

УДК 618.177-089.888.11:616.89

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ПРОХОДЯЩИХ ПРОЦЕДУРУ ЭКО

Вальхиндон В.П., Пахомова Ф.В., Кириллова А.И., Каканов А.М., Чуриков Г.В.
(г. Санкт-Петербург, Россия)



Вальхиндон Валерия Павловна

Медицинский психолог СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №54».
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1491-1990>



Кириллова Алина Игоревна

Медицинский психолог СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №54», старший лаборант кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова, аспирант «Федеральное государственное учреждение науки Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук».
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1344-3593>



Пахомова Фетиса Васильевна

Ассистент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4273-3820>



Каканов Александр Михайлович

Главный врач СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №54», ассистент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1780-5400>



Чуриков Георгий Вячеславович

Студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7932-9882>

Аннотация

В статье представлены результаты исследования, направленного на изучение психологических особенностей женщин с первичным и вторичным бесплодием, проходящих процедуру экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Цель исследования – изучение эмоциональных и личностных особенностей у женщин с первичным и вторичным бесплодием, проходящих процедуру ЭКО. Материалы и методы: Выборку составили 63 женщины, проходящих процедуру ЭКО в возрасте от 28 до 45 лет. Методы: Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии; Шкала оценки качества жизни (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q адаптация Н. Е. Водопьянова); Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) адаптация В. П. Зайцева; Опросник «Совладание со стрессом» (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory адаптация Е. И. Рассказовой и Е. Н. Осина); Методика «Гендерные характеристики личности» И. С. Клецина. Результаты исследования: Субклинический уровень тревоги характерен в обеих группах, субклиническая депрессия выявлена только в группе вторичного бесплодия ($p=0,008$). Установлено, что женщины с первичным типом бесплодия чаще используют адаптивные проблемно-ориентированные стратегии совладания со стрессом (активное совладание, $p<0,001$) и критически низкий уровень самоконтроля ($p=0,036$), тогда как пациентки с вторичным типом чаще выбирают дезадаптивные стратегии (отрицание, $p=0,018$; приём «успокоительных», $p<0,001$), а также отличаются подозрительностью и фиксацией на телесных ощущениях (повышенные показатели ипохондрии и паранойяльности, $p=0,019$ и $p=0,036$ соответственно). Выводы: Полученные данные указывают на необходимость дифференцированного подхода к психологическому сопровождению женщин с разными типами бесплодия, проходящих процедуру ЭКО.

Ключевые слова: бесплодие; экстракорпоральное оплодотворение; ЭКО; тревога; депрессия; копинг-стратегии; психологический профиль

Для цитаты: Вальхиндон В.П., Пахомова Ф.В., Кириллова А.И., Каканов А.М., Чуриков Г.В. Психологический профиль женщин с бесплодием, проходящих процедуру ЭКО// Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2026. Т.18. №3(91). С. 60-72. URL:<https://doi.org/10.24884/2219-8245-2026-18-2-59-71>.

Актуальность исследования: согласно данным федерального статистического наблюдения в 2023 году в Российской Федерации (РФ) число женщин с бесплодием составило 254,8 тыс. человек, из них впервые с установленным диагнозом – 66,8 тыс. человек [1, с.2]. Таким образом, проблема бесплодия в Российской Федерации существенно влияет на демографические показатели, приобретая статус медицинской проблемы общегосударственного масштаба. С 2019 по 2024 год в Российской Федерации действовал национальный проект «Демография». С 1 января 2025 года, по его окончанию, был запущен

проект «Семья», который стал правопреемником проекта «Демография» до 2030 года. Проект направлен на достижение национальных целей: увеличение рождаемости, комплексной поддержки семей с детьми, укрепление семейных ценностей и др. Таким образом, исследование психологического портрета женщин, проходящих процедуру ЭКО является важным и приоритетным для демографической политики, проводимой в Российской Федерации [2].

Введение

Одним из методов лечения бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) — это вспомогательная репродуктивная технология (ВРТ), позволяющая осуществить оплодотворение яйцеклетки вне организма женщины, то есть в искусственных условиях. Важно отметить, что на эффективность лечения оказывают влияние не только сами методы вспомогательных репродуктивных технологий, но и психологические особенности женщин. Процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) рассматривается в числе причин хронического психофизиологического стресса для женщин, обусловленного как первичным диагнозом infertility, так и специфическими условиями лечебного протокола, который является достаточно инвазивным, и расценивается в литературе, как высокий уровень лечебной нагрузки [3; 4]. В настоящий момент активно изучаются копинг-стратегии, которые женщины используют для преодоления возникающих сложных жизненных ситуаций, связанных в том числе, с невозможностью зачатия [5-9]. И.М. Осипенко в своем исследовании описывает психоэмоциональные последствия бесплодия, где отмечает, что женщины, проходящие процедуру ЭКО более склонны к высокому уровню тревожности и мнительности, чем женщины, беременность которых наступила самостоятельно [10]. И.В. Карголь отмечает, что женщины, страдающие бесплодием, могут испытывать тревогу на протяжении всего периода бесплодия [11, с.203]. В тоже время, «в числе внутренних ресурсов, способствующих своевременной социальной адаптации женщин в раннем послеродовом периоде, является стабильное эмоциональное состояние, без симптомов невротизации и астенических проявлений» [12, с.11].

