

БЕСПЛОДИЕ СРЕДИ МОТИВОВ И ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН

П.Б. Зотов, Е.А. Матейкович, С.П. Сахаров, О.В. Сенаторова, А.Г. Бухна, О.И. Сергейчик, А.Н. Каркачев, А.В. Приленская

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Родильный дом № 3», г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Перинатальный центр», г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», г. Тюмень, Россия
ООО «Сибирь-Ассист» Первая кардиоклиника, г. Тюмень, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет», г. Тюмень, Россия

INFERTILITY AMONG THE MOTIVES AND FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN WOMEN

P.B. Zotov, E.A. Mateikovich, S.P. Sakharov, O.V. Senatorova, A.G. Bukhna, O.I. Sergeychik, A.N. Karkachev, A.V. Prilenskaya

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Maternity Hospital No. 3, Perinatal Center, Tyumen, Russia
Regional Clinical Hospital № 1, Tyumen, Russia
First Cardioclinic, Tyumen, Russia
Industrial University of Tyumen, Russia

Сведениям об авторах:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии». Адрес: Россия, 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 20-16-70, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Матейкович Елена Александровна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 5864-8031; ORCID iD: 0000-0002-2612-7339). Место работы и должность: директор Института материнства и детства ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; врач акушер-гинеколог ГБУЗ ТО «Родильный дом № 3». Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Баумана, 31; ГБУЗ ТО «Перинатальный центр». Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Даудельная, 1/8. Электронный адрес: mat-maxim@yandex.ru

Сахаров Сергей Павлович – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9850-0460; ORCID iD: 0000-0003-1737-3906). Место работы и должность: заведующий кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; врач-хирург ожогового отделения ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1». Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Котовского, 55. Телефон: + 7 (3452) 28-76-10, электронный адрес: sacharov09@mail.ru

Сенаторова Ольга Владимировна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 8591-6035; Researcher ID: I-9508-2017; ORCID iD: 0000-0001-7450-2888). Место работы и должность: доцент кафедры детских болезней и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; врач детский кардиолог ООО «Сибирь-Ассист» Первая кардиоклиника. Адрес: Россия, 625048, г. Тюмень, ул. Фабричная, 7. Телефон: +7 (9048) 75-70-23, электронный адрес: olga_senatorova@mail.ru

Бухна Анастасия Геннадьевна – кандидат медицинских наук (ORCID iD 0000-0002-5856-9174). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры психологии и педагогики с курсом психотерапии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: Buhna_Andrey@mail.ru

Сергейчик Оксана Ивановна – кандидат технических наук (SPIN-код: 2431-6041; Research ID: I-9566-2017; ORCID iD: 0000-0001-8979-0827). Место работы и должность: доцент кафедры кибернетических систем ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, 38.

Каркачев Артём Николаевич – студент (SPIN-код: 4898-5899; ORCID iD: 0009-0005-6445-0072). Место учёбы: студент Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: zettelweis@mail.ru

Приленская Анна Владимировна – кандидат технических наук (AuthorID: 745978; ORCID iD: 0000-0002-8681-6195). Место работы и должность: доцент кафедры психологии и педагогики с курсом психотерапии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: prilensk@mail.ru

Information about the authors:

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work and position: Director of the Institute of Clinical Medicine, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: 67 Minskaya str., bild. 1, office 102, Tyumen, 625027, Russia. Phone: +7 (3452) 270-510, email: note72@yandex.ru

Mateikovitch Elena Aleksandrovna – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 5864-8031; AuthorID: 744233; ORCID iD: 0000-0002-2612-7339). Place of work and position: Director of the Institute of Motherhood and Childhood of the Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia, 625023; obstetrician-gynecologist of Maternity hospital № 3. Address: 31 Bauman str., Tyumen, Russia; Perinatal center". Address: 1/8 Daudelnaya str., Tyumen, Russia. Email: mat-maxim@yandex.ru

Sakharov Sergey Pavlovich – MD, PhD (SPIN-code: 9850-0460; ORCID iD: 0000-0003-1737-3906). Place of work and position: Head of the Department of Disaster Medicine, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia. Email: sacharov09@mail.ru

Senatorova Olga Vladimirovna – MD, PhD (SPIN-code: 8591-6035; ResearcherID: I-9508-2017; ORCID iD: 0000-0001-7450-2888). Place of work and position: Associate Professor of the Department of Pediatric Diseases and Polyclinic Pediatrics of the Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia, 625023; A pediatric cardiologist at Sibir-Assist LLC is the first cardioclinic. Address: 7 Fabrichnaya str., Tyumen, 625048, Russia. Phone: +7 (9048) 75-70-23, email: olga_senatorova@mail.ru

Bukhna Anastasia Gennadievna – MD, PhD (ORCID iD 0000-0002-5856-9174). Place of work and position: assistant of the Department of Psychology with a course of psychotherapy of the Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia, 625023. Email: Buhna_Andrey@mail.ru

Sergejchik Oksana Ivanovna – PhD (SPIN-code: 2431-6041; ResearchID: I-9566-2017; ORCID iD: 0000-0001-8979-0827). Place of work and position: Associate Professor of the Department of Cybernetic Systems of Industrial University of Tyumen. Address: 38 Volodarsky str., Tyumen, 625000, Russia.

Karkachev Artyom Nikolaevich – student (SPIN-code: 4898-5899; ORCID iD: 0009-0005-6445-0072). Place of study: student of the Institute of Clinical Medicine of the Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia, 625023. Email: zemmelweis@mail.ru

Prilenskaya Anna Vladimirovna – MD, PhD (AuthorID: 745978; ORCID iD: 0000-0002-8681-6195). Place of work and position: Associate Professor of the Department of Psychology with a course of psychotherapy of the Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia, 625023. Email: prilensk@mail.ru

Цель – обзор данных литературы с привлечением собственного клинического опыта о месте бесплодия среди мотивов и факторов суицидального поведения у женщин. *Материал и методы:* проведён поиск в базах научных данных в elibrary.ru, PubMed по ключевым словам – "бесплодие", "суицид", "суицидальная попытка", "суицидальные мысли / идеи". Материалы, отвечающие основной теме и цели исследования, включались в работу. *Результаты:* Отсутствие возможности родить ребёнка ложится тягостным бременем на психологическое состояние женщины, негативно влияет на её социальную активность и качество жизни, у многих способствует развитию депрессии с идеями самообвинения, и в два-семь раз повышает риск самоубийства. Неблагоприятными потенцирующими факторами являются часто формируемые по этому поводу негативное отношение и стигматизация женщины со стороны мужа, близких родственников, угроза развода, ассоциированные с инфертильностью сексуальные нарушения, гинекологические и соматические заболевания. Длительный период бесплодия, неэффективность лечения, включая применение дополнительных технологий родовспоможения, усиливают эти явления. С целью коррекции возникающих на фоне бесплодия психических нарушений, снижения суицидальной готовности и предупреждения самоубийства требуется системная многоуровневая работа специалистов различного профиля. Помощь должна быть ориентирована на ключевой мотив, при условии обязательной актуализации базовых факторов антисуицидального барьера (ценность собственной жизни, значимость для близких, наличие нереализованных планов, страх смерти и др.). Необходима проработка идей самообвинения, мистических представлений о причинах инфертильности, экзистенциальных вопросов, обучение женщин различным стратегиям регуляции эмоций, альтернативным навыкам позитивного совладания. Обязательным условием является вовлечение в терапевтический круг супруга. В случае подтверждения необратимого бесплодия необходим бóльший акцент на принятие женщиной этой ситуации, поиск / формирование индивидуально приемлемых стратегий совладания и переориентирование на другие экзистенциально значимые цели в жизни и формы поведения. В качестве возможных вариантов предлагаются вопросы приемлемости усыновления ребёнка, патронатное воспитание и/или сосредоточение внимания на других жизненных целях, среди которых могут быть волонтерство, творческая деятельность, искусство, религиозное служение и др. Помощь после совершения суицидальной попытки проводится по тем же принципам, но с учётом характера эмоционально-когнитивного выхода и этапа / длительности пост-

суицидального периода. В *заключении* авторами делается вывод о необходимости расширения психологической поддержки этой категории женщин на всех этапах наблюдения, с обязательной оценкой суицидального риска, а также обучении медицинских работников, оказывающих им помощь, включая средний медицинский персонал.

Ключевые слова: бесплодие, женское бесплодие, инфертильность, суицидальные мысли, самоубийство, суицид, стигматизация, профилактика самоубийств у женщин

Воспроизводство себе подобных – одно из важнейших качеств живого существа. Для человека – это может быть исполнение божественной заповеди – «Плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю...» (Бытие 1:28), материнство и любовь, передача опыта детям и самореализация, бессмертие в потомках и/или генетическое послание в будущее. Неспособность родить здорового ребёнка и продолжить род не даёт возможность женщине не только реализовать себя во многих перечисленных сферах, но нередко ведёт к негативным психологическим, экзистенциальным и социальным последствиям, в отдельных случаях определяя формирование суицидального поведения и желания добровольной смерти.

Цель работы – обзор данных литературы с привлечением собственного клинического опыта о месте бесплодия среди мотивов и факторов суицидального поведения у женщин.

Материал и методы: проведён поиск в базах научных данных в elibrary.ru, PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) по ключевым словам – "бесплодие", "суицид", "суицидальная попытка", "суицидальные мысли / идеи" / "infertility", "suicide", "suicidal attempt", "suicidal thoughts / ideas", без ограничений по годам исследований на глубину. Материалы, отвечающие основной теме и цели исследования, включались в работу.

Общие сведения и определения

В соответствии с МКБ-10, *бесплодие* (код N46) – неспособность сексуально активной пары, не использующей средства контрацепции, достичь беременности в течении одного года и более.

Первичное бесплодие диагностируется в случаях, если у женщины не было ни одной беременности, несмотря на регулярную половую жизнь в течение года без применения контрацептивных средств; вторичное – состояние, при котором у женщины в прошлом были беременности, однако в течение года регулярной половой жизни без предохранения зачатие более не происходит [1]. Квалификациях этих состояний касается лишь женщин репродуктивного возраста – от 15 до 49 лет.

Reproduction of one's own kind is one of the most important qualities of any living being. For a human, this can be the fulfillment of the divine commandment - "Be fruitful and multiply, and replenish the earth ..." (Genesis 1:28), motherhood and love, the transfer of experience to children and self-realization, immortality in descendants and / or a genetic message to the future. The inability to give birth to a healthy child and continue the family line does not allow a woman to fulfill herself in many of the listed areas, but often leads to negative psychological, existential and social consequences, in some cases determining the formation of suicidal behavior and the desire for voluntary death.

The *aim* of the work is to review literature data using our own clinical experience on infertility among the motives and factors of suicidal behavior in women.

Material and methods: a search was conducted in scientific databases in elibrary.ru, PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) using the keywords "infertility", "suicide", "suicidal attempt", "suicidal thoughts / ideas"/, "suicidal attempt", "suicidal thoughts / ideas", without restrictions on the years of research in depth. Materials that met the main topic and aim of the study were included in the work.

General information and definitions

According to ICD-10, infertility (code N46) is the inability of a sexually active couple who do not use contraception to achieve pregnancy within one year or more.

Primary infertility is diagnosed when a woman has not had a single pregnancy despite regular sexual intercourse for a year without the use of contraception; secondary infertility is a condition in which a woman has had pregnancies in the past, but conception no longer occurs within a year of regular sexual intercourse without contraception [1]. The classification of these conditions concerns only women of reproductive age – from 15 to 49 years.

