

## ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СУПРУЖЕСКИМИ ОТНОШЕНИЯМИ ЖЕНЩИН В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Представлены результаты изучения невротических расстройств, акцентуаций характера и особенностей личности у женщин, участвующих в программе экстракорпорального оплодотворения. Отмечена необходимость учета этих факторов при изучении состояния их межличностного взаимодействия в бесплодном браке.**

*Ключевые слова:* психическая травматизация, женщины, акцентуации характера, особенности личности, экстракорпоральное оплодотворение, супружеские отношения.

Бесплодный брак, как правило, снижает качество жизни мужчин и женщин, тяжело переживается женщинами и нередко приводит к развитию у них невротических и личностных расстройств. Невротические расстройства как личностная реакция на нарушение генеративной, а нередко и сексуальной функции у одного или обоих супругов изменяют психологическое и социальное функционирование семьи и подрывают прочность брачных отношений [1, 2]. По данным различных авторов [3, 4], психологические проблемы, возникающие в семьях с нарушением репродуктивной функции, становятся причиной развода приблизительно в 25 % случаев. Таким образом, проблема бесплодного брака имеет не только медицинское, но и большое социальное значение. В большинстве стран Европы, по данным статистики, каждый пятый брак бесплодный, и это серьезно ухудшает социально-демографическую ситуацию. В Украине около 1 млн супружеских пар являются бесплодными [5]. В связи с резким ухудшением социально-демографической ситуации в нашей стране была принята государственная программа «Репродуктивное здоровье нации на период до 2015 года».

В связи с актуальностью проблема бесплодного брака в Украине привлекла внимание многих исследователей в области акушерства и гинекологии, андрологии, урологии, иммунологии, социальной и семейной медицины, что обусловило появление достаточно большого числа научных публикаций, позволяющих в определенной степени решить некоторые узловые вопросы современной репродуктологии.

В опубликованных работах рассмотрены в основном биологические аспекты репродуктивных и сексуальных нарушений, а психическое и тем более психологическое состояние обследованных мужчин и женщин до сих пор остаются малоизученными.

Цель работы — исследование дестабилизирующего влияния психических расстройств и психологических нарушений у женщин при бесплодном браке на систему межличностных отношений супругов.

Нами проведены психодиагностическое и психопатологическое обследования 240 женщин, состоящих в бесплодном браке.

Социально-демографическое исследование включало изучение стажа семейной жизни, прочности семейных отношений, уровня образования, количества детей, трудовой деятельности и социальных связей супругов, взаимоотношений с коллективом и взаимосвязи этих характеристик с развитием семейной дезадаптации.

Женщины были в возрасте от 20 до 33 лет, подавляющее большинство в возрастной категории от 21 до 27 лет.

Стаж семейной жизни у преобладающей части (57,5 %) обследованных составлял от 5 до 10 лет, у остальных — от 2 до 5 лет.

Изучение психического состояния женщин с бесплодием позволило выявить у 157 из них ряд невротических расстройств (табл. 1).

У остальных обследованных невротических расстройств не обнаружено.

Степень выраженности депрессивной симптоматики определяли с помощью шкалы Гамильтона (HDRS), которая состоит из 23 пунктов (два из них — 16-й и 18-й — содержат пункты А и Б и являются альтернативными). Сумма баллов по первым 17 пунктам шкалы Гамильтона по критериям МКБ-10 соответствует:

7–10 баллов — легкому депрессивному эпизоду,

17–27 баллов — умеренному депрессивному эпизоду,

более 27 баллов — тяжелому депрессивному эпизоду.

