

УДК 618.177-072.87

## РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ БЕСПЛОДИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ермошенко Б.Г., Крутова В.А.

*Кубанская государственная медицинская академия*

**Бесплодие в браке – это не только физическое, это еще всегда психологическое и социальное неблагополучие. В последние годы интерес к проблеме психологических факторов при бесплодии возрос. Влияние психологического состояния, обусловленного бесплодием, на результат лечения признается практически всеми исследователями. Реакция на бесплодие независимо от того женское оно или мужское, сильнее выражено у женщин. Возраст и длительность брака не влияют на остроту стресса. Наиболее сильное чувство депрессии у женщин выражено на 2-3 год после выявления бесплодия, а после 3-4 лет начинается адаптация к бесплодию. Отмечено, что женщинам с идиопатическим бесплодием присущ больший оптимизм, в отличие от пациенток, бесплодие которых было обусловлено заболеванием, требующим хирургического лечения. В последние годы разработаны различные методики психологической коррекции и лечения психических расстройств при бесплодии.**

Бесплодие в браке – это не только физическое, это еще всегда психологическое и социальное неблагополучие.

По мнению Л.В. Анохина и соавт. (1998) социально-психологическое неблагополучие проявляется снижением интереса к происходящим событиям и частым развитием комплекса неполноценности. Для лиц, страдающих бесплодием, характерны душевные личные переживания, снижение общей активности и работоспособности. При бесплодии в браке могут наблюдаться огрубление нравов, антисоциальное поведение супругов (внебрачные связи, алкоголизм), усугубление эгоистических черт характера, нарушение психоэмоциональной сферы и сексуальные расстройства у супругов. Среди женщин, страдающих бесплодием, отмечается повышенная невротизация, чувство вины, тревога, раздражительность, плохое настроение. Длительное бесплодие создает большую нервно-психическую напряженность, что часто приводит к разводам. До 70% бесплодных браков расторгается. [11]

В последние годы интерес к проблеме психологических факторов при бесплодии возрос. Сохраняются большие диагностические трудности при «неясном» генезе; учащаются случаи нарушения эмоциональной сферы и сексуальных расстройств при бесплодном браке; имеет место ухудшение качества жизни каждого супруга из бесплодной пары; бесплодный брак, в первую очередь, фрустрирует потребность человека в любви и продолжении рода. При этом усиливается и потребность человека в заботе о ребенке и ответственность за его воспитание [1].

Изучением бесплодия как медико - социальной проблемы занимаются отечественные и зарубежные исследователи [2, 4, 24], однако комплексного медико-социального исследования женщин, страдающих бесплодием, живущих в современных экономических условиях в России практически не проводилось [14]. Существующие малочисленные источники, касающиеся нарушений детородной функции при действии психогенных стрессорных факторов, носят скорее констатирующий и описательный характер без вскрытия механизмов развивающихся нарушений [3, 13, 22].

На фоне патогенетических факторов риска бесплодного брака, как правило, выявляют нарушения эмоциональной сферы и сексуальные расстройства, при этом не обнаружено различия в психологическом статусе женщин с различными причинами бесплодия [18]. Соглашаясь с этой точкой зрения, лишь некоторые авторы уточняют характер психоэмоциональных нарушений у женщин с разными причинами бесплодия.

Т.А. Федорова (1986) приводит анализ эмоциональной и сексуальной сферы у женщин с так называемым «необъяснимым» бесплодием и выявила высокую частоту различных отклонений. Автор показала, что первичным звеном в этих нарушениях является именно бесплодие. У 71,4% женщин отмечалась эмоциональная лабильность, чувство неполноценности, одиночества, изменение эмоционального состояния в дни предшествующей менструации («синдром ожидания беременности»). Снижение или отсутствие либидо наблюдалась у 52,4% больных, редкость или отсутствие оргазма у 61,9%. Бесплодие при-

водило к нарушению межперсональных отношений, ощущению нестабильности семейного положения, а повторные браки в группе обследуемых отмечались в 5 раз чаще, чем в контрольной (17,9% и 3,3% соответственно). [17].

