

Психические расстройства и личностно-психологические особенности у женщин с бесплодием при лечении ЭКО

Н.Н. Петрова, Е.Н. Подольхов, А.М. Гзгзян, Д.А. Ниаури
Медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета

Резюме. Обследовано 114 женщин в возрасте от 20 до 37 лет (средний возраст $29,4 \pm 2,2$ г.), из которых 84 пациентки страдали трубно-перитонеальным бесплодием и были включены в программу лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий. Контрольную группу составили фертильные женщины. У женщин с бесплодием выявляется значительная частота коморбидных психических расстройств, ассоциированных со стрессогенным воздействием лечения ЭКО, характеризующихся коморбидностью тревоги и депрессии при преобладании расстройств тревожного спектра. Длительное первичное бесплодие сопряжено с формированием личностных особенностей в виде повышенной тревожности и своеобразной системы психологической защиты. Высокий уровень личностной тревожности и психической дезадаптации является фактором риска отрицательного результата ЭКО. Коррекция психического состояния способствует повышению эффективности лечения женщин с бесплодием.

Ключевые слова: психические расстройства, бесплодие, экстракорпоральное оплодотворение

Mental disorders and psychological characteristics of infertile women being treated with in vitro fertilization

N.N. Petrova, E.N. Podolkhov, A.M. Gzgzian, D.A. Niauri
Saint-Petersburg State University

Summary. On the example of 114 patients aged 20 to 37 years (mean age 29.4), from which 84 patients suffered tubal-peritoneal infertility were included in the treatment methods of assisted reproductive technologies. Control group consisted of fertile women. Women with infertility revealed a significant incidence of comorbid psychiatric disorders associated with the stressful effects of IVF treatment, characterized by comorbidity of anxiety and depression with the prevalence of anxiety disorders. Long-term primary infertility is associated with the formation of personality characteristics in the form of increased uneasiness and a kind of psychological defense system. The high level of personal anxious and mental maladjustment are risk factors for negative outcome of IVF. Correction of the mental state improves the effectiveness of treatment for women with infertility.

Key words: mental illness, infertility, in vitro fertilization

Введение

Невозможность рождения ребенка в семье — одна из самых тяжелых хронических психотравмирующих ситуаций для супругов [25]. В обществе имеются устойчивые социальные установки и ценности, превозносящие роль материнства, утверждающие обязательное родительство — «пронатализм». Ролевые ожидания в отношении женщины прочно связаны с необходимостью успешной реализации репродуктивной функции, а представление о женственности связывается с наличием нормативных материнских качеств, в частности любовь к детям. Усвоенные в процессе социализации пронатальные ценности, специфические ролевые предписания обуславливают психотравмирующее восприятие женщиной бесплодного брака, переживание ею фрустрации, снижение самооценки, чувство изоляции. U. Halbreich (1996) констатирует, что в обществе существует негативный стереотип восприятия и оценки бесплодия, которое ассоциируется с социальным и психологическим неблагополучи-

ем женщины [11]. Есть данные, что мероприятия, связанные с лечением бесплодия, являются стрессовой ситуацией [34].

Механизмы, ответственные за бесплодие, вызванное стрессом, до конца не изучены. Биологическая взаимосвязь между стрессом и бесплодием обусловлена действием гормонов стресса на уровне коры головного мозга, гипоталамуса, гипофиза и гениталий [12]. Гормоны стресса, такие как катехоламины — адреналин, норадреналин и допамин, и система гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников, взаимодействуют с лютеинизирующим и фолликулостимулирующим гормонами и вмешиваются в процесс овуляции [26]. Стресс усиливает деятельность симпатической нервной системы и мозгового слоя надпочечников [21].

Были исследованы взаимосвязи между уровнями адреналина напряжения, норадреналина и кортизола, тревоги и депрессии с результатом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и найдена положительная корреляция между мочевыми концентрациями адреналина в начале лечения и

перед переносом эмбриона и выраженностью депрессии [17, 27].

В хронической и острой стрессовой ситуации повышается уровень пролактина, который подавляет нормальный фолликулостероидогенез в яичнике. При стрессе повышается уровень серотонина, который в свою очередь может вести к повышению концентрации пролактина [12, 13]. Под влиянием стресса за счет активации симпатoadреналовой системы повышается сократительная способность яичника, что влияет на размер фолликула, кровоснабжение яичника и овуляцию. Гормоны стресса повышают сократимость маточных труб, что отражается на доставке гамет и оплодотворении яйцеклетки [20, 29].

