

Niepłodność a zaburzenia psychiczne

Infertility and mental disorders

Paweł Hołas¹, Maria Radziwoń², Mariusz Wójtowicz³

¹Z II Kliniki Psychiatrii AM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka

²ZI Kliniki Psychiatrii AM w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. W. Szelenberger

³Z Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w Warszawie

Dyrektor: dr n. med. J. Siemaszko

Summary: Infertility is recognised as an important clinical and social issue, because of the common occurrence and therapeutical difficulties. It is suggested by some researchers that psychopathological factors might play an important pathogenic role in its development, some others claim that psychopathology is rather secondary to the infertility. Although a growing number of articles related to this issue are observed, we are far from the simple and commonly accepted model of relationship between psychoemotional factors and infertility. In this article, basing on the literature, a multidimensional problem of relationship between infertility and psychopathological factors is discussed; both pathogenic (psychogenic model) and secondary to the illness model are presented.

Słowa klucze: niepłodność, zaburzenia psychiczne, depresja

Key words: experience of values, psychotherapeutic factors

Wstęp

Niepłodność definiuje się jako niemożność zajścia w ciążę w ciągu roku regularnego współżycia bez używania środków antykoncepcyjnych lub jako obniżenie zdolności zajścia w ciążę w porównaniu z przeciętną w populacji ogólnej [1]. Według definicji WHO, określającej zdrowie jako stan pełnej wydolności fizycznej i psychicznej (a nie tylko brak choroby lub kalectwa), niepłodność należy traktować jak chorobę; biorąc pod uwagę skalę tego problemu – jako chorobę społeczną. Szacuje się, że w USA, w populacji w wieku 15–44 lat, niepłodnych jest 13–14% par, we Francji 15,8% kobiet nie ma potomstwa po roku regularnego współżycia, z czego 4% nie udaje się zajść w ciążę mimo podjętego leczenia [2]. W Polsce, na podstawie badań populacyjnych przeprowadzonych w województwie bydgoskim, ustalono, że odsetek par niepłodnych

wynosi 14%. Odsetek ten wykazuje tendencję wzrostową wraz z wiekiem: 8% dla kobiet w wieku 20–29 lat, 15% – w wieku 30–34, 22% – w wieku 35–39; osiągając 29% dla kobiet między 40 a 44 rokiem życia [2].

Aby lepiej zrozumieć zjawisko niepłodności, należy wprowadzić pojęcie zdolności płodzenia. Jest nim wskaźnik koncepcji występujący w danej populacji w określonym przedziale czasu, na ogół przyjmuje się skalę miesięczną. Dla zdrowych par miesięczny wskaźnik koncepcji dla pierwszego miesiąca wynosi 20%, następnie systematycznie spada, osiągając po 6 miesiącach 75%. W ciągu 1 roku u 85% par próba poczęcia dziecka kończy się powodzeniem. Pozostałe – niepłodne pary można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej należą te, które są całkowicie niezdolne do poczęcia dziecka bez odpowiedniej interwencji medycznej (np. z powodu aspermii u mężczyzn). Do drugiej zalicza się pary o obniżonej zdolności do poczęcia dziecka (np. w przypadku oligospermii u mężczyzn), u których jednakże po dłuższym okresie współżycia prawdopodobnie doszłoby do ciąży bez żadnej terapii (66% par z tej grupy osiąga ten cel do 2 lat podejmowanych prób).

W badaniach określających przyczyny i rozpowszechnienie niepłodności zaobserwowano, że otrzymane wyniki zależą od: wieku i rodzaju badanej populacji (w tym ogólnego stanu zdrowia oraz współwystępujących chorób), czynników socjokulturowych, ekonomicznych, a nawet religijnych. Ponadto istotna jest jeszcze dostępność technik diagnostycznych oraz poziom wykształcenia personelu medycznego [2].

