

Бесплодие неясного генеза у женщин репродуктивного возраста как социально-демографическая проблема

Е.А. Карасева^{1,2}, Ю.Ю. Гудименко¹, В.Г. Абдуллаева³

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет», г. Тверь

²ТБУЗ ТО «Областной клинический психоневрологический диспансер», г. Тверь

³ООО «Клиника Фомина Тверь», г. Тверь

В статье представлен теоретико-методологический анализ проблемы социально-демографического аспекта бесплодия неясного генеза у женщин репродуктивного возраста. Проведен анализ возможных социальных и психологических факторов ненаступления беременности при отсутствии медицинской патологии. Выявлены преобладающие психосоциальные переживания женщин репродуктивного возраста с установленным диагнозом бесплодия неясного генеза. На основе научных исследований выделены ключевые индивидуально-психологические особенности женщин с установленным бесплодием неясного генеза. Особое внимание уделяется выявлению возможных психосоциальных предикторов ненаступления беременности с целью построения эффективных психологических программ сопровождения и психологических групп поддержки данной группы женщин, что могло бы способствовать повышению вероятности наступления беременности и рождаемости в стране.

Ключевые слова: женское бесплодие неясного генеза, социально-демографическая проблема, психологический предиктор ненаступления беременности, социальный предиктор ненаступления беременности, индивидуально-психологические особенности.

Повышение рождаемости в Российской Федерации является одной из важнейших и приоритетных задач современной социально-демографической политики. Намеченный вектор невозможно реализовать без учета социальных и психологических феноменов, сопровождающих семью – отношение к беременности, к будущему ребёнку, понимание текущих материальных условий, состояние амбивалентности в принятии решения о расширении семьи. Однако, особая социально значимая категория женщин репродуктивного возраста пребывает в уязвимом положении – для таких женщин беременность желанна, но не наступает, что далее вынуждает женщину длительно наблюдаться в клиниках репродуктивного профиля, при этом причины медицинского характера отсутствуют [11].

Обделенность вниманием проблемы женского бесплодия неясного генеза повлечет за собой не только демографические последствия

(снижение рождаемости, высокий риск распада брака и прекращения отношений), но и снижение психологического благополучия личности. При этом актуальных научно-исследовательских работ, выполненных в рамках социально-психологического подхода, недостаточно [5].

В основе социально-психологической концепции бесплодия учитываются биологические факторы бесплодия, т.е. медицинские причины, а также – индивидуальная психологическая реакция на диагноз и лечение. К социальным факторам относятся такие последствия бесплодия, как стигматизация, разводы, давление со стороны семьи и общества, ухудшение материального и психосоциального благополучия [10, с. 45].

Бесплодие неясного генеза устанавливается у пар, при стандартном обследовании которых биомедицинская причина бесплодия не выявляется. Бесплодие неясного генеза – это номенклатурная форма бесплодия: по МКБ-10 кодируется как «N97.8 Другие формы женского бесплодия», т.к. не выделено в отдельную форму бесплодия [12].

Для организации действенной помощи женщинам, которые столкнулись с репродуктивными трудностями, необходимы научно обоснованные и эмпирически подтвержденные сведения о возможных социальных и психологических факторах, препятствующих зачатию ребенка и формированию у женщины репродуктивного возраста готовности к материнству – факторах, детерминирующих ее репродуктивное поведение и выполнение репродуктивных функций при отсутствии медицинской патологии [14].

Возникший с 1991 года в России демографический кризис до сих пор не преодолен: уровень рождаемости в 1,5–2 раза ниже, чем требуется для оптимального воспроизводства населения, что связано с установленным диагнозом бесплодия примерно у 6,5 млн женщин. Приблизительно 30–40 лет назад диагноз «необъяснимое бесплодие» ставился половине супружеских пар, однако по мере развития диагностических возможностей этот показатель имеет тенденцию снижаться [3].

В.Д. Менделевич подчёркивает, что одним из важных вопросов при диагностике состояния пациенток с бесплодием неясного генеза считают оценку их мотивов иметь ребёнка. У бесплодных супружеских пар мотивы могут несколько отличаться от традиционных мотивов деторождения, так как возможно влияние социально одобряемых установок и желания соответствовать общепринятым социальным ожиданиям [7, с. 572].

