

УДК 159.9

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Филиппова Г.Г. (Москва, Россия)



Филиппова Галина Григорьевна

Доктор психологических наук, профессор

Г. Москва, Ректор ЧУ ДПО

«Институт перинатальной и репродуктивной психологии»

Москва, 125371, Россия. Тел.: 8 (495) 920-62-36.

E-mail: rektor@perinatalpsy.ru

Аннотация.

В статье рассматривается структура и содержание внутренней картины бесплодия у пациентов с нарушениями репродуктивного здоровья с позиции отечественной концепции внутренней картины болезни, теории функциональных систем и современной репродуктивной психологии. Обсуждаются различия внутренней картины бесплодия по сравнению с внутренней картиной болезни при соматических заболеваниях, а также особенности внутренней картины лечения и модели результата лечения бесплодия: бесплодие не влияет на общее здоровье и не угрожает жизни пациента; не ограничивает жизнедеятельность и удовлетворение индивидуальных потребностей человека; является проблемой пары, а не отдельного индивида; при лечении бесплодия лечебная нагрузка для женщины значительно выше, чем для мужчины вне зависимости от сочетаний нарушений репродуктивного здоровья в паре. Описаны особенности чувственного, эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов внутренней картины бесплодия пациента и отличие их содержания от имеющийся у врача внешней картины бесплодия, картины лечения и модели результата лечения. Обсуждается сложная структура мотивации лечения бесплодия, включающая две составляющих: преодоление бесплодия как своей репродуктивной несостоятельности и преодоление бездетности как появление ребенка и переход к родительству. Обосновывается необходимость исследований вариантов внутренней картины бесплодия, внутренней картины лечения и модели результата лечения у разных групп пациентов, а также при использовании вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: внутренняя картина бесплодия, внутренняя картина лечения, компоненты картины бесплодия и картины лечения у пациента и врача

Для цитаты Филиппова Г.Г. Внутренняя картина бесплодия у пациентов с нарушениями репродуктивного здоровья // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2025. Т. 17. №3(88). С. 15-29. <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2025-17-3-15-29>

Введение

Нарушения репродуктивной функции классифицируются в медицине как заболевание, и соответственно коррекция этих нарушений определяется как лечение. К нарушениям репродуктивной функции относят бесплодие, невынашивание беременности и такие нарушения полового поведения, которые имеют физиологические причины и для своей коррекции требуют медицинской помощи. Если подробнее рассматривать относимые к этой

категории нарушений явления, то можно увидеть, что для части из них применяемые в медицине обозначения оказываются неоднозначными и даже становятся предметом дискуссии между специалистами. В основном это касается определения бесплодия и связано с двумя обстоятельствами: во-первых, бесплодие является результатом нарушений репродуктивной функции в паре, так как «внутри себя» без полового партнера человек размножаться не может. И тут проблемным оказывается определение «бесплодной пары», особенно в тех случаях, когда физиологические нарушения есть только у одного из партнеров или выявляется репродуктивная несовместимость партнеров, которые могут реализовать свою репродуктивную функцию в других отношениях. Особенно это остро проявляется при лечении с помощью донации гамет, когда появляется задача выбора: какой донорский биоматериал будет использоваться, при том, что для обоих партнеров есть возможность рождения ребенка от своего биоматериала, но с донацией или от другого партнера. В 2024 году проблема формулировок определения нарушений репродуктивной функции у женщин и мужчин стала предметом дискуссии со стороны гинекологов-репродуктологов и урологов-андрологов (https://www.rahr.ru/d_index/urolog24_1.pdf). Само определение бесплодия в паре даже по формулировкам в официальных источниках (государственные законы в области охраны здоровья и клинические рекомендации) также оказываются неоднозначными. Наиболее используемым определением бесплодия является «невозможность пары в фертильном возрасте достичь клинической беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции» [1]. И хотя эта формулировка еще не является показанием к лечению, и тем более не обозначает характер заболевания и даже его носителя (члена пары), а только определяет необходимость медицинского обследования, тем не менее уже относится к нарушениям здоровья и к показаниям для направления пары в медицинское учреждение. То есть оба члена пары становятся пациентами и автоматически попадают в ведомство медицины, которая рассматривает их как «больных». Неоднозначность определения нарушений репродуктивной функции касается также использования медицинских методов воздействия, в частности, вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Например, при нарушениях сперматогенеза у мужчин, при котором невозможно естественное оплодотворение и требуется ЭКО, лечебные мероприятия в большинстве случаев направлены не на мужчину (от него требуется только забор спермы), а именно на женщину, которая может быть абсолютно репродуктивно здорова. При этом сами лечебные мероприятия при ЭКО (стимуляция суперовуляции, пункция ооцитов и т.п.) достаточно инвазивны и расцениваются в литературе как высокий уровень лечебной нагрузки [2].

Второе обстоятельство касается результата лечения, который также оказывается неоднозначным. Лечебные мероприятия часто направлены не на восстановление репродуктивной функции как таковой, а на возможность рождения ребенка, и в этом аспекте происходит разделение понятий «бездетность» и «бесплодие» [3, с.39]. В обозначенных выше случаях бесплодия в паре лечению подвергаются как пациенты с нарушениями репродуктивного здоровья (они и есть бесплодные), так и здоровые члены пары (они здоровые, но бездетные). И тем более это относится к использованию лечебных мероприятий (в первую очередь ВРТ) в «не лечебных целях»: например, инсеминация или ЭКО для одиноких женщин и для однополых пар (в странах, где это разрешено законом). При этом медицинские мероприятия относятся к лечебным и могут оплачиваться государством или медицинскими страховыми компаниями как лечение, и их регламентация устанавливается в форме клинических рекомендаций.

Все вышеперечисленное определяет специфику психологической составляющей нарушений репродуктивной функции и ее коррекции. В современной литературе, посвященной проблемам бесплодия и его лечения, широко представлены вопросы психологического переживания бесплодия и процесса лечения, в том числе и при использовании ВРТ, которые подробно обобщены в отечественных обзорах [2, 4]. Исследуется отношение к факту бесплодия, отношения в паре при бесплодии, особенности психического состояния и отношения к медицинскому воздействию при лечении бесплодия. Психологические факторы, и в первую очередь отношение к нарушению репродуктивной функции и лечению, по данным этих исследований, не только являются важным аспектом состояния пациентов, но и оказывают большое влияние на ход и успешность лечения. В этом плане представляется актуальным и своевременным обратиться к имеющимся в медицине и медицинской психологии исследованиям, посвященным восприятию человеком своей болезни и процесса лечения. А это хорошо разработанные в теоретическом и практическом отношении подходы, в которых дается определение и описаны особенности внутренней картины болезни (ВКБ) [5, 6, 7, 8], внутренней картины лечения (ВКЛ) [9, 10], и внутренней картины

здоровья (ВКЗ – как предполагаемого результата лечения) [8, 11]. Данный подход в конце XX – начале XXI столетия применялся и к изучению психологической составляющей беременности и получил название «внутренняя картина беременности» [12, 13]. При этом использования данного подхода к проблемам бесплодия и его лечения практически не случилось, кроме единичных работ, в которых рассматриваются вопросы эмоционального реагирования на диагноз «бесплодие» и типы переживания бесплодия с позиции ВКБ [14, 15]. Такое «запаздывание» разработок в области бесплодия в первую очередь объясняется тем, что сами нарушения репродуктивной функции и особенности их коррекции во многом отличаются от соматических заболеваний и их лечения [16].

