

УДК 615.8

ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЖІНОЧОГО ІДИПАТИЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ

Чаркіна О.А.

Криворізький педагогічний інститут
Криворізького національного університету

У статті проаналізовано психологічні детермінанти жіночої інфертильності. Розглянуто особливості особистісної організації психіки безплідних жінок, а також специфіку їх соціально-контекстуальної взаємодії з оточуючими. Обґрунтовано доречність використання психотерапії у комплексному лікуванні жіночого ідипатичного безпліддя.

Ключові слова: жіноче безпліддя, психогенне, функціональне, ідипатичне, психосоматичне безпліддя, причини інфертильності.

Актуальність дослідження. Проблема безпліддя була актуальною у всі часи. Сьогодні в Україні вирішенням цього завдання займаються як державні установи охорони здоров'я, так і приватні медичні клініки – допомога в лікуванні безпліддя потрібна майже мільйону подружніх пар.

Щороку кількість громадян нашої країни зменшується приблизно на 300 тисяч осіб. Така демографічна ситуація пояснюється тим, що з року в рік смертність перевищує народжуваність майже в півтора рази. Чим це обумовлено? Гіпотетично загальних причин дві. По-перше, є фізіологічна можливість мати дітей, але немає бажання або економічної спроможності їх народжувати і виховувати; по-друге, навпаки, є умови і бажання, але немає фізіологічної можливості.

Психогенне безпліддя – це стан інфертильності, викликаний несприятливим психічним станом. Лікарі називають його функціональним безпліддям. Психогенне, або психосоматичне безпліддя обумовлене збоєм в роботі нервової системи, що є наслідком різних стресів. Оскільки система регуляції усіх процесів в організмі є подвійною – нейрогуморальну, то здатність жінки до зачаття пов'язана не тільки зі станом її ендокринної і репродуктивної систем, але й зі станом її нервової системи і психіки. Перебування в постійній напрузі дійсно знижує вірогідність настання вагітності. Найбільш розповсюдженими чинниками інфертильності є: конфліктні ситуації або надмірна завантаженість на роботі, несприятливий морально-психологічний клімат в сім'ї, переживання за коханого або навіть саме по собі величезне бажання мати дитину. Будь-яка нав'язлива думка може обернутися стресом, який важко здолати. Усвідомлення власної бездітності і неповноцінності саме по собі є потужним стресом, що отруює життя і посилює психоемоційний дискомфорт. Тому якщо невдачі тривають рік за роком, а стрес посилюється, у край необхідності звернутися до психотерапевта, інакше жінка потрапить у замкнуте коло нездоланих проблем.

Аналіз досліджень і публікацій. Безплідний шлюб може бути обумовлений як чоловічим, так і жіночим безпліддям, однак у науковій ретроспективі саме проблема жіночих репродуктивних дисфункцій привертала і привертає увагу більшості дослідників через більш складну етіологію і патогенез.

Різновидами жіночого безпліддя є: ендокринне, в т.ч. порушення овуляції (35-40%); трубно-перитонеальне (20-30%); пов'язане з різними гінекологічними захворюваннями (15-25%); імунологічне (2-10%); психогенне безпліддя (3%-20%) [2].

Більшість пацієнток головною причиною безпліддя вважають фізичний стан організму, і тільки незначна кількість жінок занепокоєні надмірною стресогенністю життя і власним психоемоційним станом. Вагітність, насправді, унеможливується найчастіше через інфекції, що передаються статевим шляхом, гормональні порушення і патологію репродуктивних органів, однак не слід забувати про психосоматичні і соматопсихічні кореляції, тоб-

то вплив психологічного стану жінки на функціонування її репродуктивної системи.

З першого по 14 день менструального циклу (МЦ) продукується естроген, що сприяє дозріванню яйцеклітини і готує слизову оболонку матки до її імплантації. У другій половині МЦ в організмі жінки синтезується прогестерон, що сприяє прикріпленню заплідненої яйцеклітини в матці і подальшому розвитку вагітності. Природне чергування фаз МЦ і синтез гормонів порушуються при стресах, внаслідок чого запліднення не відбувається і у багатьох жінок на цій основі формується невроз, хоча імовірно, що наявність невротичного стану в преморбіді також може перешкоджати зачаттю.