Wśród przyczyn niepłodności wyróżnia się następujące czynniki: tzw. żeński (związany z niemożnością zajścia w ciążę przez kobietę) – a w nim podwzgórzowo-przysadkowy, jajnikowy, jajowodowy, maciczny, szyjkowy, immunologiczny – tzw. męski (związany z ilością i jakością nasienia) oraz grupę czynników pochodzenia psychicznego i środowiskowych. Wśród tych ostatnich do niepłodności przyczyniają się takie zjawiska, jak: palenie papierosów, uzależnienie od alkoholu i środków psychoaktywnych oraz zanieczyszczenie środowiska [2].

Poglądy na temat związku pomiędzy czynnikami psychologicznymi i psychopatologicznymi a niepłodnością nie zostały jeszcze w pełni ustalone. Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa, obecnie większość badaczy jest skłonna uznać, że zaburzenia psychiczne są raczej rezultatem aniżeli przyczyną niepłodności [3, 4]. Inni podkreślają znaczenie czynników psychopatologicznych w etiologii tego zaburzenia [5, 6]. Jako uzasadnienie tych koncepcji podaje się przede wszystkim wpływ, jaki wywierają takie stany psychopatologiczne jak lęk i depresja na oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczową. Wykazano, że może on prowadzić m.in. do hyperprolaktynemii i w konsekwencji do niemożności zajścia w ciążę [7, 8].

Niezależnie od zgłaszanego stanowiska, badacze zwracają uwagę na to, że całościowa analiza zjawiska niepłodności, obok czynników biologicznych (somatycznych), powinna uwzględniać również wpływ czynników socjopsychicznych – zarówno na powstanie, przebieg, jak i rokowanie w tej chorobie.

Rozpowszechnienie zaburzeń seksualnych wśród pacjentów psychiatrycznych

Patologia seksualna jest dosyć powszechna wśród pacjentów cierpiących na różne choroby psychiczne. Może ona być zarówno zwiastunem, przyczyną, jak i następstwem zaburzeń psychicznych [9].

Tabela 1
Częstość występowania zaburzeń seksualnych w zaburzeniach psychicznych
(w odsetkach) [32]

Zaburzenia psychiczne	Brak potrzeb seksualnych	Zaburzenia orgazmu u kobiet	Zaburzenia orgazmu u mężczyzn	Nadmierny popęd seksualny
Zespoły depresyjne	53–65	70	47	–
Zespoły maniackalne	15	2	5	30
Psychozy schizofreniczne	20	10	10	5
Zespoły nerwicowe	15–20	35	31	5
Uależnienie od alkoholu	30	65	55	5–10
Uależnienie od narkotyków	75	78	65	2–5

Jak pokazuje tabela 1, w wielu zaburzeniach psychicznych obserwuje się występowanie różnych typów patologii seksualnej. Dotyczy to szczególnie zespołów depresyjnych. Według Angsta [10] problemy seksualne (pojęcie to poza samą patologią seksualną zawiera w sobie również zaburzenia emocjonalne dotyczące sfery seksualnej) występują przeszło dwukrotnie częściej u pacjentów z depresją niż w populacji ogólnej (50% do 24%). Badania tego autora wykazały, że częściej mają je pacjenci, którzy poddali się jakiejś terapii niż ci, którzy w ogóle się nie leczą (63% do 45%).

Wpływ leków psychotropowych

Angst [10] twierdzi, że leki przeciwdepresyjne nie wywołują nasilenia problemów seksualnych u chorych na depresję. Jest tak prawdopodobnie dlatego, iż ich efekty uboczne dotyczące tej sfery są równoważone z efektami pozytywnymi, takimi jak wzrost libido. Powyższe wyniki stoją w pewnej sprzeczności z rezultatami badań innych autorów, którzy stwierdzają częste występowanie zaburzeń seksualnych u pacjentów leczonych lekami przeciwdepresyjnymi [11, 12]. Szczególnie dotyczy to leków o silnym działaniu serotonergicznym (SSRI i klomipramina) – mogą one powodować obniżenie libido, impotencję i zaburzenia erekcji, a także anorgazmię. Leki przeciwpowietropowe działające antydopaminergicznie powodują szereg działań niepożądanych obejmujących obniżenie libido, zaburzenia mięśniaczkowania, mlekotok,

zaburzenia erekcji [13]. Inny, pośredni mechanizm negatywnego wpływu na funkcje seksualne, a co za tym idzie – na płodność, to działanie sedatywne i pozapiramidowe różnych grup leków psychotropowych.