Таблица / Table 1

Частота бесплодия у женщин в отдельных территориях России
Frequency of infertility in women in certain regions of Russia

Территория [источник] Territory [source]	%
Тамбовская область / Tambov region [8]	7,9
Республика Бурятия / Republic of Buryatia [9, 10]	19,7
Иркутская область / Irkutsk region [9]	19,56 – 20,01
Кемеровская область / Kemerovo region [11]	20,3
Забайкальский край / Transbaikal Territory [12]	24,9
	На 100000 тысяч per 100000 thousand
Российская Федерация / Russian Federation [5]	845,3
Саратовская область / Saratov region [6]	366,1
Тюменская область / Tyumen region [7]	1608,4

Распространённость бесплодия точно не определена. Согласно различным экспертным оценкам в мире им страдают от 8-12% [2] до 20% пар репродуктивного возраста [3]. Общее число составляет не менее 186 млн человек, включая оба пола [4].

В Российской Федерации в 2018 году общая заболеваемость женским бесплодием регистрировалась на уровне 845,3 на 100 тыс. населения (с ростом за 5 лет на 21%) и первичная – 267,6 (рост +9%) [5]. В отдельных территориях частота этих нарушений представлена неодинаково, например, в Саратовской области – 366,1 [6], в Тюменской – 1608,4 [7]. Доля женщин с подтверждённым бесплодием в разных регионах страны составляет от 7,9 до 24,9% (табл. 1).

Зарубежом распространённость бесплодия также неодинакова и может сильно различаться в отдельных государствах: в Великобритании – 9% [13], Франции – 14,1% [14], достигая в отдельных странах Европейского союза 25% [3], а в Дании – 26,4% [15]. В США в 2006-2010 годах уровень бесплодия составлял 5,8%, и в последующие десять лет повысился до 8,1% [16]. Всего США бесплодием страдают 7,3 миллиона женщин [17]. В африканском континенте прослеживается подобная неоднозначная ситуация. Так, в Нигерии нарушение фертильности регистрируется от 5,5 [18] до 26,8% [19], Алжире – около 15% [20].

Негативный фактом является увеличение распространённости женского бесплодия. В Российской Федерации с 2011 по 2021 гг. этот показатель увеличился на треть, в Москве за тот же период почти в 3 раза [21]. Подобная отрицательная динамика прослеживается во многих регионах страны [6], что

The prevalence of infertility is not precisely determined. According to various expert estimates, from 8-12% [2] to 20% of couples of reproductive age [3] suffer from it worldwide. The total number is at least 186 million people, including both sexes [4].

In the Russian Federation in 2018, the overall incidence of female infertility was recorded at 845.3 per 100 thousand population (with an increase of 21% over 5 years) and primary – 267.6 (an increase of +9%) [5]. In some territories, the frequency of these disorders is presented unevenly, for example, in the Saratov region – 366.1 [6], in the Tyumen region – 1608.4 [7]. The proportion of women with confirmed infertility in different regions of the country ranges from 7.9 to 24.9% (Table 1).

The prevalence of infertility is also uneven abroad and can vary greatly in individual countries: in Great Britain – 9% [13], France – 14.1% [14], reaching 25% in some countries of the European Union [3], and in Denmark – 26.4% [15]. In the USA in 2006-2010 the level of infertility was 5.8%, and in the following ten years it increased to 8.1% [16]. In total, 7.3 million women in the USA suffer from infertility [17]. A similar ambiguous situation can be observed in the African contingent. Thus, in Nigeria, fertility disorders are registered from 5.5 [18] to 26.8% [19], in Algeria – about 15% [20].

A negative fact is the increase in the prevalence of female infertility. In the Russian Federation, this figure increased by a

в целом отражает общемировую ситуацию [22].

Причины infertility многочисленны и могут значительно различаться в отдельных регионах, странах и территориях [23]. Во всём мире наиболее распространённая форма у женщин – *вторичное бесплодие* [2], на долю которого может приходиться до 3/4 случаев [18]. Среди причин преобладают нарушения овуляции, инфекции репродуктивных путей, трубный фактор [9, 23-25]. Реже – эндометриоз, маточный фактор, заболевания щитовидной железы и др. [14, 26]. В качестве методов профилактики и восстановления фертильности – лечение заболеваний, передающихся половым путём, гинекологической, соматической, эндокринной и другой патологии [27, 28].

Высока доля (до 8-15%) и бесплодия неясного генеза [14, 29]. Вполне вероятно в этих случаях первичная причинная роль и психогенных, стрессовых факторов, запускающих и поддерживающих нейроэндокринные механизмы, ограничивающих наступление беременности. Существует особая связь между психическими расстройствами и основными причинами овуляторного бесплодия [30]. Характер психогенных травм может быть индивидуальным, в том числе связан с сексуальным насилием в детском или подростковом возрасте [31]. Возможно и более широкое распространение подобных форм в отдельных популяциях. Так, исследования, проводимые в Дагестане, выявили более высокую частоту первичного бесплодия у женщин в территориях, подвергшихся террористической агрессии и угрозе. Отсутствие традиционных соматогенных и инфекционных факторов у пациенток позволило авторам сделать вывод, что стресс, переживания высокого риска террористической угрозы и насилия, явились ведущей причиной психогенно обусловленных нарушений репродуктивной системы у женщин фертильного возраста, особенно переживших психическую травму в пубертатном периоде [32].

Одним из важнейших факторов, ярко проявившимся с конца XX века, особенно в европейских странах и США, стала тенденция откладывать рождение первого ребенка на четвёртое, нередко пятое десятилетие жизни [33]. Такое поведение, с одной стороны, увеличивает риск накопления болезненных элементов, способных негативно влиять на репродуктивное здоровье, с другой – повышает роль возрастных изменений в женском организме. Снижение фертильности у женщин начинается уже в 25-30 лет [2]. После 30 лет способность к зачатию снижается

third from 2011 to 2021, and in Moscow, over the same period, by almost 3 times [21]. Similar negative dynamics can be observed in many regions of the country [6], which generally reflects the global situation [22]. The causes of infertility are numerous and can vary significantly in individual regions, countries, and territories [23]. Worldwide, the most common form in women is secondary infertility [2], which can account for up to 3/4 of cases [18]. The most common causes include ovulation disorders, reproductive tract infections, and tubal factors [9, 23-25]. Less common are endometriosis, uterine factors, thyroid disease, etc. [14, 26]. Fertility prevention and restoration methods include treatment of sexually transmitted diseases, gynecological, somatic, endocrine, and other pathologies [27, 28].

The proportion of infertility of unknown genesis is high (up to 8-15%) [14, 29]. It is quite probable that in these cases the primary causal role is played by psychogenic and stress factors that trigger and support neuroendocrine mechanisms that limit the onset of pregnancy. There is a special connection between mental disorders and the main causes of ovulatory infertility [30]. The nature of psychogenic trauma can be individual, including that associated with sexual abuse in childhood or adolescence [31]. A wider distribution of such forms in certain populations is also possible. Thus, studies conducted in Dagestan revealed a higher frequency of primary infertility in women in areas subjected to terrorist aggression and threat. The absence of traditional somatogenic and infectious factors in the patients allowed the authors to conclude that stress, high-risk experiences of terrorist threat and violence were the leading cause of psychogenically conditioned disorders of the reproductive system in women of fertile age, especially those who experienced mental trauma during puberty [32].

One of the most important factors that has become evident since the end of the 20th century, especially in European countries and the USA, has been the tendency to postpone the birth of the first child until the fourth, often fifth decade of life [33]. Such behavior, on the one hand, increases the risk of accumulation of disease elements that can negatively affect reproductive health,

почти в 2 раза по сравнению с 20-летними и значительно уменьшается после 35 лет [1]. В итоге планирование первой беременности на более поздний возраст, в котором репродуктивная способность женщин снижается, ведёт к увеличению числа случаев возрастного бесплодия [34].

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что в настоящее время женщины обращаются к своему врачу по поводу бесплодия значительно позже по сравнению с последним десятилетием прошлого века [13]. Средний возраст пациенток при первичном посещении профильной клиники составляет от 31 до 34 лет [21; 46 лет] [13, 20, 18, 35], при средней продолжительности бесплодия от 3 до 6 лет [19, 24, 36].

Психосоциальные последствия бесплодия

Обращение за помощью с типичными жалобами обычно указывает на длительное пребывание женщины в стрессовой ситуации, и сам факт неспособности забеременеть и не всегда является единственным тревожным моментом. Бездетные женщины чаще подвергаются стигматизации, изоляции, ostracism, пренебрежению со стороны мужа, свекрови, других родственников, включая членов собственной семьи, местного сообщества. Это может вести к психологическому, физическому насилию, лишению наследства [37, 38].

При анкетных опросах более двух третей женщин заявляют, что их неспособность родить живого ребёнка вела к разладу в браке. Многим угрожали полигамией (38%), каждой пятой (20%) – разводом [38].

Распространённость стресса, связанного с бесплодием, достаточно высока, и по данным отдельных исследований может достигать 92%. Он не зависит от образования, дохода, осведомлённости о причине infertility или истории лечения в прошлом. Стресс выше у женщин в возрасте старше 35 лет, живущих в браке по принципу совместного проживания, не имеющих живых детей и с продолжительностью бесплодия 4-6 лет [36].

Согласно самоотчётам до 43,5% женщин, обратившихся за помощью в области вспомогательных репродуктивных технологий, помимо психологического дискомфорта в этот период указывают на сексуальное неудовлетворение [39]. Среди симптомов нередко жалобы на сексуальную дисфункцию, нарушение возбуждения, боли при половом акте и другие негативные симптомы. Частота и тяжесть этих нарушений в ассоциации с психологическими

and on the other hand, it increases the role of age-related changes in the female body. A decrease in fertility in women begins already at the age of 25-30 [2]. After 30 years, the ability to conceive decreases almost 2 times compared to 20-year-olds and decreases significantly after 35 years [1]. As a result, planning the first pregnancy for a later age, when women's reproductive capacity decreases, leads to an increase in the number of cases of age-related infertility [34].

Clinical observations indicate that women currently consult their doctor about infertility much later than in the last decade of the last century [13]. The mean age of patients at their first visit to a specialized clinic is from 31 to 34 years [21; 46 years] [13, 20, 18, 35], with an average duration of infertility lasting from 3 to 6 years [19, 24, 36].

Psychosocial consequences of infertility

Seeking help with typical complaints usually indicates that a woman has been in a stressful situation for a long time, and the fact of inability to conceive is not always the only worrying moment. Childless women are more often subject to stigmatization, isolation, ostracism, neglect from their husband, mother-in-law, other relatives, including members of their own family, and the local community. This can lead to psychological and physical violence, disinheritance [37, 38].

In questionnaire surveys, more than two thirds of women say that their inability to give birth to a live child led to marital discord. Many were threatened with polygamy (38%), and every fifth (20%) with divorce [38].

The prevalence of stress associated with infertility is quite high, and according to some studies, it can reach 92%. It does not depend on education, income, knowledge of the cause of infertility or history of treatment in the past. Stress is higher in women over 35 years of age, living in a cohabiting marriage, having no living children and with a duration of infertility of 4-6 years [36].

According to self-reports, up to 43.5% of women seeking help in the field of assisted reproductive technologies, in addition to psychological discomfort during this period, indicate sexual dissatisfaction [39]. Symp-

нарушениями может увеличиваться, особенно, если продолжительность бесплодия превышает 8 лет [40].