Сучасні дослідження доводять, що «провина» за відсутність дітей однаково розподіляється між подружжям. Так, у 40% випадків безпліддя обумовлене проблемами здоров'я жінки, в 40% – чоловіка і у 20% – обох партнерів. Саме тому лікарі говорять не про безпліддя чоловіка або жінки, а про безплідну пару, або шлюб [2, 7].

За визначенням ВООЗ, безплідним вважається шлюб, у якому, незважаючи на регулярне статеве життя без застосування протизаплідних засобів, у дружини не виникає вагітність впродовж року за умови, що подружжя знаходиться в репродуктивному віці.

На думку багатьох авторів, психічний стан безплідних пацієнток може мати вирішальне значення в походженні деяких форм безпліддя і навпаки.

Мс. Ewan описує низку ситуацій, коли у пацієнток імовірний розвиток психічних порушень при безплідді. До групи ризику потрапили: молоді жінки, які сповідують релігію, що трактує безпліддя як гріх; жінки, які не мають нормальних стосунків з чоловіком; жінки, чие життя надмірно стресогенне; жінки, для котрих діагноз інфертильності – неочікуваний [5].

У кожному з таких випадків безпліддя може супроводжуватися зміною самооцінки, образу «Я», соціального становища і т.д. Найчастіше діагноз інфертильності призводить до порушення «почуття самовартісності», зміни «тілесного образу», втрати сексуальної привабливості, спотворення образу «Я» до відчуття «особистісної дефектності», «соціальної незавершеності».

Незаперечним є факт релігійної детермінації народження дитини як необхідного завершення шлюбу. У зв'язку з цим у соціальному оточенні народження дитини розцінюється як виконання призначення сім'ї, бездітність же вказує на її дисфункціональність. Репродукція розглядається також як виконання статевої ролі: материнство – є квінтенсенцією дорослості жінки, батьківство – чоловіка. Бездітність, навпаки, є свідомством порушення жіночої генітальності і чоловічої потенції.

Виділяють декілька етапів емоційного реагування на безпліддя (D.L. Rosenfeld і E. Mitchell): здивування, горе, злість, ізоляція, заперечення і згода. Первинна реакція здивування змінюється періодом шоку і страждання. Потім додаються почуття провини, со-

рому і соціальної невідповідності. Відчуття депресії може «підживлювати» внутрішній гнів, що посилюється запитанням: «Чому я?» [2]. Виникає прагнення до ізоляції і зменшення контактів робить безплідних пацієнок аутичними. Вони неохоче йдуть на контакт з психологом, що ускладнює терапію.

Одним з важливих питань при діагностиці психологічного стану безплідних пацієнок є оцінка мотивації материнства. У безплідних жінок можуть спостерігатися мотиви, які дещо відрізняються від традиційних. Окрім потреби в піклуванні про дитину і відповідальності за її виховання, можуть виникати мотиви «утримати чоловіка», «заповнити порожнечу», «дотримуватися сімейних традицій», «відчутти себе нормальною» та ін.

Цікавою є психоналітична інтерпретація походження жіночого безпліддя як результату фіксації на психотравмуючому досвіді раннього дитинства. Наприклад, обмеження ригідною системою моральних табу або, навпаки, провокативна сексуальна поведінка батьків, може гальмівно або деформуючи вплинути на психіку дівчинки. У процесі психосексуального розвитку такі прямі або опосередковані впливи можуть сформувати в структурі особистості небажані схеми, які пізніше і стають причиною «гальмування жіночої ролі» [5].

Як правило, у жінок з психогенним безпліддям активна, домінуюча мати і дуже слабкодухий батько, тому едипальний конфлікт апріорі є не вирішуваним. Едипів комплекс формує несвідоме ядро будь-якого неврозу, і навколо нього обертаються усі інші комплекси і фантазії. Як правило, у жінок з функціональним безпліддям едипова ситуація не зовсім ординарна, тому що роль батька в сім'ї насправді відіграла мати. Батько – пасивна номінативна фігура, він не включається в процеси виховання дітей. Слабкодухий батько залишає на несвідомому рівні відбиток у психіці дівчинки, що потім пригнічує її фертильність в зрілому віці.

Р. Дж. Пепперел поділяє жінок з психогенними формами безпліддя на 3 основні групи. У першу групу включені жінки, чие безпліддя може припинитися спонтанно в процесі інтенсивного обстеження, що легко «ламає бар'єр, перешкоджаючий зачаттю».

До другої групи увійшли жінки зі стійкішою «блокадою» зачаття, що можливо відбувається внаслідок впливу зовнішньої стресової ситуації.