Если стресс переходит в дистресс, то возникают так называемые «болезни адаптации» по Г. Селье, к которым относятся и бесплодие, причем, с другой стороны, стресс нарастает по мере продолжительности бесплодия. Отмечено, что женщины с бесплодием (до 80% случаев) имеют психологические проблемы [1, 10, 15, 16, 18]. Предложены две модели психических расстройств при бесплодии, первая из которых заключается в том, что бесплодие представляет собой причину психических расстройств, которые появляются после осознания пациенткой своей бесплодности, другая же, напротив, расценивает бесплодие как следствие психических нарушений. Психогенная теория бесплодия ставится под сомнение в связи с отсутствием заметной разницы уровня стресса у женщин с бесплодием и контрольной группой здоровых. В то же время многие авторы считают, что психоэмоциональные расстройства можно считать патогенетическим звеном бесплодия, причем психическое состояние рассматривается как результирующее действия ряда факторов: соматических, индивидуальных психологических особенностей и генитальной патологии [22, 24, 30].

Предлагают выделять три типа взаимосвязи между психологическими факторами и бесплодием: нестабильное психическое состояние является фактором риска бесплодия, длительность диагностики и лечения бесплодия вызывает психические нарушения, между психологическими факторами и бесплодием существуют взаимоусиливающие эффекты [31–33].

Такие факторы, как репродуктивный анамнез (в частности, длительность диагностики и лечения бесплодия), внутрисемейные отношения, микросоциальная адаптация, количество попыток ЭКО также рассматриваются в качестве детерминант психического состояния [3, 4]. Есть мнение, что женщины, имеющие неудачный опыт ЭКО, верят в эффективность этого метода не меньше, но находятся в депрессии [28].

Отмечено, что при меньшей субъективной значимости результатов попытки достижения и сохранения беременности при терапии ЭКО эффективнее, а женщины, начинающие программу ЭКО, не отличаются по психическому состоянию от фертильных женщин, и именно длительное безрезультатное лечение влияет на их психическое

состояние, а при положительном результате ЭКО психические расстройства нивелируются [2, 7, 8].

Ряд авторов указывает на актуальность развития психологической помощи женщинам с бесплодием, в т.ч. при лечении методом ЭКО [5, 6, 19, 23]. Служба по оплодотворению человека и эмбриологии — Human Fertilization and Embriology Authority (HFEA) утверждает, что всем, кто направлен на программу ЭКО, должны быть предоставлены консультации социально-психологических служб. Однако система психосоциальной помощи женщинам, получающим ЭКО, остается недостаточно развитой [9, 14].

Материалы и методы

Были обследованы 114 женщин в возрасте от 20 до 37 лет (средний возраст 29,4±2,2 года), из которых 84 пациентки страдали трубноперитонеальным бесплодием и были включены в программу лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий.

Обследование проводилось с применением социологического, катамнестического и клинического и психометрического методов в сочетании с лабораторной диагностикой: определение уровня фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, эстрадиола в сыворотке крови на 2–4-й день менструального цикла, а также уровня пролактина и прогестерона на 20–23-й день менструального цикла. Использованы шкалы тревожности Спилбергера и депрессии Бека, методика «Индекс жизненного стиля» для изучения механизмов психологической защиты личности и «Семантический дифференциал времени» (СДВ) для оценки восприятия времени как показателя депрессивных переживаний.

При обработке первичных данных использовались математические методы: оценка средних значений с помощью t-критерия Стьюдента; корреляционный анализ с определением коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты

В зарегистрированном браке состояло 82,1% женщин с проблемами бесплодия, внутрисемейные отношения характеризовались напряжением, связанным с проблемой деторождения, несмотря на положительную в целом их оценку пациентками. Психологический климат в семье расценивался ими как удовлетворительный в 65% и хороший — в 35% наблюдений. Особенности профессионального (преимущественно, служащие, руководящие работники — 76,1%) и образовательного (преимущественно высшее образование — 72%) статуса женщин с бесплодием отражают вероятную значимость стрессовых факторов в формировании предрасположенности к расстройствам психофизической адаптации.

