

Бесплодие и психические расстройства у женщин.

Сообщение 2

Тювина Н.А.¹, Николаевская А.О.²

¹Кафедра психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

¹119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9; ²305041, Курск, ул. К. Маркса, 3

В статье представлены данные о влиянии бесплодия на психическое состояние женщины с точки зрения как изменения ее психологического профиля, нарушений психосоциальной, семейной адаптации, так и возникновения психических расстройств. Проанализированы предикторы патопсихологических и психопатологических отклонений у женщин, страдающих бесплодием: личностные особенности, семейные, социокультурные факторы. Показана специфика влияния диагноза бесплодия и неопределенного репродуктивного статуса на психическое состояние женщин. Описаны психически обусловленные изменения гормонального фона при бесплодии, приведены данные о возникновении коморбидных бесплодию соматических заболеваний. Затронуты вопросы нарушений психического здоровья женщин при использовании вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: психические расстройства; психологические особенности; репродуктивное здоровье; вспомогательные репродуктивные технологии; женское бесплодие; бесплодный брак; первичное бесплодие.

Контакты: Нина Аркадьевна Тювина; natuvina@yandex.ru

Для ссылки: Тювина НА, Николаевская АО. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 2. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020;12(1):93–99.

Infertility and mental disorders. Communication 2

Tyuvina N.A.¹, Nikolaevskaya A.O.²

¹Department of Psychiatry and Narcology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; ²Kursk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kursk, Russia

¹11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021; ²3, K. Marx St., Kursk 305041

The paper presents data on the impact of infertility on the mental state of a woman in terms of both a change in her psychological profile and psychosocial, familial adjustment disorders, and the occurrence of mental disorders. It analyzes predictors (personality traits, familial, and sociocultural factors) for pathopsychological and psychopathological abnormalities in infertile women. The specific features of the impact of diagnosing infertility and uncertain reproductive status on the mental state of women are shown. Psychologically induced hormonal changes during infertility are described and data on the occurrence of somatic comorbidity of infertility are given. Mental health disorders in women using assisted reproductive technologies are touched upon.

Keywords: mental disorders; psychological characteristics; reproductive health; assisted reproductive technologies; female infertility; infertile marriage; primary infertility.

Contact: Nina Arkadyevna Tyuvina; natuvina@yandex.ru

For reference: Tyuvina NA, Nikolaevskaya AO. Infertility and mental disorders. Communication 2. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2020;12(1):93–99.

DOI: 10.14412/2074-2711-2020-1-93-99

Взаимосвязь и взаимовлияние женского психического здоровья и репродуктивной функции многогранны и неоднозначны. С одной стороны, психологические, психогенные факторы, психические расстройства оказывают воздействие на сексуальную, менструальную, генеративную функции, что, в свою очередь, может приводить к бесплодию [1, 2]. С другой стороны, бесплодие как хронический стрессогенный фактор, эмоционально значимый для женщины, негативно сказывается на ее психическом здоровье, взаимоотношениях в семье, качестве жизни. Психические предпосылки и последствия бесплодия, несмотря на давнюю историю изучения биологических, физиологических и эндокринных факторов его развития, стали привлекать внимание специалистов сравнительно недавно. Поначалу исследователи, в основном психологи,

полагали, что центральной психической причиной бесплодия у женщин является нарушение их женственности и амбивалентные взаимоотношения с матерью [3]. Затем невозможность зачатия стала рассматриваться в свете психосексуальных расстройств [4]. В настоящее время многие исследователи сходятся во мнении, что не существует научных доказательств «зацикленности» на родительство, «психологических блоков» либо особых поведенческих паттернов пары, ответственных за бесплодие [5]. Однако в ряде случаев именно психическая патология выступает единственной причиной бесплодия, а неспособность зачать или родить здорового ребенка угрожает чувству идентичности, подрывает личностные ценности и мотивацию родительства, влияет на переоценку парой своих взаимоотношений [6].

Большинство современных женщин планируют беременность и рождение ребенка так же тщательно, как выбирают карьеру, образование и образ жизни в целом; им присуще ожидание наступления материнства в конкретный момент своей жизни [7]. Рождение ребенка позволяет женщинам достичь статуса зрелости, установить свою социальную идентичность, выполнить гендерную роль и закрепить брак. Вместе с тем неспособность реализовать эти социальные ожидания может выступать источником стресса и напряжения, приводящих к нарушению психического здоровья и ухудшению физических и психических показателей качества жизни, расстройствам сексуального функционирования.

При оптимальном возрасте рождения ребенка до 35 лет в последние годы наметилась тенденция — откладывать это событие на более поздние сроки. Это связано с наличием современных способов контрацепции, изменением социального статуса женщины, а также недостаточной осведомленностью о медицинских аспектах бесплодия, связанного с возрастом. При таком подходе к вопросу деторождения из поля зрения женщины выпадает эффект накопления всевозможных факторов риска бесплодия, которые становятся злободневными ввиду большей продолжительности их воздействия, а также присоединения прочих негативно влияющих на фертильность причин [8].