Психические и поведенческие нарушения

При первичном обращении лишь 10% женщин сообщают о наличии у них эмоциональных нарушений, связанных с неспособностью забеременеть [41]. Однако при целенаправленном опросе у 16-37% женщин выявляются клинически оформленные признаки психических нарушений в виде расстройства адаптации со смешанной тревожностью и подавленным настроением, у 8% расстройства пищевого поведения, включая приверженность различного рода диетам, отдельным продуктам или отказа от них [41, 42]. У 5-10% пациенток возможна двунаправленная взаимосвязь – развитие бесплодия на фоне депрессии, тревоги и пищевых девиаций, а по мере формирования инфертильности усиление тяжести симптомов эмоциональных нарушений. Это предположение указывает на то, что психологическая поддержка и психотерапия может быть важным компонентом лечения бесплодия [30], но не всегда доступна этим пациенткам [15, 25].

Тяжесть депрессивных переживаний меньше у женщин с необъяснимым бесплодием и установленным диагнозом < 1 года или > 6 лет. Наиболее выраженные нарушения у пациенток с анамнезом от 2 до 3 лет, а также с выявленным причинным фактором [43]. Такая временная динамика позволяет предположить изменение субъективного отношения женщины к ситуации. Если в течение первого года компенсирующим фактором может быть надежда на достижение желаемого результата и наступление беременности, то спустя 6 лет, защитные механизмы позволяют переоценить проблему, принять бесплодие как реальность, и/или найти наиболее психологически приемлемые другие жизненные цели.

Ведущей фабулой депрессивных переживаний у этих женщин является неспособность родить ребёнка. Негативное отношение со стороны мужа (часто), свекрови (часто), собственных родителей и других родственников могут поддерживать или усиливать тяжесть переживаний, способствовать формированию идей самообвинения (часто), никчемности и малоценности, чувства стыда, а неэффективность лечения, представлений о бесперспективности дальнейших усилий и безнадёжности. Депрессивные симптомы часто ассоциированы с тревогой, нередко различного рода страхами и мистическими представлениями, что может отражаться на внутренней кар-

томы often include complaints of sexual dysfunction, arousal disorder, pain during intercourse and other negative symptoms. The frequency and severity of these disorders in association with psychological disorders may increase, especially if the duration of infertility exceeds 8 years [40].

Mental and behavioral disorders

During the initial visit, only 10% of women report having emotional disorders associated with the inability to conceive [41]. However, during targeted questioning, 16-37% of women show clinically evident signs of mental disorders in the form of adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood, and 8% have eating disorders, including adherence to various diets, certain foods, or refusal to eat them [41, 42]. In 5-10% of patients, a bidirectional relationship is possible: infertility develops against the background of depression, anxiety, and eating deviations, and as infertility develops, the severity of emotional disorders increases. This assumption indicates that psychological support and psychotherapy can be an important component of infertility treatment [30], but is not always available to these patients [15, 25].

The severity of depressive experiences is less in women with unexplained infertility and an established diagnosis of < 1 year or > 6 years. The most pronounced disorders are in patients with a history of 2 to 3 years, as well as with an identified causal factor [43]. Such time dynamics allow us to assume a change in the woman's subjective attitude to the situation. If during the first year the compensating factor can be the hope of achieving the desired result and pregnancy, then after 6 years, defense mechanisms allow us to reassess the problem, accept infertility as reality, and/or find the most psychologically acceptable other life goals.

The leading plot of depressive experiences in these women is the inability to give birth to a child. Negative attitude on the part of the husband (often), mother-in-law (often), parents and other relatives can support or increase the severity of experiences, contribute to the formation of ideas of self-blame (often), worthlessness and insignificance, a sense of shame, and the ineffectiveness of treatment, ideas about the futility of further efforts and hopelessness. Depres-

тине болезни и поведении. Так, женщины с невысоким образованием могут объяснять материнскую несостоятельность сверхъестественными причинами, такими как порча, сглаз, действие злых духов, колдовства и божьего возмездия. Это является частым мотивом (до 8,8%) посещения знахарей, различного рода целителей, известных духовных и религиозных мест. Более образованная группа обвиняют в своем бесплодии пищевые, экологические, супружеские, психосексуальные, соматогенные и другие «объективные» факторы [25, 44, 45]. Однако при целенаправленных опросах каждый третий сообщает, что не до конца понимает медицинскую природу своего бесплодия или бесплодия партнёра [46].

В этих ситуациях высок риск формирования в структуре депрессии различной степени выраженности самообвинений, характер которых обычно достаточно типичен. Это может быть проведённый ранее аборт (или несколько). Несмотря на то, что искусственное прерывание беременности, выполненное специалистом в рекомендуемые сроки, сводит к минимуму риск бесплодия в будущем [47, 48], тем не менее, в общественном сознании данная ассоциация достаточно сильна, и часто поддерживается телевидением и СМИ. Подобная практика искажения информации может быть частично объяснена появлением историй о незаконных абортах или абортах, проводимых вне рамок современной медицины [49], чаще регистрируемых при разборе случаев у подростков, прибегающих к подпольным методам прерывания беременности, последствия которых могут быть разрушительными [50]. Безусловно, не все случаи прерывания беременности являются причиной infertility в будущем, однако в группе женщин с установленным диагнозом у каждой четвертой (24,0%) в анамнезе присутствуют данные о проведённом аборте, выполненном по желанию [51]. В случае осложнений развитие infertility в будущем может достигать 37% [52].

Проводимые опросы свидетельствуют о том, что распространёнными источниками информации об абортах являются врачи (79,1%), веб-сайты (70,1%), друзья (50,7%) и члены семьи (40,3%). Обращается внимание, что не всегда получаемые сведения даже от врачей и специализированных веб-сайтов клиник достоверны и отражают современные научные достижения в этой области знаний [53].

Не менее актуальны у этих женщин переживания относительно перенесённых ранее инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), тем более,

sive symptoms are often associated with anxiety, often various kinds of fears and mystical ideas, which can be reflected in the internal picture of the disease and behavior. Thus, women with low education can explain maternal failure by supernatural causes, such as damage, the evil eye, the action of evil spirits, witchcraft and divine retribution. This is a frequent motive (up to 8.8%) for visiting healers, various kinds of healers, famous spiritual and religious places. The more educated group blames their infertility on dietary, environmental, marital, psychosexual, somatogenic and other “objective” factors [25, 44, 45]. However, in targeted surveys, every third person reports that they do not fully understand the medical nature of their infertility or that of their partner [46].

In these situations, there is a high risk of developing self-accusations of varying severity in the structure of depression, the nature of which is usually quite typical. This may be a previous abortion (or several). Despite the fact that artificial termination of pregnancy, performed by a specialist within the recommended time frame, minimizes the risk of infertility in the future [47, 48], nevertheless, in the public consciousness this association is quite strong, and is often supported by television and the media. Such a practice of distorting information can be partially explained by the emergence of stories about illegal abortions or abortions performed outside the framework of modern medicine [49], more often recorded when analyzing cases of adolescents who resort to underground methods of termination of pregnancy, the consequences of which can be devastating [50]. Of course, not all cases of termination of pregnancy are the cause of infertility in the future, but in the group of women with an established diagnosis, every fourth (24.0%) has a history of an abortion performed at will [51]. In case of complications, the development of infertility in the future can reach 37% [52].

Conducted surveys indicate that common sources of information about abortions are doctors (79.1%), websites (70.1%), friends (50.7%) and family members (40.3%). It is noted that the information received even from doctors and specialized websites of clinics is not always reliable and does not reflect modern scientific achieve-

что большинство доступных носителей информации, особенно интернет-ресурсов, клиник, занимающихся проблемами бесплодия, указывают на ИППП как один из ведущих этиологических факторов. Так, например, на долю *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium* отводится до 30% причин infertility у женщин, преимущественно за счёт воспалительного процесса в фаллопиевых трубах и органах малого таза [54, 55, 56]. Нередкая субъективная гиперболизация значимости этого фактора, способствует ухудшению эмоционального состояния, усилению депрессивной и тревожной симптоматики. Для этих женщин типичны высокая частота проведения всевозможных дополнительных методов обследования, смены лечащего врача и медицинского учреждения, использования нетрадиционных методов лечения и др. Обычно подобное поведение не способствует улучшению настроения, а усиливает ипохондрические переживания и ведёт к социальной дезадаптации.

Менее распространены, но ассоциированы с более тяжёлыми эмоциональными нарушениями формы бесплодия, вызванные врождёнными аномалиями мочеполовой системы, такие как расщелина позвоночника (*spina bifida*), комплекс экстрофии мочевого пузыря, эписпадия [57]. Благодаря современным методам лечения и медицинским знаниям девочки с врождёнными урологическими нарушениями доживают до зрелого возраста [57, 58]. Однако косметические проблемы, связанные с внешним видом и функционированием половых органов, могут усиливать психологические расстройства, включая тяжёлую депрессию, суицид и сексуальную дисфункцию [57]. К подобным нарушениям может привести и вульводиния [59].

Наступившая беременность чаще кардинально меняет ситуацию. Однако её утрата, особенно после успешного применения вспомогательной репродуктивной терапии, возвращает всю гамму негативных эмоций, привнося в неё новые, как правило, более тяжёлые переживания, описываемых как *гестационное горе*. Наиболее частыми негативными психосоциальными проявлениями реакции на утрату являются депрессия (54,5%), отчаяние или потеря надежды / вина / гнев (45,5%), тревога (36,4%), фрустрация (27,3%) и тоска / шок / мысли о самоубийстве / изоляция (18,2%). Поэтому психологическая поддержка в этот период очень важна, и при правильной работе позволяет сохранить надежду забеременеть у большинства пациенток [60].

ments in this field of knowledge [53].

No less relevant for these women are the experiences regarding previously suffered sexually transmitted infections (STIs), especially since most available information carriers, especially Internet resources, clinics dealing with infertility problems, indicate STIs as one of the leading etiological factors. For example, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Mycoplasma genitalium* account for up to 30% of the causes of infertility in women, mainly due to the inflammatory process in the fallopian tubes and pelvic organs [54, 55, 56]. Frequent subjective exaggeration of the significance of this factor contributes to the deterioration of the emotional state, an increase in depressive and anxiety symptoms. These women are characterized by a high frequency of all kinds of additional examination methods, a change in the attending physician and medical institution, the use of alternative methods of treatment, etc. Usually, such behavior does not contribute to an improvement in mood, but increases hypochondriacal experiences and leads to social maladjustment.

Less common, but associated with more severe emotional disturbances, are forms of infertility caused by congenital anomalies of the genitourinary system, such as *spina bifida*, bladder exstrophy complex, and epispadias [57]. Thanks to modern treatment methods and medical knowledge, girls with congenital urological disorders survive to adulthood [57, 58]. However, cosmetic problems associated with the appearance and functioning of the genitals can increase psychological disorders, including severe depression, suicide, and sexual dysfunction [57]. Vulvodynia can also lead to similar disorders [59].

The onset of pregnancy often changes the situation dramatically. However, its loss, especially after successful use of assisted reproductive therapy, returns the whole range of negative emotions, bringing in new, usually more severe experiences, described as gestational grief. The most common negative psychosocial reactions to loss are depression (54.5%), despair or loss of hope/guilt/anger (45.5%), anxiety (36.4%), frustration (27.3%), and sadness / shock / suicidal thoughts/isolation (18.2%). Therefore, psychological support during this peri-

Среди факторов, способных усилить тяжесть переживаний, привести в них дополнительные негативные психопатологические и соматические компоненты, большое значение имеют психические заболевания (депрессия, биполярное расстройство и др.), симптомы, связанные с гормональным циклом или его нарушениями, имеющиеся до актуализации проблемы бесплодия.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что частота серьёзных депрессивных расстройств в течение жизни у женщин (21,3%) почти в два раза выше, чем у мужчин (12,7%) [61]. При этом гормональный фактор, имеет доказанную связь с эмоциональным состоянием и его нарушениями, в том числе и депрессии. Наиболее распространён предменструальный синдром (ПМС), при котором характер и тяжесть эмоциональных нарушений у отдельных женщин может сильно различаться. В перечне негативных эмоциональных и поведенческих проявлений, регулярно ассоциированных с циклом, могут быть тревога, головные боли, плаксивость, подавленность, снижение либидо, страх или беспокойство, трудности концентрации внимания, нарушения аппетита, неудовлетворённость своей внешностью и др. [45]. В случае развития бесплодия эти симптомы могут выступать в качестве базиса для формирования психопатологических синдромов, и при их развитии стать составной частью.

