

¹ Российская детская клиническая больница – филиал Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

³ Российский университет медицины

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Психологический статус женщин с эндометриозом

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1, 2, 3}, П.О. Никифорова^{1, 2}, А.В. Тимакова⁴

Адрес для переписки: Анастасия Владимировна Тимакова, anasta.timakova@yandex.ru

Для цитирования: Сибирская Е.В., Никифорова П.О., Тимакова А.В. Психологический статус женщин с эндометриозом. Эффективная фармакотерапия. 2025; 21 (4): 58–63.

DOI 10.33978/2307-3586-2025-21-4-58-63

Эндометриоз – одно из самых распространенных и тяжелых гинекологических заболеваний, чаще всего встречающихся у женщин репродуктивного возраста. Основные клинические проявления заболевания – болевой синдром, меноррагия, бесплодие, диспареуния снижают активность и работоспособность, влияя на психоэмоциональное состояние и качество жизни женщин. Указанные симптомы нередко приводят к невротическим, тревожно-депрессивным расстройствам. Ошибки в воспитании и семейные конфликты играют важную роль в формировании невротических симптомов у женщин с эндометриозом. Как показывают результаты исследований, такие пациентки в отличие от женщин без гинекологической патологии характеризуются более низкой удовлетворенностью качеством жизни в определенных сферах и более высоким уровнем тревожности. Женщинам с эндометриозом необходимы комплексные индивидуальные программы психотерапии и психофармакологической терапии. В реабилитации таких пациенток должны быть задействованы специалисты психологического профиля для обучения техникам работы с болью, снятия психоэмоционального напряжения в целях повышения социализации и удовлетворенности качеством жизни.

Цель данного обзора – оценить психологический статус пациенток с эндометриозом на основании анализа современной зарубежной и отечественной научной медицинской литературы.

Ключевые слова: эндометриоз, генитальный эндометриоз, наружный генитальный эндометриоз, психологическое здоровье, психоэмоциональный статус, психологический портрет, качество жизни, связанное со здоровьем

Введение

Эндометриоз – хронический патологический процесс, при котором вне полости матки определяется ткань, по морфологическим и функциональным свойствам подобная эндометрию, [1–7]. Эндометриоз относится к доброкачественным пролиферативным заболеваниям. Его этиология и патогенез до конца не изучены [1].

Выделяют генитальную и экстрагенитальную формы эндометриоза. В свою очередь генитальный эндометриоз подразделяют на внутренний (аденомиоз) – эндометриоз тела матки и интерстициальной части маточных труб и наружный – эндометриоз шейки матки, промежности, влагалища, яичников, ретроцервикальной области, маточных труб (кроме интерстициальной части), прямокишечно-



маточного углубления, брюшины [8]. Известно несколько локализаций экстрагенитального эндометриоза: желудочно-кишечный тракт, слезные и слюнные железы, мочевыводящие органы, кожа, послеоперационные рубцы, пупок, легкие, плевра. Экстрагенитальный эндометриоз характеризуется специфической симптоматикой, которая зависит от органа, пораженного эндометриозными очагами. Правильная и своевременная диагностика позволяет верифицировать клинические проявления патологического процесса, в частности установить цикличность течения процессов в пораженном органе. Адекватное лечение способствует регрессу симптомов и достижению качественной социальной и повседневной жизни [9].

В мире насчитывается около 10% женщин, как правило репродуктивного возраста, с эндометриозом [1]. Заболевание часто протекает бессимптомно, поэтому его истинную распространенность оценить сложно. Данная патология ассоциируется с серьезными неблагоприятными последствиями для здоровья и качества жизни женщин [1–7]. К наиболее значимым клиническим проявлениям заболевания относят циклические и хронические боли, бесплодие, обильные менструальные кровотечения, нарушение функции соседних органов. С учетом этих симптомов и других жалоб, снижающих качество жизни, в том числе психоэмоциональный статус у женщин преимущественно репродуктивного возраста, эндометриоз остается одним из самых социально и демографически значимых заболеваний, требующих мультидисциплинарного подхода [10–13].