Первичное бесплодие было установлено у 48 (57,1%) и вторичное у 36 (42,8%) женщин ($p < 0,05$). Возраст наступления менархе в основной группе исследования был больше, чем в контрольной группе: 13,1±2,3 и 12,3±0,9 года соот-

ветственно. Гинекологический анамнез пациенток с бесплодием был отягощен наличием заболеваний шейки матки (32,1%), опухолевидных заболеваний яичников (17,8%), инфекций, передающиеся половым путем (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегаловирус, уреаплазмоз) (69%). В структуре гинекологической заболеваемости у обследованных женщин основной группы преобладал хронический сальпингоофорит (52,3%), тогда как в контрольной группе данного заболевания отмечено не было.

У 42,8% женщин основной группы в анамнезе имела беременность, которая закончилась родами только в 3,5% случаев. На искусственные аборты указывали 28,5% женщин, самопроизвольное прерывание беременности наблюдалось у 9,5%, внематочная беременность — у 20,2%. В контрольной группе беременность в анамнезе имела реже (30%), но заметно чаще заканчивалась родами (20%), искусственный аборт сделали только 10% женщин, а самопроизвольное прерывание беременности наблюдалось только в одном случае.

Из экстрагенитальной патологии следует отметить хронические инфекционные заболевания, которые заметно чаще встречались в группе бесплодия: хронический бронхит, пневмония соответственно 23% и 13,3%; хронический гайморит, тонзиллит — 42,8% и 26,6%; хронический пиелонефрит, цистит — 30,9% и 20% случаев. В 2 раза чаще у пациенток основной группы выявлялся гепатит А (14,2% и 6,6% соответственно). Каждая третья женщина с трубно-перитонеальным фактором бесплодия имела хирургическое вмешательство на органах малого таза, тогда как в контрольной группе этот показатель составил только 6,6%.

При гормональном обследовании у больных с трубно-перитонеальным фактором бесплодия обнаружено, что базальная секреция ЛГ и ФСГ не отличалась от нормативных показателей: уровень ЛГ в фолликулиновую фазу цикла 7,2 МЕ/л, ФСГ — 5,1 МЕ/л. Уровень пролактина в лютеиновую фазу составил 454 МЕ/л, что достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с параметрами контрольной группы. Уровень секреции эстрадиола и прогестерона был сохранен.

Психическое состояние женщин, включенных в программу лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий, характеризовалось преобладанием тревожных, тревожно-депрессивных, ипохондрических расстройств. В клинической картине преобладали тревожные расстройства (15,4% случаев), которые соответствовали критериям генерализованного тревожного расстройства (F41.1 по МКБ-10). Выраженность тревожных расстройств соответствовала достаточно высоким показателям реактивной тревожности по результатам обследования по шкале Спилбергера (43,6±5,29 балла) и заметно превышала таковую в контрольной группе (23,00±0,81 балла, $p < 0,05$).

Депрессия разной степени выраженности была выявлена у 20,2% женщин, в то время как в кон-

трольной группе депрессии не наблюдалось. В клинической картине обращали на себя внимание своеобразные конгруэнтные аффекту сверхценные идеи самоуничтожения и виновности, снижение уверенности в себе. В ряде случаев наблюдалось переживание экзистенциального кризиса, когда смысл жизни сводился к рождению ребенка. Несмотря на отчетливое снижение уровня энергии и мотивации, инициативности, работоспособность сохранялась. Депрессия не превышала невротического уровня и была диагностирована в рамках двух категорий МКБ-10: F3 «Аффективные расстройства настроения» и F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Расстройства адаптации (F43.2) встречались преимущественно в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции (F43.22). Также имелись случаи дистимии (F34.1) (13%) и рекуррентной депрессии (F32) (7% больных).

При количественной оценке уровня депрессии подтверждено наличие клинических очерченных депрессивных расстройств в группе женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, причем их выраженность не менялась до и после переноса эмбриона в процессе терапии ЭКО (15,6±1,67 и 15,21±1,72 балла по шкале Бека соответственно).

У 8,3% женщин имелись клинические проявления неврастении (F48.0), которые характеризовались повышенной раздражительностью, беспокойством, гипотимией, эмоциональной лабильностью, инсомнией, быстрой утомляемостью, ухудшением состояния к вечеру.

