

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ, УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены результаты изучения личностных особенностей, типов отношения к болезни, уровня реактивной и личностной тревожности, самооценки женщин с бесплодием при их участии в программе экстракорпорального оплодотворения. Выявленные закономерности должны быть учтены при построении программы медико-психологической помощи женщинам в бесплодном браке.

Ключевые слова: бесплодие, экстракорпоральное оплодотворение, личностные особенности, типы отношения к болезни, реактивная и личностная тревожность, самооценка.

Бесплодный брак, как правило, снижает качество жизни мужчин и женщин, тяжело переживается женщинами и нередко приводит у них к развитию 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, подрывают прочность брачных отношений [1, 2]. По данным различных авторов [3–4], психологические проблемы, возникающие в семьях с нарушением репродуктивной функции супругов, 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 насчитывается около 1 млн бесплодных супружеских пар [5]. В связи с резким ухудшением социально-демографической ситуации в нашей стране была разработана государственная межотраслевая программа «Репродуктивне здоров'я нації» на 2006–2015 гг. Одной из современных биотехнологий, применяемой при лечении бесплодных супружеских пар, является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).

В связи с актуальностью проблемы бесплодного брака в нашей стране этот вопрос привлекал внимание специалистов в области акушерства и гинекологии, андрологии, урологии, иммунологии, социальной и семейной медицины, что привело к появлению достаточно большого числа научных публикаций, позволяющих в определенной степени решить некоторые узловые вопросы современной репродуктологии.

В публикациях, касающихся актуальных проблем бесплодного брака, рассматриваются в ос-

новном биологические аспекты репродуктивных и сексуальных нарушений, а психическое, и тем более психологическое состояние мужчин и женщин до сих пор изучены недостаточно. Дестабилизирующее влияние психических расстройств и психологических нарушений у женщин в бесплодном браке на систему межличностных отношений супругов в большинстве научных исследований практически не учитывается.

Нами проведено психодиагностическое и психопатологическое обследование 240 женщин, состоящих в бесплодном браке, которые были поровну распределены на две группы: первую — принимавших участие в программе медико-психологической реабилитации при ЭКО, вторую — не принимавших в ней участия. Обследованные были в возрасте от 20 до 33 лет. Стаж семейной жизни у 61,3% из них составлял от 5 до 10 лет, остальные находились в браке от 2 до 5 лет.

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.

Проведенное изучение психического состояния женщин с бесплодием позволило выявить у них ряд личностных особенностей. Результаты исследования, выполненного по методике стандартизированного личностного опросника MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) в адаптации Ф. Б. Березина, М. П. Мирошникова [5, 6] в обеих клинических группах представлены на рис. 1–3.

При исследовании особенностей личности по адаптированной методике MMPI у женщин в обеих группах были выделены три варианта усредненного профиля (рис. 1).

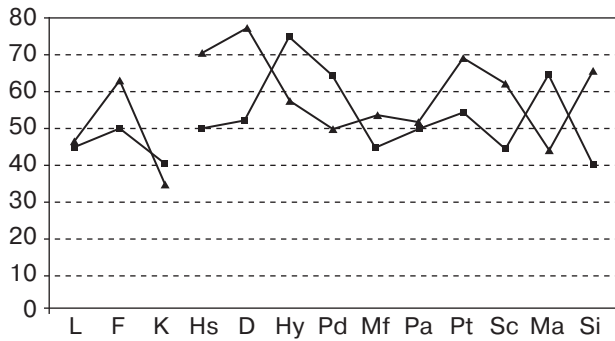


Рис. 1. Варианты усредненного профиля личности женщин в бесплодном браке

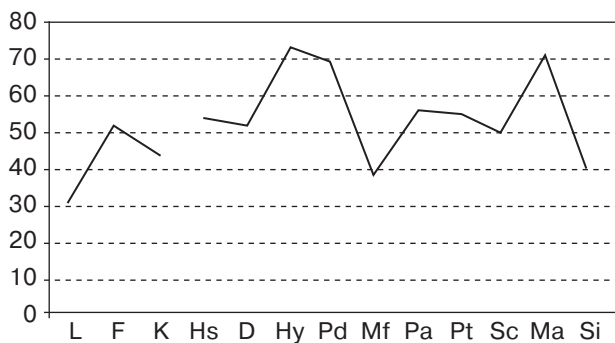


Рис. 2. Второй вариант усредненного профиля личности женщин с репродуктивным нарушением