Эндометриоз может развиваться у подростков, что подтверждено результатами многочисленных исследований. Вместе с тем среди врачей бытует мнение, что подростки никогда не болеют эндометриозом. При анализе клинических характеристик девочек-подростков с эндометриозом установлено, что средний возраст постановки диагноза у них составляет $17,95 \pm 1,48$ года, в то время как первые симптомы проявляются к 15 годам [14]. У подростков чаще регистрируется поверхностный эндометриоз, реже – глубокий инфильтрирующий. Формы эндометриоза в возрастных группах различны. Очаги эндометриоза у подростков выглядят иначе, чем у взрослых. Симптомы эндометриоза у взрослых и подростков не имеют особых различий, но усугубляются с возрастом по мере прогрессирования заболевания [15].

Исследования эндометриоза у подростков единичны и не систематизированы, что затрудняет своевременную постановку диагноза и подбор корректного лечения. Как следствие – снижение качества жизни девочек-подростков и нарушение репродуктивной функции впоследствии. Таким образом, назрела необходимость изменения общепринятого взгляда на проблему эндометриоза как «взрослой» болезни и расширения поиска маркеров, позволяющих ускорить диагностику патологического процесса и вовремя начать адекватное лечение [14].

С развитием медицины стало понятно, что необходим персонализированный подход к ведению пациента с эндометриозом. Стратегия ведения должна быть направлена на улучшение качества жизни женщин за счет уменьшения болевого синдрома, лечения бесплодия, снижения частоты рецидивов заболевания и повторных хирургических вмешательств [1–7].

Согласно имеющимся данным, эндометриоз у женщин, с одной стороны, вызывает определенные психологические нарушения эмоциональной, личностной, социальной и сексуальной сфер жизни, с другой – непосредственно связан со схожими преморбидными индивидуально-психологическими состояниями, семейным анамнезом. В совокупности подобные нарушения создают психологический портрет женщины с эндометриозом.

Анализ психологических аспектов поможет разработать действенные подходы к психокоррекции и реабилитации женщин с данным заболеванием.

Цель обзора – оценить психологический портрет женщины с эндометриозом.

Материал и методы

Поиск соответствующей литературы осуществлялся в базах данных PubMed, Google Scholar, CyberLeninka по ключевым словам: эндометриоз, генитальный эндометриоз, наружный генитальный эндометриоз, психологическое здоровье, психоэмоциональный статус, психологический портрет, качество жизни, связанное со здоровьем. Для анализа и обобщения информации о психологических особенностях женщин с эндометриозом проведен обзор зарубежных и отечественных научных публикаций за 2019–2024 гг. Для проверки возможных релевантных исследований ограничения и фильтры поиска не применялись. Для поиска дополнительных публикаций проведен анализ литературы.

Результаты и обсуждение

Хроническая тазовая боль (ХТБ) – одно из наиболее значимых клинических проявлений эндометриоза. ХТБ представляет собой ключевой параметр, ассоциируемый со значительными психоэмоциональными изменениями, тревожными расстройствами, снижением физической и социальной активности, общего самочувствия и настроения, сексуальной функции и, как следствие, ухудшением качества жизни. Облегчение алгезии невозможно без активного участия акушеров-гинекологов. Иногда к ведению больных привлекаются врачи других специальностей. Боль при эндометриозе, как и в других клинических ситуациях, достаточно трудно объективизировать [16]. В связи с запоздалой постановкой диагноза (шесть-семь лет) ХТБ следует рассматривать как социально значимую проблему [17].

Основная причина снижения качества жизни женщин – длительный болевой синдром. В большинстве случаев высокие уровни тревожности и депрессии связаны с болевыми ощущениями в тазовой

области на фоне эндометриоза. Стойкий болевой синдром при генитальном эндометриозе указывает на хроническую историю патологического процесса. Длительное регулярное поступление болевых импульсов в кору головного мозга нарушает нормальное взаимодействие коры и подкорковых структур с антиноцицептивной и ноцицептивной системами. В результате развиваются невротические состояния [18].