У женщин с длительно существующими проблемами бесплодия и неудачными попытками рождения ребенка выявлялись изменения личности в виде формирования черт тревожности и зависимости. Несмотря на то, что в среднем по группе пациентки с трубно-перитонеальным бесплодием имели умеренный уровень личностной тревожности (37,1±6,54 балла по шкале Спилбергера), этот показатель оказался достоверно выше по сравнению с контрольной группой (23,28 ± 1,12 балла, $p < 0,05$).

Статистический анализ полученных данных подтвердил, что выраженность тревожно-депрессивных расстройств находится в прямой зависимости от уровня пролактина ($r = 0,45$; $p < 0,01$).

Было показано, что по мере увеличения длительности бесплодия (свыше 3 лет) тревожные расстройства нарастают ($r = 0,43$; $p < 0,01$) и преобладают над депрессивными. Депрессия более характерна для женщин с меньшей длительностью бесплодия (1–3 года) ($r = 0,41$; $p < 0,01$), тревога в этот период менее выражена ($r = 0,33$; $p < 0,05$).

Наличие внематочной беременности в анамнезе с последующей тубэктомией, что оставляет женщине единственный шанс наступления беременности через процедуру ЭКО, повышает риск развития депрессии ($r = 0,36$; $p < 0,05$). Наличие в прошлом беременности, независимо от ее результата (самопроизвольный аборт, искусственный аборт или роды), заметно снижает вероятность депрессивных нарушений ($p < 0,05$).

Обнаружена значимая прямая зависимость между количеством попыток ЭКО и выраженностью депрессии ($r=0,44$; $p<0,05$). Кроме того, по мере увеличения периода диагностики и лечения бесплодия достоверно нарастают личностные изменения тревожного типа ($r=0,36$; $p<0,05$).

В зависимости от результата ЭКО были сформированы две подгруппы пациенток с положительным (34,5%) и отрицательным (65,5%) результатами ЭКО.

Показано, что уровень личностной тревожности как фактор низкой стрессоустойчивости перед переносом эмбриона был существенно выше в подгруппе пациенток с отрицательным результатом ЭКО, чем в подгруппе женщин, у которых цикл ЭКО закончился успешно ($37,11\pm 3,32$ и $28,72\pm 1,72$ балла по шкале Спилбергера соответственно, $p<0,05$).

Женщины с низкой личностной тревожностью забеременели после ЭКО в половине случаев (12 из 24 пациенток); с несколько меньшей частотой беременность наступила в подгруппе с умеренной личностной тревожностью (6 из 15 случаев). Наступления беременности среди 15 женщин с высоким уровнем личностной тревожности не отмечено.

Выраженность тревоги согласно самооценке пациенток с отрицательным результатом ЭКО также отличалась в большую сторону по сравнению с женщинами с наступившей в результате ЭКО беременностью: показатель реактивной тревожности по шкале Спилбергера составил $43,69\pm 3,48$ и $31,72\pm 2,75$ балла соответственно ($p<0,05$).

Из 12 женщин с низким уровнем тревоги перед процедурой ЭКО (до 30 баллов по шкале реактивной тревожности Спилбергера) у 7 женщин наступила беременность; из 21 женщины с умеренным уровнем реактивной тревожности (30–45 балла) — у 10; из 21 женщины с высоким уровнем ситуационной тревожности (более 45 баллов) ни одна не забеременела.

В группе женщин с неудачным циклом ЭКО выраженность депрессии составила $16,39\pm 2,0$ балла до переноса эмбриона и не отличалась от уровня депрессии у женщин с успешным циклом ЭКО — $16,94\pm 1,39$ балла по шкале Бека.

После переноса эмбриона у женщин, цикл ЭКО у которых закончился неудачей, показатели и реактивной и личностной тревожности возросли и составили $45,03\pm 3,43$ и $38,00\pm 3,33$ балла по шкале Спилбергера соответственно ($p<0,05$), в то время как в подгруппе сравнения они остались на прежнем уровне.

Выявлено, что женщины, у которых после проведения ЭКО беременность не наступила, имели депрессивную оценку перспектив (табл. 1).