Специфика нарушений репродуктивной функции, отношения к бесплодию и к лечению по сравнению с другими нарушениями здоровья

Специфика нарушений репродуктивной функции связана с самими особенностями ее механизмов. В отличие от систем жизнеобеспечения организма индивида, которые направлены на пополнение и сохранение ресурсов особи (функциональные сферы питания и самосохранения, которые обеспечивают индивидуальные потребности), репродуктивная функциональная сфера направлена не на пользу индивиду, а на сохранение и продолжение вида, требует затраты ресурсов индивида и осложняет его жизнедеятельность и адаптацию в среде [17]. С позиции биологического соотношения сфер жизнедеятельности можно сказать, что поддержание существования индивида (для чего нужно удовлетворение его индивидуальных потребностей) эволюционно необходимо для реализации видовой потребности в воспроизведении и сохранении вида – а не индивида! В данном случае «субъектом потребности в репродукции» является эволюционный процесс, а индивид является исполнителем этой задачи. С этой точки зрения до возникновения сознания у человека и осознания им задачи продолжения рода на субъективном уровне у индивида нет и не может быть потребности в размножении, продолжении рода и т.п. Индивид снабжен эволюцией набором потребностей и исполнительных механизмов (инстинктов, разных видов формирования поведения в онтогенезе) для реализации репродуктивной функции: потребность в половом удовлетворении и поведенческие механизмы обнаружения партнера и спаривания, потребность в заботе о потомстве в форме ответных реакций на стимулы от детеныша и т.д. [18]. У человека даже при осознании задач продолжения рода мотивация деторождения чрезвычайно сложная и разнообразная, а психологическая готовность к родительству далеко не всегда присутствует и, конечно, может не совпадать с декларируемыми желаниями родить ребенка или стать родителями [19]. В этом плане может возникать конфликт между индивидуальными и видовыми потребностями, который, в частности, может проявляться в соматических и поведенческих нарушениях реализации репродуктивной функции (нарушение полового поведения и заботы о потомстве). Особенностью психосоматических соотношений в репродуктивной сфере является как раз то, что репродуктивная функциональная система не является системой жизнеобеспечения и ее повреждение может не ухудшать жизнедеятельность индивида, не угрожать его жизни и здоровью, а более того – невозможность реализации репродуктивной функции может служить задачам самосохранения индивида и даже сохранения вида, как сохранение ресурсов особи «до лучших времен», более благоприятных для размножения [16, 19, 20]. Кроме того, целый ряд соматических нарушений репродуктивной функции не отражаются в ощущениях индивида и не переживается им как сигналы о нарушениях жизнедеятельности. Все это свидетельствует о том, что внутренняя картина бесплодия (ВКБеспл) имеет целый ряд специфических отличий от ВКБ при соматических заболеваниях. А значит, это отражается во внутренней картине лечения и тем более в том образовании, которое в концепции ВКБ рассматривается как ожидаемый результат лечения [8, 10, 11]. В свою очередь эти отличия влекут за собой особенности и различия в представлении пациента и врача о бесплодии как нарушении репродуктивного здоровья, его лечении и достигаемых результатах. С позиции теории функциональных систем получается, что функциональные системы лечения и его исходов при нарушениях репродуктивного здоровья оказываются не совпадающими у врача и пациента, что ведет за собой осложнение достижения комплаенса при лечении.

Обозначенные различия требуют тщательного сопоставления ВКБ при соматических заболеваниях и ВКБеспл, анализа всех их составляющих и их специфики у участников процесса лечения: пациентов (женщины и мужчины), врача и психолога.

Представления о внутренней картине болезни в научной литературе

Понятие внутренней картины болезни (ВКБ) было введено Романом Альбертовичем Лурия («Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания», 1944 г.) [5]. В современной литературе есть несколько определений ВКБ, которые включают в себя

субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценку механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего больного, а также типы реагирования человека на болезнь. В целом ВКБ – это формирующийся у больного целостный, сложный структурированный образ своего заболевания [6, 7, 8]. В современной литературе выделена структура ВКБ, которая включает 4 компонента: чувственный (все физические ощущения, вызванные болезнью), эмоциональный (все эмоциональные переживания, связанные с болезнью), интеллектуальный или когнитивный (знания и представления о болезни) и мотивационно-поведенческий (поведение по поводу болезни и борьбы с ней) (В.В. Николаева, 1987) [6]. А.В. Личко описал 14 типов реакции больного на болезнь, из которых гармоничный тип является наиболее благоприятным: адекватная оценка тяжести болезни, правильные представления о болезни, установка на активное преодоление болезни, и что очень важно – конструктивное сотрудничество с врачом [22]. В настоящее время описаны варианты ВКБ для разных заболеваний, разработаны диагностические методики для определения типов ВКБ [7]. На основании представлений о ВКБ на рубеже XXI века было предложено понятие «Внутренняя картина беременности» (А.Н. Васина и О.В. Шабанова, 2007 [13] – в данном исследовании были использованы методики Филипповой Г.Г., 2018 [19], А.Е. Волков [12]). В этот же период впервые появляются работы по ВКБ при бесплодии (Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич, 2001), в которых изучались индивидуально-личностные особенности пациенток с бесплодием и их способы реагирования на бесплодие [14]. В 2012 году опубликовано исследование типов переживания бесплодия женщинами фертильного возраста (М.В. Калининская, Л.В. Адомян и Г.Г. Филиппова, 2012) [15]. Практически одновременно вышла статья В.А. Урываева (2013) с обоснованием конструкта «Внутренняя картина лечения» (ВКЛ) [10], дополняющая понятия ВКБ и ВКЗ («Внутренняя Картина Здоровья» В.Е. Каган, 1993 [11]).

Внутренняя картина лечения по мнению В.А. Урываева непосредственно отнесена к взаимодействию пациента с врачом и оказывает существенное влияние на мотивацию лечения и поведение пациента в процессе лечения, и в этом плане может соотноситься с понятием «комплаенс» [10].

Внутренняя картина здоровья рассматривается в двух аспектах: как общее субъективное представление человека о своем здоровье, и как связанное с внутренней картиной болезни [11]. Во втором случае внутренняя картина болезни, по мнению В.Е. Кагана, представляет собой внутреннюю картину здоровья в условиях болезни. Поскольку во внутренней картине болезни содержится представление человека о результате лечения – то есть полном или относительном выздоровлении в соответствии с образом здорового состояния организма (заболевшего органа или системы), то в таком ракурсе внутреннюю картину лечения можно рассматривать как модель ожидаемых результатов лечения (Е. В. Свистунова [8]). Е.В. Свистунова отмечает, что модель ожидаемых результатов лечения оказывает влияние не только на общее состояние больного, но во многом определяет внутреннюю картину лечения и поведение больного в процессе лечения. И эта модель также имеет свои особенности у врача и пациента и включена в их взаимодействие, то есть входит в понятие «комплаенс». Как мы увидим ниже, при лечении бесплодия это оказывается значимым фактором и может существенно различаться у пациента и врача. В аспекте нашего анализа целесообразно обозначить эту составляющую как модель ожидаемого результата лечения (МРЛ) бесплодия у пациента и врача.