В исследовании G. Lamvu и соавт. участвовало 317 женщин из США и 134 женщины, проживавшие за пределами США, в возрасте старше 19 лет с хирургическим или нехирургическим диагнозом эндометриоза. Они проходили анонимный онлайн-опрос по 23 вопросам [19]. Согласно результатам, более чем в 50% случаев диагноз эндометриоза был установлен по истечении свыше шести лет от начала возникновения первых симптомов. В целом 54,3% пациенток ежедневно испытывали боль, связанную с эндометриозом. Участницы исследования (проживавшие как в США, так и за пределами страны) сообщали о значительном ухудшении качества жизни, что мешало их семейной (45,7/45,5%) и общественной жизни (40,1/44,0%), образованию/карьере (42,9/46,3%) и сексуальной функции (68,1/70,1%). Женщины отмечали, что болезнь привела к возникновению других состояний, в том числе усталости (93,6%), желудочно-кишечным проблемам (91,8%) и нарушению сна (87,4%).

В исследовании, проведенном на базе клиники акушерства и гинекологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова в 2019 г., были обследованы 56 пациенток – 27 женщин с эндометриозом и 29 женщин без гинекологической патологии. Использовались различные психодиагностические методики. Установлено, что в отличие от женщин без гинекологической патологии у женщин с эндометриозом в восприятии себя преобладает феминный тип пологолевого поведения: пассивность, терпение, зависимость, повышенная эмоциональность, сочувствие. Кроме того, пациентки с эндометриозом акцентируют внимание в большей степени на эмоциональной стороне боли, чем на физическом аспекте. Женщины с болевой формой эндометриоза отличаются повышенной ответственностью, отказом от собственных потребностей в угоду другим, гиперсоциальностью в межличностных отношениях по сравнению с женщинами без патологии. Для пациенток с эндометриозом характерен более высокий уровень тревожности. Качество жизни в сфере здоровья, эмоционального и физического комфорта они субъективно оценивают как более низкое по сравнению с женщинами без гинекологических заболеваний [20].

Клинические исследования указывают на то, что эндометриоз – состояние, связанное с высоким уровнем хронического стресса.

Согласно данным F. Reis и соавт., женщины с эндометриозом испытывают повышенный стресс, о чем

свидетельствуют психологические и эндокринные показатели, а интенсивность стресса коррелирует с тяжестью боли и распространенностью заболеваний. В то же время хронический стресс нередко становится основной причиной эндометриоза. Следовательно, избегание или лечение хронического стресса способно потенциально снизить риск развития эндометриоза. Кроме того, перинатальный и детский стресс рассматривается как фактор риска развития эндометриоза [21].

Связь между эндометриозом и качеством жизни оценивали в австралийском проспективном когортном исследовании, в котором участвовало 3728 женщин, родившихся в 1973–1978 гг. В исследовании применялись данные, полученные в ходе продольного наблюдения за состоянием здоровья женщин. Пациентки с эндометриозом были выявлены с помощью самоотчетных продольных опросов, связанных с административными медицинскими записями. Основным показателем служило качество жизни женщин, обусловленное здоровьем и оцениваемое каждые три года с 1996 по 2018 г. с помощью краткого опросника из 36 пунктов [22]. Установлено, что эндометриоз связан со значительно худшими отчетами о HRQoL (Health-related Quality of Life – качество жизни, связанное со здоровьем) с течением времени. Были рассчитаны скорректированные коэффициенты шансов (95%-ный доверительный интервал) для женщин с эндометриозом, имевших худшие результаты по восьми разделам краткого опроса:

- 1) физическое функционирование – 1,33 (1,19; 1,50);
- 2) физическая роль – 1,57 (1,41; 1,74);
- 3) боль в теле – 1,65 (1,48; 1,82);
- 4) общее здоровье – 1,61 (1,42; 1,81);
- 5) жизненная сила – 1,38 (1,23; 1,55);
- 6) социальное функционирование – 1,38 (1,25; 1,53);
- 7) ролевые эмоции – 1,19 (1,06; 1,33);
- 8) психическое здоровье – 1,32 (1,18; 1,48).