В группе с отрицательным результатом ЭКО настоящее время воспринимается как пассивное. Больные апатичны, низко мотивированны. Будущее время воспринимается тусклым, тревожным, серым, туманным. Такое представление свойственно лицам с выраженной внутренней напряженностью, неудовлетворенностью ак-

туальной ситуацией, депрессивным состоянием. Прошлое больными данной группы воспринимается как маленькое, плоское, мгновенное. Характерно негативное отношение к себе, поиск причин, приведших к бесплодию, переживание бесплодия, как наказание. Больные апатичны, безынициативны. В группе женщин, у которых беременность наступила после проведения ЭКО, будущее и прошлое воспринимаются как яркое, светлое, спокойное, радостное. Настоящее также имеет более позитивную оценку по сравнению с женщинами с отрицательным результатом ЭКО.

Наличие проблем психической адаптации у женщин с бесплодием подтверждали результаты обследования по методике «Индекс жизненного стиля» (табл. 2).

Из приведенных в табл. 2 данных следует, что выраженность большинства защитных механизмов в группе женщин с бесплодием достоверно выше, чем в контрольной группе фертильных женщин. Это отражает напряженность психологической защиты и актуальность процесса адаптации.

Первые три ранговые места среди механизмов психологической защиты (МПЗ) женщин с бесплодием занимают, соответственно, компенсация ($69,4\pm 4,6$ балла), отрицание ($67,0\pm 2,2$ балла) и регрессия ($66,9\pm 2,3$ балла). Содержательная характеристика МПЗ «компенсация» заключается в том, что женщины пытаются найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, поведенческих характеристик другой личности. При этом используются мысли, установки и ценности принимаются без анализа и не становятся частью самой личности. Вследствие доминирования «отрицания» из сознания устраняются фрустрирующие, вызывающие тревогу внешние обстоятельства, которые не принимаются, не признаются. Регрессия сопряжена с переходом личности на более ранние стадии развития, заменой решения субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившейся ситуации, что сопровождается снижением самоконтроля и инфантильным рисунком поведения.

Как видно из табл. 3, структура психологической защиты достоверно различается у женщин в зависимости от результатов ЭКО. Так, у женщин, у которых беременность не наступила, достоверно более выражен МПЗ «отрицание» (актуальной проблемы) ($p<0,05$), который занимает 1-ю ранговую позицию, тогда как в группе женщин с успешным циклом ЭКО только 4-ю ранговую позицию. Выраженность МПЗ «реактивные образования» и «регрессия» отражает еще большую примитивизацию психологической защиты с преобладанием незрелых защитных механизмов. Устранение субъективно неприемлемых мыслей, поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений, отказ от решения субъективно сложных задач — возможное поведенческое выражение этих МПЗ.

Факторы	Отрицательный результат ЭКО	Положительный результат ЭКО
Настоящее время		
Активность времени	-4,2	0,1
Эмоциональная окраска времени	-3,03	0,8
Величина времени	-1,4	1,8
Структура времени	-0,8	0,6
Ощущаемость времени	-0,6	1,09
Будущее время		
Активность времени	-2,1	6,07
Эмоциональная окраска времени	-1,2	9,02
Величина времени	0,6	7,08
Структура времени	0,3	4,64
Ощущаемость времени	0,1	4,60
Прошлое время		
Активность времени	-2,8	5,06
Эмоциональная окраска времени	-1,8	7,04
Величина времени	-0,8	6,04
Структура времени	-0,6	3,06
Ощущаемость времени	-0,5	2,6

Механизмы психологической защиты	Женщины с трубно-перитонеальным бесплодием	Контрольная группа	Достоверность различий
	Средние оценки, балл (M±m)	Средние оценки, балл (M±m)	P
Отрицание	67,0±2,2	63,9±4,2	-
Вытеснение	45,1±2,6	41,7±2,4	-
Регрессия	66,9±2,3	39,4±2,1	p<0,05
Компенсация	69,4±4,6	43,7±3,2	p<0,05
Проекция	46,5±3,2	23,6±1,3	p<0,05
Замещение	55,8±3,5	41,5±2,6	p<0,05
Интеллектуализация	48,3±3,6	31,4±4,1	p<0,05
Реактивные образования	55,6±0,9	39,1±3,2	p<0,05