Исходя из того, что большинство браков заключаются с целью рождения детей, невозможность их естественного зачатия — личная трагедия для женщины и психотравмирующий фактор для мужа, родителей и всей семьи, повод для осуждения со стороны общества. Для подавляющего числа женщин наступление беременности и рождение ребенка — одно из жизненно важных событий, отражающих ведущую биологическую и социальную потребность в материнстве. Диагноз бесплодия представляется таким женщинам «катастрофой», неспособностью реализовать свои жизненные планы и может приводить к развитию психопатологических нарушений [9]. До половины всех пациенток репродуктивного возраста с бесплодием отмечают наличие у них данного диагноза как психотравмирующий фактор, объясняя это нестабильностью их статуса как женщины и потенциальной матери. Бесплодный брак является серьезной психосоциальной проблемой, действуя как перманентный хронический стресс и приводя к развитию невротических расстройств [10].

Эпидемиология психических расстройств, вызванных бесплодием

Существенный рост бесплодия у женщин репродуктивного возраста, неопределенность их репродуктивного статуса способствуют возникновению тяжелых социально-демографических последствий (снижению показателей рождаемости и прироста населения, качества жизни), повышению заболеваемости пограничными психическими расстройствами, увеличению числа депрессивных и тревожных состояний. Сочетанное течение бесплодия и психопатологических нарушений изменяет уровень социального функционирования женщины, вплоть до социальной дезадаптации. И наоборот, их измененное психическое состояние может способствовать прогрессивному клиническому течению бесплодия [11].

По данным отечественного исследования, в котором участвовали 700 женщин с различными вариантами бесплодия, лишь 17,14% из них оказались психически здоровыми,

тогда как у 50% наблюдались пограничные психические расстройства. При этом женщины отмечали наличие диагноза бесплодия как личностно значимую психотравмирующую ситуацию, влияющую на самоидентичность и самооценку. По мнению этих женщин, используемый в настоящее время в акушерско-гинекологической практике термин «старая первородящая» для женщин старше 28 лет оказывает ятрогенное воздействие [12].

Бесплодие, по мнению ряда авторов, сопряжено с тяжелой моральной травмой и, как следствие, с личностной, семейной и социальной дезадаптацией, повышает риск развития психических расстройств невротического уровня [5]. При этом распространенность у пациенток с бесплодием психических нарушений непсихотического уровня, таких как тревожные расстройства и сексуальная дисфункция, достигает 60%, а коморбидность сексуальных дисфункций и пограничных психических расстройств — 100%.

По данным B.D. Peterson и соавт. [13], у половины женщин бесплодие приводит к возникновению расстройств адаптации, у 54% — депрессивного синдрома легкой степени, у 25% — тревожных расстройств. При этом более выраженные показатели депрессии отмечаются при наличии впервые установленного диагноза «бесплодие».

Структурированное психиатрическое интервью женщин до начала терапии бесплодия в клинике показало, что до 40% опрошенных имели высокий уровень депрессии и тревоги, а также их сочетания [14]. Н. Volgsten и соавт. [5] выявили у женщин с бесплодием психопатологическую симптоматику в 31% случаев, причем наиболее распространенным расстройством была депрессия. Аналогичные данные были получены S.R. Holley [15] в результате обследования 174 женщин, лечившихся от бесплодия. В 39% случаев психическое состояние обследованных соответствовало критериям депрессии. В масштабном исследовании датских ученых, включавшем 42 000 женщин, у которых проводилась терапия бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, депрессия выявлена в 35% случаев [16]. Одно из крупнейших на сегодня исследований бесплодия проходило в Северной Калифорнии: 56% из 7352 женщин сообщили о наличии у них депрессивных симптомов, 76% — тревожных.

Значительная распространенность аффективных нарушений у пациенток с бесплодием закономерно повышает интерес специалистов к проблеме суицидального поведения, вызванного бесплодием. Так, при обследовании 106 женщин с бесплодием, направленных в клинику вспомогательных репродуктивных технологий, у 9,4% из них были установлены суицидальные тенденции, представленные суицидальными мыслями и попытками суицида. Авторы отмечают, что женщины с суицидальным поведением отличались отсутствием детей в анамнезе, идеями самообвинения, высоким уровнем социальной изоляции и высокой толерантностью к физической боли [17]. Об увеличении количества женщин с суицидальным поведением в подгруппе безуспешного лечения бесплодия сообщали датские ученые, обследовавшие бесплодных женщин в 1973–1998 гг. [18].

Предикторы формирования психических расстройств при бесплодии

Женское бесплодие — не только гинекологическая проблема, поскольку страдающие им женщины обнаружи-

вают высокий уровень стресса, тревоги и депрессии, выраженную «социальную боль». При этом различные социальные, семейные, психогенные факторы усугубляют вызванный бесплодием стресс.