В этом контексте, для более углубленного и дифференцированного понимания и изучения данной проблемы, особенно важно понимать отличие между первичным и вторичным бесплодием. По данным клинических рекомендаций РФ «женское бесплодие» от 22.07.2024, бесплодие – это расстройство мужской или женской репродуктивной системы, определяемое как неспособность добиться беременности после регулярных незащищенных половых актов на протяжении 12 или более месяцев [1]. Принято выделять два основных вида женского бесплодия – первичное и вторичное. О первичном женском бесплодии говорят в том случае, если женщина ни разу в своей жизни при активных попытках не смогла забеременеть. Повод подозревать вторичное бесплодие возникает при наличии в прошлом беременностей, вне зависимости от того, каким был результат – аборт, выкидыш или рождение ребенка.

При проведении психологической коррекции и консультирования медицинскому психологу стоит учитывать тип бесплодия женщины (с психологической точки зрения, это два совершенно разных переживания), так как психологический профиль женщин с первичным и вторичным бесплодием, проходящих процедуру ЭКО, отличается различным опытом переживания репродуктивной неудачи. При первичном бесплодии женщина сталкивается с пугающей неизвестностью, а при вторичном – с болью утраты. Таким образом, понимание ключевых различий эмоционального состояния пациентки становится ведущим при определении психологических мишеней и дальнейшей психологической работы с женщиной, так как этот фактор, оказывает значительное влияние на прогноз лечения. с первичным и вторичным бесплодием, проходящих процедуру ЭКО.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №54" в «Женской консультации № 10». Респондентам предоставлялось подписать добровольное информированное согласие для прохождения исследования. Методы исследования: Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии; Шкала оценки качества жизни (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q адаптация Н. Е. Водопьянова) [13]; Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) адаптация В. П. Зайцева [14]; Опросник «Совладание со стрессом» (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory адаптация Е. И. Рассказовой и Е. Н. Осина) [15]; Методика «Гендерные характеристики личности» И. С. Клецина [16]. В исследовании приняли участие 63 женщины с диагнозом «бесплодие» различного генеза, проходящие процедуру экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Все участницы

исследования находились в процессе подготовки к процедуре переноса эмбрионов в рамках программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В процессе исследования женщины были разделены на 2 группы. Группа 1 – женщины с первичным бесплодием ($n=30$); группа 2 – женщины с вторичным бесплодием ($n=33$). Внутри второй группы также женщин можно выделить две подгруппы: женщины, у которых отсутствовал опыт ЭКО или была предпринята одна попытка, при этом у них уже есть рожденный ребенок ($n=14$). Женщины, прошедшие более двух попыток ЭКО, которые закончилась прерыванием беременности по медицинским показаниям (замершая беременность на сроке до 12 недель), неудачна попытка ЭКО (наступила биохимическая беременность) или отсутствие имплантации эмбриона. ($n=19$). Возраст выборки варьируется от 28 до 45 лет (средний возраст группы женщин с первичным бесплодием 37 ± 5 лет; средний возраст группы женщин со вторичным бесплодием 39 ± 4 года). Критериями включения для участия в исследовании служили следующие показатели: фертильный возраст пациенток от 20 до 45 лет; диагноз “бесплодие” различного генеза; подписание добровольного информированного согласия на участие в исследовании; подготовка к подсадке эмбриона в рамках протокола ЭКО. Критериями исключения для участия в исследовании служили следующие показатели: возраст до 20 лет; возраст старше 45 лет; Отказ от подписания добровольного информированного согласия на участие в исследовании; отсутствие поставленного гинекологом диагноза: “бесплодие”. Участие в исследовании предполагало беседу с медицинским психологом и заполнение психодиагностических опросников. Сбор клинико-анамнестических и социально-демографических данных женщин осуществлялся посредством заполнения разработанной клинико-психологической анкеты. Анализ результатов исследования осуществлялся с применением методов описательной статистики, U-критерия Манна-Уитни для двух независимых выборок ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение: Средний возраст женщин в выборке исследования составил $38 \pm 4,5$ лет. Группы значимо не отличались по уровню образования и семейному положению: в группе первичного бесплодия 63% женщин имели высшее образование и 90% состояли в браке; в группе вторичного бесплодия — 70% и 82% соответственно.

По количеству попыток ЭКО группы также были сопоставимы: 23-24% не имели попыток, 37-42% имели 1-2 попытки, 33-40% — от 3 до 5 попыток. В группе женщин с первичным бесплодием 23% пациенток не имели попыток ЭКО, 37% имели 1-2 попытки, а 40% — от 3 до 5 попыток. В группе со вторичным бесплодием распределение было сходным: 24% не имели попыток ЭКО, 42% имели 1-2 попытки, и 33% — от 3 до 5 попыток (рис.1).