Э.Г. Эриксон в своих научных трудах вводит и описывает термин «генеративность», который отражает потребность человека в заботе о ребёнке и принятие ответственности за его воспитание, однако имеются и другие психосоциальные причины деторождения – «удержать мужа», «заполнить пустоту», поддержать семейные традиции, соответствовать социальным нормам. Для многих пациенток с бесплодием неясного генеза вопрос о мотиве иметь ребёнка оставался неясным и неосознаваемым.

Женщины приводят рациональные доводы о том, что ребёнок нужен, например, для «полной семьи» или для «укрепления супружеских отношений» [16].

Непредсказуемость, неконтролируемость бесплодия неясного генеза в зависимости от индивидуальных особенностей приводит к стрессу и вызывает чувство бессилия или опустошенности. Полученный опыт показывает, что несмотря на огромные усилия со стороны женщин и супружеской пары, беременность не наступает. Этот факт сложно принять, поскольку он противоречит их мировоззрению. Бесплодие является одновременно источником кризиса и доминирующим компонентом, разрушающим идентичность. У женщин при бесплодии неясного генеза выявлено чувство потери уверенности в себе, компетентности и адекватного контроля над ситуацией [9].

Несмотря на то, что бесплодие неясного генеза не идентифицируется как опасное для жизни заболевание, оно является серьезной социальной проблемой, а также проблемой, затрагивающей личность, её семью и общество в целом [1].

Женщины с установленным бесплодием неясного генеза подвержены высокому уровню стресса и склонны проявлять высокий уровень тревоги, что связано с ситуацией неопределенности. У них также отмечается депрессивный фон настроения, состояние фрустрации, чувство вины перед супругом, что, в свою очередь, может приводить к общей изоляции от социума, т.к. женщина чувствует свое несоответствие общепринятым социальным установкам [4].

Социально-демографические изменения современного общества характеризуются отложенным материнством, изменением гендерных ролей в социальных институтах, смещением приоритета на профессиональную самореализацию, что приводит к амбивалентным репродуктивным установкам, повышая уровень стресса [8].

Результаты зарубежных научных исследований показывают, что восприятие контролируемости проблемы бесплодия и стратегий совладания было непосредственно связано с увеличивающимся психологическим стрессом. Низкое восприятие личной управляемости и управляемости лечения было связано с частым использованием стратегии избегания, а высокое восприятие управляемости лечения было положительно связано с ориентацией на преодоление проблем. При учете демографических факторов низкое восприятие личного контроля ситуации и избегающее поведение положительно коррелировало со стрессом, связанным с фертильностью и тревогой за состояние [17].

В современном обществе приобретение материнской роли становится предметом осознанного выбора семьи и женщины, теряя статус безусловной необходимости. В связи с субъективной оценкой женщины экономических, социальных и личных рисков возрастает уровень личной ответственности за качество будущего родительства и процесс воспитания ребенка, формируя установку необходимого

ожидания «оптимального момента» для деторождения и усиливая уровень тревоги [6].

К сожалению, в настоящий период в стране существует дефицит оптимальных социальных программ государственной поддержки, включающих правовой и юридический аспекты для осведомления женщины и ее семьи о гарантиях их психосоциального и материального благополучия. Также необходима система оказания психологической помощи населению, а именно – планирующим беременность и материнство. В отсутствие подобной помощи и поддержки женщины репродуктивного возраста пребывают в страхе неизвестности, что увеличивает уровень тревоги относительно темы деторождения [15].

Личность находится и развивается в социокультурной среде, которая в той или иной мере формирует ее идентичность и оказывает влияние на ее установки и ценности, в том числе репродуктивные, через систему определенных социальных норм и правил [2].

В современных условиях пропагандируется необходимость успешной карьеры и материального достатка одновременно с необходимостью деторождения и приобретения материнской роли, которая часто идеализируется, что приводит к формированию амбивалентности репродуктивных установок у фертильных женщин, являясь возможным психологическим предиктором ненаступления беременности в отсутствие медицинской патологии [13].