Интересно, что до начала терапии бесплодия, в ходе психологического интервью, направленного на оценку дистресса, пациентки диссимулировали имеющиеся психические проблемы, чтобы казаться в глазах медицинских работников «здоровее, чем есть на самом деле». Авторы исследования объясняют это повышенным оптимизмом женщин, приступающих к лечению бесплодия, с надеждой зачать естественным путем, не прибегая к вспомогательным репродуктивным технологиям [19].

Бесплодные женщины значительно более уязвимы по сравнению с мужчинами к стимулам, связанным с репродуктивностью (например, к виду беременных). Бесплодие вызывает у женщин низкую самооценку, негативное отношение к себе, чувство стыда, препятствующие их эмоциональной близости с окружающими, нормальному социальному функционированию, социальной поддержке. Они тягостятся несбывшимися надеждами и стремлениями, что может влиять на появление новых личностных проблем [20].

Бесплодие часто называют «тихой борьбой», поскольку страдающие им женщины «из всех сил пытаются зачать ребенка». Такое положение вещей порождает у них депрессию, тревогу, вину, чувство внутреннего беспокойства, добровольную социальную изоляцию, потерю контроля над происходящими жизненными событиями [21].

Сам диагноз бесплодия и неопределенный репродуктивный прогноз являются одними из основных предикторов психических расстройств. Выраженное нервно-психическое напряжение, гипотимия, высокий уровень тревожности, эмоциональная неустойчивость, пониженная эмоциональная экспрессия, дефицит возможностей адаптации и механизмов совладающего поведения, пониженная самооценка, самостигматизация, сужение круга интересов, отсутствие видения перспективы в бездетном браке — все эти качества присущи женщинам с неопределенностью репродуктивного статуса [22].

Н.О. Дементьева [22] описывает особую внутреннюю картину болезни у бесплодных женщин: отсутствие целостной когнитивной концепции болезни и господство мистических представлений о материнской несостоятельности, фрустрированность при попытках принять свой репродуктивный статус, отсутствие конструкта адаптации и так называемый «торг принятия диагноза». Все описанные характеристики сочетаются с нарушением межличностного взаимодействия с супругом, родительскими семьями, сексуальной и духовной дисгармонией, низким уровнем эмоциональной вовлеченности обоих супругов в жизнь их семьи с умалением и игнорированием семейных ценностей и традиций в динамике.

На специфичность восприятия своего репродуктивного статуса влияет факт наличия или отсутствия беременности в анамнезе. Если беременность не наступала, такая женщина находится в ситуации постоянного и непрерывного уточнения диагноза, размышлений о своей репродуктивной и личностной состоятельности. При наличии беременности в прошлом отмечается усиление переживаний в связи с ее ненаступлением в настоящем. Пациентки с бесплодием склонны винить медицинское сообщество в некомпетент-

ности, зачастую полностью подчиняя свою жизнь идее забеременеть, которая со временем приобретает навязчивый характер, вплоть до одержимости. Такие пациентки способны кардинально изменить свой образ жизни, отказавшись от употребления различных продуктов, изнуряя себя физическими упражнениями, специальными диетами, придерживаясь особого графика сна [23].

Одним из важных факторов, способствующих формированию бесплодия, являются личностные характеристики женщины, их влияние на состояние психического и репродуктивного здоровья. Результаты эпидемиологических исследований, свидетельствующие о двукратном преобладании у женщин по сравнению с мужчинами депрессивных и тревожных расстройств, объясняются личностными особенностями женщин: склонностью в ситуации повышенной фрустрирующей стрессовой нагрузки к аутоагрессии, повышенной ответственностью за неблагоприятный исход в определенных жизненных ситуациях, яркой вовлеченностью в заботу о членах своей семьи, пренебрежением собственным здоровьем, двойной социальной нагрузкой, которая включает в себя наряду с семейными и родительскими обязанностями стремление к профессиональному признанию [24]. Женщинам также присущи срывы адаптационных механизмов в стрессовых ситуациях и интрапунитивные реакции. Личностный профиль бесплодных женщин отличается высокими уровнями вины, подозрительности и враждебности [25].

А.В. Васильева [12] отмечает присущее женщине сочетание гендерной специфики и личностных особенностей, таких как категоричность, стеничность, добросовестность, стремление к контролю за происходящим, ориентация на высокие достижения при одновременном игнорировании биологических границ переносимости нагрузок. При обследовании с помощью Миннесотского многофакторного личностного опросника (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) был представлен психологический профиль женщин репродуктивного возраста с бесплодием, включающий эмоциональную неустойчивость, конфликтность, тревожность, инфантильность, зависимость, нестабильную самооценку и склонность к депрессивным реакциям [26].

Психическое здоровье женщины при наличии у нее гинекологических проблем находится в прямой связи с состоянием гипоталамо-гипофизарно-овариальной регуляции. Она, в свою очередь, может быть ответственна как за становление у женщин психических расстройств в случае нарушения репродуктивной функции, так и за обусловленные стрессовыми факторами нарушения гормонального фона [27–29].