Психические нарушения наблюдаются у многих женщин при синдроме поликистозных яичников. Высок риск развития депрессии, аффективных и сопутствующих расстройств, снижающих психическое благополучие и качество жизни. Часто ассоциирующиеся с этим патологическим состоянием расстройства пищевого поведения, ожирение, гирсутизм, нерегулярные менструации являются источником психологических проблем, низкой самооценки, а формирование инфертильности усугубляет эти нарушения, нередко способствуя тяжёлой психосоциальной дезадаптацией, развитию депрессии и повышению суицидального риска [45, 62, 63].

В целом, характеризуя контингент женщин, страдающим бесплодием, можно отметить значительное число действующих на них психотравмирующих факторов, связанных с субъективной оценкой себя и репродуктивной способности, отношения супруга, ближайших родственников и социума. Это определяет высокий риск развития эмоциональных нарушений, в том числе поддерживаемых социальной стигматизацией, и может служить потенцирующей

od is very important, and if done correctly, it allows maintaining hope of pregnancy in most patients [60].

Among the factors capable of increasing the severity of experiences, bringing additional negative psychopathological and somatic components to them, mental illnesses (depression, bipolar disorder, etc.), symptoms associated with the hormonal cycle or its disorders, present before the actualization of the infertility problem are of great importance.

Epidemiological studies indicate that the frequency of serious depressive disorders during life in women (21.3%) is almost twice as high as in men (12.7%) [61]. At the same time, the hormonal factor has a proven connection with the emotional state and its disorders, including depression. The most common is premenstrual syndrome (PMS), in which the nature and severity of emotional disorders in individual women can vary greatly. The list of negative emotional and behavioral manifestations regularly associated with the cycle may include anxiety, headaches, tearfulness, depression, decreased libido, fear or anxiety, difficulty concentrating, appetite disorders, dissatisfaction with one's appearance, etc. [45]. In the case of infertility, these symptoms may act as a basis for the formation of psychopathological syndromes, and with their development, become an integral part.

Mental disorders are observed in many women with polycystic ovary syndrome. There is a high risk of developing depression, affective and related disorders that reduce mental well-being and quality of life. Eating disorders, obesity, hirsutism, and irregular menstruation, which are often associated with this pathological condition, are a source of psychological problems and low self-esteem, and the development of infertility exacerbates these disorders, often contributing to severe psychosocial maladaptation, the development of depression, and an increase in the risk of suicide [45, 62, 63].

In general, when characterizing the contingent of women suffering from infertility, it is possible to note a significant number of psychotraumatic factors affecting them, related to the subjective assessment of themselves and their reproductive capacity, the attitude of their spouse, close relatives

щим фактором суицидальной активности.

Суицидальное поведение

Несмотря на то, что депрессия и другие эмоциональные расстройства у бесплодных женщин хорошо документированы, о взаимосвязи между infertility и риском самоубийства известно достаточно мало [64]. Практически отсутствует и статистика суицидальных действий среди данного контингента. В качестве причин такой ситуации можно указать на отсутствие соответствующей категории учёта в действующих национальных регистрах и отнесение случаев реализованных суицидов и покушений на них в общую статистическую базу самоповреждений. Однако и при её формировании можно ожидать получения неоднозначных цифр по разным территориям и регистрам. Прежде всего, это связано с возможными сложностями объективного подтверждения роли бесплодия в качестве ведущей причины / мотива суицидального поведения. Учитывая отмеченные выше психологические и личностные особенности женщин, высокую частоту идей самообвинения в неспособности забеременеть и самоуничтожения, реальные мотивы они готовы скрывать и при опросе озвучивать типовые психосоциальные факторы. В случае завершённого суицида постмортальная психолого-психиатрическая экспертиза также не всегда может подтвердить их ведущую роль [65].

Проводимые научные исследования, в задачи которых входило изучение эмоционального состояния и психических нарушений, указывают на наличие у части пациенток различных форм суицидального поведения [37, 41, 44, 66 и др.]. Мысли о самоубийстве, ассоциированные с бесплодием, регистрируются с частотой от 9,4 [64] до 20% [46]. Суицидальные попытки в анамнезе также выявляются чаще, чем в общей популяции [64, 67], но, как и в случае с летальными суицидами, точные данные о реальном количестве покушений отсутствуют [68]. Нет достоверных сведений и о наиболее часто используемых средствах и способах суицидальных действий, условий их совершения. Лишь можно предположить, что эти женщины предпочитают, как и в общей популяции, самоотравление лекарственными средствами. Основой такой версии является высокая вовлечённость пациенток в лечебный процесс и наличие на руках большого количества различных медикаментов. Косвенными данными об уровне аутоагрессивных действий при бесплодии также могут быть показатели распространённости умышленных несуйцидальных самоповреждений, частота кото-

and society. This determines the high risk of developing emotional disorders, including those supported by social stigmatization, and can serve as a potentiating factor for suicidal activity.

Suicidal behavior

Despite the fact that depression and other emotional disorders in infertile women are well documented, relatively little is known about the relationship between infertility and the risk of suicide [64]. There are also virtually no statistics on suicidal actions among this contingent. The reasons for this situation can be the lack of a corresponding category of registration in existing national registers and the inclusion of cases of completed suicides and attempts at them in the general statistical database of self-harm. However, even when forming it, one can expect to receive ambiguous figures for different territories and registers. First of all, this is due to the possible difficulties in objectively confirming the role of infertility as the leading cause/motive of suicidal behavior. Given the above-mentioned psychological and personal characteristics of women, the high frequency of ideas of self-blame for the inability to conceive and self-abasement, they are ready to hide their real motives and voice typical psychosocial factors when questioned. In the case of completed suicide, postmortem psychological and psychiatric examination also cannot always confirm their leading role [65].

Conducted scientific studies, the objectives of which included the study of the emotional state and mental disorders, indicate the presence of various forms of suicidal behavior in some patients [37, 41, 44, 66, etc.]. Thoughts of suicide associated with infertility are recorded with a frequency of 9.4 [64] to 20% [46]. A history of suicide attempts is also found more frequently than in the general population [64, 67], but, as in the case of fatal suicides, there is no accurate data on the actual number of attempts [68]. There is also no reliable information on the most frequently used means and methods of suicidal actions, or the conditions under which they are committed. It can only be assumed that these women, like in the general population, prefer self-poisoning with drugs. The basis for this version is the high involvement of patients in the treatment process and the pres-

рых, согласно отдельным публикациям, достигает 13% [69].

Комплексная оценка факторов в целом свидетельствует о более повышенном суицидальном риске при бесплодии, чем у здоровых женщин того же возраста. При этом степень риска имеет неодинаковую высоту при различных формах infertility и его причинах. Показано, что женщины, у которых нет детей (первичное бесплодие), имеют более чем в 2 раза (OR: 2,43; 95% ДИ: 1,38-3,71) бóльший риск самоубийства, чем женщины, у которых был хотя бы один ребёнок. Женщины с вторичным бесплодием, у которых есть ребёнок, также имеют повышенный риск суицида (OR: 1,68; 95% ДИ 0,82-3,41) [70], но он значительно ниже, чем у бездетных.

Отмеченные разные уровни суицидального риска подтверждают наличие ребёнка важным фактором сдерживания суицидальной активности. Однако у женщины с бесплодием могут присутствовать и негативные потенцирующие агенты – сопутствующие психические расстройства с доминированием депрессивной и тревожной симптоматики, биполярное расстройство, шизофрения, расстройства пищевого поведения и др. [27]. Каждое из этих заболеваний, привнося свой психопатологический радикал, может значительно повысить суицидальный риск. Кроме того, психически больные женщины подвергаются бóльшей стигматизации, имеют меньший доступ к медицинской помощи и страдают от худших социальных последствий [66].

Особое место у данного контингента занимает синдром поликистозных яичников, при котором отмечается более высокая распространённость суицидальных мыслей [27, 67] и почти *семикратное увеличение* числа самоубийств [62] в сравнении с общей популяцией. Поэтому медицинский персонал, оказывающий помощь женщинам с проблемами фертильности, должен быть осведомлён об эмоциональном состоянии своих пациенток [62, 70], а клиническая квалификация данного диагноза должна вести к обязательной оценке психического статуса женщины, включая рутинную оценку суицидального риска и депрессии [64], при необходимости – привлечение специалиста в области психического здоровья.

Бесплодие является одним из наиболее значимых предикторов суицидального риска у женщин, способным проявляться вне или с минимальной ассоциацией с традиционными факторами риска, характерными для общей популяции, такие как уровень образования, социальный статус, наличие рабо-

ence of a large number of different medications on hand. Indirect data on the level of autoaggressive actions in infertility can also be the prevalence rates of intentional non-suicidal self-harm, the frequency of which, according to some publications, reaches 13% [69].

A comprehensive assessment of factors in general indicates a higher suicide risk in infertility than in healthy women of the same age. At the same time, the degree of risk is not the same for different forms of infertility and its causes. It has been shown that women who do not have children (primary infertility) have a more than 2-fold (OR: 2.43; 95% CI: 1.38-3.71) higher risk of suicide than women who have had at least one child. Women with secondary infertility who have a child also have an increased risk of suicide (OR: 1.68; 95% CI 0.82-3.41) [70], but it is significantly lower than in childless women.

The noted different levels of suicide risk confirm that having a child is an important factor in curbing suicidal activity. However, a woman with infertility may also have negative potentiating agents – concomitant mental disorders with a predominance of depressive and anxiety symptoms, bipolar disorder, schizophrenia, eating disorders, etc. [27]. Each of these diseases, introducing its own psychopathological radical, can significantly increase the risk of suicide. In addition, mentally ill women are subject to greater stigmatization, have less access to medical care and suffer from worse social consequences [66].

Polycystic ovary syndrome occupies a special place in this contingent, in which a higher prevalence of suicidal thoughts is noted [27, 67] and an almost sevenfold increase in the number of suicides [62] compared to the general population. Therefore, health care personnel providing care to women with fertility problems should be aware of the emotional state of their patients [62, 70], and the clinical qualification of this diagnosis should lead to a mandatory assessment of the woman's mental status, including a routine assessment of suicide risk and depression [64], and, if necessary, the involvement of a mental health specialist.

Infertility is one of the most significant predictors of suicide risk in women, which

ты / специальности, потребление алкоголя и психоактивных средств и др.

Мотивы суицидального поведения

Невозможность реализовать репродуктивную функцию («я бесплодна...») является личностно значимым психотравмирующим фактором для большинства женщин. Однако не всегда это приводит к суицидальным идеям. Сильные личностные качества, способность принять объективную реальность и найти другие возможные пути самореализации (усыновление / опекунов, религия, искусство, волонтерская деятельность и др.) в сочетании с поддержкой близких во многих случаях позволяют сохранить интерес к жизни.