Механизмы психологической защиты	Женщины с отрицательным результатом ЭКО (n=55)		Женщины с положительным результатом ЭКО (n=29)	
	Средние оценки (M±m)	Ранг	Средние оценки (M±m)	Ранг
Отрицание	84,0±2,2	1	43,9±4,2	4
Вытеснение	45,1±2,6	8	41,7±2,4	6
Регрессия	70,9±2,3	3	39,4±2,1	8
Компенсация	69,4±4,6	4	43,7±3,2	5
Проекция	46,5±3,2	7	72,6±1,3	2
Замещение	65,8±3,5	5	65,5±2,6	3
Интеллектуализация	48,3±3,6	6	87,4±4,1	1
Реактивные образования	76,6±0,9	2	39,1±3,2	7

Исследования

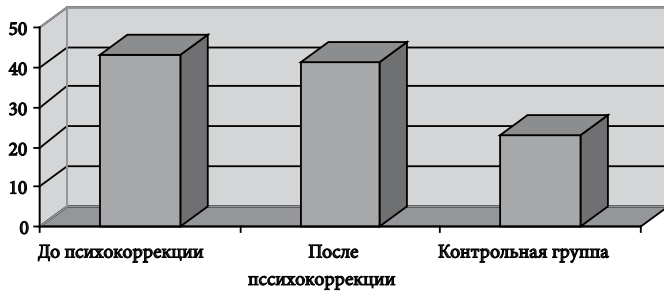


Рис. 1. Реактивная тревожность в группе женщин, прошедших психологическую коррекцию перед ЭКО (баллы по шкале Спилбергера)



Рис. 2. Уровень реактивной тревожности в группе женщин с отрицательным результатом ЭКО (n=19)

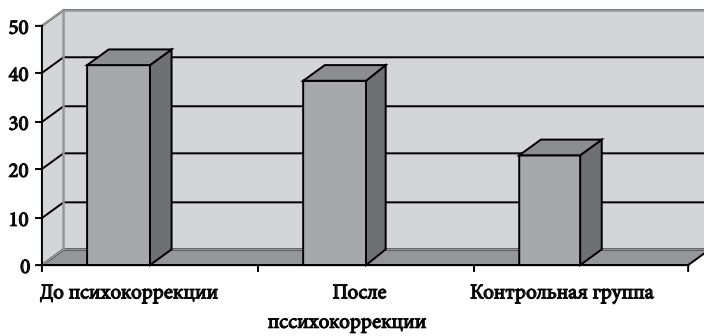


Рис. 3. Уровень реактивной тревожности в группе женщин с положительным результатом ЭКО (n=11)

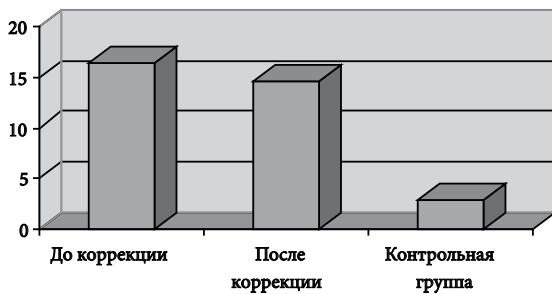
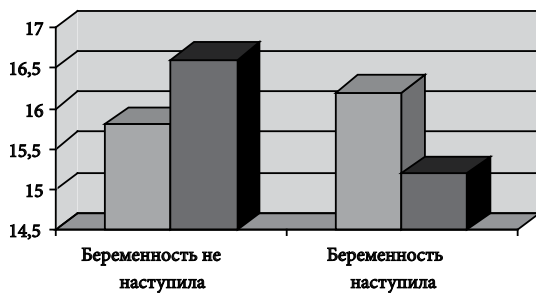


Рис. 4. Депрессия в группе женщин, прошедших психологическую коррекцию перед процедурой ЭКО (n=30)



Депрессия до коррекции
 Депрессия после коррекции

Рис. 5. Уровень депрессии в группе женщин после психологической коррекции с положительным и отрицательным результатом ЭКО

Для женщин из группы положительного результата ЭКО характерны зрелые защитные механизмы «интеллектуализация» (снижение эмоциональной значимости проблем путем их псевдорационализации) и «проекция» (перенос своих субъективно нежелательных переживаний, черт на окружающих) — дефензивные виды защиты, при которых травмирующая информация допускается в сознание, но интерпретируется как бы «безболезненным» для себя образом.

В работе проведен анализ влияния психологической коррекции психических расстройств на результаты ЭКО на примере 30 женщин с вторичным трубно-перитонеальным бесплодием.