Индукцированная стрессом перестройка нервной, иммунной, эндокринной систем женского организма оказывает существенное влияние на гомеостаз психопатологических проявлений, особым образом затрагивая репродуктивную систему. Подобная подверженность внешним и внутренним циклическим изменениям, многогранность клинических проявлений обуславливают трудность изучения у женщин с гинекологической патологией психических расстройств. Сниженная резистентность женского организма вследствие гинекологической патологии делает его восприимчивым к минимальным стрессовым воздействиям. Длительное гинекологическое заболевание значительным образом изменяет социальную адаптацию и уровень психиче-

ского функционирования женщины, достигающего в ряде случаев диагностируемого психического расстройства. В то же время степень тяжести гинекологического заболевания, склонность к хронизации и обострениям, сопутствующие осложнения определяются состоянием психического благополучия пациенток, их личностными особенностями и наличием личностно значимых стрессоров [4].

Культурные и социально-психологические факторы женского бесплодия

Бесплодие признается одним из мощнейших стрессовых факторов ввиду особого отношения общества к такой женщине, ее роли в нем и вопросу деторождения [30]. Невозможность родить ребенка выступает одной из крайне значимых психотравмирующих ситуаций для супружеской пары из-за преобладания в современном обществе особых установок, постулирующих пронатализм — обязательное родительство. Н.Н. Петрова и соавт. [21] указывают на особые полоролевые ожидания именно от женщины, включающие реализацию ею репродуктивной функции, женственность и материнские качества, любовь к детям. В современном обществе господствуют негативные стереотипы оценки женского бесплодия, отождествляющие его с социальным и психическим неблагополучием. Соответственно, при наличии проблем в сфере репродуктивного здоровья описанные «пронатальные ценности» фрустрируют женщину, вызывая снижение самооценки и чувства уверенности в себе. Исследователи предлагают рассматривать психоэмоциональные расстройства у таких женщин как патогенетическое звено бесплодия, а также считать их следствием суммирования соматических (с анализом гинекологического статуса) и психологических характеристик [21].

Дополнительное психологическое давление на бесплодные пары оказывают негативные стереотипы общества, выражающиеся в пренебрежении, неприятии и даже презрении со стороны окружающих, включая близких родственников [31]. Необходимые диагностические процедуры и лечебные мероприятия также повышают уровень психологической напряженности каждого из супругов. Переживания обоих супругов часто приводят к нарушению семейного климата (межперсональных отношений, эмоциональному напряжению, сексуальным расстройствам) и в итоге — к разводу в 70% случаев [4]. Описан так называемый «зубчатый механизм», когда один из трех ведущих дестабилизирующих взаимозаменимых факторов (уровень качества жизни, определяемый в контексте конкретной культуры, сам факт бесплодия у женщины, а также дистресс) выходит на первый план и потенцирует действие остальных [32–34].

Любопытно, что влияние социальных факторов на ситуацию с бесплодием во многом зависит от страны, культуры и религии. Изучение психического здоровья бесплодных мусульманок выявило некоторые культурные факторы, обусловленные подчиненным положением женщин и влияющие на распространенность, клиническую картину, особенности терапии, поведенческие стратегии, социальные последствия. Было установлено, что страдающие бесплодием мусульманки наиболее подвержены депрессивным, соматоформным, тревожным расстройствам, более часто имеют нарушения пищевого поведения и суицидальные тенденции [35]. Обследование 120 кувейтских бесплодных женщин с помощью арабской версии госпитальной шкалы тревоги и депрессии

(Hospital Anxiety and Depression scale, HADS) обнаружило у них высокое психическое напряжение, клинически выраженные уровни тревоги и депрессии, идеи самообвинения, суицидальные мысли. Часть женщин не имели образования и объясняли свое бесплодие вмешательством демонов, злых духов, потусторонних сил, возмездием Бога за их греховность. Такие женщины прибегали к услугам хилеров, целителей и становились глубоко богобоязненными [36]. Несмотря на существование научных представлений о причинах бесплодия, по-прежнему в нем винят в первую очередь женщин, что обуславливает их стигматизацию, социальную изоляцию и случаи домашнего насилия [37]. Так, 50% турецких женщин независимо от вида бесплодия называли его «самым сложным опытом в их жизни» [38].

Фертильность имеет большое значение для сексуальной и психологической атмосферы в семье, тогда как бесплодие может привести к серьезным психическим расстройствам, нарушению социальной адаптации, включая неудовлетворенность браком и качеством жизни. Бесплодные женщины сталкиваются с резкой стигматизацией, испытывают страх, стыд, негативное влияние на них оказывают также медицинские осложнения и социальные последствия бесплодия. Ввиду бесплодия обостряются внутрисемейные конфликты каждого из потенциальных родителей, страдает сфера межличностных взаимоотношений, что отражается на нормальном функционировании семьи. В сочетании с социальным и родительским давлением, направленным на сохранение продолжения рода, бесплодие может привести к серьезным психическим расстройствам [39–41].

