

Психосоматические механизмы идиопатического бесплодия: клинические наблюдения

Тювина Н.А.¹, Балабанова В.В.¹, Николаевская А.О.²

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

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

¹Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9; ²Россия, 305041, Курск, ул. К. Маркса, 3

В возникновении идиопатического бесплодия большую роль играют психологические факторы и механизмы трансформации психического в соматическое. Психотерапевтический взгляд на проблему идиопатического бесплодия заключается в признании того факта, что в конкретный момент жизни личность находится в состоянии интрапсихического либо межличностного конфликта, что на бессознательном уровне блокирует возможность рождения ребенка. Женщины с идиопатическим бесплодием по сравнению с фертильными отличаются более выраженным проявлением таких бессознательных механизмов в реализации своей репродуктивной функции. Центральной нервной системой блокируется репродуктивная функция, вследствие чего могут наблюдаться дисфункция яичников с образованием кист, нарушение овуляции, недостаток выработки желтым телом гормонов, спазмирование маточных труб, усиленная выработка антиспермальных антител.

В статье представлены три клинических наблюдения, в которых описаны разные варианты внутриличностных конфликтов, приведших путем их соматизации к бесплодию. Показаны пути преодоления бесплодия с помощью психотерапии посредством осознания психологических препятствий.

Ключевые слова: идиопатическое бесплодие; психосоматические механизмы; внутриличностный конфликт; психотерапия бесплодия.

Контакты: Нина Аркадьевна Тювина; natuvina@yandex.ru

Для ссылки: Тювина НА, Балабанова ВВ, Николаевская АО. Психосоматические механизмы идиопатического бесплодия: клинические наблюдения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(1):77–82. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-77-82

Psychosomatic mechanisms of idiopathic infertility: clinical observations

Tyuvina N.A.¹, Balabanova V.V.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; ²Kursk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kursk

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

In the occurrence of idiopathic infertility, psychological factors and mechanisms of transformation of the mental into the somatic play an important role. The psychotherapeutic view of the problem of idiopathic infertility consists in recognizing the fact that at a particular moment of life a person is in a state of intrapsychic or interpersonal conflict, which at an unconscious level blocks the possibility of having a child. Women with idiopathic infertility compared with fertile women are characterized by a more pronounced manifestation of such unconscious mechanisms in the implementation of their reproductive function. The reproductive function is blocked by the central nervous system, as a result of which ovarian dysfunction with the formation of cysts, ovulation disorders, lack of hormone production by the corpus luteum, spasm of the fallopian tubes, increased production of antisperm antibodies can be observed.

The article presents three clinical observations that describe different variants of intrapersonal conflicts that led to infertility through their somatization. The ways of overcoming infertility with the help of psychotherapy through the awareness of psychological obstacles are shown.

Keywords: idiopathic infertility; psychosomatic mechanisms; intrapersonal conflict; psychotherapy for infertility.

Contact: Nina Arkadievna Tyuvina; natuvina@yandex.ru

For reference: Tyuvina NA, Balabanova VV, Nikolaevskaya AO. Psychosomatic mechanisms of idiopathic infertility: clinical observations. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2023;15(1):77–82. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-77-82

Бесплодие — это неспособность сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться наступления беременности в течение года (ВОЗ, 2004) [1]. Особое место занимает вопрос идиопатического бесплодия, признанного акушерами-гинекологами «проблемой внутри проблемы» ввиду невозможности ее разрешения при реализуемом диагностическом максимуме [2, 3].

Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(1):77–82

При идиопатическом бесплодии сохраняется анатомическая целостность детородного тракта женщины и отсутствуют объективные причины, которые могли бы привести к нарушению репродуктивной функции [4].

В зарубежной литературе идиопатическое, неуточненное бесплодие определяется как «отсутствие диагностированной медицинской причины бесплодия для пары или не-

способность забеременеть при отсутствии диагностированных медицинских причин для женщины после 12 циклов незащищенного полового акта. Для женщин старше 35 лет — как неспособность наступления беременности после 6 циклов незащищенного полового акта» [5].