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji nieplodnych kobiet

Kobiety nieplodne mają więcej objawów depresji niż zdrowe [14, 15]. W badaniach Domar i wsp. [14], u kobiet nieplodnych stwierdzono nie tylko dwukrotnie częstsze, w porównaniu z grupą kontrolną, występowanie depresji, ale również znacznie wyższe wyniki w skalach mierzących jej nasilenie. Dotyczyło to bardziej tych kobiet, które miały rozpoznaną nieplodność 2 – 3 lata wstecz niż tych, których problem ten dotyczył dopiero od 1 roku lub – od 6 lat i dłużej. Ponadto wyższe wyniki osiągały te z nich, które znały przyczynę nieplodności, niż te, u których jej etiologia nie była znana. Ten ostatni wniosek może wydać się zaskakujący, zwłaszcza jeżeli weźmie się pod uwagę fakt, że kobiety z nieznaną przyczyną nieplodności wykazują wyższy poziom niepokoju (distresu) [16, 17]. Niepokój jest jednak odrębnym fenomenem niż depresja; wzajemna relacja pomiędzy lękiem a depresją w nieplodności nie doczekała się jak dotąd wystarczającego opisanego. Kobiety z nieznaną przyczyną nieplodności wykazują zwiększony poziom lęku prawdopodobnie dlatego właśnie, że nie znają przyczyny swojej dolegliwości. Z drugiej strony fakt, że nie otrzymały pesymistycznej diagnozy, powoduje u nich ciągłą nadzieję i brak nasilenia objawów depresji. W badaniu Domar i wsp., poziom depresji u kobiet z małżeństw z tzw. męskim czynnikiem nieplodności był taki sam jak u tych, u których nieplodność wynikała z zaburzeń kobiecych. Pozostaje to w pewnej sprzeczności z badaniami Edelmana i Connolly [18], w których zaobserwowano, że pacjentki z małżeństw z kobiecą przyczyną nieplodności miały nasilenie objawów depresyjnych, podczas gdy kobiety z małżeństw z męską nieplodnością miały raczej skłonność do gniewu, który kierowały w stronę swoich mężów.

Analizując przyczyny występowania depresji w nieplodności, zwraca się uwagę na jeden z podstawowych czynników warunkujących jej rozwój, jakim jest poczucie utraty. Mahlstedt [19] wymienia następujące sfery, których dotyczy ta utrata:

1. Rozpad partnerstwa, małżeństwa (lub ciągła obawa, że to może nastąpić)
2. Utrata wizerunku (akceptacji) własnego ciała, zdrowia i atrakcyjności
3. Zmniejszenie spontaniczności i radości z pożycia seksualnego
4. Utrata prestiżu i statusu w oczach innych, ponieważ posiadanie dzieci spełnia ważną społeczną i kulturową rolę
5. Utrata poczucia własnej wartości
6. Spadek zaufania do siebie i poczucia kontroli nad własnym życiem
7. Utrata fantazji i nadziei.