Для перехода факта бесплодия в категорию мотива суицидального поведения необходимо отсутствие альтернатив («туннельное зрение», в том числе отказ от поиска), внешней поддержки, а психологическая тяжесть данной ситуации должна превысить субъективную ценность собственной жизни. Обычно это также предполагает дополнительное негативное влияние других условий, среди которых важное значение могут иметь скоротечность развития и часто необратимость ситуации, тяжесть и сочетанность действия других психотравмирующих факторов. В качестве примера быстро развившейся и необратимой можно привести инфертильность, наступившую после хирургического лечения при внематочной беременности, маточном кровотечении, других операций. Утрата репродуктивного органа, особенно с плодом, практически любую женщину поставит перед экзистенциальным поиском, и не всегда он будет нацелен на позитивное будущее.

Среди других негативных условий, потенцирующих суицидальную активность, могут выступать [57, 59, 64, 66, 71, 72]:

- идеи самообвинения;
- самоуничижение, стыд;
- экзистенциальные идеи о бесперспективности дальнейшего существования;
- идеи о невозможности реализовать себя;
- желание наказать себя;
- обвинения со стороны мужа, родственников;
- угроза развода и дальнейшего безбрачия;
- социальная стигматизация и идеи отношения;
- врождённые аномалии и другие патологические состояния (например, вульводиния) мочеполовой системы;
- хронические инфекции репродуктивных органов, плохо поддающиеся лечению;

can manifest itself outside of or with minimal association with traditional risk factors typical for the general population, such as education level, social status, employment/specialty, alcohol and psychoactive substance use, etc.

Motives for suicidal behavior

The inability to realize reproductive function ("I am infertile...") is a personally significant psychotraumatic factor for most women. However, this does not always lead to suicidal ideation. Strong personal qualities, the ability to accept objective reality and find other possible ways of self-realization (adoption/guardianship, religion, art, volunteer work, etc.) in combination with the support of loved ones in many cases allow one to maintain an interest in life.

For the fact of infertility to become a motive for suicidal behavior, there must be no alternatives ("tunnel vision", including refusal to search), no external support, and the psychological severity of the situation must exceed the subjective value of one's own life. Usually, this also implies an additional negative impact of other conditions, among which the rapidity of development and often irreversibility of the situation, the severity and combination of other psychotraumatic factors can be of great importance. An example of rapidly developing and irreversible infertility is infertility that occurs after surgical treatment for ectopic pregnancy, uterine bleeding, and other operations. The loss of a reproductive organ, especially with a fetus, will put almost any woman in front of an existential search, and it will not always be aimed at a positive future.

Other negative conditions that can potentiate suicidal activity include [57, 59, 64, 66, 71, 72]:

- ideas of self-blame;
- self-abasement, shame;
- existential ideas about the futility of further existence;
- ideas about the impossibility of realizing oneself;
- the desire to punish oneself;
- accusations from the husband, relatives;
- the threat of divorce and further celibacy;
- social stigmatization and ideas of attitude;

– другие.

Нередко эти идеи могут сочетаться, менять степень приоритетности и периодически актуализироваться под влиянием различных внешних факторов, СМИ и интернет-ресурсов.

Важно отметить, что бездетность как мотив и значимый предиктор суицидального риска, может проявляться как в остром, так и отдалённом периоде (в будущем). В первом случае это проявляется как ведущий и осознаваемый мотив в ситуации подтверждения диагноза infertility, непосредственно её наступления после хирургического вмешательства, может быть после очередной неудачи забеременеть или потери беременности. В отдалённом периоде, не выступая на первый план, эти идеи могут присутствовать в качестве со-мотива, нередко не осознаваемого самой женщиной, но оказывающего значимое влияние на принятие суицидального решения в сложных жизненных ситуациях. В качестве примера из опыта экспертной работы (П.Б.): супружеская пара (муж – 63 года, жена – 57 лет), потерявшая единственного позднего ребёнка (сын 15 лет) после тяжёлого гематологического заболевания, совершила парное самоубийство, прыгнув с крыши девятиэтажного дома, на девятый день после похорон. В предсмертной записке, написанной женской рукой, после слов о тяжёлой утрате: «... мы в том возрасте, что не сможем дать новую жизнь и оставить кого-то после себя ...».

Диагностика суицидального поведения

Учитывая, что infertile женщины имеют повышенный риск самоубийства, диагностика суицидального поведения является важной задачей с целью оказания своевременной психологической поддержки и предупреждения преждевременной трагической гибели. Медицинскому персоналу, включая врачей и медицинских сестёр, необходимо оценивать эмоциональное состояние женщин при каждом обращении в клинику, и при первых признаках депрессии и/или тревоги обязательно проводить опрос относительно наличия актуальных суицидальных мыслей, возможных планов. При этом не следует избегать прямого вопроса о наличии суицидальных мыслей. Также необходим сбор суицидального анамнеза, включая мысли и покушения на самоубийство в прошлом, мотивы, определявшие их формирование, а также факторы, которые, по мнению женщины, позволили преодолеть прежнюю стрессовую ситуацию (поиск компенсаторных факторов, стратегий преодоления и др.).

- congenital anomalies and other pathological conditions (for example, vulvodinia) of the genitourinary system;
- chronic infections of the reproductive organs that are difficult to treat;
- other.

Often these ideas can be combined, change their degree of priority and periodically be updated under the influence of various external factors, media and Internet resources.

It is important to note that childlessness as a motive and a significant predictor of suicide risk can manifest itself both in the acute and remote (future) periods. In the first case, it manifests itself as a leading and conscious motive in the situation of confirmation of the diagnosis of infertility, its immediate onset after surgery, perhaps after another failure to conceive or loss of pregnancy. In the remote period, without coming to the fore, these ideas can be present as a co-motive, often not consciously recognized by the woman herself, but having a significant impact on making a suicidal decision in difficult life situations. As an example from the expert work (P.B.): a married couple (63-year-old husband, 57-year-old wife), who lost their only late child (15-year-old son) after a severe hematological disease, committed a couple's suicide by jumping from the roof of a nine-story building on the ninth day after the funeral. In a suicide note written by a woman, after the words about a heavy loss: "... we are at that age that we will not be able to give a new life and leave someone behind ...".

Diagnosing suicidal behavior

Considering that infertile women have an increased risk of suicide, diagnosing suicidal behavior is an important task in order to provide timely psychological support and prevent premature tragic death. Medical personnel, including doctors and nurses, need to assess the emotional state of women at each visit to the clinic, and at the first signs of depression and/or anxiety, it is imperative to conduct a survey regarding the presence of current suicidal thoughts, possible plans. At the same time, a direct question about the presence of suicidal thoughts should not be avoided. It is also necessary to collect a suicidal anamnesis, including thoughts and attempts at suicide in the past, the motives that determined their

Важно отметить, что не все женщины готовы сразу открыто говорить на тему добровольного ухода из жизни, чему способствуют отмеченные выше тревожность, неуверенность в себе и характерологические особенности. Поэтому при общении необходимо создание максимально доверительной обстановки. Чаще женщины не удовлетворены своей жизнью в настоящем, для них характерно отсутствие целей на будущее, а временная перспектива мало определена [73]. Тем не менее, при уточняющем опросе большинство пациенток способны указать некие типовые / плановые события своего ближайшего и отдалённого будущего. При формировании суицидальных идей и особенно планов на добровольный уход, личная линия жизни у женщин обычно значительно меняется, часто обрывается. В этом случае психологические настройки не позволяют им заглянуть в собственное будущее сверх намеченной черты, часто определяемой действием какого-либо субъективно значимого фактора, в качестве которого может выступать очередная (или «последняя») неудавшаяся попытка забеременеть, хирургическая утрата фертильных органов, актуализация мужем темы развода и др. Настораживающим признаком для специалиста должна быть дихотомия – трудности вербализации собственного будущего (включая обычную жизнь, трудовую деятельность, социальное функционирование и др.) при достаточно уверенном описании плановых событий других (из опыта работы П.Б.).

Профилактика суицидального поведения и помощь

Предупреждение случаев самоубийств и снижение суицидальной настроенности этой категории женщин – сложная проблема, для решения которой требуется *системная работа* специалистов различного профиля.

Если предыдущий этап диагностики квалифицировал бесплодие в качестве ведущего предиктора суицидального поведения, основа коррекционной помощи должна быть ориентирована на этот ключевой мотив, при условии обязательной актуализации базовых факторов антисуицидального барьера (ценность собственной жизни, значимость для близких, наличие нереализованных планов, страх смерти и др.) [74]. Обязательна работа с идеями самообвинения, самоуничтожения, мистическими взглядами на причины бесплодия. Важна проработка экзистенциальных вопросов, в том числе смысла страдания (с ориентиром на успешное разрешение ситуации),

as well as factors that, in the woman's opinion, allowed her to overcome the previous stressful situation (search for compensatory factors, coping strategies, etc.).

It is important to note that not all women are ready to immediately speak openly about voluntary withdrawal, which is facilitated by the above-mentioned anxiety, self-doubt and character traits. Therefore, it is necessary to create the most trusting environment possible during communication. More often, women are dissatisfied with their lives in the present, they are characterized by a lack of goals for the future, and the time perspective is poorly defined [73]. Nevertheless, during a clarifying survey, most patients are able to indicate some typical / planned events in their near and distant future. When suicidal ideas and especially plans for voluntary withdrawal are formed, the personal line of life of women usually changes significantly, often ending. In this case, psychological settings do not allow them to look into their own future beyond the intended line, often determined by the action of some subjectively significant factor, which may be another (or "last") unsuccessful attempt to get pregnant, surgical loss of fertile organs, the husband's actualization of the topic of divorce, etc. A dichotomy should be an alarming sign for a specialist - difficulties in verbalizing their own future (including ordinary life, work activity, social functioning, etc.) with a fairly confident description of the planned events of others (from the P.B. experience).

Prevention of suicidal behavior and assistance

Prevention of suicide cases and reduction of suicidal tendencies in this category of women is a complex problem, the solution of which requires systematic work of specialists of various profiles.

If the previous stage of diagnostics has classified infertility as a leading predictor of suicidal behavior, the basis of corrective assistance should be focused on this key motive, subject to mandatory updating of the basic factors of the anti-suicide barrier (the value of one's own life, its importance to loved ones, the presence of unrealized plans, fear of death, etc.) [74]. It is necessary to work with ideas of self-blame, self-abasement, and mystical views on the caus-

обучение женщин различным стратегиям регуляции эмоций, альтернативным навыкам позитивного совладания [15, 64]. В качестве простых и быстро реализуемых – советы относительно изменения образа жизни, улучшения физической активности, сна, питания, социальной / трудовой активности и др. [27, 62].

Обязательным условием является вовлечение в терапевтический круг супруга, что способствует более равномерному разделению ответственности в семейной паре, уменьшению выраженности идей самообвинения, улучшению поддержки и эмоциональному состоянию женщины, повышению качества её жизни [75, 76, 77].

При неэффективности традиционных методов лечения бесплодия показано использование вспомогательных репродуктивных технологий, в результате применения которых каждая вторая женщина может забеременеть и родить ребёнка [35]. Однако высок процент и тех, кому, даже при неоднократной попытке не удаётся преодолеть проблему бесплодия. У многих это способствует ухудшению эмоционального состояния, и примерно у 10% приводит к развитию депрессии средней или тяжёлой степени [69], в том числе с суицидальными идеями [78].

В случае подтверждения необратимого бесплодия консультация психотерапевта / психиатра обязательна [75]. В психокоррекционной работе, помимо отмеченных выше задач, требуется бóльший акцент на принятие женщиной этой ситуации, поиск / формирование индивидуально приемлемых стратегий совладания и переориентирование на другие экзистенциально значимые цели жизни и формы поведения. В качестве возможных вариантов обсуждается вопрос приемлемости усыновления ребёнка [79], патронатное воспитание и/или сосредоточение внимания на других жизненных целях [80], среди которых могут быть волонтерство, творческая деятельность, искусство, религиозное служение и др.

