Роль психотерапии в лечении женского бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий

К.м.н. Ю.Ю. БАХАРЕВА, В.В. ДАНИЛОВ

Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Центр планирования семьи и репродукции», Челябинск

Проведено психотерапевтическое обследование 125 пациенток, страдающих бесплодием, лечение которых методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в первой попытке не было успешным. Выявлены особенности психоэмоционального статуса и разработана схема психотерапии, использованная при повторном лечении методами ВРТ 63 пациенток из числа обследованных. Доказано, что сочетание ВРТ с психокоррекцией статистически значимо улучшает результаты терапии.

Ключевые слова: ВРТ, психотерапия, психометрия, базовая стресс-реактивность, базовая тревога.

Бесплодный брак, частота которого достигает 15%, остается одной из актуальных медико-социальных проблем, несмотря на значительное количество исследований, посвященных этому вопросу. В последние два десятилетия в клинической практике лечения бесплодия активно используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) [6, 8]. Современные методы вспомогательной репродукции делают задачу преодоления бесплодия решаемой для большинства супружеских пар, столкнувшихся с этой проблемой. В настоящее время поиски путей повышения эффективности лечения с использованием ВРТ являются одной из приоритетных задач репродуктивной медицины [6].

Известно, что психопатологическое состояние разной степени выраженности является, как правило, спутником женщин, страдающих бесплодием, следствием чего становится формирование у большинства из них стабильного дистресса [7, 9, 10]. Работы авторов [3] последних лет наглядно демонстрируют возможности повышения эффективности лечения методами ВРТ за счет коррекции психоэмоционального статуса пациенток.

Цель исследования — выявить варианты дестабилизации нейропсихического статуса и личностные особенности женщин, страдающих бесплодием, при лечении которых методами ВРТ в первой попытке не был достигнут положительный результат, с целью определения подходов к реабилитационной терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 125 пациенток в возрасте от 28 до 32 лет, проходивших лечение в Центре планирования семьи и репродукции Челябинска. Все обследуемые страдали первичным бесплодием, лечение которого методами ВРТ в первой попытке не дало положительного результата. В основную группу были включены 63 пациентки, повторное лечение которых методами ВРТ включало психокоррекцию. Группу сравнения представляли 62 пациентки, которым при повторном цикле ЭКО психокоррекция не проводилась. Кроме того, было проведено психометрическое обследование группы здорового контроля, которую составили 63 женщины той же возрастной категории, имевшие здоровых детей и не демонстрировавшие в ходе обследования психопатологической симптоматики.

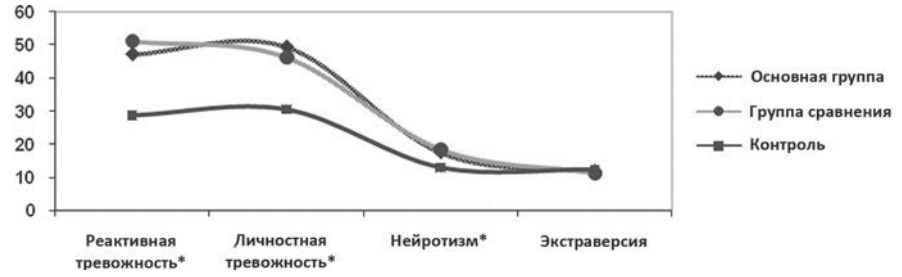
В ходе психотерапевтического обследования пациенток были использованы клинические и психометрические методы. Психометрическое исследование проводилось с использованием опросника H. Spylberger (адаптирован Ю.Л. Ханиным) для определения уровня реактивной и личностной тревожности, шкалы M. Hamilton (HDRS) для оценки депрессивного компонента психопатологической картины, опросника H. Eysenck для выявления личностных особенностей, способствующих проявлению дезадаптационных реакций (невротизма, экстраверсии/интроверсии).

Статистическая обработка полученных данных проводилась в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики с использованием пакета программ Statistica for Windows 6.0. Результаты были представлены в виде процентного соотношения. Достоверность различий между группами оценивалась по *t*-критерию Стьюдента с учетом величины *F*-отношения. При обработке данных психометрических исследований был использован *T*-непараметрический критерий Манна—Уитни. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты психотерапевтического обследования пациенток основной группы продемонстрировали наличие невротической патологии в 100% случаев. В соответствии с критериями МКБ-10 у 52

e-mail: M_250170@mail.ru



Результаты психометрического обследования пациенток клинических групп и группы здорового контроля.

* — Различия как в основной группе, так и в группе сравнения статистически достоверны в сравнении с данными контрольной группы (p<0,05) и недостоверны при сравнении между собой.

(82,5%) пациенток основной группы было диагностировано расстройство адаптации, в том числе у 41 (65%) с преобладанием тревоги и у 22 (35%) — тревожно-депрессивное. У 11 (17,5%) пациенток состояние соответствовало критериям генерализованного тревожного расстройства. Таким образом, тревожный психопатологический синдром различной степени тяжести, в 35% случаев сочетавшийся с депрессивной симптоматикой субклинического уровня, был ведущим.