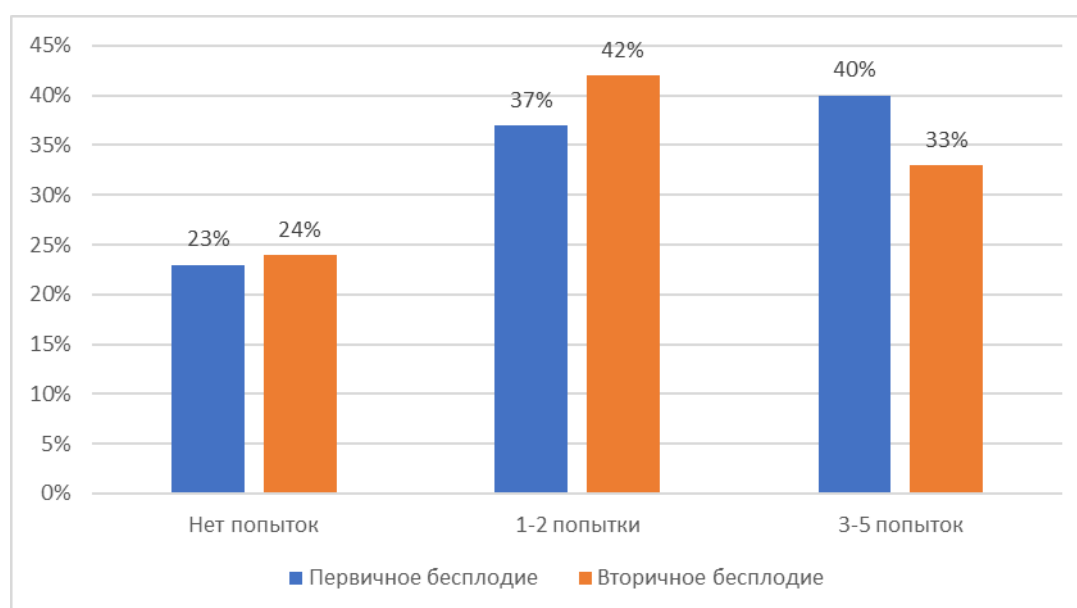


Рисунок 1. Распределение пациенток по количеству попыток ЭКО

Длительность попыток забеременеть. В группе женщин с первичным бесплодием у 57% пациенток длительность попыток составила от 2 до 4 лет, у 30% — от 5 до 8 лет, и у 13%–9

лет и более. В группе со вторичным бесплодием 39% пациенток предпринимали попытки в течение 2–4 лет, 33% — в течение 5–8 лет, а 27% — в течение 9 лет и более (рис.2).

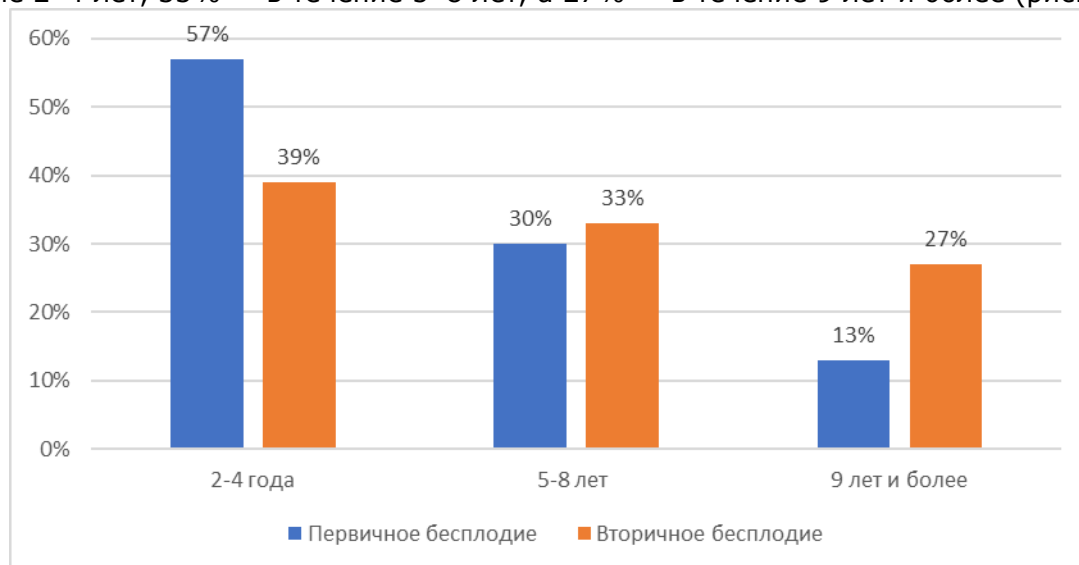


Рисунок 2. Распределение пациенток по длительности попыток забеременеть

Для изучения эмоциональных особенностей женщин, а именно - уровня тревоги и депрессии использовалась валидизированная госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Были выявлены статистически значимые различия между группами (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение женщин с первичным и вторичным бесплодием по U-критерия Манна – Уитни «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»; $p < 0,01$)

Показатель	Первичное бесплодие	Вторичное бесплодие	Уровень значимости p
	$M \pm \delta$	$M \pm \delta$	
Тревога	$10,07 \pm 3,98$ (субклинический уровень)	$9,06 \pm 4,68$ (субклинический уровень)	0.362
Депрессия	$6,47 \pm 2,46$ (норма)	$8,55 \pm 3,72$ (субклинический уровень)	0.008

Сравнительный анализ женщин с первичным ($n=30$) и вторичным бесплодием ($n=33$) по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) выявил статистически значимое различие по показателю выраженности депрессивных тенденций у женщин с вторичным бесплодием ($p=0.008$, $p < 0.01$), что соответствует субклиническому уровню депрессии, по сравнению с женщинами с первичным бесплодием, у которых депрессивные тенденции отсутствуют (среднее $6,47 \pm 2,46$). По уровню тревоги статистически значимых различий не обнаружено. В обеих исследуемых группах уровень тревоги соответствует субклиническим значениям.

