



**XXVIII**

**ЕЖЕГОДНАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ РАРЧ  
"РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
СЕГОДНЯ И ЗАВТРА"**

5-8 СЕНТЯБРЯ 2018, УФА

**XXVIII**

**ANNUAL INTERNATIONAL  
CONFERENCE OF THE RAHR  
"REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES  
TODAY AND TOMORROW"**

5-8 SEPTEMBER 2018, UFA



**СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

**ABSTRACTS**



[conf.rahr.ru](http://conf.rahr.ru)

Другим вариантом несовпадения представлений о результате лечения является условное принятие ребенка будущими родителями, когда они ориентированы на рождение ребенка только с определенными параметрами или на использование только определенных методов ВРТ. Чаще всего это относится к использованию донорских гамет и суррогатного материнства. Особенно остро эта проблема выражена у пациентов старшего репродуктивного возраста, которые предпочитают длительное время бороться за получение генетически своего ребенка в ущерб прогнозам врачей об эффективности рождения такого ребенка в принципе и тем более физически и, главное — репродуктивно здорового ребенка. Проблема рождения здорового ребенка также возникает при использовании гамет и возможности вынашивания беременности у родителей, имеющих системные соматические заболевания. В таких случаях возникает этическая проблема: что является результатом лечения — обеспечить бесплодным пациентам счастье материнства и отцовства или обеспечить рождение здорового ребенка, который сам сможет впоследствии эффективно реализовать свою репродуктивную функцию?

При возникновении проблем такого характера следует рекомендовать пациентам консультацию с психологом для осознания своих целей лечения, принятия реальной ситуации, помощи в переживании утраты имеющихся у них представлений о целях лечения, формировании новых целей и построению новой программы лечения. Врачу также необходима помощь психолога для осознания мотивации пациентов и налаживания эффективного взаимодействия с ними для достижения успешного результата лечения.

\* \* \*

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ, ГОТОВЯЩИХСЯ К ЭКО**

**С.В. Фролова<sup>1</sup>, А.А. Чураков<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского», ООО «Медицинский центр «Врачебная практика», Саратов, Россия; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ООО «Медицинский центр «Врачебная практика», Саратов, Россия

Бесплодие является актуальной для современного транзитивного общества медико-социальной проблемой и имеет ряд психологических аспектов. Во-первых, для супружеской пары диагноз «бесплодие» сам по себе уже является своеобразной психологической травмой. Во-вторых, медицинский анамнез всегда сопровождается психологическими изменениями в эмоциональных проявлениях, самоотношении и саморегуляции человека.

**Цель исследования** — изучение психологических особенностей пациенток с бесплодием, находящихся на этапе подготовки к ЭКО.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 53 женщины, наблюдаемые в отделении ВРТ ООО «МЦ «Врачебная практика», в возрасте от 24 до 42 лет (средний возраст 32 года) с диагнозом «бесплодие» на этапе подготовки к ЭКО. У 56% пациенток диагностировано первичное (из них у 11% — эндокринный фактор) и у 44% — вторичное бесплодие. Контрольную группу составили 57 здоровых женщин. В качестве психодиагностического инструментария в исследовании использовали метод цветowych выборов (МЦВ) М. Люшера, цветовой тест отношений (ЦТО) А.М. Эткинды, Фрейбургский личностный опросник (FPI), образно-ассоциативный тест Г. Роршаха, психодиагностическую беседу. В качестве статистически-математического метода проверки достоверности различий между изучаемыми группами и подгруппами испытуемых применялся  $\phi^*$ -критерий углового преобразования Фишера.

**Результаты.** Проведенное исследование позволило выявить у женщин с диагнозом «бесплодие», готовящихся к ЭКО, следующие психологические риски возникновения психосоматической патологии и репродуктивных потерь: неосознаваемая психологическая тревога (97%), склонность к дистрессовому типу реагирования (97%), эмоциональная неустойчивость (65%), слабо развитая способность управления эмоциональной сферой при выраженной тенденции к подавлению и вытеснению эмоций (70%), фрустрация потребности в активной и деятельной самореализации и достижении жизненных целей (76%), предрасположенность к психосоматическим нарушениям (70%), когнитивно-эмоциональный след от травматических переживаний интимно-личностного характера (85%), трудности социально-психологической адаптации (79%), отрицание существующих психологических трудностей (89%) и самой ситуации болезни. Для пациенток с первичным бесплодием эндокринного генеза характерно неосознаваемое эмоционально-напряженное отношение к супругу (100%) и к рождению будущего ребенка (33%). Участницам исследования с диагнозом «вторичное бесплодие» чаще, чем в других группах, присуще переживание функционального депрессивного состояния (45%), утраты прежних смыслов жизни и чувства беспомощности.

**Выводы.** Таким образом, у пациенток с бесплодием существуют выраженные психологические риски, способные препятствовать успешному ЭКО. Учитывая преимущественно неосознаваемый характер психоэмоциональных трудностей, пациенткам на этапе подготовки к ЭКО показана специализированная психологическая помощь, направленная на снижение тревожности, формирование позиции активного участия в лечении, развитие навыков саморегуляции.