Третю групу становлять жінки, чие безпліддя виникло «в результаті глибокої і тривалої психосоматичної напруги, пов'язаної з наявністю психогенних страхів». Причинами такої інфертильності можуть бути установки, сформовані в процесі виховання, які призводять до відчуття патологічного страху перед вагітністю, а безпліддя виконує функцію психологічного захисту. У таких жінок імовірна наявність конфлікту між свідомим бажанням завагітніти і неусвідомленою відмовою від вагітності і материнства [2].

Deutsche розрізняє чотири типи безплідних жінок: 1) незрілі, чутливі, розбірливі жінки, котрі по-дитячому вередливі в стосунках з чоловіками; 2) агресивно-домінуючі жінки, котрі не погоджуються визнавати свою жіночність; 3) матереподібні жінки, які підсвідомо відчувають, що вони нездатні скопіювати свого чоловіка в дітях, і тому переносять свій материнський інстинкт на піклування про нього; 4) жінки, котрі присвятили себе ідейно-політичним, кар'єрно-професійним та ін. інтересам [6].

У сучасних наукових дослідженнях обґрунтовується гіпотеза про психогену природу так званого «безпліддя нез'ясованого генезу». Воно може бути діагностоване за умови фертильності партнера, позитивного посткоїтального тесту, прохідних маткових труб, регулярного менструального циклу. За даними Т.Я. Пшеничникової, частка ідіопатичного безпліддя становить від 4 до 40% загальної кількості випадків жіночої інфертильності [2].

Виклад основного змісту дослідження. Чи існує феномен психологічного безпліддя насправді? Чи є науково обґрунтовані факти, що переконливо доводять вплив психологічного стану жінки на настання вагітності? Ми переконані – так, це емпірично-обґрунтований факт.

На фізіологічному рівні тривалий стрес знижує імунітет, призводить до ановуляції та кістеутворення в яєчниках, спадного процесу в маткових трубах і дегенеративно-атрофічних змін в шийці матки. Постійний стрес впливає і на гіпоталамо-гіпофізарні центри мозку, що провокує гормональні зрушення, які різко знижують вірогідність зачаття. Ці зміни практично неможливо або дуже складно встановити за допомогою клініко-діагностичних методів.

Психотерапія допомагає жінкам позбавитися від безпліддя, якщо його причиною є надмірні психічні навантаження і потужний емоційний стрес. Таких попередніх висновків дійшли дослідники під керівництвом професора Сари Берга з університету Еморі в Атланті (США), доповідь якої прозвучала на 22-ій щорічній конференції Європейської спільноти ембріології і репродукції людини, що проходила в Празі [7].

Фахівці давно задаються питанням: чому в активних, молодих і в усіх інших аспектах здорових жінок іноді раптово зникає овуляція і порушується МЦ? Ановуляцію часто пояснюють гормональними змінами, викликаними високим навантаженням або недостатнім харчуванням. Такі пацієнтки отримують гормональну терапію або у вигляді оральних контрацептивів, якщо негайне відновлення фертильності не є бажаним, або у вигляді препаратів, що викликають овуляцію, якщо заплановано настання вагітності. Проте, за даними Сари Берга, причини ановуляції у таких жінок – переважно психологічні, пов'язані з хронічним стресом, і тому позбавитися від них можливо без застосування високоактивних препаратів і процедур. У протокол лікування психосоматичних недуг, за рекомендацією дослідниці, крім медикаментозної терапії, слід включати психотерапію [7].

Ми цілком погоджуємося з авторитетною думкою і рекомендуємо використовувати в роботі з безплідними жінками сучасний високоективний тип особистісно-орієнтованої терапії – реконструктивну, особливості застосування якої обґрунтовуємо в своїй роботі [4].

У переважній більшості інфертильних пацієнок виявляються різні порушення психоемоційної сфери: почуття неповноцінності, самотності, істеричні стани і ПМС, диспареунія та аменореї тощо. Комплекс подібних симптомів об'єднують в «синдром очікування вагітності». Часто трапляється, що вагітність настає саме у той момент, коли жінка ухвалює рішення про припинення лікування. Таким пацієнткам може бути рекомендоване спостереження невролога, психоневролога, психотерапевта, психолога.