Анализ уровня удовлетворенности жизнью и ее сферами среди респондентов осуществлялся с помощью «Шкалы оценки качества жизни» (табл. 2). С помощью этой методики удалось более подробно изучить, какие сферы жизни у женщин вызывают наибольший дискомфорт и/или неудовлетворенность, что может оказывать влияние на их психологическое состояние. Таким образом, был выявлен средний уровень удовлетворенности качеством жизни в обеих группах ($22,23 \pm 5,63$ и $23,82 \pm 5,78$ соответственно). Однако этот результат, вероятно, достигается не за счет гармоничного благополучия, а вследствие того, что

трудности в одних сферах частично компенсируются другими. Так, у женщин обеих групп наблюдается низкая удовлетворенность ключевыми аспектами: «Здоровьем» (первичное: 20.57 ± 8.24 ; вторичное: 22.36 ± 8.14), что отражает негативную оценку своего физического состояния; «Поддержкой» (первичное: 21.37 ± 7.71 ; вторичное: 21.52 ± 7.63), свидетельствующей о дефиците психологических ресурсов и невозможности получить понимание со стороны людей, которые не сталкивались с подобной проблемой; а также «Общение с близкими» (первичное: 24.43 ± 7.01 ; вторичное: 25.64 ± 7.39), что указывает на трудности в межличностных отношениях, которое вероятно возникает на фоне сложностей с зачатием ребенка. Вероятно, женщины не могут открыто рассказывать о своих чувствах и эмоциях своим близким людям. При этом женщины с первичным бесплодием демонстрируют низкий уровень удовлетворенности всем спектром исследуемых сфер, кроме «Оптимистичности». Статистически значимое различие между группами было выявлено только по одной шкале - «Самоконтроль» ($p = 0,036$). Несмотря на то, что обе группы демонстрируют трудности в эмоциональной регуляции, пациентки с вторичным бесплодием обладают относительно более сохранными навыками саморегуляции, их показатель ($23,03 \pm 6,12$) находится на границе низкого и среднего уровня. В то время как у женщин с первичным бесплодием ($20,00 \pm 5,25$) способность к самоконтролю соответствует однозначно низкому уровню.

Таблица 2

Сравнение женщин с первичным и вторичным бесплодием по U-критерия Манна – Уитни «Шкала оценки качества жизни»; $p < 0,05$)

Показатель	Первичное бесплодие	Вторичное бесплодие	Уровень значимости Р
	М± δ	М± δ	
Индекс качества жизни	22,23±5,63	23.82±5.78	0.238
Работа	23,23±8,72	26.73±8.075	0.118
Личные достижения	23.30±7.82	27.15±7.859	0.057
Здоровье	20.57±8.24	22.36±8.139	0.461
Общение с близкими	24.43±7.01	25.64±7.390	0.474
Поддержка	21.37±7.71	21.52±7.633	0.940
Оптимистичность	25.07±2.79	25.07±2.79	0.104
Напряженность	21.63±6.11	23.06±8.181	0.397
Самоконтроль	20.00±5.25	23.03±6.116	0.036
Негативные эмоции	20.60±7.05	21.12±6.279	0.788

В условиях хронического стресса особенно важным становится изучение и сравнение копинг-стратегий у женщин с первичным и вторичным бесплодием, поэтому был проведен анализ результатов опросника «Совладание со стрессом» (COPE). Благодаря этому опроснику удалось выявить ведущие формы поведения, направленные на преодоление стресса, которые используют женщины. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Сравнение женщин с первичным и вторичным бесплодием по U-критерия Манна – Уитни «Совладание со стрессом»; $p < 0,05$, $p < 0,01$)

Показатель	Первичное бесплодие	Вторичное бесплодие	Уровень значимости р
	М± δ	М± δ	

Позитивное переформулирование и личностный рост	11.97±2,41	12,79±2,446	0.075
Мысленный уход от проблемы	10.30±2,53	10.45±2,762	0.750
Концентрация на эмоциях и их активное выражение	13.07±2,07	12,91±2,390	0.884
Использование инструментально-социальной поддержки	11.93±2,57	12,33±3,266	0.290
Активное совладание	14.27±1,53	12,18±0,983	<001
Отрицание	10.63±3,36	12,45±2,438	0.018
Обращение к религии	10.93±2,89	9,33±3,266	0.091
Юмор	9.23±3,60	10,21±3,498	0.274
Поведенческий уход от проблемы	9.60±2,81	9,39±3,071	0.765
Сдерживание	10.93±2,48	11,12±2,395	0.671
Использование эмоциональной социальной поддержки	11.63±3,11	12,03±3,057	0.557
Использование «успокоительных»	5.73±2,45	9,64±2,892	<001
Принятие	12.30±2,74	12,64±2,119	0.744
Подавление конкурирующей деятельности	11.70±2,77	12,64±3,019	0.104
Планирование	13.73±2,20	14,09±2,082	0.480

Сравнительный анализ копинг-стратегий (COPE) выявил статистически значимые различия между группами. Это говорит о том, что женщины с разным типом бесплодия справляются со стрессом тоже по-разному. Женщины с первичным бесплодием достоверно чаще, чем женщины с вторичным бесплодием ($14,27 \pm 1,53$; $p < 0,001$) склонны в условиях стресса использовать проблемно-ориентированные способы совладения со стрессом. Например, скрупулезный сбор информации о лечении: самой процедуре ЭКО и особенностях ее проведения и подготовки к ней; изучение статистики о вероятности наступления беременности или наоборот не наступления беременности; они строго соблюдают все медицинские рекомендации и стараются не допустить ошибки, заранее подготовиться к возможным неудачам или сложным ситуациям. Такой способ совладания со стрессом часто говорит о стремлении женщин с первичным бесплодием сохранить субъективный контроль и попытках снизить уровень невыносимой неопределенности, сохраняя субъективное ощущение влияния на ситуацию.