Существует некоторое количество равнозначных по содержанию терминов, используемых в медицинской науке для обозначения идиопатического бесплодия: неуточненное, необъяснимое [6], функциональное, психогенное [7], психологическое, бесплодие неясного генеза [8]. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра обсуждаемый диагноз кодируется шифром N97.9 — «женское бесплодие неуточненное».

Возникновение идиопатического бесплодия связано в большинстве случаев с психическим состоянием женщины, влиянием на ее репродуктивную функцию эмоционального стресса, психосоциальных и семейных факторов, психических заболеваний [9–11]. В то же время стресс, связанный с несостоятельностью репродуктивной функции, сопутствующая тревога или депрессивная реакция, нарушения сна, оказывающие влияние на гормональную регуляцию, рассматриваются как звенья процесса трансформации психологических процессов в соматические (Г. Селье, 1955). В современной литературе обсуждается широкий спектр влияния на гормональный профиль (кортикотропин-рилизинг-гормон, лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, тиреотропный гормон, эстрадиол, тестостерон, мелатонин), а также на медиаторы воспаления (фактор некроза опухоли α , интерлейкин 6, С-реактивный белок) депривации сна, синдрома апноэ во сне, и соответствующий недостаток оксигенации мозга, нарушений приема пищи и зависимости от психоактивных веществ как у женщин, так и у мужчин, — факторов, способных обусловить развитие эссенциального бесплодия или внести вклад в его механизм [12].

Состояние репродуктивной системы женщины во многом зависит от ее преморбидных личностных особенностей и реакции в условиях стрессовой ситуации. Примерами подобных явлений могут служить временное прекращение менструаций в период военных действий, «стрессовая» дисфункция яичников, выраженное психоэмоциональное напряжение в повседневной жизни ввиду негативной атмосферы на работе, переживаний за партнера, а также сильное желание стать матерью (ложная беременность) [13]. Особое влияние на состояние репродуктивной функции оказывает «семейный сценарий», или «родительская программа», — опыт материнства старшего поколения в конкретной семье. В ряде случаев на бессознательном уровне включаются особые установки на негативное влияние деторождения на развитие и самореализацию личности женщины, и мысль о беременности вытесняется. Центральной нервной системой блокируется репродуктивная функция, вследствие чего могут наблюдаться дисфункция яичников с образованием кист, нарушение овуляции, недостаток выработки желтым телом гормонов, спазмирование маточных труб, усиленная выработка антиспермальных антител [13].

Описаны психологические предпосылки бесплодия вне зависимости от фертильного возраста. К ним относят особую predisposition личности, формирующуюся в результате семейного воспитания, при котором особая роль отводится материнскому влиянию с отрицательным зна-

ком, когда на бессознательном уровне блокируется наступление беременности. Речь идет о дистанцированных взаимоотношениях с матерью или обоими родителями, повышенной требовательности по отношению к ребенку, обесценивании его успехов, навязывании необходимости заботиться о младших сиблингах при их наличии в семье [14].

Начиная с 30-х годов XX в. в акушерстве и гинекологии появились психосоматические концепции формирования бесплодия у женщин при отсутствии органической патологии.

W.C. Menninger (1943) называл необъяснимое бесплодие «психическим конфликтом, идущим под гинекологическим флагом». Под психическим конфликтом автор понимал самые разные его варианты, наиболее частыми из которых являются измененная сексуальная идентичность (однополое сексуальное влечение) и дисфункциональные взаимоотношения с матерью [15].

I.C. Fischer (1952) считал, что женщины, страдающие идиопатическим бесплодием, отличаются двумя стилями личности, «несовместимыми с материнством». Речь идет о слабых, инфантильных, эмоционально незрелых, чрезмерно опекаемых окружением — и властных, агрессивных, с наличием многих маскулинных черт женщинах [16].

