

### 3.5. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ

HUMANPOTENTIAL-2024

УДК 159.99

*Любчинская А.С., Бурина Е.А.*

#### **БЕСПЛОДИЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург,  
st095729@student.spbu.ru, e.a.burina@spbu.ru

**Аннотация.** В статье приведен анализ понятия «идиопатическое бесплодие», рассмотрена литература, описывающая влияние психологических факторов на возникновение бесплодия неясного генеза у женщин. Анализируются основные аспекты, способствующие развитию данного заболевания, включая прошлые психотравмирующие события, внутренние конфликты, семейные сценарии и мотивы зачатия. Приведены наиболее клинически значимые результаты исследований на тему идиопатического бесплодия. На основе полученных данных оценена возможная роль психологических факторов в возникновении у женщин бесплодия неясного генеза.

**Ключевые слова:** бесплодие неясного генеза, идиопатическое бесплодие, психогенное бесплодие, неуточненное бесплодие, психологические аспекты.

*A.S. Lyubchinskaya, E.A. Burina*

#### **UNKNOWN ORIGIN INFERTILITY: PSYCHOLOGICAL ASPECTS**

Saint Petersburg State University, St. Petersburg,  
st095729@student.spbu.ru, e.a.burina@spbu.ru

**Abstract.** The article analyzes the concept of “idiopathic infertility”, examines the literature describing the influence of psychological factors on the occurrence of infertility of unknown origin in women. The main aspects contributing to the development of this disease are analyzed, including past traumatic events, internal conflicts, family scenarios and motives for conception. The most clinically significant research results on the topic of idiopathic infertility are presented. Based on the data obtained, the possible role of psychological factors in the occurrence of infertility of unknown origin in women is estimated.

**Keywords:** infertility of unknown origin, idiopathic infertility, psychogenic infertility, unspecified infertility, psychological aspects .

**Введение.** Проблема бесплодия в настоящее время стала крайне актуальной в сфере здравоохранения различных государств. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) с бесплодием в течение жизни сталкивается примерно каждый

шестой человек в мире. На весну 2023 года заболевание установлено у 17,5% взрослого населения. В странах с высоким, средним и низким уровнем дохода показатели распространенности бесплодия сопоставимы, что говорит об отсутствии значимых различий заболеваемости в разных частях мира [1].

Согласно последним исследованиям в России причиной бесплодия в паре в 40–45% случаев является женское бесплодие, в 40% – мужское бесплодие и в 15–20% случаев – сочетание мужского и женского бесплодия [2]. Растет число мужчин с заболеваниями репродуктивной системы, однако только 6% нуждающихся в лечении обращается к специалисту [3]. Проблема мужского бесплодия находится в центре внимания многих ученых и рассматривается ВОЗ как потенциальная угроза развития общества [4].

По данным Росстата в Москве и Российской Федерации в целом в 2011–2021 годах наблюдается значимое различие распространенности женского и мужского бесплодия. За последние 10 лет количество случаев женского бесплодия выросло в 3 раза, мужского – в 2. В 2021 году в Москве доля бесплодия у женщин составила 98%, у мужчин – 2%, схожая ситуация наблюдается в России в целом (рис. 1).

В этой связи доля потери потенциальных рождений в стране за счет женского бесплодия равна 18%, а роль мужского бесплодия варьируется около 3% (рис. 2).

Особое внимание следует уделить изучению бесплодия у женщин. Большинство видов бесплодия, описанных в МКБ-11, обусловлены физическим нездоровьем и имеют понятные для врачей происхождения и способы лечения или профилактики. Однако кроме видимых телесных проблем, причиной бесплодия также может быть социальное и психологическое неблагополучие женщины. В связи с этим большой интерес среди ученых вызывает бесплодие неясного генеза или идиопатическое бесплодие, трактуемое в МКБ-11 как «первичное или вторичное женское бесплодие неуточненного происхождения» (GA31.0Z и GA31.1Z, соответственно) [5].