Как видно из рис. 1, в целом обнаруживается тенденция к снижению в процессе психологической подготовки к процедуре ЭКО уровня тревоги. Полученные данные свидетельствуют, что у женщин с положительным итогом цикла ЭКО тревога в процессе психологической подготовки к ЭКО снижалась более заметно, с высокого до умеренного уровня (рис. 2 и 3).

При оценке уровня депрессии в группе женщин, получивших психологическую коррекцию, также было обнаружено уменьшение ее выраженности (рис. 4), причем отчетливое снижение уровня депрессии наблюдалось у женщин, у которых в дальнейшем беременность наступила (рис. 5).

Заключение

Женщины с трубно-перитонеальным бесплодием характеризуются большей отягощенностью соматического и гинекологического статуса по сравнению с контрольной группой фертильных женщин. Уровень пролактина в плазме крови в лютеиновую фазу у них достоверно выше по срав-

нению с контрольной группой и связан с выраженностью аффективных нарушений. Пациентки с бесплодием отличаются трудностями социально-психологической адаптации, обусловленными наличием эмоционального, интеллектуального напряжения, информационной перегрузкой.

У женщин с бесплодием выявляется значительная частота психических расстройств, ассоциированных со стрессогенным воздействием ЭКО. Для них типичны расстройства невротического уровня, коморбидность тревоги и депрессии при преобладании расстройств тревожного спектра, психогенного характера. Длительное первичное бесплодие с безуспешными попытками лечения является специфической хронической психотравмирующей ситуацией, обуславливающей формирование тревожных личностных особенностей и своеобразной системы психологической защиты. Психическое состояние женщин опосредуется характером патологии беременности, отягощенным акушерским анамнезом. Высокий уровень тревожности, наличие преимущественно тревожных расстройств, психической дезадаптации являются факторами риска отрицательного результата ЭКО. Коррекция психического состояния женщин с бесплодием способствует повышению эффективности ЭКО. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности организации специализированной психологической помощи в центрах ЭКО, реализации междисциплинарного, полипрофессионального подхода к ведению этих пациенток с участием психиатра, психотерапевта, репродуктолога-эмбриолога, акушера-гинеколога, что будет способствовать повышению эффективности лечения бесплодия в программах ВРТ.

Литература

1. Налетова А.Н. Пограничные психические расстройства у женщин страдающих различными формами бесплодия: Автореф. дис. канд. мед. наук.- М. — 1998. — 25с.
2. Ardenti R., Campari C., Agazzi L. et al. Anxiety and perceptve functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Hum. Reprod.* — 1999. — P.3126–3132.
3. Berg B.J., Wilson, J.F. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J. Behav. Med.* — 1991. — Vol. 14. — P. 11–26.
4. Berg B.J., Wilson J.F. Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Soc. Sci. Med.* — 1991. — Vol. 33. — 1071–1080.
5. Boivin J., Scanlan L.C., Walker S.M. Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Hum. Reprod.* — 1999. — Vol. 14. — P. 1384–1391.
6. Boivin, J. Is there too much emphasis on psychosocial counselling for the infertile patient. *J. Assist. Reprod. Genet.* — 1997. — Vol. 14. — P. 184–186.
7. Boivin J., Takefman J. The impact of the in vitro fertilization-embryo transfer (IVF-ET) process on emotional, physical and relational variables. *Hum. Reprod.* — 1996. — Vol. 14. — P. 903–907.
8. Boivin J., Andersson L., Skoog-Svanberg A. et al. Psychological reactions during in-vitro fertilization (IVF): similar response pattern in husbands and wives. *Hum. Reprod.* — 1998. — Vol. 13. — P. 1403–1406.
9. DNS Comparative reports 9//Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries// WHO. — Geneva. — 2004. — 40 p.
10. Fassino S., Piero A., Boggio S. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couple // *Human Repr.* — 2002. — Vol.17.- P. 2986–2994.
11. Halbreich U. *Psychiatric Issues in Women. Bal-liere's International Practice and Research: Clinical Psychiatry.* — London, UK: Bailliere-Tindall. — 1996. — 123p.
12. Halbreich U. *Hormonal Modulation of Brain and Behavior,* Washington, DC: American Psychiatric Press. — 1997. — 109p.
13. Harlow C.R., Fahy U.M., Talbot W.M. et al. Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment. *Hum. Reprod.* — 1996. — Vol. 11. — P. 274–279.
14. Hernon M., Harris C.P., Elstein M. et al. Review of organized support network for infertility patients in licensed units in the UK. *Hum. Reprod.* — 1995. — Vol.10. — P. 960–964.