Среди психологических причин идиопатического бесплодия отмечается преодоление психотравмирующих событий прошлого опыта, которые зачастую идут из детства: уход отца из родительской семьи, тяжелое материальное положение, — которые могут ассоциироваться с наличием детей в семье, способствуя формированию у такой женщины в детородном возрасте «психологического отречения от беременности» [2]. Также описаны внутренние личностные конфликты из-за борьбы мотивов, когда женщина хочет быть реализованной и в карьере, и в материнстве. Оба этих желания могут иметь одинаковую ценность и интенсивность, но они разнонаправленны и поэтому, представляясь женщине конфликтными, не могут быть реализованы [2].

Психоаналитический взгляд на проблему идиопатического бесплодия допускает, что в конкретный момент жизни личность находится в состоянии внутрличностного либо межличностного конфликта, что на бессознательном уровне блокирует возможность рождения ребенка. T.F. Benedect (1952) полагал, что женщины с идиопатическим бесплодием, по сравнению с фертильными, отличаются более выраженным проявлением таких бессознательных механизмов в реализации своей репродуктивной функции. К такому заключению автор пришел в результате клинического взаимодействия с женщинами, ставшими матерями, но имевшими в анамнезе идиопатическое бесплодие. В их анамнезе автор сумел установить особые жизненные ситуации, которые женщина подсознательно расценивала как неблагоприятные для рождения ребенка, что блокировало наступление беременности. После рождения ребенка такие женщины отличались высоким качеством воспитания своих детей [17]. В последние десятилетия при рассмотрении психологических и психотерапевтических аспектов бесплодия авторы все большее внимание уделяют его последствиям как для каждого в паре, так и для брака в целом. К индивидуальным факторам относят: нарушение стабильного, непрерывного чувства собственной идентичности (сэлф); снижение самооценки; переживание потери конт-

роля над телом и несостоятельности своей генеративной функции; нарушение процесса сепарации-индивидуации; лишение репаративной роли родительства в плане возможности переработки и заживления собственных детских нарциссических травм и модификации собственного, уже более заботливого и понимающего, обращения с ребенком; усиление переживания собственной конечности. Для брака в целом имеют значение: социальная стигматизация; ослабление связей с членами семьи и друзьями; снижение удовольствия в сексе и интимности в супружеских отношениях; уменьшение эмоциональной близости в браке и угроза развода [18].

Препятствия, делающие «желанную беременность нежелательной» (М. Хирш, 2021) [19], индивидуальны в каждом конкретном случае, иллюстрацией чему явились представленные ниже клинические наблюдения.

Клиническое наблюдение №1

Пациентка Е., 36 лет, врач-терапевт, замужем.

Из анамнеза: выросла в полной семье, старшая из двух сестер.

С детства была ответственной, родители поощряли ее заботу о младшей пятью годами сестренке. Училась в школе на отлично, поступила в медицинский вуз в своем городе и успешно его окончила. На старших курсах познакомилась со своим будущим мужем, который оканчивал военный вуз. Муж — из семьи военного, в традиции его родительской семьи — доминирование мужчины, мать никогда не работала и привыкла подчиняться, хотя порой это и было сопряжено для нее со страданием и болью, особенно когда муж проявлял жесткость в воспитании детей. На последнем курсе поженились, родилась дочь. С мужем несколько лет жили в военном городке, а потом переехали в Москву, по месту его назначения. Мужа ценила за ум и высокий моральный ценз в его поведении, хотя в повседневной жизни проявлялись трудности его характера: доминирование, нетерпимость к возражениям, стремление подчинить себе жену. Единственным обстоятельством, умерявшим его характер, была высокая зарплата жены, работавшей в частной клинике. По традиции, принесенной мужем из родительской семьи, супруги вели каждый свой бюджет, сбрасываясь поровну на текущие расходы. При этом муж часто подчеркивал, что жена могла бы и не работать, а сидеть дома, полностью посвящая себя воспитанию дочери и домашнему хозяйству. Бывало, что он даже укорял жену, что она распыляется, зарабатывая ненужные для их семьи деньги, и оставляет дочь без должного внимания. Для пациентки же ее работа была отдушиной, в которой она чувствовала свою реализованность, возможность своего развития и финансовую независимость.