Несмотря на широкую распространенность бесплодия, большинство страдающих им женщин не делятся своей историей с семьей или друзьями, что увеличивает их психологическую уязвимость. Неспособность к естественному зачатию порождает стыд, низкую самооценку, что крайне негативно отражается на качестве жизни таких пациенток.

Бесплодные женщины страдают от таких психосоциальных проблем, как давление родственников, отсутствие социальной поддержки, социальная изоляция, негативные самооценка и видение перспективы собственного будущего [4].

Проблема диагностики психических расстройств у женщин с бесплодием

Несмотря на интерес врачей различных специальностей к психологии, психопатологии и психотерапии, а также интеграцию психиатрии в общую медицину, «лечение бесплодия в основном осуществляется гинекологами с использованием биологических методов» без участия специалистов по психическому здоровью [42, 43].

Американское общество репродуктивной медицины и Европейское общество репродукции человека и эмбриологии до недавнего времени считали, что нет формальных оснований для психологического консультирования женщин с бесплодием. Однако ценность такого консультирования неоспорима, поскольку психологическая коррекция способствует снижению уровня тревоги и депрессии и может приводить к более высокому проценту положительных исходов при использовании технологий вспомогательной репродукции [44]. Напротив, в немецкой психиатрической литературе бесплодие определяют как «биопсихосоциальный кризис», а психологическое консультирование по вопросам нарушений репродуктивного здоровья является

неотъемлемым звеном мультидисциплинарного подхода к терапии данной патологии [45].

Р.Ф. Насырова и соавт. [3] отмечают, что более чем у 49% пациенток с патологией репродуктивной системы обнаруживается коморбидность донозологических и пограничных психических расстройств. Подобное положение диктует необходимость междисциплинарного подхода к терапии данной категории больных. Наиболее универсальным, простым и доступным методом в условиях гинекологических отделений, женских консультаций является ранняя верификация у женщин с нарушением репродукции актуальных экстранозологических форм и непсихотических психических расстройств путем скринингового психопатологического обследования. В случае распознавания гинекологами у своих пациенток подобных психических состояний рекомендуется направлять их на консультацию к психиатру.

Морально-этические и психологические проблемы, связанные с применением вспомогательных репродуктивных технологий

На фоне растущего уровня бесплодия в мире наблюдается быстрый прогресс в области репродуктивной медицины, наиболее успешными и распространенными методами которой в большинстве стран являются вспомогательные репродуктивные технологии. К ним относятся «все методы лечения и процедуры, которые включают в себя манипуляции *in vitro* с человеческими ооцитами, спермой и эмбрионами с целью добиться наступления беременности» [46].

Метод вспомогательных репродуктивных технологий предполагает проведение ежедневных инъекций для стимуляции овуляции, вагинального УЗИ, болезненных манипуляций, связанных с аспирацией ооцитов, что само по себе как психически, так и физически тяжело переносится пациентками [47].

Другая сторона обсуждаемой проблемы — это вопросы морали, этики и права, с которыми сталкиваются и профессиональные сообщества, и сама женщина [48]. Зачастую она может быть морально не готова к утилизации «лишних» эмбрионов, а также к многоплодной беременности после оплодотворения *in vitro* и испытывать опасения, связанные с возможными заболеваниями при использовании донорских гамет [49].

По данным Ж.Р. Гардановой и соавт. [50], бесплодные женщины, которые подвергаются экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО), страдают пограничными психическими расстройствами, преимущественно невротическими (тревожными, конверсионными, нарушениями адаптации) и соматоформными расстройствами, частота которых достигает 52%. Таким больным на этапе подготовки к процеду-

ре ЭКО показан психодиагностический скрининг, направленный на исключение эндогенных и верификацию пограничных психических расстройств, коррекцию имеющихся нарушений, которая должна проводиться до и в процессе терапии. Такая психокоррекционная работа позволяет уменьшить выраженность тревожно-депрессивной симптоматики, а также существенно повысить успешность ЭКО — с 29,8 до 42,1%.

Китайские исследователи, изучавшие гендерные различия проблемы бесплодия, установили, что женщины по сравнению с мужчинами расценивают бесплодие более негативно. Для них характерны более низкий уровень идентичности, самооценки и соматического здоровья, а также такие психопатологические проявления, как депрессия, стрессовые и тревожные расстройства, стигматизация и стыд [51].

Репродуктологи рассматривают использование вспомогательных репродуктивных технологий исключительно в положительном свете наступления беременности и, как правило, игнорируют потенциально негативные психические последствия, связанные с неудачными попытками ЭКО [52]. Достижения в области вспомогательных репродуктивных технологий открывают реальную перспективу родительства для многих страдающих бесплодием женщин, однако в случае неудачи возникают высокий уровень стресса, чувство разочарования, бессилия, вины, увеличивается частота психических расстройств.