У женщин с эндометриозом также отмечались значительно более низкие уровни физического (1,68 (1,51; 1,88)) и психического здоровья (1,28 (1,14; 1,44)) по сравнению с женщинами без эндометриоза.

В ряде исследований изучали связь эндометриоза с нарушениями психического здоровья и качества жизни, касающегося здоровья.

В метаанализе Y. Wang и соавт. сравнивали шесть типов основных размеров эффекта (отношение шансов (ОШ) для депрессии, ОШ для тревожности, стандартизированная средняя разница (SMD) для депрессии, SMD для тревожности, SMD для сводки физического компонента (PCS) и SMD для сводки психического компонента (MCS)) между пациентками с эндометриозом и женщинами контрольной группы. Кроме SMD для депрессии, все остальные показатели продемонстрировали статистически значимые различия между пациентками основной и контрольной групп [23].

Эндометриоз может снижать как психическое, так и физическое качество жизни больных. Безусловно,

необходимы новые дополнительные исследования для разработки надлежащего лечения и улучшения прогноза больных эндометриозом.

M.G. Carbone и соавт. проанализировали научные работы, в которых оценивалась связь между нейropsychиатрическими элементами и эндометриозом, в целях выявления полезной клинической информации для медицинского персонала и разработки персонализированного многопрофильного лечения пациенток с эндометриозом [24]. Обнаружено, что у женщин с эндометриозом часто встречаются определенные черты характера, которые помогают установить их типичный личностный профиль. Эти черты позволяют гинекологам идентифицировать женщин с ХТБ, обусловленной эндометриозом. Большинство таких черт входит в кластер личности С, который включает в себя тревожность, неуверенность, низкую самооценку, зависимость от принятия решений и страх разлуки, стремление к контролю и перфекционизму. Данные качества наиболее ярко проявляются у женщин с эндометриозом, испытывающих умеренную или сильную боль.

Для полной оценки психологического статуса важен анализ риска развития психических расстройств.

S.J. Estes и соавт. сравнивали частоту нарушений психического здоровья у женщин из США с документированным эндометриозом и без него. В ретроспективном сравнительном когортном исследовании с использованием данных о жалобах на состояние здоровья за период с 1 мая 2000 г. по 31 марта 2019 г. участвовало 72 677 женщин с эндометриозом и 147 251 женщина без эндометриоза в возрасте 18–50 лет. Средний период наблюдения составил 529 дней. Показатель на 1000 человеко-лет тревожности, депрессии и самонаправленного насилия среди женщин с эндометриозом составил 57,1, 47,7 и 0,9 соответственно [25]. Установлено, что женщины с диагнозом эндометриоза подвержены более высокому риску клинически распознанной депрессии, тревожности и самонаправленного насилия по сравнению с женщинами без эндометриоза. Кроме того, у женщин с эндометриозом боль – важный фактор риска возникновения впоследствии расстройств настроения. Необходимо отметить, что связь между эндометриозом и депрессией сильнее у женщин моложе 35 лет.

H. Marschall и соавт. проанализировали связь рассказов 120 женщин в возрасте 18–48 лет (средний возраст – 33,62 года) о психическом здоровье и боли с эндометриозом. Участницы исследования написали рассказы об эндометриозе, оценили их по значимости для самоидентификации и позитивного и негативного изменения, а также оценили симптомы депрессии, удовлетворенность жизнью, интенсивность боли и болевых симптомов [26]. Исследователи обнаружили, что высокая степень важности болезни для личности и негативное отношение к себе обусловлены худшим психическим состоянием. Более высокая сосредоточенность

на болезни ассоциируется с большим количеством болевых симптомов.