Важное значение в оказании помощи больному со стороны врача имеет различие ВКБ пациента и представлений о болезни, ее лечении и ожидания результата лечения у врача: у врача есть внешняя (объективная) картина болезни и ее лечения, а также картина здоровья пациента как результата лечения [8, 10, 11]. Все эти образования у врача тоже имеют субъективную окраску, основанную на его профессиональных знаниях и опыте. Для целей нашей статьи обозначим их по аналогии с принятыми в литературе определениями для пациента: внутренняя картина болезни врача (ВКБ врача), внутренняя картина лечения врача (ВКЛ врача) и модель результата лечения у пациента (МРЛ) и у врача (МРЛ врача).

Внутренняя картина болезни с позиции теории функциональных систем

Разные представления о соотношении внутренней картины болезни, внутренней картины лечения и внутренней картины здоровья связаны с тем, с какой позиции рассматриваются эти феномены. Несомненно, все они взаимосвязаны, однако есть различия в представлении человека о своем здоровье в целом – и о здоровье как результате лечения заболевания. С позиции картины своего здоровья болезнь является нарушением здоровья и согласно В.Е. Кагану внутренняя картина болезни – это внутренняя картина здоровья в условиях болезни [11]. С позиции лечения как цели избавиться от болезни внутренняя

картина здоровья является составляющей ВКБ как ожидаемый результат лечения, а внутренняя картина лечения является представлением о средствах достижения этого результата. Получается, что соотношение всех этих образований будет зависеть от того, в какой жизненной ситуации оказывается человек и что является в этой ситуации его потребностью. Можно в первом приближении выделить следующие типы таких ситуаций: представление о своем здоровье у здорового человека, формирование представлений о своем здоровье в онтогенезе, представление о своей болезни при заболевании, представление о болезни и здоровье как цели лечения заболевания, также может быть представление о лечении при негативном влиянии методов лечения определенного заболевания на другие системы и органы и общее состояние человека. Все эти варианты различаются соотношением обозначенных составляющих с точки зрения результата – то есть удовлетворения актуальной жизненной потребности человека. В каждом из этих случаев одна из составляющих может быть целью деятельности, а другие будут промежуточными результатами или средствами достижения этой цели. Например, для здорового человека при потребности сохранения здоровья представление о болезни будет относиться к мотивационному компоненту ориентации на здоровый образ жизни, а при наличии заболевания потребностью будет достижение состояния здоровья органа или системы, а лечение станет средством достижения этого состояния и с этой позиции будет влиять на поведение, связанное с лечением. Все эти рассуждения будут нам полезны при анализе специфики внутренней картины бесплодия, внутренней картины лечения бесплодия и модели результат лечения при бесплодии, а также их различия у пациента и врача.

Для уточнения соотношений всех этих образований при лечении бесплодия целесообразно обратиться к теории функциональных систем П.К. Анохина [23]. В этом подходе любой акт жизнедеятельности рассматривается как процесс удовлетворения потребности, который начинается с пускового стимула (актуализации потребности) в определенных обстоятельствах (внешняя и внутренняя афферентация), в результате чего принимается решение об удовлетворении потребности, строится представление о результате деятельности по удовлетворению потребности (акцептор результата как представление о состоянии субъекта при удовлетворении потребности), формируется программа достижения результата и запускается сама деятельность, регулируемая через механизм обратной связи (сличение промежуточных результатов деятельности с общей программой достижения конечного результата). Эта модель интегрирует представление о физиологических и психических механизмах деятельности и их организации в единую систему для достижения полезного результата жизнедеятельности.

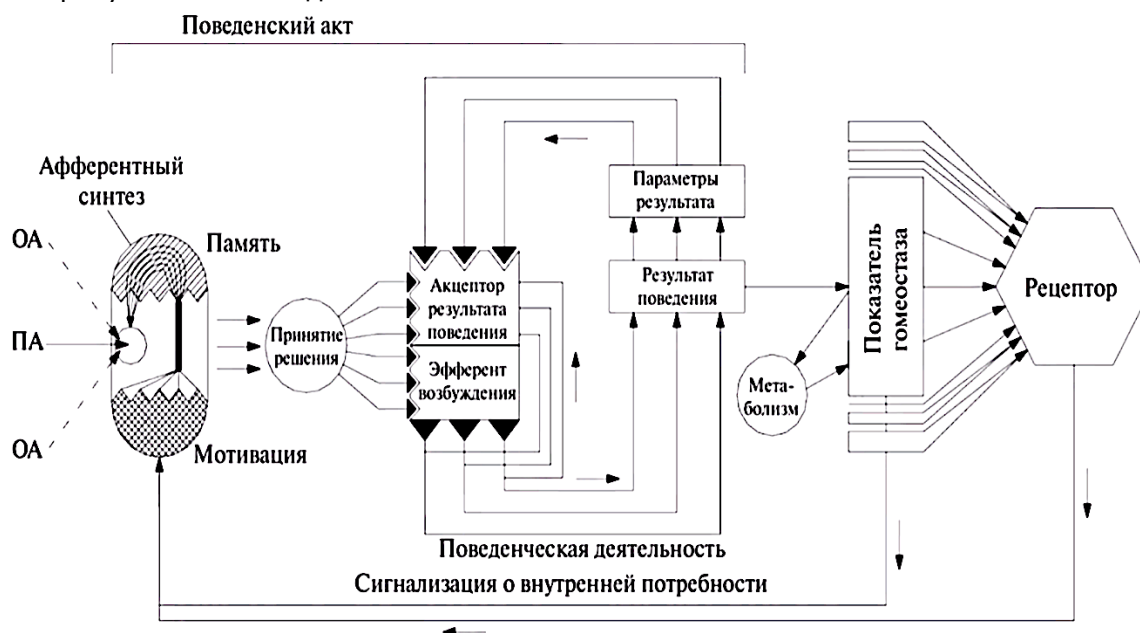


Рисунок 1. Функциональная система по П. К. Анохину

Применительно к концепции внутренней картины болезни при заболевании потребностью человека является выздоровление – как достижение состояние здоровья организма в целом, отдельного органа или системы. Акцептором результата действия (или в

более общем виде целостной деятельности) (АРД) в этом случае будет состояние организма, органа или системы, которое расценивается как достигаемый с помощью лечения результат (это и будет модель результата лечения), а процесс лечения будет средством достижения этого результата. Механизм обратной связи будет регулировать отношение пациента к лечению и его поведение в процессе лечения в соответствии со сформированной у него моделью результата лечения и отношением к лечебному процессу (внутренней картиной лечения). Такая функциональная система может быть обозначена по критерию лежащей в ее основе потребности как система избавления от болезни на языке пациента, а на языке медицины – как система лечения болезни. В обоих случаях АРД данной функциональной системы будет достижение возможно здорового состояния организма, органа или системы.

Здесь уместно заметить, что все рассматриваемые образования (внутренняя картина болезни – ВКБ, внутренняя картина здоровья – ВКЗ, внутренняя картина лечения – ВКЛ и модель результата лечения – МРЛ) являются не просто описанием состояния, а именно моделью деятельности субъекта в определенных условиях: есть стимул, запускающий процесс активности субъекта (болезнь и потребность от нее избавиться), анализ обстоятельств (внутренняя и внешняя афферентация по П.К. Анохину), представление о возможном результате заболевания и совладания с ним, процесс активности субъекта в сложившихся обстоятельствах и контроль активности субъекта в соответствии с ожидаемым результатом. Внутренняя картина болезни и внутренняя картина лечения, в которых содержится представление о возможности выздоровления, будут динамично меняться в соответствии с изменением модели результата лечения, которое происходит в самом процессе лечения [8]. Модель функциональной системы П.К. Анохина в таком случае подходит для описания и анализа такой деятельности, причем дает возможность рассматривать разные варианты соотношения внутренней картины болезни, внутренней картины лечения и модели результата лечения в зависимости от основной цели, которую ставят перед собой пациент и врач в результате представления о болезни, ее влиянии на жизнь пациента и возможных исходах.