Заключение

Таким образом, анализ работ, посвященных взаимосвязи и взаимовлиянию психического и репродуктивного здоровья у женщин, показывает, что эти механизмы раскрыты далеко не в полной мере. Не только психологические проблемы, эмоциональный стресс и психическая патология могут быть причиной бесплодия, но и само бесплодие, неопределенный репродуктивный статус женщины и связанные с этим психосоциальные, семейные, культурные влияния способствуют возникновению психологической дезадаптации, личностных реакций, а также клинически выраженных психических расстройств. Современные репродуктивные технологии, с одной стороны, демонстрируют бесспорные достижения, а с другой — создают множество морально-этических и психологических проблем. Несмотря на очевидную необходимость изучения этих вопросов, до сих пор далеко не всех пациенток, нуждающихся в психологической и психиатрической помощи, направляют на консультацию к психиатрам. Такое консультирование, несомненно, способствовало бы более эффективной профилактике и лечению бесплодия, в том числе с применением современных репродуктивных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тювина НА, Николаевская АО. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 1. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(4):117-24. [Tyuvina NA, Nikolaevskaya AO. Infertility and mental disorders in women. Communication 1. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(4):117-24. (In Russ.)].
2. Тювина НА, Воронина ЕО, Балабанова ВВ, Гончарова ЕМ. Взаимосвязь и взаимовлияние менструально-генеративной функции и депрессивных расстройств у женщин. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(2):45-51. [Tyuvina NA, Voronina EO, Balabanova VV, Goncharova EM. The relationship and interaction of menstrual and generative function and depressive disorders in women. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(2):45-51. (In Russ.)].
3. Насырова РФ, Сотникова ЛС, Савиных ЕН. Психическое здоровье и качество жизни женщин с олигоменореей. Сибирский медицинский журнал. 2011;(1):102-5.

