

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И
КЛИНИЧЕСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ПО ПРОГРАММЕ МАГИСТРАТУРЫ

САМОХИНА ДАРЬЯ ЮРЬЕВНА

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СУПРУЖЕСКИХ ПАР С БЕСПЛОДИЕМ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Выполнил:

Студентка 2 курса очной формы обучения
Направление подготовки 37.04.01. Психология
Профиль Клиническая психология
Руководитель
профессор, к.б.н, доцент Халфина Р.Р.

Уфа-2020

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
1.1. Бесплодие неясного генеза как одна из актуальных проблем современной медицины	8
1.2. Обзор клинико-психологических характеристик супружеских пар с бесплодием неясного генеза.....	14
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУПРУЖЕСКИХ ПАР С БЕСПЛОДИЕМ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА	23
2.1. Организация, материалы и методы исследования.....	23
2.2. Результаты исследования клинико-психологической характеристики супружеских пар с бесплодием неясного генеза	28
2.3. Обсуждение результатов исследования.....	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	55
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	58
ЛИТЕРАТУРА	59
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	67

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. По мнению специалистов, в последние десятилетия в нашей стране складывается весьма неблагоприятная демографическая ситуация. Основными ее особенностями являются: существенное снижение численности населения, высокий уровень смертности (особенно граждан трудоспособного возраста), относительно низкая рождаемость и, как следствие, старение населения. При этом, несмотря на то, что в последние годы была отмечена стойкая тенденция к увеличению рождаемости, ряд специалистов в области демографии прогнозируют к 2025-2030 г. возникновение так называемого демографического провала. Довольно пессимистичен и прогноз Росстата – согласно этому прогнозу, убыль населения России в период 2010-2030 гг. достигнет 485 тыс. чел. в год [18].

В этой непростой ситуации особое значение приобретает вопрос сохранения и повышения репродуктивного здоровья населения нашей страны. Более того, этот вопрос имеет не только медицинское, но и социальное значение, поскольку репродуктивное здоровье рассматривается как один из важнейших факторов, определяющих популяционное здоровье, а также уровень воспроизводства населения. Следует отметить, что, по мнению специалистов, снижение репродуктивного здоровья играет также роль одного из наиболее значимых факторов в зафиксированном снижении показателя рождаемости. Иными словами, распространение бесплодия – это вопрос не только медицинский, но и социально-демографический. Следовательно, устранение проблемы широкого распространения бесплодия в нашей стране можно считать в числе наиболее значимых приоритетов государственной политики в области здравоохранения, а также как перспективное направление выхода из демографического кризиса [35].

К сожалению, нередко причины бесплодия остаются невыясненными, несмотря на проведенные диагностические мероприятия. В этом случае выставляется диагноз «бесплодие неясного генеза» [17]. Разумеется, в подобной

ситуации лечение пациентов весьма затруднено, поскольку невозможно устранить причину, вызвавшую бесплодие [37].

В последние годы все чаще высказывается мнение о том, что в числе вероятных причин бесплодия неясного генеза следует рассматривать и психологический аспект. Однако, в большинстве публикаций, посвященных данному вопросу, обсуждается лишь психоэмоциональный статус женщины, но практически не затрагиваются вопросы состояния семейной системы [13]. Очевидно, подобный подход является отражением традиционной точки зрения на бесплодие как преимущественно проблему, связанную с состоянием здоровья женщины. Между тем, по данным ряда исследований, только в 40% бесплодный брак связан с инфертильностью женщины, еще в 40% семей – с бесплодием вине мужчины, а в остальных 20% браков проблемы с фертильностью выявляются у обоих супругов [61]. Следовательно, необходимо изучение как соматического, так и психологического статуса обоих партнеров, что и послужило обоснованием к проведению данного исследования.

Проблема исследования – заключается в том, что, с одной стороны, необходимо изучать клинико-психологические характеристики обоих партнеров в бесплодном браке, а с другой, на практике оценивается лишь состояние здоровья женщины.

Цель исследования – изучение клинико-психологической характеристики супружеских пар с бесплодием неясного генеза.

Задачи исследования:

1. Выяснить значение бесплодия неясного генеза в качестве одной из проблем современной медицины.
2. Провести обзор исследований клинико-психологических характеристик супружеских пар с бесплодием неясного генеза.
3. Описать клинические характеристики супружеских пар с бесплодием неясного генеза.
4. Проанализировать психологические характеристики супружеских пар с бесплодием неясного генеза.

5. На основании полученных данных сформулировать рекомендации по оптимизации тактики ведения супружеских пар с бесплодием неясного генеза.

Объект исследования – клинические и психологические особенности супружеских пар с бесплодием.

Предмет исследования – клинические и психологические особенности супружеских пар с бесплодием неясного генеза.

Гипотезы исследования:

1. У большинства как женщин, так и мужчин, состоящих в бесплодном браке, соматический статус характеризуется наличием хронических заболеваний.
2. Неопределенность репродуктивного статуса при бесплодии неясного генеза является сильным психотравмирующим фактором, который проявляется в повышенном уровне тревожности и нервно-психического напряжения супругов.
3. Ситуация идиопатического бесплодия является психотравмирующим фактором для женщин в большей степени, чем для мужчин, что проявляется более высоким уровнем тревожности и нервно-психического напряжения у женщин.
4. Удовлетворенность бесплодным браком у женщин ниже, чем у мужчин.

Научная новизна исследования – заключается в том, что в работе представлены новые сведения о клинических характеристиках супружески пар с идиопатическим бесплодием – показано, что не только у женщин, но и у большинства мужчин соматический статус отягощен хроническими заболеваниями. Кроме того, получены новые сведения о психологических характеристиках супружеских пар с бесплодием неясного генеза – в работе продемонстрированы различия психологических характеристик мужчин и женщин, а также доказано, что ситуация бесплодия является в большей степени психотравмирующим фактором именно для женщин.

Практическая значимость эмпирического исследования – состоит в том, что разработанные практические рекомендации могут быть использованы в

работе клинического психолога для оптимизации тактики ведения супружеских пар с бесплодием неясного генеза. Кроме того, основные положения и выводы по работе могут быть использованы в учебном процессе – при чтении лекций и проведении семинарских занятий по клинической психологии.

Методы, использованные в исследовании. В исследовании использовался комплекс методов, включающий методы теоретического познания (анализ научной и специальной психологической литературы, восхождение от абстрактного к конкретному, синтез, моделирование, типологизация); методы эмпирического исследования (клиническая беседа, анализ медицинской документации); психодиагностические методы (тестирование); методы математической статистики (вычисление мер центральной тенденции с проверкой нормальности распределения, корреляционный анализ; достоверность выявленных различий оценивалась с помощью критерия Манна-Уитни и Фишера).

Программа психологической диагностики была реализована с помощью таких **методик**, как:

- Методика оценки психического здоровья - МОПЗ» (Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров и др., 2005);
- «Фрайбургский личностный опросник» (FPI) (И. Фаренберг, Х. Зелг и Р. Гампел, 1970, адапт. Т.И. Рогинской);
- «Оценка нервно-психического напряжения, астении, сниженного настроения» (Т. А. Немчин, 2004);
- «Опросник ситуативной и личностной тревожности» (Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин, 2004).
- Тест-опросник удовлетворенности браком» (В. В. Столин, Т. Л. Романова и др., 1996).

Выборка исследования. В исследовании приняли участие 50 супружеских пар с диагнозом бесплодия неясного генеза. Возраст женщин

варьировал от 24 до 41 г. и составил в среднем $32,34 \pm 2,88$ г. Возраст мужчин колебался в пределах от 29 до 48 лет и составил в среднем $38,56 \pm 3,01$ г.

Структура работы. Работа изложена на 79 страницах компьютерного текста и состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений. Работа содержит 4 таблицы, 14 диаграмм, 12 приложений. Список литературы включает 70 источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ БЕСПЛОДИЯ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

1.1. Бесплодие неясного генеза как одна из актуальных проблем современной медицины

Прежде чем приступить к обсуждению проблемы бесплодия, следует дать определение данному понятию. Однако, в современной литературе общепринятой определение бесплодия отсутствует. Это связано с тем, что проблему бесплодия изучают специалисты разного профиля – от акушеров-гинекологов до психологов и, соответственно, в каждой сфере бесплодие трактуется по-разному. Так, демографы рассматривают бесплодие как «невозможность иметь ребенка у сексуально активной женщины, не использующей контрацепцию» [29]. С точки зрения медицины, бесплодие трактуется как состояние, характеризующееся отсутствием наступления события беременности в течение 1 года у пары, которая хочет иметь ребенка и живет регулярной половой жизнью, не используя при этом средства [50]. Следует отметить, что данное определение бесплодия согласуется с мнением Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), а также иных международных медицинских сообществ [57].

В развитых странах бесплодный брак рассматривается среди наиболее значимых и серьезных проблем здравоохранения и общества в целом. Прежде всего, это связано с его широкой распространенностью. По некоторым оценкам, в мире показатель частоты бесплодия достигает 9% [58]. При этом распространенность инфертильности наиболее высока, как это не парадоксально, в развивающихся странах, где этот показатель достигает 30%, что существенно превышает средний показатель по миру [55]. Это связано с широкой распространенностью в таких странах заболеваний передающихся половым путем, гинекологической патологии на фоне ограниченности ресурсов системы здравоохранения, а также низкой доступности медицинской помощи и медицинской грамотности населения. В целом, на сегодняшний день диагноз бесплодия зарегистрирован примерно у 186 млн человек в мире [56]. Однако,

показатель распространенности бесплодия в действительности, очевидно, намного выше, поскольку значительное число бесплодных пар не обращаются по тем или иным причинам за медицинской помощью.

К сожалению, в Российской Федерации официальные сведения о распространенности инфертильности не опубликованы. По данным Научного центра акушерства и гинекологии в нашей стране в настоящее время от бесплодия страдают примерно 3-4 млн. мужчин и 7-8 млн. женщин [6]. По данным выборочных исследований, частота бесплодия у женщин фертильного возраста (т.е. в возрасте от 18 до 45 лет) достигает 16,7%, что существенно превышает общемировой показатель. При этом исследователи отмечают, что в большинстве случаев бесплодие носит вторичный характер – оно составляет примерно 12,9% случаев, а удельный вес случаев первичного бесплодия – 3,8%. Однако, в соответствии с результатами эпидемиологического исследования, включавшего 1500 женщин фертильного возраста, частота бесплодия еще выше – по данным авторов, она достигает 20,3%, что более, чем в 2 раза превышает средний показатель в мире [29]. При этом следует еще раз отметить, что распространенность бесплодия в вышеуказанных исследованиях изучалась по данным обращаемости. В действительности его распространенность может быть еще шире.

Между тем, ВОЗ разработала рекомендации по оценке распространенности заболеваний, согласно которым, критическим следует считать показатель распространенности заболевания, достигающий 15%. Эксперты ВОЗ полагают, что при его достижении проблема бесплодия имеет уже государственное значение, поскольку она оказывает отрицательное влияние не только на лиц, страдающих инфертильностью, но отражается на состоянии всего общества, поскольку происходит снижение их как профессиональной, так и социальной активности [2].

С целью более точной характеристики проблемы бесплодия приведем его классификацию, поскольку в большинстве исследований приводятся результаты оценки распространенности отдельных его форм. Бесплодие классифицируется

по разным основаниям. Так, в соответствии с одной из современных классификаций, бесплодие подразделяется на первичное и вторичное:

- первичное бесплодие: характеризуется отсутствием беременностей в анамнезе;
- вторичное бесплодие: характеризуется тем, что в анамнезе имеется указание на беременность, но в настоящее время беременность не наступает (при условии активной половой жизни и отказа от использования средств контрацепции).

В соответствии с другой классификацией, выделяют абсолютное и относительное бесплодие:

- абсолютное бесплодие - характеризуется полным исключением возможности наступления беременности;
- относительное бесплодие – при данном типе бесплодия имеется возможность забеременеть, а также выносить ребенка имеется, но она существенно ниже нормы [9].

Особое место среди различных типов и форм бесплодия занимают случаи инфертильности, в которых причина остается невыясненной. Такие формы бесплодия называют идиопатическими, или бесплодием неясного генеза (невыясненной этиологии). Эта форма бесплодия характеризуется отсутствием наступления беременности, хотя при проведении всестороннего полного обследования обоих партнеров причины функционального или органического характера, затрудняющие зачатие, не определяются [28]. То есть, бесплодие неясного генеза диагностируется у пар после проведения полного медицинского обследования в соответствии с существующими стандартами, в результате которого биологические причины бесплодия выявлены не были, следовательно, оба партнера биологически фертильны.

Что касается распространенности этой формы бесплодия, то точные данные в современной литературе отсутствуют. разные авторы приводят цифры, варьирующие в широких пределах – от 4 до 40% в структуре женского бесплодия [30].

Необходимо отметить, что на сегодняшний день отношение специалистов к проблеме бесплодия неясного генеза далеко не однозначно и вызывает оживленные дискуссии на страницах профессиональных изданий. В целом, позиции исследователей по отношению к идиопатическому бесплодию можно разделить на 2 основные группы. Представитель первой группы полагают, что идиопатическое бесплодие неясного генеза нельзя рассматривать в качестве самостоятельного заболевания. Вероятно, речь идет, по сути, о неустановленной причине infertility вследствие того, что партнерам не было проведено углубленное медицинское обследование. Иными словами, приверженцы первой группы считают, что любой случай бесплодия обусловлен теми или иными биологическими причинами, но они остаются не диагностированными. Так, М.Ю. Ползиков отмечает, что широкая распространенность бесплодия неясной этиологии, вероятно, связана с ограниченными современными диагностическими возможностями, в связи с чем часть заболеваний репродуктивной системы остается не диагностированной [32]. В частности, в настоящее время в процессе стандартного обследования отсутствует возможность диагностики биохимических механизмов нарушений рецепции оболочки яйцеклетки, которые затрудняют пенетрацию сперматозоида. Поэтому, в широкой акушерско-гинекологической практике нередко вместо диагноза «бесплодие неясного генеза» устанавливают мнимые причины бесплодия, попытки устранения которых закономерно не дают эффекта. Например, несмотря на наличие критериев аномальной спермограммы, разработанных ВОЗ, интерпретация патоспермии как идиопатической (до 45,3%) зачастую выступает следствием несовершенного диагностического поиска [54].

Действительно, отсутствие четких представлений о наличии и характере тонких поломок в эндометрии, обуславливающих репродуктивную дисфункцию при бесплодии неясного генеза, равно как и об их корреляции с морфологическим состоянием слизистой матки, определяют невозможность эффективного решения этой проблемы [20].

С началом применения молекулярно-генетического тестирования появилась возможность уточнения генеза псевдоидиопатического бесплодия, вызванного серьезными нарушениями сперматогенеза [64].

Однако, большое число методик обследования больных с бесплодием требует обязательного анализа диагностических ошибок, трудности распознавания некоторых репродуктивных нарушений из-за множества контраверсий о желательности проведения и интерпретации результатов ультразвуковых, эндоскопических и патоморфологических методов обследования [69]. Данная неопределенность затрудняет лечение больных с бесплодием и выявляет потребность в развитии тактики их ведения с использованием комплексной оценки информативности разных видов исследования [52]. С целью решения проблемы идиопатического бесплодия ставится вопрос о необходимости углубленного исследования гормональных аспектов регуляции менструального цикла, гистосовместимости супругов по системе HLA, общей оценки состояния иммунной системы, а также «готовности» эндометрия к полноценной имплантации [14, 15]. Считается эффективным использование молекулярно-генетических, молекулярно-цитогенетических, электронно-микроскопических методов при диагностике различных видов идиопатического мужского бесплодия [21, 22]. Такое разнообразие данных ставит под сомнение адекватность диагностического обследования – полноты исследования и показательности примененных методик [58].

Другой подход к проблеме бесплодия неясного генеза состоит в поиске психологических причин, приведших к невозможности зачатия ребенка в условиях биологической сохранности репродуктивной системы женщины [25]. Этот подход мы рассмотрим подробнее в следующем параграфе.

Необходимо отметить, что бесплодие, как и другие тяжелые заболевания, отличается серьезностью социальных и психологических последствий. В первую очередь, бесплодие в социально - демографическом плане приводит к уменьшению рождаемости в стране, сокращению народонаселения и дефициту

трудовых ресурсов [38]. Согласно оценке Е.В. Земляновой бесплодие отвечает за 2/3 потерь рождений, и важность ее растет по мере более полного учета случаев бесплодия среди мужчин и женщин [11].

Бесплодие стало серьезным препятствием для развития гармоничной семейной жизни. Например, как показано рядом исследователей, число разводов в бездетных семьях существенно больше, чем у пар, имеющих детей. При этом 70% бесплодных браков распадаются по решению мужчин [23]. Согласно Н.О. Дементьевой у супружеских пар с идиопатическим бесплодием наблюдаются трудности приспособления к неясному состоянию семьи, натянутость и сложность во взаимоотношениях с родственниками, принижение имеющихся проблем и переживаний, а также разлад в духовной и сексуальной жизни супругов, слабая эмоциональность в семейных отношениях, пренебрежение, обесценивание семейных ритуалов и традиций [5].

Невозможно переоценить значение рождения ребенка и для престижа женщины. Женщина получает уверенность в себе, поскольку она выполнила главную задачу, данную ей природой и обществом. Комплекс этих обстоятельств и чувство гордости за ребенка поднимают самооценку женщины. Предполагается, что бесплодие способно вызывать неврозы. У значительного числа бесплодных женщин наблюдаются отклонения в психоэмоциональной сфере и растущее число страхов [25].

Таким образом, в настоящее время бесплодие вытекает в существенную медико-социальную проблему, что вызывается как широкой распространенностью этого заболевания, так и его отрицательным влиянием на демографическую ситуацию в стране, усложнением семейных отношений, разрушающего влияния на психоэмоциональный статус супругов. К сожалению, лечение идиопатического бесплодия в настоящий момент очень затруднено из-за нехватки средств и методов исследования, выявляющих форму бесплодия, так из-за неоднозначности диагноза.

1.2. Обзор клинико-психологических характеристик супружеских пар с бесплодием неясного генеза

Приведем обзор клинико-психологических характеристик супружеских пар с бесплодием неясного генеза, начиная с изучения клинического аспекта.

Причины бесплодия отличаются в разных странах и условиях окружающей среды. Некоторые исследования выявили, что в странах Западной Европы проблемы мужской репродуктивной системы занимают в структуре причин бесплодия 20—24%, ановуляция — 18—24%, цервикальный фактор — 9—15%, трубно-перитонеальный фактор — 11—30%, а необъяснимое (идиопатическое) бесплодие ответственно за 25—30% случаев [51].

В России не имеется обобщенных данных о структуре причин бесплодия, однако проведенное в Томске большое эпидемиологическое исследование выявило, что у 31,7% женщин с бесплодием имелись различные нарушения эндокринной системы, преимущественно связанные с ановуляцией, трубно-перитонеальный фактор определен у 42,8% пациенток, маточный фактор — у 5,7%, цервикальный фактор — у 11,4% пациенток, эндометриоз — у 2,3%, не установлены причины бесплодия — у 6,1% [43].

Однако, взгляды на причины идиопатического бесплодия за последнее время существенно изменились. Хотя всего несколько десятилетий назад среди причин больше указывали на недостаточность лютеиновой фазы, LUF-синдром, плохое качество бластоцист, отсутствие овуляции, сниженная подвижность сперматозоидов, то в настоящее время больше обсуждается значение иммунного и трубного факторов, «малых» форм эндометриоза, преждевременного истощения яичников [47, 48, 53].

Не установленные причины бесплодия в 8-10% связывают с множеством факторов, оказывающих влияние на репродуктивный процесс [27]. Однако, изучение вопросов идиопатического бесплодия свидетельствует о факте сокрытия нераспознанного процесса или множественной патологии репродуктивной системы. В связи с этим возможен анализ «масок» ИБ в таких

направлениях: неверный диагноз из-за гиподиагностики; наличие не связанных с бесплодием заболеваний; отсутствие беременности после исправления «анатомически» очевидных причин бесплодия. Разбор неучтенных причин отсутствия фертильности требует исследования соматических заболеваний, хронических инфекций и дисбиозов генитального тракта, иммунных нарушений в качестве причин развития идиопатического бесплодия [26, 68, 70].

С позиций психосоматической медицины, принимающей состояние здоровья и болезни как совокупность психологических, социальных и биологических факторов, важно исследование психологического генеза бесплодия. Как указывает И. Н. Земзюлина, психологические аспекты репродуктивного здоровья имеют свои отличительные черты от соотношений психических и соматических систем человека, что присутствуют в общей психосоматике и психологии телесности [10]. Данные проблемы в последнее время широко изучаются в психологии и психотерапии, что выявило как психологические последствия изменений репродуктивного здоровья у женщин, так и психологические причины возникновения этих нарушений.

По мнению Л. А. Клеймёновой и И. О. Кононенко психологическими причинами идиопатического бесплодия могут быть следующие [16]:

- Негативный образ матери.
- Опыт «безотцовщины».
- Страх остаться матерью-одиночкой.
- Смерть одного из родителей в детстве.
- Насильственный опыт.
- Отсутствие сформированной половой идентичности.
- Преобладание маскулинных установок.
- Опыт абортов / выкидышей / замершей беременности.
- Высокий уровень контроля.
- Отсутствие замужества.
- Страх потери личной свободы.

- Страх родительской некомпетентности.
- Нетерпимость к детскому поведению.
- Внутриличностный конфликт между желанием родить ребенка и карьерными стремлениями.
- Отсутствие доверия к супругу.
- Неблагоприятная жилищная или материальная ситуация.
- Табуирование тем, связанных с рождением ребенка.
- Установка — «Для этого сейчас еще не время».

Помимо этого, согласно результатам исследования, выполненного авторами, психологическими причинами идиопатического бесплодия оказываются неудовлетворённость отношениями с партнером у женщин, повышенная личностная тревожность, присутствие депрессивного компонента.

На значение тревожности в появлении идиопатического бесплодия указывает и Н.М. Дралюк с соавт. [33]. Исследователи нашли прямую зависимость между хроническим стрессом, бесплодием и отрицательным исходом процедуры ЭКО.

Как показано в работе Н.О. Дементьевой и В. В. Бочарова, женщины с диагнозом «бесплодие» имеют проблемы в управлении эмоциями, меньшую способность осознавать и адекватно выражать чувства [5]. Авторы указывают, что для них характерен однообразный преимущественно отрицательный набор эмоций, когда здоровые женщины испытывают самые разнообразные эмоции. Помимо этого, в характере личности женщин с бесплодием определена инфантильность, склонность к зависимости от каких-либо внешних причин (взаимоотношений с супругом, матери, бытового комфорта, условий работы и т.д.). Авторы наши также сильно выраженную внутреннюю конфликтность этого класса пациенток, а также нестабильность образа «Я». Для этих пациенток была характерна склонность к ограничению личных контактов, снижению числа партнеров по общению, избеганию новых знакомств и отсутствие удовлетворения от процесса общения.

Авторы также установили сложности в семейных отношениях бесплодных пар. По приведенным данным, большинство бесплодных женщин считают, что обязаны возместить мужу отсутствие ребенка чем-то значимым. К таким замещающим факторам они относили большую заботу о супруге, даже в ущерб собственным интересам, более внимательное ведение домашнего хозяйства, сохранением интереса мужа к себе непрерывным самосовершенствованием.

Аутопластическая картина болезни женщин с идиопатическим бесплодием, согласно указанным авторам, отличается остротой, навязчивостью эмоциональных переживаний, изменчивостью мнения о своем репродуктивном статусе, о причинах и последствиях бесплодия. В отличие от женщин с установленной причиной бесплодия, такие пациентки склонны накладывать ответственность за бездетное положение на себя. Как продолжение неопределенности наблюдаются перемены настроения, навязчивые мысли, истощающее чувство вины или жесткая рационализация происходящего, отщепление, огрубление эмоций. У женщин с диагнозом «бесплодие неясного генеза» наблюдается подавление эмоций, отказ от обсуждения, демонстрации эмоциональных состояний из-за страха оказаться непонятой, навязчивой, неадекватной в глазах окружающих людей. Наиболее часто повторяющимся эмоциональным состоянием такие испытуемые считают стыд, в отличие от женщин с установленным бесплодием, которые преимущественно со своим бесплодием связывают эмоции горя, печали, тоски.

Кроме того, у женщин с бесплодием неясного генеза по сравнению с пациентками с выявленной причиной бесплодия, был выявлен довольно высокий уровень самокритичности, низкая самооценка, недостаточное принятие себя, низкую степень доверия своим мыслям, ощущениям и чувствам. Кроме того, исследователи отмечают утрату такими пациентками способности получать удовольствие от жизни, а также низкий уровень личностного и жизненного самоопределения. У них, помимо этого, отмечается снижение профессиональных интересов (вплоть до их потери) и даже утрата профессиональных навыков. В отличие от них, женщины с выявленной

причиной бесплодия пытаются активно реализовать себя именно в работе, хобби – в качестве компенсации отсутствия реализации в роли матери

Сравнительный анализ психологических характеристик женщин с идиопатическим бесплодием со здоровыми приведен и в работе Е.В. Белинской [1]. По мнению автора, для женщин с бесплодием, по сравнению со здоровыми в репродуктивном отношении женщинами, в индивидуально-личностном плане характерны недостаточность способности к социальной адаптации; общая инфантильность, искаженная или незрелая полоролевая идентификация; неадекватные формы реагирования на стрессовые ситуации; эмоциональная неустойчивость; внутренняя конфликтность; базовое недоверие к окружающему миру, сочетающееся с зависимостью от других; повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности; заниженная самооценка или компенсировано заниженная самооценка; подавленная агрессия разной направленности; осложненные отношения с другими людьми, прежде всего – близкими, деструктивный опыт отношений с собственной матерью. Совершенно очевидно, что данные, полученные автором, во многом аналогичным вышеприведенным.

В свою очередь, Т.Ю. Юдеева и Н.В. Скобинева указывают, что бесплодие, как многокомпонентная проблема, сопряжена со следующими психологическими факторами: аффективные (страх беременности, родов, материнства); когнитивные (негативная интерпретация информации, деструктивные когнитивные схемы и установки, отрицательный опыт, связанный с темой беременности и зачатия); поведенческие (конфликтность в отношениях с родителями, мужем); личностные (эмоциональная лабильность, инфантильность, ригидность); мотивационные (недостаточная психологическая готовность к материнству, к изменению образа жизни) [46].

В диссертационном исследовании В.А. Степашкиной была выявлена специфика личностной репрезентации «образа мира» женщин с бесплодием неясного генеза, которая, по мнению автора, определяется на следующих структурных уровнях [39]:

- апперцептивном (на уровне предшествующего индивидуально-личностного опыта - антиципации, предвосхищения) - проявляется в антиципационной несостоятельности;
- личностном (на уровне взаимодействия с реальным миром и объектами действительности - актуальной ситуации) - заключается в инфантильности и несформированности материнской позиции;
- социальном (на уровне отношения к другим и с другими) - выявляется невротический сверхконтроль, отсутствие спонтанности, естественности в поведении и социальных контактах;
- на уровне самосознания (на уровне сформированности образа «Я» -позитивной или негативной оценки себя и своей жизни) - характеризуется эскапизмом, отказом от женской роли.

Что касается психологических характеристик мужчин в бесплодном браке, то исследований, посвященных изучению данной проблемы, гораздо меньше. Значительная их часть освещает особенности совладающего поведения мужчин. Так, в работе К.С. Шибяевой отмечается, что специфика психологического состояния мужчин в бесплодном браке определяется повышенной ситуативной тревожностью, высокой степенью напряженности отдельных защитных механизмов [45]. Психологические характеристики совладающего поведения мужчин в бесплодном браке проявляются в активном участии в преодолении кризисной ситуации бесплодия; в усилиях мужчин, направленных преимущественно на решение проблем, а не на дистанцирование и избегание стрессовой ситуации бесплодия.

В свою очередь, О.В. Шестакова и Ф.К. Тетелютина отмечают, что при длительном бесплодном браке у мужчин значительно снижается психологический компонент здоровья [44]. Кроме того, авторы выявили увеличение количества курящих мужчин и регулярный прием спиртных напитков, что усугубляет качество спермы, а именно уменьшается количество активных сперматозоидов. Между тем, по мнению V. Sidorenko с соавт., мужчины воспринимают бесплодный брак спокойно, хотя уровень их

удовлетворенности браком на 30% ниже, чем у мужчин, имеющих в браке детей [66].

Представляет интерес и изучение трансформации супружеских отношений в бесплодном браке. По мнению ряда авторов, ситуация бесплодия представляет приводит к таким негативным последствиям для семьи как: нарушения социальной адаптации (развод, социальная изоляция), отрицательные эмоциональные реакция, нарушения в сексуальной сфере и т.д. [19, 62]. Е.С. Дьячкова считает, что ситуация нарушения репродуктивного здоровья оказывает серьезное влияние на Я-концепцию супругов, негативно влияет на их самоуважение и самооценку; при этом негативное самовосприятие приобретает генерализованный характер и переносится на другие сферы жизни [8]. При этом женщины, по сравнению с мужчинами, переживают эту ситуацию более остро, у них чаще возникает социально-психологическая дезадаптация.

М.В. Маркова выделяет этапы семейных отношений в браке с проблемой бесплодия [24]:

- 1) гармоничные взаимоотношения;
- 2) нарастающее беспокойство в связи с отсутствием беременности, но без открытого обсуждения этого факта;
- 3) формирование сверхценных идей физической и социальной неполноценности, появление заместительных интересов и возникновение невротических расстройств;
- 4) диагностический период;
- 5) надежда на успешное лечение;
- 6) разрешение и адаптации к ситуации.

Тем не менее, есть супружеские пары, которых возникшая проблема объединяет, сплачивает, стимулирует больше внимания уделять друг другу, поддерживать и ценить взаимную поддержку. Об этом свидетельствуют многие исследования, что находит свое отражение, в частности в работе И.В. Добрякова [7].

Таким образом, бесплодие неясного генеза оказывает негативное влияние на психоэмоциональный статус женщины, что выражается в повышенной тревожности, депрессивности, снижении социальной активности и ограничении контактов и т.д. Кроме того, исходно, у бесплодных женщин присутствуют личностные особенности в виде инфантилизма, несформированности материнской позиции, отказа от женской роли и т.д. У мужчин ситуация с бесплодием неясного генеза, очевидно вызывает повышенную ситуативную тревожность, но в целом они переживают ее более спокойно, чем женщины. Тем не менее, отсутствие детей и неясный диагноз отрицательно сказываются на супружеских отношениях, приводя к дисгармонии в сексуальной сфере ограничению социальных контактов, конфликтам и даже разводу.

Выводы по главе:

1. Бесплодие представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Это обусловлено как его широкой распространенностью, так и негативным влиянием на демографическую ситуацию в стране, супружеские отношения, психоэмоциональный статус супругов.
2. Решение проблемы идиопатического бесплодия на сегодняшний день весьма затруднено – как в связи с неразработанностью средств и методов исследования, позволяющих дифференцировать его от других форм бесплодия, так и в связи с спорностью самого диагноза.
3. Бесплодие неясного генеза оказывает негативное влияние на психоэмоциональный статус женщины, что выражается в повышенной тревожности, депрессивности, снижении социальной активности и ограничении контактов и т.д.
4. Исходно, у бесплодных женщин присутствуют личностные особенности в виде инфантилизма, несформированности материнской позиции, отказа от женской роли и т.д.

5. У мужчин ситуация с бесплодием неясного генеза вызывает повышенную ситуативную тревожность, но в целом они переживают ее более спокойно, чем женщины.
6. Отсутствие детей и неясный диагноз отрицательно сказываются на супружеских отношениях, приводя к дисгармонии в сексуальной сфере ограничению социальных контактов, конфликтам и даже разводу.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУПРУЖЕСКИХ ПАР С БЕСПЛОДИЕМ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

2.1. Организация, материалы и методы исследования

Исследование было проведено на базе медицинских центров г. Уфа. Исследование проводилось с разрешения администрации данных лечебно-профилактических учреждений и при условии получения информированного согласия самих супружеских пар.

Целью исследования было изучение клинико-психологической характеристики супружеских пар с бесплодием неясного генеза.

Для реализации поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Выяснить значение бесплодия неясного генеза в качестве одной из проблем современной медицины.
2. Провести обзор исследований клинико-психологических характеристик супружеских пар с бесплодием неясного генеза.
3. Описать клинические характеристики супружеских пар с бесплодием неясного генеза.
4. Проанализировать психологические характеристики супружеских пар с бесплодием неясного генеза.
5. На основании полученных данных сформулировать рекомендации по оптимизации тактики ведения супружеских пар с бесплодием неясного генеза.

Исследование было организовано в несколько этапов.

На первом этапе была проанализирована литература по теме исследования. На основании проведенного анализа были выявлены потребности в проведении исследования, а также проанализированы проблемы, вызывающие эти потребности. Кроме того, были определены объект и предмет исследования, сформулированы его цели и задачи.

На втором этапе был разработан дизайн исследования и проанализированы ресурсы, необходимые для его проведения.

На третьем этапе были выбраны методы и методики проведения исследования, а также сформирована выборка исследования. Испытуемые принимали участие в исследовании на добровольной анонимной безвозмездной основе. Предварительно с каждым из них была проведена беседа о целях и задачах исследования.

На четвертом этапе были изучены клинические характеристики супружеских пар.

На пятом этапе были изучены психологические характеристики супружеских пар.

На шестом этапе была проведена статистическая обработка полученных результатов и их анализ, сформулированы выводы.

В исследовании приняли участие 50 супружеских пар с диагнозом бесплодия неясного генеза. Возраст женщин варьировал от 24 до 41 г. и составил в среднем $32,34 \pm 2,88$ г. Возраст мужчин колебался в пределах от 29 до 48 лет и составил в среднем $38,56 \pm 3,01$ г.

Длительность бесплодного брака варьировала от 2 до 14 лет и составила в среднем $7,47 \pm 0,95$ г. Большинство супружеских пар (82,0%) получали ранее лечение по поводу бесплодия, но безрезультатно. Следует отметить, что во всех случаях лечение касалось соматического аспекта (гормональная терапия, ИКСИ, ЭКО и др.), но ни одна пара не обращалась со своей проблемой за психологической помощью.

Для изучения клинико-психологической характеристики супружеских пар с бесплодием неясного генеза в работе были использованы следующие методы:

1. Теоретические - анализ и обобщение литературы по заявленной проблеме.
2. Эмпирические:
 - клиническая беседа;
 - анализ медицинской документации

- метод тестирования, в рамках которого применялись следующие методики:
- Методика оценки психического здоровья - МОПЗ» (Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров и др., 2005);
- «Фрайбургский личностный опросник» (FPI) (И.Фаренберг, Х. Зелг и Р. Гампел, 1970, адапт. Т.И.Рогинской);
- «Оценка нервно-психического напряжения, астении, сниженного настроения» (Т. А.Немчин, 2004);
- «Опросник ситуативной и личностной тревожности» (Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л.Ханин, 2004).
- Тест-опросник удовлетворенности браком» (В. В. Столин, Т. Л. Романова и др., 1996).

3. Методы обработки данных.

Анализ научно-методической литературы.

На первом этапе проведения работы была изучена специальная литература по проблеме бесплодия неясного генеза. Особое внимание уделялось психологическим характеристикам супружеских пар с идиопатическим бесплодием. Данные, полученные при анализе литературы, позволили сформулировать гипотезу, цель и задачи исследования, а также использовались при обсуждении результатов исследования.

Клиническая беседа – использовалась в работе для уточнения анамнестических сведений, особенностей клинической картины, а также психологических характеристик испытуемых. Беседа проводилась по стандартной схеме в тихом помещении, в отсутствие посторонних лиц.

Схема клинической беседы, которая применялась для сбора информации об испытуемых, включала в себя следующие параметры:

1. Демографические данные (возраст, образование, профессия, семейное положение);

2. Социальное развитие (важные жизненные события, жизненная ситуация, друзья, общение, общественная деятельность, жизненные приоритеты, ценности);
3. Семья (родители и взаимоотношения с ними, семейные традиции, их отношение к проблеме бесплодия, история супружества, сексуальные отношения, ценности семьи, изменения семейного функционирования в процессе актуализации проблемы бесплодия);
4. Здоровье (история рождения, детские болезни, имеющиеся хронические заболевания, общее самочувствие, сексуальное здоровье, изменения здоровья в процессе актуализации проблемы бесплодия);
5. История проблемы бесплодия (возраст обращения по проблеме, длительность, имеющийся медицинский диагноз, наличие зачатий);
6. Наличие психологической помощи до настоящего исследования.

Анализ медицинской документации – у всех испытуемых были изучены сведения медицинской карты амбулаторного пациента (форма 025/у) с целью уточнения их клинических характеристик

Метод тестирования – был реализован в работе в виде следующих методик.

Методика оценки психического здоровья - МОПЗ (Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров и др., 2005). Методика предназначена для диагностики функционирования личности в условиях болезни. В МОПЗ в качестве психодиагностической методики для сбора первичной информации используются результаты методики «Я»-структурного теста Аммона, при этом данные группируются по трем первичным шкалам (конструктивности, деструктивности, дефицитарности) и рассчитывается два производных индекса (уровень психической компенсации и уровень психической активности). В данной методике уровень психического здоровья рассматривается как соотношение конструктивных (адаптационных) и деструктивно-дефицитарных (психопатологически измененных и недоразвитых) составляющих психической активности (приложение 1).

Фрайбургский личностный опросник (FPI) (И.Фаренберг, Х. Зелг и Р. Гампел, 1970, адапт. Т.И. Рогинской). Опросник создан для прикладных диагностики состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения. FPI позволяет производить оценку целого ряда важных личностных свойств: уровня эмоциональной устойчивости, качеств коммуникативной сферы личности, экстраверсии—интраверсии.

Опросник содержит 12 шкал. Шкалы опросника I—IX являются основными, или базовыми, а X—XII – производными, или регулирующими (приложение 2).

Методика «Оценка нервно-психического напряжения, астении, сниженного настроения» (Т. А.Немчин, 2004). Опросник представляет собой перечень признаков нервно-психического напряжения, составленный по данным клинико-психологического наблюдения, и содержит 30 основных характеристик этого состояния, разделенных на три степени выраженности (приложение 3).

Опросник ситуативной и личностной тревожности (Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин, 2004). Опросник определяет уровень тревожности исходя из шкалы самооценки (высокая, средняя, низкая тревожность). С помощью данной методики можно определить уровень ситуативной и личностной тревожности. Ситуативная тревожность (СТ) возникает как реакция на стрессоры, чаще всего социально-психологического плана (ожидание агрессивной реакции, угроза самоуважению и т.д.). Личностная (ЛТ) - дает представление о подверженности личности воздействию тех или иных стрессоров по причине своих индивидуальных особенностей (приложение 4).

Тест-опросник удовлетворенности браком (В. В. Столин, Т. Л. Романова и др., 1996). Опросник предназначен для экспресс-диагностики степени удовлетворенности – неудовлетворенности браком. Опросник представляет собой одномерную шкалу, состоящую из 24 утверждений, относящихся к различным сферам: восприятия себя и партнера, мнения, оценки, установки и т.д. (приложение 5).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась методами вариационной статистики с использованием программ Microsoft Excel 2013 и пакета прикладных программ Statistika 12.0.

Математический анализ включал вычисление следующих показателей: мер центральных тенденций с проверкой нормальности распределения, оценка распределения признака в группе, показатель достоверности различий по Манна-Уитни и Фишера. Различия считались достоверными при $p < 0,05$

Таким образом, для решения поставленных задач в работе были использованы адекватные и достаточные (в количественном и качественном отношении) методы исследования и схема организации исследования.

2.2. Результаты исследования клинико-психологической характеристики супружеских пар с бесплодием неясного генеза

При изучении клинических характеристик женщин с бесплодием неясного генеза на, прежде всего, интересовало состояние ее репродуктивной сферы. В результате анализа данных клинической беседы и медицинской документации было установлено, что возраст менархе у них варьировал от 11 до 16 лет и составил в среднем $13,55 \pm 1,24$ г. Распределение пациенток в соответствии с возрастом менархе представлено на рисунке 1. Из данных диаграммы следует, что у большинства женщин возраст менархе пришелся на 13 лет. Достоверно реже менархе появлялись в возрасте 14 лет ($p < 0,05$). Далее по убывающей шли возрастные группы 15 лет, 12 лет, 16 и 11 лет.

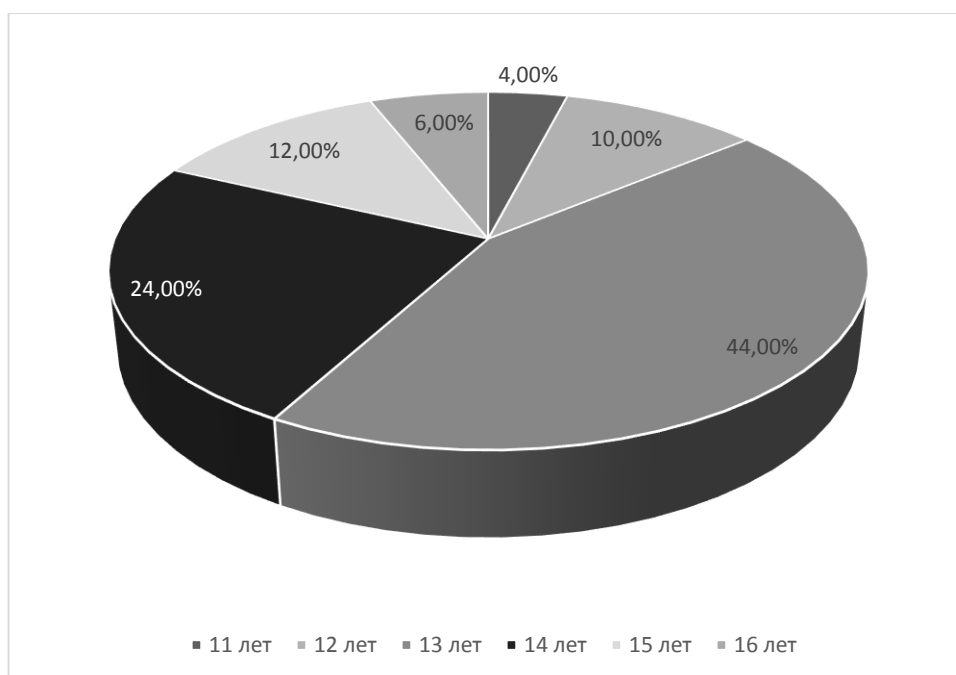


Рис. 1. Распределение пациенток в соответствии с возрастом менархе

Следует отметить, что эти данные соответствуют норма – по статистике, средний возраст менархе у девочек-подростков в нашей стране составляет около 13 лет. Однако, в 24,0% случаев было выявлено длительное становление менструального цикла (более 1 года). Продолжительность менструаций варьировала от 4 до 8 дней и составила в среднем $5,33 \pm 0,45$ дней, что соответствует норме. Длительность менструального цикла у обследованных женщин колебалась в пределах от 21 до 35 дней и составила в среднем $29,44 \pm 2,11$ дней, что также соответствует нормам.

Однако, у части женщин были выявлены различные нарушения менструального цикла – обобщенные данные представлены в таблице 2. Из данных таблицы следует, что нарушения менструального цикла были выявлены у 42,0% женщин, что составляет довольно большой удельный вес. При этом среди всех нарушений чаще всего выявлялась дисменорея – практически у четверти женщин выборки.

Таблица 2

Нарушения менструального цикла у обследованных женщин

Наименование нарушения	Удельный вес	
	абс.	%
Меноррагии	5	10,0
Метроррагии	1	2,0
Сочетание меноррагии и дисменорреи	1	2,0
Дисменорея	12	24,0
Олигоменорея	2	4,0
Всего	21	42,0

Результаты анализа гинекологической заболеваемости женщин выборки представлены в таблице 3.

Таблица 3

Гинекологическая заболеваемость у обследованных женщин

Наименование заболевания	Удельный вес	
	абс.	%
аднексит в анамнезе	3	6,0
апоплексия яичника в анамнезе	2	4,0
аденомиоз 1 ст.	2	4,0
эндометриоз 1-2 ст.	4	8,0
полип эндометрия в анамнезе	2	4,0
миома матки	1	2,0
патология шейки матки в анамнезе	11	22,0
гиперплазия эндометрия в анамнезе	5	10,0
всего	30	60,0

Данные, представленные в таблице, свидетельствуют о том, что у подавляющего большинства женщин в выборке имелись те или иные

гинекологические заболевания (хотя бы в анамнезе). При этом чаще всего выявлялась патология шейки матки, тогда как остальные заболевания регистрировались в единичных случаях.

При анализе репродуктивного анамнеза пациенток было установлено, что у 56,0% из них были беременности, т.е. у них имелось вторичное бесплодие. Соответственно, удельный вес женщин с первичным бесплодием в выборке составил 44,0% (т.е. их доля была значительно меньше). Исходы беременностей женщин с вторичным бесплодием представлены на рисунке 2.

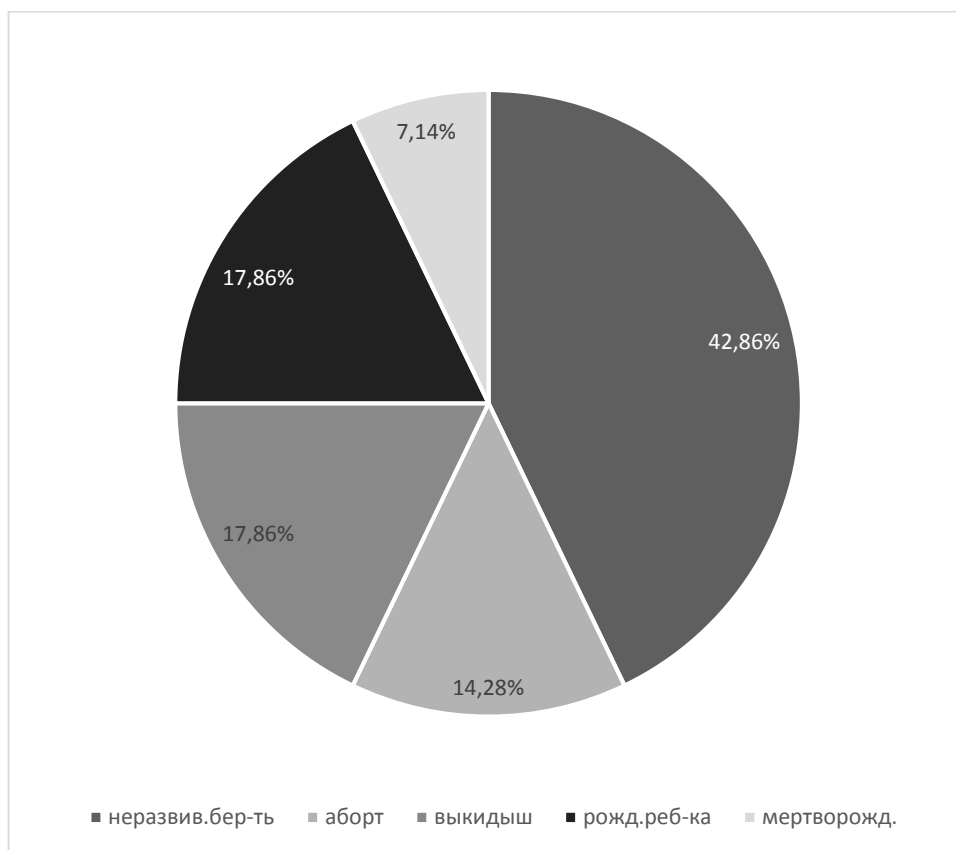


Рис. 2. Структура исходов беременностей женщин в выборке

Из данных диаграммы следует, что чаще всего беременности в анамнезе пациенток с вторичным бесплодием заканчивались отсутствием развития плода (так называемая неразвивающаяся или «замершая беременность») – доля таких случаев в структуре исходов беременностей достигала 42,86%. Значительно реже выявлялись такие исходы как самопроизвольные выкидыши и рождение ребенка (по 17,86%), а также медицинские аборт (14,28%). Еще реже фиксировался такой исход беременности как мертворождение – всего у 7,14% женщин.

Представляют интерес и результаты анализа инфекционного анамнеза пациенток – в плане частоты инфекций, передающихся половым путем (ИППП) в анамнезе. Полученные данные представлены на рисунке 3.

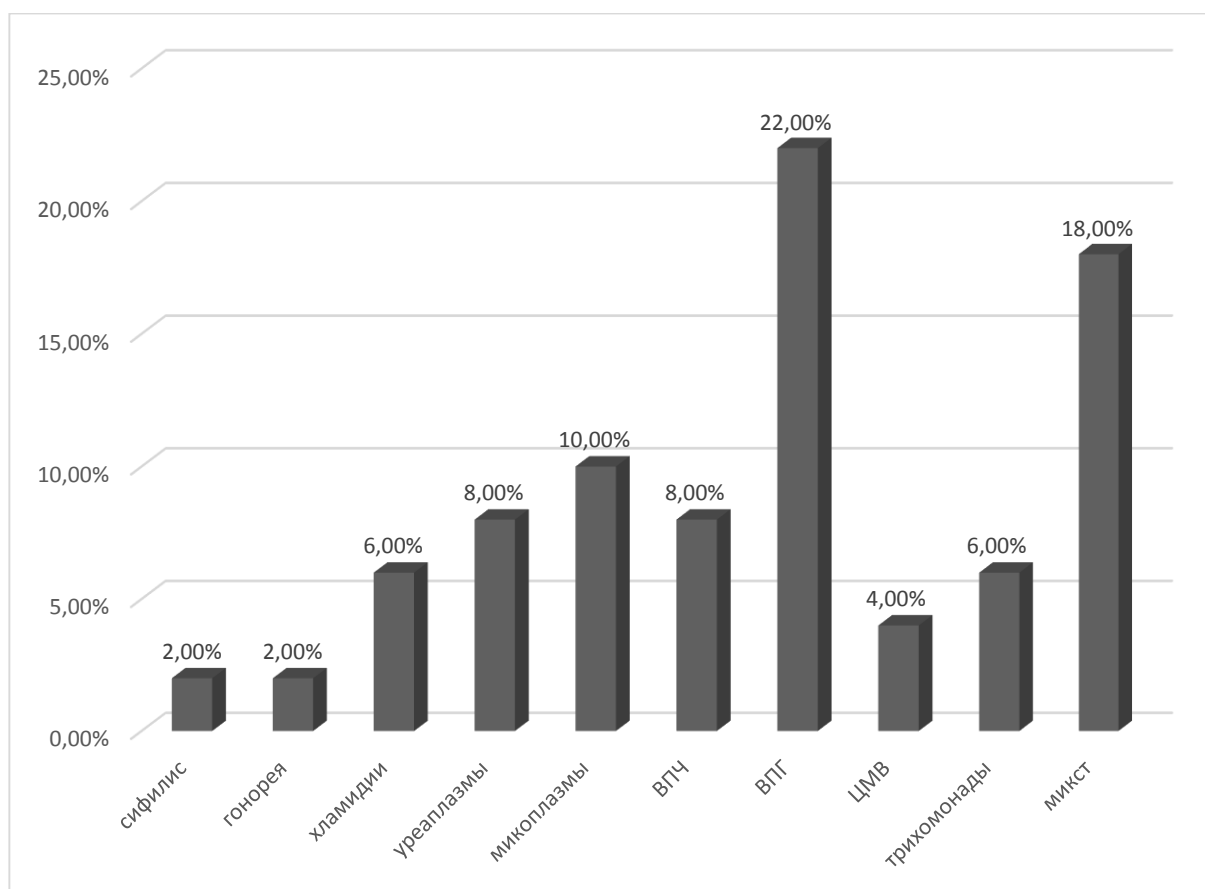


Рис. 3. Результаты анализа инфекционного анамнеза женщин

Примечание: ВПЧ – вирус папилломы человека, ВПГ – вирус простого герпеса, ЦМВ – цитомегаловирус.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ИППП выявлялись в анамнезе у 86,0% женщин, т.е. у подавляющего большинства. При этом чаще всего выявлялась герпесвирусная инфекция, а также смешанные варианты (в 22,0% и 18,0% случаев соответственно). Остальные ИППП выявлялись значительно реже.

При анализе экстрагенитальной заболеваемости женщин в выборке было установлено, что те или иные хронические заболевания имелись у большинства из них (у 68,0%). Частота выявления отдельных групп заболеваний у женщин, принявших участие в исследовании, представлена на рисунке 4.

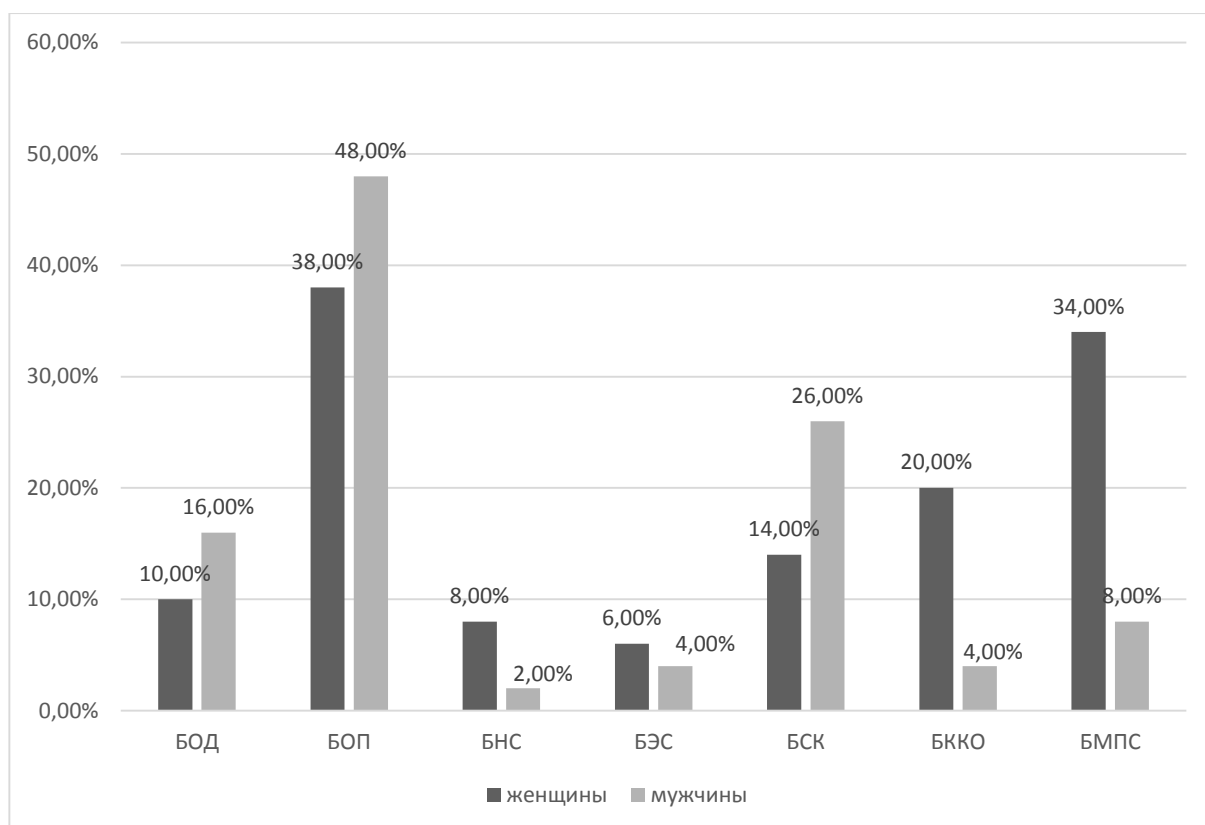


Рис. 4. Сопоставление экстрагенитальной заболеваемости женщин и мужчин в выборке

Примечание: БОД – болезни органов дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, БНС – болезни нервной системы, БЭС – болезни эндокринной системы, БСК – болезни системы кровообращения, БККО – болезни крови и кроветворных органов, БМПС – болезни почек и мочеполовой системы.

Из данных, представленных на диаграмме, следует, что чаще всего у женщин в выборке регистрировались болезни органов пищеварения (среди которых преобладали хронический гастрит и хронический холецистохолангит) и болезни почек и мочеполовой системы (в основном – хронический пиелонефрит и хронический цистит). Достоверно реже выявлялись болезни крови и кроветворных органов (преимущественно анемия), а также болезни системы кровообращения (в основном – артериальная гипертензия) ($p < 0,05$). Еще реже в выборке отмечались болезни органов дыхания (в основном – хронический тонзиллит и бронхиальная астма), болезни нервной системы (НЦД), а также болезни эндокринной системы (в основном – сахарный диабет).

При анализе данных диаграммы обращает на себя внимание, что суммарно частота выявления экстрагенитальной патологии среди женщин выборки превышала 100%. Это объясняется тем, что у части женщин (28,0%) экстрагенитальная патология носила сочетанный характер.

При изучении клинических характеристик мужчин было отмечено, что хронические экстрагенитальные заболевания имелись у 52,0% из них, т.е. выявлялись более, чем в половине случаев. При анализе данных, представленных на диаграмме, было установлено, что чаще всего у мужчин выявлялись хронические заболевания органов пищеварения (преимущественно хронический гастрит и язвенная болезнь). Достоверно реже регистрировались болезни системы кровообращения (как правило, артериальная гипертензия), и еще реже – болезни органов дыхания (в основном – хронический бронхит и бронхиальная астма). Остальные группы заболеваний выявлялись среди мужчин, принявших участие в исследовании, в единичных случаях. Следует отметить, что в 18,0% случаев экстрагенитальная патология у мужчин носила сочетанный характер.

Мы сопоставили клинические характеристики мужчин и женщин в выборке с целью более полной характеристика супружеских пар. В результате было установлено, что частота выявления хронической экстрагенитальной патологии среди женщин была выше, чем среди мужчин: 68,0% и 52,0% соответственно ($p < 0,05$). Различалась и частота выявления отдельных групп хронических заболеваний, о чем свидетельствуют данные, представленные на рисунке 4. Из данных диаграммы следует, что у женщин чаще, чем у мужчин, выявлялись болезни крови и кроветворных органов, а также болезни мочеполовой системы, причем выявленные различия носили статистически достоверный характер ($p < 0,05$). В то же время, среди мужчин чаще, чем среди женщин регистрировались болезни органов пищеварения и системы кровообращения. При статистической обработке полученных данных эти различия были статистически значимыми ($p < 0,05$). Кроме того, на диаграмме видно, что у женщин чаще выявлялись болезни нервной и эндокринной системы,

а у мужчин – болезни органов дыхания, но при статистической обработке данных эти различия оказались статистически недостоверными (приложение 6).

Вредные привычки имелись у 26,0% женщин, причем преобладало среди них табакокурение (рис. 5).

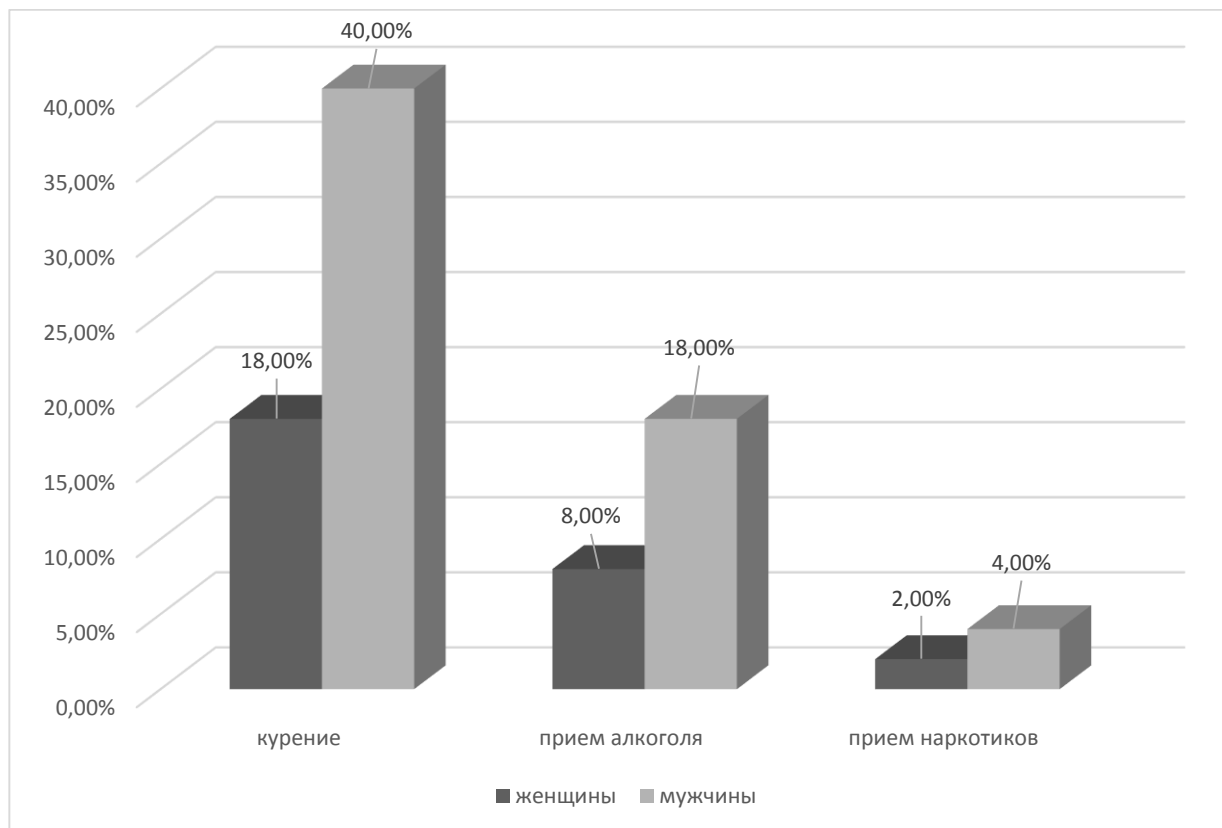


Рис. 5. Сопоставление частоты выявления вредных привычек у женщин и мужчин в выборке

На диаграмме хорошо видно, что 18,0% женщин, принявших участие в исследовании, курили. Прием алкоголя испытуемыми выявлялся достоверно реже (в 8,0% случае), а наркотические вещества принимала только 1 женщина. Однако, следует отметить, что выявление вредных привычек проводилось путем только опроса, вследствие чего истинная их частота может оказаться гораздо выше.

Анализ вредных привычек мужчин позволил установить, что они имелись у 48,0% из них, т.е. практически у половины. На диаграмме хорошо видно, что чаще всего у мужчин выявлялась такая вредная привычка как курение – она была отмечена в 40,0% случаев. Достоверно реже отмечался прием алкоголя (у 18,0%

мужчин, $p < 0,05$), а о приеме наркотических веществ сообщили только 2 мужчины из выборки. И вновь, аналогично женской части выборки, отметим, что полученные данные могут не соответствовать действительной распространенности вредных привычек среди обследованных мужчин.

При сопоставлении частоты выявления вредных привычек в выборке было установлено, что у мужчин они регистрировались достоверно чаще, чем у женщин: 48,0% и 26,0% соответственно ($p < 0,05$). Различалась и частота выявления отдельных вредных привычек. Из данных диаграммы следует, что все вредные привычки чаще выявлялись у мужчин, причем в отношении курения и приема алкоголя различия достигали статистически достоверного уровня ($p < 0,05$) (приложение 7).

Обратимся к результатам оценки психологических характеристик супружеских пар с бесплодием неясного генеза.

При оценке психического здоровья с помощью методики МОПЗ у женщин было установлено, что средний балл в группе по шкалам конструктивности и дефицитарности отличались от нормативов (рис. 6).

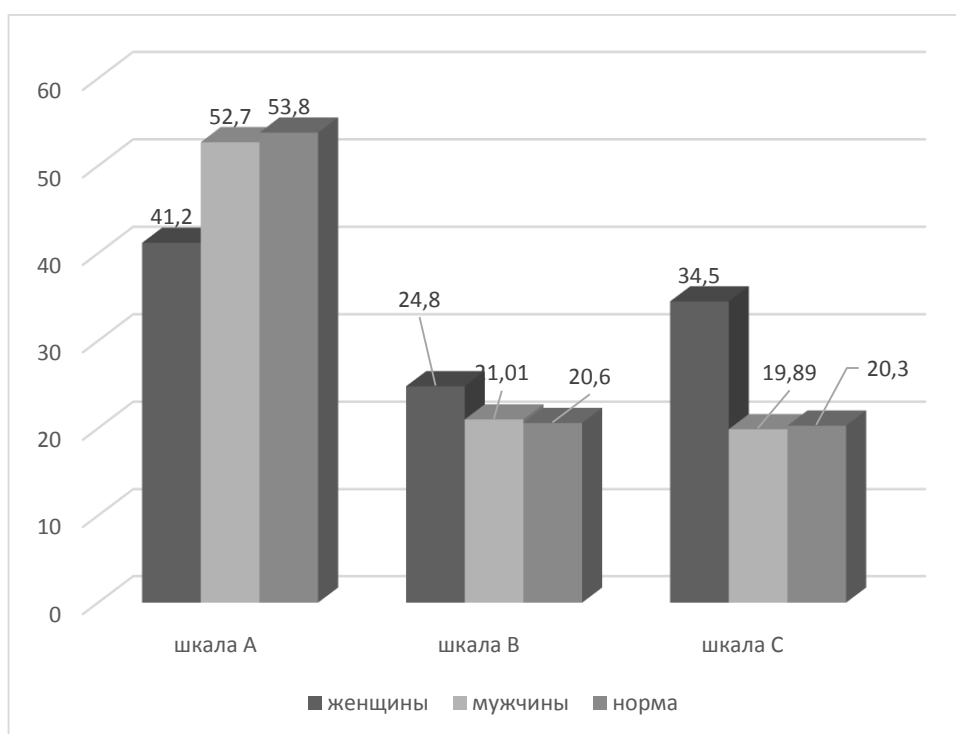


Рис. 6. Сопоставление результатов оценки психического здоровья женщин и мужчин в выборке с помощью методики МОПЗ (средний балл)

Из данных диаграммы следует, что у испытуемых был ниже нормы средний балл по шкале конструктивности и, напротив выше – по шкале дефицитарности. При статистической обработке данных выявленные различия оказались статистически достоверными ($p < 0,05$). Соответственно, у женщин с идиопатическим бесплодием отмечается сниженный адаптационный ресурс личности, а также недостаточную ее реализованность.

Что касается индексов, то $T\alpha$ в группе женщин составил $-12,4 \pm 1,7$, что превышает нормативные значения. Это свидетельствует о снижении имеющихся адаптационных ресурсов у женщин. Величина $T\beta$ в группе составила $4,2 \pm 0,9$, что соответствует норме.

При оценке психического здоровья мужчин, принявших участие в исследовании, с помощью методики МОПЗ, было установлено, что показатели по всем шкалам у них находились в пределах нормы. На диаграмме видно, что средний балл в группе мужчин по шкалам конструктивности и дефицитарности были несколько ниже нормы, а по шкале деструктивности, напротив, несколько превышал нормативы, но выявленные различия оказались статистически недостоверными.

Анализ индексов выявил, что оба они находились в пределах нормы: $T\alpha$ составил $3,11 \pm 0,4$, $T\beta$ $5,62 \pm 0,9$.

При сопоставлении данных оценки психического здоровья, полученных у женщин и мужчин, было установлено, что у женщин был ниже средний балл по шкале конструктивности и, напротив, выше – по шкале дефицитарности. При статистической обработке данных было установлено, что эти различия являются статистически достоверными ($p < 0,01$). Следовательно, у женщин в бесплодном браке был более низкий, по сравнению с мужчинами, адаптационный ресурс личности и выше ее нереализованность. Кроме того, было установлено, что у женщин был выше, чем у мужчин, средний балл по шкале деструктивности ($p > 0,01$) (приложение 8).

Результаты оценки личностных свойств женщин в выборке с помощью Фрайбургского личностного опросника представлены на рисунке 7.

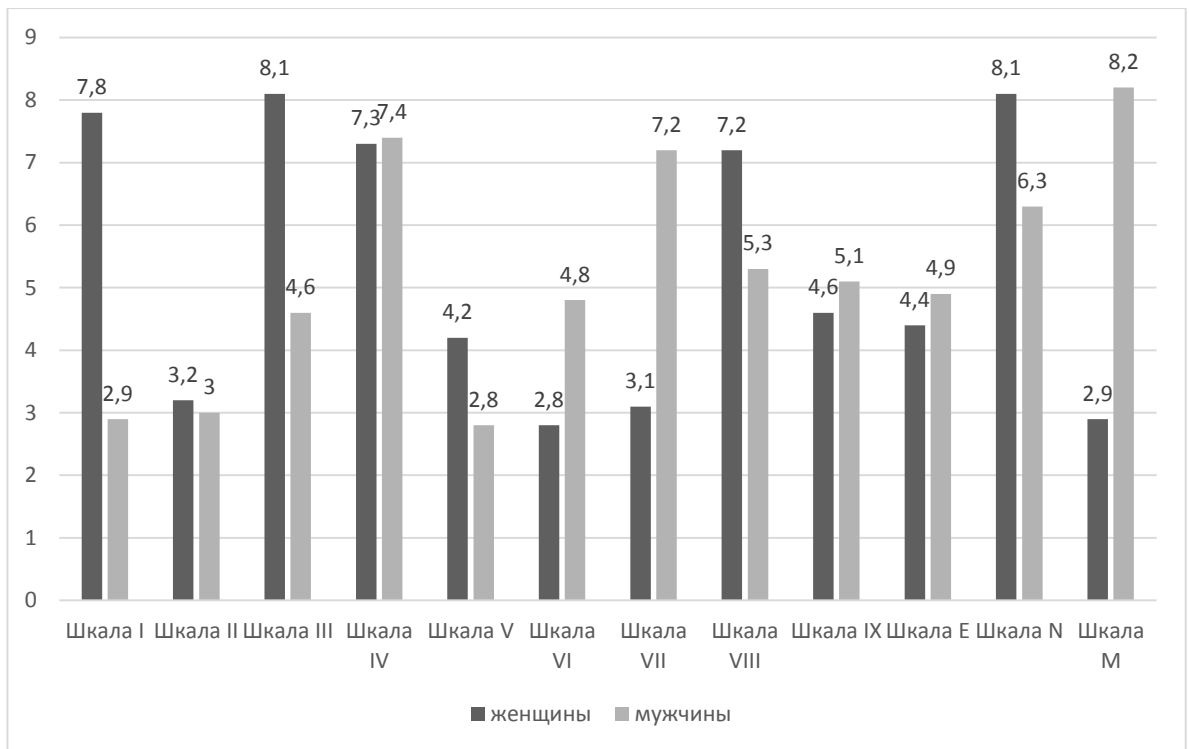


Рис. 7. Сопоставление результатов оценки психологических характеристик женщин и мужчин в выборке с помощью Фрайбургского личностного опросника (средний балл)

Примечание: шкала I – невротичность, шкала II – спонтанная агрессивность, шкала III – депрессивность, шкала IV – раздражительность, шкала V – общительность, шкала VI – уравновешенность, шкала VII – реактивная агрессивность, шкала VIII – застенчивость, шкала IX – открытость, шкала X (E) – экстраверсия – интроверсия, шкала XI (N) – эмоциональная лабильность, шкала XII (M) – маскулинность – фемининность.

На диаграмме хорошо видно, что у женщин в выборке высокий уровень был зафиксирован по шкалам невротичности, депрессивности, раздражительности, застенчивости и эмоциональной лабильности. Это позволяет выделить такие личностные характеристики женщин с идиопатическим бесплодием как: наличие невротического синдрома астенического типа с психосоматическими нарушениями, признаков депрессивности в эмоциональном состоянии, поведении и отношении к окружающим, неустойчивого эмоционального состояния со склонностью к аффективному реагированию, тревожности, скованности, неуверенности,

сопровождающихся проблемами в социальных контактах, а также повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции.

По шкалам уравновешенности и маскулинности-феминности в группе женщин были зарегистрированы низкие средние баллы. Эти результаты можно расценить как свидетельство их низкой устойчивости к воздействию стрессогенных факторов, а также протекания психической деятельности преимущественно по женскому типу.

По шкалам спонтанной агрессивности, общительности, реактивной агрессивности, открытости и экстраверсии-интроверсии средний балл в группе женщин соответствовал средней оценке. Это позволяет утверждать, что женщины с идиопатическим бесплодием не склонны к импульсивному поведению, агрессивному отношению к социальному окружению и стремлением к доминированию, характеризуются умеренной потребностью в общении и готовностью к ее удовлетворению, умеренной самокритичностью и открытостью в отношениях с другими людьми, а также амбивертированностью.

В то же время, среди мужчин высокие средние баллы были зафиксированы по шкалам раздражительности, реактивной агрессивности, а также маскулинности-феминности. Следовательно, мужчины в бесплодном браке характеризуются такими психологическими свойствами как: неустойчивость эмоционального состояния со склонностью к аффективному реагированию, склонность к агрессивному отношению к социальному окружению и выраженное стремление к доминированию, а также протекание психической деятельности преимущественно по мужскому типу.

Средние оценки были выявлены в данной группе испытуемых по шкалам депрессивности, уравновешенности, застенчивости, открытости, экстраверсии-интроверсии, а также эмоциональной лабильности. Из этих данных можно сделать вывод, что мужчины в бесплодном браке характеризовались умеренной депрессивной симптоматикой, устойчивостью к стрессам, умеренной застенчивостью и открытостью, относительной устойчивостью эмоционального состояния.

Низкий средний балл в группе мужчин был зафиксирован по шкалам невротичности, общительности и спонтанной агрессивности что отражает отсутствие у них невротизации, а также отсутствие тенденции к импульсивному поведению и отсутствие желания общаться.

При сопоставлении данных, полученных при оценке психологических характеристик женщин и мужчин в выборке было установлено, что по большинству шкал Фрайбургского личностного опросника имеются достоверные различия между ними. На диаграмме хорошо видно, что у женщин был выше, чем у мужчин, средний балл по шкалам невротичности, депрессивности, общительности, застенчивости и эмоциональной лабильности. Следовательно, у женщины был выше, чем у мужчин, уровень невротизации личности, депрессивности. Кроме того, они в большей степени были предрасположены к общению, к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, более тревожны и менее уверены в себе, а их эмоциональное состояние было менее устойчивым, чем у мужчин.

В то же время, у мужчин были выше, чем у женщин, средние баллы по шкалам реактивной агрессивности и маскулинности-феминности. Следовательно, для мужчин было типично более выраженное стремление к доминированию и агрессивному отношению к окружению.

При статистической обработке данных было установлено, что все выявленные различия были достоверными (приложение 9).

Оценка нервно-психического напряжения у женщин в выборке с помощью методики Т.А. Немчина позволила установить, что средний балл в группе составил $78,36 \pm 2,04$, что соответствует чрезмерному, или «экстенсивному» уровню. Соответственно, при анализе индивидуальных данных женщин в выборке было выявлено, что у большинства из них отмечалось высокое нервно-психическое напряжение (рис. 8).

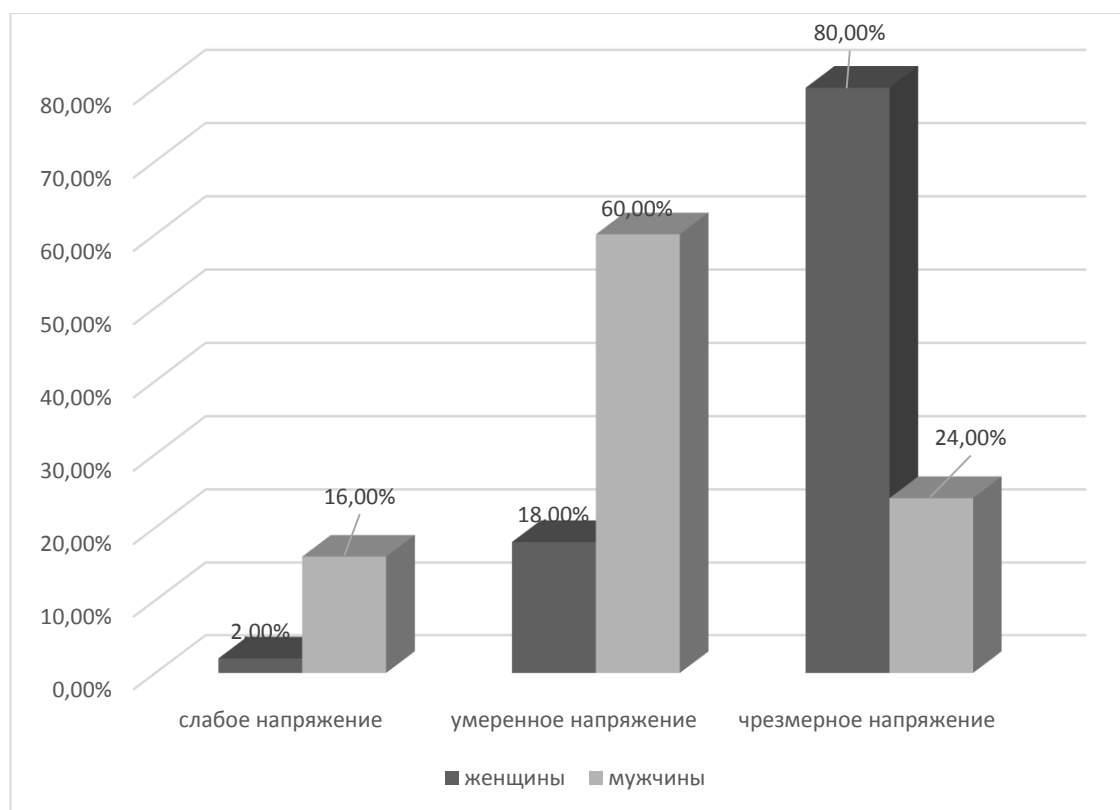


Рис. 8. Сопоставление распределения женщин и мужчин в выборке в соответствии с уровнем нервно-психического напряжения (по тесту Т.А. Немчина)

Из данных диаграммы следует, что чрезмерное нервно-психическое напряжение отмечалось у 80,0% опрошенных женщин, т.е. у подавляющего большинства. Доля женщин с умеренным напряжением составила всего 18,0%, т.е. была достоверно меньше ($p < 0,01$). Обращает на себя внимание тот факт, что удельный вес женщин с низким нервно-психическим напряжением составил всего 2,0%, т.е. они были в достоверном меньшинстве ($p < 0,01$).

Оценка нервно-психического напряжения у мужчин в выборке выявила, что средний балл в группе составил $61,66 \pm 2,89$, что соответствует умеренному, или «интенсивному» напряжению. Однако, при анализе индивидуальных данных было установлено, что у части мужчин напряжение было высоким, либо низким.

На диаграмме хорошо видно, что у 60,0% мужчин в выборке (т.е. более, чем у половины) отмечалось умеренное нервно-психическое напряжение. Удельный вес лиц с чрезмерным напряжением в группе мужчин составил 24,0%,

т.е. был достоверно меньше удельного веса мужчин с умеренным напряжением ($p < 0,05$). Удельный вес мужчин с низким нервно-психическим напряжением составил всего 18,0%, что было достоверно меньше удельного веса лиц с умеренным напряжением ($p < 0,05$), но сопоставимо с удельным весом мужчин с чрезмерным напряжением ($p > 0,05$).

При сопоставлении результатов оценки нервно-психического напряжения у женщин и мужчин в выборке было установлено, что средний балл по опроснику в группе женщин был достоверно выше, чем у мужчин: $78,36 \pm 2,04$ и $61,66 \pm 2,89$ баллов соответственно ($p < 0,05$), что свидетельствует о более высоком нервно-психическом напряжении у женщин.

Различалось и распределение респондентов в выборке в соответствии с уровнем напряжения. Из данных диаграммы следует, что среди женщин был достоверно больше, чем среди мужчин, удельный вес лиц с чрезмерным уровнем нервно-психического напряжения. В то же время, среди мужчин был значимо больше удельный вес респондентов с низким и умеренным напряжением. При статистической обработке данных оказалось, что все выявленные различия между группами были достоверными (приложение 10).

Изучение уровня ситуативной тревожности женщин, состоящих в бесплодном браке, с помощью методики Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина позволило установить, что средний балл в группе составил $49,35 \pm 2,11$, что соответствует высокому уровню. У мужчин, состоящих в бесплодном браке, выявило, что средний балл по данной шкале опросника Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина составил $46,62 \pm 2,23$ балла, что соответствует высокому уровню. При сопоставлении данных о тревожности, полученных в группах мужчин и женщин, было установлено, что у женщин, состоящих в бесплодном браке, уровень ситуативной тревожности был выше, чем у мужчин (рис. 9). При статистической обработке данных выявленные различия оказались достоверными (приложение 11).

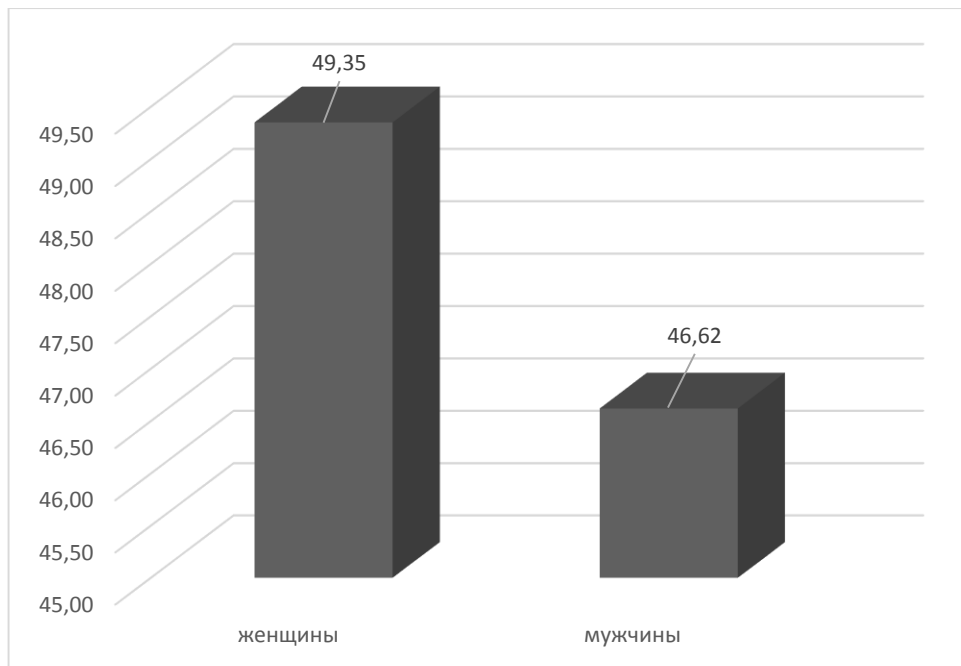


Рис. 9. Сопоставление среднего уровня ситуативной тревожности у мужчин и женщин (средний балл по опроснику Спилберга-Ханина)

При анализе индивидуальных данных также было установлено преобладание в группе женщин с высоким уровнем ситуативной тревожности (рис. 10).

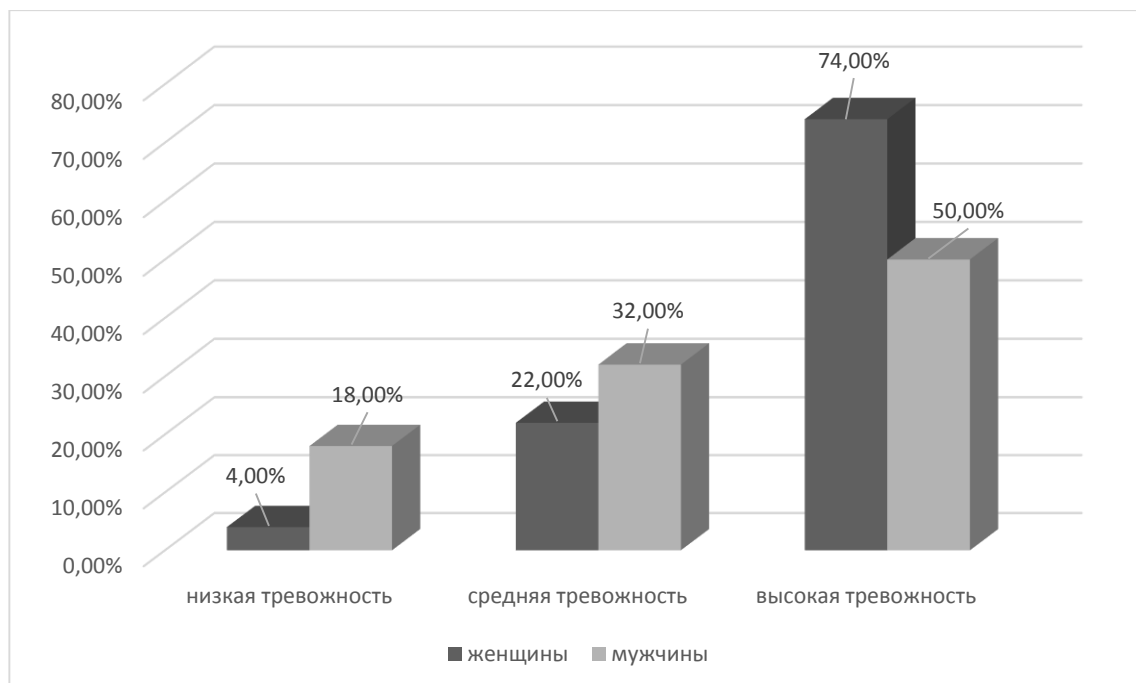


Рис. 10. Сопоставление распределения испытуемых в соответствии с уровнем ситуативной тревожности

Из данных диаграммы следует, что у 74,0% женщин (т.е. у $\frac{3}{4}$ из них) отмечалась высокая ситуативная тревожность. Доля женщин с умеренным уровнем ситуативной тревожности составила 22,0%, т.е. была достоверно меньше ($p < 0,05$). Удельный вес женщин с низким уровнем тревожности составил всего 4,0%, т.е. они были в группе в достоверном меньшинстве ($p < 0,01$).

У большинства мужчин уровень ситуативной тревожности также был высоким – их доля составила 50,0% от всех мужчин, принявших участие в исследовании. Однако, у 32,0% мужчин (т.е. достоверно реже, $p < 0,05$) выявлялась средняя тревожность. Низкий уровень ситуативной тревожности был выявлен только у 18,0% мужчин (т.е. они составили в своей группе достоверное меньшинство, $p < 0,05$).

При сопоставлении распределения мужчин и женщин в выборке в соответствии с уровнем ситуативной тревожности было установлено, что среди женщин была больше, чем среди мужчин, доля лиц с высоким уровнем тревожности, тогда как среди мужчин – со средним и низким уровнями. При статистической обработке полученных данных было установлено, что выявленные различия между мужчинами и женщинами достигали уровня статистической достоверности (приложение 11).

Средний балл в группе женщин по шкале личностной тревожности составил $46,86 \pm 2,11$, что соответствует высокому уровню. В то же время, анализ уровня личностной тревожности в группе мужчин позволил установить, что средний балл по данной шкале опросника составил $40,12 \pm 2,49$, что соответствует среднему уровню. При сопоставлении данных мужчин и женщин было установлено, что средний балл по данной шкале опросника у женщин был значимо выше, чем у мужчин (приложение 11). Полученные результаты наглядно представлены на рисунке 11.

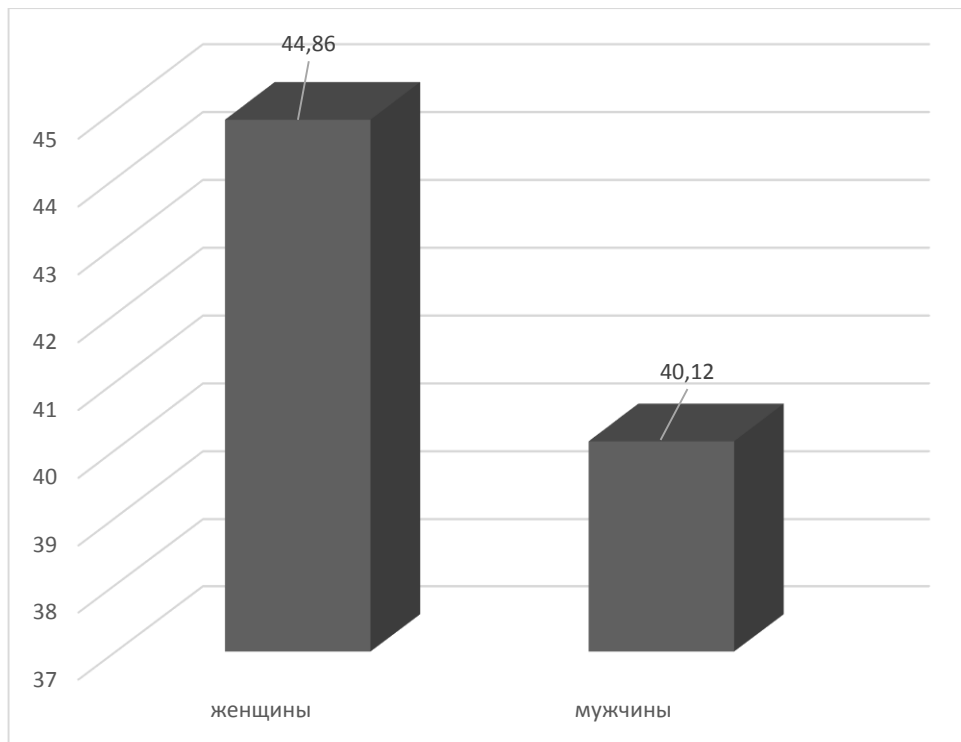


Рис. 11. Сопоставление среднего уровня личностной тревожности у мужчин и женщин (средний балл по опроснику Спилберга-Ханина)

Распределение женщин в выборке в соответствии с уровнем личностной тревожности представлено на рисунке 12.

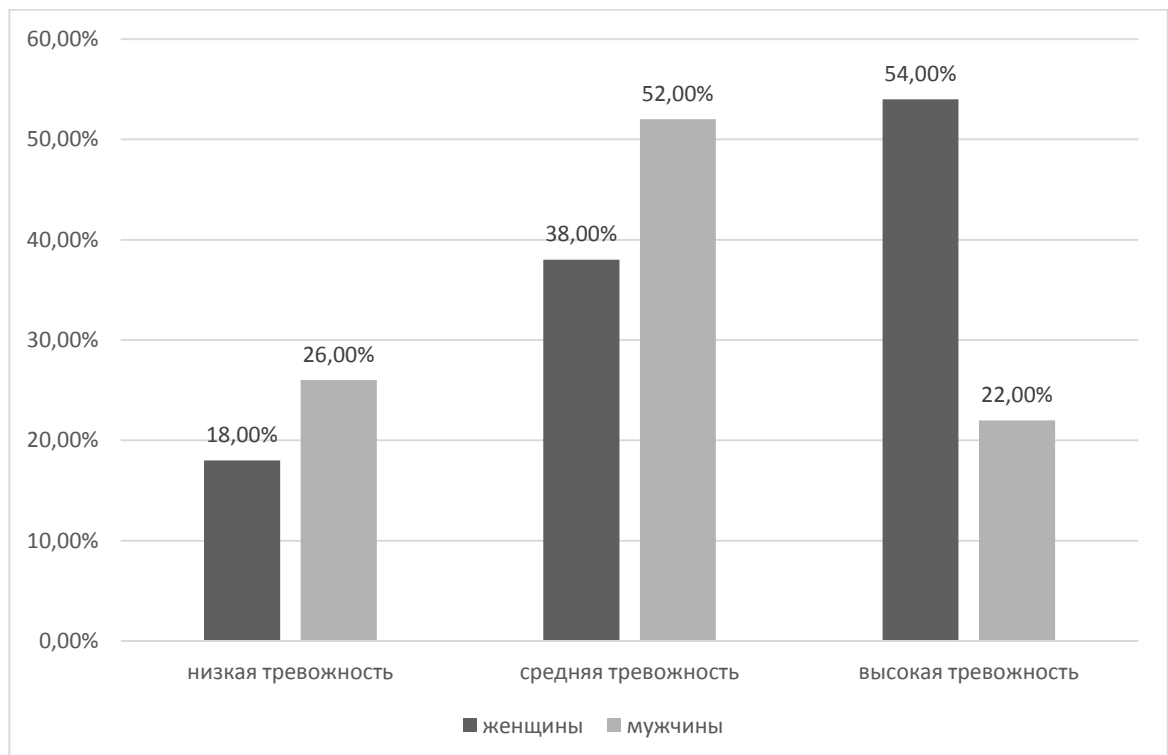


Рис. 12. Сопоставление распределения испытуемых в соответствии с уровнем личностной тревожности

Данные, представленные на диаграмме, свидетельствуют о том, что у половины обследованных женщин уровень личностной тревожности был высоким. Достоверно реже в группе выявлялись женщины со средним уровнем тревожности – в 32,0% случаев ($p < 0,05$). Удельный вес респонденток с низким уровнем ситуативной тревожности был минимальным – он составил всего 18,0%, т.е. был достоверно меньше, чем удельный вес женщин с другими показателями тревожности ($p < 0,05$).

При оценке распределения мужчин в выборке в соответствии с уровнем личностной тревожности было установлено, что у 52,0% испытуемых мужского пола отмечался средний уровень личностной тревожности, т.е. более, чем в половине случаев. У 26,0% мужчин (т.е. значимо реже) выявлялся низкий уровень ($p < 0,05$). Мужчины с высоким уровнем личностной тревожности составили 22,0%, т.е. их доля была значимо меньше для лиц со средним уровнем ($p < 0,05$), но сопоставима с долей респондентов с низким уровнем личностной тревожности ($p > 0,05$).

Сопоставление распределения испытуемых в соответствии с уровнем личностной тревожности позволило установить, что в группе женщин была достоверно больше, чем среди мужчин, доля лиц с высоким уровнем тревожности и меньше – с низким и средним уровнями. При этом выявленные различия достигали уровня статистически достоверных (приложение 11). Иными словами, были выявлены закономерности аналогичные обнаруженным при сопоставлении уровней ситуативной тревожности.

Оценка удовлетворенности браком у женщин с помощью методики В.В. Столина и Т.Л. Романовой выявила, что средний балл в группе по данному опроснику составил $23,67 \pm 1,89$, что соответствует оценке семьи как скорее неблагополучной. В то же время, анализ уровня удовлетворенности браком мужчин выявил, что средний балл по опроснику составил $31,57 \pm 2,01$ балла, что соответствует уровню скорее благополучной семьи. При сопоставлении удовлетворенности браком участников исследования было установлено, что средний балл по опроснику среди женщин был значимо ниже, чем среди мужчин

($23,67 \pm 1,89$ и $31,57 \pm 2,01$ баллов соответственно, $p < 0,05$). Следовательно, уровень удовлетворенности бесплодным браком у женщин был ниже, чем у мужчин. Полученные данные наглядно представлены на рисунке 13.

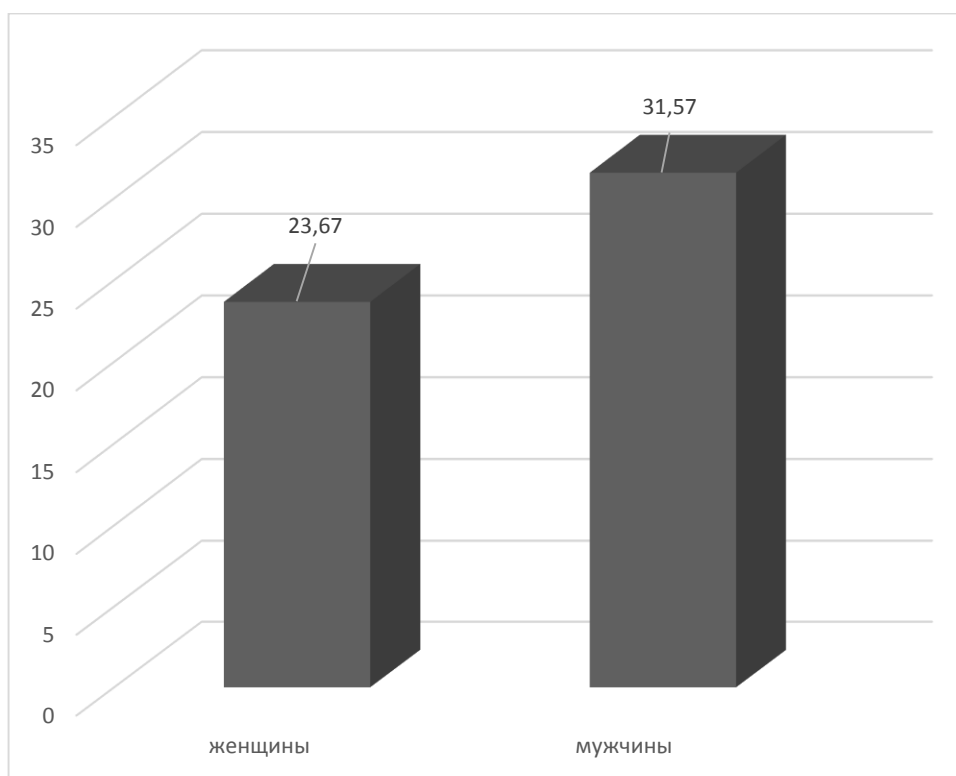


Рис. 13. Сопоставление уровня удовлетворенности браком у мужчин и женщин (средний балл по опроснику В.В. Столина и Т.Л. Романовой)

Анализ распределения женщин в выборке в соответствии с уровнем удовлетворенности браком показал, что большинство женщин (64,0%) не были удовлетворены своим браком. При этом в 28,0% случаев они охарактеризовали свою семью как неблагополучную, и еще в 18,0% случаев – как скорее неблагополучную. Соответственно, удельный вес женщин, которые считали свою семью благополучной составил всего 14,0%, что было достоверно меньше удельного веса респонденток, придерживавшихся противоположного мнения ($p < 0,01$). В 22,0% случаев семья была охарактеризована женщинами как переходная. Полученные данные представлены в таблице 4.

Сопоставление распределение женщин и мужчин в выборке в соответствии с удовлетворенностью браком

Уровни удовлетворенности браком	Удельный вес, %		p
	женщины	мужчины	
абсолютно неблагополучная семья	10,0	0	-
неблагополучная семья	18,0	4,0	<0,01
скорее неблагополучная семья	36,0	10,0	<0,01
переходная семья	22,0	28,0	>0,05
скорее благополучная семья	10,0	34,0	<0,01
благополучная семья	4,0	24,0	<0,01
абсолютно благополучная семья	0,0	0,0	-

При анализе данных таблицы обращает на себя внимание отсутствие в выборке женщин, которые считали бы свою семью абсолютно благополучной, что еще раз подчеркивает низкую удовлетворенность женщин бесплодным браком.

Из данных таблицы следует, что в группе мужчин отсутствовали крайние оценки удовлетворенности браком – ни в одном случае брак не был оценен ни как абсолютно благополучный, ни как абсолютно неблагополучный. Наибольший удельный вес в группе мужчин принадлежал лицам, которые оценили свой брак как скорее благополучный. Несколько меньше была доля мужчин, которые оценили свой брак как переходный, при этом достоверные различия с долей лиц, которые считали брак благополучным, отсутствовали ($p > 0,05$). Благополучным свой брак считали 24.0% мужчин, что было достоверно меньше доли лиц, оценивших его как скорее благополучный ($p < 0,05$), но сопоставимо с долей респондентов, оценивших брак как переходный ($p > 0,05$). Наименьшую долю в выборке составили мужчины, которые считали свою семью неблагополучной – всего 4,0%.

При сопоставления распределения испытуемых в соответствии с уровнем удовлетворенности браком было установлено, что среди женщин была достоверно больше, чем среди мужчин, доля лиц, которые расценили свой брак как неблагополучный и скорее неблагополучный. В то же время, среди мужчин была достоверно больше для респондентов, которые считали свой брак скорее благополучным и благополучным. Доли мужчин и женщин, которые расценили свою семью как переходную, были сопоставимы (приложение 12).

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что у большинства женщин, состоящих в бесплодном браке, имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Кроме того, большинство как женщин, так и мужчин имели хронические соматические заболевания, часть из них – вредные привычки (преимущественно – табакокурение и прием алкоголя, причем чаще они отмечались у мужчин). Оценка психологических характеристик супругов позволила установить, что у женщин в бесплодном браке был более низкий, по сравнению с мужчинами, адаптационный ресурс личности и выше ее нереализованность. Кроме того, у женщины был выше, чем у мужчин, уровень невротизации личности, депрессивности. Они в большей степени были предрасположены к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, более тревожны и менее уверены в себе, а их эмоциональное состояние было менее устойчивым, чем у мужчин. Между тем, у мужчин была выше склонность к доминированию и агрессивному отношению к окружению. У женщин было зафиксировано более высокое нервно-психическое напряжение, а также уровень как ситуативной, так и личностной тревожности. Между тем, удовлетворенность браком у женщин была ниже, чем у мужчин.

2.3. Обсуждение результатов исследования

Оценка клинических характеристик супружеских пар, состоящих в бесплодном браке позволила выявить у большинства как мужчин, так и женщин наличие ряда хронических соматических заболеваний, а у женщин – еще и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Полученные данные

совпадают с результатами, опубликованными другими исследователями. В частности, в диссертационном исследовании В.А. Крутовой, посвященном разработке путей преодоления женского бесплодия, у большинства пациенток с идиопатической формой бесплодия был выявлен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, а также хронические соматические заболевания [20].

Однако, следует обратить внимание, что самостоятельно ни одно из выявленных у женщин в выборке заболеваний или состояний не может служить непосредственной причиной бесплодия, что еще раз подчеркивает его идиопатический характер. Тем не менее, наличие в анамнезе у большинства женщин нарушений менструального цикла, а также преимущественно вторичный характер бесплодия наводит на мысль о наличии расстройств репродуктивной функции, не выявленных на момент проведения исследования, либо расстройств, которые не могут быть выявлены в настоящее время в связи с несовершенством имеющихся диагностических возможностей. Кроме того, обращает на себя внимание тот факт, что ни в одном случае у пары не были проведены иммунологические исследования, а у женщин - тесты на тромбофилию. Между тем, как указывалось в теоретической части работы, именно эти направления диагностики в настоящее время считаются наиболее перспективными в определении причин бесплодия.

Что касается клинических характеристик мужчин, то, аналогично женщинам, ни одно из выявленных у них на момент обследования заболеваний, не может привести к развитию бесплодия самостоятельно. Тем не менее, в совокупности они могут создавать неблагоприятный фон для созревания гамет.

Представляется весьма важным обсуждение роли курения в генезе бесплодия. В нашем исследовании наличие этой вредной привычки было установлено у 18,0% женщин. Между тем, в ряде исследований было отмечено, что у курящих женщин по сравнению с некурящими быстрее истощается овариальный резерв, а период ожидания наступления беременности более длительный [9, 65]. Кроме того, отмечается отрицательное влияние курения женщин на исход программ вспомогательных репродуктивных технологий [59,

67]. Следовательно, в части случаев бесплодие может быть связано с курением женщин.

В то же время, сведения о влиянии курения на мужскую фертильность противоречивы. В нашем исследовании факт курения был зафиксирован у 40,0% мужчин, и мы рассматривали этот факт как неблагоприятный для возможности зачатия. Действительно, авторы ряда работ продемонстрировали негативное влияние курения на репродуктивную систему мужчин [63]. В экспериментальных исследованиях на животных моделях был показан гонадо- и гаметотоксический эффект никотина [22]. Однако, в работе F. Volumar с соавт. достоверное влияние курения мужчин на наступление беременности выявлено не было [49]. Следовательно, влияние фактора курения мужчин на фертильность требует дальнейшего изучения.

Перейдем к обсуждению психологических характеристик супружеских пар. Полученные результаты свидетельствуют о том, что ситуация бесплодия является в большей степени психотравмирующей именно для женщин, тогда как мужчины характеризуются большей степенью психологического благополучия. Однако, следует иметь в виду, что, по мнению некоторых специалистов, на результаты опросов влияет большая готовность женщин рассказать о своих чувствах, тогда как мужчины, как правило, склонны скрывать свои переживания по поводу бездетности [42].

Тем не менее, полученные нами данные согласуются с результатами исследований, проведенных другими авторами. В теоретической части работы указывается на высокий уровень тревожности и депрессивности женщин с бесплодием, а также на их низкую удовлетворенность браком, выявленные в ряде исследований. Однако, результаты нашего исследования не позволяют однозначно утверждать, что выявленные изменения психоэмоционального статуса женщин являются именно следствием бесплодия, а не его причиной. Действительно, ряд авторов указывает на тот факт, что психо-эмоциональные расстройства нередко играют роль патогенетического звена бесплодия. При этом психическое состояние трактуется ими как результат взаимодействия

индивидуальных психологических особенностей, соматических факторов, а также заболеваний репродуктивной сферы [31]. Нельзя обойти вниманием и тот факт, что у части женщин вероятность наступления беременности снижается в условиях пребывания в постоянном стрессе. На физиологическом уровне длительный стресс способен индуцировать изменения в репродуктивной и иммунной системах. Кроме того, хроническое психоэмоциональное напряжение оказывает влияние и на гипоталамо-гипофизарную систему, что способствует изменению гормонального профиля женщины и существенно снижает вероятность зачатия. Также, некоторые авторы указывают на дезадаптивные формы переживания стрессовых ситуаций в форме соматизации, характерные для женщин с идиопатическим бесплодием. Следовательно, необходимо продолжение исследований с целью выявления как психоэмоциональных предикторов бесплодия, так и уточнения реакции женщин на бесплодный брак [12].

Что касается мужчин, то работ, посвященных оценке их психологического статуса в бесплодном браке, гораздо меньше. При этом большинство из них были выполнены на материале пациентов-мужчин с диагнозом «Бесплодие», тогда как публикации, освещающие проблему изменения психоэмоционального состояния мужчин в идиопатически бесплодном браке, в доступной литературе практически отсутствуют. Кроме того, данные, полученные разными авторами, весьма противоречивы. Одни утверждают, что отсутствие детей является весьма психотравмирующей ситуацией для мужчин, тогда как другие указывают на тот факт, что бесплодный брак ассоциируется у мужчин со свободой и хорошим материальным положением. В нашем исследовании у мужчин был выявлен довольно высокий уровень ситуативной тревожности, очевидно, обусловленный именно отсутствием детей и неопределенностью ситуации, а также низкий уровень общительности. На этот же факт указывают и другие исследователи – мужчины, состоящие в бесплодном браке, избегают общения окружающими людьми, не рассказывали о проблемах с зачатием, боясь быть отличными от других [3]. В качестве компенсации своей «мужской несостоятельности»,

очевидно, мужчины демонстрируют агрессивное поведение по отношению к окружающим, что и было выявлено в нашем исследовании.

Различие в психологических характеристиках мужчин и женщин, состоящих в бесплодном браке очевидно, можно объяснить традиционными взглядами на различие гендерных ролей, преобладающих в нашем обществе. Действительно, в нашей стране до сих пор считается, что женщина может полностью реализовать себя только в роли жены и матери. Так, в диссертационном исследовании И.Ю. Свяцкевич было показано существование в современном обществе определенного стереотипа отношения к женщине, состоящей в бесплодном браке, в рамках которого ее бесплодие ассоциируется с психическим и социальным неблагополучием [36]. Поэтому отсутствие детей является серьезным стрессом для женщины, в том числе в связи с давлением, которое она испытывает по поводу отсутствия детей со стороны близкого социального окружения.

В то же время, основными сферами реализации для мужчин в нашей стране считаются карьера и материальное благополучие. В связи с этим они испытывают гораздо меньший стресс в связи с отсутствием детей.

Информация относительно удовлетворенности супругов бесплодным браком в современной литературе весьма противоречива. С одной стороны, традиционно подчеркивается наличие супружеской дисгармонии и более высокий процент разводов в бесплодных парах. С другой стороны, в исследовании Л.П. Феединой не было выявлено ни одного случая отчетливой неудовлетворенности браком [41]. Тем не менее, автор отмечает, что в среднем удовлетворенность браком бесплодных пар была более низкой по сравнению с парами с нормальной фертильностью. В работе В. С. Зыбайло с соавт. указывается, что женщины, состоящие в бесплодном браке достоверно чаще, чем женщины с нормальной фертильностью, оценивали собственный брак как неудачный, что, по мнению авторов, повышало риск инфертильности [12]. Результаты нашего исследования свидетельствуют о более низкой удовлетворенности браком женщин по сравнению с мужчинами. Однако, в

доступной литературе мы не обнаружили работ, в которых проводилось бы подобное сопоставление.

Таким образом, полученные в нашем исследовании результаты в значительной мере сопоставимы с результатами, опубликованными в современной профессиональной литературе. Однако, следует подчеркнуть противоречивость данных, опубликованных разными авторами, в связи с чем сопоставление и интерпретация наших результатов нередко затруднены. В целом, это подчеркивает необходимость продолжения исследований в данном направлении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование было посвящено изучению клинико-психологических характеристик супружеских пар с бесплодием неясного генеза. Необходимость его проведения была продиктована тем, что большинство современных исследований, посвященных проблеме бесплодия, сконцентрированы на анализе тех или иных характеристик бесплодных женщин и, в меньшей степени – мужчин. Однако, изучение именно супружеских пар остается, к сожалению, на периферии внимания исследователей.

Анализ теоретических аспектов изучаемой проблемы позволил установить, что бесплодие представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Это обусловлено как его широкой распространенностью, так и негативным влиянием на демографическую ситуацию в стране, супружеские отношения, психоэмоциональный статус супругов. Решение проблемы идиопатического бесплодия на сегодняшний день весьма затруднено – как в связи с неразработанностью средств и методов исследования, позволяющих дифференцировать его от других форм бесплодия, так и в связи с спорностью самого диагноза. Бесплодие неясного генеза оказывает негативное влияние на психоэмоциональный статус женщины, что выражается в повышенной тревожности, депрессивности, снижении социальной активности и ограничении контактов и т.д. Исходно, у бесплодных женщин присутствуют личностные особенности в виде инфантилизма, несформированности материнской позиции, отказа от женской роли и т.д. У мужчин ситуация с бесплодием неясного генеза вызывает повышенную ситуативную тревожность, но в целом они переживают ее более спокойно, чем женщины. Отсутствие детей и неясный диагноз отрицательно сказываются на супружеских отношениях, приводя к дисгармонии в сексуальной сфере ограничению социальных контактов, конфликтам и даже разводу.

В результате проведенного эмпирического исследования было установлено, что у большинства женщин, состоящих в бесплодном браке, имелсяотягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Кроме того, большинство

как женщин, так и мужчин имели хронические соматические заболевания, часть из них – вредные привычки (преимущественно – табакокурение и прием алкоголя, причем чаще они отмечались у мужчин). Оценка психологических характеристик супругов позволила установить, что у женщин в бесплодном браке был более низкий, по сравнению с мужчинами, адаптационный ресурс личности и выше ее нереализованность. Кроме того, у женщины был выше, чем у мужчин, уровень невротизации личности, депрессивности. Они в большей степени были предрасположены к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, более тревожны и менее уверены в себе, а их эмоциональное состояние было менее устойчивым, чем у мужчин. У мужчин было выявлено выраженное стремление к доминированию и агрессивному отношению к окружению. У женщин было зафиксировано более высокое нервно-психическое напряжение, а также уровень как ситуативной, так и личностной тревожности. Между тем, удовлетворенность браком у женщин была ниже, чем у мужчин.

В целом, полученные результаты позволили прийти к следующим **выводам:**

1. В настоящее время отсутствует единая точка зрения на бесплодие неясного генеза как самостоятельное заболевание. Вероятно, развитие диагностических техник и методик позволит в будущем выявлять причины бесплодия у большинства пациентов.
2. Психологические характеристики женщин и мужчин в бесплодном браке весьма сильно различаются ввиду того, что ситуация бесплодия является для женщин более психотравмирующей, чем для мужчин
3. У большинства женщин, состоящих в бесплодном браке, имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Большинство как женщин, так и мужчин имели хронические соматические заболевания, часть из них – вредные привычки.
4. У женщин в бесплодном браке был более низкий, по сравнению с мужчинами, адаптационный ресурс личности и выше ее нереализованность.

- у женщины был выше, чем у мужчин, уровень невротизации личности, депрессивности. Они в большей степени были предрасположены к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, более тревожны и менее уверены в себе, а их эмоциональное состояние было менее устойчивым, чем у мужчин. Для мужчин было типично более выраженное стремление к доминированию и агрессивному отношению к окружению.
5. У женщин было зафиксировано более высокое нервно-психическое напряжение, а также уровень как ситуативной, так и личностной тревожности.
 6. Удовлетворенность браком у женщин была ниже, чем у мужчин.
 7. На основании полученных данных были сформулированы рекомендации по оптимизации тактики ведения супружеских пар с бесплодием неясного генеза.

Таким образом, цель исследования достигнута, задачи решены, гипотезы нашли свое подтверждение.

Я подтверждаю, что написанная работа написана лично мной и не нарушает интеллектуальные права третьих лиц.

Самоекина Дарья Юрьевна
Саша

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При консультировании супружеских пар с бесплодием неясного генеза следует рекомендовать им полноценное комплексное обследование с использованием не только рутинных, но и наиболее современных методов исследования с целью выявления возможной причины бесплодия.
2. При консультировании супружеских пар с бесплодием неясного генеза рекомендуется сосредоточить внимание на работе с ситуативной тревожностью, ограничением социальной активности, а также гармонизации семейных отношений.
3. При работе с супружескими парами с бесплодием неясного генеза рекомендуется уделить особое внимание повышению адаптационных ресурсов, снижению невротизации, депрессивности, тревожности, эмоциональной лабильности и нервно-психического напряжения у женщин и снижению склонности к агрессии по отношению к окружению у мужчин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белинская Е.В. Психологические особенности женщин, страдающих бесплодием // Педагогика и психология: актуальные вопросы теории и практики: материалы междунар. науч.-практ. конф. - Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2013. - С. 148-151.
2. Бесплодие у женщин молодого фертильного возраста Забайкальского края / Н.И. Фролова, Т.Е. Белокриницкая, Л.И. Анохова и др. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – №2. – С. 45-47
3. Гарданова Ж.Р., Шибаета К.С., Ситникова А.А. Психологическая и психотерапевтическая коррекция психоэмоциональных расстройств у мужчин с нарушением репродуктивной функции. – М.: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2010. – 21 с.
4. Дементьева Н.О. Психологическое значение фактора неопределенности репродуктивного статуса для психосоциального функционирования женщин с бесплодием: автореф. дисс...канд.мед.наук. – Спб., 2011. – 24 с.
5. Дементьева Н.О., Бочаров В.В. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2010. – сер. 12, вып. 1. – С. 131-136
6. Джамалудинова А.Ф., Гонян М.М. Репродуктивное здоровье населения России // Молодой ученый. — 2017. — №14.2. — С. 10-13.
7. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб., 2010. – 233 с.
8. Дьячкова Е.С. Психологические особенности семей с нарушениями репродуктивного здоровья // Вестник ТГУ. – 2013. – вып. 9 (125). – С. 199-202
9. Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению). Клинические рекомендации / А.Н. Абубакиров, Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева и др. – М., 2018. – 118 с.

10. Земзюлина И.Н., Ожерельева М.А. Проблема нарушений репродуктивной функции у женщин в современной перинатальной // Научный альманах. — 2018. — №3–3 (41). — С. 141–147.
11. Землянова Е.В. Потери потенциальных рождений в России из-за проблем, связанных со здоровьем // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – №2 (48). – С. 11-14
12. Зыбайло В.С., Филимонова В.Ю., Копытов А.В. Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием // Медицинский журнал. – 2015. – №1 (51). – С. 82-87
13. Ипполитова Е.А., Мухачева К.И. Социально-психологический климат в семьях, бездетных вследствие мужского и женского бесплодия // Семья и брак в условиях социальных изменений: сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2016. – С. 54-58.
14. Келлэт Е.П. Особенности клиники и иммунологические нарушения у супружеских пар с бесплодием неясного генеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 24 с.
15. Келлэт Е.П., Шуршалина Е.П., Корнеева И.Е. Роль эндометрия в неудачах реализации репродуктивной функции. – Проблемы репродукции. – 2010. – №2. – С. 16–20
16. Клейменова Л.А., Кононенко И.О. Идиопатическое бесплодие как психологическая проблема // Молодой ученый. — 2019. — № 27 (265). — С. 149-153.
17. Ковалев В.В., Кудрявцева Е.В., Третьякова Т.Б. Цитогенетическая феноменология бесплодия неясного генеза // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – №14 (1). – С. 19-21
18. Крикунова Е.А., Толстунова Г.П., Макарьева Е.А. Демографические проблемы современной России // Студенческий научный форум: Материалы XI Международной студенческой научной конференции. – 2019. – С. 34-38

19. Кришталь Е.В., Маркова М.В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии // Медицинская психология. – 2008. – №3. – С. 17-22. 44.
20. Крутова В.А. Пути преодоления женского бесплодия: автореф. дисс...д-ра мед.наук. – М., 2016. – 24 с.
21. Курило Л.Ф., Гордеева С.И. Типы хромосомных аномалий у пациентов с нарушением формирования и/или функции органов репродуктивной системы // Андрология и генитальная хирургия. – 2009. – № 3. – С. 24–28.
22. Курило Л.Ф., Макарова Н.П., Шилейко Л.В. Система оценки состояния сперматогенеза человека и млекопитающих. Андрология и генитальная хирургия 2005;(4):8-17.
23. Лагойда Н.В. Проблема стабильности брака и роста числа разводов в современном обществе // Вестник Бурятского государственного университета. Педагогика. Филология. Философия. – 2017. – №2. – С. 86-96
24. Маркова М.В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – вып. 1(1). – С. 57-62.
25. Масыгутова Л.Ф. Психологический взгляд на причины идиопатического бесплодия // Вестник науки и образования. – 2018. – №1. – С. 12-16
26. Маянский А.Н. Патогенетическая микробиология: руководство. – Н. Новгород: НГМА, 2006. – 520 с.
27. Медико-генетические аспекты бесплодия / Н.Н. Гончарова, Е.Ю. Мартышкина, Т.В. Казначеева и др.// Акушерство, гинекология и репродукция. – 2012. – Т. 6, №2. – С. 22-25
28. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. – М., 2003. – 317 с.
29. Паскарь С.С., Боярский К.Ю. Эпидемиологические аспекты бесплодного брака (обзор литературы) // Проблемы репродукции. - 2017. – Т. 23, №5. – С. 23-26.

30. Перспективы использования интерферона в лечении бесплодия у мужчин / С.В. Рищук, Е.И. Кахиани, В.Е. Мирский и др. // Лечащий врач. – 2018. - №4. – С. 12-16
31. Петрова Н.Н., Подольхов Е.Н. Особенности психического состояния и личностно-психологические характеристики женщин с бесплодием, подвергающихся лечению методом ЭКО // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – № 3. – С. 115–121. Поступила 17.10.2014 г
32. Ползиков М.Ю. Бесплодие. . . Как не упустить ничего важного и не сделать ничего лишнего? Часть 3. Алгоритм действий по ведению бесплодной пары при бесплодии неясного генеза // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2009. – №1. – С. 23-25
33. Психологическая коррекция стрессового состояния у пациенток программы ЭКО / Н.М. Дралюк, Н.А. Махалова, А.В. Новосельцева, О.А. Серебренникова // Проблемы репродукции. – 2006. – №6. – С. 53–56.
34. Распространенность курения среди мужчин с бесплодием в браке и/или заболеваниями органов половой системы / М.В. Андреева, С.Ш. Хаят, Т.М. Сорокина и др. // Андрология и генитальная хирургия. – 2015. – №1. – С. 63-67
35. Рябышева Л.В., Макарова О.Н. Влияние репродуктивного здоровья на демографическую ситуацию в стране. // Медицина и здравоохранение: материалы II Междунар. науч. конф. —Уфа: Лето, 2014. — С. 3-5.
36. Свяцкевич И.Ю. Социально-психологические аспекты самовосприятия и самооценки женщин в бесплодном браке: автореф. дисс... канд. психол. наук. – Ярославль, 2002. – 25 с.
37. Современные методы диагностики и лечения бесплодного брака / С.Е. Еркенова, А.Н. Эубекир, М.Б. Жуспбек и др. // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №4. – С. 3-6
38. Сосновская Т.С. Бесплодие как социально-демографическая проблема России // Научное сообщество студентов: Междисциплинарные исследования: сб. ст.

- по мат. XXXII междунар. студ. науч.-практ. конф. – 2017. – №21(32). – С. 122-124
39. Степашкина В.А. Особенности полоролевой идентичности в личностной репрезентации «образа мира» у женщин с бесплодием неясного генеза: автореф. дисс..канд.психол.наук. – Казань, 2019. – 25 с.
40. Структура генетически обусловленных заболеваний органов репродуктивной системы / Л.Ф. Курило, Т.М. Сорокина, В.Б. Черных и др. // Андрология и генитальная хирургия. – 2011. – № 3. – С. 17–26.
41. Федина Л. П. Межличностные конфликты, возникающие на фоне принятия решения о преодолении бесплодия методом ЭКО // Психология в России и за рубежом: материалы I Междунар. науч. конф. — Санкт-Петербург: Реноме, 2011. — С. 63-65.
42. Федина Л.П.а Исследование индивидуально-психологических особенностей бесплодных супружеских пар, вступивших в протоколы экстракорпорального оплодотворения // Педагогика и психология образования. – 2011. – №4. – С. 104-107
43. Филиппов О.С. Бесплодный брак в Западной Сибири: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – 42 с.
44. Шестакова О.В., Тетелютина Ф.К. Качество жизни и особенности психоэмоционального состояния в супружеской паре при бесплодном браке // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №6. – С. 10-14
45. Шibaева К.С. Психологические детерминанты совладающего поведения мужчин в бесплодном браке: автореф. дисс...канд.психол.наук. – М., 2012. – 23 с.
46. Юдеева Т.Ю., Скобинева Н.В. Исследование психологических факторов женского бесплодия // Сб. материалов науч. конф. «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». - СПб.: ООО «Альта Астра», 2015. - С. 347-348.
47. Aziz N. Laparoscopic evaluation of female factors in infertility // J Coll Physicians Surg Pak. – 2010. – V. 20. – N 10. – P. 649–652.

48. Benefit of Diagnostic Laparoscopy for Patients with Unexplained infertility and normal hysterosalpingography findings / I. Tsuji, K. Ami, A. Miyazaki et al. // *Tohoku J. Exp. Med.* – 2009. – N 219. – P. 39–42.
49. Bolumar F., Olsen J., Boldsen J. Smoking reduces fecundity: a European multicenter study on infertility and subfecundity. The European Study Group on Infertility and Subfecundity. // *Am J Epidemiol.* – 1996. – Vol. 143(6). – P. 578-87.
50. Defining infertility—a systematic review of prevalence studies / S. Gurunath, Z. Pandian, R.A. Anderson, S. Bhattacharya // *Hum Reprod Update.* – 2011. – Vol. 17. – P. 575-588
51. Evers J. Female infertility. // *Lancet.* – 2002. – Vol. 360. – P. 151-159.
52. Fritz M.A. The modern infertility evaluation // *Clin Obstet Gynecol.* – 2012. – V. 55. – N 3. – P. 692–705
53. Göçmen A., Atak T. Diagnostic laparoscopy findings in unexplained infertility cases // *Clin Exp Obstet Gynecol.* – 2012. – V. 39. – N 4. – P. 452–453.
54. Hamada A.J., Esteves S.C., Agarwal A. A comprehensive review of genetics and genetic testing in azoospermia // *Clinics (Sao Paulo).* - 2013. -V. 68. - N 1. - P. 39-60.
55. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. / W. Ombelet, I. Cooke, S. Dyer et al. // *Human Reprod Update.* – 2008. – Vol. 14. – P. 605-621.
56. Inhorn M.C., Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the XXIst century. // *Hum Reprod Update.* – 2015. – Vol. 21(4). – P. 411-426
57. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology / F. Zegers-Hochschild, G.D. Adamson, J. de Mouzon et al. // *Fertil Steril.* – 2009. – Vol. 92. – P. 1520-1524

58. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. / J. Boivin, L. Bunting, J. Collins, K. Nygren // *Hum Reprod.* – 2007. – Vol. 22(6). – P. 1506- 1512.
59. Klonoff-Cohen H. Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown. // *Hum Reprod Update.* – 2005. – Vol. 11(2). – P. 179-203.
60. McLaren J.F. Infertility evaluation // *Obstet Gynecol Clin North Am.* – 2012. – V. 39. – N 4. – P. 453–463.
61. Meniru G.I. Cambridge guide to infertility management and assisted reproduction. – Cambridge University Press, 2004. – 276 p.
62. Olivius C., Friden B., Borg G., Bergh C. Psychological aspects of discontinuation of in vitro fertilization treatment // *Fertility and Sterility.* – 2004. – №81. – P. 276-282.
63. Ragheb A.M., Sabanegh E.S. Jr. Smoking and male fertility: a contemporary review. // *Arch Med Sci.* – 2009. – Vol. 5(1A). – P. 13-9.
64. Safarinejad M.R., Shafiei N., Safarinejad S. Polymorphisms in aryl hydrocarbon receptor gene are associated with idiopathic male factor infertility // *Reprod Sci.* - 2013. - V. 20. - N 12. - P. 1423-1432.
65. Sara F., Oztekin K., Qelebi G. Early menopause association with employment, smoking, divorced marital status and low leptin levels. // *Gynecol Endocrinol.* – 2011. – Vol. 27(4). – P. 273-8.
66. Sidorenko V., Dunay V., Arinchina N. Some psychological features of persons consisting of barren marriage // *Scientific enquiry in the contemporary world: theoretical basics and innovative approach.*- 2012. – №3. – P. 93-95.
67. Soares S.R., Melo M.A. Cigarette smoking and reproductive function. // *Curr Opin Obstet Gynecol.* – 2008. – Vol. 20(3). – P. 281-91.
68. Subclinical pelvic inflammatory disease and infertility / H.C. Wiesenfeld, S.L. Hillier, L.A. Meyn et al. // *Obstet Gynecol.* – 2012. – V. 120. – N 1. – P. 37–43
69. Torre A., Pouly J. L., Wainer B. Anatomic evaluation of the female of the infertile couple // *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* – 2010. – V. 39. – N 8 (2). – P. 34–44.

70. Van Oostrum N., De Sutter P., Meys J. Risks associated with bacterial vaginosis in infertility patients: a systematic review and meta-analysis // Hum Reprod. - 2013. - V. 28. - N 7. - P. 1809-1815.

Я подтверждаю, что настоящая работа написана лично и не нарушает интеллектуальные права третьих лиц.

*Саманта Дэйвис
Харриетта Сэмф*

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Методика оценки психического здоровья - МОПЗ

(Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров и др., 2005)

Процедура опроса. Опрос проводился в индивидуальном порядке в тихом светлом помещении, в отсутствие посторонних.

Каждому испытуемому выдавалось 4 бланка: инструкция испытуемому, опросник, содержащий 220 утверждений перечня "Я-структурного теста"; регистрационный бланк; профильный бланк, позволяющий в стандартизованном виде отразить величины шкал А, В, С и индексов α и β . Испытуемые заполняли регистрационные бланки самостоятельно, под контролем исследователя.

Обработка результатов. Каждому ответу испытуемого присваивается соответствующий диагностический коэффициент по одной из трех шкал (А, В, С). Затем суммировались все выделенные диагностические коэффициенты.

Полученные данные сопоставляли с нормативами, разработанными авторами методики (табл. 1).

Таблица 1

Средние «сырые» значения интегральных шкал в нормативной группе

	Шкала А		Шкала В		Шкала С	
	м	о	м	с	м	а
Нормы	53,8	8,8	20,6	8,7	20,3	9,2

Затем по формулам, вычислялись величина индексов α и β :

- 1-ый индекс (α) представляет собой разность сырых показателей по шкалам А и В: $\alpha = A - B$

α - этот индекс соотносит величину имеющихся адаптационных ресурсов и выраженность психопатологических проявлений.

- 2-й индекс (β) вычисляется по формуле: $\beta = A - C$

β - данный индекс отражает соотношение величины адаптационного потенциала и уровня психической активности личности.

Полученные результаты сравнивали с нормативами, разработанными авторами методики. Так, «Индекс компенсации психопатологической симптоматики», соотносящий величину имеющихся адаптационных ресурсов и выраженность психопатологических проявлений, и «Индекс реализации психического потенциала личности», отражающий соотношение величины адаптационного потенциала и уровня психической активности личности, имеют нормативный диапазон от -10 до $+10$ баллов.

Фрайбургский личностный опросник (FPI)

(И. Фаренберг, Х. Зелг и Р. Гампел, 1970, адапт. Т.И. Рогинской)

Процедура опроса. Опрос проводился в индивидуальном порядке в тихом светлом помещении, в отсутствие посторонних. Испытуемым предлагалось ответить на вопросы опросника «да» (если утверждение опросника соответствовало характеристикам испытуемого) или «нет» (если не соответствовало).

Обработка результатов. На первом этапе осуществлялся подсчет «сырых» баллов в соответствии с ключом к опроснику. На втором этапе первичные оценки переводились в стандартные оценки 9-балльной шкалы с помощью специальной таблицы.

Интерпретация результатов.

При положительном ответе на первый вопрос, после обработки результатов исследования, внимательно изучался графическое изображение профиля личности, выделяются все высокие и низкие оценки. К низким относятся оценки в диапазоне 1–3 балла, к средним – 4-6 баллов, к высоким – 7-9 баллов.

Методика «Оценка нервно-психического напряжения, астении,
сниженного настроения» (Т. А. Немчин, 2004)

Процедура опроса. Опрос проводился в индивидуальном порядке в тихом светлом помещении, в отсутствие посторонних. Испытуемым предлагалось заполнить правую часть бланка, отмечая знаком «+» те строки, содержание которых соответствует особенностям их состояния в настоящее время

Обработка результатов. После заполнения бланка производился подсчет набранных испытуемым баллов путем их суммирования. При этом за отметку «+», поставленную испытуемым против пункта «а», начисляется 1 балл, против пункта «б» — 2 балла, против пункта «в» — 3 балла. Минимальное количество баллов, которое может набрать испытуемый, равно 30, а максимальное — 90.

Интерпретация результатов. Диапазон слабого, или «детензивного», нервно-психического напряжения располагается в промежутке от 30 до 50 баллов; умеренного, или «интенсивного» — от 51 до 70 баллов и чрезмерного, или «экстенсивного» — от 71 до 90 баллов.

Опросник ситуативной и личностной тревожности (Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин, 2004)

Процедура опроса. Тест состоит из 2 частей. Первая часть посвящена оценке ситуативной тревожности. Перед началом опроса испытуемым предлагалось внимательно прочитать каждое из приведенных в опроснике предложений и зачеркнуть соответствующую цифру справа в зависимости от того, как каждый из них чувствует себя в данный момент. При этом внимание испытуемых обращалось на отсутствие необходимости долго обдумывать каждый ответ – им предлагалось отвечать первое, что пришло в голову.

После завершения первой части испытуемые переходили к ответам на вопросу части 2, которая предназначена для оценки личностной тревожности. Перед началом тестирования им предлагалась инструкция – они должны были внимательно прочитать каждое из предложений, приведенных в опроснике и зачеркнуть соответствующую цифру справа в зависимости от того, они чувствуют себя обычно. При этом им предлагалось отвечать первое, что пришло в голову.

Обработка и интерпретация результатов.

Полученные результаты обрабатывались в соответствии с ключом.

Ключ к тесту на тревожность.

Ситуативная тревожность $СТ=(3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20)+ 50$ (число 50)

Личностная тревожность $ЛТ=(2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20) - (1,6,7,10,13,16,19) + 35$ (число 35)

Интерпретация теста тревожности Спилбергера Ханина проводилась с использованием следующей градации:

До 30 баллов – низкая тревожность

31-45 баллов – средняя тревожность

46 баллов и более – высокая тревожность.

Тест-опросник удовлетворенности браком
(В. В. Столин, Т. Л. Романова и др., 1996)

Процедура опроса. Опрос проводился в индивидуальном порядке в тихом светлом помещении, в отсутствие посторонних. Испытуемым предлагалось ответить на каждый вопрос теста с использованием следующих вариантов ответов: а - верно, b – трудно сказать, с – неверно.

Обработка результатов – осуществлялась с помощью ключа к тесту.

Вопросы: 1с, 2с, 3а, 4с, 5с, 6с, 7а, 8а, 9с, 10с, 11с, 12а, 13с, 14с, 15а, 16с, 17а, 18с, 19с, 20с, 21с, 22а, 23а, 24с.

Если выбранный испытуемым вариант ответа (а или с) совпадал с приведенными в ключе, то начислялось 2 балла; если промежуточный (b) – то 1 балл; за ответ, не совпадающий с приведенными, – 0 баллов. Далее подсчитывается суммарный балл по всем ответам. Возможный диапазон тестового балла – от 0 до 48 баллов.

Интерпретация результатов теста – осуществлялась с помощью следующей шкалы:

- 0-16 баллов – абсолютно неблагополучные семьи,
- 17-22 баллов – неблагополучные семьи,
- 23-26 баллов – скорее неблагополучные семьи,
- 27-28 баллов – переходные семьи,
- 29-32 баллов – скорее благополучные семьи,
- 33-38 баллов – благополучные семьи,
- 39-48 баллов – абсолютно благополучные семьи.

Результаты сравнительного анализа частоты выявления
экстрагенитальной патологии у мужчин и женщин в выборке

Патология	Удельный вес, %		Ф _{эмп}	Ф _{кр}	р
	женщины	мужчины			
болезни органов дыхания	10,0	16,0	0,89	1,64	>0,05
болезни органов пищеварения	38,0	48,0	1,71	1,64	<0,05
болезни нервной системы	8,0	2,0	0,77	1,64	>0,05
болезни эндокринной системы	6,0	4,0	0,65	1,64	>0,05
болезни системы кровообращения	14,0	26,0	1,69	1,64	<0,05
болезни крови и кроветворных органов	20,0	4,0	2,62	2,31	<0,01
болезни почек и мочеполовой системы	34,0	8,0	3,35	2,31	<0,01
всего	68,0	52,0	1,68	1,64	<0,05

Результаты сравнительного анализа частоты выявления вредных привычек
у мужчин и женщин в выборке

Вредные привычки	Удельный вес, %		$\Phi_{эмп}$	$\Phi_{кр}$	р
	женщины	мужчины			
табакокурение	18,0	40,0	2,46	2,31	<0,01
прием алкоголя	8,0	18,0	1,67	1,64	<0,05
прием наркотиков	2,0	4,0	0,67	1,64	>0,05
всего	26,0	48,0	2,30	1,64	<0,05

Результаты сравнительного анализа оценки психического здоровья у мужчин и женщин в выборке (с помощью методики МОПЗ)

Шкала опросника	Средний балл		U _{эмп}	U _{кр}	p
	женщины	мужчины			
шкала А	41,2	52,7	0	14	<0,01
шкала В	24,8	21,01	0,5	14	<0,01
шкала С	34,5	19,9	0	14	<0,01

Результаты сравнительного анализа психологических характеристик
 женщин и мужчин в выборке с помощью Фрайбургского личностного
 опросника

Шкала опросника	Средний балл		U _{эмп}	U _{кр}	p
	женщины	мужчины			
шкала I – невротичность	7,8	2,9	0	14	<0,01
шкала II – спонтанная агрессивность	3,2	3,0	33,5	14	>0,05
шкала III – депрессивность	8,1	4,6	0	14	<0,01
шкала IV – раздражительность	7,3	7,4	31	14	>0,05
шкала V – общительность	4,2	2,8	0,5	14	<0,01
шкала VI – уравновешенность	2,8	4,8	0,5	14	<0,01
шкала VII – реактивная агрессивность	3,1	7,2	0	14	<0,01
шкала VIII – застенчивость	7,2	5,3	0,5	14	<0,01
шкала IX – открытость	4,6	5,1	22,5	14	>0,05
шкала X (E) – экстраверсия – интроверсия	4,4	4,9	27,8	14	>0,05
шкала XI (N) - эмоциональная лабильность	8,1	6,3	0,7	14	<0,01
шкала XII (M) – маскулинность-феминность	2,9	8,2	0	14	<0,01

Результаты сравнительного анализа распределения мужчин и женщин в
выборке в соответствии с уровнем нервно-психического напряжения
(по тесту Т.А. Немчина)

Уровень нервно-психического напряжения	Удельный вес, %		Ф _{эмп}	Ф _{кр}	р
	женщины	мужчины			
слабое напряжение	2,0	16,0	2,69	2,31	<0,01
умеренное напряжение	18,0	60,0	4,48	2,31	<0,01
чрезмерное напряжение	80,0	24,0	5,95	2,31	<0,01

Результаты сравнительного анализа уровня ситуативной и личностной тревожности у мужчин и женщин (по опроснику Спилберга-Ханина)

Виды тревожности	Средний балл		U _{эмп}	U _{кр}	p
	женщины	мужчины			
ситуативная	49,35	46,62	2	14	<0,01
личностная	46,86	40,12	1,5	14	<0,01

Результаты сравнительного анализа распределения мужчин и женщин в выборке в соответствии с уровнем ситуативной и личностной тревожности (по опроснику Спилберга-Ханина)

Уровень тревожности	Удельный вес, %		Ф _{эмп}	Ф _{кр}	p
	женщины	мужчины			
ситуативная тревожность					
низкая	4,0	18,0	2,36	2,31	<0,01
средняя	22,0	32,0	1,68	1,64	<0,05
высокая	74,0	50,0	2,50	2,31	<0,01
личностная тревожность					
низкая	18,0	26,0	1,68	1,64	<0,05
средняя	38,0	52,0	2,55	2,31	<0,01
высокая	54,0	22,0	2,68	2,31	<0,01

Результаты сравнительного анализа распределения мужчин и женщин в
выборке в соответствии с уровнем удовлетворенности браком
(по тесту Т.А. Немчина)

Уровень нервно-психического напряжения	Удельный вес, %		Фэмп	Фкр	р
	женщины	мужчины			
абсолютно неблагополучная семья	10,0	0	-	-	-
неблагополучная семья	18,0	4,0	2,36	2,31	<0,01
скорее неблагополучная семья	36,0	10,0	3,21	2,31	<0,01
переходная семья	22,0	28,0	0,69	1,64	>0,05
скорее благополучная семья	10,0	34,0	3,00	2,31	<0,01
благополучная семья	4,0	24,0	3,11	2,31	<0,01
абсолютно благополучная семья	0,0	0,0	-	-	-