



УДК 618.177:159.9:61+616.89

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

**И. В. Карголь**

*Белгородский  
государственный  
национальный  
исследовательский  
университет*

*e-mail:  
kargol@bsu.edu.ru*

Данная статья посвящена изучению воздействия бесплодия на эмоциональное состояние женщин. В статье излагаются основные подходы к изучению эмоциональных реакций женщин на бесплодие. Большинство авторов в качестве эмоциональных последствий бесплодия выделяют тревогу, депрессию, безнадежность, вину.

Ключевые слова: инфертильность, эмоциональные расстройства, вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).

В современном обществе проблема бесплодия приобрела глобальный размер. Высокая распространенность и широкий резонанс последствий вывел бесплодие за рамки медицины.

Потребность быть матерью заложена в женской природе, а общественные нормы и ценности оказывают определяющее влияние на проявления материнского отношения. В современном обществе все еще продолжает превалировать определение женственности в терминах ее репродуктивных способностей. Поскольку личность женщины привязана к способности деторождения, бесплодие препятствует положительному восприятию себя, создает негативное отношение к своему телу. Поэтому, бесплодие препятствует женщине проявить свою гендерную идентичность, т.е. культуральную роль, выражающуюся в деторождении и воспитании.

Проблему бесплодия на сегодняшний день рассматривают с нескольких позиций. Для нас представляет наибольший интерес психологическая модель бесплодия. Последствия бесплодия внутри психологической модели объясняются также с разных позиций. Среди специалистов, изучающих проблему бесплодия, есть единое мнение о тех чувствах, которые испытывают бесплодные женщины. Бесплодие рассматривается как фактор, значительно влияющий на демографические показатели, экономическое благосостояние и индивидуально – психологическое состояние граждан.

Вопрос о причинно-следственных связях между эмоциональными расстройствами и бесплодием остается открытым. Говоря о причинно – следственных связях, большинство исследователей считают, что проблема бесплодия и расстройств настроения связаны циркулярными закономерностями. Депрессивные, тревожные расстройства снижают вероятность зачатия и, наоборот, длительное бесплодие вызывает психоэмоциональные нарушения.

Кроме эмоциональных последствий, бесплодие оказывает влияние на самоощущение женщины, ее чувство собственного достоинства, идентичность и мировоззрение. Бесплодие влечет за собой изменения в социальной сфере женщин: изменения в супружеских отношениях, трудности в социальном взаимодействии, изменения в отношениях с близкими, коллегами, одиночество.

Чаще всего в литературе описываются прежде всего те последствия бесплодия, которые сказываются на эмоциональной сфере женщин. Проведя анализ публикаций относительно «психологических реакций пациентов на бесплодие», рассмотрим подробнее проблемы, затронутые различными авторами.

Психологические реакции на бесплодие.

**1. Эмоциональные (горе/депрессия; гнев/фрустрация; вина; шок/отрицание; тревога).**

Анализ публикаций показал, что наиболее популярные темы исследований связаны с изучением депрессивной симптоматики на фоне бесплодия. Хотя жалобы на дистресс - это общее последствие бесплодия, природа отношений между инфертильностью и депрессией все еще не изучена достаточно хорошо (например, серьезность, направленность, каузальность) [3].

Domar и др. изучили распространенность и предсказуемость депрессии у инфертильных женщин. Результаты исследования показали, что для женщин, страдающих бесплодием, в целом характерно наличие депрессии, которая может достигать субклинического уровня. Была обнаружена связь депрессии с продолжительностью лечения; женщины, проходящие лечение

в течение двух-трех лет сообщили о значительно более высоких уровнях депрессии, чем женщины с продолжительностью лечения менее одного года [3].

Также существуют работы, противоречащие результатам Domar, не обнаруживающие существенных различий в уровнях депрессии основной и контрольной групп [1; 3]. Хотя, очевидно, такие противоречия связаны с трудностями в прямом сравнении результатов между двумя исследованиями, так как они использовали различные инструменты сбора данных.

В некоторых исследованиях обнаружена связь между историей депрессивной симптоматики и бесплодием женщин. Например, в ходе Программы Здоровья Потакета (РННР) – это двухлетнее исследование, проводимое в середине 1980-ых гг. прошлого века, были обследованы 2 920 женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Анализ данных показал, что, «наличие депрессивных симптомов увеличивает риск бесплодия вдвое» [8, с. 511]. Так же Wagner и Berenson выявили, что женщины, которые были неспособны забеременеть после 12 месяцев незащищенного общения с партнером, имели в два раза больше шансов быть подверженными депрессивной симптоматикой, чем те которые имели успех в зачатии в пределах 12-месячного периода [9]. Таким образом, мы видим отсутствие ясности в представлении о типе связи между депрессией и бесплодием. Это говорит о наличии скорее циркулярных взаимоотношений между этими двумя видами патологии.