Не слід забувати про психологічний тиск на жінку, який вона відчуває у разі, коли чоловік і рідні чекають на народження дитини і постійно на цьому наголошують. Мало хто розуміє, що зайве занепокоєння з приводу безпліддя завдає великої шкоди жіночому організму. Так, при вивченні психологічного статусу 100 подружніх пар, що лікувалися з приводу безпліддя [3], було встановлено, що у жінок з перерваною вагітністю, була дисфункціональна сім'я у зв'язку з необґрунтованою критичною оцінкою чоловіка, постійними спогадами про колишніх партнерів, високою виробничою навантаженістю, економічними негараздами тощо. У породіль такі стресори зустрічалися рідше.

Ми припускаємо, що є детермінанти інфертильності у жінок відповідно до їх особистісних характеристик. Однозначної кореляції між типом особистості і діагнозом безпліддя у жінок не простежується, проте виділяють дві найбільш поши-

рені риси таких пацієнток: 1) маскуліність, тобто жінка виступає в чоловічій ролі, конкурує в різних сферах, має виражене прагнення до домінування і бажання незалежності; 2) інфантильність, тобто жінка фізично і психічно незріла, залежна, несамостійна, віктимна [5].

Низка авторів говорить про девіацію материнської або жіночої ролі як про особистісну ознаку функціонально стерильних жінок. З точки зору психодинамічної теорії, психологічний захист від вагітності, пологів і материнства обумовлений деформацією стосунків з матір'ю в ранньому дитинстві [5].

Пропонуємо розглянути найвагоміші причини психогенного безпліддя.

Соціальні – відсутність стимулюючих народжуваність чинників у нашій країні. На жаль, через низку обставин в українському суспільстві молодь соціально не зацікавлена в народженні дітей. У економічно розвинених країнах ситуація кардинально відрізняється – народження дітей заохочується державою. В Україні розмір отримуваних виплат не забезпечує впевненості у завтрашньому дні, особливо тепер, коли країна постійно перебуває у стані війни! Стреси, занепокоєння майбутнім, соціальна незахищеність та інші психогенні чинники – усе це призводить до збільшення кількості функціональних розладів у жінок репродуктивного віку.

Приблизно 75% жінок, які звернулися по медичну допомогу з функціональним безпліддям, – вихідці з багатодітних сімей. За даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», сьогодні в державі налічується близько 3,5% багатодітних сімей. Велика кількість дітей в сім'ї призводить до травматичних переживань для дитини, пов'язаних з фрустраційно-деприваційними станами через матеріально-ресурсний дефіцит та емоційну гіпопротекцію. У нашому суспільстві, на жаль, багатодітна сім'я соціально незахищена і неблагополучна [3].

Психологічні. Дуже часто психогенним безпліддям страждають жінки, які психологічно не готові до народження дитини. Вони інфантильні і тому не ідентифікують себе з поняттям «материнство», хоча усвідомлюють, що дитина в сім'ї потрібна (тим більше якщо на цьому наполягає чоловік або близькі). У той же час несвідомо їм важко втратити ту привілейовану позицію, яку вони намагаються зіймати в сім'ї.

Також до ідиопатичного безпліддя схильні жінки – старші діти в сім'ї, які ще в дитинстві «нанячилися» з молодшими братами і сестрами і тому намагаються реалізувати себе в соціальній сфері, домагаючись висот у професійному житті та кар'єрі.

Одна з особливостей нашої психіки – синкретичність несвідомого, тобто відсутність почуття часу. Те, що відбувалося з нами в глибокому дитинстві, може впливати на нас так, немов це сталося тільки учора. Особливо, якщо минулі спогади не забуваються, а, навпаки, постійно актуалізовані. Часто психогенному безпліддю передують несприятливі сімейна обстановка, в якій росла дівчинка, – розлучення, бійки, постійні конфлікти батьків. Підорослішавши, жінка хоче для своєї дитини кращої долі і підсвідомо хоче захистити її від тих життєвих катаклізмів, з якими їй самій довелося зіткнутися. У результаті виходить, що «уберігає» майбутню дитину від самого життя. І якщо жінка відчуває, що її життєва ситуація складається несприятливо, вагітність не настане. Як тільки вона усвідомлює, що вже стала дорослою, позбавилася від дитячих страхів, у змозі захистити свою дитину і жити заради неї, – психологічна «заборона» на вагітність зникає. Звичайно, багато що залежить не тільки від жінки, але і від батька майбутньої дитини. Чоловік повинен підтримувати дружину у прагненні завагітніти, бути психологічно готовим до народження дитини і матеріально спроможним до її виховання, надійним помічником і відданим другом.