Таблица 1

**Виды невротических расстройств у обследованных женщин**

| Невротическое расстройство            | Количество обследованных, n = 240 |      |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------|
|                                       | абс. ч.                           | %    |
| Неврастения                           | 33                                | 13,8 |
| Обсессивно-компульсивное расстройство | 14                                | 5,8  |
| Умеренный депрессивный эпизод         | 21                                | 8,8  |
| Дистимия                              | 26                                | 10,8 |
| Кратковременная депрессивная реакция  | 29                                | 12,1 |
| Изолированные фобии                   | 10                                | 4,2  |
| Тревожное депрессивное расстройство   | 24                                | 10,0 |

Тяжесть тревожной симптоматики определяли по шкале тревожности, которая содержит 14 пунктов для диагностики следующих вариантов тяжести психопатологического состояния:

- менее 8 баллов — субклиническая тревога;
- 8–20 баллов — тревожное состояние;
- 20–56 баллов — тревожное расстройство.

Клиническими особенностями неврастении, наиболее часто встречающейся у наших пациенток, были повышенная утомляемость, особенно выраженная при умственном труде, работе на компьютере, которая быстро приводила к снижению работоспособности и невозможности сосредоточиться на выполнении операций, а также непродуктивность мышления. Женщины жаловались на физическую слабость и быструю истощаемость. Неврастенические симптомы чаще возникали на фоне нервно-психического истощения, вызванного переутомлением. Осознание наличия у женщины бесплодия, которое становилось для нее личностно высокозначимым психотравмирующим фактором, приводило к развитию внутриличностного конфликта. Ситуация резкого увеличения мотивации, повышения личной ответственности не только за процесс лечения, но и за его результат у женщин вызывала состояние стойкой психоэмоциональной напряженности. Обследуемые нами пациентки с неврастенией практически находились в состоянии психоэмоционального стресса в условиях угрозы сохранению генеративной функции, продолжению рода и их личностному и общественному престижу. Это состояние психоэмоциональной напряженности и стресса в значительной степени усиливалось при отсутствии достаточной информации как о ходе самого лечебно-диагностического процесса, так и о возможных перспективах получения реального позитивного результата. Со стороны

психической сферы у таких женщин наблюдались отвлекаемость внимания, замедление и точность индивидуальных реакций и, соответственно, получение информации из памяти, а следовательно, уменьшалась эффективность их психологической и психической деятельности. В таких ситуациях все более активно проявлялись отрицательные эмоциональные реакции: тревога, волнение, ожидание неудачи в сексуальной и репродуктивной сферах. Эти состояния психологического, психического и эмоционального дискомфорта ухудшали процесс межличностной коммуникации, гармонизации семейных отношений и не способствовали сохранению личностной и статусной адаптации.

Кратковременная депрессивная реакция, которая наблюдалась у 12,1% обследованных, проявлялась транзиторным мягким депрессивным состоянием и продолжалась не более месяца.

При наблюдавшемся в 10% случаев тревожном депрессивном расстройстве в клинической картине у женщин присутствовала симптоматика как тревоги, так и депрессии. Одновременно у части обследованных с тревожно-депрессивными симптомами отмечались вегетативные реакции, такие как сердцебиение, тремор рук, потливость, сухость во рту. Состояние тревоги у женщин отмечалось в связи с возможным предстоящим обследованием и особенно усиливалось перед предстоящей манипуляцией. Следует отметить, что депрессивный фон настроения доминировал у преобладающего большинства женщин с тревожно-депрессивным расстройством.

У женщин с дистимией наблюдался преимущественно ее дисфорический вариант. В большинстве случаев пациентки жаловались на плохое настроение, прерывистый сон, чувство усталости. Как правило, выраженность депрессии обнаруживала определенную взаимосвязь с мыслями о бесплодии. Женщины испытывали определенные трудности как в постановке целей и задач, так и в их реализации. Следует отметить, что сниженный фон настроения, и весьма часто дисфории, отмечались у пациенток и после сексуального контакта. Анализ зон конфликта у женщин с дистимией показал, что в основном они были связаны с семейными взаимоотношениями, личными опасениями из-за нереализации репродуктивной функции и возможного ухудшения отношений с супругом. Во временном аспекте областью конфликта у женщин с дисфорическим вариантом дистимии было будущее.