Jakkolwiek objawy depresji są częstym zjawiskiem wśród pacjentów cierpiących na nieplodność, nie zawsze jest jasne, czy występujące u nich poczucie znacznego przygnębienia i niepokoju jest wystarczająco silne, by powodować upośledzenie funkcjonowania. Według niektórych badaczy ludzie cierpiący z powodu nieplodności nie stanowią populacji pacjentów psychiatrycznych. Dość wysoki u nich wskaźnik współ-

występujących zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji i lęku, należy rozpatrywać raczej w kategoriach normalnej psychologicznej reakcji, wynikającej z doświadczenia bycia niepełnym i uciążliwości związanej z tym terapią [20, 4]. Tego typu psychologiczna reakcja może występować wtedy, kiedy stan kliniczny pacjenta i proces leczenia wywołują znaczny niepokój, nie mający jednakże podłoża psychopatologicznego (np. u pacjentów z przewlekłymi zespołami bólowymi). Istnieje zatem potrzeba rozróżniania zaburzeń psychicznych od właściwych chorób psychicznych w populacji chorych na niepełność, z czym wiąże się planowanie odpowiedniej terapii. Jak wynika z raportów pacjentów, doświadczenie bycia niepełnym jest tak obciążające psychicznie, że wymaga jakiejś formy pomocy. W badaniach Daniluk [21] przeszło 96% pacjentów zgłaszało potrzebę poddania się psychoterapii, jednakże tylko 53% mężczyzn i 72% kobiet zdecydowało się na nią, kiedy stworzono do tego odpowiednie warunki.

Badania Guerry i wsp. [22] oraz Connolly i wsp. [23] potwierdzają istnienie związku pomiędzy niepełnością a zaburzeniami psychicznymi. W doniesieniu Guerry i wsp. w grupie 110 niepełnych par zaburzenia psychiczne stwierdzono u 61,1% kobiet i 21% mężczyzn. Najczęstszym rozpoznaniem nie była depresja, lecz zaburzenia adaptacyjne (59,6%). Zachorowalność na zaburzenia psychiczne była pozytywnie skorelowana z liczbą cykli leczniczych, z rodzajem i długością niepełności oraz płcią żeńską. Warto podkreślić występowanie różnic w zakresie psychopatologii pomiędzy płciami. W powyższym badaniu kobiety wykazywały więcej objawów niż ich partnerzy, ponadto tylko wśród nich zdarzały się przypadki zachorowania na dystymię, zaburzeń somatoformicznych i konwersyjnych. Podobnie inni autorzy relacjonują większe rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u kobiet niż u mężczyzn [24, 25, 26]. Obie płcie inaczej radzą sobie w obliczu problemu niepełności. Kobiety są bardziej zaangażowane w proces leczenia i mają większą skłonność do silnych reakcji emocjonalnych (lęk, niepokój, przygnębienie). Są bardziej gotowe potwierdzać problem niepełności oraz okazywać wiążące się z tym napięcie, podczas gdy mężczyźni wykazują raczej skłonność do tłumienia lęku. Ten mechanizm właśnie, jak postuluje Tarlatzis i wsp. [26], tłumaczy obserwowaną u mężczyzn zwiększoną zapadalność na choroby psychosomatyczne. Niepełność mężczyzny, w większym stopniu niż kobiety, wiąże się z nasileniem problemów emocjonalnych w małżeństwie [23].

Modele interakcji pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a bezpłodnością

Istnieją dwa główne modele opisujące związek pomiędzy niepełnością a zaburzeniami psychicznymi (terminy wprowadzone przez Berga [27]):

- I. Model psychogeny: Zaburzenia psychiczne oraz stres jako przyczyna niepełności.
- II. Model psychologicznych następstw: Objawy psychopatologiczne jako konsekwencja diagnozy i przewlekłej terapii niepełności.

Można by wymienić jeszcze jedno stanowisko, które stara się zintegrować oba powyższe modele. Według jego przedstawicieli [25] relację pomiędzy niepełnością a stresem można zobrazować w postaci słynnego pytania: czy wprawdzie było jajko, czy

kura? Niepłodność niewątpliwie powoduje znaczny stres, ale z drugiej strony stres i zaburzenia psychiczne są również znaczącym czynnikiem sprzyjającym niepłodności.

Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa, obecnie przeważa ujęcie omawianego zagadnienia z pozycji modelu II, zasadne wydaje się jednak rozważenie argumentów przemawiających za wszystkimi stanowiskami.