Совсем иначе выглядит картина у женщин с вторичным бесплодием. Они в условиях стресса используют такие способы совладания, как отрицание ($12,45 \pm 2,44$; $p = 0,018$) и склонны использовать «успокоительные» ($9,64 \pm 2,89$; $p < 0,001$) как инструмент эмоциональной регуляции. Можно предположить, что женщины данной группы пытаются не столько разрешить проблему, сколько уйти от непереносимого эмоционального напряжения любыми доступными способами. Женщины не могут выносить тяжесть своих эмоциональных переживаний и пытаются такими способами вытеснить саму ситуацию из своего поля зрения, например с помощью фармакологических препаратов. Такие способы совладания со стрессом можно назвать неадаптивными и эмоционально-ориентированными. Таким образом, женщины с первичным бесплодием чаще используют механизмы конструктивной борьбы, тогда как женщины с вторичным бесплодием выбирают избегание как один из основных способов совладения со стрессом. Непродуктивные копинг-стратегии в виде избегающего поведения резко снижают способность человека адаптироваться к изменяющимся условиям среды, а также эффективно и быстро разрешать возникающие трудности, которые неизбежно возникают при невозможности зачать ребенка.

Исследование личностных особенностей у женщин с первичным и вторичным бесплодием и результаты проведенного анализа дополняют психологический профиль женщин, проходящих процедуру ЭКО (табл. 4). У женщин с вторичным бесплодием выше показатели ипохондрии ($p = 0,019$) и паранойальности ($p = 0,036$), что указывает на склонность к фиксации на телесных ощущениях и настороженно-подозрительный фон межличностного восприятия. Другими словами, они склонны прислушиваться к малейшим телесным сигналам,

фиксироваться на них, и одновременно с этим воспринимают мир с долей настороженности, как будто ожидая опасности от окружающего мира и людей. Очевидно, что это может служить причиной возникающих сложностей в отношениях с близкими людьми. У женщин с первичным бесплодием данные личностные особенности не выражены. Таким образом, вторичный тип бесплодия сопряжён не только с избегающими стратегиями совладания со стрессом, но и с некоторой соматической озабоченностью. В своей статье Г.Г. Филиппова [4, с. 23] описывает чувственный компонент внутренней картины бесплодия, где отмечает, что нарушения репродуктивного здоровья обычно не выражаются в дискомфортных и болевых ощущениях. Но в то же время, во время лечения самого диагноза «бесплодие» чувственный компонент внутренней картины бесплодия может быть более выражен у женщин и субъективно восприниматься как болезненное состояние, угрожающее общему состоянию здоровья [4, с. 25]. В данном случае повышенные показатели по шкале «ипохондрия» могут являться не столько проявлением личностных нарушений, сколько являться естественной соматической сензитивностью и могут выступать как реакция на болезнь.

В дальнейшей перспективе исследования полученные данные требуют более тщательного анализа, который будет включать в себя изучение не только личностных особенностей женщин, но и внутреннюю картину болезни у женщин с нарушенной репродуктивной функцией.

Таблица 4

Сравнение женщин с первичным и вторичным бесплодием по U-критерия Манна — Уитни «Сокращённый многофакторный опросник для исследования личности»; $p < 0,05$)

Показатель	Первичное бесплодие	Вторичное бесплодие	Уровень значимости p
	$M \pm \delta$	$M \pm \delta$	
Шкала лжи (L)	$54,06 \pm 3,98$	$56,12 \pm 4,86$	0.120
Шкала достоверности (F)	$42,6 \pm 4,67$	$44,75 \pm 5,76$	0.110
Шкала коррекции (K)	$48,83 \pm 3,55$	$50,66 \pm 4,77$	0.174
Ипохондрия (Hs)	35.43 ± 5.02	38.67 ± 5.091	0.019
Депрессия (D)	41.23 ± 7.18	44.06 ± 6.745	0.070
Истерия (Hy).	37.13 ± 4.45	39.67 ± 4.813	0.056
Психопатия (Pd)	39.83 ± 5.70	42.18 ± 6.002	0.091
Паранойальность (Pa)	44.03 ± 5.18	46.67 ± 4.702	0.036
Психастения (Pt)	42.77 ± 4.79	44.79 ± 4.992	0.105
Шизоидность (Se)	40.77 ± 5.55	43.03 ± 5.950	0.082
Гипомания (Ma)	45.40 ± 4.89	46.85 ± 5.013	0.201

В отличие от копинг-стратегий и личностного профиля, гендерные установки (опросник И.С. Клециной) не обнаружили значимых межгрупповых различий (табл. 5). В обеих группах доминируют эгалитарные представления над традиционными, что отражает ориентацию на равноправные модели гендерных ролей. При этом стереотипы, касающиеся женской роли, выражены сильнее, чем стереотипы о мужской роли, что может указывать на повышенную рефлексивность в отношении социокультурных ожиданий, связанных с материнством и женственностью. Таким образом, независимо от типа бесплодия, ценностно-нормативная сфера женщин остаётся сходной, а выявленные ранее различия относятся к поведенческим и личностным, а не мировоззренческим характеристикам.