При обсессивно-компульсивном расстройстве, установленном нами в 5,8% случаев, у женщин наблюдались навязчивые мысли или компульсивные действия. В структуре навязчивых мыслей отмечен как сам факт наличия у женщины бесплодия, так

и возможный бесперспективный характер самого лечения. Компульсивные действия, принимавшие в некоторых случаях характер ритуалов, представляли собой повторяющиеся поступки, которые в конечном счете не приносили женщине ни облегчения, ни удовольствия. В наших наблюдениях это могли быть как повторные процедуры сдачи анализов зачастую в различных лечебных учреждениях, так и соблюдение определенного ритуала перед повторной сдачей того же анализа. Стереотипные мысли, идеи, образы и влечения, которые часто повторялись и принимали характер obsессивных, часто носили для женщин тягостный характер, и они долго и безуспешно пытались бороться с ними. В большинстве случаев ни obsессивные идеи, влечения и мысли, ни компульсивные действия не приводили к адекватному решению поставленных задач и не доставляли женщине в конечном счете удовлетворения.

Для установления типа акцентуаций характера нами проводилось обследование женщин по методике Г. Шмишека [6]. Учитывая важное значение воспитания в определении акцентуированных черт характера, мы выясняли типы воспитания по А. Е. Личко [7].

Таблица 2

**Типы акцентуаций характера у обследованных женщин**

| Типы акцентуаций характера | Количество обследованных, $n = 73$ |       |
|----------------------------|------------------------------------|-------|
|                            | абс. ч.                            | %     |
| Демонстративный            | 19                                 | 26,03 |
| Возбудимый                 | 10                                 | 13,69 |
| Эмотивный                  | 14                                 | 19,18 |
| Тревожный                  | 13                                 | 17,80 |
| Дистимический              | 7                                  | 9,59  |
| Педантический              | 7                                  | 9,59  |
| Застревающий               | 3                                  | 4,11  |

У 73 обследованных нами женщин с невротическими расстройствами были выявлены демонстративные, возбудимые, тревожные, дистимические, эмотивные, педантические и застревающие типы акцентуаций (табл. 2). У остальных пациенток ярко выраженные типы акцентуаций характера не были определены.

Женщины с демонстративным типом акцентуаций, наиболее встречаемым среди обследованных, всегда пытались находиться в центре внимания и не выносили равнодушного отношения к себе. Они были эгоцентричны, жаждали постоянного признания, требовали сиюминутного исполнения своих желаний. Как правило, сам факт бесплодия они считали не их виной и обвиняли в сексуальной

и репродуктивной несостоятельности своих мужей. Они много фантазировали, были разговорчивы, особенно если их слушали с интересом. Пациенток с эмотивным типом акцентуаций, напротив, отличали чувствительность и отзывчивость, и они очень серьезно воспринимали любое событие. Основными чертами женщин с педантической акцентуацией были боязливость и нерешительность, они боялись предстоящих диагностических и лечебных манипуляций и были нерешительны в выборе места и сроков проведения процедур. В отличие от пациенток с демонстративным типом акцентуаций они, в основном, во всем винили себя и постоянно искали поддержки со стороны родственников и знакомых.

У пациенток с застревающим типом акцентуаций отмечалась патологическая стойкость аффекта, они никогда не забывали обиды, были злопамятны и мстительны. Поэтому в ряде случаев, затаив обиду на своего супруга, женщины переносили ее и на репродуктивную сферу, будучи не слишком активными и целеустремленными в выполнении рекомендаций врача-гинеколога и репродуктолога.

Для женщин с тревожным типом акцентуаций были характерны разнообразные страхи, зачастую достигающие достаточно высокой степени. Пациентки испытывали страх перед выполнением предстоящих диагностических и лечебных манипуляций. Весьма характерными для них были робость и покорность. У женщин с дистимическим типом акцентуированных черт характера отмечался сниженный фон настроения, несколько замедленное мышление. Они часто были угрюмы, всем недовольны и пассивны. У них наблюдался некоторый пессимизм относительно возможных перспектив предстоящего обследования и лечения. Пациентки с возбудимым типом акцентуаций, наоборот, отличались открытостью, приветливостью, дружелюбием. Они верили в успешный исход предстоящего лечения и зачастую вселяли оптимизм в своего партнера.