Картина здоровья как модель результата лечения может различаться у пациента и врача, а значит будут различаться внутренняя картина болезни (так как в ней содержится прогноз исхода болезни) и внутренняя картина лечения (исход лечения и достигаемый при лечении результат). В литературе содержится также разделение картины болезни у пациента и врача: у пациента это именно его внутренние представления, а у врача это представления о данных процессах, основанное на внешних симптомах пациента и знаниях о заболевании (внешняя картина болезни [7, 8]). По аналогии с этим картина лечения и модель результата лечения у врача также будут внешними по отношению к таковым у пациента и могут не совпадать между собой. Например, при мотивации получения вторичной выгоды от психосоматического заболевания у пациента будет другая функциональная система: сохранить заболевание для получения вторичной выгоды, и тогда все составляющие будут не только различаться у пациента и врача, но и могут быть в конфликте друг с другом. По сути, это будут разные функциональные системы, так как функциональная система имеет целью удовлетворение потребности – а эти потребности, как ожидаемый результат деятельности, будут различаться у врача и пациента. Данное соображение не является оригинальным, оно выражено в высказывании, приписываемом сирийскому врачу Абуль-Фараджу, жившему в XIII в.: «Нас трое — ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, а я останусь один — вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна, мы ее одолеем» (цит. по Болбат Н.С., Скугаревская Е.И., 2021, с.3 [7]).

Представления о бесплодии как нарушении репродуктивного здоровья, хотя формально и относятся к заболеваниям, но имеют свою специфику в переживаниях пациентов, так как связаны не с индивидуальным здоровьем человека, а с его неспособностью осуществить деятельность, результатом которой будет рождение (в том числе и здоровье) уже другого человека – ребенка. Рождение ребенка имеет помимо этого много других смыслов для самих родителей, не связанных прямо с их собственным физическим здоровьем: продолжение рода, достижение идентичности, укрепление семьи и т.п. Подход к ВКБ с позиции теории функциональных систем позволяет описать отличие внутренней картины бесплодия, внутренней картины лечения бесплодия, модели результата лечения бесплодия со стороны пациента и врача (а также психолога) – от соответствующей функциональной системы при соматических заболеваниях. Это даст возможность продвинуться в создании комплаенса и эффективности лечения при нарушениях репродуктивного здоровья. На основании имеющихся исследований и с позиций современной репродуктивной психологии [3, 24] можно описать структуру и отличительные особенности компонентов «Внутренней Картины Бесплодия» (ВКБеспл) по сравнению с ВКБ при соматических заболеваниях, а также

внутреннюю картину лечения и модель результата лечения как ожидаемый результат лечения.

Отличие внутренней картины бесплодия от разработанной в медицинской психологии внутренней картины болезни

Отличие репродуктивной функциональной системы от других функциональных систем жизнедеятельности определяет различия всех компонентов ВКБ, обозначенных выше. Функциональные системы, обеспечивающие жизнедеятельность индивида, в самых общих чертах имеют два варианта направленности: на потребление ресурсов и на сохранение ресурсов. На основании этого в биологии выделяются две сферы жизнедеятельности: пищевая (организация жизнедеятельности индивида, имеющая своей целью потребление ресурсов) и комфортная (организация жизнедеятельности индивида, имеющая своей целью сохранение ресурсов, обозначается также как сфера самосохранения) [18]. Эти сферы жизнедеятельности обслуживают жизнь индивида и, конечно, различаются у разных видов в соответствии с уровнем их эволюционного развития [18]. А вот репродуктивная сфера, во-первых, направлена на сохранение вида, а во-вторых, требует расхода ресурсов индивида, усложняет его адаптацию к среде и даже может угрожать самой жизни родительской особи [16]. Для регуляции репродуктивного поведения эволюция не рассчитывала на осознание индивидом задачи воспроизведения (это невозможно на дочеловеческом уровне развития), она снабдила его специальными потребностями, которые индивид переживает как свои собственные и получает удовлетворение для себя при реализации деятельности, объективно направленной на цели размножения: получение полового удовлетворения и забота о потомстве [18, 19]. Только у человека появляется осознание задачи продолжения рода и понимание, что это реализуется в форме деторождения. Для других животных это невозможно. Осознание человеком важности деторождения и своей роли в реализации репродуктивной функции привело к тому, что сам смысл человеческой жизни, его место в обществе, самосознание и идентичность стали во многом связаны именно со способностью к деторождению. Конечно, в разные периоды развития общества плодность – как способность к деторождению – имела разное значение, и связано это с демографической ситуацией и ресурсами общества. При этом бесплодие, как неспособность к деторождению, всегда воспринималось и переживалось во всех смыслах как личностная, социальная и родовая несостоятельность человека, его неполноценность и даже потеря смысла жизни. В современной литературе существует огромное количество исследований, посвященных переживанию бесплодия [2, 4]. При этом связь бесплодия с бездетностью (и плодности с детностью) была достаточно однозначной до появления вспомогательных репродуктивных технологий.

С появлением у человека сознания в плане отличия репродуктивной сферы человека от других животных появляется неожиданный фактор: животные не могут осуществлять поведение без наличия потребности и получения удовлетворения – состояние удовлетворения потребности заложено в АРД функциональной системы. Как уже указывалось выше, для реализации деятельности, не связанной с благополучием индивида, эволюция снабдила его специальными потребностями и способностью получать соответствующее удовольствие при их удовлетворении. А человек способен выполнять деятельность без влечения к ней, удовлетворяя с ее помощью другие свои потребности. Вот эта особенность человека и создала своеобразную ситуацию с воспроизведением: ценность способности к продолжению рода оказалась на уровне важнейших архетипических образований, а получение удовольствия от полового поведения и заботы о детях может при этом и не быть. Другими словами, осуществление полового поведения и рождение детей становятся средством удовлетворения целого спектра потребностей: в продолжении рода, достижении идентичности, подтверждения своей самооценки, самооценки и большого количества других потребностей. Во всем этом наборе не всегда содержится влечение к самому ребенку и взаимодействию с ним. А уж связь полового удовлетворения с деторождением у человека настолько сложна и разнообразна, что этому следует посвятить самостоятельную монографию. В этом плане интересными оказываются данные о потере интереса к сексу у пар, проходящих лечение от бесплодия [2, 4, 25]. Потеря же фертильности (бесплодие) становится самостоятельной личностной проблемой, нередко вытесняющей задачу родительства как осуществление деятельности по заботе о ребенке. И даже появление долгожданного, казалось бы, ребенка после многолетних усилий и лечения может сочетаться с повышенным количеством послеродовых депрессий, нарушениями супружеских отношений вплоть до разводов и родительским выгоранием [2, 25]. У животных невозможно родительское выгорание, так как они могут осуществлять деятельность, только соответствующую лежащей в ее основе потребности. И только человек может намеренно осуществлять деятельность, не приносящую ему удовлетворения, для