M. Rees и соавт. изучали влияние самоэффективности боли, локуса контроля здоровья – HLOC (Health Locus Of Control), стиля совладания и неопределенности болезни на качество жизни у женщин с эндометриозом. В исследовании участвовало 230 женщин, заполнивших онлайн-анкету. С помощью модели стандартных множественных регрессий оценивали связь между психологическими предикторами и качеством жизни [27]. Психологические переменные составили статистически значимую долю дисперсии ($p < 0,0005$) в оценках по четырем аспектам качества жизни. На долю модели пришлось 55, 26, 10 и 32% очков в области физического, психологического, социального и экологического качества жизни соответственно. Следовательно, умение женщин справляться с болезнью и уверенность в себе относительно собственного здоровья служат значимыми факторами, влияющими на качество жизни, особенно в физической сфере.

Эндометриоз негативно влияет на сексуальную жизнь. По данным датского исследования, диспареуния, дисменорея, снижение связанного со здоровьем качества жизни и статус безработного обусловлены ухудшением сексуальной жизни у женщин с эндометриозом [28].

Из числа участниц проспективного длительного когортного исследования, проводившегося с 2013 по 2018 г. в семи специализированных центрах, были отобраны 192 пациентки (средний возраст – 36 лет) с недавно диагностированным эндометриозом. Все участницы заполнили опросник Endometriosis Health Profile – 30 Questionnaire (EHP-30), широко применяемый для оценки HRQoL (состояние здоровья). Особое внимание уделялось ответам на вопросы подшкалы EHP-30, характеризующей качество сексуальной функции для подсчета показателя SQoL (качество сексуальной жизни). Согласно полученным результатам, связанные с эндометриозом болевые симптомы, такие как дисменорея, диспареуния и дисхезия, встречались у большинства пациенток (98,7, 71,7 и 81,3% соответственно). Показатель SQoL в изучаемой когорте женщин в среднем составил $47,5 \pm 29,6$, что указывало на его умеренное снижение. Наихудший показатель SQoL независимо коррелировал с диспареунией ($p < 0,001$), низким HRQoL ($p = 0,001$), тяжелой дисменореей ($p = 0,017$). По мнению авторов, положительная корреляция между SQoL и HRQoL объясняется тяжелой дисменореей, негативно влияющей на все аспекты жизни женщины. Как известно, женщины с эндометриозом часто отсутствуют на работе и имеют сниженную производительность труда из-за болевых и менструальных симптомов. В целом ухудшение здоровья может влиять на интимные отношения и приводить к снижению качества жизни.

Установлено также влияние качества сна на нарушение повседневной деятельности у больных наружным генитальным эндометриозом (НГЭ).

В исследовании К. Arion и соавт. участвовало 275 пациенток с НГЭ. Показано, что бессонница способна усугубить тазовую боль и привести к ухудшению качества жизни ($b = -0,18$; $p = 0,0026$), развитию депрессивного синдрома ($b = -1,62$; $p < 0,001$) и синдрома болезненного мочевого пузыря ($b = -5,82$; $p = 0,035$). Таким образом, нарушение сна приводит к обострению тазовой боли, появлению депрессивного синдрома, что в свою очередь влияет на качество сна и значительно ухудшает качество жизни женщин [29, 30].

Заключение

Эндометриоз – сложное, многофакторное заболевание, которое чаще всего встречается у женщин репродуктивного возраста. Психологические факторы играют не последнюю роль в определении выраженности симптомов. Последние данные свидетельствуют о том, что женщины с эндометриозом подвержены риску развития психэмоциональных расстройств, тревоги, депрессивных симптомов и других психических нарушений. У таких больных

формируется специфический психологический и личный портрет. Пациентки с наружным генитальным эндометриозом выглядят истощенными, бледными, апатичными, замкнутыми. Они погружены в собственные переживания, менее физически и социально активны, легко раздражаются, у них отмечаются нарушения нервно-психического статуса [31].