Известно, что акцентуация характера, по сути, врожденное качество, но определенную роль в ее выраженности играет полученное воспитание (табл. 3).

Наиболее распространенным типом воспитания у наших пациенток была гиперпротекция, которая заключается в стремлении родителей освободить ребенка от трудностей. Они постоянно восхищаются мнимыми и действительными талантами ребенка, такие дети живут практически в постоянной атмосфере обожания и похвал. Особенно пагубно такой тип воспитания сказывается на формировании характерологических особенностей в подростковом возрасте, периоде, в котором фактически завершается психический онтогенез.

Таблица 3

**Типы воспитания,  
полученного обследованными женщинами**

| Типы воспитания  | Количество обследованных, n = 240 |      |
|--|-----------------------------------|------|
|  | абс. ч.                           | %    |
| Гиперпротекция доминирующая потворствующая (кумир семьи) | 37                                | 15,4 |
|  | 7                                 | 2,9  |
|  | 30                                | 12,5 |
| Гипопротекция условия жестоких взаимоотношений           | 49                                | 20,4 |
|  | 14                                | 5,8  |
| повышенная моральная ответственность                     | 25                                | 10,4 |
| эмоциональное отвержение                                 | 10                                | 4,2  |

Культивируемое прежде всего родителями эгоцентрическое желание детей и подростков всегда быть в центре внимания окружающих приводит к тому, что они привыкают все получать с легкостью и без особого труда. При демонстративной акцентуации характера воспитание по типу потворствующей гиперпротекции способствует заострению истероидных характерологических черт и развитию тех же черт при возбудимой, гипертимной и застревающей акцентуациях. При воспитании по типу доминирующей гиперпротекции, которое выражается в чрезмерной опеке и практически постоянном мелочном контроле за каждым шагом ребенка, доходящем весьма часто до слежки, он практически не получает собственного опыта в принятии самостоятельных решений. Воспитание по такому типу способствует усилению нерешительности, несамостоятельности, неуверенности в себе и способствует закреплению педантических, тревожных и эмотивных черт характера. Постоянное ощущение детей, что они являются обузой, ими тяготятся, характерно для воспитания по типу эмоционального отвержения. При эмотивном и тревожном типах акцентуаций такой характер воспитания оставляет, как правило, неизгладимый след. Противоположный характер гиперпротекции носит воспитание по типу гипопротекции, когда дети остаются практически безнадзорными и при отсутствии, особенно в подростковом возрасте, контроля со стороны родителей за их поведением, подлинного внимания оказываются полностью предоставленными самим себе. Скрытую гиперпротекцию как тип воспитания отмечают, когда контроль над поведением подростка хотя и был, но носил формальный характер. Воспитание по типу гиперпротекции оказывается особенно неблагоприятным при акцентуированных чертах характера возбудимого и тревожного типов. Воспитание в условиях повышенной моральной

ответственности, когда родители возлагают слишком большие надежды на ребенка и считают, что они, возможно, сумеют сделать реальностью их собственные несбывшиеся мечты. Это способствует закреплению тревожно-мнительных черт характера при проявлении чрезмерных требований и формированию высокого уровня ответственности у подростков. Воспитание в условиях жестоких взаимоотношений, которое наблюдалось нами в 10,4% случаев, сопровождалось тем, что ребенок наказывался за самые мелкие проступки. Жестокостью и злостью была проникнута атмосфера в семье. Весьма характерными были безразличие членов семьи друг к другу, забота исключительно о самом себе и, таким образом, полное пренебрежение тревогами и интересами близких.