- [Nasyrova RF, Sotnikova LS, Savinykh EN. Mental health and quality of life of women with oligomenorrhea. *Sibirskii meditsinskii zhurnal*. 2011;(1):102-5. (In Russ.)].
4. Стеняева НН, Хритинин ДФ, Чаусов АА, Григорьев ВЮ. Психосоматические и сексуальные расстройства у женщин с бесплодием в программах вспомогательных репродуктивных технологий. Акушерство и гинекология. 2018;(4):86-93. [Stenyaeva NN, Khritinin DF, Chausov AA, Grigor'ev VYu. Psychosomatic and sexual disorders in women with infertility in assisted reproductive technology programs. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2018;(4):86-93. (In Russ.)].
5. Volgstén H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, et al. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Hum Reprod*. 2008 Sep; 23(9):2056-63. doi: 10.1093/humrep/den154. Epub 2008 Jun 25.
6. Poddar S, Sanyal N, Mukherjee U. Psychological profile of women with infertility: A comparative study. *Ind Psychiatry J*. 2014 Jul-Dec;23(2):117-26. doi: 10.4103/0972-6748.151682.
7. Stanhiser J. Psychosocial Aspects of Fertility and Assisted Reproductive Technology. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Sep;45(3):563-574. doi: 10.1016/j.ogc.2018.04.006.
8. Калинина ЕА, Сыркашева АГ, Долгушина НВ. «Отсроченное материнство»: современные возможности сохранения репродуктивного потенциала. Акушерство и гинекология. 2019;(1):56-61. [Kalina EA, Syrkasheva AG, Dolgushina NV. «Delayed motherhood»: modern possibilities for preserving reproductive potential. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2019;(1):56-61. (In Russ.)].
9. Оконишникова ЕВ, Есаулов ВИ, Коркина МВ. Пограничные психические нарушения и лечебно-реабилитационная тактика при первичном бесплодии. Вестник РУДН. 2001;(1):43-5. [Okonishnikova EV, Esaulov VI, Korkina MV. Borderline mental disorders and treatment and rehabilitation tactics for primary infertility. *Vestnik RUDN*. 2001;(1):43-5. (In Russ.)].
10. Бобров АЕ. Проблема психосоматических соотношений и некоторые методологические вопросы психопатологии. Социальная и клиническая психиатрия. 2017;(1):98-103. [Bobrov AE. The problem of psychosomatic relations and some methodological issues of psychopathology. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2017;(1):98-103. (In Russ.)].
11. Reardon DC. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Med*. 2018 Oct 29;6:2050312118807624. doi: 10.1177/2050312118807624. eCollection 2018.
12. Васильева АВ. Проблемы женского психического здоровья - междисциплинарный ракурс. Русский медицинский журнал. 2018;(2):51-6. [Vasil'eva AV. Women's mental health issues-an interdisciplinary perspective. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2018;(2):51-6. (In Russ.)].
13. Peterson BD, Almeida V, Mesquita-GuimarLes J, Costa ME. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Hum Reprod*. 2014 Jan;29(1):83-9. doi: 10.1093/humrep/det403. Epub 2013 Nov 11.
14. Chen S, Stukalina Y, Reut BK, et al. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res*. 2016 Jun 30;240:53-59. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.003. Epub 2016 Apr 8.
15. Holley SR, Pasch LA, Bleil ME, et al. Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertil Steril*. 2015 May;103(5):1332-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.02.018. Epub 2015 Mar 18.
16. Sejbaek CS, Hageman I, Pinborg A, et al. Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42 880 women treated with ART. *Hum Reprod*. 2013 Apr;28(4):1100-9. doi: 10.1093/humrep/des442. Epub 2013 Jan 8.
17. Shani C, Yelena S, Reut BK, et al. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res*. 2016 Jun 30;240:53-59. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.003. Epub 2016 Apr 8.
18. Kjaer TK, Jensen A, Dalton SO, et al. Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Hum Reprod*. 2011 Sep;26(9):2401-7. doi: 10.1093/humrep/der188. Epub 2011 Jun 13.
19. Rooney KL. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar;20(1):41-47.
20. Agarwal A, Gupta S, Sharma R. Oxidative stress and its implications in female infertility - A clinician's perspective. *Reprod Biomed Online*. 2005 Nov;11(5):641-50.
21. Петрова НН, Подольхов ЕН, Гзгзян АМ, Ниаури ДА. Психические расстройства и личностно-психологические особенности у женщин с бесплодием при лечении ЭКО. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2013;(2):42-9. [Petrova NN, Podol'khov EN, Gzgzian AM, Niauri DA. Mental disorders and personality-psychological features in women with infertility in IVF treatment. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii*. 2013;(2):42-9. (In Russ.)].
22. Деметьева НО, Бочаров ВВ. Психологические аспекты исследования бесплодия «неясной этиологии». Вестник Санкт-Петербургского университета. 2010;12(1):131-8. [Dement'eva NO, Bocharov VV. Psychological aspects of "unclear etiology" infertility research. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta*. 2010;12(1):131-8. (In Russ.)].
23. Karimzadeh M, Salsabili N, Akbari Asbagh F, et al. Psychological disorders among Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive technology (ART). *Iran J Public Health*. 2017 Mar;46(3):333-341.
24. Мартынихин ИА. Эпидемиология, особенности и специфические факторы риска расстройств депрессивного и тревожного спектра у женщин. Женское психическое здоровье. От истерии к гендерно-сенситивному подходу. Санкт-Петербург: Алеф-Пресс; 2018. 304 с. [Martynikhin IA. *Epidemiologiya, osobennosti i spetsificheskie faktory riska rasstroistv depressivnogo i trevozhnogo spektra u zhenshchin. Zhenskoe psikhicheskoe zdorov'e. Ot isterii k genderno-sensitivnomu podkhodu* [Epidemiology, features and specific risk factors for depressive and anxiety spectrum disorders in women. Women's mental health. From hysteria to gender-sensitive approach]. Saint-Petersburg: Alef-Press; 2018. 304 p.]
25. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ*. 2000; 78(4):413-26.
26. Посохина ВВ, Себер ВО, Губарева ЛИ, Анфиногенова ОИ. Особенности личности женщин репродуктивного возраста и их связь с бесплодием в условиях современной окружающей среды. В сборнике: Экология: рациональное природопользование и безопасность жизнедеятельности. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, с международным участием. Адыгейский государственный университет; 2017. С. 73-5. [Posokhina VV, Seber VO, Gubareva LI, Anfinogenova OI. Features of the personality of women of reproductive age and their relationship with infertility in the modern environment. In: *Ekologiya: ratsional'noe prirodoopol'zovanie i bezopasnost' zhiznedeiateľnosti. Sbornik materialov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, s mezhdunarodnym uchastiem* [Ecology: rational nature management and life safety. Collection of materials of the all-Russian scientific and practical conference with international participation]. Adygeiskii gosudarstvennyi universitet; 2017. P. 73-5.]
27. Мазо ГЭ, Горобец ЛН. Предменструальный синдром: взгляд психиатра. Психические расстройства в общей медицине. 2017;(3-4):31-6. [Mazo GE, Gorobets LN. Premenstrual syndrome: a psychiatrist's view. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2017;(3-4):31-6. (In Russ.)].
28. Незнанов НГ, Мазо ГЭ, Кибитов АО, редакторы. Депрессия и риск развития соматических заболеваний. Москва: Медицинская книга; 2018. 248 с. [Neznanov NG, Mazo GE, Kibitov AO, editors. *Depressiya i risk razvitiya somaticheskikh zabolevanii* [Depression and risk of developing somatic diseases]. Moscow: Meditsinskaya kniga; 2018. 248 p.]
29. Исупова ОГ. Вспомогательные репродуктивные технологии: новые возможности. Демографическое обозрение. 2017;4(1):35-64. [Isupova OG. Assisted reproductive technologies: new opportunities. *Demograficheskoe*