Качественные исследования, которые позволяют более детально изучить личности бесплодных женщин, отражают прочную связь между бесплодием и депрессией. Описаны 11 тем, характерных для данных пациенток: отрицательная идентичность, бесполезность/несоответствие, нехватка личного контроля, гнев/негодование, горе/депрессия, тревога/стресс, низкий уровень удовлетворения жизнью, зависть к женщинам-матерям, потеря мечты о беременности, резкие перепады настроения, изоляцию, симптомы клинической депрессии.

Обратимся к модели, которую широко используют современные психотерапевты и семейные консультанты [10; 11; 14; 15]. Реакция на бесплодие представлена как последовательность стадий. Возможные эмоциональные реакции на бесплодие включают: удивление (шок), отрицание, тревогу, гнев, изоляцию, вину, депрессию, горе и решение [12]. Рассмотрим более подробно каждую из стадий.

**Удивление (шок).** Большинство женщин фертильного возраста принимает как очевидное, что у них будут дети. Проблемы в репродуктивном здоровье и невозможность зачатия вызывают сильное удивление. Женщины могут испытывать шок, чувствовать себя несчастными в связи с разрушением плана их жизни.

**Отрицание.** Согласно Menning [12] чувство «это не может случиться со мной» служит защитным механизмом, особенно в шокирующем диагнозе «абсолютное бесплодие», то есть стерильность. По наблюдениям Menning, отрицание может чередоваться с целыми месяцами печали, разочарования или фрустрацией до начала лечения. По свидетельствам Matthews и Matthews [11], этот этап обычно считается первоначальной реакцией на диагноз бесплодия и заканчивается, когда пара начинает подготовку к медицинской диагностике их проблемы: «Я сидела в углу далеко от других пациентов, которые были, вероятно, бесплодны. Я не считала себя одной из них» [10, с. 3].

VanKeep, и Schmidt-Elmendorff клинически подтвердили существование стадии отрицания. Они выявили, что уровень удовлетворенности жизнью снижается, когда пара не получает долгожданную беременность, но увеличивается, как только они обращаются за медицинской помощью в решении проблемы.

**Тревога.** Женщины, страдающие бесплодием, могут испытывать тревогу на протяжении всего периода бесплодия. Тревога имеет флуктуирующий характер, она может появляться, затем идти на спад и вновь проявляться. По некоторым данным, женщины в большей степени подвержены тревоге, депрессии и когнитивным расстройствам, чем мужчины [16]. Инфертильные женщины часто испытывают тревогу и сомнения относительно привлекательности (или женственности) их тела, своей сексуальности, супружеских отношений [7]. Ежемесячное напряжение и тревога в ожидании менструации или предвкушение ближайшей овуляции, сменяются разочарованием и депрессией, когда беременность не наступает. Эти изменения были названы некоторыми авторами как «американские горки» надежды и отчаяния [6].

**Гнев.** Гнев как реакцию на бесплодие обычно связывают с потерей контроля над процессом лечения [11]. Гнев – типичное и сильное чувство для инфертильных женщин, возникающее из-за чувства несправедливости их бесплодия.

Страдающие бесплодием могут направить свою боль на неблагополучных детей, родителей, которые недостаточно занимаются воспитанием, матерей – одиночек, и т. д. [12]. Него-



дование и чувство обиды может возникать по отношению к беременным женщинам, работникам здравоохранения, семье и друзьям, которые не понимают напряжения и разнообразия эмоций, связанных с каждым отдельным случаем бесплодия. Наконец, гнев к партнеру может быть вызван конфликтом между жадой лечения и вариантами решения проблемы. Вербальным маркером данной стадии может служить следующие слова, одной из пациенток: «Я ненавижу беременных женщин, которых я вижу в школе, в продуктовом магазине, и даже в церкви. У меня никогда не было таких интенсивных отрицательных чувств к другим, и я презираю себя за это» [10].