Таблица 5

«Сравнение средних значений по U-критерия Манна — Уитни «Гендерные характеристики личности»; $p > 0,05$

Показатель	Первичное бесплодие	Вторичное бесплодие	Уровень значимости p
	$M \pm \delta$	$M \pm \delta$	

Традиционные гендерные представления	9.50 ± 2.10	8.20 ± 2.30	0.841
Эгалитарные гендерные представления	32.10 ± 4.50	34.80 ± 5.10	0.151
Гендерные стереотипы относительно женщин	5.80 ± 1.70	4.90 ± 1.50	0.229
Гендерные стереотипы относительно мужчин	2.10 ± 0.90	1.90 ± 0.80	0.673
Гендерные предубеждения	50 ± 1.00	1.20 ± 0.90	0.369

Результаты настоящего исследования, касающиеся психологического профиля женщин с бесплодием, проходящих лечение методом ЭКО, в большинстве своем не противоречат опубликованным отечественным и зарубежным научным работам [5, 17-22]. В своем исследовании И.А. Золотова и И.А. Малафеевская также описывают, что у женщин с нарушенной репродуктивной функцией отмечается более ответственное поведение в период зачатия и высокий уровень тревожности [5, с. 5]. Это же проявилось и в нашем исследовании - женщины с бесплодием относятся чрезмерно ответственно и внимательно к своему здоровью и обладают субклиническим уровнем проявления тревоги в обеих исследуемых группах.

Однако проведенный анализ в этой статье выявил существенные качественные различия в психологических профилях пациенток с первичным и вторичным бесплодием, что вносит важные уточнения в существующие представления о психологическом профиле женщин с бесплодием, проходящих процедуру ЭКО, и подчеркивает необходимость дифференцированного подхода при работе сданной группой пациенток. Полученные данные входе настоящего исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Профиль женщин при первичном бесплодии характеризуется тревогой, которая связана с неопределённостью и страхом нереализации родительской роли. Женщины этой группы демонстрируют активное, проблемно-ориентированное совладание со стрессом, такое как: планирование беременности, сбор информации о подготовке и проведении процедуры ЭКО, стремление сохранить контроль над исходом каждого этапа процедуры ЭКО. Однако с ростом числа неудачных попыток внутренний ресурс женщины, направленный на совладение со стрессом, истощается. Свой уровень качества жизни женщины оценивают как средний, за этим стоит общее снижение субъективной удовлетворённости всеми сферами жизни (здоровье, достижения, общение, самоконтроль), а жизненный оптимизм выступает скорее защитным механизмом. Для личностных черт характерна интровертированность и сдержанность. Гендерные установки таких женщин наполнены противоречиями. С одной стороны, они тянутся к равноправию в отношениях, равному распределению обязанностей и задач между партнерами. А с другой стороны - внутри женщины продолжают жить традиционные представления о семье и роли женщины. Материнство воспринимается через призму стереотипов и убеждений. Например - «настоящая женщина должна родить»; «без ребенка семья не полноценна». В этом месте происходит столкновение эгалитарных и патриархальных убеждений, порождая у женщины внутриличностный конфликт из-за возникающих противоречий и взаимоисключающих убеждений.

2. При вторичном бесплодии мы видим принципиально иной психологический профиль у женщин. Этот профиль выстраивается вокруг репродуктивной потери и центрально место в нем занимает субклинический уровень депрессии. Здесь мы видим четкую фиксацию на горе, на беременности, которая была, но по различным причинам прервалась. Женщины с вторичным бесплодием в условиях стресса чаще склонны использовать фармакологические успокоительные препараты как инструмент эмоциональной регуляции. Несмотря на проблемы с зачатием, женщины сохраняют удовлетворенность работой и своими социальными достижениями. Похоже, именно эти сферы жизни становятся для женщины той самой опорой, которая позволяет им поддерживать общее субъективное благополучие на фоне невозможности зачатия. Личностный профиль отличается повышенной фиксацией на телесных ощущениях, ригидностью собственных установок и подозрительностью по отношению к другим людям и окружающему миру.

Заключение: Полученные данные подтверждают необходимость дифференцированного психологического сопровождения женщин с бесплодием, проходящих процедуру ЭКО на разных этапах её проведения. Для женщин с первичным бесплодием актуальна психологическая коррекция, направленная на развитие навыков эмоциональной

регуляции и снижение уровня тревоги, связанного с прохождением процедуры ЭКО. Для женщин с вторичным бесплодием более значимым является психологическое воздействие, направленное на снижение депрессивных проявлений, коррекцию дезадаптивных схем совладения со стрессом, трансформацию избегающих стратегий поведения и развитие навыков, которые будут помогать женщинам, адаптироваться к изменяющимся жизненным условиям. Интеграция такого подхода в практику медицинских психологов, перинатальных психологов, гинекологов и других специалистов репродуктивного профиля может способствовать повышению, как психологического благополучия пациенток, так и эффективности проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения.

Перспективы исследования: Настоящая работа была сосредоточена на женской выборке. При этом бесплодие может быть обусловлено и мужским фактором, а также их сочетанием с женским фактором. Представляется актуальным и интересным изучение того, как мужчины с диагнозом бесплодие выстраивают свою эмоциональную регуляцию, какие стратегии совладения со стрессом используют, и как их эмоциональное состояние влияет на динамику отношений внутри пары при планировании беременности. Изучение и понимание психологического профиля мужчин с диагнозом бесплодие позволило бы в будущем точнее определять мишени психологической коррекции при работе - как с женщинами, так и с мужчинами, и внутри их пары в целом. Развитие данного исследования является перспективным, а практическая значимость напрямую направлена на улучшение демографических показателей и повышение рождаемости в Российской Федерации.