Терещин А.Т. (1997) оценивая психоэмоциональное состояние женщин с бесплодием, вызванным гипоталамо-гипофизарной дисфункцией, нарушение эмоционального состояния выявил у 92% обследованных женщин, у 53,3% - хронические и у 14% - стрессовые ситуации. Более чем у половины больных психотравмирующие ситуации являлись многофакторными и продолжались от 1 года до 10 лет. Повышенный уровень тревожности выявлен у 69% больных. [16].

Однозначных данных о соотношении психического и соматического в акушерско - гинекологической практике не существует. Несмотря на убедительные данные о наличии психологических особенностей супругов, состоящих в бесплодном браке, до настоящего времени не решен вопрос о том, что в данной патологии первично: привело ли отсутствие детей к психологическому расстройству или эти расстройства вызвали нарушение репродуктивной функции [3, 9, 10].

L.W. Cox (1975) установил, что «необъяснимое» бесплодие может быть связано с конфликтным детством, различными социальными факторами, неудачными взаимоотношениями в семье, боязни беременности, материнства, страха перед родами и послеродовыми психозами, противоречием между стремлением к профессиональной деятельности и материнством. [19]

Описаны «типы» женщин, страдающих бесплодием: 1) незрелые, чувствительные, разборчивые женщины, по-детски капризные по отношению к мужу и склонные к функциональным расстройствам; 2) агрессивно - доминантные женщины, не признающие свою женственность; 3) женщины с ролью матери, которые переносят свой материнский инстинкт на мужа; 4) женщины, посвятившие себя карьере или другим эмоциональным интересам [21].

По мнению P. Pepperell и соавт., женщин, страдающих бесплодием, по степени выраженности и устойчивости их сопротивления зачатию можно разделить на 3 основные группы. В первую группу входят женщины, у которых сопротивление беременности является довольно поверхностным и бесплодие может прекратиться самопроизвольно под влиянием энтузиазма во время обследования и на ранних этапах лечения. Эту группу составляют приблизительно 35% женщин, страдающих бесплодием. Во вторую группу входят женщины с более устойчивой «блокадой» зачатия, происходящей в результате

некоторой внешней стрессовой ситуации, ощущаемой как неблагоприятной для материнства (напряженные отношения в семье, так называемое «карьерное» бесплодие). Определенные рекомендации и изменение условий жизни могут способствовать возникновению беременности. В третью группу входят женщины, бесплодие которых возникло в результате глубокого и длительного психосоматического напряжения, связанного с наличием психогенных стрессов. Таким женщинам можно помочь освободиться от своих страхов и установок посредством психоаналитических методов. [24]

Изучено влияние стресса на физиологические процессы, в том числе и репродуктивную функцию человека. Хроническое воздействие стресса сопровождается снижением активности иммунной системы (иммуносупрессивное действие стероидов), может спровоцировать расстройство барьерной функции иммунной системы и привести к соматическому заболеванию [25]. Стресс может вызвать гормональные и вегетативные проявления, например, нарушение цикла или предменструальный синдром, реакции страха или эмоциональное напряжение, что подтверждает наличие взаимовлияния психологических и физиологических процессов [20].

Вместе с тем, показано, что в большинстве случаев стресс является результатом бесплодия, а не его причиной. Дж.Шенкер отмечает, что не более 5% женщин страдают бесплодием в результате стресса. Тем не менее, у многих супружеских пар отмечается выраженное стрессовое состояние в связи с бесплодием. Большинство семейных пар испытывают ощущение некоторой социальной изоляции от семей, имеющих детей, а интимность и болезненность диагностических и лечебных процедур негативно влияют на эмоциональное состояние. [18]

М.Г. Оганесян (1997) изучала патофизиологические аспекты нарушения репродуктивной функции после воздействия стресса при землетрясении в Армении в 1988 году. В результате стресса у значительной части обследованных супружеских пар возникли нарушения копулятивной и репродуктивной функции, а также сексуального поведения.