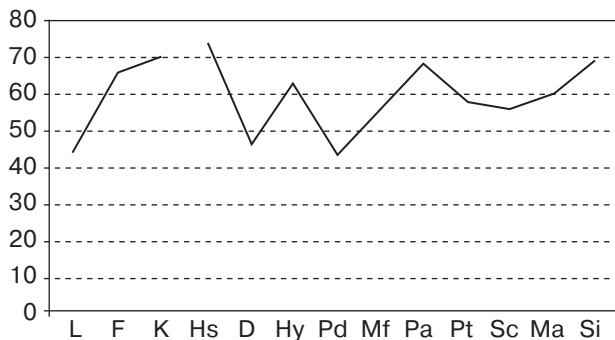


Рис. 3. Третий вариант усредненного профиля личности женщин в бесплодном браке

Первый характеризовался максимальным повышенном показателях 2-й шкалы (тревога и депрессивные тенденции), которые сочетались с высокими показателями 1-й (соматизация, тревога, надконтроль), 7-й (фиксация тревоги и ограничительное поведение), 0-й (социальная интроверсия) шкал при низких показателях по 9-й шкале (отрицание тревоги и пессимистического восприятия). Такой профиль был свойственен лицам с выраженными тревожно-мнительными чертами, которые отличались эмоциональным напряжением, тревожностью, подавленным пес-

симстическим настроением, ипохондрической фиксацией на патологических ощущениях, неуверенностью в себе, стыдливостью, нерешительностью, замкнутостью.

Второй вариант профиля личности определялся повышением показателей на 3-й (вытеснение причин, которые вызывают тревогу), 4-й (импульсивность), 9-й (отрицание тревоги и пессимистического восприятия) и снижением показателей на 5-й (мужественность — женственность) и 0-й (социальная интроверсия) шкалах, что характеризовало пациенток как эмоционально незрелых личностей. Их демонстративность и ориентация на внешнюю оценку мешали прямым проявлениям социального поведения, поэтому агрессия, протест, невозможность и нежелание учитывать интересы окружающих наблюдались чаще в отношениях с близкими людьми. Второй вариант профиля личности был выявлен лишь у пациенток с акцентуацией возбудимого и демонстративного типов. Будучи требовательными к другим, они в то же время снисходительно относились к собственным недостаткам; конформность и самоконтроль у них были низкими. Полученные данные имели средний уровень ($p \leq 0,05$) позитивной корреляции.

Третий вариант профиля личности наблюдался у значительной части обследованных с педантичным и застревающим типами акцентуаций характера, в одиночных случаях — с дистимическим ее типом (рис. 3). Этим женщинам отличали внутренняя напряженность, социальная неуверенность, подозрительность, ригидность, конформность, педантичность, замкнутость, аффективная обидчивость, упрямство, а также пониженное настроение, тревога, связанная с мыслями о состоянии своего здоровья, и угнетение, которые затрудняли социальные контакты. Полученные данные имели средний уровень ($p \leq 0,05$) позитивной корреляции.

Важную роль в процессе психической, межличностной и социальной адаптации играет уровень тревожности на данный момент. С целью изучения состояния личностной и реактивной тревожности у всех обследованных была использована методика Спилбергера — Ханина [6]. Уровень ситуативной и личностной тревожности показан на рис. 4, 5.

Установлено, что среди женщин с бесплодием преобладали лица со средним уровнем ситуативной и личностной тревожности. В первой группе было меньше пациенток с низким уровнем тревожности ($p < 0,01$). Такое распределение было связано, по нашему мнению, с большей чувствительностью пациенток с репродуктивной патологией к восприятию определенных социальных и межличностных оценок, которые составляют угрозу для личностной самооценки и самоуважения.

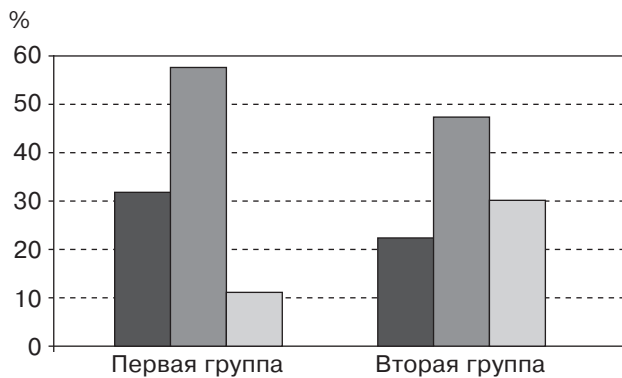


Рис. 4. Уровень ситуативной тревожности у женщин с бесплодием: ■ — высокий; ■ — средний; □ — низкий

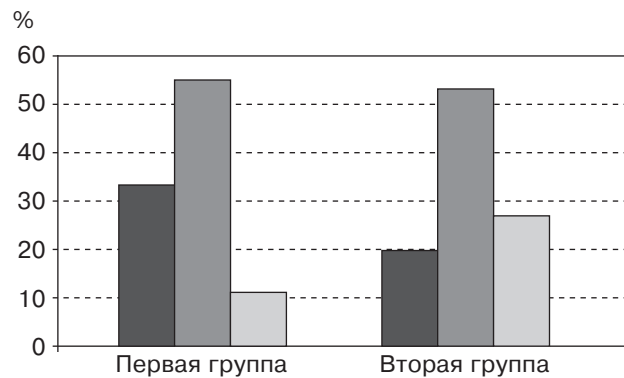


Рис. 5. Уровень личностной тревожности у женщин с бесплодием: ■ — высокий; ■ — средний; □ — низкий

В обследовании пациенток нами была использована методика «Тип отношения к болезни», позволяющая получить развернутую характеристику системы отношений личности, связанных с заболеванием, а также целостный тип реагирования на болезнь [6, 8]. Данная методика предусматривает 13 типов отношения к болезни (у обследованных нами пациенток были выявлены 8 из них). Данные, полученные в этом исследовании, приведены в таблице.

Необходимо отметить, что гармоничный тип, отличающийся трезвой оценкой своего состояния без склонности к преувеличению его тяжести; апатический, характеризующийся безразличием к своей судьбе, к исходу болезни и результатам лечения; эйфорический — с необоснованно повышенным настроением, нередко наигранным, легкомысленным отношением к заболеванию, не были выявлены ни у одной из наших обследованных.

Типы отношения женщин к болезни, %

Тип отношения к болезни	Группы обследованных женщин	
	первая, n = 120	вторая, n = 120
Тревожный	14,2	10,0
Ипохондрический	10,0	5,8
Смешанный	22,5	25,0
Неврастенический	27,5	25,0
Обсессивно-фобический	4,2	4,2
Сенситивный	5,8	8,3
Эгоцентрический	10,0	17,5
Меланхолический	5,8	4,2

Не были также установлены анозогнозический тип, при котором отбрасывается всякая мысль о болезни, возможных ее последствиях, и эргопатический тип — «уход от болезни в работу», при

котором пациентки, даже несмотря на тяжесть заболевания, продолжают работать, отдавая ей силы и время.

У женщин первой группы чаще всего отмечались смешанный, неврастенический, тревожный типы реагирования, реже — эгоцентрический, ипохондрический, сенситивный.

Тревожный тип отношения к болезни характеризовался постоянным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения расстройства, возможных осложнений, неэффективности применения ЭКО-лечения. Пациентки искали новые способы лечения и дополнительную информацию о репродуктивном нарушении. Их больше интересовали объективные данные о наличии репродуктивного нарушения, чем субъективные жалобы, поэтому они предпочитали не предъявлять свои жалобы, хотя настроение у них оставалось тревожным и угнетенным.

При неврастеническом типе реагирования на репродуктивную проблему наблюдались выраженная нетерпеливость, несдержанность пациенток в отношении своего состояния. Их поведение характеризовалось «раздражительной слабостью» со вспышками гнева в ответ на появление неприятных или болевых ощущений, необходимость обследования. Раздражение нередко изливается на первого встречного, чаще на родственников, и завершается раскаянием за беспокойство и несдержанность.

Ипохондрический тип отношения к репродуктивному нарушению характеризовался тем, что женщины были сосредоточены на субъективных болезненных ощущениях. Им свойственны постоянные жалобы окружающим на свое состояние, они преувеличивают действительные и выискивают несуществующие болезни и проблемы. Для них характерны желание решить репродуктивную проблему и одновременно неверие в успех лечения.

Женщины второй группы чаще всего и в одинаковой степени реагировали на свою болезнь по

смешанному, неврастеническому, несколько реже эгоцентрическому и реже всего по меланхолическому и обсессивно-фобическому типам.

Пациентки с эгоцентрическим типом отношения к болезни демонстративно проявляли свои страдания и переживания, стремясь привлечь внимание близких и окружающих, требовали исключительной заботы о себе. Любые разговоры окружающих они стремились перевести «на себя», подчеркивали свою исключительность как люди, имеющие серьезную проблему. Все другие, нуждающиеся во внимании и заботе, вызывали у них неприязнь и негативизм.

Обсессивно-фобический тип реагирования на репродуктивное нарушение отличался тревожной мнительностью, которая относилась прежде всего не к реальным, а маловероятным осложнениям болезни, неэффективности лечения, а также неудачам в жизни и особенно в супружеских отношениях. Воображаемые трудности их волновали больше, чем реальные.

Смешанный тип отношения к болезни у обследованных нами женщин отмечался чаще всего.

Особенностью женщин с сенситивным типом реагирования на болезнь были чрезмерная тревога относительно неблагоприятных реакций окружающих на их проблему. У них были опасения, что люди их избегают, считают неполноценными, относятся к ним пренебрежительно. Более всего женщины боялись неблагоприятного отношения со стороны своих близких.

Для меланхолического типа отношения к болезни характерны удрученность болезнью, неверие в успех лечения и выздоровление. Для больных свойственны депрессивные высказывания и пессимистический взгляд на все вокруг, в том числе и лечение.

При интерпретации отношения к болезни мы обращали внимание на целостный тип реагирования, соответствующий трем блокам. В первый были включены гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения, при которых психосоциальная адаптация существенно не нарушается. Этот тип реагирования не отмечался у обследованных нами женщин.

Второй блок включал типы реагирования с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический и был выявлен у обследованных первой группы, характеризовался нарушением социальной адаптации больных. Эмоционально-аффективная сфера отношений у них проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу «раздражительной слабости», тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, капитуляции перед расстройством, «уходе в болезнь».

Программа медико-психологической помощи женщинам при лечении бесплодия с помощью ЭКО должна представлять собой поэтапную, последовательную систему психокорректирующих мероприятий.

Разработанная и внедренная нами система психокоррекции базируется на принятых в современной психотерапии принципах комплексности, дифференцированности, последовательности и этапности и состоит в соответствии со структурой межличностного взаимодействия из четырех компонентов — информационного, эмоционального, поведенческого и личностного и адресуется трем подсистемам личности: интраиндивидуальной, интраиндивидуальной и метаиндивидуальной [7, 8].

Выбор психотерапевтических методик и их содержание зависели от формы дезадаптации пациенток, ее причин, механизмов развития и клинических проявлений. Психокоррекцию проводили в два этапа — выработки установки и научения. При всех формах применяли когнитивно-ориентированные методы психотерапии (разъяснительную, рациональную, когнитивную, рационально-эмоциональную) и при необходимости персоналистическую психотерапию [9–11]. Использовали индивидуальные и групповые формы работы, тренинги, из дополнительных методов — библио- и синамотерапию.

Таким образом, выявленные личностные особенности, типы отношения к заболеванию, особенности реактивной и личностной тревожности, характерные для репродуктивного нарушения, их психопатологическое, патосиндромологическое ранжирование, клинические варианты, причины, механизмы развития клинических проявлений у обследованных были использованы при разработке системы психотерапевтической коррекции. Акцентуации характера, личностные особенности обследованных женщин способствовали формированию клинического типа расстройства.

Выявленные нами в результате психологического и психопатологического обследования факторы, способствующие нарушению межличностной коммуникации при бесплодии у женщин и возможной эффективности проведения ЭКО, следует учитывать при проведении 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. Гоулдстайн, З. Роузенвэкс; пер. с англ.; под общ. ред. В. И. Кулакова.— М.: МЕДпресс-информ, 2006.
5. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян.— М.: Рer Se, 2002.— 879 с.
6. Общая психодиагностика; под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина.— М.: Изд-во 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.
9. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен.— СПб.: Питер, 2002.— 544 с.
10. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе.— М.: Класс, 1998.— 480 с.
11. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / О. Ф. Кернберг; пер. с англ.; под ред. М. И. Завалова.— М.: Класс, 2001.— 464 с.

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ, СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ, РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ У ЖІНОК У БЕЗПЛІДНОМУ ШЛЮБІ

Е. М. АЙЗЯТУЛОВА

Подано результати вивчення особистісних особливостей, типів ставлення до хвороби, рівня реактивної та особистісної тривожності, самооцінки жінок із безпліддям при їх участі в програмі екстракорпорального запліднення. Виявлені особливості необхідно враховувати під час розробки програми медико-психологічної допомоги жінкам у безплідному шлюбі.

Ключові слова: безпліддя, екстракорпоральне запліднення, особистісні особливості, типи ставлення до хвороби, реактивна та особистісна тривожність, самооцінка.

PERSONALITY CHARACTERISTICS, ATTITUDE TO THE DISEASE, ANXIETY LEVEL IN WOMEN IN INFERTILE MARRIAGE

E. M. AYZYATULOVA

The results of the study of personality characteristics, types of attitude to the disease, the level of reactive and personal anxiety, self-esteem of women with infertility at their participation in a program of in vitro fertilization are presented. The revealed regularities should be taken into account when building the program of medical and psychological assistance to women in an infertile marriage.

Key words: infertility, in vitro fertilization, personality characteristics, types of attitude to the disease, reactive and personal anxiety, self-esteem.

Поступила 22.07.2013