

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. Компulsive 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 obsessивных, часто носили для женщин тягостный характер, и они долго и безуспешно пытались бороться с ними. В большинстве случаев ни obsessивные идеи, влечения и мысли, ни compulsивные 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
	25	10,4
повышенная моральная ответственность 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