Таким образом, среди психогенных и социальных причин бесплодия неясного генеза исследователи выделяют: страх не стать хорошей матерью, страх потерять свою самодостаточность и личную жизнь, страх потерять партнера, страх столкнуться с негативной социальной оценкой, ощущение неопределенности. При столкновении с репродуктивными трудностями, а именно с бесплодием неясного генеза, женщины демонстрируют признаки повышенного стресса и тревоги, депрессии, фрустрации, чувства вины перед супругом и обществом в целом, страха неопределенности ситуации, уныния, что связано с ощущением бесконтрольности ситуации. В условиях текущего демографического кризиса дефицит научной информации о психосоциальных причинах женского бесплодия неясного генеза приводит к отсутствию широко развитых программ социально-психологического сопровождения женщин с репродуктивными трудностями, которые в перспективе могли бы служить эффективным инструментом повышения уровня рождаемости в стране.

В рамках заявленной проблематики нами было проведено эмпирическое исследование с целью выявления возможных психологических и социальных предикторов ненаступления беременности у женщин репродуктивного возраста при условии отсутствия медицинской патологии. Полученные результаты исследования могут быть использованы для построения программ

социально-психологического сопровождения женщин с установленным бесплодием неясного генеза.

Исследование проводилось на базе Федеральной сети клиник ООО «Клиника Фомина» в г. Тверь, г. Краснодар, г. Москва, г. Пермь. Участницами исследования стали 55 женщин репродуктивного возраста (28–35 лет), у которых установлен диагноз «Бесплодие неясного генеза», что свидетельствует о ненаступлении беременности на протяжении от 1 года до 7 лет при регулярной половой жизни. Сопутствующих соматических заболеваний – не выявлено. Мужской фактор бесплодия – исключен. Попытки ЭКО – отсутствуют у 71% участниц, проводились у 29% участниц.

Для решения задач исследования применены клиничко-психологические и экспериментально-психологические методы исследования. Теоретические методы представлены анализом научной литературы по проблеме исследования. Эмпирические методы представлены анализом медицинской документации, включена клиничко-психологическая беседа с целью формирования выборки и определения мишеней исследования, психодиагностический метод, методы математической и описательной статистики.

Также были использованы следующие психодиагностические методики: «Пертский опросник алекситимии» (П.М. Ларионов, Д.А. Прис, О.Ю. Хохлова, М.В. Яковлева, 2023 г.); Интегративный тест тревожности (НИПНИ им. Бехтерева, А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005); Опросник совладания со стрессом «СОРЕ» (П.А. Иванов, Н.Г. Гаранян, 2010); Методика «Отношение к значимой жизненной ситуации» (Е.Ю. Коржова, 2015); Опросник невротических черт личности «НЧЛ» (издательство НИПНИ им. Бехтерева, 2003). Для математической обработки полученных данных применен метод факторного анализа с использованием частотных таблиц с целью систематизации данных.

Результаты исследования. В соответствии с полученными эмпирическими данными можно выделить группы психосоциальных факторов как предикторы ненаступления беременности. Так как данные исследования удовлетворяют условиям проведения факторного анализа и интерпретации его результатов ($KMO > 0,5$), рассмотрим более подробно количество выделенных факторов на рис. 1.

Анализируя график собственных значений, мы можем констатировать, что для данной выборки количество возможных психосоциальных факторов характеризуется числом 10, где каждый случай может быть содержательно описан.

Таким образом, мы можем отметить, что в первый фактор попали переменные со следующими значениями: страх «воспитать ребенка неправильно» (0,870), страх повышенной ответственности (0,850), страх не справиться с материнской ролью (0,840), страх материнства (0,839), страх беременности и ее влияния (0,787), тревожные мысли: не соответствовать социальным ожиданиям в роли «матери» (0,686), страх

перемен в бытовой жизни (0,677), страх неопределенности (неизвестности) (0,545), которые можно объединить в один фактор – «Социальный аспект беременности и материнства как предиктор ненаступления беременности» (собственное значение 8,632; % объясняемой дисперсии 13,701).