15. Edelmann R.J. Emotional aspects of in vitro fertilisation. *J. Reprod. Infant Psychol.* — 1990. — Vol. 10. — P. 161–173.
16. Eugster A. and Vingerhoets A.J. Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Soc. Sci. Med.* — 1999. — Vol.5. — P. 575–589.
17. Demyttenaere K., Nijs P., Evers-Kiebooms G., Koninckx P.R. Personality characteristics, psychoneuroendocrinological stress and outcome of IVF depend upon the etiology of infertility. *Gynecol. Endocrinol.* — 1994. — Vol.8. — P. 233–240.
18. Demyttenaere K., Bonte L., Gheldof M. et al. Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertil. Steril.* — 1998. — Vol. 8. — P. 1026–1033.
19. Domar A.D., Clapp D., Slawsby E. et al. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil. Steril.* — 2000. — Vol.73. — P.805–811.
20. Facchinetti F., Matteo M.L., Artini G.P. et al. An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil. Steril.* — 1997. — Vol. 67. — P. 309–314.
21. Jensvold MF, Halbreich U, Hamilton JA. *Psychopharmacology and Women: Sex, Gender, and Hormones.* — Washington, DC: American Psychiatric Press. — 1996. — 156 p.
22. Lapane K.L., Zierler S., Lasater T.M. et al. Is a history of depressive symptoms associated with an increased risk of infertility in women? *Psychosom. Med.* — 1995. — Vol. 57. — P. 509–513.
23. Laffont I., Edelmann R.J. Perceived support and counselling needs in relation to in vitro fertilization. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* — 1994. — Vol. 15. — P. 183–188.
24. Mazure C.M., Takefman J.E., Milki A.A. and Lake-Polan M. Assisted reproductive technologies: II. Psychologic implications for women and their partners. *J. Women's Health.* — 1992. — Vol. 1. — P. 275–281.
25. Menning, B.E. Counselling infertile couples. *Contemp. Obstet. Gynecol.* — 1979. — Vol. 12. — P. 101–108.
26. Meller W.H., Zander K.M., Crosby R.D., Tagatz G.E. Luteinizing hormone pulse characteristics in depressed women. *Am. J. Psychiatry.* — 1997. — Vol.154. — P.1454–1455.
27. Merari D., Feldberg D., Elizur A. et al. Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization. *J. Assist. Reprod. Genet.* — 1992. — Vol.9. — P.161–16
28. Oddens B.J., den Tonker, I. and Nieuwenhuysse, H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems: a comparative survey. *Hum. Reprod.* — 1999. — Vol. 14. — P.255–261.
29. Reading, A.E., Chang, L.C. and Kerin, J.F. (1989) Attitudes and anxiety levels in women conceiving through in vitro fertilization and gamete intrafallopian transfer. *Fertil. Steril.* — Vol.50. — P. 95–99.
30. Slade P., Emery J., Lieberman B.A. A prospective, longitudinal study of emotions and relationship in in-vitro fertilization treatment. *Hum. Reprod.* — 1997. — Vol.29. — P.183–190.
31. Smeenk J.M.J., Stolwijk A.M., Kremer J.A.M., Braat D.D.M. External validation of the Templeton model for predicting success after IVF. *Hum. Reprod.* — 2000. — Vol. 15. — P. 1065–1068.
32. Templeton A., Morris J.K., Parslow W. Factors that affect outcome of in-vitro fertilisation treatment. — *Lancet.* — 1996. — Vol. 348. — P. 1402–1406.
33. Thiering P., Beaurepaire J., Jones M. et al. Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *J. Psychosom. Res.* — 1993. — Vol. 37. — P.481–491.

Сведения об авторах

Петрова Наталия Николаевна — д.м.н., зав. кафедрой психиатрии и наркологии, медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: petrova_nn@mail.ru

Гзгзян Александр Мкртчичевич — д.м.н., ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург.

Подольхов Евгений Николаевич — врач акушер-гинеколог, родильный дом № 9, Санкт-Петербург. E-mail: podolhov@mail.ru

Ниаури Дарико Александровна — д.м.н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии и репродуктологии медицинского факультета СПбГУ. E-mail: d.niauri@mail.ru