Когда дочери было 13 лет, случилось несчастье: после нравоучений со стороны отца у нее постепенно развилось коматозное состояние в связи с внутримозговым кровоизлиянием, обусловленным разрывом врожденной аневризмы внутримозговой артерии. Несмотря на проведенные операции и лечение, дочь умерла. Предшествовавший ухудшению ее состояния эпизод разговора с отцом явился поводом для взаимных упреков, вины и ухудшения отношений между супругами. Они решили расторгнуть брак и год жили порознь. Периодически они встречались, чтобы поговорить о своей потере, вместе ездили на кладбище к могиле дочери. Попытки построить новые отношения ни у нее, ни у него не привели к успеху, и через год быв-

шие супруги решили снова пожениться и родить ребенка, «пока они еще были молодыми». Характер мужа не поменялся, но она хорошо его знала и воспринимала как непростого, но все же близкого ей человека, лучше которого она не встретила и от которого была готова родить ребенка.

Несмотря на попытки зачать ребенка, беременность не наступала в течение полутора лет. Какие-либо биологические препятствия к беременности врачами обнаружены не были, и врач-гинеколог рекомендовал пациентке обратиться к психотерапевту.

При обращении к психотерапевту с запросом на преодоление идиопатического бесплодия, несмотря на ранее перенесенный опыт успешного вынашивания и рождения ребенка, был заключен контракт на 10 часовых индивидуальных сессий, сфокусированных на проблеме. В процессе этих бесед пациентке удалось осознать свои опасения по поводу доминирующего характера своего супруга, с его жесткостью, готовностью «свернуть любого в бараний рог». Она представила особенно зависимое собственное положение женщины в декретном отпуске с младенцем на руках, когда ей нечего противопоставить силе и напору своего супруга. Именно это обстоятельство было оценено как беспокоящее ее во всем контексте супружеских отношений. Была выработана стратегия создания «финансовой подушки безопасности» на период декретного отпуска, которая позволила бы исключить беспомощность и полную зависимость в браке.

Спустя год пациентка забеременела, о чем сообщила своему психотерапевту.

В данном клиническом наблюдении можно видеть внутренний конфликт между сознательным желанием забеременеть и родить ребенка и страхами, которые не лежат на поверхности, но оказываются доступными при направленной психотерапевтической работе. Угроза аутентичности — способности сочетания материнства с другими личностными потребностями, в том числе определенной степени собственной независимости и свободы, — долгое время тормозила реализацию сознательной установки забеременеть. Перед нами личность, в иерархии ценностей которой роль матери и женщины «за мужем» конкурирует с потребностью в профессиональной самореализации, поддержании самостоятельности, в том числе и финансовой. Перспектива зависимости от мужа, полного подчинения его воле, связанность своих действий ответственностью за ребенка создавали психологическое препятствие к наступлению беременности. Жесткая позиция мужа в отцовской роли в предыдущем опыте родительства создавала дополнительное конфликтное переживание и страх за будущего ребенка, также неосознаваемые при обращении к психотерапевту. Чтобы быть способной противостоять чрезмерной строгости и жесткости позиции супруга в воспитании общего ребенка, требовалось иметь достаточную силу и независимость от него. Постепенное осознание своих страхов и выработка стратегии их преодоления сделали наступление беременности возможным.

Клиническое наблюдение №2

Пациентка Л., 29 лет, экономист, замужем в течение 5 лет. Обратилась по рекомендации гинекологов-репродуктологов с запросом на групповую психотерапию для преодоления проблемы идиопатического бесплодия.

Выросла в полной любящей семье, единственный ребенок. Росла активной, послушной, была несколько стеснительной, но в детских учреждениях адаптировалась, включалась в общие игры. В школе успешно училась и после ее окончания поступила на экономический факультет вуза и окончила его. На 5-м курсе в компании сокурсников познакомилась со своим будущим мужем, и через два года они поженились. Ее муж был воспитан матерью без отца. Их семья принадлежала к восточной культуре с безусловным доминированием мужчины в семье. Мать никогда не работала, а пользовалась поддержкой и помощью своего брата. Когда сын женился, стала с ревностью относиться к невестке, не упуская случая обвинить ее или уколоть едким замечанием. По настоянию мужа каждую неделю супруги навещали его мать. Муж в этих конфликтах держал нейтральную позицию, никак не комментируя поведение матери по отношению к его жене. После посещения свекрови пациентка несколько дней переживала обиду, чувствовала безвыходность этой ситуации.