Jak już wspomniano wcześniej, kobiety niepełne wykazują większy niż populacja ogólna poziom lęku i depresji, które ujawniają się w procesie diagnostyki i terapii bezpłodności [14, 15, 28, 29]. Inne obserwowane negatywne reakcje emocjonalne obejmują: frustrację i złość [3], obniżone poczucie własnej wartości [30], napięcie [4], przewlekłe zmęczenie [3], problemy w relacjach interpersonalnych [4, 31], obsesyjne myśli [3]. W niektórych pracach [20, 27] nie stwierdzono znaczących statystycznie różnic pomiędzy grupą kontrolną a kobietami cierpiącymi na niepłodność w zakresie symptomatologii psychiatrycznej. Mimo tego, w badaniu Downey i wsp. [20] prawie połowa kobiet donosiła, że w ich subiektywnej ocenie jakość życia seksualnego oraz nastrój (u 75% badanych kobiet) uległy znaczącemu pogorszeniu w trakcie diagnostyki niepłodności. Te dane oraz doniesienia innych autorów [4] wskazują na fakt, że standaryzowane narzędzia psychometryczne mogą nie odzwierciedlać zmian sygnalizowanych w kwestionariuszach wypełnianych przez samych pacjentów. Co więcej, narzędzia te zostały skonstruowane do pomocy w ocenie psychiatrycznej; często nie są walidyzowane dla populacji pacjentów ogólnomedycznych, np. cierpiących na niepłodność.

Argumentów przemawiających za istotną przyczynową rolą zaburzeń psychicznych w patogenezie niepłodności (model I) dostarczają doniesienia, w których autorzy wykazują znaczenie stresu jako induktora zmian w układzie neurohormonalnym [5, 6, 32]. Przewlekły stres i podobne do niego pod wieloma względami zespoły depresyjne powodują wystąpienie następujących zmian w układzie endokrynologicznym: wzrost stężenia kortykoliberyny (CRF) w płynie mózgowo-rdzeniowym, osłabienie odpowiedzi przysadki na CRF, podwyższenie lub utrzymywanie się w normie stężenia kortyzolu w osoczu oraz zmniejszenie liczby i wrażliwości receptorów glikortykoidowych (odpowiedzialne za osłabienie hamowania w osi limbiczno-podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej) [32]. Te dość złożone zmiany w układzie endokrynologicznym wpływają na funkcje seksualne i układ rozrodczy człowieka. Sugerowane negatywne efekty działania stresu to przede wszystkim hyperprolaktynemia, kurcz jajowodu, brak owulacji, nieprawidłowy transport gamet, niedobory progesteronu oraz zespół przetrwałego pęcherzyka Graffa [33–36]. Wzrost stężenia prolaktyny we krwi pod wpływem stresu lub leków antydopaminergicznych (blokujących receptor dopaminy D-2) może powodować takie objawy, jak: obniżenie libido, zaburzenia miesiączkowania, mlekotok, ginekomastia, impotencja i w rezultacie obniżenie płodności [13, 32], zaburzenia owulacji o typie bloku podwzgórzowo-przysadkowego, które mogą być spowodowane zaburzeniami emocjonalnymi i zaburzeniami odżywiania (anorexia nervosa). Innych, bardziej pośrednich argumentów, świadczących o roli zaburzeń emocjonalnych, dostarczają badania kliniczne oceniające skuteczność technik behawioralnych skierowanych na obniżenie lęku i depresji w terapii bezpłodności. W dwóch kolejnych badaniach [37] autorzy wykazali, że 10-tygodniowa terapia behawioralna,