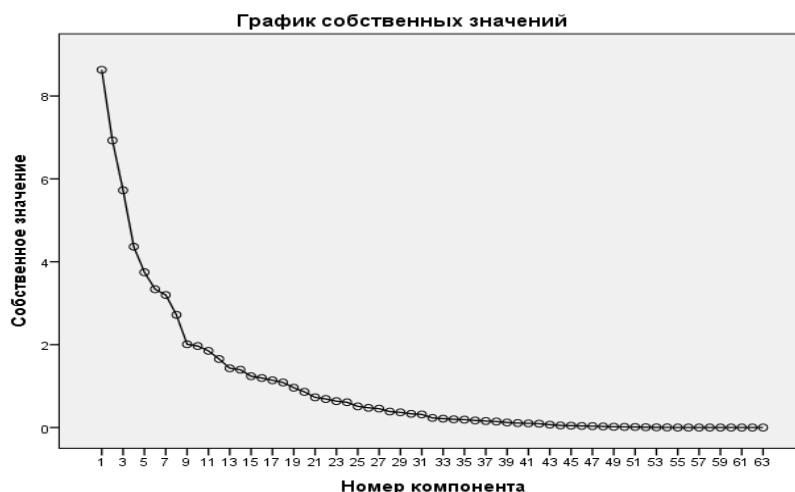


Рис. 1. График собственных значений в результате факторного анализа индивидуально-психологических особенностей женщин с бесплодием неясного генеза

Второй фактор характеризуется следующими значениями: факт измены со стороны партнера (0,837), недоверие к партнеру (0,808), страх забеременеть в связи с отсутствием доверия к готовности мужа к ребенку (0,763), чувство вины перед мужем в случае ненаступления беременности в течение года (0,489), которые можно объединить в фактор – «Межличностные отношения с партнером как фактор ненаступления беременности» (собственное значение 6,928; % объясняемой дисперсии 10,997).

Третий фактор характеризуется следующими значениями: низкий семейный доход по мнению женщины (0,803), опасение получить негативную общественную оценку и мнение в случае наступления беременности (0,766), отсутствие благоприятных по мнению женщины жилищно-бытовых условий (0,734), страх забеременеть в связи с неготовностью жилищно-бытовых условий (0,720), опасение получить осуждение со стороны родителей в случае наступления беременности (0,681), которые можно объединить в фактор – «Социально-экономический фактор ненаступления беременности» (собственное значение 5,725; % объясняемой дисперсии 9,087).

Четвертый фактор характеризуется следующими значениями: факт высокого уровня ситуативной тревожности (0,814), факт высокого уровня личностной тревожности (0,791), наличие нарушенного сна (кошмары) (0,720), ощущение высокого уровня стресса в данный момент жизни (0,712), наличие бессонницы (0,660), потребность в гиперконтроле

овуляции (0,602), которые можно объединить в фактор – «Тревога и тревожные состояния как предиктор ненаступления беременности» (собственное значение 4,364; % объясняемой дисперсии 6,926).

Пятый фактор характеризуется следующими значениями: неготовность к материнской роли (0,885), непринятие материнской роли (0,794), непринятие своей женственности (0,780), неблагоприятные отношения с собственной матерью (0,753), неблагоприятная первая семья, что вызывает страх повторения данного опыта (0,720), которые можно объединить в фактор – «Страх принять свою женственность как предиктор ненаступления беременности» (собственное значение 3,747, % объясняемой дисперсии 5,948).

Шестой фактор характеризуется следующими значениями: страх врачебной ошибки в период беременности (0,920), страх оперативного вмешательства в период беременности (0,815), страх забеременеть, т.к. беременность испортит фигуру (0,711), страх замершей беременности (0,711), недоверие к врачам (0,624), которые можно объединить в фактор – «Медико-биологический аспект страха беременности» (собственное значение 3,338; % объясняемой дисперсии 5,299).

Седьмой фактор характеризуется следующими значениями: повышенная эмоциональная чувствительность (0,723), повышенная вспыльчивость (0,657), сниженная стрессоустойчивость (0,557), которые можно объединить в фактор – «Индивидуально-личностные особенности как предиктор ненаступления беременности» (собственное значение 3,198; % объясняемой дисперсии 5,076).

Восьмой фактор характеризуется следующими значениями: чувство несправедливости и обида на мир в случае ненаступления беременности в течение года (0,760), чувство неполноценности, возникшее в случае ненаступления беременности в течение года (0,619), эмоциональное выгорание женщины в связи с ненаступлением беременности при активных действиях (0,614), пассивность своих действий в отношении наступления беременности (0,529), которые можно объединить в фактор – «Совладающее поведение как предиктор ненаступления беременности» (собственное значение 2,010, % объясняемой дисперсии 3,190).