Посещая психотерапевтическую группу, пациентка рассказывала об очередном конфликте со свекровью и постепенно пришла к осознанию того, что разочарована нейтральной позицией мужа, от которого не чувствовала поддержки и, как оказалось, не была уверена в устойчивости их брака в этих условиях. Спустя полгода во время очередного посещения свекрови та в ярости толкнула свою невестку к входной двери. Этот эпизод заставил мужа понять, что навещать мать ему лучше одному, не подвергая жену постоянным нападкам. Он предложил жене оставаться дома и отдыхать, пока он один навещает маму.

Спустя месяц наступила беременность и, достигнув желаемого, пациентка завершила свою работу в психотерапевтической группе.

На примере данного клинического наблюдения можно видеть, что, несмотря на сознательное желание забеременеть и родить ребенка, пациентка внутренне сомневалась в стабильности и выживаемости ее брака. Нападки свекрови казались неизбежными, а нейтральная позиция мужа говорила о том, что он не вполне понимал ситуацию или не был готов поддержать жену в ее тяжелых переживаниях. Выросшая в полной семье, пациентка не мыслила материнства в условиях развода и несения единоличной ответственности за ребенка. Свидетельство понимания и заботы о чувствах пациентки со стороны мужа явилось сигналом, что брак состоялся, способствовало снижению уровня стресса – и это совпало с наступлением столь долгожданной беременности.

Клиническое наблюдение №3

Пациентка К., 38 лет, обратилась к психотерапевту за советом по поводу бесплодия.

Росла в провинциальном городе в малообеспеченной семье. Мать одна воспитывала их с сестрой. Успешно окончила школу, поступила в институт. Получив высшее образование, переехала в Москву. В течение нескольких лет жила в трудных условиях: снимала квартиру, не было постоянной работы, жила у знакомых. Но, благодаря своему общительному характеру и интеллектуальным способностям, смогла войти в определенный круг образованных и состоятельных людей и в 29 лет вышла замуж за богатого человека, старше ее на 10 лет. Поначалу была счастлива в браке. Муж ее любил, ни в чем не отказывал, они много путешествовали. Потом она узнала, что

у него есть мать, которая больна параноидной шизофренией, с сыном не общается, не пускает его в квартиру и отказывается принимать от него помощь. Сначала сочувствовала мужу, а потом стала внимательно присматриваться к нему, нет ли каких-то странностей в его поведении. Возникали фантазии о возможной передаче их потомству склонности к психическим расстройствам. Шли годы, оба хотели ребенка, но беременность не наступала. Оба супруга прошли полное обследование у врачей, и какой-либо патологии репродуктивной системы ни одного из них не было выявлено. Ссылаясь на тщетность попыток забеременеть, пациентка предложила мужу усыновить ребенка из детского дома, однако он категорически возражал. Муж, в свою очередь, настаивал на проведении ЭКО (экстракорпорального оплодотворения), но пациентка под разными предлогами отказывалась, не осознавая в полной мере причины своего отказа. В результате она стала нервной, раздражительной, придиралась к мужу по пустякам, плакала, жаловалась на плохое настроение. Периодически обращалась к психиатру, принимала пароксетин, тиоридазин. Состояние временно улучшалось, так как, помимо психофармакологического эффекта, препараты снижали интенсивность проблемы – ведь забеременеть «на препаратах» не рекомендуется. Интимных отношений с мужем под разными предлогами избегала, жили, «как брат с сестрой».

Обратившись, по совету гинеколога, к психотерапевту, раскрыла врачу семейные обстоятельства и факт душевного заболевания у свекрови. С одной стороны, она испытывала страх упустить возможность иметь ребенка, так как ее репродуктивный возраст подходил к критической отметке, а с другой – ее преследовал страх унаследования ее будущим ребенком предрасположенности к душевному заболеванию. Пациентка призналась врачу, что не может решиться поделиться с мужем своими страхами, опасаясь задеть его самолюбие и испортить отношения с человеком, который обеспечивал ее благополучную жизнь. Постепенно пациентке стала приходить мысль о донорской сперме, но и этот вариант представлялся ненадежным в плане здоровья будущего ребенка.

