

Т. В. Корчагина, Е. Б. Смагина, И. В. Пинаева, Е. А. Шадымова
**Личностные характеристики женщин, страдающих
первичным бесплодием и привычным выкидышем
в отсутствие органических расстройств
репродуктивной системы**

Диагноз «привычный выкидыш» представляет достаточно распространенную и плохо изученную патологию. Привычный выкидыш является одной из главных причин перинатальной детской смертности. Патология преждевременного прерывания беременности неблагоприятно сказывается на детородных функциях женщины, также отрицательно воздействуя на ее личность в целом, подрывая основы социального и психологического благополучия. В случае отсутствия какой-либо органической или эндокринной патологии причиной привычных выкидышей, по нашему мнению, может быть психогенный фактор.

Бесплодие женщин без всякой органической патологии также может иметь психогенный характер. Ряд случаев возникновения беременности на фоне психофармакологического лечения подтверждает это предположение. Однако психотерапия, психокоррекция подобных состояний еще не имеет научного обоснования и практического распространения.

Как видно из анализа литературы, ранее были попытки исследования женщин с диагнозом «привычный выкидыш» с позиции социальных и производственных воздействий. Однако не рассматривалась психологическая сторона этого вопроса [4]. Исследование личностных особенностей женщин с данным диагнозом в современной отечественной литературе мало известно.

Немногочисленные исследования, посвященные психологическому состоянию женщин с нарушением репродуктивной функции, затрагивают иные патологические процессы и состояния репродуктивной системы, нежели проблему бесплодия.

Существуют исследования, обосновывающие вторичное влияние изменений в эмоционально-волевой сфере бесплодных женщин на проводимое лечение (Дахно, Каталевская, Белоус, Чадаев, 1984).

За последние десять лет в отечественной литературе практически не было публикаций, посвященных проблеме влияния психологического фактора на возникновение бесплодия у

женщин. Большая часть исследований выполнена за рубежом. Например, имеются данные о влиянии психологического фактора на репродуктивную функцию женщин (Noyes, Charnick, 1964; May 1969; Mozluy 1976). Результаты удачного лечения психотерапевтическими методами отдельных женщин, страдающих бесплодием (Rubenstein 1951; Benedek 1952; Benedek et al., 1953; Rothman et al., 1962; MacLeod, 1964), позволяют предположить, что подавление таких эмоций, как депрессия, гнев и страх, может служить причиной возникновения бесплодия.

Исследование выполнялось на базе консультации «Семья и брак» г. Барнаула, Краевого диагностического центра и кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ. К исследованию привлекались женщины, состоящие на учете в течение 1–10 лет с диагнозом «привычное бесплодие» с полным отсутствием каких-либо органических изменений, препятствующих зачатию. Всего обследовано 11 женщин, возраст составлял от 20 до 33 лет. Кроме того, обследовано 11 здоровых женщин с детьми дошкольного возраста, аналогичного социального статуса и возраста.

Было исследовано также 20 женщин 22–34 лет с диагнозом самопроизвольного прерывания беременности неясного генеза без органической патологии и 10 женщин, имеющих детей дошкольного возраста.

Методы исследования

Использовались: метод беседы, метод интервью, метод анкетирования, опросник САН, шкала «одиночества», тест-опросник удовлетворенности браком, тест на самооценку стрессоустойчивости и ряд проективных методик: восьмицветовой тест Люшера, психогометрический тест, методика «Дом-дерево-человек», методика «Несуществующее животное».

Уровень значимости различий по исследуемым признакам оценивался методом вариационной статистики по Т-критерию Стьюдента.

Личностные характеристики женщин, страдающих первичным бесплодием...

Таблица 1

Показатели психологического состояния, характера и темперамента женщин, различающиеся в группе наблюдения и референтной группе (X + se)

№ п/п	Признак	Средние значения		Уровень значимости
		Группа наблюдения	Референтная группа	
1.	Самочувствие	5,54 ± 0,4	4,67 ± 0,7	p<0,01
2.	Активность	4,8 ± 0,7	4,76 ± 0,7	p>0,05
3.	Настроение	5,97 ± 0,4	4,45 ± 0,7	p<0,001
4.	Уровень социальной стрессуемости	29 ± 5,8	33,36 ± 2,7	p<0,05
5.	Социальная адаптация	307,54 ± 116,4	221,09 ± 111,8	p>0,05
6.	Удовлетворенность браком	30,9 ± 11,6	27,45 ± 9,7	p>0,05
7.	Уровень одиночества	13,8 ± 5,9	16,09 ± 10	p>0,05
8.	Доминантность	5,2 ± 1,9	3,8 ± 1,7	p>0,05
9.	Эмоциональная устойчивость	4,6 ± 1,7	6,27 ± 2,1	p=0,05
10.	Чувствительность	6,2 ± 1,5	4,8 ± 2,5	p>0,05
11.	Конформизм	4,36 ± 2,6	6,54 ± 1,8	p<0,05
12.	Нейротизм	17,9 ± 2	13,45 ± 4,4	p<0,05
13.	Эмотивность	19,36 ± 1,6	13,09 ± 5,7	p<0,01
14.	Тревожность	13,09 ± 5,4	9 ± 4,9	p<0,05
15.	Интеллект	5,2 ± 2,0	6,7 ± 1,9	p>0,05
16.	Циклоидность	15 ± 4,4	12,8 ± 4,3	p>0,05