**Изоляция.** Согласно Matthews и Matthews изоляция, связанная с бесплодием изучалась больше, чем любой другой социально – психологический аспект данной проблемы. Menning выделил следующие признаки изоляции [12]:

- потребность пары держать свою проблему и лечение в тайне, желание избежать жалости и советов со стороны окружающих [4, с. 5];
- желание пары избегать ситуаций, в которых им приходится взаимодействовать с детьми или беременными женщинами [13];
- возможное отчуждение между партнерами, поскольку они по-разному реагируют на проблему деторождения [13].

По данным Zoldbrod, мужчины более уязвимы, чем женщины в сроках своей изоляции от других, это связано с возникающим чувством неполноценности (в психоаналитической терминологии «кастрации») от того, что над их традиционной мужской ролью нависла угроза. Поэтому мужчины не ищут поддержки, поскольку считают, что должны поддерживать своих женщин [16].

Изоляция укрепляется тенденцией друзей и родственников, которые знают о бесплодии пары, избегать разговоров на эту тему, например, из-за неловкости, или в связи с желанием уважать их частную жизнь. Также изоляция становится результатом неспособности партнеров, страдающих бесплодием, доверять свои чувства друг другу [9, с. 16]. Это частично связано с тем, что оба партнера, испытывающие чувство утраты, стараются успокоить друг друга, растратив оставшиеся эмоциональные ресурсы.

**Вина.** Вина – общая реакция на бесплодие, и женщины более остро реагируют, чем мужчины. Некоторые женщины воспринимают бесплодие как катастрофу, отказ от своей женской роли, для большинства женщин бесплодие сказывается на каждом аспекте их жизни. Самоуничтожение и вина часто сосредотачиваются на событиях в прошлом – женщина, страдающая бесплодием, искупает вину за «грехи», приведшие к бесплодию. Некоторые испытывают вину за предшествующий сексуальный опыт, противозачаточные средства, или образ жизни, которые по их мнению, могли привести к бесплодию, или потому что они откладывали попытку иметь детей на потом. Другие чувствуют вину, у которой нет никакого определенного источника [3; 5; 15].

Раньше считалось, что бесплодие – это наказание Богом за ранее совершенные проступки, и до сих пор религия играет существенную роль в индивидуальном сознании бесплодных. Христианское богословие подчеркивает, что единственная цель половых сношений – деторождение. В Талмуде сказано, что «Тот, у кого нет детей – все равно, что мертв» [1]. Пары испытывают чрезвычайные трудности, поскольку они имеют дело со своей виной, божьим гневом, причинившим бремя бездетности. Этот опыт воспринимается как тест их веры, веры в светлого и справедливого Бога.

**Горе и Депрессия.** Горе часто следует за диагнозом, что бесплодие неизлечимо. Потеря возможности родить ребенка реальна, она вызывает потерю потенциальных детей, потенциальных событий и генетических связей [11]. «Многие люди не понимают, что бесплодие очень походит на гибель ребенка. Вы горюете о ребенке, который не был зачат в этом месяце, и о всех младенцах, которых Вы никогда не будете иметь» [7, с. 121]. Природа кризиса бесплодия имеет сложную структуру. Когда бесплодие является бесспорным, горе может никак не проявляться и никем не поддерживаться. Menning предполагает, что горе бывает трудно выразить открыто. Их «потеря» имеет потенциальный, а не фактический характер и поэтому, возможно, не будет признаваться потерей, как инфертильной парой, так и их близкими [12].

Varan и др., считают, что неуспех в лечении бесплодия приводит к печали, гневу и депрессии среди пар и что эти реакции значительно более выражены у женщин, чем у мужчин. Согласно их данным, почти все женщины (94 %) сообщили о признаках депрессии и тревоги после неудачного лечения бесплодия [1].

**Решение.** На данном этапе пары приходят к решению либо потратить всю оставшуюся жизнь на попытки забеременеть, либо к тому, чтобы отказаться от этих попыток. Годы попыток



забеременеть и медицинских вмешательств, проходят через удивление, опровержение, гнев, изоляцию, вину, депрессию, и горе, в конечном счете, достигают высшей точки в отрицательном результате лечения или в решении пары закончить процесс лечения.

**2. Потеря контроля** – как переживание, иллюстрируемое следующим типом высказываний: «Мы не можем забеременеть; моя жена подавлена; я страдаю от разочарования; и я ничего не могу поделать. Ничего из того, что бы я ни сказал или сделал не приносит изменений» [10, с. 343]. Чаще всего выделяют две реакции на бесплодие, которые приводят к потере контроля. Первая касается контроля над событиями, которые являются текущими, включая потерю контроля над повседневными действиями и эмоциями. Вторая затрагивает контроль над проблемами будущего, способность предсказать или запланировать будущее и наметить цели в жизни.