реализации других потребностей. В статье И. В. Карголя подробно проанализированы исследования переживаний женщин, столкнувшихся с бесплодием: в описываемых автором спектре переживаний есть боль от невозможности реализовать задачу продолжения рода, страх будущего, вина, снижение самооценки, искажение идентичности и т.п., но практически нет сожаления о невозможности контакта с ребенком и депривации потребности в самой родительской деятельности [4]. Конечно, бесплодие всегда было практически идентично бездетности, но лишь при использовании ВРТ проявилась специфическая проблема соотношения плодности и детности: при возможности рождения в семье или у одинокой женщины генетически не своего ребенка появляется сопротивление пациентов использованию донации и упорное стремление, даже при очень низком прогнозе успешности, добиваться рождения детей именно от своего биоматериала. Это привело к необходимости определения критериев нецелесообразности лечения и к обсуждению возможности отказа пациентам в лечении в репродуктивной медицине. И тут картина болезни и картина лечения, а тем более модель результата лечения у пациентов и врача радикально расходятся: задача врача – получение здорового ребенка самым эффективным способом, а у пациента – получение генетически своего ребенка любым путем. И это уже две совершенно разные функциональные системы, в которых различными оказываются не только результат деятельности, но и средства его достижения – то есть сама картина лечения.

В данном случае мы не сравниваем важность мотивации избавления от бесплодия и мотивации родительства (как влечение к заботе о ребенке и взаимодействию с ним), а разделяем две разные функциональные системы, направленные на удовлетворение разных потребностей. В одних случаях потребность в родительстве и потребность в продолжении рода оказываются взаимодополняющими и возникает сопряженность этих функциональных систем. При этом необходимость использования донации, несомненно, остро переживается, но проблема решается в пользу рождения ребенка, тем более при возможности вынашивания беременности в семье. А в другом случае избавление от бесплодия и обретение фертильности становится приоритетной задачей, даже при очень малой вероятности успеха (возможность рождения генетически своего ребенка может снижаться до 1%). Разумеется, все это никак не снижает значимости переживания бесплодия. Но при этом как раз и появляется несовпадение функциональной системы лечения бесплодия пациента и врача, и выражается это в различии всех компонентов этих функциональных систем.

Возвращаясь к сопоставлению ВКБ при соматических заболеваниях и при бесплодии, мы видим, что модель результата лечения как акцептор результата функциональной системы лечения (и соответственно внутренняя картина лечения) при разных соматических заболеваниях имеет общие параметры: это всегда стремление к избавлению от заболевания и достижение возможной степени здоровья (исключение составляет наличие вторичной выгоды в психосоматике). При использовании ВРТ для лечения бесплодия во многих случаях не достигается возможность самостоятельного зачатия, а при суррогатном материнстве – беременности и родов. ВРТ оказывается не избавлением от бесплодия как такового (то есть не обретением репродуктивного здоровья), а избавлением именно от бездетности. Одним из факторов, подтверждающих это положение (наряду со многими другими) является стремление родителей скрывать рождение ребенка с помощью ВРТ, и тем более с использованием донации. Опыт психологической работы однозначно свидетельствует о том, что это связано именно с переживанием родителями своей репродуктивной несостоятельности.

Таким образом получается, что если акцептор результата деятельности в функциональной системе лечения бесплодия – это рождение ребенка (избавление от бездетности) – то все виды лечение бесплодия являются именно способом появления ребенка. Тогда функциональная система лечения (внешняя и внутренняя картина бесплодия, его лечения и достигаемый при лечении результат) будут совпадать у врача и пациента. Сама структура ВРТ и клинические рекомендации по их использованию направлены именно на это, донация и суррогатное материнство также рассматриваются как методы лечения бесплодия, результатом которого является появление ребенка у пациентов. При этом в ряде случаев мы сталкиваемся с тем, что даже рождение ребенка не избавляет пациентов от переживаний своей репродуктивной несостоятельности. А при неготовности к реальному родительству (изменению жизни в связи с рождением ребенка, необходимости посвящать время и силы на заботу о ребенке в ущерб другим своим потребностям, способности получать удовольствие от контактов с ребенком во всем их объеме и многообразии и т.п.) возникают явления родительского выгорания и депрессии: ребенок есть и занимает большую часть жизни, а основная потребность в обретении фертильности оказывается не удовлетворена, при этом забота о ребенке приносит не только радость и умирание, а много тревог и проблем. В

исследованиях готовности к родительству у пациентов, у которых беременность и рождение ребенка наступило с помощью ВРТ, выявлено, что у них часто встречается нереалистичное представление о родительстве, и соответственно фрустрация этих ожиданий и затруднения при адаптации к родительству [2, 25, 26].

Подводя итог этой части нашего анализа, можно сделать следующее заключение:

Внутренняя картина бесплодия у пациента и внешняя картина бесплодия пациента у врача различаются по параметру соотношения модели результата лечения и картины лечения как способа достижения этого результата. Цель врача – рождение ребенка, лечение является средством достижения этой цели, и врач выбирает наиболее эффективный вид лечения для реализации данной цели. У пациента всегда две цели: избавление от бесплодия как реабилитация своей репродуктивной несостоятельности и рождение ребенка, которое тоже имеет сложную мотивацию – наличие самого ребенка, реализация в родительстве и свидетельство своей плодности, укрепление семьи, гарантия избавления от одиночества и т.п. Структура этого сложного образования у пациента индивидуальна, очень динамична и нагружена чрезвычайно травматичными переживаниями.

Но внутренняя картина бесплодия и связанная с ней внутренняя картина лечения отличаются от таковых при соматических заболеваниях не только в отношении мотивационно-поведенческого компонента, который обсуждался выше. Отличия есть и в остальных трех компонентах.

Чувственный компонент ВКБеспл отличается тем, что нарушения репродуктивного здоровья обычно не выражаются в дискомфортных или болевых ощущениях. Чаще всего эти нарушения опознаются не по телесным проявлениям, а по результату: беременность не наступает. А поскольку это происходит в паре, то тем более неясно, из-за кого это случается. Это затрудняет для человека поиск причин бесплодия, так как невозможно опираться на телесные симптомы. Сам же чувственный дискомфорт возникает уже при лечении, особенно это характерно для женщин. Особенностью лечения бесплодия при мужском факторе в паре является и то, что все эти переживания при лечении возникают у совершенно репродуктивно здоровой женщины.

Эмоциональный компонент ВКБ при соматических заболеваниях связан с прогнозом излечения, риском заболевания для жизни и здоровья человека, с ограничением жизнедеятельности при появлении заболевания и его неблагоприятном исходе. При бесплодии эти параметры существенно отличаются: бесплодие не угрожает общему здоровью и тем более жизни индивида, неблагоприятным исходом является не нарушение физического состояния человека, а депривация его психических потребностей, а что касается ограничений жизнедеятельности – то как раз достижение цели лечения (беременность и появление ребенка) и ведет к этому ограничению. Более того, сама беременность и роды после длительного бесплодия и ряда неудач в лечении также могут быть связаны с риском для здоровья и даже жизни женщины. В этом плане отличается и внутренняя картина лечения при бесплодии, особенно при использовании ВРТ: гормонотерапия, стимуляция овуляции, пункция ооцитов расцениваются как угрожающие здоровью женщины даже если бесплодной оказывается не она сама, а ее партнер. Все это несомненно влияет на готовность к лечению.