Данные психометрического обследования пациенток основной группы демонстрировали высокий уровень невротизма (18,26±0,46), значительное повышение показателей реактивной (47,37±2,16) и личностной (48,62±1,14) тревожности. Вместе с тем результаты психометрического обследования пациенток группы сравнения не выявили статистически достоверных различий с данными основной группы и значительно превышали (p<0,05) аналогичные показатели в группе здорового контроля **(см. рисунок)**. Таким образом, результаты психометрического исследования наглядно демонстрируют низкий уровень стрессоустойчивости пациенток обследуемых групп (высокий уровень личностной тревожности и невротизма) и отсутствие подобного состояния у пациенток группы здорового контроля.

Данные литературы [1, 2, 4, 7] свидетельствуют, что личности, склонные испытывать тревогу как базовую эмоцию в большинстве ситуаций адаптации, более подвержены формированию и развитию невротической симптоматики. Чем чаще такой индивид подвергается воздействию стрессорных факторов, тем выше риск развития невроза в связи со снижением адаптационных возможностей организма на фоне формирования высокой базовой стрессреактивности. Длительный период бесплодия, а также неудачная попытка ЭКО являлись для обследуемых пациенток выраженным стрессорным фактором, реализовавшимся по типу невротической симптоматики на фоне высокого уровня базовой тревожности. Это подтверждает как клиническая симптоматика, так и высокий уровень реактивной тревожности пациенток, выявленный при проведении психометрии.

На основании полученных данных была разработана поэтапная тактика психотерапевтической коррекции. Первый этап работы с пациентками основной группы начинался непосредственно после неудачной попытки ЭКО и был направлен на купирование остроты тревожной симптоматики. На этом этапе использовалась психофармакотерапия, эриксоновский гипноз и рациональная психотерапия. Далее, на этапе подготовки пациенток к повторному лечению методом ВРТ, с учетом выявленных личностных особенностей применялась психодинамическая терапия по методу символдрамы. Проводилась проработка внутренних конфликтов, обусловивших высокий уровень базовой тревоги, формирование адекватной внутренней картины будущей беременности, нейтрализация эмоциональных последствий предшествующего негативного опыта. На третьем этапе, в случае успешности лечения методом ВРТ, осуществлялось психотерапевтическое сопровождение пациентки в период беременности.

После проведения двух этапов психокоррекции все пациентки основной группы повторно прошли лечение методами ВРТ. В 29 (46%) случаях терапия привела к наступлению беременности. У 28 женщин родились здоровые дети (44,4% пациенток основной группы), в 1 случае беременность закончилась самопроизвольным прерыванием в I триместре.

Частота наступления беременности при повторном проведении ЭКО у пациенток группы сравнения была достоверно ниже (p<0,005) и составила 32,25% (20 пациенток из 62). С учетом того, что в 2 случаях беременность завершилась самопроизвольным прерыванием, эффективность лечения состави-

ла 29,1% (рождение здоровых детей у 18 пациенток). Следовательно, эффективность терапии методами ВРТ также была достоверно ниже, чем в основной группе (p<0,005).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты демонстрируют необходимость психотерапевтической поддержки женщин, страдающих бесплодием и обращающихся по этому поводу в клиники ВРТ. Превентивная психодиагностика и личностно-ориентированная психотерапия, проводимая на этапе подготовки, а также на протяжении всего лечебного цикла, позволяет улучшить результативность программ ВРТ. Выявленный у пациенток высокий уровень базовой тревоги открывает возможности для применения психоаналитической диагностики и разработки структурированной схемы психодинамической терапии данной категории пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. М: Зевс 1997; 570.
2. *Асанова Л.М., Лаврова Т.Н.* Психогенные невротические депрессии у женщин (психопатологический и психосоматический аспекты). Журн неврол и психиатр 2001; 101: 11: 14—18.
3. *Дралюк Н.М., Светлаков А.В., Махалова Н.А., Новосельцева А.В.* Влияние психотерапии стрессового состояния на результат лечения бесплодия в программе ЭКО. Международная конференция РАРЧ «Вспомогательные репродуктивные технологии сегодня и завтра», 16-я: Тезисы. Ростов-на-Дону 2007; 10.
4. *Ковалев Ю.В.* Психопатологический феномен тревоги: Этимология, дефиниции, клиническое содержание. Рос психиатр журн 2003; 3: 14—19.
5. *Попов Ю.В., Вид В.Д.* Современная клиническая психиатрия. М: Экспертное бюро 1997; 491.
6. *Сухих Г.Т., Адамян Л.В.* Охрана репродуктивного здоровья — приоритетная проблема здравоохранения. Пробл репрод 2001; 5—9.
7. *Черемин Р.А.* К проблеме феноменологии расстройств психической адаптации у женщин в условиях социально-экономических перемен. Рос психиатр журн 2003; 3: 34—38.
8. *Beer A.E., Kwak J.* Reproductive medicine program Finch University of Health Science. Chicago: Medical School 2000; 96.
9. *Donarelli Z., Lo Coco, Gullo S., Marino A.* The role of attachment style, state- anxiety and partneris concerns in predicting infertility-related stress in couples andergoing their first IVF treatment/ abstracts of the 27th Annual Meeting of Human Reproduction and Embriology. Stockholm (Sweden) 2011; 236.
10. *Luks M.P., Vacc N.A.* Glief depression and coping in women undergoing infertility treatment. Am Obstet Gynecol 1999; 93: 2: 245—251.