Помощь женщинам после совершения суицидальной попытки проводится по тем же принципам, но с учётом характера эмоционально-когнитивного выхода и этапа (длительности) постсуицидального периода.

Заключение

Отсутствие возможности родить ребёнка ложится тягостным бременем на психологическое состояние женщины, негативно влияет на её социальную активность и качество жизни, у многих способствует развитию депрессии с идеями самообвинения и зна-

es of infertility. It is important to work through existential issues, including the meaning of suffering (with a focus on successfully resolving the situation), teaching women various strategies for regulating emotions, and alternative positive coping skills [15, 64]. Simple and quickly implemented options include advice on changing lifestyle, improving physical activity, sleep, nutrition, social/work activity, etc. [27, 62]. A mandatory condition is the involvement of the spouse in the therapeutic circle, which contributes to a more equal division of responsibility in the couple, a decrease in the severity of self-blame, improved support and emotional state of the woman, and an increase in her quality of life [75, 76, 77].

If traditional methods of infertility treatment are ineffective, the use of assisted reproductive technologies is indicated, as a result of which every second woman can become pregnant and give birth to a child [35]. However, there is a high percentage of those who, even with repeated attempts, fail to overcome the problem of infertility. For many, this contributes to a deterioration in the emotional state, and in about 10% it leads to the development of moderate or severe depression [69], including suicidal ideas [78].

In case of confirmation of irreversible infertility, a consultation with a psychotherapist / psychiatrist is mandatory [75]. In addition to the above-mentioned tasks, psychocorrectional work requires a greater emphasis on the woman's acceptance of this situation, the search for/formation of individually acceptable coping strategies, and reorientation to other existentially significant life goals and behavior patterns. Possible options include the acceptability of adopting a child [79], foster care, and/or focusing on other life goals [80], which may include volunteering, creative work, art, religious service, etc.

Assistance after a suicide attempt is provided according to the same principles, but taking into account the nature of the emotional-cognitive exit and the stage (duration) of the post-suicide period.

Conclusion

The inability to give birth to a child places a heavy burden on a woman's psychological state, negatively affects her social activity and quality of life, and in many

чительно повышает риск самоубийства. Это определяет важность системной и многоуровневой работы специалистов различного профиля и, помимо лечения бесплодия, оказания психологической поддержки женщины на всех этапах наблюдения. Помощь должна быть ориентирована на ключевой мотив с проработкой идей самообвинения, мистических представлений о причинах infertility, экзистенциальных вопросов, обучением женщин различным стратегиям регуляции эмоций, альтернативным навыкам позитивного совладания. Обязательным условием является вовлечение в терапевтический круг супруга.

Важным аспектом также является подготовка медицинских работников, включая средний медицинский персонал, оказывающих помощь этой категории женщин. В перечне вопросов подготовки целесообразно освещение базовых тем о характере эмоциональных нарушений при бесплодии, основных принципах диагностики суицидального поведения, факторах и методиках оценки риска, отработки навыков психологической поддержки.

contributes to the development of depression with ideas of self-blame and significantly increases the risk of suicide. This determines the importance of systematic and multi-level work of specialists of various profiles and, in addition to infertility treatment, providing psychological support to women at all stages of observation. Assistance should be focused on the key motive with the development of ideas of self-blame, mystical ideas about the causes of infertility, existential issues, teaching women various strategies for regulating emotions, alternative skills of positive coping. A mandatory condition is the involvement of the spouse in the therapeutic circle.

An important aspect is also the training of medical workers, including mid-level medical personnel, providing assistance to this category of women. The list of training issues should cover basic topics about the nature of emotional disorders in infertility, the main principles of diagnosing suicidal behavior, factors and methods of risk assessment, and practicing psychological support skills.

Литература / References:

1. Клинические рекомендации – Женское бесплодие – 2021-2022-2023 (24.06.2021) – Утверждены Минздравом РФ [Clinical recommendations – Female infertility – 2021-2022-2023 (06/24/2021) – Approved by the Ministry of Health of the Russian Federation] (In Russ)
2. Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin Biochem*. 2018 Dec; 62: 2-10. DOI: 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012. PMID: 29555319
3. Margan R., Margan M.M., Fira-Mladinescu C., Putnok S., Tuta-Sas I., Bagiu R., Popa Z.L., Bernad E., Ciuca I.M., Bratosin F., Miloicov-Bacean O.C., Vlaicu B., Dobrescu A. Impact of stress and financials on romanian infertile women accessing assisted reproductive treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 10; 19 (6): 3256. DOI: 10.3390/ijerph19063256. PMID: 35328944
4. Inhorn M.C., Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update*. 2015 Jul-Aug; 21 (4): 411-426. DOI: 10.1093/humupd/dmv016. Epub 2015 Mar 22. PMID: 25801630
5. Савина А.А., Фейгинова С.И., Кураева В.М., Армасhevская О.В. Проблема несопоставимости уровней заболеваемости мужским и женским бесплодием взрослого населения в Российской Федерации. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2020; 66 (4): 7. [Savina A.A., Feiginova S.I., Kuraeva V.M., Armashevskaya O.V. The problem of the disparity in the incidence of male and female infertility of the adult population in the Russian Federation. *Social aspects of public health*. 2020; 66 (4): 7.] (In Russ)
6. Кириллова Е.А., Жигало М.В. Анализ деятельности акушерско - гинекологической службы на территории Саратовской области. *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. 2013; 3 (2): 71. [Kirillova E.A., Zhigalo M.V. Analysis of the activities of the obstetric and gynecological service in the Saratov region. *Bulletin of medical Internet conferences*. 2013; 3 (2): 71.] (In Russ)
7. Суханов А.А., Дикке Г.Б., Кукарская И.И. Эпидемиология женского бесплодия и опыт восстановления репродуктивной функции у пациенток с хроническим эндометритом в Тюменском регионе. *Проблемы репродукции*. 2023; 29 (3): 98-107. [Sukhanov A.A., Dikke G.B., Kukarskaya I.I. Epidemiology of female infertility and the experience of restoring reproductive function in patients with chronic endometritis in the Tyumen region. *Reproduction problems*. 2023; 29 (3): 98-1] (In Russ)
8. Григорова Л.И., Звонарева Е.Б., Сажнева Е.В., Тимофеева О.Ю. Репродуктивное здоровье женщин в Тамбовской области. *Заметки ученого*. 2022; 3: 105-109. [Grigороva L.I., Zvonareva E.B., Sazhneva E.V., Timofeeva O.Y. Reproductive health of women in the Tambov region. *The scientist's notes*. 2022; 3: 105-109.] (In Russ)
9. Лабьгина А.В., Сутурина Л.В., Колесникова Л.И., Даржаев З.Ю., Дашиев Б.Г. Репродуктивное здоровье коренного и пришлого населения Восточной Сибири. *Здоровоохранение Российской Федерации*. 2013; 3: 37-39. [Labygina A.V., Suturina L.V., Kolesnikova L.I., Derzhayev Z.Yu., Dashiyeв B.G. The reproductive health of native and outside population of the Eastern Siberia.

- Healthcare of the Russian Federation*. 2013; 3: 37-39.] (In Russ)
10. Ринчиндоржиева М.П., Колесников С.И., Сутурина Л.В., Лабыгина А.В., Даржаев З.Ю., Шипхинеева Т.И., Дашиев Б.Г., Цыренов Т.Б. Эпидемиология женского бесплодия городского населения республики Бурятия. *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук*. 2011; 4-2 (80): 295-298. [Rinchindorzhieva M.P., Kolesnikov S.I., Suturina L.V., Labygina A.V., Darzhaev Z.Yu., Shiphkhineeva T.I., Dashiev B.G., Tsyrenov T.B. Epidemiology of female infertility in the urban population of the Republic of Buryatia. *Bulletin of the East Siberian Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2011; 4-2 (80): 295-298.] (In Russ)
 11. Устинова Т.А., Артымуков Н.В., Власова В.В., Пыжов А.Я. Бесплодие в Кемеровской области. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2010; 1 (40): 37-39. [Ustinova T.A., Artimuk N.V., Vlasova V.V., Pyshov A.Y. Infertility in couples of Kemerovo region. *Mother and child in Kuzbass*. 2010; 1 (40): 37-39.] (In Russ)
 12. Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Анохова Л.И., Кадалова Н.В., Луговская О.В., Якимова Ю.В., Ананьина Д.А., Туранова О.В. Распространенность и характеристика бесплодия у женщин молодого фертильного возраста, проживающих в Забайкальском крае. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2014; 4 (98): 54-58. [Frolova N.I., Belokrinitckaya T.E., Anokhova L.I., Kadalova N.V., Lugovskaya O.V., Yakimova Yu.V., Ananjina D.A., Turanova O.V. Prevalence and characteristics of infertility in young women of reproductive age living in Zabaykalsky district. *Bulletin of the All-Russian Scientific Research Center of the Russian Academy of Sciences*. 2014; 4 (98): 54-58.] (In Russ)
 13. Wilkes S., Chinn D.J., Murdoch A., Rubin G. Epidemiology and management of infertility: a population-based study in UK primary care. *Fam Pract*. 2009 Aug; 26 (4): 269-274. DOI: 10.1093/fampra/cmp029. PMID: 19502575
 14. Thonneau P., Marchand S., Tallec A., Ferial M.L., Ducot B., Lansac J., Lopes P., Tabaste J.M., Spira A. Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989). *Hum Reprod*. 1991 Jul; 6 (6): 811-816. DOI: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a137433. PMID: 1757519
 15. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Dan Med Bull*. 2006 Nov; 53 (4): 390-417. PMID: 17150146
 16. Snow M., Vranich T.M., Perin J., Trent M. Estimates of infertility in the United States: 1995-2019. *Fertil Steril*. 2022 Sep; 118 (3): 560-567. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2022.05.018. Epub 2022 Jun 14. PMID: 35710598
 17. Bennington L.K. Can complementary/alternative medicine be used to treat infertility? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2010 May-Jun; 35 (3): 140-147; quiz 147-9. DOI: 10.1097/NMC.0b013e3181d76594. PMID: 20453590
 18. Ugwu E.O., Onwuka C.I., Okezie O.A. Pattern and outcome of infertility in Enugu: the need to improve diagnostic facilities and approaches to management. *Niger J Med*. 2012 Apr-Jun; 21 (2): 180-184. PMID: 23311187
 19. Adegbola O., Akindele M.O. The pattern and challenges of infertility management in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci*. 2013 Dec; 13 (4): 1126-1129. DOI: 10.4314/ahs.v13i4.37. PMID: 24940341
 20. Fizazi A., Belmahi N., Sahraoui T. Assisted reproductive technology in Western Algeria. *Afr J Reprod Health*. 2022 Oct; 26 (10): 38-43. DOI: 10.29063/ajrh2022/v26i10.5. PMID: 37585044
 21. Савина А.А., Землянова Е.В., Фейгинова С.И. Потери потенциальных рождений в г. Москве за счет женского и мужского бесплодия. *Здоровье мегаполиса*. 2022; 3 (3): 39-45. [Savina A.A., Zemlyanova E.V., Feiginova S.I. Potential births loss due to male and female infertility in Moscow. *City Healthcare*. 2022; 3 (3): 39-45.] (In Russ) DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i3;39-45
 22. Mascarenhas M.N., Flaxman S.R., Boerma T., Vanderpoel S., Stevens G A. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*. 2012; 9 (12): e1001356. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001356. PMID: 23271957
 23. Zhang F., Feng Q., Yang L., Liu X., Su L., Wang C., Yao H., Sun D., Feng Y. Analysis of the etiologies of female infertility in Yunnan minority areas. *BMC Womens Health*. 2021 Mar 1; 21 (1): 88. DOI: 10.1186/s12905-021-01216-5. PMID: 33648484
 24. Benbella A., Aboulmakarim S., Hardizi H., Zaidouni A., Bezaad R. Infertility in the Moroccan population: an etiological study in the reproductive health centre in Rabat. *Pan Afr Med J*. 2018 Jul 10; 30: 204. DOI: 10.11604/pamj.2018.30.204.13498. PMID: 30574223
 25. Pervin H.H., Kazal R.K., Pervin T., Fatema K., Chowdhury S.A., Nigar K. Treatment seeking practices and etiology of infertile couples in Bangladesh. *Mymensingh Med J*. 2022 Jul; 31 (3): 690-695. PMID: 35780352
 26. Leone Roberti Maggiore U., Chiappa V., Ceccaroni M., Roviglione G., Savelli L., Ferrero S., Raspagliesi F., Spanò Bascio L. Epidemiology of infertility in women with endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2024 Feb; 92: 102454. PMID: 38183767 DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2023.102454. PMID: 38183767
 27. Standeven L.R., Ho A., Hantsoo L. Bridging the gap: integrating awareness of polycystic ovary syndrome into mental health practice. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2024 Jan; 22 (1): 53-62. DOI: 10.1176/appi.focus.20230024. Epub 2024 Jan 12. PMID: 38694159
 28. Tong A., Brown M.A., Winkelmayr W.C., Craig J.C., Jesudason S. Perspectives on Pregnancy in Women With CKD: A Semistructured Interview Study. *Am J Kidney Dis*. 2015 Dec; 66 (6): 951-961. DOI: 10.1053/j.ajkd.2015.08.023. Epub 2015 Oct 6. PMID: 26452499
 29. Павлов Я.Н., Саввина Н.В. Оценка уровня бесплодия разных возрастных групп населения Магаданской области. *Бюллетень Национального научно - исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2023; 2; 32-36. [Pavlov Y.N., Savvina N.V. Assessment of the level of infertility of different age groups of the population of the Magadan region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023; 2: 32-36.] (In Russ) DOI: 10.25742/NRIPH.2023.02.005
 30. Schweiger U., Wischmann T., Strowitzki T. [Mental disorders and female infertility]. *Nervenarzt*. 2012 Nov; 83 (11): 1442-1447. DOI: 10.1007/s00115-012-3662-y. PMID: 23052895