В последующем пациентка познакомилась по интернету с молодым человеком, студентом университета, «красивым и умным». Встретилась с ним, скрыв свой реальный возраст, вступила в сексуальную связь и забеременела. Через некоторое время призналась в измене и беременности мужу. Мужа шокировало это известие, но он не бросил жену, продолжал о ней заботиться и даже встречал из роддома.

Катамнез. Спустя некоторое время после родов супруги приняли решение о разводе. Муж купил жене с ребенком квартиру и выделил достаточное содержание. Она продолжала общаться со своим партнером и через два года родила сына (первая была дочь). Замуж за него не вышла, отвергнув предложение, из-за разницы в возрасте. Бывший муж через три года после развода женился на девушке, моложе его на 20 лет, и у них также родилось двое детей. Пациентка и ее бывший муж сохраняют добрые отношения.

Данное клиническое наблюдение также является иллюстрацией возможности влияния психических переживаний, в частности страха рождения нездорового ребенка или ребенка, у которого может проявиться заболевание в последующем, на репродуктивную сферу. Еще до зачатия у возможных родителей развивается фантазия о будущем ребенке, его роли, характере, здоровье, месте в семье, его успеш-

ном будущем. У пациентки в данном наблюдении фантазия о будущем ребенке включала угрозу его психического нездоровья, что определило как психосоматические механизмы, так и поведение, препятствующие беременности. Само развитие событий показало физиологическую состоятельность репродуктивной сферы у обоих супругов — у каждого в последующих отношениях родилось по два ребенка. Однако внутриличностный психологический конфликт у пациентки, являвшийся, говоря языком физиологии, хроническим стрессором, тормозил по психосоматическим каналам наступление беременности. По данным ряда авторов, хронический стресс вызывает к действию множество патофизиологических механизмов, оказывающих влияние на репродуктивную сферу, — это и нарушение циркадных ритмов [20], и изменение уровня гормонов, участвующих в репродукции [21], и сдвиги в факторах воспаления [22], непосредственно ответственных за имплантацию и удержание оплодотворенной яйцеклетки.

Обсуждение

Представленность телесной сферы в психическом мире индивида [23–25], присутствие аспектов телесности (телесные границы, внутреннее психологическое пространство) в образе себя лежат в основе влияния психических переживаний, межличностных (1-е наблюдение) и внутриличностных (1–3-е наблюдения) конфликтов на репродуктивную функцию.

Деторождение, представляющее собой важнейшую веху в психологическом онтогенезе, требует многих преобладающих характеристик личности — успешной идентификации с собственной матерью и ее реализованной детородной функцией; присутствия бессознательной фантазии о наличии пространства внутри собственного тела (как и у матери), способного вместить и удерживать в себе плод [26]; взросления, с переходом к идентичности взрослого, имеющего возможность интегрировать различные потребности и быть готовым на довольно продолжительный срок отречься от своих индивидуальных потребностей или ограничить их в пользу реализации репродуктивной функции и испол-

нения материнской роли [24, 26]. У женщин существует также комплекс типичных страхов и других эмоциональных переживаний, связанных с беременностью и родами, которые могут поддерживать состояние стресса и тревоги, препятствующие наступлению беременности, — страх не справиться с материнской ролью, совместить беременность и материнство с реализацией других личностных потребностей, рождения нездорового ребенка, стыд, страх неблагоприятного протекания родов и их осложнений. С другой стороны, бесплодие может создавать психотравмирующую ситуацию взаимных обвинений в парах, поиска виновного, вызывать стыд за репродуктивную несостоятельность, самостигматизацию. Эти переживания сами по себе поддерживают стрессовое влияние на тонкие биологические механизмы, обеспечивающие наступление и поддержание беременности, образуя своеобразный порочный круг: бесплодие — стресс — бесплодие. В приведенных наблюдениях конфликты, препятствовавшие наступлению беременности, оказывались доступными для обсуждения и переработки в процессе психотерапии или разрешались самостоятельно при изменении обстоятельств.