Когнитивный компонент ВКБеспл связан с двумя обстоятельствами: во-первых, как видно из специфики чувственного компонента, нарушение репродуктивного здоровья в большинстве случаев не дает человеку информации о наличии неполадок в его организме. Плохое качество яйцеклеток, непроходимость фаллопиевых труб, проблемы с рецептивностью эндометрия, полипы в цервикальном канале, в матке и другие образования, затрудняющие проходимость спермы и имплантацию эмбриона и т.п. у женщин, и тем более нарушение сперматогенеза у мужчин не опознаются как симптомы заболевания, и в результате появление диагноза при обследовании вызывает шок. Тело не дает информации о нарушениях и описанный при ВКБ феномен построения картины болезни до первого визита к врачу [7, 9] имеет при бесплодии другой характер: отсутствие беременности первоначально стимулирует самостоятельный поиск вероятных причин, нередко обращение к немедицинским способам справиться с ситуацией, а задействование в этой истории двух партнеров запутывает еще больше. Вторым обстоятельством является необычайная сложность и динамичность устройства самой репродуктивной сферы – ее физиологической части и связи с психикой, а также методов лечения бесплодия. Объяснить пациентам все нюансы репродуктивной системы и лечебных процедур бывает очень трудно. Женщины и мужчины со сходными особенностями могут оказываться как плодовитыми, так и бесплодными. Доброкачественные новообразования в репродуктивной системе женщины (кисты яичников, полипы, миомы) могут появляться и исчезать в процессе динамики репродуктивного цикла, а показатели сперматогенеза могут

зависеть от образа жизни и психического стресса и мобильно меняться в связи с этим. Абсолютное бесплодие имеет весьма ограниченный спектр проявлений по сравнению с относительным бесплодием и тем более с бесплодием в паре. В результате пациенты стремятся найти «компетентного врача», который сможет наконец поставить «правильный диагноз». Все это повышает тревожность пациентов и снижает их доверие к врачам и методам лечения.

Еще одной особенностью ВКБеспл и внутренней картины лечения при бесплодии является **парный, а не индивидуальный характер самого нарушения** репродуктивного здоровья. Это сильно осложняет всю субъективную и даже объективную картину как самого заболевания, так и его лечения. Даже в случаях использования одинокой женщиной донорской спермы для пациенток важны эти атрибуты пары: выбор донора имеет ярко выраженную субъективную пристрастность (на кого будет похож мой ребенок, какие особенности здоровья и психики донора он унаследует и т.п.), как отнесется возможный партнер в будущем к наличию у меня ребенка от донора. Проблема выбора метода лечения возникает также при принятии одинокой женщиной, планирующей «отложенное материнство», решения о криоконсервации биоматериала: врачи рекомендуют криоконсервацию эмбрионов (особенно в старшем репродуктивном возрасте), а женщина ориентируется на сохранение именно яйцеклеток, так как рассчитывает на обретение партнера в будущем. И тут снова возникает разногласие в картине лечения и модели результата лечения у пациентки и врача.

Приведенные выше рассуждения позволяют сделать предварительные обобщения.

Основываясь на теории функциональных систем, предлагается рассматривать внутреннюю картину болезни, внутреннюю картину лечения и внутреннюю картину здоровья (как модель результата лечения) – не как самостоятельные образования, а как компоненты определенной функциональной системы, направленной на реализацию определенной потребности человека. В таком случае роль и содержание всех этих образований, а также их взаимосвязь будут связаны с акцептором результата деятельности данной функциональной системы. Эти функциональные системы будут различаться при соматических заболеваниях, угрожающих общему здоровью и жизни человека, при получении вторичной выгоды в психосоматических заболеваниях и при нарушениях репродуктивного здоровья. Кроме того, в каждом из этих вариантов будут специфические различия картины болезни, картины лечения и модели результата лечения у врача и пациента.

Описанные различия внутренней (у пациента) и внешней (у врача) картины бесплодия, а также картины лечения и представлений о результате лечения бесплодия свидетельствуют о затруднениях во взаимодействии врача с пациентом, проблемах в достижении комплаенса и снижении успешности лечения. Такое положение требует, во-первых, специальных исследований всех этих образований применительно к нарушениям репродуктивного здоровья, а во-вторых, свидетельствует о необходимости психологического сопровождения процесса лечения бесплодия и помощи пациентам в адаптации к родительству после рождения ребенка. У психолога тоже будет своя специфика картины бесплодия, лечения и модели результата лечения: если у врача это внешняя, объективная картина, у пациента – внутренняя, субъективная, то у психолога должна быть интегративная картина всех этих образований, так как в его задачи входит помимо помощи пациенту – помощь в налаживании взаимодействия врача с пациентом. Кроме того, именно задачей психолога является выявление адекватности мотивации родительства у пациентов и их готовности к эффективному взаимодействию с ребенком после его рождения. В этом отношении роль психолога состоит в оптимизации и поддержке мотивации родительства как основного содержания акцептора результата деятельности по рождению ребенка и перехода в родительство. Как убедительно показано в многочисленных исследованиях по психологии родительства, неготовность к родительству является важным психологическим фактором, связанным с нарушениями репродуктивной функции у человека [16, 24, 26]. Кроме того, как было указано выше, преодоление бездетности и достижение родительства с помощью современных методов лечения (в частности ВРТ) не избавляет человека от бесплодия, поэтому могут оставаться психологические компоненты переживания бесплодия в картине мира пациента и отягощать адаптацию к родительству – а значит, и условия развития ребенка в семье [27]. Это требует продолжения психологической помощи пациентам после окончания медицинского лечения. Их внутренняя картина бесплодия модифицируется, но часто не исчезает и продолжает влиять теперь уже на эффективность их родительства.

Таким образом, в системе лечения бесплодия задействованы не только трое – пациент, врач и болезнь – а уже несколько участников: двое пациентов, врач, болезнь как нарушение

репродуктивного здоровья пациентов, бесплодие как репродуктивная несостоятельность пациентов, а еще и сам ребенок – ведь на самом деле именно он является главным персонажем во всем процессе лечения бесплодия. Даже несмотря на то, что представление о нем может вытесняться из внутренней картины бесплодия, картины лечения и модели результата лечения самих пациентов. Кстати сказать, механизмы и варианты такого вытеснения тоже могут быть разные: связанные со сдвигом мотива на цель (достижение зачатия, беременности, родов – а не родительства как деятельности по заботе о ребенке), с выученной беспомощностью в результате множественных неудач или с акцентом на партнерские отношения (например, когда репродуктивно здоровая женщина отказывается от донорской спермы, потому что это усугубит страдания бесплодного партнера). Возвращаясь к ребенку как участнику процесса лечения бесплодия, следует отметить, что это не метафора, а реальность: ребенок появляется у родителей, у которых есть представление о его «неправильном» зачатии, о своей вине перед ним или за него перед близкими, чувство своей неполноценности как родителей и страх раскрытия тайны зачатия ребенка (и его рождения при суррогатном материнстве). Все это, разумеется, влияет на формирование Я-концепции ребенка и на его эмоциональное благополучие.