nakierowana na zwiększenie odpowiedzi relaksacyjnej, nie tylko w znaczący sposób obniżyła gniew, zmęczenie oraz symptomy depresji i lęku, lecz również doprowadziła do zwiększenia wskaźnika koncepcji w populacji badanych kobiet (34% z nich zaszło w ciążę w ciągu 6 miesięcy od ukończenia programu terapii). W innym badaniu wykazano, że spontaniczne obniżenie się lęku jest znacząco skorelowane z zachodzeniem w ciążę, a wzrost stresu jest związany z brakiem ciąży [6]. W literaturze znajdują się również opisy następującego zjawiska: adopcja u niepłodnych par często prowadzi do koncepcji [5, 33]. Mikulincer i wsp. [38] stwierdzili istotny wpływ rodzaju więzi pomiędzy partnerami nie tylko na samopoczucie i funkcjonowanie, ale również na wskaźnik koncepcji. U tych par, u których dominował bezpieczny rodzaj więzi, wykazano wzrost prawdopodobieństwa zajścia w ciążę, w przeciwieństwie do par, u których dominował unikowy lub ambiwalentno-lękowy rodzaj relacji.

Należy podkreślić, że mimo iż opinia na temat związku pomiędzy zachodzeniem w ciążę a czynnikami psychopatologicznymi jest szeroko rozpowszechniona, dokumentacja naukowa na ten temat jest ciągle skromna.

Podsumowanie

Pomimo znacznego zainteresowania tematyką związku pomiędzy psychiką (w tym zaburzeniami psychicznymi) a niepłodnością, badacze nie są zgodni co do tego, w jaki sposób, poprzez jakie mechanizmy oraz w jakim zakresie zdolność do płodzenia człowieka zależy od czynników psychogennych. Niezgodność poglądów dotyczy również tego, czy ludzie cierpiący z powodu niepłodności stanowią populację pacjentów psychiatrycznych, czy też obserwowane u nich zaburzenia są normalną reakcją emocjonalną. Z przeglądu piśmiennictwa wynikają wszakże pewne wspólne wnioski:

1. Czynniki psychiczne stanowią istotną część problemu niepłodności.
2. W celu poprawy jakości życia i zwiększenia szansy na ciążę warto zastosować względem niepłodnych pacjentów pomoc psychoterapeutyczną.

Álnd'ëiäcł ċ d'ñčõč=łñęćł írdóřlíc'

Niäädćřicł

Álnd'ëiäcł ääcäo näiläi dñnd'ññndřilic' ninnřäe' ln nõulññäliót d'điaelëo iaülññäliñäi d'đ' äęř. Āi d'iaiaõ nldřd'lañč=łñęčõ ñdõäiññlë 'äe' lññ' ñřęćł ċ eęćic=łñęće d'điaelëie. Ēiäcł äřřiül õęřćuäřřñ íř õřęñ, =ññ d'ñčõid'řñiëiäč=łñęćł õřęñidú eiaõñ čäđřñü nõulññäliót d'řñiälilñč=łñęóť đięü ä đřčäčñčë äłnd'ëiäč'. İlëimđül ññiäulic', iäiřęi, õęřćuäřřñ íř äñidññld'liiót đięü d'ñčõieiäč=łñęčõ õřęñidä.

Äi nłai ädlëlic' čññëiäiäñlë' e yñie d'điaelëü íl õäřëiñü n d'řëñe äñññiäđñññüt id'čñřñü đięü d'ñčõiyëiõčüřëüüõ õřęñidä ä írdóřlíc' õ d'ëiäidäiññč =leiałęř. Ä ířññi' ulë ññiäulic' iäñóčälir, íř iñiäiřic' ečñld'řñõđiüõ äřřiüõ, eññiäõřęñidif' d'điaelëř nã' çë äłnd'ëiäč' n d'ñčõid'řñiëiäč=łñęčëč õřęñidřëč ċ đřññëřñdčäř', d'đč yñie, d'ñčõč=łñęćł írdóřlíc' eřę äiçëiçüül d'đč=čüü (ñ.i. d'ñčõiälir' eiałëü), ñřę ċ d'ññëläññäč' äłnd'ëiäč' (ëiälëü d'ñčõieiäč=łñęčõ d'ññëläññäčë).