Девятый фактор характеризуется следующими значениями: страх долгого восстановления организма после беременности и родов (0,742), навязчивые мысли о смерти ребенка после родов (0,712), страх потерять личную жизнь с появлением ребенка (0,632), страх, что муж после родов «перестанет воспринимать как женщину» (0,628), тревожные мысли «остаться без поддержки в послеродовой период» (0,622), страх, что рождение ребенка разрушит семью (0,576), страх развития послеродовой депрессии (0,561), которые можно объединить в фактор – «Страх послеродового периода как фактор ненаступления беременности» (собственное значение 2,719; % объясняемой дисперсии 4,317).

Десятый фактор характеризуется следующими значениями: вредные трудовые факторы (0,588) и нестабильная обстановка в стране (0,365), которые можно объединить в фактор – «Производственно-экономические факторы как предикторы ненаступления беременности» (собственное значение 1,967; % объясняемой дисперсии 3,123).

Исходя из полученных данных, ведущими психологическими и социальными предикторами ненаступления беременности в случае неясного генеза являются: социальные страхи беременности и материнства, межличностные отношения с партнером, социально-экономическое положение, проявление тревоги и тревожных состояний, неприятие своей личной женственности, медико-биологические страхи беременности и родов, индивидуально-личностные особенности. Менее выражены такие возможные психологические факторы ненаступления беременности, как: особенности совладающего поведения, страх послеродового периода и особенностей адаптации к нему, производственно-экономические факторы.

Один из ведущих факторов, чаще всего выделяемый женщинами, подразумевает под собой страх несоответствия социальным установкам. Страх осуждения может иметь под собой сильную психологическую основу: низкая самооценка, неуверенность в себе, повышенная личностная тревожность, трудности в коммуникации с людьми и внутри семьи, недифференцированный «Образ-Я», что в свою очередь, способно создавать достаточно сильное психоэмоциональное напряжение, которое может затруднять процесс зачатия, формируя бесплодие неясного генеза. Нередко страх осуждения и зависимость от социального одобрения приводят к психологическим и психическим нарушениям тревожного спектра.

Бесплодие неясного генеза – это проблема, требующая биопсихосоциального подхода и не ограничивающаяся только медицинским вмешательством, т.к. при данном типе бесплодия влияние медицинского фактора исключено, что требует рассмотрения психологических и социальных предикторов бесплодия неясного генеза у женщин репродуктивного возраста.

Для разработки программы социально-психологической помощи и поддержки женщинам, страдающим бесплодием неясного генеза, необходимо проведение качественной диагностики, которая позволит идентифицировать социальные и психологические мишени работы с целью оптимального воздействия на них. Понимание влияния психосоциального сопровождения на фертильность важно, как для врачей, так и для женщин, которые столкнулись с репродуктивными трудностями. Более пристальное внимание в части расширения представлений о психологической и социальной составляющей бесплодия неясного генеза, в конечном счете, будет способствовать лучшему пониманию механизмов бесплодия неясного генеза, что позволит оказывать необходимую психологическую и социальную поддержку женщинам,

повышая при этом вероятность наступления беременности и способствуя улучшению демографической ситуации в стране.