В иных случаях причина бесплодия может корениться еще глубже — в провалах онтогенеза психического аппарата, создавая тот или иной дефицит личностных структур, восполнение которых является предметом длительных усилий психоаналитически ориентированных психотерапевтов и психоаналитиков.

Таким образом, в случаях идиопатического бесплодия у женщин, обусловленного наличием психологических проблем в семье (внутриличностных, межличностных), имеется показание для направления их к психотерапевту для проведения индивидуальной или групповой психотерапии по преодолению психологических препятствий беременности (когнитивный подход) либо укрепления личностной структуры и формирования недостающих функций (психодинамический подход), а также в группы психологической поддержки для женщин, мужчин и пар с проблемой бесплодия для снижения переживания стресса, стигмы и самостигматизации.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. World Health Organization. Indicators for measuring access to reproductive health care. Report of a WHO and UNFPA technical consultation. Geneva: WHO; 2004.
2. Manohar M, Khan H, Shukla V, et al. Proteomic Identification and Analysis of Human Endometrial Proteins Associated with Unexplained Infertility. *J Proteom Bioinform*. 2014;7(11):359-66.
3. Назаренко ТА. Бесплодный брак. Что может и должен сделать врач женской консультации (клиническая лекция). *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2015;15(3):81-5. doi: 10.17116/rosakush201515381-85 [Nazarenko TA. Childless marriage. What can and should a female clinic's physician do? (A clinical lecture). *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa = Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2015;15(3):81-5.
4. Жорданидзе ДО, Назаренко ТА, Дуринян ЭР, Иванец ТЮ. Состояние овариального резерва при некоторых формах функционального бесплодия. *Акушерство и гинекология*. 2010;(5):25-31. [Zhordanidze DO, Nazarenko TA, Durinyan ER, Ivanets TYu. The state of the ovarian reserve in some forms of functional infertility. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2010;(5):25-31 (In Russ.)].
5. Sadeghi MR. Unexplained Infertility, the Controversial Matter in Management of Infertile Couples. *J Reprod Infertil*. 2015 Jan-Mar;16(1):1-2.
6. Макаричева ЭВ, Менделевич ВД. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1996;6(3):29-33. doi: 10.17116/rosakush201515381-85 (In Russ.)].
7. Зыбайло ВС, Филимонова ВЮ, Копытов АВ. Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием. *Медицинский журнал*. 2015;1(51):82-7. [Zybaylo VS, Filimonenkova VYu, Kopytov AV. The study of individual psychological characteristics of women suffering from infertility. *Meditinskiy zhurnal*. 2015;1(51):82-7 (In Russ.)].
8. Масыагутова ЛФ. Психологический взгляд на причины идиопатического бесплодия. *Вестник науки и образования*. 2018;17-1(53):113-6. [Masyagutova LF. Psychological view on the causes of idiopathic infertility. *Vestnik nauki i obrazovaniya*. 2018;17-1(53):113-6 (In Russ.)].