Заключение

В заключении коротко охарактеризуем общие отличия внутренней картины бесплодия (ВКБеспл) и связанных с ней внутренней картины лечения и модели результата лечения бесплодия – от внутренней картины болезни (ВКБ), внутренней картины лечения и модели результат лечения при соматических заболеваниях:

- Внутренняя картина бесплодия содержит два мотивационных компонента, которые могут быть в разных соотношениях друг с другом: потребность в избавлении от бездетности (рождение ребенка) и потребность в избавлении от бесплодия (как нарушения родовой, гендерной, социальной и личностной идентичности).
- Чувственный компонент ВКБеспл может отсутствовать как физический симптом болезни, а чувственный компонент лечения может быть выражен для женщины как болезненное состояние, угрожающее общему здоровью и даже жизни.
- Эмоциональный компонент ВКБеспл связан не с угрозой для жизни и общего здоровья пациента, а с угрозой реализации высоко значимой, часто терминальной жизненной цели – рождения ребенка.
- Когнитивный компонент ВКБеспл отягощен объективной сложностью устройства репродуктивной системы, ее динамическим функционированием, а также сложностью и высокой технологичностью процесса лечения.
- ВКБеспл является не индивидуальным образованием пациента – а парным, так как реализация репродуктивной функции осуществляется только в паре и соотношение репродуктивных возможностей членов пары может быть очень разнообразным и неоднозначным.
- Внутренняя картина лечения связана не только с воздействием лечения на организм пациента, а с еще и с негативным смыслом того, каким способом будет достигнут результат – рождение ребенка: неестественность зачатия, донорский биоматериал, ВРТ как подтверждение своей репродуктивной несостоятельности и т.п.
- Модель результата лечения бесплодия представляет собой не излечение заболевания и улучшение жизнедеятельности и индивидуальных возможностей пациента, а переход в другой образ жизни (родительство), предполагающий затрату ресурсов родителей и определенные ограничения в реализации их индивидуальных потребностей.

Описанные особенности внутренней картины бесплодия и связанных с ней образований и их различия у пациента, врача и психолога определяют перспективные исследовательские и практические задачи в данной области медицины и психологии:

- Изучение особенностей картины бесплодия и связанных с ней картины лечения и модели результата лечения у всех участников процесса лечения: у пациентов, врача и психолога.
- Изучение особенностей внутренней картины бесплодия, внутренней картины лечения и модели результата лечения у разных групп пациентов (консервативное лечение, использование ВРТ, разные сочетания нарушений репродуктивного здоровья в паре, использование донации, одинокие пациенты, суррогатное материнство, поздний репродуктивный возраст и т.д.).
- Изучение особенностей внутренней картины бесплодия, внутренней картины лечения и модели результата лечения у мужчин.
- Разработка диагностического инструментария выявления содержания всех описанных составляющих у всех участников процесса лечения (пациентов, врачей и психологов).

- И, конечно, разработка и внедрения образовательных программ в подготовку психологов и врачей для работы с проблемами нарушений репродуктивного здоровья.

Список литературы

1. Женское бесплодие. Клинические рекомендации РФ 2024 (Россия). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://diseases.medelement.com/disease/женское-бесплодие-кр-рф-2024/18106>
2. Филиппова Г.Г. Психологические аспекты вспомогательных репродуктивных технологий: обзор зарубежных и Российских исследований. Современная зарубежная психология. 2022; 11(1):26-38. doi:10.17759/jmfp.2022110103
3. Современная перинатальная психология в научно-практических клинических исследованиях: коллективная монография / Ответственный редактор: И.А. Золотова. Ярославль: Общество с ограниченной ответственностью Аверс Плюс, 2025. 296 с.
4. Карголь И.В. Психологические аспекты изучения женского бесплодия. Научные ведомости. Серия Гуманитарные науки. 2012; (18):202-208.
5. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е издание. М.: Медицина, 1977. 111с.
6. Николаева В.В. Влияние хронических болезней на психику: психологическое исследование. М.: Изд-во МГУ, 1987. 170с.
7. Болбат. Н. С., Скугаревская Е.И. Внутренняя картина болезни. Реакция личности на болезнь: учебно- методическое пособие. Минск: БГМУ, 2021. 24 с.
8. Свистунова Е. В. Внутренняя картина болезни. Справочник поликлинического врача. 2011; (3): 4-8.
9. Ялтонский В. М. Модель внутренней картины фармакотерапии // Сборник материалов научно-практической конференции «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» с международным участием Москва, 24-25 ноября 2011 года, издательство МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2011, 404 с.
10. Урываев В. А. «Внутренняя картина лечения» как клинко-психологический феномен. Медицинская психология в России. 2013;5(5): 9. doi:10.24411/2219-8245-2013-15090
11. Каган. Е. Внутренняя картина здоровья — термин или концепция? Вопросы психологии. 1993; (1):86–88.
12. Волков А.Е. «Внутренняя картина беременности» // Материалы Всероссийской конференции «Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии» Иваново, 6-8 июня 2001, издательство Иваново, 2001, с. 117-120.
13. Васина А.Н., Шабанова О.В. Внутренняя картина беременности и образ «Я» у женщин с нормальным и патологическим протеканием родов // Материалы Всемирного конгресса «Внутриутробный ребенок» Москва, 20-24 мая 2007 года, издательство Academia, 2007, с.19.
14. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Структура «внутренней картины болезни» и типология психического реагирования при бесплодии // Материалы Всероссийской конференции «Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии» Иваново, 6-8 июня 2001, издательство Иваново, 2001, с. 1189
15. Калининская М.В., Адомян Л.В, Филиппова Г.Г. Типы переживания бесплодия женщинами фертильного возраста. Тезисы // VI Международный конгресс по репродуктивной медицине «Проблемы репродукции» Москва, 17-20 января 2012, 133 с.
16. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психосоматика: специфика психосоматических соотношений в репродуктивной сфере. Теория и практика психотерапии. 2015; (9): 57-61.
17. Филиппова Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011;(6). [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
18. Филиппова Г.Г. Зоопсихология и сравнительная психология: у для студ. учреждений высш. проф. образования. 6-е изд., перераб. М.: Издательство «Академия», 2012. 544с.
19. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учеб. пособие для академического бакалавриата. – 2-е изд., испр. и доп. М.: Издательство Юрайт, 2018. 212с

20. Кузнецова И. В., Бурчакова М. Н., Бурчаков Д. И., Хаджиева Н. Х., Филиппова Г. Г. Психогенные стресс-зависимые нарушения менструального цикла: роль негормональной коррекции. Медицинский алфавит. 2017; 2(10): 54-61.
21. Горелышев А.С., Кузнецова И.В. Менструальный цикл и энергетическая «политика» гипоталамуса. Эффективная фармакотерапия. 2015;(5): 4-12.
22. Личко А.Е., Иванова Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980; (8):1195-1198.
23. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Наука, 1980. 197 с.
24. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2014;(3). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru/climp>
25. Аникина В.О., Блох М.Е., Савенышева С.С. Эмоциональное состояние женщин, использующих вспомогательные репродуктивные технологии: обзор современных зарубежных исследований. Мир науки. Педагогика и психология. 2020;(6). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mir-nauki.com/PDF/76PSMN620>.
26. Соловьева Е.В. Особенности развития детей, зачатых при помощи вспомогательных репродуктивных технологий // Современная зарубежная психология (электронный журнал). 2014; 3(4):33-48. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/jmfp/2014/n4/75366.shtml>
27. Золотова И.А., Малафеевская И.А. Психологический профиль женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе. Медицинская психология в России. 2023;15(2):27-34.