Бесплодие – сопровождается реальной или мнимой потерей контроля над настоящим [10, с. 15]. Например, из-за хронического стресса, связанного с бесплодием, некоторые люди чувствуют, что они неспособны сдерживать себя, и некоторые жалуются на нестабильность настроения. Лечение бесплодия может влиять на планы, связанные с работой или социальным взаимодействием, и таким образом женщины могут чувствовать, что их жизнь им неподвластна. Пары в процессе лечения могут чувствовать, что они теряют контроль над своими сексуальными отношениями и частной жизнью, потому что они должны рассказывать много деталей своему врачу, кроме того терапия обычно делает «назначения» когда и как часто иметь интимные отношения: «Я приношу свои диаграммы доктору как ребенок, приводящий домой табель успеваемости. Скажите мне, я преуспела? Я овулировала? У меня был секс в правильные периоды, поскольку Вы проинструктировали меня?» (12, с. 315).

В добавление к потере контроля над этими аспектами настоящего, зачастую бесплодные женщины испытывают острое чувство потери контроля над своим будущим [7; 8; 11; 15]. Бесплодие исключает способность забеременеть и обрести статус родителя, которые часто являются центральными целями в жизни. Лечение бесплодия может препятствовать продвижению карьеры, поскольку первичные решения в жизни о браке и карьере часто привязываются к наличию ребенка. Бесплодие для некоторых пар вызывает радикальную перемену в перспективе будущего и в восприятии цели жизни, находящейся под отдельным контролем.

«Это – конец семьи Bowes и фамилии Bowes. Они умирает с нами из-за меня. Мой муж – последний из мальчиков в его семье..., это – смерть мечты...» [12, с. 317];

### **3. Чувство собственного достоинства, идентичность и убеждения**

Диагноз бесплодия угрожает чувству собственного достоинства или порождает чувства несостоятельности и неполноценности. Эта проблема активно разрабатывалась зарубежными учеными в 80-е годы прошлого века [8; 10; 11; 15]. Низкая самооценка не ограничена только репродуктивной функцией, она влияет на «сексуальную функцию и желание, физическую привлекательность, деятельность и производительность в других сферах» [1, с. 27]. Проиллюстрируем данное положение одной из пациенток Mahlstedt: «Когда я обнаружила, что бесплодна, я чувствовала себя разбитой. Почему я не могу достигнуть того, что является «естественным»: зачать ребенка? Внезапно моя самооценка пошатнулась. Я чувствовала себя дефектной и неудачницей. Бесплодие было больше чем медицинская проблема. Это было покушение на мое чувство собственного достоинства».

В дополнение к ущемлению чувства собственного достоинства длительное бесплодие вызывает изменения идентичности или изменения в самопонимании. Почти в 70 % случаев, описанных в различных статьях, имеют место сообщения людей, подвергающих сомнению свою половую идентичность, или свою идентичность как супруги или родителя. Некоторые женщины, страдающие бесплодием, также ощущают влияние бесплодия на их самооценку, в некоторых случаях, сообщается о негативном восприятии тела. Эти женщины говорят, что их тело является дефектным, незнакомым, или уродливым, следующие высказывания это демонстрируют: «Я чувствую себя пустой. В месте, где должна быть матка, есть "черная дыра". Я чувствую себя искалеченной [1, с. 148]».

«Это – больше, чем я могу вынести, думая о себе, как о бесплодной. Это походит на проказу. Я чувствую себя "грязной" и дефектной [1, с. 148]».

Значительно реже упоминаются изменения в мировоззрении женщин, страдающих бесплодием. Например, Matthews и Matthews так же как Clark, Henry, Taylor, описывают главную «реконструкцию действительности», которая имеет место после выставления диагноза «бесплодие» [11]. Эта реконструкция может затрагивать значение брака, статуса родителя, и непосредственно существования женщины в этом мире. В исследованиях мотивации бесплодных относительно беременности и статуса родителя, отмечено, что инфертильные женщины оперируют общими, социально принятыми представлениями о детях, они слишком идеализи-



руют родительство как таковое. Многие ищут причины существования бесплодия в нашем мире вообще.

#### **4. Последствия в сфере социальных отношений**

Анализ социальных последствий бесплодия ведется исходя из нескольких позиций: супружеские отношения, сексуальное функционирование, социальные взаимодействия в обществе или чувство принадлежности к обществу. Рассмотрим последствия бесплодия на супружеские отношения и удовлетворенность браком.