Влияние психологического состояния, обусловленного бесплодием, на результат лечения признается практически всеми исследователями [8, 12, 15]. Реакция на бесплодие независимо от того женское оно или мужское, сильнее выражено у женщин [6, 18]. Возраст и длительность брака не влияют на остроту стресса [23]. Наиболее сильное чувство депрессии у женщин выражено на 2-3 год после выявления бесплодия, а после 3-4 лет начинается адаптация к бесплодию.

Отмечено, что женщинам с идиопатическим бесплодием присущ большой оптимизм, в отличие от пациенток, бесплодие которых было обусловлено заболеванием, требующим хирургического лечения [9].

Специальных психотерапевтических методов при лечении бесплодия не существует, а имеющиеся данные в основном касаются проблемы коррекции психических нарушений, вторичных по отношению к бесплодию. Описаны случаи удачного лечения бесплодия психоаналитическими методами [7, 10]. Отмечено, что благодаря чуткому и внимательному отношению к психологическому состоянию пациентов, беременность может наступить уже в начале обследования и лечения и объясняется плацебо-эффектом.

Признано влияние вторичных эмоциональных нарушений, возникающих в результате длительного бесплодия, на эффективность лечения и необходимость их коррекции. Т.А. Федорова (1986) подчеркивает надобность коррекции эмоциональных и сексуальных нарушений в начале лечения, так как они могут являться одним из факторов бесплодия. Автор приводит поэтапную схему терапии, которая включает аутогенную тренировку, гипнотерапию, седативную терапию. В результате лечения улучшение общего состояния наблюдалось у 94% женщин, 45,2% отметили улучшение отношений в семье и на производстве, забеременели 19% больных.

В последние годы разработаны различные методики психологической коррекции и лечения психических расстройств при бесплодии: комбинация гормональной терапии с психотерапией [2]; проведение психотерапевтических занятий [5]; методы психической и мышечной релаксации [18]; семейная психотерапия, соматосенсорная тренировка, музыкотерапия [12]; метод пятиступенчатой позитивной психотерапии Н. Пезешкиана [11]; рекомендация усыновления детей бесплодными пациентами [4]. Однако, четкого дифференцированного подхода к оценке психологического состояния женщин, страдающих бесплодием, в зависимости от характера, длительности и особенностей течения заболевания нет. Не существует так же и адекватных программ психологической помощи гинекологическим больным данной категории [3].

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохин Л.В., Коновалов О.Е. Эпидемиология бесплодия в браке //Рос. мед.-биол. вестн. им. И.П. Павлова. – 1998. - N 1-2. – С. 19-22.
2. Волков Н.И., Беспалова Ж.Б., Базанов П.А., Волосенок И.В. Сравнительная

эффективность различных методов лечения бесплодия у пациенток с наружным генитальным эндометриозом //Журн. акушерства и жен. Болезней. – 2001. - N3. – С. 25-27.

3. Дейнека Н.В., Мельниченко Н.И. Психологический подход к проблеме бесплодного брака //Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: Материалы Рос. конф. "Психотерапия и клинич. психология в общемед. практике". - СПб., 2000. – С. 273-274.

4. Коновалов О.Е. Социально - гигиенические и медико-биологические факторы риска невынашивания беременности и бесплодия //Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1998. - N 1.- С. 19-22.

5. Лоныч В.В., Богдашкин Н.Г., Кришталь В.В. и др. Сексуальная дисгармония супружеской пары при женском бесплодии //Эксперим. и клинич. Медицина. – 1999. - N 1. – С. 144-147.

6. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Сексологические особенности больных страдающих функциональными нарушениями менструального цикла и бесплодием //Казан. мед. журн. – 1995. - N 6. –С. 445-447.

7. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Позитивная психотерапии в лечении аффективных расстройств у больных с менструальными дисфункциями и бесплодием //Медико-социальные проблемы и роль санаторно-курортной системы в оздоровлении беременных и больных с гинекологическими заболеваниями. Тез. докл. Поволж. науч.- прак. конф. Казань, 1995.-43с.

8. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие //Соц. и клинич. Психиатрия. – 1996. - N 3. –С. 29-33.

9. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д., Сабирова Ф.М. Особенности формирования невротических расстройств у пациенток, страдающих бесплодием //Казан. мед. журн. – 1997. - N 6. – С. 413-415.

10. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Позитивная психотерапия и психическая адаптация к бесплодию //Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: Материалы Рос. конф. "Психотерапия и клинич. психология в общемед. практике", 26-28 мая 1999 г. (Иваново). - СПб., 2000. – С. 327-332.

11. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Психологические аспекты бесплодного брака : (Обзор литературы) //Пробл. Репродукции. – 1996 - N 1. – С. 20-22.

12. Налетова А.Н. Пограничные психические расстройства у женщин, страдающих различными формами бесплодия : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В. П. Сербского. - М., 1998. - 23 с.
13. Оганесян М.Г. Патофизиологические аспекты нарушения репродуктивной функции после воздействия психо-эмоционального стресса : (По материалам Спитак. землетрясения в Армении 1988 г.): Дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.16. - М., 1997. - 191 с.
14. Прибыш И.А. Медико-социальное исследование женского бесплодия и организация стационарной помощи этим больным : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / С.-Петербург. гос. педиатр. мед. акад. - СПб., 2001.-15 с.
15. Терешин А.Т., Терешина Л.А. Клинико-патологические варианты депрессивных состояний в клинике женского бесплодия. - Пятигорск, Пятигор. гос. фармацев. акад. - 1993. - 13 с.
16. Терешин А.Т. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений репродуктивной и сексуальной функций при эндокринных формах бесплодия у женщин : Дис. ... д-ра мед. наук :. - М., 1997. - 247 с.
17. Федорова Т.А. Клиника, диагностика и лечение "необъяснимого" бесплодия у женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1986. - 23 с.
18. Шенкер Дж. Стесс и бесплодие //Акушерство и гинекология. - 1993. - № 2. - С. 39-42.
19. Cox L.W. Infertiliti: a comprehensive programme //British. J. Obstet. Gynaecol.. - 1975.- V. 82.- P. 2.
20. Everly G.S., Rosenfeld R. Стресс: природа и лечение. Пер. с англ. М., Медицина, 1985, 224с.
21. Golombok S. Психологические реакции у бесплодных пациентов //Андрология, репродукция и сексуал. Расстройства, 1993, №2. - 4-10, 13с.
22. Hassett J. Введение в психофизиологию. Пер. с англ. М.: Мир, 1981. - с.246.
23. Moche W. D. Fecundity and infertility in the United States //Amer. J. publ. Kith.- 1988. -V. 78, N 2.- P. 181-182.
24. Пепперелл Р. Дж., Хадсон Б., Вуд К. Бесплодный брак.- М.: Медицина, 1986.
25. Seiden А.М. Психическая травма и стресс. В кн.: Бухсбаум Г. Дж. Травмы при беременности. Пер. с англ. М., Медицина, 1982, с.376.

## THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL FACTORS IN STERILITY (REVIEW OF LITERATURE)

Yermoshenko B.G., Krutova V.A.

*Kuban State Medical Academy*

The sterility in marriage is not only physical, but always psychological and social ill-being. In the recent years the interest in the problem of psychological factors in sterility has grown. The impact of psychological condition, caused by sterility, on result of the treatment is acknowledged practically by all researchers. The response to sterility, whether it is female or masculine, is more markedly expressed in women. The age and duration of marriage have no impact on severity of stress. The most severe depression in women is expressed on the 2<sup>nd</sup>-3<sup>rd</sup> year as sterility has been revealed, and after 3-4 years the adaptation to sterility begins.

It has been noted, that greater optimism is inherent in women with idiopathic sterility, in contrast to the patients, the sterility of which is caused by disease, requiring surgical treatment. In the recent years there were developed various methods of psychological correction and treating mental disorders in sterility.