Список литературы

1. Агарков В.А. Психоаналитический подход к проблемам фертильности: бессознательные корреляты вспомогательных репродуктивных технологий // *Человек как открытая целостность*. Новосибирск: ООО «Академиздат», 2022. № 1. С. 143–167.
2. Болванович С.А., Рудецкий О.А. Формирование предрасположенности к доверию в перинатальный период человеческой жизни // *Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке*. 2024. Т. 21. № 3. С. 81–87.
3. Бонкало Т.И., Степанова В.А. Коммуникативная направленность психолога-консультанта как фактор готовности к консультированию женщин с психологическим бесплодием // *Российский психологический журнал*. 2025. Т. 22. № 1. С. 68–82.
4. Власова В.Н., Власов С.Н. Изменение смысложизненных ориентаций и ценностей у женщин в связи с рождением ребенка // *Инновационная наука: Психология, Педагогика, Дефектология*. 2024. Т. 7. № 4. С. 53–61.
5. Войтко О.К., Минчик Е.С. Социально-психологические факторы репродуктивных установок девушек с разной степенью религиозного мировоззрения // *Вестник БарГУ Серия «Педагогические науки. Психологические науки. Филологические науки»*. 2023. Вып. 14. С. 55–59.
6. Волков В.В., Юмкина Е.А. Психологическое измерение культуры // *Социально-гуманитарные знания*. 2022. № 1. С. 92–101.
7. Коновалов В.Г., Менделевич В.Д. Сексуальные расстройства у женщин с хроническим сальпингофоритом как вариант биопсихосоциальной модели // *Гинекология*. 2021. Т. 23. № 6. С. 571–577.
8. Кудрявцева Н.Ю., Антонова И.И., Сахарчук С.А. Сексуальное здоровье женщин с бесплодием неясного генеза // *Акушерство, гинекология и репродуктология*. 2024. Т. 18. № 1. С. 45–52.
9. Матвеева Н.В., Стручкова Г.И. Психологические особенности инфертильных семей // *Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Педагогика. Психология. Философия*. 2022. № 4 (28). С. 109–120.
10. Стазаева Ю.А. Психоаналитическое исследование бесплодия: от симптома к смыслу // *Психоанализ: Вопросы теории и практики*. 2024. № 1. С. 33–47.
11. Тарасова А.Ю. и др. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья // *Главный врач Юга России*. 2023. № 4 (90). С. 45–48.
12. Тювина Н.А., Балабанова В.В., Николаевская А.О. Психосоматические механизмы идиопатического бесплодия: клинические наблюдения // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023. Т. 15. № 1. С. 77–82.
13. Фоменко Г.Ю. *Личность как субъект бытия в экстремальных условиях: дис. ... доктора психол. наук: 19.00.01*. Краснодар: Кубанский государственный университет, 2006. 788 с.
14. Фоменко Г.Ю. Психологические проблемы женского бесплодия в контексте личностных противоречий (экзистенциальные аспекты) // *Южно-российский журнал социальных наук*. 2008. № 4. С. 17–29.

15. Шкодова А.А. Особенности репродуктивных установок студентов факультета клинической психологии // Молодежная наука и современность. Курск: Курский государственный медицинский университет. 2022. С. 243–245.
16. Эриксон Э.Г. Детство и общество/пер. с англ. и науч. ред /А.А. Алексеев. СПб.: Летний сад, 2000. 416 с.
17. Francoise A. Assessment of sexual function before medically assisted procreation: A mixed-methods study among a sample of infertile women and men cared for in a fertility center [Электронный ресурс]// Sexual & Reproductive Healthcare. 2023. Т. 38. № 6. URL: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100922> (дата обращения: 15.12.2025).

Об авторах:

КАРАСЕВА Елена Анатольевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры «Психология труда и клиническая психология» ФГБОУ ВО «Тверской государственной университет» (170100, г.Тверь, ул. Желябова, д.33), заведующая отделением медицинской психологии ГБУЗ ТО ОКПНД (170026, г. Тверь, ул. Фурманова, д. 12), e-mail: kea12@mail.ru

ГУДИМЕНКО Юлия Юрьевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры «Психология труда и клиническая психология» ФГБОУ ВО «Тверской государственной университет» (170100, г.Тверь, ул. Желябова, д.33), e-mail: Gudimenko.YU@tversu.ru

АБДУЛЛАЕВА Валентина Геннадьевна – медицинский психолог ООО «Клиника Фомина Тверь» (170100, г. Тверь, Вагжановский переулок, д. 14); член Российской Ассоциации Репродукции Человека, e-mail: vgsivolap@yandex.ru

Infertility of unknown origin in women of reproductive age as a socio-demographic problem

E.A. Karaseva^{1,2}, Yu.Yu. Gudimenko¹, V.G. Abdullaeva³

¹Tver State University, Tver

²Regional Clinical Psychoneurological Dispensary, Tver

³LLC «Fomin Clinic Tver», Tver

The article presents a theoretical and methodological analysis of the socio-demographic aspect of infertility of unknown origin in women of reproductive age. It analyzes the possible social and psychological factors of non-pregnancy in the absence of medical pathology. The article identifies the prevailing psychosocial experiences of women of reproductive age with a diagnosed infertility of unknown origin. Based on scientific research, the article highlights the key individual and psychological characteristics of women with a diagnosed infertility of unknown origin. Special attention is paid to identifying possible psychosocial predictors of infertility in order to develop effective psychological support programs and groups for this group of women, which could help increase the likelihood of pregnancy and birth rates in the country.

Keywords: *female infertility of unknown origin, socio-demographic problem, psychological predictor of infertility, social predictor of infertility, individual psychological characteristics.*

Принято в редакцию: 26.02.2026 г.

119 Подписано в печать: 27.04.2026 г.