- obozrenie. 2017;4(1):35-64. (In Russ.).
30. Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, et al. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010 Jun; 31(2):101-10. doi: 10.3109/0167482X.2010.481337.
 31. Наку ЕА, Ковас ЮВ, Бохан ТГ и др. Факторы негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО. Сибирский психологический журнал. 2017;63:118-36. [Naku EA, Kovas YuV, Bokhan TG, et al. Factors of negative psycho-emotional States of women undergoing infertility treatment under the IVF program. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal*. 2017;63:118-36. (In Russ.).]
 32. Lynch CD, Sundaram R, Maisog JM, et al. Preconception stress increases the risk of infertility: results from a couple based prospective cohort study-the LIFE study. *Hum Reprod*. 2014 May;29(5):1067-75. doi: 10.1093/humrep/deu032. Epub 2014 Mar 23.
 33. Luk BH, Loke AY. The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: a systematic review. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(6):610-25. doi: 10.1080/0092623X.2014.958789. Epub 2014 Oct 30.
 34. Jisha PR, Thomas I. Quality of life and infertility: influence of gender, years of marital life, resilience, and anxiety. *Psychol Stud*. 2016; 61:159-69.
 35. Douki S, Zineb SB, Nacef F, Halbreich U. Women's mental health in the Muslim world: cultural, religious, and social issues. *J Affect Disord*. 2007 Sep;102(1-3):177-89. Epub 2007 Feb 8.
 36. Fido A, Zahid MA. Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *Int J Soc Psychiatry*. 2004 Dec;50(4):294-300.
 37. Matsubayashi H, Sese S, Lee JS, et al. Biochemical characterization of the Drosophila wingless signaling pathway based on RNA interference. *Mol Cell Biol*. 2004 Mar;24(5):2012-24.
 38. Johnson LN, Sasson IE, Sammel MD, Dokras A. Does intracytoplasmic sperm injection improve the fertilization rate and decrease the total fertilization failure rate in couples with well-defined unexplained infertility? A systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2013 Sep; 100(3):704-11. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.04.038. Epub 2013 Jun 15.
 39. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health*. 2004 Nov 6;4(1):9.
 40. Umezulike AC, Efetie ER. The psychological trauma of infertility in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004 Feb;84(2):178-80.
 41. Farzadi L, Ghasemzadeh A. Two main independent predictors of depression among infertile women: an Asian experience. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2008 Jun;47(2):163-7. doi: 10.1016/S1028-4559(08)60074-1.
 42. Сгибов ВН, Кочерганов ПН. Интегративная психотерапия пограничных психических расстройств у женщин, страдающих бесплодием. Психотерапия. 2008;(8):39-42. [Sgibov VN, Kocherganov PN. Integrative psychotherapy of borderline mental disorders in women suffering from infertility. *Psikhoterapiya*. 2008;(8):39-42. (In Russ.).]
 43. Нечаева МА. Классификация и психологическая диагностика отношения к беременности. Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2011;(17):33-8. [Nechaeva MA. Classification and psychological diagnostics of attitudes to pregnancy. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta*. 2011;(17):33-8. (In Russ.).]
 44. Rooney K L. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar;20(1):41-47.
 45. Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns*. 2010 Dec;81(3):422-8. doi: 10.1016/j.pec.2010.10.009. Epub 2010 Nov 13.
 46. ICMART and WHO Revised Glossary on ART Terminology. 2009
 47. Zivaridelavar M, Kazemi A, Kheirabadi GR. The effect of assisted reproduction treatment on mental health in fertile women. *J Educ Health Promot*. 2016 Jun 23;5:9. doi: 10.4103/2277-9531.184552. eCollection 2016.
 48. Apte M, Gibson SH, Blanchette-Porter M, Stern JE. Disposition of Frozen Embryos: One Program's Experience with Contacting Patients about Embryos in Storage. *Reprod Med Genet*. 2015;3:3. doi:10.4172/2375-4508.1000157
 49. Milazzo A, Mnatzaganian G, Elshaug AG, et al. Depression and Anxiety Outcomes Associated with Failed Assisted Reproductive Technologies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016 Nov 11;11(11): e0165805. doi: 10.1371/journal.pone.0165805. eCollection 2016.
 50. Гарданова ЖР, Калина СА, Есаулов ВИ, Силин СС. Психологическая диагностика тревожно-депрессивных состояний женщин старшего репродуктивного возраста в программе экстракорпорального оплодотворения. Theoretical & Applied Science. 2018;(12): 306-11. [Gardanova ZhR, Kalina SA, Esaulov VI, Silin SS. Psychological diagnostics of anxiety-depressive States of older women of reproductive age in the in vitro fertilization program. *Theoretical & Applied Science*. 2018;(12):306-11. (In Russ.).]
 51. Rauchfuss M, Beyer R, Bergner A, Klapp BF. Pregnancy after early pregnancy loss: A prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008 Jun;29(2):105-13.
 52. Hodgetts K, Elshaug AG, Hiller JE. What counts and how to count it: physicians' constructions of evidence in a disinvestment context. *Soc Sci Med*. 2012 Dec;75(12):2191-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.08.016. Epub 2012 Aug 27.

Поступила 24.01.2020

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.