Кроме того, с целью изучения супружеской коммуникации нами был использован одношкальный опросник J. Bienvenu [7], позволяющий измерить уровень супружеского счастья. Известно, что супружеская адаптация является многоуровневым феноменом, и поэтому мы выбрали ее интегральный показатель — уровень супружеского счастья, который позволяет оценить сексуальную удовлетворенность и удовлетворенность коммуникацией, единство интересов супругов и другие параметры адаптации (табл. 4).

Таблица 4

**Показатели супружеской адаптации  
и супружеского счастья в обследованных семьях,  
баллы**

| Показатель            | Мужья            |      | Жены             |      |
|-----------------------|------------------|------|------------------|------|
|                       | среднее значение | S    | среднее значение | S    |
| Супружеская адаптация | 5,9              | 0,43 | 5,7              | 0,53 |
| Супружеское счастье   | 6,7              | 0,66 | 6,9              | 0,61 |

Примечание. S — ошибка среднего значения.

Полученные нами данные позволили отнести все обследованные семьи к дезадаптивным, в которых исследованные показатели у мужей и жен не превышали соответственно 6,7 и 6,9 балла (при норме 10–12 баллов).

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что наличие бесплодия у женщин может обуславливать развитие у них невротических расстройств. Акцентуации характера, личностные особенности обследованных способствовали формированию клинического типа расстройства. Отрицательную роль в психологическом состоянии и характере эмоциональных реакций сыграло и полученное ими неправильное воспитание.

Выявленные нами в результате психологического и психопатологического обследований факторы, способствующие нарушению межличностной коммуникации при бесплодии у женщин и возможной неэффективности проведения экстракорпорального оплодотворения, следует учитывать при выполнении психотерапевтической коррекции и лечебно-диагностических мероприятий, которые должны носить индивидуальный, дифференцированный характер.

#### Л и т е р а т у р а

1. Бесплодие в супружестве; под ред. И. Ф. Юнды.— К.: Здоровье, 1990.— 463 с.
2. Сексология и андрология; под ред. И. И. Горпинченко.— К.: Ин-т урологии АМН Украины, 2002.— 291 с.
3. Грищенко В. В. Научные основы регулирования рождаемости / В. В. Грищенко.— К.: Здоровье, 1988.— 150 с.
4. Чен П. Т. К. Секреты репродуктивной медицины / П. Т. К. Чен, М. Гоулдстейн, З. Роузенвэкс.; пер. с англ.; под ред. В. И. Кулакова.— М.: МЕД-пресс-информ, 2006.— 448 с.
5. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
6. Общая психодиагностика; под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина.— М.: МГУ, 1997.— 364 с.
7. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко.— 2-е изд., доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1983.— 256 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практ. руководство / В. Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс, 1999.— 592 с.

### ЧИННИКИ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ТА ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ШЛЮБНИМИ ВІДНОСИНАМИ ЖІНОК У БЕЗПЛІДНОМУ ШЛЮБІ

Е. М. АЙЗЯТУЛОВА

**Наведено результати вивчення невротичних розладів, акцентуацій характеру та особливостей особистості у жінок, які беруть участь у програмі екстракорпорального запліднення. Визначено необхідність урахування цих чинників у вивченні стану їх міжособистісної взаємодії у безплідному шлюбі.**

*Ключові слова: психічна травматизація, жінки, акцентуації характеру, особливості особистості, екстракорпоральне запліднення, подружні відносини.*

### THE FACTORS OF MENTAL TRAUMA AND MARITAL RELATIONSHIP SATISFACTION OF WOMEN IN AN INFERTILE COUPLE

E. M. AYZIATULOVA

**The results of the study of neurotic disorders, accentuation of character and personality traits in women participating in a program of in vitro fertilization are presented. The necessity to consider these factors in the study of the state of their interpersonal interactions in an infertile couple is emphasized.**

*Key words: psychic trauma, women, character accentuation, personality features, in vitro fertilization, marital relationship.*

Поступила 08.02.2013