Во-первых, некоторые люди сообщают о гневе, враждебности, или раздражительности по отношению к своему супругу. Эти эмоции могут быть причиной обвинения партнера или самообвинения в непонимании или недостаточной эмоциональной поддержке супруга, либо в том, что супруг не прилагает усилий, чтобы иметь детей [10; 11; 12]: «Когда мы начинаем говорить друг с другом, мы заканчиваем тем, что вопим. Мы решили, говорить об этом только очень кратко... Я знаю, что он чувствует себя ужасно виноватым, так как бесплодие это - его проблема [1, с. 141]».

Во-вторых, зачастую женщины беспокоятся о статусе своих отношений, они испытывают страх, что муж ее бросит или распадется семья.

В-третьих, женщины испытывают трудности в способности раскрыть свои чувства супругу, увеличивая, таким образом изоляцию от партнера.

Четвертый тип реагирования на бесплодие, в противоположность предыдущим, положителен. Бывает, что бесплодные семьи чувствуют большую близость, любовь и поддержку по отношению друг к другу. Некоторые пары кризис бесплодия сблизил и привел к взаимной поддержке, предоставил возможность осознать свою привязанность к партнеру: «Мне очень трудно предположить, что может случиться нечто серьезнее этого, что это потребует большего от нас, чем за эти прошедшие пять лет. Мы узнали, насколько мы нуждаемся друг в друге. Мы – команда. Наш брак силен...» [1, с. 138].

Говоря о том, к чему приводит бесплодие, к положительному или отрицательному в супружеских отношениях, следует сказать, что фактически все исследователи, которые обсуждают сексуальные последствия бесплодия, описывают их как отрицательные. Многие пациенты сообщают о потере сексуального желания, удовольствия, или спонтанности в отношениях. Нередко сообщается о сексуальных дисфункциях. Часто пациенты жалуются на страхи перед сексуальным несоответствием, считают, что лечение бесплодия приводит к потере частной жизни, контроля и к нехватке общения, а сексуальные отношения теряют интимность и сводятся к клиническому акту репродукции.

Говоря о трудностях в социальных взаимодействиях и отношениях в пределах социальной группы, мы прежде всего подразумеваем изоляцию.

Инфертильные пары или партнеры, чувствуют себя непринятыми или презируемыми другими, ощущают давление со стороны своих семей, друзей, или общества в целом. Многие не чувствуют себя понятыми своими друзьями или семьей и поэтому выражают неспособность раскрыть свои чувства другим. Некоторые полностью уходят от этих отношений.

Вторая трудность в социальных взаимодействиях связана с чувствами ревности, конкуренции, негодования, и зависти к людям с детьми. Эти чувства часто направлены на других членов семьи, имеющих детей, так как родственники биологически подобны, но все же в состоянии иметь детей. Нахождение вокруг людей с детьми может быть дискомфортным, потому что инфертильные женщины делают сравнения во время этих взаимодействий: «Я чувствую себя как второразрядный гражданин, мне некуда деваться. Без ребенка я не принадлежу к группе с детьми, которые играют в парке. Без ребенка мой муж и я не согласуемся с нашими друзьями» [10, с. 338].

В связи со сказанным, мы считаем, что лечение пациенток при помощи вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) должно проводиться с применением методов психологического сопровождения. Необходимо проводить скрининговые исследования с целью выявления психологически неблагополучных пациенток. Индивидуальное консультирование и диагностика дают возможность выявить основные механизмы возникновения и хронификации патологических состояний, которые впоследствии становятся мишенями для психотерапевтической работы.

Кроме того, еще до зачатия, только при планировании деторождения семья часто нуждается в консультации психолога. Мотивы желания иметь ребенка разнообразны. Они могут быть конструктивными, укрепляющими семью, способствующими созданию благоприятных условий для вынашивания беременности, родоразрешения, ухода за новорожденным, могут быть деструктивными и препятствовать этому. Основными задачами перинатальной психоте-



рапии являются: предупреждение отклонений в развитии систем «беременная-плод-будущий отец», а затем «мать-дитя-отец» или раннее их выявление; разработка методов целенаправленных лечебных воздействий психологическими средствами на эти системы для упорядочения их деятельности.