Зміщення в засвоєнні гендерної ролі як передумова психогенного безпліддя. Активна фемінізація сучасного суспільства призводить до психологічної неспроможності чоловіків. Хлопчик з раннього віку повинен орієнтуватися на образ чоловіка як на приклад. У цьому випадку проблему складають неповні сім'ї. За статистикою, кожен другий шлюб в Україні розпадається. Якщо у хлопчика немає батька, то немає і зразка для наслідування. У дитячому садочку, в школі, в кабінеті лікаря – майже повсюди він бачить присутність тільки жінок. А якщо дитина не має прикладу, то у неї немає й еталону для самоідентифікації. Такий хлопчик з раннього дитинства звикає до того, що навколишні жінки оточують його надмірно любов'ю. У нього формуються утриманські настрої, байдужість, небажання брати на себе відповідальність, що несприятливо впливає на створення власної сім'ї. Щоб стати батьком в майбутньому, дуже важливо мати внутрішню ідентифікацію з батьківським досвідом. Це сімейна зрілість, яка надає можливість створити власну сім'ю.

Страхи перед вагітністю. Майже кожна жінка, котра готується стати матір'ю, може відчувати різноманітні, хоча і типові, страхи. До найбільш поширених відносяться: страх викидня, страх народити дитину з фізичними або психічними відхиленнями, паніка перед пологами, страх мертвонародження, страх сексу в період вагітності, побоювання перед рухом плоду або через відсутність рухів тощо. Більшість страхів мають два основні джерела: 1) виховання у батьківській сім'ї; 2) стереотипи, що висвітлюються в популярних ЗМІ.

З сім'ї, в якій жінка виросла, вона може винести наступні репродуктивні установки, що заважають їй в майбутньому завагітніти: матеріальна нестабільність, недостатня професійна спроможність, небажання батьків бачити у своїй доньці дорослу відповідальну людину (радіть не квапитися із зачаттям, а «пожити для себе»). Ось і виходить, що дівчина може винести для себе шкідливий урок: «Коли народиться дитина, я буду вимушена пожертвувати заради неї кар'єрою, особистою свободою, стосунками, часом». Підсвідомість усе фіксує і щоб уникнути травмуючої ситуації, включає механізм психологічного захисту, що виражається в психогенному безплідді. Психічні реакції зрештою пригнічують фертильність.

На думку професора В.М. Дружиніна, в основі виникнення репродуктивної установки «...полягає потреба в дітях як особливий психологічний стан індивіда» [1]. Це загальноприйнята думка, проте серед учених немає єдиної точки зору ні на характер потреби, ні на її місце серед інших потреб. Батьківські установки і очікування включають три рівні презентації:

1. Ми батьки (репродуктивні установки подружжя, їх стосунки).
2. Ми батьки нашої дитини (установки в дитячо-батьківських стосунках).
3. Це наша дитина (очікування відносно дитини).

На першому рівні конфліктні стосунки між подружжям негативно впливають на репродуктивність. Часто зміна стосунків (їх поліпшення або розрив і створення пари з іншим партнером) сприяє зачаттю і народженню дитини. На другому рівні наявна історія сім'ї з негативним досвідом репродуктивності може стати причиною безпліддя. Інформація про такі події впливає на дитину, особливо якщо вони співпадають з пубертатним і пубертатним періодами. Наприклад, важкі пологи, наявність післяпологових ускладнень у матері і дитини, які підліток спостерігає у своїй сім'ї, можуть сформувати неусвідомлюваний протест проти зачаття, вагітності і пологів. Такі жінки на свідомому рівні говорять про бажання мати дітей, проте стикаються з проблемами на етапах запліднення, виношування і народження дитини,

якщо заздалегідь не пропрацьвано підсвідомий страх. Для звернення до психолога або психотерапевта буває достатньо інтуїтивної здогадки жінки або припущення гінеколога.

На третьому рівні батьківських установок ідеальний образ самої дитини, створений подружжям, усвідомлено або неусвідомлено порівнюється з об'єктивною реальністю. Якщо це зіставлення і спостереження за сім'ями знайомих, родичів, де є діти, не співпадає з ідеальним уявленням про дитину, то можливе виникнення внутрішнього протесту, який впливатиме на репродуктивність пари. У цьому випадку в процесі психотерапії може виявлятися причина «ідеальності» дитини й справжні експектації від її народження.