С точки зрения медицинской науки идиопатическое бесплодие является следствием скрытой функциональной или эндокринной патологии. При этом

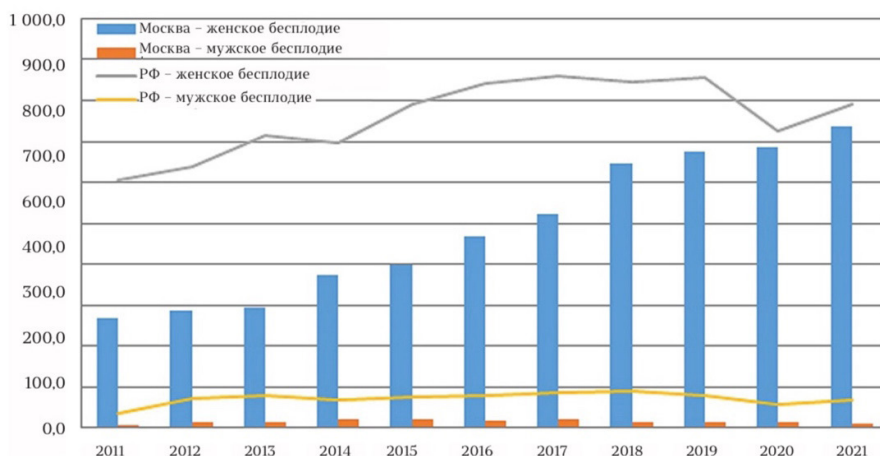


Рис. 1. Сравнение показателей распространенности мужского и женского бесплодия в г. Москве и Российской Федерации в целом в 2011–2021 гг., на 100 тыс. соответствующего населения



Рис. 2. Потери потенциальных рождений за счет женского и мужского бесплодия в Российской Федерации и г. Москве за период 2011–2021 гг.

психологи описывают женское бесплодие неясного генеза как результат влияния психосоматического механизма, эмоциональных и личностных особенностей, а также внутренних вытесненных конфликтов (Р. Дж. Пепперел, Т. А. Федорова, Дж. Шенкер, Д. Пайнз, Т. В. Поздеева, Э. В. Макаричева, В. Д. Менделевич, О. А. Меркулов, К. Хорни и др.). Тем не менее психологические аспекты идиопатического бесплодия у женщин не изучены в полной мере и остаются важной проблемой в современном мире.

**Целью** данной работы является изучение различных взглядов на психологические факторы при бесплодии неясного генеза у женщин.

**Метод:** анализ имеющихся материалов и современных исследований по изучаемой тематике.

### Идиопатическое бесплодие

Женское бесплодие является актуальной медицинской и социальной проблемой современного общества, оказывающей значительное влияние на качество жизни и благополучие семей. Согласно определению ВОЗ, бесплодие – это расстройство мужской или женской репродуктивной системы, определяемое как неспособность добиться беременности после регулярных незащищенных половых актов на протяжении 12 или более месяцев. Бесплодие может являться как результатом разнообразных факторов, воздействующих на мужскую и женскую репродуктивные системы, так и следствием необъяснимых причин [6].

Для обозначения бесплодия неясного генеза в медицинской науке существуют несколько равнозначных по смыслу терминов: «неуточненное», «необъяснимое» [7], «идиопатическое», «неустановленное», «психогенное», «неясной этиологии» [8]. В МКБ-11 это заболевание обозначено как «первичное или вторичное женское бесплодие неуточненного происхождения» и кодируется под шифрами GA31.0Z и GA31.1Z [5].

В зарубежной научной литературе идиопатическое бесплодие представляет собой неспособность забеременеть при отсутствии диагностированных медицинских причин после 12 или 6 циклов незащищенного полового акта для женщин младше или старше 35 лет соответственно [9]. В этом случае сохраняется анатомическая целостность женской половой системы и отсутствуют объективные причины, приведшие к нарушению репродуктивной функции [10].

Согласно письму Минздрава РФ, частота встречаемости бесплодия неясного генеза составляет около 10%, а диагноз трактуется как форма бесплодия, при которой у супружеской пары в процессе обследования на амбулаторном этапе не выявлены причины отсутствия беременности. А именно: женщина имеет регулярный менструальный цикл, сохраненные овуляцию и овариальный резерв, проходимые маточные трубы, а партнер – фертильную сперму [11].

В настоящее время существует два диаметрально противоположных мнения о проблеме бесплодия неясного генеза. Одни исследователи отмечают, что диагноза «идиопатическое бесплодие» не существует, и целесообразнее говорить о неустановленном генезе бесплодия пациенток и проводить более полное медицинское обследование. Другие, напротив, считают, что в ряде клинических ситуаций место имеют психологические причины, повлекшие за собой невозможность зачатия ребенка при биологической сохранности репродуктивной системы женщины [12].