Unfruchtbarkeit und psychische Störungen

Zusammenfassung

Unfruchtbarkeit ist wegen ihrer Verbreitung ein wichtiges soziales Problem. Wegen der therapeutischen Schwierigkeiten ist sie auch ein großes klinisches Problem. Viel zeigt darauf, dass die psychopathologischen Faktoren eine wichtige pathogenetische Rolle in der Entwicklung der Unfruchtbarkeit erfüllen können. Es gibt auch Meldungen, die vermuten lassen, dass ihr Auftreten einen sekundären Charakter hat. Wie bisher ist es aber den Wissenschaftlern nicht gelungen, die Rolle der psychoemotionalen Faktoren in der Störungen der Fruchtbarkeit eines Menschen zu beschreiben. In dem Artikel besprach man, aufgrund der Literaturübersicht, das mehrseitige Problem des Zusammenhanhes der Unfruchtbarkeit mit den psychopathologischen Faktoren. Man besprach sowohl die psychischen Störungen als Ursachen (sog. psychogenes Modell) als auch die Folgen der Unfruchtbarkeit (Modell der psychologischen Folgen).

L'infertilité et les troubles psychiques

Résumé

L'infertilité, à cause de sa fréquence, constitue un vrai problème social. Elle est aussi le problème clinique à cause des difficultés thérapeutiques. On suppose que les facteurs psychopathologiques jouent un rôle important dans le développement de l'infertilité, ils existent aussi des travaux qui suggèrent que ces facteurs ont le caractère secondaire. Pour aujourd'hui les chercheurs ne réussissent pas à définir le rôle des facteurs psychoémotifs dans les troubles de la fertilité. Cet article présente, en basant sur la revue de littérature en question, les plusieurs connexions de l'infertilité et des facteurs psychopathologiques en traitant les troubles psychiques comme causes (modèle psychogène) et comme résultats de l'infertilité (modèle des conséquences).

Piśmiennictwo

1. Mishe ll D, Brenner P. *Management of common problems in obstetrics and gynecology*. Oxford, Blackwell Science Limited; 1994.
2. Pisarski T, Szamatowicz M. *Nieplodność*. Wydawnictwo Lekarskie PZW Warszawa; 1997.
3. Valentine DP. *Psychological impact of infertility: indentifying issues and needs*. Soc. Work Health Care 1986; 11: 61.
4. Berg BJ, Wilson JF. *Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization*. Fertil. Steril. 1990; 53: 654–661.
5. Seibel MM, Taymor ML. *Emotional aspects of infertility*. Fertil. Steril. 1982; 37: 137.
6. Rodriguez B, Bermudez L, Ponce de Leon E, Castro L. *The relationship between infertility and anxiety: some preliminary findings*. II World Congress of Behavior Therapy, Washington, D.C., December 8–11, 1983.
7. Demyttenare K, Nijs P, Evers-Kiebooms G, Konickx PR. *The effect of specific emotional stressor on prolactine, cortisol and testosterone concentrations in women varies with their trait anxiety*. Fertil. Steril. 1989; 52: 942–948.
8. Merari D, Feldberg D, Elizur A i in. *Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization*. J. Assist. Reprod. Genet. 1992; 9: 161–169.
9. Starowicz L. *Zaburzenia seksualne*. W: Bilikiewicz A, red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1998, 336–337.
10. Angst J. *Sexual problems in healthy and depressed persons*. Int. Clin. Psychopharmacol. 1998; 13: 1–4.
11. Balon R, Yeragani VK, Pohl R, Ramesh C. *Sexual dysfunction during antidepressant treatment*. J. Clin. Psychiatry 1993; 54: 209–212.
12. Baier D, Philip M. *Effects of antidepressants on sexual dysfunction*. Fortsch. Neurol. Psychiatrie

