.
4. Wsparcie informacyjne w wyjaśnieniu przyczyn śmierci dziecka.
5. Pomoc w organizacji opieki po hospitalizacji.
6. Zrozumienie natury przeżywanego żalu [6].

Zarówno psychologowie pracujący na oddziałach, lekarze specjaliści, jak i pozostały personel medyczny powinni zdawać sobie sprawę ze szczególnych potrzeb

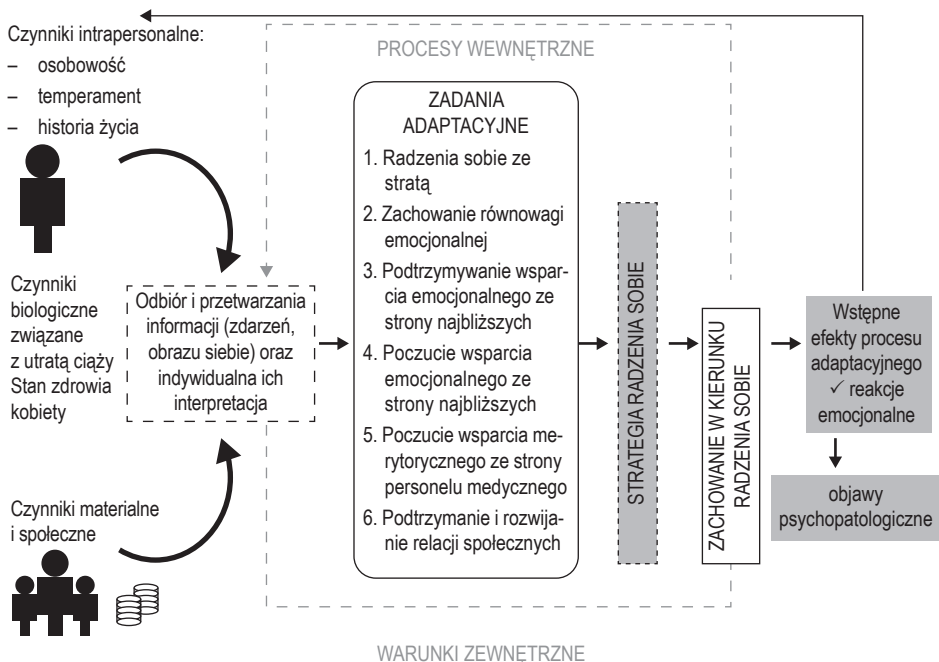
pacjentek oraz ich rodzin, w celu zapewnienia im opieki zintegrowanej oraz skoncentrowanej na indywidualnym przypadku. Należy brać pod uwagę indywidualne możliwości każdej pacjentki do uruchomienia adaptacyjnego procesu radzenia sobie ze stratą, uwzględniając czynniki biopsychospołeczne leżące u podstaw tych możliwości (rys. 1). Z kolei do czynników ryzyka wystąpienia objawów psychopatologicznych po utracie ciąży zalicza się [7, 8]:

- obecną lub wcześniejszą depresję, zaburzenia lękowe lub inne zaburzenia psychiczne,
- neurotyczne cechy osobowości,
- brak wsparcia społecznego,
- wcześniejszą utratę ciąży.

Doświadczenie kliniczne wskazuje także, że kolejnym istotnym czynnikiem jest brak wsparcia informacyjnego ze strony lekarza prowadzącego na temat danych biomedycznych oraz sytuacji, w której znalazła się pacjentka.

Niezbędne jest zatem uwzględnienie powyższych czynników w procesie oceny stanu emocjonalnego oraz możliwości radzenia sobie kobiet po utracie ciąży podczas konsultacji/interwencji psychologicznej oraz psychiatrycznej.

Praktyka kliniczna wskazuje na kilka niezbędnych etapów wsparcia kierowanego wobec pacjentki doświadczającej utraty ciąży.