### **Психологические факторы при бесплодии неясного генеза**

Возникновение психогенной модели бесплодия было связано с работой В. J. Berg и J. F. Wilson в 1930-х годах. Они предложили эту модель для объяснения случаев отсутствия беременности без каких-либо биомедицинских причин. Согласно психогенной модели бесплодия, психопатология играет ключевую роль в возникновении заболевания [13]. В то же время В. Menning описывал необъяснимое бесплодие как «психический конфликт, скрывающийся за гинекологическими симптомами» [14]. I. C. Fischer говорил, что женщины с идиопатическим бесплодием имеют стили личности, несовместимые с материнством: слабый, инфантильный и властный, агрессивный [15]. Исследования психосоциальных последствий бесплодия в 1970-х годах привели к развитию психологической поддержки для пар с этой проблемой [16].

Сегодня большая доля научных исследований говорит о важности психологических причин в этиологии идиопатического бесплодия у женщин. Психологи отмечают множество факторов, которые могут стать причиной бесплодия неясного генеза. Важное место в возникновении такой формы бесплодия отводится прошлым психотравмирующим событиям, внутриличностным конфликтам, семейным сценариям, мотивам зачатия, индивидуально-психологическим характеристикам женщины, влиянию стресса и выходящей из этого психосоматике [12, 17].

В большинстве случаев отсутствие беременности связано с преодолением психотравмирующих событий прошлого. Часто эти травмы идут из детства, и в таких случаях жизнь женщины подвержена влиянию болезненных воспоминаний. Например, если в родительской семье была финансовая нестабильность или

отец ушел из дома, женщина может опасаться, что ее ребенок столкнется с теми же проблемами или что муж оставит ее. Будущая мать, стремясь обеспечить лучшим своего ребенка, может подсознательно пытаться защитить его от негативных ситуаций, которые она сама пережила. Если женщина чувствует, что не способна защитить своего ребенка, беременность может не наступить из-за уже сформировавшегося «психологического отречения от беременности» [17]. Однако, как только женщина осознает свою зрелость и способность защищать своего ребенка, она перестанет испытывать психологические сомнения в беременности. Важную роль в этом процессе играет поддержка со стороны мужа: следует показывать свою готовность и желание стать родителем, поддерживая женщину в любой ситуации [12].

Психологическое влияние на возникновение идиопатического бесплодия также оказывает «семейный сценарий», или «родительская программа». В психологических исследованиях распространенным является мнение о том, что именно женщины чаще всего повторяют «семейные сценарии». Последние представляют собой сформированный в детстве «план жизни», который определяет судьбу человека независимо от его желания повторить или сопротивляться «родительской программе». Создание собственной семьи может происходить как при подражании родителям, так и при отрицании их модели поведения в семье. Однако в обеих ситуациях образцы отношения и восприятия, полученные в детстве, имеют значительное влияние на семейные отношения и психологическую готовность женщины стать матерью [18].

Семейное воспитание также может сказываться на диспозиции личности женщины, где важная роль отводится отрицательному материнскому влиянию, которое приводит к подавлению у девушки желания забеременеть. Происходит это в результате дистанцированных отношений с матерью или обоими родителями, повышенной требовательности к ребенку, недооценки его успехов и наложения обязанностей по заботе о младших братьях и сестрах [17].

Так, в исследовании В. А. Степановой было проведено полуструктурированное интервью, ориентированное на выявление патологизирующих семейных ролей – тех, которые могут играть дети в силу дисфункциональных семейных отношений.

Отмечено, что 277 из 312 женщин с диагнозом бесплодие неясного генеза считали, что родители давали им разные роли, выполнение которых возможно и стало для них психотравмирующим семейно-обусловленным фактором, определяющим их неготовность стать матерью. Также зафиксировано равномерное процентное распределение по типам патологизирующих семейных ролей, что говорит об определенных типологических особенностях личности женщин.

На рисунке 3 видно, что 21,30% женщин, прошедших исследование, считали себя «маленькой неудачницей» в родительской семье. Они отмечали, что им было страшно делиться своими интересами и мечтами с родителями, потому что были уверены, что родители не смогут понять и будут насмехаться над ними. Довольно большое количество испытуемых (18,05%) описали свою роль в родительской семье как «примирителя» отношений между матерью и отцом. 17,33% бесплодных

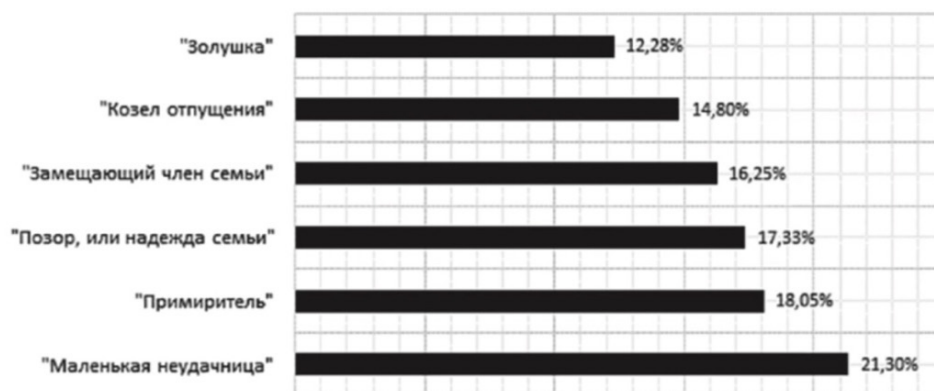


Рис. 3. "Патологизирующие" семейные роли женщины с бесплодием неясного генеза в родительской семье

женщин сообщили, что их родители накладывали на них чрезмерные требования: некоторые утверждали, что их судьба заранее была определена, так как нужно было продолжить семейную династию и «оправдать» ожидания родителей; другие рассказывали о своих страхах и беспокойстве, связанных с возможностью разочаровать родителей и стать «позором» семьи. «Замещающим членом семьи» ощущали себя 16,25% испытуемых – им приходилось заботиться о своих братьях и сестрах, выполнять обязанности матери, а иногда и супруги(а), оказывая психологическую поддержку одному из родителей. 14,80% женщин воспринимали себя «козлом отпущения», на котором «срывались» все в родительской семье, а 12,28% чувствовали себя «золушкой» [18].

Исследование позволяет выявить тенденции восприятия родительской семьи женщинами с бесплодием неясного генеза. Общие закономерности включают восприятие родительской семьи как дисфункциональной и психологически неблагополучной. Специфические – наличие у каждой испытуемой собственного понимания своей роли в семье. В зависимости от этого понимания, у этих женщин выделяются типологические особенности, определяемые семейной ситуацией их развития [18].

Другая психологическая причина, оказывающая влияние на возникновение у женщины бесплодия неясного генеза, связана с внутренними личностными конфликтами. Они возникают из-за борьбы мотивов или желаний, например, когда женщина хочет быть реализованной и в карьере, и в материнстве. Оба эти мотива могут быть равноценными по силе и значимости, но они направлены в разные стороны: если женщина забеременеет, то ей нужно будет на время забыть о карьере, а если погрузится в работу — придется отложить рождение ребенка. Это вызывает внутренний конфликт, который приводит к невозможности любого желания [12].

Согласно психоаналитической теории, человек может находиться в состоянии внутреннего или межличностного конфликта, что блокирует возможность зачатия ребенка на бессознательном уровне. В своей работе Т. F. Benedect (1952) утверждает, что женщины с идиопатическим бесплодием в отличие от фертильных проявляют



более явные признаки неосознаваемых механизмов, влияющих на их способность к репродукции. К этому выводу ученый пришел на основе клинического опыта работы с женщинами, которые стали матерями, но в анамнезе имели идиопатическое бесплодие. В их истории были выявлены особые жизненные ситуации, которые подсознательно воспринимались женщиной как неблагоприятные для зачатия ребенка, что препятствовало наступлению беременности [17].

Еще один ряд причин, влияющих на возникновения идиопатического бесплодия, проявляется в мотиве зачатия. У мужчины и женщины могут быть разные мотивы завести ребенка. При этом следует установить конструктивные мотивы, способствующие личностному росту супругов и укреплению семьи и деструктивные, несущие угрозу повышения тревоги, появления депрессии, ухудшения отношений, разрыва. Стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке; выражение благодарности любимому человеку – конструктивные мотивы, которые прежде всего связаны с чувством любви. Примером деструктивных мотивов является желание «привязать» к себе мужа; родить, «чтобы был хоть один близкий человек»; изменить социальный статус; «быть как все»; показать родителям, что стала взрослой и многое другое. Разумеется, наличие разрушительных мотивов беременности у женщины часто сопровождается выраженными, нескрываемыми отрицательными эмоциями, что ставит под угрозу возникновение беременности [19].