Висновки. Отже, психологічні детермінанти безпліддя у жінок дотепер залишаються недостатньо вивченими. Найчастіше вони виявляється у ділових жінок – представниць інтелектуальних і творчих професій віком 30-35 років і старше. Навіть при раціональному медикаментозному і фізіотерапевтичному лікуванні впоратися з ідіопатичною інфертильністю вдається не завжди. Це пояснюється труднощами діагностики психологічних чинників безпліддя, що стає можливою тільки в умовах зрілого терапевтичного альянсу при довірчому контакті жінки з репродуктологом і досвідченим психологом. Часто ідіопатичне безпліддя не діагностується або психогенний чинник виникнення безпліддя ігнорується лікарем або самою пацієнткою, після чого по-

чинаються пошуки альтернатив природному зачаттю. Провідним чинником у виникненні психогенного безпліддя є те, що у своїй несвідомій тривожності жінка функціонально безплідна. З якоїсь (дуже особистої, глибинної) причини вона не може ідентифікуватися з образом матері, не може досягти психологічної зрілості. Важливо, щоб ця прихована причина була усвідомлена самою жінкою, прийнята нею, наприклад, в результаті реконструктивної особистісно-орієнтованої терапії, тоді ефективність лікування підвищується.

За відсутності ефекту від консервативної терапії слід скористатися «обхідним» шляхом. Це сучасні методи лікування безпліддя – екстракорпоральне запліднення та інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїдів. У багатьох випадках вони ефективні і здатні швидко привести до народження дитини, однак передувати їм повинні ретельне обстеження подружньої пари і кваліфікована психологічна підготовка.

Тільки завдяки взаємодії лікарів-гінекологів, генетиків, репродуктологів, психотерапевтів і психологів можна підібрати дієвий комплекс методів лікування інфертильності і корекції психосоматичного стану. Коли терапія проводиться своєчасно і якісно, з'являється надія на успіх. Хотілося б, щоб жінки, які зіткнулися з проблемами безпліддя, не обходили стороною кабінет психотерапевта і психолога. Можливо, саме допомога цих фахівців принесе реальну користь, і справдиться їх найжаданіша мрія про материнство.

Список літератури:

1. Дружинин В. Н. Психология семьи: 3-е изд. / В. Н. Дружинин. – СПб.: Питер, 2006. – 176 с: ил.
2. Пшеничникова Т. Я. Бесплодие в браке: монография / Т. Я. Пшеничникова. – М.: Медицина, 1991. – 317 с.: ил. – (Библиотека практического врача).
3. Сайт ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» [Режим доступу] http://www.moz.gov.ua/ua/portal/oth_stat.html
4. Чаркіна О. А. Реконструктивна психотерапія як засіб подолання репродуктивних дисфункцій у жінок / О. А. Чаркіна // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. – Вип. 1, Т. 2. – Херсон, 2014. – С. 173-181.
5. Филиппова Г. Г. Нарушения репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы / Г. Г. Филиппова // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4-5. – С. 83-108.
6. Mc Ewan Ian. The Children Act. [Режим доступу] <http://www.amazon.com/The-Children-Act-Ian-McEwan/dp/0385539703>
7. Sarah L. Berga. Reproductive Endocrinology. [Режим доступу] <http://www.fertilityauthority.com/profiles/doctors/sarah-l-berga>

Чаркіна Е.А.

Криворожский педагогический институт
Криворожского национального университета

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЖЕНСКОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Аннотация

В статье проанализированы психологические детерминанты женской инфертильности. Рассмотрены особенности личностной организации психики бесплодных женщин, а также специфика их социально-контекстуального взаимодействия с окружающими. Обоснована уместность применения психотерапии в комплексном лечении женского идиопатического бесплодия.

Ключевые слова: женское бесплодие, психогенное, функциональное, идиопатическое, психосоматическое бесплодие, причины инфертильности.

Charkina E.A.

Kryvyi Rih Pedagogical Institute
Kryvyi Rih National University

PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF FEMALE IDIOPATHIC INFERTILITY

The article analyzes the psychological determinants of female infertility. The features of personality organization psyche infertile women, as well as the specifics of their social and contextual interaction with others. Substantiates the appropriateness of therapy in treatment of female idiopathic infertility.

Keywords: female infertility, psychogenic, functional, idiopathic, psychosomatic infertility, causes infertility.