

## Психологические аспекты идиопатического бесплодия в семейной паре

Научный руководитель – Киселева Мария Георгиевна

*Лошак-Геллер Елена Сергеевна*

*Аспирант*

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,  
Москва, Россия

*E-mail: drbruman@gmail.com*

Бесплодие определяется как заболевание, характеризующееся невозможностью установления клинической беременности после 12 месяцев регулярных и незащищенных половых контактов [1].

Проблема бесплодия затрагивает примерно 8-12% населения мира [2], причем вторичное бесплодие встречается чаще, чем первичное бесплодие [3].

Мужчины несут ответственность за 20-30% бесплодия в индивидуальном порядке и совместно ответственны за половину всех случаев бесплодия [4].

Если невозможно установить точную причину бесплодия, то такое нарушение определяется как идиопатическое бесплодие.

Идиопатическое бесплодие - это диагноз путем исключения, который устанавливается только после устранения всех других возможных причин бесплодия [5].

В гинекологии термин женское идиопатическое бесплодие относится к состоянию, при котором клиническое обследование не выявляет каких-либо патологий, которые могли бы объяснить бесплодие пары.

Мужское идиопатическое бесплодие не означает абсолютного бесплодия, если не обнаружена азооспермия. Пациенты с идиопатическим бесплодием могут иметь детей, но вероятность отцовства снижается, а время, необходимое для наступления беременности, увеличивается.

В 1955 году Хансом Хьюго Селье было проведено исследование, в результате которого впервые была подробно описана и подчеркнута взаимосвязь между идиопатическим бесплодием и психическими расстройствами человека [6].

В данном исследовании принята попытка изучения основных психологических факторов, которые играют важную роль в патогенезе идиопатического бесплодия. Мы сделали систематический обзор, основанный на анализе доступной литературы, проиндексированной в базах данных Medline, Cochrane, PubMed, Scopus, Web of Science, Elibrary. Скрининг и экстракция данных осуществлялась в соответствии с международным руководством для составления систематических обзоров и метатанализа Prisma.

После удаления дубликатов было извлечено в общей сложности 2146 исследований, и после проверки 1366 статьи были оценены на соответствие критериям отбора. Для включения в обзор была выбрана окончательная выборка из 142 статей, опубликованных в период с 2018 по 2022 года.

Во время просмотра были отобраны тезисы, написанные на английском и русском языке и соответствующие теме. Полнотекстовые статьи подверглись критическому изучению и детальному анализу.

Результаты этого исследования показали, что основными психогенными факторами, влияющими на репродуктивную способность в семейной паре, являются:

чувство утраты идентичности, чувство неполноценности, клиническая депрессия такая же, как у женщин страдающих серьезным заболеванием (таким, как рак), эмоциональный

стресс, семейные трудности в паре, клинически значимая тревожность, низкая самооценка, нарушения сна, расстройства пищевого поведения, зависимости, отсутствие семейной сплоченности и супружеской поддержки, конфликтность при принятии решений в паре, беспокойство об изменениях, которые повлечет беременность и ребенок, неуверенность в семейных ролях, неуверенность в качестве отношений пары, бессознательные страхи и конфликты по поводу секса, отказ от женской (материнской) идентификации, недовольство собой и образом жизни, недоверие к партнеру, тревога, которую испытывают в связи с интенсивным желанием иметь ребенка и сопутствующим давлением на пару со стороны окружающих, экстремальный стресс на работе, взаимные обвинения супругов, бессознательная защита себя от ребенка, часто основанная на их опыте общения с собственной матерью, страх нанести вред ребенку, также некоторые бесплодные пары установили особый баланс в отношениях, чтобы принять свое бесплодие, и больше не могут найти место для ребенка, страх, что наличие ребенка может расколоть пару, наличие в анамнезе стрессовых жизненных событий из детства.

Анализ литературы показал, что вышеуказанные психологические аспекты были выявлены при обращении пары к специалистам - репродуктологам для постановки диагноза и дальнейшего лечения бесплодия, в том числе с последующим применением вспомогательных репродуктивных технологий.

Многие пары, обращающиеся за лечением бесплодия, имеют высокий уровень психологического стресса, провоцирующего бесплодие, сам процесс вспомогательной репродукции также связан с повышенным уровнем тревоги, депрессии и стресса, особенно после неудачных попыток ЭКО [7].

В то время, как стоимость или отказ врачей продолжать лечение были названы основными причинами для прекращения лечения бесплодия, недавние исследования показывают, что значительное число отказов от дальнейшего лечения связано и с психологическими факторами.

### Источники и литература

- 1) Agarwal A, Mulgund A, Hamada A. A unique view on male infertility around the globe. // *Reprod Biol Endocrinol*, p. 13- 37. 2015
- 2) Loureiro Helena M., Blay Sérgio Luís. Emotional states of couples undergoing in vitro fertilization // *Estudos de Psicologia*, 26(4), p. 475-481. 2009
- 3) Nachtigall RD. International disparities in access to infertility services // *Fertil Steril*, p. 871-875. 2006
- 4) Ombelet W, Cooke I, Dyer S, et al. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries // *Hum Reprod Update*, №14, p. 605-621. 2008
- 5) Oxford Textbook of Endocrinology and Diabetes (2 edn), Edited by John A.H. Wass, Paul M. Stewart, Stephanie A. Amiel, and Melanie J. Davies, Publisher, OUP Oxford. 2016
- 6) Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: definition and epidemiology // *Clin Biochem*, №62, p. 2-10. 2018
- 7) Selye H. Stress and disease // *Science*, №122, p 625-631. 1955