Список литературы

1. Женское бесплодие. Клинические рекомендации РФ 2024 (Россия). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://diseases.medelement.com/disease/женское-бесплодие-кppф-2024/18106>
2. Паспорт национального проекта «Семья» (утв. Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации 2024). — [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_501336/
3. 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.202211010
4. Филиппова Г.Г. Внутренняя картина бесплодия у пациентов с нарушениями репродуктивного здоровья. Медицинская психология в России. 2025;17(3):15-29. doi: <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2025-17-3-15-29>
5. Золотова И.А., Малафеевская И.А. Психологический профиль женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе. Медицинская психология в России. 2023;15(2):27-34.
6. Фоменко Г.Ю. Психологические проблемы женского бесплодия в контексте личностных противоречий (экзистенциальные аспекты). Южнороссийский журнал социальных наук. 2008; (4):17-29.
7. Захарова Е.И., Якупова В.А. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО. Национальный психологический журнал. 2015;1(17):96-104. doi: 10.11621/nprj.2015.0111
8. Маленова А.Ю., Кытькова И.Г. Отношение женщин в ситуации ЭКО к беременности, ребенку, материнству. Педиатр. 2015;(4):97-105. doi: 10.17816/PED6497- 104
9. Ясная Д.В., Лихачева В.В., Проскурякова Л.А., Алонцева В.В., Азарова О.В. Психоэмоциональные состояния женщин, проходящих лечение методом экстракорпорального оплодотворения. Акушерство и гинекология. 2025; 3:136-143. doi:10.18565/aig.2024.310
10. Осипенко И.М. Психологические особенности женщин, беременность которых наступила с помощью метода экстракорпорального оплодотворения. Ярославский педагогический вестник. 2020;6(117):105-113. doi:10.20323/1813-145X-2020- 6-117-105-113
11. Карголь И.В. Психологические аспекты изучения женского бесплодия. Научные ведомости. Серия Гуманитарные науки. 2012;(18):202-208.
12. Золотова И.А. Факторы риска социальной дезадаптации женщин при индуцированной беременности и рождении ребенка с заболеванием. Аутизм и нарушения развития. 2025;23(4):5-14. – DOI 10.17759/autdd.2025230401
13. Рассказова Е. И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии. Психология. Журнал ВШЭ. 2012;(4).

14. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ. Актуальные вопросы восстановительной медицины. 2004;(2):17-19.
15. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осина Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013;10(1):82-118.
16. Клецина И. С. Практикум по гендерной психологии. СПб.: Питер, 2003; 2009.
17. 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;8(6):1-13. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mir-nauki.com/PDF/76PSMN620.pdf>
18. Maroufizadeh, S., Navid, B., Omani-Samani, R., Amini, P. The effects of depression, anxiety and stress symptoms on the clinical pregnancy rate in women undergoing IVF treatment. 2019. BMC Research Notes. 12(1): 256. doi: 10.1186/s13104-019-4294-0
19. Bernstein J., Lewis J., Seibel M. Effect of previous infertility on maternal-fetal attachment, coping styles and self-concept during pregnancy. Journal of Womens Health. 1994; 3:125-133. doi:<https://doi.org/10.1089/jwh.1994.3.125>
20. F van Balen F., Naaktgeboren N., Trimbos-Kemper T., In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. Human Reproduction. 1996;11(1): 95-98. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a019047
21. Geisler M., Meaney S., Waterstone J., O'Donoghue K. Stress and the impact on the outcome of medically assisted reproduction. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2020;248:187-192. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.03.006
22. Verhaak C.M., Smeenk J.M., Evers A.W., Kremer J.A., Kraaijmaat F.W., Braat D.D. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. Hum Reproduction Update. 2007;13:27-36. doi:10.1093/humupd/dml040

References

1. Female Infertility. Clinical Guidelines of the Russian Federation 2024 (Russia). [Electronic resource]. – Access mode: <https://diseases.medelement.com/disease/женское-бесплодие-кргп-2024/18106>
2. Passport of the national project "Family" (approved by the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation 2024). – [Electronic resource]. – Access mode: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_501336/
3. Filippova G.G. Psychological aspects of assisted reproductive technologies: a review of foreign and Russian studies. Modern Foreign Psychology. 2022; 11(1):26-38. (in Russian). doi:10.17759/jmfp.202211010
4. Filippova G.G. The internal picture of infertility in patients with reproductive health disorders. Medical Psychology in Russia. 2025;17(3):15-29. (in Russian). doi: <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2025-17-3-15-29>
5. Zolotova I.A., Malafeevskaya I.A. Psychological profile of women with a history of reproductive dysfunction. Medical Psychology in Russia. 2023;15(2):27-34. (in Russian).
6. Fomenko G.Yu. Psychological problems of female infertility in the context of personal contradictions (existential aspects). South-Russian Journal of Social Sciences. 2008; (4):17-29. (in Russian).
7. Zakharova E.I., Yakubova V.A. Internal maternal position of women whose pregnancy occurred with the help of IVF. National Psychological Journal. 2015;1(17):96-104. (in Russian). doi: 10.11621/npj.2015.0111
8. Malenova A. Yu., Kytikova I. G. Women's attitudes towards pregnancy, child, and motherhood in the IVF situation. Pediatr. 2015;(4):97-105. (in Russian). doi: 10.17816/PED6497-104
9. Yasnaya D. V., Likhacheva V. V., Proskuryakova L. A., Alontseva V. V., Azarova O. V. Psychoemotional states of women undergoing in vitro fertilization treatment. Obstetrics and Gynecology. 2025;3:136-143. (in Russian). doi:10.18565/aig.2024.310
10. Osipenko I.M. Psychological characteristics of women whose pregnancy occurred with the help of in vitro fertilization. Yaroslavl Pedagogical Bulletin. 2020;6(117):105-113. (in Russian). doi:10.20323/1813-145X-2020-6-117-105-113
11. Kargol I.V. Psychological aspects of the study of female infertility. Scientific news. Humanitarian sciences series. 2012;(18):202-208. (in Russian).

12. Zolotova I.A. Risk factors for social maladjustment of women during induced pregnancy and the birth of a child with a disease. *Autism and Developmental Disorders*. 2025; 23(4):5–14. – DOI 10.17759/autdd.2025230401 (in Russian).
13. Rasskazova E. I. Methodology for assessing quality of life and satisfaction: psychometric characteristics of the Russian-language version. *Psychology. HSE Journal*. 2012;(4) (in Russian).
14. Zaitsev V. P. Psychological test SMOL. *Current issues in regenerative medicine*. 2004;(2):17–19 (in Russian).
15. Rasskazova E. I., Gordeeva T. O., Osina E. N. Coping strategies in the structure of activity and self-regulation: psychometric characteristics and possibilities of applying the COPE technique. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. 2013;10(1):82–118 (in Russian).
16. Kletsina I. S. *Practical training in gender psychology*. St. Petersburg: Piter, 2003; 2009 (in Russian).
17. Anikina V.O., Blokh M.E., Savenysheva S.S. Emotional state of women using assisted reproductive technologies: a review of modern foreign research. *World of Science. Pedagogy and Psychology*. 2020; 8 (6): 1–13. [Electronic resource]. – Access mode: <https://mir-nauki.com/PDF/76PSMN620.pdf> Maroufizadeh (in Russian).
18. Maroufizadeh, S., Navid, B., Omani-Samani, R., Amini, P. The effects of depression, anxiety and stress symptoms on the clinical pregnancy rate in women undergoing IVF treatment. *BMC Research Notes*. 2019;12(1):256. doi: 10.1186/s13104-019-4294-0
19. Bernstein J., Lewis J., Seibel M. Effect of previous infertility on maternal-fetal attachment, coping styles and self-concept during pregnancy. *Journal of Womens Health*. 1994; 3:125–133. doi: <https://doi.org/10.1089/jwh.1994.3.125>
20. F van Balen F., Naaktgeboren N., Trimbos-Kemper T., In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Human Reproduction*. 1996;11(1): 95–98. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a019047
21. Geisler M., Meaney S., Waterstone J., O'Donoghue K. Stress and the impact on the outcome of medically assisted reproduction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020;248:187–192. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.03.006
22. Verhaak C.M., Smeenk J.M., Evers A.W., Kremer J.A., Kraaijaat F.W., Braat D.D. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reproduction Update*. 2007;13:27–36. doi:10.1093/humupd/dml040

PSYCHOLOGICAL PROFILE OF INFERTILIZED WOMEN UNDERGOING IVF PROCEDURES

Valkhinson V.P

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1491-1990>

St. Petersburg City Polyclinic No. 54, St. Petersburg, Russia

F.V Pakhomova

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4273-3820>

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

Kirillova A. I.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1344-3593>

Medical psychologist of St. Petersburg State Medical Institution "City Polyclinic No. 54", Senior Laboratory Assistant at the Department of General and Clinical Psychology at Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Postgraduate student "Federal State Institution of Science N.P. Bekhtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences"

A.M Kakanov

N.P. Bekhtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russia

G.V. Churikov.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7932-9882>

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

Abstract: This article presents the results of a study aimed at examining the psychological characteristics of women with primary and secondary infertility undergoing in vitro fertilization (IVF). The study's objective was to explore the emotional and personality characteristics of women with primary and secondary infertility undergoing IVF. Materials and Methods: The sample consisted of 63 women undergoing IVF aged 28 to 45 years. Methods: Hospital Anxiety and Depression Scale; Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q, adapted by N. E. Vodopyanov); Abbreviated Multifactor Personality Inventory (SMOL), adapted by V. P. Zaitsev; Coping Orientation to Problems Experienced Inventory, adapted by E. I. Rasskazova and E. N. Osin. The "Gender Characteristics of Personality" method by I. S. Kletsin. Results of the study: Subclinical anxiety was characteristic of both groups, subclinical depression was detected only in the secondary infertility group ($p=0.008$). It was found that women with primary infertility more often use adaptive problem-oriented stress coping strategies (active coping, $p<0.001$) and a critically low level of self-control ($p=0.036$), whereas patients with the secondary type more often choose maladaptive strategies (denial, $p=0.018$; taking "sedatives", $p<0.001$), and are also distinguished by suspiciousness and fixation on bodily sensations (increased rates of hypochondria and paranoia, $p=0.019$ and $p=0.036$, respectively). Conclusions: The obtained data indicate the need for a differentiated approach to psychological support for women with different types of infertility undergoing IVF.

Keywords: infertility; in vitro fertilization; IVF; anxiety; depression; coping strategies; psychological profile.

For citation: Valkhondon V.P., Pakhomova F.V., Kirillova A.I., Kakanov A.M., Churikov G.V. Psychological profile of women with infertility undergoing IVF procedure// Medical Psychology in Russia: online scientific journal. 2026. Vol. 18. No. 3 (91). Pp. 60-72.

URL: <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2026-18-2-59-71>.

Дата принятия 01.05.2026

Accepted for publication 01.05.2026.for all articles № 3(91) 2026