- 1994; 62: 14–20.
13. Sullivan G, Lukoff D. *Sexual side effects of antipsychotic medication: evaluation and interventions*. Hosp. Comm. Psychiatry 1990; 41: 1238–1241.
 14. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PG, Seibel M, Friedman R. *The prevalence and predictability of depression in infertile women*. Fertil. Steril. 1992; 58: 1158–1163.
 15. Dennerstein L, Morse C. *Psychological issues in IVF*. Clin. Obstet. Gynaecol 1985; 12: 835.
 16. Sandelowski M, Pollock C. *Women's experiences of infertility*. Image 1986; 18: 140–144.
 17. Cook E. *Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility*. J. Counsel. Develop. 1987; 65: 465–469.
 18. Edelman R, Connolly K. *Psychological aspects of infertility*. Brit. J. Med. Psychol. 1986; 59: 209–219.
 19. Mahlstedt P. *The psychological component of infertility*. Fertil Steril 1985; 43: 335–346.
 20. Downey J, Yingling S, McKinney M, Husami N, Jewelewicz R, Maidman J. *Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation*. Fertil. Steril. 1989; 52: 425.
 21. Daniluk JC. *Infertility: intrapersonal and interpersonal impact*. Fertil. Steril. 1998; 44: 478.
 22. Guerra D, Liobera A, Veiga A, Barri P. *Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service*. Hum. Repr. 1998; 13: 1733–1736.
 23. Connolly KJ, Edelman RJ, Cooke ID, Robson J. *The impact of infertility on psychological functioning*. J. Psychosom. Res. 1992; 36: 459–468.
 24. Wright J, Bissonnette F, Duchesne C i in. *Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently*. Fertil. Steril. 1991; 55: 100–108.
 25. Sabourin S, Wright J, Duchesne C, Belisle S. *Are consumers of modern fertility treatment satisfied?* Fertil. Steril. 1991; 56: 1084–1090.
 26. Tarlatzis I, Tarlatzis BC, Diakogiannis I i in. *Psychosocial impacts of infertility on Greek couples*. Hum. Reprod. 1993; 8: 396–401.
 27. Berg BJ. *A predictor model of stress reactions in infertility: mitigating and exacerbating factors*. Doctoral dissertation. University of South Carolina; 1987.
 28. Freeman EW, Garcia CR, Rickels K. *Behavioral and emotional factors: comparison of anovulatory infertile women with fertile and other infertile women*. Fertil. Steril. 1983; 40: 195–201.
 29. Leader A, Taylor P, Daniluk J. *Infertility: clinical and psychological aspects*. Psychiatric Ann. 1984; 14: 461.
 30. Platt JJ, Ficher I, Silver MJ. *Infertile couples: personality traits and self-ideal concept discrepancies*. Fertil. Steril. 1973; 24: 972.
 31. Bell JS. *Psychological problems among patients attending an infertility clinic*. J. Psychosom. Res. 1981; 25: 1.
 32. Landowski J. *Biologiczne mechanizmy stresu*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom I. Wrocław: Urban & Partner; 2002, s. 182–197.
 33. Domar AD, Seibel M. *The emotional aspects of infertility*. W: Seibel M., red *Infertility: a comprehensive text*. Norwalk, CT: Appleton-Lange; 1989.
 34. Koninck PR, Brosens IA. *Clinical significance of the luteinized unruptured follicle syndrome as a cause of infertility*. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1982; 13: 355.
 35. Hochstaedt B, Langer G. *Psychoendocrine factors in sterility*. Int. J. Fertil. 1959; 4: 255.
 36. Moghissi KS, Wallach EE. *Unexplained infertility*. Fertil. Steril. 1983; 39: 5.
 37. Domar AD, Seibel M, Benson H. *The Mind/Body Program for Infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility*. Fertil. Steril. 1990; 53: 246–249.
 38. Mikulincer M, Horesh N, Levy-Shiff R, Manovich R. *The contribution of adult attachment style*

to the adjustment to infertility. Brit. J. Med. Psychol. 1998; 71: 265–280.

Otrzymano: 20.03.2001

Zrecenzowano: 17.09.2001

Przyjęto do druku: 15.02.2002

Adres: Paweł Holas
II Klinika Psychiatrii AM
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska