

УДК 618.14-06-053.86:616.89-072.8

КОРНИЕНКО С.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО И ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Резюме. Целью исследования стало изучение личностных особенностей женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста с патологией эндометрия (ПЭ).

Материал и методы. В исследование были включены 206 женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста. Группу ПЭ составили 176 пациенток с ПЭ, в контрольную группу вошли 30 условно здоровых женщин.

Для психологического обследования использовали личностный опросник FPI, предназначенный для диагностики психических состояний и свойств личности, влияющих на процессы социальной адаптации и регуляции поведения. Изучаемые личностные характеристики оценивали по 9-балльной шкале.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов вариационной статистики, χ^2 -критерия, рангового критерия Манна — Уитни и ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Выявлено, что дисфункциональными личностными чертами женщин с патологией эндометрия являются невротичность и эмоциональная лабильность. В сфере глубинных личностных связей невротичных и эмоционально лабильных пациенток с патологией эндометрия доминирует депрессивность, а механизмы их интрапсихической адаптации нарушают поведенческую интеграцию и дезорганизуют личность пациенток.

Вывод. Анализ взаимосвязи клинического течения заболевания и состояния психической сферы пациентки, системы ее значимых отношений и личностного смысла болезни, а также установление должного объема психотерапевтического и психофармакологического вмешательства позволят повысить эффективность проводимого лечения.

Ключевые слова: патология эндометрия, поздний репродуктивный и пременопаузальный возраст, свойства личности, опросник FPI.

Проблема заболеваний эндометрия неизменно привлекает внимание ученых. В научной литературе детально освещаются вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения патологии эндометрия (ПЭ). Несмотря на появление новых направлений в ведении больных с данной патологией, вопросы лечения ПЭ еще далеки от окончательного решения [6]. Это обусловлено прежде всего сложным и неоднородным пато- и морфогенезом заболевания и индивидуальной чувствительностью организма к различным лечебным воздействиям. Рост заболеваемости ПЭ связывают как с увеличением продолжительности жизни, так и с неблагоприятной экологической обстановкой, ростом числа хронических соматических заболеваний и снижением иммунитета у женщин [5, 6].

Психосоматическая медицина изучает взаимоотношения между эмоциональной жизнью человека, индивидуальными факторами психики и природой соматических расстройств. Не придавая психическим воздействиям единственного и решающего значения в

этиологии и патогенезе соматической патологии, психосоматическая наука поддерживает концепцию ее полиэтиологичности [1, 4, 7]. Появляется все больше исследователей, осознающих ограниченность естественнонаучной парадигмы без учета личности пациента и указывающих на необходимость анализа не только объектной, но и субъектной роли больного и важность партнерских отношений в системе врач-пациент [2–5, 8, 9].

Подчеркивая сложность, полифакторность механизмов патогенеза психических нарушений у соматических больных, многие авторы указывают на невозможность проведения четкой границы между так называемыми нозогениями — проявлениями нейротоксического эффекта болезни и дезадаптивной личностной реакции на нее [1–4, 7, 9]. Хроническое гинекологическое заболевание снижает выносливость

© Корниенко С.М., 2013

© «Медико-социальные проблемы семьи», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

женщины к физическим и психическим нагрузкам, ставит под угрозу ее самооценку, приводит к депривации важных физиологических потребностей, что, в свою очередь, вызывает возникновение целого ряда фрустраций, изменяя эмоциональный фон и даже относительно устойчивые личностные свойства [3, 8, 9]. Поскольку «средний возраст» способен порождать глубокие личностные конфликты в связи с кризисом самоидентичности женщины и амбивалентностью ее переживаний [10], можно предположить, что на фоне ПЭ имеет место суммарное увеличение стрессовых нагрузок на организм. А так как психоэмоциональное напряжение является формой представления в сознании индивида личностного смысла происходящих в его жизни событий, то на развитие стресса могут влиять и его личностные особенности. Определение релевантных личностных свойств пациенток с ПЭ, возможно, позволит выявить корригируемые факторы психоэмоционального напряжения у этих женщин.

Целью нашего исследования стало изучение личностных особенностей женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста с ПЭ.

Материал и методы

В исследование были включены 206 женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста. Группу ПЭ составили 176 пациенток с ПЭ, в контрольную группу вошли 30 условно здоровых женщин. Медианное значение возраста в группе ПЭ составило 40 (37–44) лет и не имело статистически значимого отличия от показателя контрольной группы — 39,5 (37–42,3) года, $p > 0,05$.

Для психологического обследования использовали личностный опросник FPI, предназначенный для диагностики психических состояний и свойств личности, влияющих на процессы социальной адаптации и регуляции поведения. Тест FPI содержит 114 вопросов, сгруппированных в 12 шкал. Шкалы I–IX (невротичность, спонтанная агрессивность, депрессивность, раздражительность, общительность, уравновешенность, реактивная агрессивность, застенчивость, открытость) являются базовыми, последние три (экстраверсия-интроверсия, эмоциональная лабильность, маскулинизм-феминизм) — производными, интегрирующими шкалами, составленными из вопросов основных шкал. Изучаемые личностные характеристики оценивали по 9-балльной шкале.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов вариационной статистики (медиана и межквартильный размах), χ^2 -критерия, рангового критерия Манна — Уитни и ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение

В группе ПЭ полип эндометрия был диагностирован у 132 (75,0 %) женщин, гиперплазия эндометрия — у 48 (27,3 %), хронический эндометрит — у 30 (17 %), аденоматоз — у 5 (2,8 %), синехии — у 4 (2,3 %).

Изучение медианных оценок шкал опросника FPI показало, что профиль обеих групп совпадал в части высоких показателей общительности и застенчивости опрошенных женщин (рис. 1). Медианная оценка общительности в группе ПЭ составила 6 (5–6) баллов, в контрольной группе — 6 (6–7) баллов, оценка застенчивости соответственно 6 (5–7) и 6 (3–7) баллов. Для пациенток с ПЭ была также характерна повышенная невротичность — 6 (4–7) баллов. В контрольной группе оценка по этой шкале была в 1,5 раза ниже — 4 (4–5) балла, $p < 0,001$. На фоне ПЭ у женщин отмечалось небольшое повышение уровня раздражительности и эмоциональной лабильности: медианные оценки по этим шкалам достигли 5 (3–7) и 5 (4–7) баллов, превышая на один балл значения контрольной группы, составившие соответственно 4 (3–5) и 4 (4–5) балла. Показатель уравновешенности в группе ПЭ был ниже на один балл показателя контрольной группы: 4 (2–5) против 5 (2–7) баллов, а показатели депрессивности (4 (3–6) против 4 (3,75–6) баллов) и открытости (4 (3–6) против 4 (2–5) баллов) были практически идентичны. Медианная оценка реактивной агрессивности в группе ПЭ превышала таковую в контрольной группе на один балл: 4 (3–5) против 3 (2,5–4) баллов, а оценка экстраверсии была на один балл выше в контроле: 4 (2–6) против 3 (2–4) баллов группы ПЭ. Самые низкие оценки в нашем исследовании были получены при тестировании по шкалам маскулинизма (3 (2–4) балла в группе ПЭ и 2 (1–4) балла в контроле) и спонтанной агрессивности (соответственно 3 (1–4) и 1 (1–3) балл).

Проведя ранжирование полученных баллов, мы отнесли к низким оценкам диапазон 1–3 балла, к средним — диапазон 4–6 баллов, к высоким — диапазон 7–9 баллов и подсчитали частоту таких оценок в группах исследования. Как следует из полученных данных (табл. 1), на фоне ПЭ высокая степень невротичности отмечалась чаще на 36,5 % ($p < 0,001$), депрессивности — на 18,2 % ($p < 0,004$), раздражительности — на 18,9 % ($p < 0,02$), интроверсии — на 21,1 % ($p < 0,03$), эмоциональной лабильности — на 21,2 % ($p < 0,007$), а высокие оценки спонтанной агрессивности и уравновешенности фиксировались реже соответственно на 11,0 % ($p < 0,05$) и 21,5 % ($p < 0,003$). Помимо этого, низкая степень реактивной агрессивности в группе ПЭ наблюдалась на 24,0 % реже ($p < 0,02$), а застенчивости — на 17,4 % реже ($p < 0,03$), чем в контроле.

Вычислив отношения шансов (ОШ) для различных шкал опросника FPI, мы выявили основные личностные факторы, существенно повышающие риск ПЭ. К их числу прежде всего относится высокая степень невротичности (ОШ = 10,6) и эмоциональной лабильности (ОШ = 5,4). Кроме того, выраженная уравновешенность в 4,6 раза снижает шанс заболевания эндометрия.

Посредством рангового корреляционного анализа Спирмена мы выявили ряд личностных коррелятов в отношении факторов риска ПЭ.

Итак, невротичность у пациенток с ПЭ напрямую коррелировала с депрессивностью ($r = 0,62$, $p < 0,001$),

эмоциональной лабильностью ($\rho = 0,60, p < 0,001$), раздражительностью ($\rho = 0,54, p < 0,001$), застенчивостью ($\rho = 0,47, p < 0,001$), спонтанной ($\rho = 0,46, p < 0,001$) и реактивной агрессивностью ($\rho = 0,30, p < 0,001$), открытостью ($\rho = 0,30, p < 0,001$). Обратная корреляция получена по шкале общительности ($\rho = -0,20, p < 0,009$).

Помимо невротичности, к числу статистически значимых взаимосвязей эмоциональной лабильности следует отнести корреляции с депрессивностью ($\rho = 0,82, p < 0,001$), раздражительностью ($\rho = 0,60, p < 0,001$), застенчивостью ($\rho = 0,54, p < 0,001$), спонтанной агрессивностью ($\rho = 0,50, p < 0,001$), открытостью ($\rho = 0,50, p < 0,001$), реактивной агрессивностью ($\rho = 0,25, p < 0,002$) и общительностью ($\rho = -0,22, p < 0,004$).

Депрессивность, помимо невротичности и эмоциональной лабильности, коррелировала с застенчивостью ($\rho = 0,61, p < 0,001$), раздражительностью ($\rho = 0,59, p < 0,001$), открытостью ($\rho = 0,43, p < 0,001$) ($\rho = 0,47, p < 0,001$), спонтанной ($\rho = 0,42, p < 0,001$) и реактивной агрессивностью ($\rho = 0,33, p < 0,001$). Обратная корреляция получена по шкале общительности ($\rho = -0,24, p < 0,009$).

Интересно отметить, что такая черта личности, как уравновешенность, существенно понижающая риск ПЭ, имела наименьшее среди шкал FPI количество статистически значимых корреляций. Уравновешенность коррелировала с экстраверсией ($\rho = -0,43, p < 0,001$), маскулинизмом ($\rho = 0,42, p < 0,001$) и реактивной агрессивностью ($\rho = 0,24, p < 0,002$), причем первые два параметра, являясь производными шкалами, составленными в том числе и из вопросов шкалы уравновешенности, с ней связаны по своей сути.

Интерпретацию полученных результатов мы начнем с первой шкалы опросника FPI, характеризующей уровень невротизации личности, так как именно этот параметр в нашем исследовании занял ключевую позицию. Высокие оценки невротичности по шкале FPI отмечены почти у половины пациенток с ПЭ и лишь у одной из пятнадцати здоровых женщин сопоставимого возраста. Иными словами, у каждой второй женщины заболевания эндометрия сопровождаются выраженным невротическим синдромом астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями.

В сфере глубинных личностных связей невротичности у женщин с ПЭ доминирует депрессивность и эмоциональная лабильность. Вероятно, невротизация личности на фоне ПЭ связана прежде всего с недостаточной саморегуляцией, так как наряду с признаками, характерными для психопатологического депрессивного синдрома, наблюдаются частые колебания настроения, повышенная возбудимость и раздражительность.

По нашим данным, невротичные женщины с ПЭ чаще обладают такими чертами характера, как застенчивость и открытость. Парадоксальное, на первый взгляд, сочетание двух этих качеств объясняется следующим. С одной стороны, такие женщины тревожны, скованны, неуверенны, предрасположены к стрессовому пассивно-оборонительному реагированию на обычные жизненные ситуации, но, с другой стороны, на фоне

высокой самокритичности они испытывают острое стремление к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми. Тревожное ожидание представляет собой наиболее сильно действующий механизм психического стресса. Невротичные женщины с ПЭ не всегда готовы к реализации своей потребности в общении, о чем свидетельствует обратная корреляция между шкалами невротичности и общительности. Недостаточность психических ресурсов для удовлетворения потребностей зачастую вызывает эмоциональное напряжение. Блокада актуализированной потребности вызывает неудовлетворенность жизнью, принадлежностью к определенной группе или своим положением в этой группе, рождает ощущение собственной непригодности и переживание несправедливости и непонимания со стороны окружающих. Возможно, этим объясняется высокий уровень психопатизации невротичных пациенток с ПЭ, проявляющийся импульсивным, агрессивным поведением и выраженным стремлением к доминированию, что подтверждается наличием значимой корреляции между невротичностью и спонтанной/реактивной агрессивностью.

У каждой третьей-четвертой пациентки с ПЭ выявлены высокие оценки по шкале эмоциональной лабильности, свидетельствующие о частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности и недостаточной саморегуляции. В наших исследованиях шкала эмоциональной лабильности наиболее тесно коррелировала со шкалой депрессивности. У 57,1 % эмоционально лабильных пациенток наблюдалась выраженная депрессивность.

Переориентацию личности при развитии депрессивного синдрома связывают с утратой интересов, затруднениями межличностных связей, недостатком побуждения деятельности, подавленностью влечений.



Рисунок 1. Личностный профиль пациенток с ПЭ и условно здоровых женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста (медианные оценки в баллах шкал опросника FPI)

Примечание: при сравнении медианных значений группы ПЭ и контрольной группы использовали ранговый критерий Манна — Уитни.

При депрессиях индивидуумы обычно воспринимаются окружающими как ушедшие в себя и избегающие контактов, что подтверждается выявленными в наших исследованиях прямой корреляцией депрессивности и застенчивости и обратной корреляцией депрессивности и общительности. Однако в действительности наших пациенток отличала выраженная симбиотическая тенденция, постоянная потребность в глубоких и прочных контактах с окружающими, о чем свидетельствует значимая корреляция открытости и депрессивности.

Исследования последних лет в области изучения аффективных нарушений депрессивного спектра, связанных с репродуктивным циклом, показывают, что биологическим фоном для формирования этих расстройств являются резкие изменения гормонального фона и активности гипоталамо-гипофизарной системы, сопровождающиеся трансформацией уровня активности периферического эндокринного аппарата в период беременности, после родов, в лютеиновую фазу менструального цикла и в период перименопаузы, особенно за 1–2 года до наступления менопаузы. При этом ключевым фактором, предрасполагающим к развитию депрессии, является флюктуация уровня эстрогенов, а не гипоестрогемия, как считалось раньше.

Известно, что в формировании депрессии принимают участие не только гормональные, но и другие этиологические факторы: генетические, биохимические, социально-психологические [2, 8, 10, 11]. Тесная корреляция шкалы депрессивности со шкалами невротичности, раздражительности, спонтанной и реактивной агрессивности в нашей выборке указывала на невротическую и реактивную природу депрессивных расстройств у большинства пациенток с ПЭ. Такие депрессии чреватые развитием ипохондрической сим-

птоматики, так как больные с психогенной ситуацией переключаются на свое здоровье, что неблагоприятным образом отражается на течении соматического заболевания. В качестве опосредующих звеньев такой зависимости служат сопутствующие нейроэндокринные изменения, нарушения режима лечения и контакта с врачом, повышение стрессогенности межличностных взаимоотношений. И в то же время само соматическое заболевание способствует развитию депрессивных расстройств за счет действия комплекса клинических (биологических) и психосоциальных факторов [7].

Подводя черту под обсуждением полученных результатов, хочется высказать предположение, что полноценное исследование механизмов патологических нарушений и разработка лечебно-профилактических мероприятий при ПЭ невозможны без учета уникальности переживаний и ценностно-смысловой сферы личности пациенток.

Выводы

1. Отличительными дисфункциональными личностными чертами пациенток с ПЭ являются невротичность и эмоциональная лабильность.
2. В сфере глубинных личностных связей невротичных и эмоционально лабильных женщин с ПЭ доминирует депрессивность, а механизмы их интрапсихической адаптации нарушают поведенческую интеграцию и дезорганизуют личность пациенток.
3. Такие особенности аффективных расстройств могут существенно усложнить терапию патологических процессов эндометрия.
4. Анализ взаимосвязи клинического течения заболевания и состояния психической сферы пациентки, системы ее значимых отношений и личностного смы-

Таблица 1. Шкальные оценки опросника FPI у пациенток с патологией эндометрия и здоровых женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста, n (P %)

Шкала	Группа с патологией эндометрия, n = 176			Контрольная группа, n = 30		
	Низкая оценка	Средняя оценка	Высокая оценка	Низкая оценка	Средняя оценка	Высокая оценка
I. Невротичность	19 (10,8)	81 (46)***	76 (43,2)***	4 (13,3)	24 (80)	2 (6,7)
II. Спонтанная агрессивность	121 (68,8)	45 (25,6)***	10 (5,7)*	25 (83,3)	0 (0)	5 (16,7)
III. Депрессивность	48 (27,3)	96 (54,5)*	32 (18,2)**	7 (23,3)	23 (76,7)	0 (0)
IV. Раздражительность	60 (34,1)	71 (40,3)	45 (25,6)*	12 (40)	16 (53,3)	2 (6,7)
V. Общительность	6 (3,4)	128 (72,7)	42 (23,9)	0 (0)	20 (66,7)	10 (33,3)
VI. Уравновешенность	87 (49,4)	74 (42)	15 (8,5)**	12 (40)	9 (30)	9 (30)
VII. Реактивная агрессивность	81 (46)*	78 (44,3)	17 (9,7)	21 (70)	8 (26,7)	1 (3,3)
VIII. Застенчивость	28 (15,9)*	74 (42)	74 (42)	10 (33,3)	9 (30)	11 (36,7)
IX. Открытость	57 (32,4)	63 (35,8)	56 (31,8)	12 (40)	13 (43,3)	5 (16,7)
X. Экстраверсия	90 (51,1)*	77 (43,8)*	9 (5,1)	9 (30)	19 (63,3)	2 (6,7)
XI. Эмоциональная лабильность	36 (20,5)	91 (51,7)**	49 (27,8)**	4 (13,3)	24 (80)	2 (6,7)
XII. Маскулинизм	114 (64,8)	55 (31,3)	7 (4)	21 (70)	9 (30)	0 (0)

Примечания: *, **, *** — значимое отличие от контрольной группы, соответственно $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$ (χ^2 -критерий).

сла болезни, а также установление должного объема психотерапевтического и психофармакологического вмешательства позволят повысить эффективность проводимого лечения ПЭ.

Список литературы

1. Антонио Менегетти. Психосоматика. Новейшие достижения / Антонио Менегетти, пер. с итальянского ННБФ «Онтопсихология». — М.: Онтопсихология, 2004. — 360 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: Учебник для вузов. — 2-е издание / Л.Ф. Бурлачук. — СПб.: Питер, 2011. — 384 с.
3. Курпатов В.И. Динамика клинических проявлений психогенно обусловленных расстройств / В.И. Курпатов, С.А. Осипова // Материалы науч.-практ. симпозиума «Современные методы лечения пограничных расстройств». — СПб.: СПбМАПО, 2008. — С. 2-14.
4. Медведев В.Э. Современные направления исследований в психосоматической медицине (по итогам Конгресса Ассоциации европейских психиатров) / В.Э. Медведев // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. — 2011. — № 2. — С. 100-102.
5. Междисциплинарный подход к реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями, ассоциированными с непсихотическими психическими расстройствами /

Р.Ф. Насырова, Л.С. Сотникова, И.Е. Курпьянова, В.А. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2010. — № 6. — С. 57-61.

6. Национальное руководство. Гинекология / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. — М.: ГОЭТАР-Медиа. — 2007. — 1063 с.

7. Петрюк П.Т. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации / П.Т. Петрюк, И.А. Якущенко // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — 2003. — № 3-4. — С. 133-140.

8. Расстройства личности и депрессия / Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Читлова В.В. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2012. — № 9. — С. 4-11.

9. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидные расстройства / А.Б. Смулевич. — М.: МедПресс-информ, 2009. — 206 с.

10. Юренина С.В. Депрессивные расстройства у женщин в пери- и постменопаузе / С.В. Юренина, Г.Я. Каменецкая // Гинекология. — 2007. — Т. 9, № 2. — С. 40-43.

11. Studd J. Hormones and depression in women / J. Studd, N. Panay // Climacteric. — 2004. — № 7. — P. 344-347.

Получено 15.07.13 □

Корнієнко С.М.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Kornieynko S.M.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

ПРОФІЛЬ ОСОБИСТОСТІ ЖІНОК ПІЗЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО І ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ З ПАТОЛОГІЄЮ ЕНДОМЕТРІЇ

Резюме. Метою дослідження стало вивчення особистісних особливостей жінок пізнього репродуктивного та перменопаузального віку з патологією ендометрію (ПЕ).

Матеріал і методи. У дослідження були включені 206 жінок пізнього репродуктивного та перменопаузального віку. Групу ПЕ становили 176 пацієнок з ПЕ, в контрольну групу увійшли 30 умовно здорових жінок.

Для психологічного обстеження використовували особистісний опитувальник FPI, призначений для діагностики психічних станів і властивостей особистості, що впливають на процеси соціальної адаптації та регуляції поведінки. Особистісні характеристики оцінювали за 9-бальною шкалою.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням методів варіаційної статистики, χ^2 -критерію, рангового критерію Манна — Уїтні і рангової кореляції Спірмена.

Результати. Дисфункційними рисами особистості жінок з патологією ендометрію є невротичність й емоційна лабільність. У сфері глибоких зв'язків особистості невротичних й емоційно лабільних хворих з патологією ендометрію переважає депресивність, а механізми їх інтрапсихічної адаптації порушують поведінкову інтеграцію та самоідентичність.

Висновок. Аналіз зв'язку клінічного перебігу захворювання та психічного стану хворої, системи її значимих відносин й особистого сенсу хвороби, а також призначення належного обсягу психотерапевтичного та психофармакологічного втручання дозволять підвищити ефективність лікування.

Ключові слова: патологія ендометрію, пізній репродуктивний і перменопаузальний вік, властивості особистості, опитувальник FPI.

PERSONALITY PROFILE OF WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AND PREMENOPAUSAL AGE WITH ENDOMETRIAL PATHOLOGY

Summary. The aim of the study was investigation of personality characteristics of women of late reproductive and premenopausal age with endometrial pathology (EP).

Materials and Methods. The study included 206 women of late reproductive and premenopausal age. EP group consisted of 176 patients with EP, the control group included 30 apparently healthy women.

For psychological examinations we used personality questionnaire FPI, designed for the diagnosis of mental states and personality traits, which have an impact on the processes of social adaptation and regulation of behaviour. Studied personality characteristics were evaluated by 9-point scale.

Statistical analysis of the results has been carried out using the methods of variation statistics, χ^2 -test, Mann-Whitney rank test and Spearman's rank-order correlation.

Results. It is found that dysfunctional personality traits of women with endometrial pathology are neuroticism and emotional lability. In the field of deep personal connections of neurotic and emotionally labile patients with endometrial pathology, depressiveness is dominated, and the mechanisms of their intrapsychic adaptation violate behavioural integration and disrupt the identity of patients.

Conclusions. The analysis of the relationship of the clinical course of the disease and the patient's psychiatric condition, its system of meaningful relationships and personal meaning of illness, as well as establishing the proper amount of psychotherapeutic and psychopharmacological interventions will improve the effectiveness of the treatment.

Key words: endometrial pathology, late reproductive and menopausal age, personality traits, FPI questionnaire.