References

1. Female infertility. Clinical Guidelines of the Russian Federation (2024). Available at: <https://diseases.medelement.com/disease/женское-бесплодие-кр-рф-2024/18106>
2. Filippova G.G. Psychological aspects of assisted reproductive technologies: a review of foreign and Russian research. Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya. 2022; 11(1):26-38. (in Russian). doi:10.17759/jmfp.2022110103
3. Modern perinatal psychology in scientific and practical clinical research: collective monograph / Editor-in-chief: I.A. Zolotova. Yaroslavl: Limited Liability Company Avers Plus, 2025. 296 p.(in Russian).
4. Kargol I.V. Psychological aspects of the study of female infertility. Nauchnye vedomosti. Seriya Gumanitarnye nauki. 2012; (18):202-208. (in Russian).
5. Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya. 4-e izdanie. Moscow, Medicina, 1977. (in Russian).
6. Nikolaeva V.V. Vliyanie hronicheskikh boleznej na psihiku: psihologicheskoe issledovanie. Moscow, Izd-vo MGU, 1987. (in Russian).
7. Bolbat. N. S., Skugarevskaya E.I. Vnutrennyaya kartina bolezni. Reakciya lichnosti na bolezni': uchebno- metodicheskoe posobie. Minsk: BGMU, 2021. (in Russian).
8. Svistunova E. V. The internal picture of the disease. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2011; (3): 4-8. (in Russian).
9. Yaltonskiy V. M. A model of the internal picture of pharmacotherapy (Collection of materials of the scientific and practical conference "Clinical psychology in healthcare and education" with international participation), Moscow, 2011, P. 404. (in Russian).
10. Uryvaev V. A. "The internal picture of treatment" as a clinical and psychological phenomenon. Meditsinskaya psikhologiya v Rossii. 2013;5(5):9. (in Russian). doi:10.24411/2219-8245-2013-15090
11. Kagan E. E. The internal picture of health — a term or a concept? Voprosy psihologii. 1993; (1):86–88. (in Russian).
12. Volkov A.E. "The inner picture of pregnancy" (Proceedings of the All-Russian conference "Perinatal psychology and medicine, psychosomatic disorders in obstetrics, gynecology, pediatrics and therapy"), Ivanovo, 2001, P. 117-120. (in Russian).
13. Vasina A.N., Shabanova O.V. The inner picture of pregnancy and the image of the "I" in women with normal and pathological childbirth (Proceedings of the World Congress "Intrauterine Child") Moscow, 2007, P. 19. (in Russian).
14. Makaricheva E.V., Mendelevich V.D. The structure of the "internal picture of the disease" and the typology of mental response in infertility (Proceedings of the All-Russian

conference "Perinatal psychology and medicine, psychosomatic disorders in obstetrics, gynecology, pediatrics and therapy"), Ivanovo, 2001, P. 1189. (in Russian).

15. Kalinskaya M.V., Adomyan L.V., Filippova G.G. Types of infertility experiences in women of fertile age. Abstracts (VI International Congress on Reproductive Medicine "Problems of reproduction"), Moscow, 2012, P. 133. (in Russian).

16. Filippova G.G. Reproductive psychosomatics: the specifics of psychosomatic relationships in the reproductive sphere. *Teoriya i praktika psihoterapii*. 2015; (9): 57-61. (in Russian).

17. Filippova G.G. Psychology of the human reproductive sphere: methodology, theory, practice. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* 2011;(6). (in Russian). Available at: <http://medpsy.ru>

18. Filippova G.G. *Zoopsihologiya i sravnitel'naya psikhologiya: u dlya stud. uchrezhdenij vyssh. prof. obrazovaniya*. 6-e izd., pererab. Moscow, Izdatel'stvo «Akademiya», 2012. (in Russian).

19. Filippova G.G. *Psikhologiya materinstva: ucheb. posobie dlya akademicheskogo bakalavriata*. – 2-e izd., ispr. i dop. Moscow, Izdatel'stvo Yurajt, 2018. (in Russian).

20. Kuznetsova I. V., Burchakova M. N., Burchakov D. I., Khadzhieva N. Kh., Filippova G. G. Psychogenic stress-dependent menstrual cycle disorders: the role of non-hormonal correction. *Meditsinskij alfavit*. 2017; 2(10): 54-61. (in Russian).

21. Gorelyshev A.S., Kuznetsova I.V. The menstrual cycle and the energy "policy" of the hypothalamus. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2015;(5): 4-12. (in Russian).

22. Lichko A.E., Ivanova N.Ya. Medical and psychological examination of somatic patients. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 1980; (8):1195-1198. (in Russian).

23. Anohin P.K. *Uzlovy voprosy teorii funkcional'nyh sistem*. Moscow Nauka, 1980. (in Russian).

24. Filippova G.G. Reproductive psychology: psychological assistance to infertile couples using assisted reproductive technologies. *Clinical and medical psychology: research, training, practice: electron. scientific journal* 2014;(3). (in Russian). Available at: <http://medpsy.ru/climp>

25. Anikina V.O., Blokh M.E., Savenysheva S.S. The emotional state of women using assisted reproductive technologies: a review of modern foreign research. *The world of science. Pedagogy and psychology*. 2020;(6). (in Russian). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/76PSMN620.pdf>

26. Solovyova E.V. Features of the development of children conceived with the help of assisted reproductive technologies // *Modern foreign psychology (electronic journal)*. 2014; 3(4):33-48. (in Russian). Available at: <http://psyjournals.ru/jmfp/2014/n4/75366.shtml>

27. Zolotova I.A., Malafeevskaya I.A. Psychological profile of a woman with impaired reproductive function in anamnesis. *Medical Psychology in Russia*. 2023;15(2):27-34. (in Russian).

INTERNAL PICTURE OF INFERTILITY IN PATIENTS WITH REPRODUCTIVE HEALTH DISORDERS

Filippova G. G.

Doctor of Psychological Science, professor, Rector of the Institute of perinatal and reproductive psychology. Russia, Moscow.

E-mail:

Abstract. The article considers the structure and content of the internal picture of infertility in patients with reproductive health disorders from the standpoint of the domestic concept of the internal picture of the disease, the theory of functional systems and modern reproductive psychology. The differences in the internal picture of infertility compared to the internal picture of the disease in somatic diseases, as well as the internal picture of treatment and the model of the result of infertility treatment are discussed: infertility does not affect the general health and does not threaten the life of the patient, does not limit the life and satisfaction of individual needs of a person, is a problem of a couple, not an individual, in the treatment of infertility, the therapeutic load for a woman is significantly higher than for a man, regardless of the combination of reproductive health disorders in the couple. The features of the sensory, emotional, cognitive and motivational-behavioral components of the internal picture of infertility of the patient and the difference in their content from the external picture of infertility available to the doctor, the picture of treatment and the model of the treatment result are described. The complex structure of

motivation for infertility treatment is discussed, including two components: overcoming infertility as one's own reproductive inferiority and overcoming childlessness as the birth of a child and the transition to parenthood. The need for research into the variants of the internal picture of infertility, the internal picture of treatment and the model of treatment outcome in different groups of patients, as well as when using assisted reproductive technologies, is substantiated.

Key words: internal picture of infertility, internal picture of treatment, components of the picture of infertility and picture of treatment in the patient and the doctor

For citation

Filippova G.G. Internal picture of infertility in patients with reproductive health disorders // Medical Psychology in Russia: online scientific journal. 2025. Vol. 17. No. 3 (88). Pp. 15-29.
<https://doi.org/10.24884/2219-8245-2025-17-3-15-29>