Большинство авторов подчеркивают важность междисциплинарного подхода, позволяющего выявлять женщин с эндометриозом, подверженных риску развития психических нарушений. Результаты проведенных исследований указывают на необходимость многопрофильных программ здравоохранения для поиска решений проблем, возникающих у женщин с эндометриозом. Рекомендуется проводить психологическую оценку состояния для выявления женщин, подверженных риску развития симптомов тревоги и депрессии, и оказания им помощи, направленной на минимизацию влияния эндометриоза на качество жизни и улучшение психического здоровья. 📌

Литература

1. Эндометриоз. Клинические рекомендации Минздрава России. М., 2024.
2. Беккер К.М., Бокор А., Хайкинхаймо О. и др. Руководство Европейского общества по репродукции человека и эмбриологии (ESHRE): эндометриоз. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2023; 11 (1): 67–93.
3. ESHRE Endometriosis Guideline Development Group. Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology. 2022 // www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline.
4. Becker C.M., Bokor A., Heikinheimo O., et al. ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. Hum. Reprod. Open. 2022; 2022 (2): hoac009.
5. International Working Group of AAGL, ESGE, ESHRE and WES; Tomassetti C., Johnson N.P., Petrozza J., et al. An international terminology for endometriosis, 2021. Hum. Reprod. Open. 2021; 2021 (4): hoab029.
6. Chinese Obstetricians and Gynecologists Association; Cooperative Group of Endometriosis, Chinese Society of Obstetrics and Gynecology, Chinese Medical Association. Guideline for diagnosis and treatment of endometriosis (Third edition). Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2021; 56 (12): 812–824.
7. Endometriosis and Chronic Pelvic Pain Training Center of Shandong Medical Doctor Association WANG Guoyun, WANG Kai, YUAN Ming, CHEN Zijiang. Multidimensional management system for endometriosis (The Program for Shandong Province). Journal of Shandong University (Health Sciences). 2021; 59 (10): 1–17.
8. Аванесова Т.Г., Левкович М.А., Ермолова Н.В. и др. Роль интерлейкина-8 и полиморфизма его гена в формировании наружного генитального эндометриоза у пациенток репродуктивного возраста. Акушерство и гинекология. 2021; 3: 124–129.
9. Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Одинокова В.О. и др. Экстрагенитальный эндометриоз – междисциплинарный подход к ведению пациенток. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (6): 24–32.
10. Parazzini F., Esposito G., Tozzi L., et al. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2017; 209: 3–7.
11. Singh S.S., Allaire C., Al-Nourhji O., et al. Guideline No. 449: diagnosis and impact of endometriosis – a Canadian guideline. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2024; 46 (5): 102450.
12. Working group of ESGE, ESHRE, and WES; Keckstein J., Becker C.M., Canis M., et al. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis. Hum. Reprod. Open. 2020; 2020 (1): hoaa002.
13. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Эндометриозная болезнь. Гинекология. Руководство для врачей / под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира. М.: Литера, 2008.
14. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Тарбая Н.О. Проблема эндометриоза у девочек-подростков (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2016; 22 (3): 71–76.
15. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Шарков С.М. и др. Особенности эндометриоза у девочек-подростков: трудности диагностики и профилактика осложнений. Российский педиатрический журнал. 2024; 27 (3): 198–204.
16. Оразов М. Эндометриоз с тревожными нотами: как сменить тональность? Разбор клинического случая. StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2021; 4: 113–117.