На современном этапе ведутся исследования по эффективности применения когнитивно-бихевиоральной психотерапии infertильных женщин с депрессивными расстройствами и аномалиями личности. Доказана эффективность когнитивно – бихевиоральной психотерапии в процессе лечения бесплодия с использованием современных репродуктивных технологий.

Целью такого рода психотерапевтической интервенции является достижение большего понимания и мотивации в отношении программы ВРТ, осознания влияния эмоционального состояния на когнитивную сферу и исход лечения. Психологическая интервенция в этом случае обеспечивает также предоставление надлежащей информации о планируемых медико-хирургических процедурах, стимулирование вербального выражения чувств, связанных с разными фазами терапевтической программы (разочарование, ярость, беспомощность, умиление, тревога, чувство вины, восприятие неудачи).

Согласно нашему опыту, супружеские пары, впервые обратившиеся в клинику из-за бесплодия, имеют ограниченное представление о предстоящем лечении, что обуславливает усиление тревоги и ухудшение настроения. Поэтому при первом посещении необходимо проводить беседу относительно возможности использования разных методов ВРТ в лечении бесплодия.

По завершении сеансов психотерапии женщины станут более подготовленными к зачатию или к процедуре переноса эмбриона (в случае ЭКО). В результате полученной психотерапевтической коррекции пациентки получают возможность быть более адаптивными, научатся управлять своими эмоциями и быть эмоционально спокойнее во время проведения лечения (что, вероятнее всего, позитивно отразится на результатах лечения).

Проведение психотерапевтической коррекции в виде когнитивно-поведенческой психотерапии, исходя из полученных нами первичных результатов, уменьшает выраженность стрессовых реакций и соответствующих аффективных нарушений, а также снижает восприимчивость к стрессу, что улучшает социальное функционирование пациенток, повышая возможность наступления желаемой беременности. Это может быть одним из подходов к повышению эффективности лечения бесплодия у infertильных женщин.

#### Список литературы

1. Annette L. Stanton, Christine Dunkel-Schetter (1999). *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research*. Plenum Press.
2. Daniluk, J. (1996). When treatment fails: The transition to biological childlessness for infertile women. *Women & Therapy*, 19(2) – pp. 81-98.
3. Domar, A., Seibel, M. (1990). Emotional aspects of infertility. In M. Seibel (Ed.), *Infertility: A comprehensive text* – pp. 23 – 35.
4. Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M., Van der Spuy, Z.M. (2002). “Men leave me as I cannot have children”: women’s experiences with involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 17 (6) – pp. 1663 – 1668.
5. Facchinetti F., Matteo M.L., Artini G.P. et al. An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *FertilSteril* 1997; 67. – pp. 309 – 314.
6. Gibson D., Myers, J. The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling*, Jan 2002 Vol. 24, ii – p. 68.
7. Hanigan M., Cyr J., Bickerstaff K. Toward an integrated understanding of the psychological adaptation to infertility - a 10 year review of the literature. *Arch Women's Mental Health* 2001; 3/4: Suppl 2 – p. 102.
8. Lapane KL, Zierler S, Lasater TM, et al: Is a history of depression symptoms associated with an increased risk of infertility in women? *Psychosom Med* 57:000-000, 1995
9. Llewellyn A. M., Stowe, Z.N., Nemeroff, C.B. Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 [suppl 15]. – p. 26.
10. Mahlstedt P. P. The psychological components of infertility. *Fertility and Sterility*, 43. – pp. 335 – 346.
11. Matthews R., Matthews, A. Infertility and involuntary childlessness: The transition to non-parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 48, – p. 641 – 649.
12. Menning, B. The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34(4). – p. 313 – 319.
13. Miall C. Community constructs of involuntarily childlessness: sympathy, stigma and social support. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 31(4). – p. 392 – 422.



14. Newton C. R., Heam M. T., Yuzpe A. A. Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *FertilSteril* 1990; 54. – p. 879 – 886.
15. Williams M. E. Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in Private Practice*. – p. 7 – 26.
16. Zoldbrod A. *Men, women and infertility: Intervention and treatment strategies*. New York: Lexington Books.

## PSYCHOLOGICAL REACTIONS TO INFERTILITY

**I. V. Kargol**

*Belgorod National  
Research University*

*e-mail:  
kargol@bsu.edu.ru*

This article focuses on studying women's psychological reactions to infertility. The article presents the results of overseas research on infertile marriages. Most of the authors as the emotional impact of infertility produce anxiety, depression, hopelessness, guilt.

Keywords: infertility, emotional disorders, Assisted Reproductive Technology (ART).