Таблица 2

Показатели личностных характеристик женщин с диагнозом самопроизвольного прерывания беременности в группе наблюдения и контрольной группе

№ п/п	Показатели	Группа наблюдения	Референтная группа	Уровень значимости
1.	Самочувствие	4,08 ± 0,9	5,04 ± 0,9	p<0,05
2.	Социальная адаптация	172,5 ± 13,25	149,2 ± 130,4	p<0,05
3.	Удовлетворенность браком	36,1 ± 9,1	27,9 ± 7,7	p<0,001
4.	Экспрессивность	4,0 ± 1,8	6,4 ± 2,3	p<0,02
5.	Конформизм	5,0 ± 2,2	6,5 ± 1,1	p<0,05
6.	Уровень самоконтроля	5,7 ± 1,5	4,5 ± 1,6	p<0,05
7.	Эмоциональность	20,7 ± 6,2	13,2 ± 7,9	p<0,02

Таблица 3

Частота предпочтения и отвержения геометрических фигур контрольной и группой наблюдения при выполнении женщинами психометрического теста

Фигура	Группа наблюдения %		Контрольная группа, %	
	Частота предпочтения	Частота отвержения	Частота предпочтения	Частота отвержения
Круг	20	20	20	30
Треугольник	20	0	30	0
Квадрат	40	0	20	10
Прямоугольник	0	30	0	20
Зигзаг	20	50	30	40

Акушерско-гинекологический диагноз и состояние репродуктивной системы женщин определялись врачами высшей категории консультации «Семья и брак» г. Барнаула и Краевого диагностического центра.

Было выявлено, что женщины из группы наблюдения (диагноз «первичное бесплодие») отличаются высоким уровнем социальной стрес-

суюемости, высоким уровнем нейротизма, повышенным уровнем настроения и самочувствия, повышенной тревожностью, эмоциональной неустойчивостью, впечатлительностью, доминантностью и конформизмом; наличием акцентуированных черт характера: эмотивности, циклоидности, тревожности и экзальтированности и наличием акцентуации эмоциональности.

Согласно мнению Л.И. Афтанас (2000 г.) такие индивидуумы относятся к высокодефенсивным, с выраженной тенденцией субъективного отрицания тревоги, личностям с повышенной вегетативной, соматической, поведенческой реактивностью.

Анализ истории жизни у женщин с диагнозом привычного прерывания беременности показывает наличие неудовлетворительных отношений с матерью и защитной реакции на проявление чувств и эмоций в период детства.

Характерны нереально высокие требования к близким в проявлении с их стороны заботы, любви и понимания. Нереальность удовлетворения этих потребностей ведет к эмоциональной обособленности и разрядке импульсивного напряжения посредством социальной активности.

Наиболее отличительными чертами данной группы исследуемых являются наличие высокого самоконтроля, сдержанности, склонности

«все усложнять» и ко всему подходить «слишком серьезно», доминировать в межличностных отношениях и интеллектуальном защитном поведении, а также характерен высокий конформизм, социабельность, следование за общественным мнением и зависимость от мнения окружающих. Высокая социальная ориентация, стрессоустойчивость и удовлетворенность браком носит характер социальной желательности. Данные по невербальным тестам говорят о недостатке чувственной и эмоциональной теплоты дома, о внутренней потребности в зависимости и опеке.

Найдено, что той и другой патологии свойственны как общие черты характера, так и присущие отдельным патологиям. К тому же, все без исключения обследованные больные демонстрируют исключительно индивидуальные личностные свойства, что требует от психолога «прицельной», строго индивидуализированной психокоррекции и психотерапии.

Литература

1. Богданова Е.А. Эмоциональный стресс как причина вторичной аменореи у девушек // *Акушерство и гинекология*. 1987. №7. С. 6–7.
2. Брехман Г.И. Синдром психоэмоционального напряжения и миома матки // *Акушерство и гинекология*. 1987. №2. С. 13–17.
3. Дахно Д.В., Каталевская Л.Г., Белоус Л.Н., Чадаев В.Е. Исследование эмоционально-волевой сферы у бесплодных женщин // *Физиология и патология репродуктивной функции женщины*. Харьков, 1984. С. 7–8.
4. Афтанас Л.И. Эмоциональное пространство человека: психофизиологический анализ. Новосибирск, 2000.