31. Katon J.G., Zephyrin L., Meoli A., Hulugalle A., Bosch J., Callegari L., Galvan I.V., Gray K.E., Haeger K.O., Hoffmire C., Levis S., Ma E.W., McCabe J.E., Nillni Y.L., Pinales S.L., Reddy S.M., Savitz D.A., Shaw J.G., Patton E.W. Reproductive health of women veterans: a systematic review of the literature from 2008 to 2017. *Semin Reprod Med.* 2018 Nov; 36 (6): 315-322. DOI: 10.1055/s-0039-1678750. Epub 2019 Apr 19. PMID: 31003246
32. Темирханова К.Т., Цикунов С.Г., Апчел В.Я., Пятибрат Е.Д. Влияние высокого риска террористической угрозы на фертильные функции женщин республики Дагестан. *Вестник Российской Военно-Медицинской Академии.* 2016; 2 (54): 116-121. [Temirkhanova K.T., Tsykunov S.G., Apchel V.Ya., Pyatibrat E.D. Effect of high terrorist threats risk on women fertile function in Dagestan. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy.* 2016; 2 (54): 116-121.] (In Russ)
33. Barua O.J., Amoateng Y.A. Socio-demographic correlates and trends in the timing of the onset of parenthood among women of reproductive age in Ghana: evidence from three waves of the demographic and health surveys. *F1000Res.* 2023 Feb 10; 12: 157. DOI: 10.12688/f1000research.130349.1. eCollection 2023. PMID: 37533481
34. Baird D.T., Collins J., Egozcue J., Evers L.H., Gianaroli L., Leridon H., Sunde A., Templeton A., Van Steirteghem A., Cohen J., Crosignani P.G., Devroey P., Diedrich K., Fauser B.C., Fraser L., Glasier A., Liebaers I., Mautone G., Penney G., Tarlatzis B. Fertility and ageing. *Hum Reprod Update.* 2005 May-Jun; 11 (3): 261-276. DOI: 10.1093/humupd/dmi006. Epub 2005 Apr 14. PMID: 15831503
35. Baker V.L., Jones C.E., Cometti B., Hoehler F., Salle B., Urbancsek J., Soules M.R. Factors affecting success rates in two concurrent clinical IVF trials: an examination of potential explanations for the difference in pregnancy rates between the United States and Europe. *Fertil Steril.* 2010 Sep; 94 (4): 1287-1291. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.07.1673. Epub 2009 Oct 7. PMID: 19815197
36. Teklemicheal A.G., Kassa E.M., Weldetensaye E.K. Prevalence and correlates of infertility related psychological stress in women with infertility: a cross-sectional hospital based survey. *BMC Psychol.* 2022 Apr 7; 10 (1): 91. DOI: 10.1186/s40359-022-00804-w. PMID: 35392978
37. Hammarberg K., Kirkman M. Infertility in resource-constrained settings: moving towards amelioration. *Reprod Biomed Online.* 2013 Feb; 26 (2): 189-195. DOI: 10.1016/j.rbmo.2012.11.009. Epub 2012 Nov 29. PMID: 23260034
38. Sami N., Ali T.S. Psycho-social consequences of secondary infertility in Karachi. *J Pak Med Assoc.* 2006 Jan; 56 (1): 19-22. PMID: 16454130
39. Gremigni P., Casu G., Mantoani Zaia V., Viana Heleno M.G., Conversano C., Barbosa C.P. Sexual satisfaction among involuntarily childless women: A cross-cultural study in Italy and Brazil. *Women Health.* 2018 Jan; 58 (1): 1-15. DOI: 10.1080/03630242.2016.1267690. Epub 2016 Dec 6. PMID: 27922291
40. Dong M., Xu X., Li Y., Wang Y., Jin Z., Tan J. Impact of infertility duration on female sexual health. *Reprod Biol Endocrinol.* 2021 Oct 9; 19 (1): 157. DOI: 10.1186/s12958-021-00837-7. PMID: 34627263
41. Alosaimi F.D., Altuwirqi M.H., Bukhari M., Abotalib Z., BinSaleh S. Psychiatric disorders among infertile men and women attending three infertility clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* 2015 Sep-Oct; 35 (5): 359-367. DOI: 10.5144/0256-4947.2015.359. PMID: 26506969
42. Sbaragli C., Morgante G., Goracci A., Hofkens T., De Leo V., Castrogiovanni P. Infertility and psychiatric morbidity. *Fertil Steril.* 2008 Dec; 90 (6): 2107-2111. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2007.10.045. Epub 2008 May 7. PMID: 18462733
43. Domar A.D., Broome A., Zuttermeister P.C., Seibel M., Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril.* 1992 Dec; 58 (6): 1158-1163. PMID: 1459266
44. Fido A., Zahid M.A. Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *Int J Soc Psychiatry.* 2004 Dec; 50 (4): 294-300. DOI: 10.1177/0020764004050334. PMID: 15648743
45. Медведев В.Э. Психические расстройства репродуктивного цикла у женщин. *Психиатрия.* 2022; 20 (2): 85-96. [Medvedev V.E. Mental Disorders of the Female Reproductive Cycle. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya).* 2022; 20 (2): 85-96.] (In Russ) DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-85-96
46. Kerr J., Brown C., Balen A.H. The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997. *Hum Reprod.* 1999 Apr; 14 (4): 934-938. DOI: 10.1093/humrep/14.4.934. PMID: 10221223
47. Lin T.B., Hsieh M.F., Hou Y.C., Hsueh Y.L., Chang H.P., Tseng Y.T. Long-term physical health consequences of abortion in Taiwan, 2000 to 2013: A nationwide retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore).* 2018 Aug; 97 (31): e11785. DOI: 10.1097/MD.00000000000011785. PMID: 30075608
48. Jacob L., Gerhard C., Kostev K., Kalder M. Association between induced abortion, spontaneous abortion, and infertility respectively and the risk of psychiatric disorders in 57,770 women followed in gynecological practices in Germany. *J Affect Disord.* 2019 May 15; 251: 107-113. DOI: 10.1016/j.jad.2019.03.060. Epub 2019 Mar 20. PMID: 30921593
49. Sisson G., Rowland B. "I was close to death!": abortion and medical risk on American television, 2005-2016. *Contraception.* 2017 Jul; 96 (1): 25-29. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.03.010. Epub 2017 Mar 29. PMID: 28365166
50. Atuhaire S. Abortion among adolescents in Africa: A review of practices, consequences, and control strategies. *Int J Health Plann Manage.* 2019 Oct; 34 (4): e1378-e1386. DOI: 10.1002/hpm.2842. Epub 2019 Jul 9. PMID: 31290183
51. Чучалина Л.Ю. Роль искусственного прерывания беременности в первом триместре в формировании вторичного бесплодия. *Акушерство и гинекология.* 2016; 11: 113-116. [Chuchalina L.Yu. The role of induced abortion in the first trimester of pregnancy in the development of secondary infertility. *Obstetrics and Gynecology.* 2016; (11): 113-116.] (In Russ) DOI: 10.18565/aig.2016.11.113-6
52. Koster W. Linking two opposites of pregnancy loss: Induced abortion and infertility in Yoruba society, Nigeria. *Soc Sci Med.* 2010 Nov; 71 (10): 1788-1795.

- DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.06.033. Epub 2010 Jul 15. PMID: 20719423
53. Littman L.L., Jacobs A., Negron R., Shochet T., Gold M., Cremer M. Beliefs about abortion risks in women returning to the clinic after their abortions: a pilot study. *Contraception*. 2014 Jul; 90 (1): 19-22. DOI: 10.1016/j.contraception.2014.03.005. Epub 2014 Mar 12. PMID: 24792143
54. Smolarczyk K., Mlynarczyk-Bonikowska B., Rudnicka E., Szukiewicz D., Meczekalski B., Smolarczyk R., Pieta W. The Impact of Selected Bacterial Sexually Transmitted Diseases on Pregnancy and Female Fertility. *Int J Mol Sci*. 2021 Feb 22; 22 (4): 2170. DOI: 10.3390/ijms22042170. PMID: 33671616
55. Tao X., Ge S.Q., Chen L., Cai L.S., Hwang M.F., Wang C.L. Relationships between female infertility and female genital infections and pelvic inflammatory disease: a population-based nested controlled study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2018 Aug 9; 73: e364. DOI: 10.6061/clinics/2018/e364. PMID: 30110069
56. Tsevat D.G., Wiesenfeld H.C., Parks C., Peipert J.F. Sexually transmitted diseases and infertility. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Jan; 216 (1): 1-9. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.08.008. PMID: 28007229
57. De Win G., Dautricourt S., Deans R., Hamid R., Hanna M.K., Khavari R., Misseri R., Mueller M.G., Roth J., Spinoit A.F. Fertility and sexuality issues in congenital lifelong urology patients: female aspects. *World J Urol*. 2021 Apr; 39 (4): 1021-1027. DOI: 10.1007/s00345-020-03461-z. Epub 2020 Sep 28. PMID: 32989556
58. Соловьёв А.Е. Эпизодия у девочек. *Детская хирургия*. 2019; 23 (3): 166-168. [Soloviev A.E. Episodias in girls. *Russian Journal of Pediatric Surgery*. 2019; 23 (3): 166-168.] (In Russ) DOI: 10.18821/1560-9510-2019-23-3-166-168
59. Falsetta M.L., Wood R.W., Linder M.A., Bonham A.D., Honn K.V., Maddipati K.R., Phipps R.P., Haidaris C.G., Foster D.C. specialized pro-resolving mediators reduce pro-nociceptive inflammatory mediator production in models of localized provoked vulvodynia. *J Pain*. 2021 Oct; 22 (10): 1195-1209. DOI: 10.1016/j.jpain.2021.03.144. Epub 2021 Apr 1. PMID: 33813057
60. de Castro M.H.M., Mendonça C.R., Noll M., de Abreu Tacon F.S., do Amaral W.N. psychosocial aspects of gestational grief in women undergoing infertility treatment: a systematic review of qualitative and quantitative evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec 13; 18 (24): 13143. DOI: 10.3390/ijerph182413143. PMID: 34948752
61. Noble R.E. Depression in women. *Metabolism*. 2005 May; 54 (5 Suppl 1): 49-52. DOI: 10.1016/j.metabol.2005.01.014. PMID: 15877314
62. Bishop S.C., Basch S., Futterweit W. Polycystic ovary syndrome, depression, and affective disorders. *Endocr Pract*. 2009 Jul-Aug; 15 (5): 475-82. DOI: 10.4158/EP09083.RAR. PMID: 19454378
63. Тювина Н.А., Николаевская А.О. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 1. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11 (4):117-124. [Tyuvina N.A., Nikolaevskaya A.O. Infertility and mental disorders in women. Message 1. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2019;11 (4):117-124.] (In Russ) DOI: 10.14412/2074-2711-2019-4-117-124
64. Shani C., Yelena S., Reut B.K., Adrian S., Sami H. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res*. 2016; 240: 53-59. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.04.003. Epub 2016 Apr 8. PMID: 27084991
65. Михайлова Н.Ю., Голенков А.В. Анализ посмертных комплексных судебных психолого - психиатрических экспертиз, связанных с самоубийствами. *Девиантология*. 2020; 4 (2): 46-53. [Mikhaylova N.Yu., Golenkov A.V. Analysis of post-mortal forensic psychological and psychiatric examinations related to suicide. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (2): 46-53.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-46-53
66. Douki S., Zineb S.B., Nacef F., Halbreich U. Women's mental health in the Muslim world: cultural, religious, and social issues. *J Affect Disord*. 2007 Sep; 102 (1-3): 177-189. DOI: 10.1016/j.jad.2006.09.027. Epub 2007 Feb 8. PMID: 17291594
67. Shah K., Kulkarni R., Singh R., Pannu H.S., Kamrai D. Role of Bupropion and Naltrexone in managing depression with polycystic ovary syndrome: a case report and literature review. *Cureus*. 2020 Nov 5; 12 (11): e11343. DOI: 10.7759/cureus.11343. PMID: 33304679
68. Strumpf E., Lang A., Austin N., Derksen S.A., Bolton J.M., Brownell M.D., Chateau D., Gregory P., Heaman M.I. Prevalence and clinical, social, and health care predictors of miscarriage. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Mar 5; 21 (1): 185. DOI: 10.1186/s12884-021-03682-z. PMID: 33673832
69. Lok I.H., Lee D.T., Cheung L.P., Chung W.S., Lo W.K., Haines C. Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *J Gynecol Obstet Invest*. 2002; 53 (4): 195-199. DOI: 10.1159/000064560. PMID: 12186982
70. Kjaer T.K., Jensen A., Dalton S.O., Johansen C., Schmiedel S., Kjaer S.K. Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Hum Reprod*. 2011 Sep; 26 (9): 2401-2417. DOI: 10.1093/humrep/der188. Epub 2011 Jun 13. PMID: 21672927
71. Fallahi S., Rostami A., Nourollahpour Shiadeh M., Behniafar H., Paktinat S. An updated literature review on maternal-fetal and reproductive disorders of *Toxoplasma gondii* infection. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2018 Mar; 47 (3): 133-140. DOI: 10.1016/j.jogoh.2017.12.003. Epub 2017 Dec 8. PMID: 29229361
72. Vikström J., Sydsjö G., Hammar M., Bladh M., Josefsson A. Risk of postnatal depression or suicide after in vitro fertilisation treatment: a nationwide case-control study. *BJOG*. 2017 Feb; 124 (3): 435-442. DOI: 10.1111/1471-0528.13788. Epub 2015 Dec 10. PMID: 26663705
73. Рябев Я.В., Киселева Е.Н. Особенности эмоционального состояния, смысложизненных ориентаций и экзистенциальной исполненности женщин с диагнозом бесплодие. *Universum: психология и образование*. 2023; 3 (105). [Ryabets Ya.V., Kiseleva E.N. Features of the emotional state, life orientations and existential fulfillment of women diagnosed with infertility. *Universum: Psychology and Education*. 2023; 3 (105).] (In Russ) DOI: 10.32743/UniPsy.2023.105.3.14977
74. Национальное руководство по суицидологии. Под ред. Б.С. Положего. Москва: МИА, 2019. [The National

- Guide to Suicidology. Edited by B.S. Polozhego. Moscow: MIA, 2019.] (In Russ)
75. Berger D.M. Infertility. A psychiatrist's perspective. *Can J Psychiatry*. 1980 Nov; 25 (7): 553-9. DOI: 10.1177/070674378002500703.PMID: 7437996
76. Cserepes R.E., Kőrösi T., Bugán A. [Characteristics of infertility-specific quality of life in Hungarian couples]. *Orv Hetil*. 2014 May 18; 155 (20): 783-788. DOI: 10.1556/OH.2014.29867. PMID: 24819187
77. Chehreh R., Ozgoli G., Abolmaali K., Nasiri M., Karamelahi Z. Child-Free Lifestyle and the Need for Parenthood and Relationship with Marital Satisfaction among Infertile Couples. *Iran J Psychiatry*. 2021 Jul; 16 (3): 243-249. DOI: 10.18502/ijps.v16i3.6249. PMID: 34616457
78. Kilmer D.L., Lane-Tillerson C. When still waters become a soul tsunami: using the Tidal Model to recover from shipwreck. *J Christ Nurs*. 2013 Apr-Jun; 30 (2): 100-104. DOI: 10.1097/cnj.0b013e31825b8d73. PMID: 23607157
79. Ugwu C., Nugent C. Adoption-related behaviors among women aged 18-44 in the United States: 2011-2015. *NCHS Data Brief*. 2018 Jul; (315): 1. PMID: 30044215
80. van Balen F., Verdurmen J., Ketting E. Choices and motivations of infertile couples. *Patient Educ Couns*. 1997 May; 31 (1): 19-27. DOI: 10.1016/s0738-3991(97)01010-0. PMID: 9197799

INFERTILITY AMONG THE MOTIVES AND FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN WOMEN

P.B. Zotov¹, E.A. Mateikovich^{1,2,3},
S.P. Sakharov^{1,4}, O.V. Senatorova^{1,5},
A.G. Bukhna¹, O.I. Sergeychik⁶,
A.N. Karkachev¹, A.V. Prilenskaya¹

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

²Maternity Hospital No. 3, Tyumen, Russia; mat-maxim@yandex.ru

³Perinatal Center, Tyumen, Russia

⁴Regional Clinical Hospital № 1, Tyumen, Russia

⁵First Cardioclinic, Tyumen, Russia

⁶Industrial University of Tyumen, Russia

Abstract:

The *aim* of the article is to review literature data using our own clinical experience on infertility among the motives and factors of suicidal behavior in women. *Material and methods*: a search was conducted in scientific databases in elibrary.ru, PubMed using the keywords "infertility", "suicide", "suicidal attempt", "suicidal thoughts/ideas". Materials that met the main topic and aim of the study were included in the work. *Results*: The inability to give birth to a child places a heavy burden on the psychological state of a woman, negatively affects her social activity and quality of life, in many contributes to the development of depression with ideas of self-blame, and increases the risk of suicide by two to seven times. Unfavorable potentiating factors are the often formed negative attitude and stigmatization of a woman on the part of her husband, close relatives, the threat of divorce, sexual disorders associated with infertility, gynecological and somatic diseases. A long period of infertility, ineffective treatment, including the use of additional obstetric technologies, exacerbate these phenomena. In order to correct mental disorders arising against the background of infertility, reduce suicidal readiness and prevent suicide, systematic multi-level work of specialists of various profiles is required. Help should be focused on the key motive, subject to the mandatory actualization of the basic factors of the anti-suicide barrier (the value of one's own life, its importance to loved ones, the presence of unrealized plans, fear of death, etc.). It is necessary to work through ideas of self-blame, mystical ideas about the causes of infertility, existential issues, teach women various strategies for regulating emotions, alternative skills of positive coping. A prerequisite is the involvement of the spouse in the therapeutic circle. In case of confirmation of irreversible infertility, greater emphasis is needed on the woman's acceptance of this situation, the search for/formation of individually acceptable coping strategies and reorientation to other existentially significant goals in life and forms of behavior. Possible options include questions of acceptability of child adoption, foster care and/or focusing on other life goals, which may include volunteering, creative work, art, religious service, etc. Assistance after a suicide attempt is provided according to the same principles, but taking into account the nature of the emotional-cognitive exit and the stage/duration of the post-suicide period. In *conclusion*, the authors presume that it is necessary to expand psychological support for this category of women at all stages of observation, with mandatory assessment of suicide risk, as well as training of health workers providing assistance to them, including mid-level medical personnel.

Keywords: infertility, female infertility, suicidal thoughts, suicide, stigmatization, suicide prevention in women

Вклад авторов:

П.Б. Зотов: разработка дизайна исследования, обзор и перевод публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи, описание клинических наблюдений;

Е.А. Матейкович: поиск и отбор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;

С.П. Сахаров: поиск и отбор публикаций по теме статьи;

О.В. Сенаторова: поиск и отбор публикаций по теме статьи;
А.Г. Бухна: перевод публикаций по теме статьи, написание резюме, перевод резюме;
О.И. Сергейчик: перевод публикаций по теме статьи, перевод текста статьи;
А.Н. Каркачев: оформление сведений об авторах, оформление списка литературы;
А.В. Приленская: написание резюме, перевод резюме.

Authors' contributions:

P.B. Zotov: research design development, review and translation of publications on the topic of the article, writing and editing the text of the manuscript, description of clinical observations;
E.A. Mateikovich: search and selection of publications on the topic of the article, writing and editing the text of the manuscript;
S.P. Sakharov: search and selection of publications on the topic of the article;
O.V. Senatorova: search and selection of publications on the topic of the article;
A.G. Bukhna: search and selection of publications on the topic of the article, writing a resume;
O.I. Sergeychik: translation of publications on the topic of the article, translation of the text of the article;
A.N. Karkachev: registration of information about the authors, registration of the list of references;
A.V. Prilenskaya: resume writing, resume translation.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 19.06.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 24.07.2024.

Для цитирования: Зотов П.Б., Матейкович Е.А., Сахаров С.П., Сенаторова О.В., Бухна А.Г., Сергейчик О.И., Каркачев А.Н., Приленская А.В. Бесплодие среди мотивов и факторов суицидального поведения у женщин. *Суицидология*. 2024; 15 (2): 131-152. doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-02(55)-131-152

For citation: Zotov P.B., Mateikovich E.A., Sakharov S.P., Senatorova O.V., Bukhna A.G., Sergeychik O.I., Karkachev A.N., Prilenskaya A.V. Infertility among the motives and factors of suicidal behavior in women. *Suicidology*. 2024; 15 (2): 131-152. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-01(54)-131-152