**Выводы.** Таким образом, анализ данных литературы позволяет определить основные психологические факторы, которые могут оказывать влияние на возникновение идиопатического бесплодия у женщин. Значительную роль играют прошлые психотравмирующие события, внутренние конфликты, семейные сценарии и мотивы зачатия ребенка. Психологические аспекты, такие как страх перед неудачами, давление со стороны общества и личные ожидания, могут усугублять проблему бесплодия, создавая замкнутый круг, в котором эмоциональные переживания влияют на физическое состояние, а физические проблемы, в свою очередь, усиливают психологический дискомфорт. Комплексный подход к лечению бесплодия с использованием как медицинских, так и психологических методов, может значительно повысить шансы на успешное зачатие. Важно осознавать, что забота о психическом здоровье не менее значима, чем физическое лечение, и может стать ключом к восстановлению репродуктивной функции и улучшению качества жизни женщин, сталкивающихся с этой непростой проблемой.

#### Список использованных источников

1. ВОЗ. Бесплодием страдает каждый шестой человек в мире. 2023. URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения 29.04.2024).
2. Калачикова О. Н., Шабунова А. А. Репродуктивное здоровье и поведенческие факторы его формирования (на материалах социологического исследования в Вологодской области) // Проблемы развития территории. – 2016. – №. 1 (81). – С. 115-129.
3. Панченко И. А. и др. Служба репродуктивного мужского здоровья на примере краевого специализированного центра // Экспериментальная и клиническая урология. – 2019. – №. 2. – С. 20-25.
4. Сизоненко М. Л., Брюхин Г. В., Шереметьева М. А. Проблема мужского

бесплодия: возможные пути решения (обзор литературы) //Проблемы репродукции. – 2019. – Т. 25. – №. 2. – С. 90-92.

5. МКБ-11. Заболевания женской половой системы. 2024. URL: <https://icd11.ru> (дата обращения 29.04.2024).

6. ВОЗ. Бесплодие 2024. URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения 29.04.2024).

7. Макаричева Э. В., Менделевич В. Д. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие //Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6. – №. 3. – С. 29-33.

8. Дементьева Н. О., Бочаров В. В. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» //Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2010. – №. 1. – С. 131–139.

9. Sadeghi M. R. Unexplained infertility, the controversial matter in management of infertile couples //Journal of reproduction & infertility. – 2015. – Т. 16. – №. 1. – С. 1.

10. Жорданидзе Д. О. и др. Состояние овариального резерва при некоторых формах функционального бесплодия //Акушерство и гинекология. – 2010. – №. 5. – С. 25-31.

11. Письмо Минздрава РФ от 5 марта 2019. Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению). URL: [http://zdrav.spb.ru/media/filebrowser/женское\\_бесплодие\\_\(современные\\_подходы\\_к\\_диагностике\\_и\\_лечению\).pdf](http://zdrav.spb.ru/media/filebrowser/женское_бесплодие_(современные_подходы_к_диагностике_и_лечению).pdf) (дата обращения 29.04.2024)

12. Масагутова Л. Ф. Психологический взгляд на причины идиопатического бесплодия //Вестник науки и образования. – 2018. – №. 17-1 (53). – С. 113-116.

13. Berg B. J., Wilson J. F., Psychological functioning across stages of treatment for infertility. Journal of Behavioral Medicine. – 1991 – Т. 14. – С. 11–26.

14. Rubenstein B. B. An emotional factor in infertility; a psychosomatic approach // Obstetrical & Gynecological Survey. – 1951. – Т. 6. – №. 5. – С. 756.

15. Fischer I. C. Psychogenic aspects of infertility. Inter- national Journal of Fertility and women's medicine. – 1952. – Т. 4 – С. 466–471.

16. Boivin J., Gameiro S. Evolution of psychology and counseling in infertility //Fertility and sterility. – 2015. – Т. 104. – №. 2. – С. 251-259.

17. Тювина Н. А., Николаевская А. О. Роль психологических и психопатологических факторов в генезе идиопатического бесплодия //Психиатрия. – 2022. – Т. 20. – №. 1. – С. 110–119.

18. Степанова В. А. Общие и специфические закономерности восприятия родительской семьи женщинами с психологическим бесплодием. – 2023. – С. 57-63.

19. Добряков И. В. Перинатальная психология. – Издательский дом «Питер». – 2009. – С. 404.

### Сведения об авторах

**Любчинская Александра Сергеевна**, студентка 4 курса направления «Клиническая психология» Санкт-Петербургского государственного университета, [st095729@student.spbu.ru](mailto:st095729@student.spbu.ru)

**Бурина Екатерина Александровна**, канд. психол. наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, [e.a.burina@spbu.ru](mailto:e.a.burina@spbu.ru)