9. Тювина НА, Николаевская АО. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 1. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(4):117-24. doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-117-124 [Tyuvina NA, Nikolaevskaya AO. Infertility and mental disorders in women. Communication 1. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(4):117-24. doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-117-124 (In Russ.)].
10. Тювина НА, Николаевская АО. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 2. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(1):93-9. doi: 10.14412/2074-2711-2020-1-93-99 (In Russ.)].
11. Тювина НА, Николаевская АО. Роль психологических и психопатологических факторов в генезе идиопатического бесплодия. *Психиатрия*. 2022;20(1):110-9. [Tyuvina NA, Nikolaevskaya AO. The Role of Psychological and Psychopathological Factors in the Genesis of Idiopathic Infertility. *Psikhiatriya* = *Psychiatry* (Moscow). 2022;20(1):110-9. doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-1-110-119 (In Russ.)].
12. Szkodziak F, Krzyzanowski J., Szkodziak P. Psychological aspects of infertility: A systematic review. *J Int Med Res*. 2020 Jun;48(6):300060520932403. doi: 10.1177/0300060520932403
13. Федина ЛП. Психологическое бесплодие и социально-этические проблемы вспомогательных репродуктивных технологий. *Молодой ученый*. 2009;(11):257-60. [Fedina LP. Psychological infertility and socio-ethical problems of assisted reproductive technologies. *Molodoy uchenyy*. 2009;(11):257-60 (In Russ.)].
14. Гаврилова ВЕ. Психологические предпосылки бесплодия у здоровых женщин, состоящих в браке. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. 2018;11(3):103-9. [Gavrilova VE. Psychological background of infertility in healthy married women. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya*. 2018;11(3):103-9 (In Russ.)].
15. Menninger WC. The emotional factors in pregnancy. *Bull Menninger Clin*. 1943;7:15-24.
16. Fischer IC. Psychogenic aspects of infertility. *Fertil Steril*. 1953 Nov-Dec;4(6):466-71. doi: 10.1016/s0015-0282(16)31442-x
17. Benedect TF. Psychosexual function in women. New York; 1952. 435 p.
18. Leon IG. Understanding and treating infertility: psychoanalytic considerations. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2010 Spring;38(1):47-75. doi: 10.1521/jaap.2010.38.1.47
19. Хирш М. «Это моё тело... и я могу делать с ним что хочу»: Перевод с немецкого. Москва: Когито-Центр; 2018. 380 с. [Hirsch M. "Eto moyo telo... i ya mogu delat' s nim chto khochu" ["This is my body ... and I can do with it what I want"]; Transl. from German. Moscow: Kogito-Center; 2018. 380 p. (In Russ.)].
20. Sciarra F, Franceschini E, Campolo F, et al. Disruption of Circadian Rhythms: A Crucial Factor in the Etiology of Infertility. *Int J Mol Sci*. 2020 May 30;21(11):3943. doi: 10.3390/ijms21113943
21. Tsutsumi R, Webster NJG. GnRH pulsatility, the pituitary response and reproductive dysfunction. *Endocr J*. 2009;56(6):729-37. doi: 10.1507/endocrj.k09e-185. Epub 2009 Jul 17.
22. Alijotas-Reig J, Esteve-Valverde E, Ferrer-Oliveras R, et al. Tumor necrosis factor-alpha and pregnancy: focus on biologics. An updated and comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2017 Aug;53(1):40-53. doi: 10.1007/s12016-016-8596-x
23. Schilder P. The image and appearance of the human body. London: K. Paul, Trench, Trubner & Co. Ltd; 1935. 353 p.
24. Малер М, Пайн Ф, Бергман А. Психологическое рождение человеческого младенца: симбиоз и индивидуация: Пер. с англ. Москва: Когито-Центр; 2011. 411 с. [Mahler M, Pine F, Bergman A. *Psikhologicheskoye rozhdeniye chelovecheskogo mladentsa: simbioz i individuatsiya* [Psychological birth of a human baby: symbiosis and individuation]; Transl. from English. Moscow: Kogito-Center; 2011. 411 p. (In Russ.)].
25. Мельцер Д. Клауструм. Исследование феномена клаустрофобии. Городец; 2017. 184 с. [Meltzer D. *Claustrum. Issledovaniye fenomena klaustrofobii* [Claustrum. Study of the phenomenon of claustrophobia]. Gorodets; 2017. 184 p. (In Russ.)].
26. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. Москва: Корвет; 2016. 203 с. [Pines D. *Bessoznatel'noye ispol'zovaniye svoego tela zhenshchinoy* [Unconscious use of her body by a woman]; Moscow: Corvette; 2016. 203 p. (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

14.11.2022/23.01.2023/25.01.2023

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. 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.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Тювина Н.А. <https://orcid.org/0000-0002-5202-1407>

Балабанова В.В. <https://orcid.org/0000-0001-7420-9585>

Николаевская А.О. <https://orcid.org/0000-0002-5150-4765>