17. Бабаева Э.И., Духин А.О., Абитова М.З. Психоэмоциональное здоровье и качество жизни пациенток с наружным генитальным эндометриозом. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2020; 8 (3): 62–66.
18. Миронова В.Г., Тарасова А.Ю., Петров Ю.А., Палиева Н.В. Ньюансы супружеских отношений и психологические особенности у женщин с гинекологическими заболеваниями. Материалы IX Международной научно-практической конференции «Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения». Ростов-на-Дону, РостГМУ; НИИММП. Ч. 1. Волгоград: СФЕРА, 2022; 91–98.
19. Lamvu G., Antunez-Flores O., Orady M., Schneider B. Path to diagnosis and women's perspectives on the impact of endometriosis pain. J. Endometriosis. Pelvic Pain Disord. 2020; 12 (1): 16–25.
20. Петрова Е.А., Череповская В.А., Пахомова Ф.В. и др. Эмоциональные и личностные особенности восприятия боли у женщин при эндометриозе. Ученые записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. 2019; 26 (2): 62–68.
21. Reis F.M., Coutinho L.M., Vannuccini S., et al. Is stress a cause or a consequence of endometriosis? Reprod. Sci. 2020; 27: 39–45.
22. Gete D.G., Doust J., Mortlock S., et al. Impact of endometriosis on women's health-related quality of life: A national prospective cohort study, Maturitas, 2023; 174: 1–7.
23. Wang Y., Li B., Zhou Y., et al. Does endometriosis disturb mental health and quality of life? A systematic review and meta-analysis. Gynecol. Obstet. Invest. 2021; 86 (4): 315–335.
24. Carbone M.G., Campo G., Papaleo E., et al. The Importance of a multi-disciplinary approach to the endometriotic patients: the relationship between endometriosis and psychic vulnerability. J. Clin. Med. 2021; 10: 1616.
25. Estes S.J., Huisinigh C.E., Chiuvie S.E., et al. Depression, anxiety, and self-directed violence in women with endometriosis: a retrospective matched-cohort study. Am. J. Epidemiol. 2021; 190 (5): 843–852.
26. Marschall H., Hansen K.E., Forman A., Thomsen D.K. Storying endometriosis: examining relationships between narrative identity, mental health, and pain. J. Res. Personal. 2021; 91: 104062.
27. Rees M., Kiemle G., Slade P. Psychological variables and quality of life in women with endometriosis. J. Psychosom. Obstet. Gynecol. 2020; 43 (1): 58–65.
28. Van Poll M., van Barneveld E., Aerts L., et al. Endometriosis and sexual quality of life. Sex. Med. 2020; 8 (3): 532–544.
29. Arion K., Orr N.L., Noga H., et al. A quantitative analysis of sleep quality in women with endometriosis. J. Womens Health (Larchmt.). 2020; 29 (9): 1209–1215.
30. Della Corte L., Di Filippo C., Gabrielli O., et al. The burden of endometriosis on women's lifespan: a narrative overview on quality of life and psychosocial wellbeing. Int. J. Environ Res. Public Health. 2020; 17 (13): 4683.
31. Бегович Ё., Солопова А.Г., Идрисова Л.Э. и др. Психологический портрет пациенток с наружной формой генитального эндометриоза. Врач. 2021; 32 (10): 5–8.

Psychological Status of Women with Endometriosis

Ye.V. Sibirskaya. PhD, Prof.^{1,2,3}, P.O. Nikiforova^{1,2}, A.V. Timakova⁴

¹ Russian Children's Clinical Hospital – a Branch of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

² N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

³ Russian University of Medicine

⁴ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Anastasiya V. Timakova, anasta.timakova@yandex.ru

Endometriosis is one of the most common and severe gynecological diseases that most often occurs in women of reproductive age. The main clinical manifestations of the disease – pain syndrome, menorrhagia, infertility, dyspareunia – reduce the activity and efficiency of women, affecting their psycho-emotional state and quality of life. All of the above symptoms can lead to the development of neurotic disorders, anxiety and depressive states, as well as a decrease in the patient's quality of life. Parenting errors and family conflicts play an important role in the formation of neurotic symptoms in women with endometriosis. Studies have shown that women with endometriosis have different personality traits from women without gynecological pathology, lower satisfaction with the quality of life in certain areas, as well as more pronounced anxiety. Women with endometriosis need complex and individual programs of psychotherapy and psychopharmacological therapy. In the rehabilitation of this category of patients, it is important to involve psychological specialists to teach ways of coping with pain, relieving psycho-emotional stress in order to increase socialization and satisfaction with the quality of life.

The purpose of this review is to assess the psychological status of patients with endometriosis based on the analysis of modern scientific medical literature, both domestic and foreign.

Keywords: endometriosis, genital endometriosis, external genital endometriosis, psychological health, psychoemotional status, psychological profile, health-related quality of life