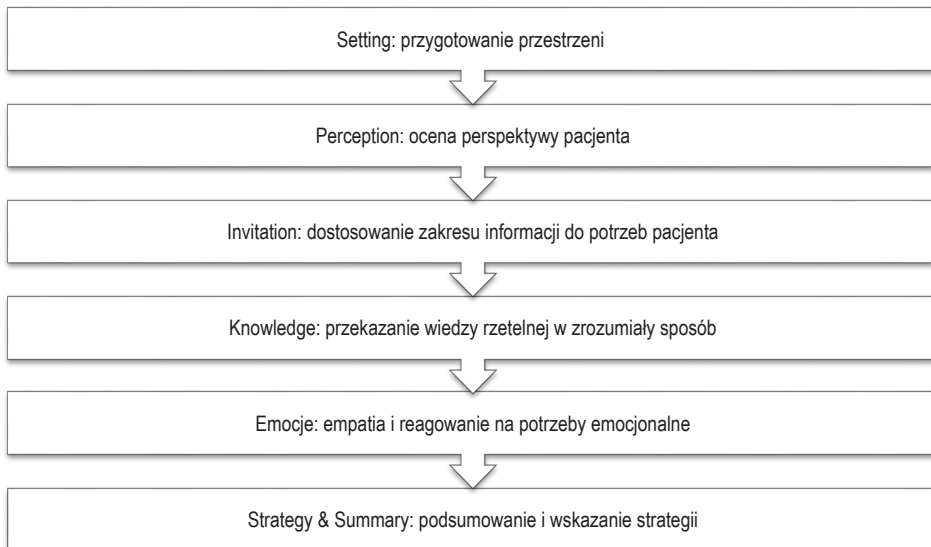


Rysunek 1. Model procesu adaptacyjnego radzenia sobie

1. Pacjentka powinna otrzymać wyczerpujące wsparcie informacyjne ze strony lekarza prowadzącego dotyczące: (a) stanu swojego zdrowia; (b) ewentualnych przyczyn śmierci płodu; (c) sposobu postępowania oraz etapów indukcji porodu obumarłego płodu/terminacji ciąży/zabiegu; (d) obalonych mitów na temat powszechnie uznawanych przyczyn utraty ciąży; (e) częstotliwości występowania utraty ciąży w populacji.
2. Pacjentka powinna otrzymać możliwość konsultacji psychologicznej: (a) w momencie postawienia diagnozy; (b) przed indukcją porodu/zabiegiem; (c) po porodzie/zabiegu; (d) po wypisie ze szpitala; (e) przed planowaną kolejną ciążą.
3. Pacjentka powinna otrzymać wyczerpujące informacje na temat obowiązującego stanu prawnego (zabezpieczenia społecznego oraz prawa pracy) dotyczącego sytuacji, w której się znalazła.

Wady letalne płodu

Definicja letalnej wady rozwojowej obejmuje każdą nieprawidłowość anatomiczną obecną przy urodzeniu, w której wypadku rokowanie dotyczące przeżycia jest niepewne lub złe [9]. Pomimo postępu medycyny w razie wystąpienia wad letalnych nie ma możliwości skutecznej interwencji, a rozpoznanie wady wrodzonej u płodu niesie za sobą szereg negatywnych konsekwencji emocjonalnych dla pary rodzicielskiej. Od lekarza wymaga się w tych sytuacjach szczególnie empatycznego podejścia i wrażliwości, także w przekazywaniu niepomyślnych informacji rodzinie. Aby pomóc lekarzom w tym trudnym zadaniu, opracowano protokół postępowania o akronimie SPIKES



Rysunek 2. **Protokół postępowania w sześciu krokach**

(rys. 2), który umożliwia klinicyście osiągnięcie czterech najważniejszych celów: zebranie informacji od pacjentki, przekazanie jej informacji medycznych, udzielenie wsparcia i zachęcenie do współpracy przy opracowywaniu strategii postępowania na przyszłość [10].

Ponadto wnioski z przeglądu systematycznego, w którym analizowano artykuły dostępne w największych bazach medycznych, wskazują, że informacje o wszelkich wadach rozwojowych oraz ich konsekwencjach powinny być przekazywane parze rodzicielskiej tak szybko jak tylko lekarz specjalista będzie miał rzetelne dane na ten temat, z uwzględnieniem informacji o dostępnym wsparciu psychologicznym (indywidualnym, grupy wsparcia) [11]. Praktyka kliniczna dowodzi, że czas odgrywa bardzo ważną rolę w rozwoju ewentualnych objawów psychopatologicznych. Zbyt długi okres oczekiwania przez parę rodzicielską, szczególnie kobietę, na informacje może doprowadzić do pojawienia się frustracji, a w konsekwencji do widocznych dekomensacji psychicznych, jednak podana zbyt szybko, niepotwierdzona informacja dotycząca ewentualnych wad wrodzonych także nie pozostaje bez wpływu na stan psychiczny kobiet.

Przekazywanie informacji o śmierci płodu

Przekazywanie niepomysłnych informacji pacjentkom jest umiejętnością niezwykle istotną w pracy klinicysty. Jeśli lekarz ma poczucie, że jego umiejętności w tym zakresie są niewystarczające, powinien zwrócić się o wsparcie do psychologa z zespołu interdyscyplinarnego. Przy przekazywaniu złych informacji kobiecie w ciąży istotne jest:

- A. Przygotowanie się do rozmowy – zebranie wyczerpujących informacji biomedycznych dotyczących diagnozowanej pacjentki oraz stanu jej zdrowia.
- B. Przygotowanie odpowiedniego miejsca do przeprowadzenia takiej rozmowy, zapewniającego poufność oraz prywatność, a także zarezerwowanie wystarczającej ilości czasu na rozmowę.
- C. Przeprowadzenie rozmowy z pacjentką w obecności partnera/osób bliskich, jeśli pacjentka wyraża taką potrzebę.
- D. Podawanie wszelkich faktów w sposób zrozumiały, z oceną sposobu postrzegania przez pacjentkę sytuacji, w której się znalazła, odpowiadanie na pytania, weryfikowanie wątpliwości.
- E. Okazanie empatycznego wsparcia w komunikacji werbalnej oraz niewerbalnej.
- F. Podsumowanie wszystkich najważniejszych informacji.
- G. Opracowanie dalszego, szczegółowego planu postępowania [12, 13].

Konfrontacja ze śmiercią płodu, pożegnanie

Pomaganie rodzicom w konfrontacji ze śmiercią płodu oraz pożegnaniu się jest bardzo ważnym aspektem udzielanego wsparcia psychicznego. Adekwatna pomoc oferowana w tym zakresie może mieć wpływ na zwiększenie możliwości radzenia sobie z realną stratą, której doświadczają rodzice. Nawiązanie kontaktu z dzieckiem spr-

wia, że jego śmierć staje się prawdziwa i nieodwracalna. Zapobiega to uruchomieniu przewlekłe działających mechanizmów wyparcia, zaprzeczenia czy dysocjacji, które w konsekwencji mogą wpływać na przedłużający się proces żałoby oraz wystąpienie objawów psychopatologicznych. Wyniki trwającego 12 lat badania prospektywnego wskazują, że większość rodziców doświadczających utraty dziecka chciało je zobaczyć, aby urealnić jego śmierć [13]. Systematyczny przegląd badań dotyczących tego zagadnienia sugeruje, że zobaczenie martwego dziecka wpływa na uruchomienie adaptacyjnego procesu żałoby i zmniejsza ryzyko wystąpienia długotrwałych problemów psychologicznych [14].

Istnieją jednak także pojedyncze badania podkreślające potencjalne negatywne konsekwencje wynikające z zobaczenia martwego dziecka, takie jak zwiększone ryzyko objawów depresyjnych i lękowych [15].

Praktyka kliniczna autorów tych rekomendacji wskazuje na to, że proces pożegnania jest bardzo istotny, pozwala bowiem na uruchomienie adaptacyjnego mechanizmu radzenia sobie ze stratą dziecka. Przy czym ważnym czynnikiem, który może mieć w tym wypadku kluczowe znaczenie, jest możliwość pożegnania się obojga rodziców, gdyż są oni dla siebie niezastąpionym wsparciem w procesie żałoby. Niemniej jednak nie należy wywierać wpływu na parę rodzicielską/matkę w tej kwestii, pozostawiając jej całkowitą wolność wyboru.

Niepowodzenia w leczeniu niepłodności metodą in vitro

Kolejne niepowodzenia podczas zapłodnienia in vitro mogą wywoływać emocjonalne konsekwencje podobne do tych, które obserwujemy po poronieniu. Przypominają one utratę kogoś bliskiego, wywołują reakcję opłakiwania, utraty nadziei na poczęcie dziecka oraz straty wyobrażonej [16]. Każde kolejne podejście do inseminacji oraz procedury in vitro sprzyja występowaniu ambiwalentnych uczuć. Z jednej strony potęguje stres i obawy, a z drugiej jest szansą na spełnienie pragnienia poczęcia dziecka. Frustracja trwająca zbyt długo może sprzyjać wystąpieniu objawów depresji i nasilaniu się patologicznego lęku [17].

Członkowie Europejskiego Towarzystwa Reprodukcyjnego Człowieka i Embryologii (The European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE) opracowali wytyczne dotyczące dobrych praktyk klinicznych w zakresie wsparcia psychospołecznego oraz opieki medycznej w wypadku leczenia niepłodności. Rekomendacje te stanowią bardzo dobre ramy dla codziennej pracy zespołów interdyscyplinarnych oferujących wsparcie psychospołeczne podczas leczenia niepłodności z użyciem metody in vitro. Wytyczne te zostały rozpisane na dwóch osiach: (1) czasu, jaki upłynął od momentu rozpoczęcia leczenia oraz (2) potrzeb, których pacjentki/pary doświadczają w procesie leczenia. Oś czasu zawiera trzy etapy: przed leczeniem, w jego trakcie i po leczeniu. Oś potrzeb odnosi się do warunków zakładanych jako niezbędne, aby pacjenci mieli „zdrowe” doświadczenie leczenia niepłodności. Potrzeby mogą być behawioralne (styl życia, aktywność fizyczna, dieta), relacyjne (relacje z partnerem, rodzina, przyjaciele, praca), emocjonalne (lęk, depresja, jakość życia) i poznawcze (obawy w formie myśli i wiedza) [18].

Analizowanie poszczególnych potrzeb w różnych momentach procesu leczenia oraz oferowanie pacjentom adekwatnego wsparcia psychospołecznego sprzyja zmniejszeniu częstości występowania negatywnych konsekwencji emocjonalnych pod postacią objawów psychopatologicznych przez ograniczenie do minimum obciążenia pary rodzicielskiej. Należy jednak zwrócić uwagę, że kluczowa jest tutaj wrażliwość psychologiczna pacjentek/par i ich zdolność radzenia sobie z frustracją wynikającą z kolejnych niepowodzeń w leczeniu.

W praktyce klinicznej rekomenduje się używanie przesiewowego narzędzia psychometrycznego SCREENIVF w celu identyfikacji pacjentów zagrożonych rozwojem objawów psychopatologicznych. Kwestionariusz SCREENIVF to wystandaryzowane narzędzie do samodzielnego wypełniania przez pacjenta składające się z 34 pozycji, które na podstawie podanych odpowiedzi identyfikują osoby zagrożone wystąpieniem danych objawów. Badania wykazały, że SCREENIVF z powodzeniem rozpoznaje 75% pacjentów poddanych leczeniu metodą *in vitro* z ryzykiem wystąpienia lęku i depresji [19]. W załączniku zamieszczono jego polską wersję (za zgodą autorki). Obecnie w ośrodku wrocławskim prowadzona jest adaptacja narzędzia do polskich warunków.

W tabeli 1 zawarte jest podsumowanie możliwych przyczyn obciążenia psychicznego doświadczanego przez pacjentów w trakcie procesu leczenia oraz wytycznych minimalizujących jego występowanie.

Tabela 1. **Optymalizacja leczenia niepłodności metodą *in vitro* [20]**

Przyczyna obciążenia psychicznego	Rekomendacje
Psychologiczna wrażliwość pacjentek	<p>stosowanie narzędzia przesiewowego do oceny pacjentek zagrożonych rozwinięciem objawów psychopatologicznych</p> <p>przekazywanie jasnych informacji o tym, jak/gdzie można uzyskać dostęp do wsparcia psychologicznego</p> <p>zapewnienie wsparcia psychospołecznego w codziennej opiece medycznej</p>
Negatywne relacje personel – pacjent	<p>szkolenia w zakresie interpersonalnych umiejętności komunikacyjnych</p> <p>promowanie transparentnej komunikacji i wspólnego podejmowania decyzji</p> <p>dostosowanie interwencji do aktualnych potrzeb pacjenta</p> <p>monitorowanie potrzeb</p>
Rokowania niskiej skuteczności leczenia	<p>zwiększanie świadomości dotyczącej płodności</p> <p>analiza czynników niezdrowego stylu życia, wskazanie interwencji minimalizujących ich działanie</p> <p>wspieranie pacjentów w akceptacji i radzeniu sobie z niezaspokojonymi potrzebami rodzicielskimi</p>

Wytyczne istotne w procesie psychoterapii

Psychoterapia w wypadku utraty ciąży czy niepowodzeń w leczeniu niepłodności metodą *in vitro* pozostaje w dużej mierze zaniedbanym i niszowym obszarem pracy

klinicznej. W 2017 roku redaktorzy czasopisma „Psychotherapy” zdecydowali się na utworzenie specjalnej sekcji dotyczącej utraty ciąży – w reakcji na nagłą potrzebę uzyskania dostępu do literatury klinicznej i empirycznej w tej dziedzinie. Na podstawie artykułów opublikowanych w tej sekcji oraz doświadczenia klinicznego autorów wyszczególniono następujące sugestie kliniczne [21]:

1. Emocjonalne doświadczanie i wyrażanie uczuć związanych z żalem i stratą są kluczem do pomyślnego leczenia psychoterapeutycznego. Istotne jest przyjęcie założenia, że uczucia te pojawiają się falami, a pacjenci opłakują wiele strat, w tym utratę dziecka, niemożność zrealizowania swoich potrzeb rodzicielskich, często utratę bliskich relacji.
2. Poczucie wstydu, nieadekwatności i poczucie winy to istotne przeżycia, których doświadczają pacjenci, a które utrudniają uruchomienie adaptacyjnego procesu radzenia sobie ze stratą.
3. Silny sojusz terapeutyczny ma kluczowe znaczenie dla skuteczności procesu terapeutycznego. Pacjenci są wyjątkowo podatni na poczucie wstydu, zranienia narcystyczne, odrzucenie i krytykę.
4. Pierwszym etapem procesu terapeutycznego powinna być analiza znaczenia utraty dla indywidualnego pacjenta wraz z wpływem tej utraty na jego myśli, uczucia i zachowanie.
5. Psychoterapeuta powinien zwracać baczność uwagę na objawy traumy, takie jak objawy lękowe/unikające, agresywność czy nadpobudliwość. Stworzenie klimatu bezpieczeństwa dla „zranionego” rodzica jest konieczne do realizacji pozostałych zadań terapeutycznych (mentalizacji czy ekspresji uczuć).
6. Walidacja, psychoedukacja, normalizacja i upodmiotowienie są fundamentalnymi interwencjami, które uruchamiają adaptacyjne strategie radzenia sobie w procesie żałoby oraz odbudowę poczucia własnej wartości.
7. W dalszym procesie leczenia psychoterapeuta powinien zwrócić uwagę na nieświadome, uwewnętrznione obrazy dotyczące poczucia braku wystarczającego wsparcia przez znaczących innych, które mają kluczowe znaczenie w aktualnej niemożności radzenia sobie pacjenta w sytuacjach nacechowanych dużym niepokojem.

W tym miejscu warto także odnieść się do szeroko stosowanej w praktyce klinicznej techniki odreagowania psychologicznego w formie tzw. debriefingu. W badaniach naukowych nie udowodniono jej skuteczności, a zastosowanie tej techniki może zwiększyć ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego (PTSD) [22].

Wytyczne odnośnie psychofarmakoterapii

W każdym z omawianych przypadków może dojść do rozwinięcia się zaburzeń adaptacyjnych, a także pełnoobjawowego epizodu depresyjnego, zaburzeń lękowych, zaburzeń lękowo-depresyjnych mieszanych czy objawów zespołu stresu pourazowego. W zależności od oceny rodzaju i nasilenia objawów psychopatologicznych należy zastosować psychoterapię (łagodne nasilenie) lub psychoterapię i farmakoterapię w razie epizodów depresyjnych o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim. Należy również

uwzględnić preferencje pacjentki co do formy terapii. Wybór leku jest uzależniony od profilu objawów i nie różni się od standardów leczenia epizodu depresyjnego czy zaburzeń lękowych. Najczęściej w takich przypadkach stosowane są leki z grupy SSRI, SNRI, mianseryna lub mirtazapina. Przy ustalaniu terapii trzeba też wziąć pod uwagę stan somatyczny i ewentualne przyjmowanie innych leków. W krótkim okresie od rozpoczęcia leczenia można rozważyć włączenie leków przeciwłękowych z grupy benzodiazepin (np. alprazolam, bromazepam, lorazepam), zanim lek przeciwdepresyjny zacznie działać (ok. 2–4 tygodni). Z kolei podsumowania badań dotyczących leczenia osób z rozpoznaniem zespołem stresu pourazowego wskazują na efektywność leków głównie z grupy SSRI oraz na brak efektywności benzodiazepin w zapobieganiu i leczeniu PTSD. Ryzyko ich stosowania przeważa nad krótkotrwałymi korzyściami [23, 24]. W razie istotnych zaburzeń snu można krótkotrwale zastosować leki nasenne, takie jak zolpidem przy zaburzeniach zasypiania lub zopiklon przy budzeniach w nocy.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th ed. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Koperwas M, Głowacka M. *Problem niepłodności wśród kobiet i mężczyzn – epidemiologia, czynniki ryzyka i świadomość społeczna*. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2017; 2(3): 31–49.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych. *Dz. U. z dn. 1 grudnia 2015 r., poz. 2007*.
4. Grunebaum A, Chervenak FA. *Fetal death and stillbirth: Maternal care*. UpToDate, Dec 2018. This topic last updated: Jul 17, 2018. <https://www.uptodate.com/contents/fetal-death-and-still-birth-maternal-care>.
5. Mills TA, Ricklesford C, Cooke A, Heazell AEP, Whitworth M, Lavender T. *Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: A metasynthesis*. *BJOG* 2014; 121(8): 943–950.
6. Säflund K, Sjögren B, Wredling R. *The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents*. *Birth* 2004; 31(2): 132–137.
7. Giannandrea SA, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. *Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss*. *J. Womens Health (Larchmt.)* 2013; 22(9): 760–768.
8. Wallin Lundell I, Sundström Poromaa I, Ekselius L, Georgsson S, Frans Ö, Helström L i wsp. *Neuroticism-related personality traits are associated with posttraumatic stress after abortion: Findings from a Swedish multi-center cohort study*. *BMC Womens Health* 2017; 17(1): 96.
9. Szmyd K, Śmigiel R, Królak-Olejnik B. *Propozycje postępowania z noworodkiem w przypadku rozpoznania wady letalnej w okresie prenatalnym*. *Pediatr. Pol.* 2014; 89(6): 389–394.
10. Greiner AL, Conklin J. *Breaking bad news to a pregnant woman with a fetal abnormality on ultrasound*. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2015; 70(1): 39–44.

11. Marokakis S, Kasparian NA, Kennedy SE. *Prenatal counselling for congenital anomalies: A systematic review*. Prenat. Diagn. 2016; 36(7): 662–671.
12. Atienza-Carrasco J, Linares-Abad M, Padilla-Ruiz M, Morales-Gil IM. *Breaking bad news to antenatal patients with strategies to lessen the pain: A qualitative study*. Reprod. Health 2018; 15(1): 11.
13. Rand CS, Kellner KR, Revak-Lutz R, Massey JK. *Parental behavior after perinatal death: Twelve years of observations*. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1998; 19(1): 44–48.
14. Kingdon C, Givens JL, O'Donnell E, Turner M. *Seeing and holding baby: Systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth*. Birth 2015; 42(3): 206–218.
15. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CDH. *Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study*. Lancet 2002; 360(9327): 114–118.
16. Gill K. *Znaczenie pomocy psychologicznej i psychoterapii we wspomaganiu leczenia niepłodności partnerskiej*. Postępy Andrologii 2016; 3(1): 22–32.
17. Kahyaoglu Sut H, Balkanli Kaplan P. *Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales*. Nurs. Health Sci. 2015; 17(1): 84–89.
18. Gameiro S, Boivin J, Dancet E, Klerk de C, Emery M, Lewis-Jones C i wsp. *ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for fertility staff*. Hum. Reprod. 2015; 30(11): 2476–2485.
19. Verhaak CM, Lintsen AME, Evers AW, Braat DD. *Who is at risk of emotional problems and how to know? Screening of women going for IVF treatment*. Hum. Reprod. 2010; 25(5): 1234–1240.
20. Gameiro S, Boivin J, Domar, A. *Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff*. Fertil. Steril. 2013; 100(2): 302–309.
21. Markin RD. *Special Section on Psychotherapy for Pregnancy Loss: Shedding Light on the Shadow of Loss*. American Psychological Association. January 24, 2018. <https://www.apa.org/pubs/highlights/spotlight/issue-108.aspx>.
22. Forneris CA, Gartlehner G, Brownley KA, Gaynes BN, Sonis J, Coker-Schwimmer E i wsp. *Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: A systematic review*. Am. J. Prev. Med. 2013; 44(6): 635–650.
23. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. *Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis*. J. Psychiatr. Pract. 2015; 21(4): 281–303.
24. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. *Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane Database Syst. Rev. 2006; (1): CD002795.

Adres: Dorota Szcześniak
Klinika i Katedra Psychiatrii
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
50-367 Wrocław, ul. Wybrzeże Pasteura 10
e-mail: dorota.szczesniak@umed.wroc.pl

Otrzymano: 9.02.2019

Zrecenzowano: 15.02.2019

Przyjęto do druku: 15.02.2019

Załącznik

SCREENIVF Wersja polska¹

Wprowadzenie dla pacjentów zamierzających poddać się leczeniu bezpłodności.

Badanie przesiewowe dotyczące stanu emocjonalnego w leczeniu bezpłodności.

Leczenie płodności jest intensywne i może wpływać na wszystkie aspekty Pani/Pana życia.

Chcielibyśmy wspierać pary w trakcie leczenia w najlepszy możliwy sposób, dlatego opracowaliśmy krótką ankietę. Informacje, które Pani/Pan dostarczy, wypełniając ten kwestionariusz, pomogą nam określić, jak leczenie wpływa na Pani/Pana samopoczucie. Wówczas będziemy mogli doradzić, czy powinna Pani/powinien Pan skorzystać z dodatkowego wsparcia (psychologa lub pracownika socjalnego).

Otrzyma Pani/Pan wyniki ankiety [wystarczy wskazać, w jaki sposób mamy dostarczyć wynik: pocztą elektroniczną, tradycyjną bądź za pośrednictwem lekarza lub pielęgniarki].

W przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt z [wystarczy wskazać członka personelu].

Lęk

Poniżej znajdzie Pani/Pan kilka stwierdzeń używanych do określenia własnego samopoczucia. Prosimy, by uważnie je przeczytać i zakreślić cyfrę obok tego stwierdzenia, które najbardziej pasuje do Pani/Pana stanu emocjonalnego z *ubiegłego tygodnia*. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi. Ankietę należy wypełnić bez szczególnego namysłu, bowiem pierwsza odpowiedź jest zwykle najlepsza. Przypominamy, że chodzi o opisanie Pani/Pana samopoczucia w *wesłym tygodniu*.

	Rzadko	Czasem	Często	Prawie zawsze
Czuję się dobrze.*	1	2	3	4
Jestem usatysfakcjonowana/y.*	1	2	3	4
Za bardzo martwię się o rzeczy, które nie mają znaczenia.	1	2	3	4
Jestem szczęśliwa/y.*	1	2	3	4
Dręczą mnie niepokojące myśli.	1	2	3	4
Czuję się bezpiecznie.*	1	2	3	4
Odczuwam zadowolenie.*	1	2	3	4

¹ ©Verhaak CM 2016 Centrum Medyczne Uniwersytetu Radboud w Nijmegen w Holandii. Ichris.verhaak@radboudumc.n. Wersja polska: 2019 r., D. Szcześniak, J. Rymaszewska, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, dorota.szcześniak@umed.wroc.pl.

Niektóre myśli nie dają mi spokoju.	1	2	3	4
Traktuję niepowodzenia na tyle poważnie, że nie mogę przestać o nich myśleć.	1	2	3	4
Odczuwam duży niepokój, myśląc o moich obecnych problemach.	1	2	3	4

* odwrotna punktacja, zob. instrukcja. Na formularzu pacjenta nie należy oznaczać stwierdzeń gwiazdką.

Depresja

Kolejny kwestionariusz składa się z kilku stwierdzeń w jednym zestawie. Należy je uważnie przeczytać. Z każdego zestawu należy proszę wybrać to zdanie, które najbardziej pasuje do Pani/Pana samopoczucia w *ubiegłym tygodniu*. Prosimy o zakreślenie cyfry przy wybranym zdaniu oraz uważne przeczytanie każdego stwierdzenia przed dokonaniem wyboru. Chodzi o opisanie Pani/Pana samopoczucia w *zeszłym tygodniu*.

- 0 Nie odczuwam smutku.
- 1 Odczuwam smutek.
- 2 Jestem cały czas smutna/y i nie mogę wziąć się w garść.
- 3 Jestem tak smutna/y i nieszczęśliwa/y, że nie mogę tego znieść.
- 0 Z umiarkowanym optymizmem myślę o przyszłości.
- 1 Na myśl o przyszłości odczuwam zniechęcenie.
- 2 Czuję, że nie mam żadnego celu.
- 3 Przyszłość wydaje mi się beznadziejna i nic nie ulegnie poprawie.
- 0 Nie czuję się nieudacznikiem.
- 1 Czuję, że zawiodłam/em bardziej niż przeciętna osoba.
- 2 Kiedy patrzę na moje życie, widzę tylko liczne błędy.
- 3 Czuję, że jako człowiek jestem nieudacznikiem.
- 0 Życie daje mi tyle satysfakcji, ile dawało w przeszłości.
- 1 Nic nie cieszy mnie tak, jak kiedyś.
- 2 Nic już nie daje mi żadnej satysfakcji.
- 3 Jestem niezadowolona/y lub wszystkim znudzona/y.
- 0 Nie czuję się sobą rozczarowana/y.
- 1 Jestem rozczarowana/y sobą.

- 2 Jestem zniesmaczona/y sobą.
- 3 Nienawidzę się.
- 0 Nie czuję, że jestem gorsza/y od innych.
- 1 Jestem krytyczna/y wobec siebie z powodu moich słabości lub błędów.
- 2 Cały czas obwiniam się za moje wady.
- 3 Obwiniam się za wszystkie niepowodzenia.
- 0 Nie mam myśli samobójczych.
- 1 Mam myśli samobójcze, ale nie będę ich realizować.
- 2 Chciałabym/chciałbym się zabić.
- 3 Chciałabym/chciałbym się zabić, gdybym miał/a taką szansę.

Wsparcie społeczne

Poniższe stwierdzenia dotyczą Państwa relacji społecznych. Prosimy o zakreślenie cyfry przy zdaniu, które najlepiej opisuje Pani/Pana odczucia dotyczące relacji na gruncie towarzyskim. Pytania dotyczą Państwa odczuć na temat więzi społecznych w ciągu *ostatnich sześciu miesięcy*.

	Rzadko	Czasem	Regularnie	Często
Kiedy czuję się spięta/y lub zdenerwowana/y, mam kogoś, kto mi pomoże.	1	2	3	4
Kiedy doświadczam przyjemnych zdarzeń, mam kogoś, z kim mogę o tym rozmawiać.	1	2	3	4
Kiedy odczuwam ból, jest obok ktoś, kto doda mi otuchy.	1	2	3	4
Kiedy jestem smutna/y, mam kogoś, z kim mogę o tym porozmawiać.	1	2	3	4
Kiedy potrzebuję pomocy w pracy, której nie mogę wykonać sam/a, mam kogoś, kto mi pomoże.	1	2	3	4

Podejście do problemów związanych z płodnością

Kolejna tabela zawiera wypowiedzi osób, które mają problem z płodnością. Prosimy o wskazanie, w jakim stopniu zgadza się Pani/Pan z tymi stwierdzeniami. Należy to zrobić, zakreślając cyfrę przy zdaniu, które jest najbliższe temu, co Pani/Pan o nim sądzi. Ankietę należy wypełnić bez szczególnego namysłu, bowiem pierwsza odpowiedź jest zwykle najlepsza.

	Nie zgadzam się	Raczej się zgadzam	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
Z powodu moich problemów z płodnością tracę to, co jest dla mnie najważniejsze.	1	2	3	4
Umiem radzić sobie z konsekwencjami moich problemów z płodnością.	1	2	3	4
Nauczyłam/em się żyć z moimi problemami z płodnością.	1	2	3	4
Problemy z płodnością mają ogromny wpływ na moje życie.	1	2	3	4
Niekiedy problemy z płodnością sprawiają, że czuję się bezużyteczna/y.	1	2	3	4
Moje problemy z płodnością sprawiają, że moje życie jest niepełne.	1	2	3	4
Nauczyłam/em się akceptować moje problemy z płodnością.	1	2	3	4
Moje problemy z płodnością wpływają na wszystko, co jest dla mnie ważne.	1	2	3	4
Akceptuję moje problemy z płodnością.	1	2	3	4
Myślę, że poradzę sobie z moimi problemami z płodnością, nawet jeśli ich nie rozwiążę.	1	2	3	4
Często czuję się bezradna/y z powodu moich problemów z płodnością.	1	2	3	4
Dobrze radzę sobie z problemami z płodnością.	1	2	3	4

Określenie zagrożenia

SCREENIVF to narzędzie do badania przesiewowego opracowane dla grupy holenderskich pacjentów doświadczających problemów z płodnością. Dla osób posługujących się językiem polskim opracowaliśmy stosowną wersję, która jest aktualnie poddana walidacji.

Badanie SCREENIVF składa się z 5 stwierdzeń dotyczących **lęku jako stanu** oraz 5 stwierdzeń dotyczących **lęku jako cechy**, 7 stwierdzeń dotyczących **depresji**, 5 stwierdzeń dotyczących **wsparcia społecznego** oraz 12 stwierdzeń dotyczących podejścia do **problemów związanych z płodnością**.

Uznano stan pacjentów za zagrożony, gdy ich wyniki dotyczące jednego z pięciu czynników ryzyka wykazały klinicznie istotne problemy. Aby obliczyć wynik pierw-

szej ankiety (lęk), pierwszemu, drugiemu, czwartemu, szóstemu i siódmemu zdaniu należy przypisać odwrotną wartość liczbową, tzn. jeśli badany w pierwszym zdaniu zakreślił 1 („prawie nigdy”), otrzymuje 4 punkty; jeśli zakreślił 2 („czasem”), otrzymuje 3 punkty, itd. Następnie należy zliczyć wartość cyfr zakreślonych przy pozostałych zdaniach. **Wartość progowa = 24 i więcej.**

Obliczanie wyniku drugiej ankiety (depresji): odpowiedziom przypisane są cyfry 0, 1, 2 i 3. Wynik jest sumą wartości cyfr zaznaczonych przy każdej odpowiedzi. **Wartość progowa = 4 lub więcej** (według Beck i in. 1997).

Wynik trzeciej ankiety (wsparcie społeczne) to suma zakreślonych cyfr.

Na wynik ostatniej ankiety składają się dwie skale: bezradność (należy zliczyć cyfry zaznaczone przy stwierdzeniach o numerze: 1, 4, 5, 6, 8, 11) oraz akceptacja (należy zliczyć cyfry zaznaczone przy stwierdzeniach o numerze: 2, 3, 7, 9, 10, 12).

W przypadku bezradności, akceptacji i wsparcia społecznego nie ma wyników normatywnych. Wartości progowe opierają się na jednym odchyleniu standardowym powyżej średnich wyników pacjentów leczonych z powodu niepłodności metodami in vitro w poprzednim badaniu (Verhaak i in. 2005) i wynoszą **14 i więcej w przypadku bezradności, 11 i mniej w przypadku akceptacji** oraz **15 i mniej w przypadku wsparcia społecznego**. Z tego powodu ankieta SCREENIVF dała dychotomiczne wyniki w przypadku każdego z pięciu czynników ryzyka: 0 oznacza, że pacjent uzyskał wynik poniżej wartości progowej, a 1 – że uzyskana punktacja jest wyższa lub równa tej wartości.

Zakres punktacji w badaniu SCREENIVF wynosi od 0 do 5, gdzie 0 oznacza, że nie występują żadne czynniki ryzyka, a 5 – że występują wszystkie takie czynniki.