

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА»

Факультет психологии

(ФИО студента)

ТЕМА

**«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ
ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ «БЕСПЛОДИЕ»»**

Выпускная квалификационная работа - МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ
по направлению подготовки 37.04.01 «Психология»
студента группы № _____

Профиль «_____»

Научный руководитель

(уч. степень, звание)

(ФИО)

Москва 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ «БЕСПЛОДИЕ».....	8
1.1 Понятие внутренней картины болезни и его основные особенности	8
1.2 Характеристика типов представлений о себе и отношения к болезни...	20
1.3 Обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие».....	29
Выводы по главе 1.....	38
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ «БЕСПЛОДИЕ»	39
2.1 Ход исследования, выборка и методы исследования.....	39
2.2 Результаты и анализ результатов	45
Выводы по главе 2.....	69
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	70
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	75

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Проблема бесплодия была актуальна во все времена. В настоящее время в РФ наблюдается наличие довольно тревожной демографической ситуации, которая в значительной степени обусловлена снижением репродуктивного здоровья населения женского пола в стране. Так, по данным Росстат, в 2022 году показатель рождаемости в России сократился на 6,89% [63].

Согласно информации ВОЗ, во всем мире диагноз «бесплодие» имеют около 80 млн. чел. Точные статистические данные по количеству бесплодных женщин в РФ отсутствуют [64].

В.И. Кулаков, руководитель «Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН», главный акушер-гинеколог РФ, вице-президент РАМН отметил, что в 2022 году в РФ проживает около 78 миллионов женщин. Среди них более половины (около 35 миллионов) находится в репродуктивном возрасте. Из этого числа женщин более, чем 6 миллионов имеют диагноз «бесплодие» и в 60% случаев этот диагноз обусловлен имеющимися нарушениями в работе репродуктивной системы женщины [65].

Согласно информации, опубликованной Министерством здравоохранения и социального развития РФ, перинатальная, материнская заболеваемость в нашей стране выше среднеевропейского уровня в 3 раза. Количество женщин с диагнозом «Бесплодие», к сожалению, имеет тенденцию к увеличению [65].

Сегодня в РФ решением этой задачи занимаются как государственные учреждения здравоохранения, так и частные медицинские клиники – помощь в лечении бесплодия нужно почти миллиону супружеских пар. Таким образом, проблема бесплодия в РФ оказывает существенное влияние на динамику демографических показателей, и уже приобрела статус общегосударственной медицинской проблемы.

Бесплодный брак приводит к тяжелой моральной травме и самих супругов, и их родственников, не только вызывает серьезную личностную, семейную и социальную дезадаптацию, но и способствует развитию пограничных психических расстройств [52].

Психологические особенности бесплодных женщин могут иметь решающее значение для успешности лечения данного заболевания, а также в происхождении некоторых форм бесплодия. Поэтому изучение психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие» очень актуально и требует пристального исследования.

Проблему понятия «внутренняя картина болезни» и его основные особенности изучали в своих трудах такие ученые как Р.М. Айсина [2], В.М. Банщиков [3], Е.Ю. Васильева [6], В.В. Вустенко [7], Б.Д. Карвасарский [13], В.Е. Каган [14], М.М. Кашапов [15], С.В. Ковалев [16], Н.Д. Лакосина [21], Р.А. Лурия [26] и многие другие.

Характеристика типов представлений о себе и отношения к болезни рассматривалась в работах О.В. Барсуковой [4], И.С. Кона [17], Е.П. Кораблиной [10], К. Леонгарда [22], А.Н. Леонтьева [23], М.С. Мантровой [27], С.Р. Пантелиева [35], В.В. Столина [46] и многих других.

Особенности внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие» изучали в своих трудах С.В. Апресян [1], О.С. Берестова [5], В.Е. Гаврилова [8], Б.Г. Ермошенко [11], В.А. Крутова [19], Л.Ф. Масыгутова [28], Н.Н. Петрова [36], Н.Н. Стеняева [45], J. Voivin, J. Takefman [55], S. Palomba [56], C. Shani [58], D. Stewart [60], В.М. Vander, С. Wyns [62] и другие.

Вместе с тем, проблема изучения психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие» остается относительно малоизученной в психологии. Актуальность данной проблемы, ее недостаточная разработанность в психологической науке обусловили выбор темы работы: «Психологические особенности внутренней картины

болезни женщин с диагнозом «бесплодие»».

Таким образом, можно зафиксировать наличие **противоречия** между растущей необходимостью изучения проблемы психологических особенностей внутренней картины бесплодия у женщин и относительной малоизученностью данной проблемы в психологии.

Необходимость преодоления данного противоречия актуализирует выбор **проблемы исследования**: каковы психологические особенности внутренней картины бесплодия у женщин?

Объект исследования – личность женщины с диагнозом «бесплодие».

Предмет исследования – психологические особенности внутренней картины бесплодия у женщин.

Цель исследования – изучить психологические особенности внутренней картины бесплодия у женщин.

Гипотеза исследования основывается на предположении о том, что существуют психологические особенности внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие».

Для реализации указанной цели и доказательства выдвинутой гипотезы были поставлены следующие **задачи исследования**:

- рассмотреть понятие внутренней картины болезни и его основные особенности;
- изучить характеристику типов представлений о себе и отношения к болезни;
- провести обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие»;
- подобрать диагностический инструментарий и описать организацию исследования;
- провести эмпирическое исследование психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие».

Методы и методики исследования:

1. Теоретический метод (анализ психолого-педагогической литературы)

по проблеме исследования).

2. Психодиагностические:

- авторская анкета по сбору анамнеза;
- методика «Шкала депрессии» А.Т. Бека;
- методика «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36);
- методика «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина;
- методика «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)» А.Е. Личко и Н.Я. Иванова.

3. Статистические методы обработки данных: проверка на нормальность осуществлялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Для сравнительного анализа использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Расчеты производились при помощи программы Статистика 22.0.

Выборка исследования. В эмпирическом исследовании приняли участие 30 женщин, в возрасте от 20 до 40 лет.

Из них:

- 15 женщин с диагнозом «бесплодие» (экспериментальная группа – ЭГ. Средний возраст 29 лет);
- 15 женщин, с нормой, без диагноза «бесплодие», имеющие от 1 до 3 детей (контрольная группа – КГ. Средний возраст 28,5 лет).

Эмпирическая база исследования. Эмпирическое исследование проводилось на базе

Практическая значимость исследования заключается в проведении собственного исследования психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие».

Структура работы. Работа состоит из введения, двух глав, включающих параграфы, выводов по главам, заключения, списка литературы, а также приложений.

В первой главе работы изучены теоретико-методологические аспекты исследования психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие», а именно рассмотрено понятие внутренней картины болезни и его основные особенности, изучена характеристика типов представлений о себе и отношения к болезни, а также проведен обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие».

Во второй главе работы проводится эмпирическое исследование психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие», а, именно подобран диагностический инструментарий и описана организация исследования, а также проведен анализ и интерпретация результатов исследования.

В заключении излагаются выводы, сделанные в работе.

Список литературы включает в себя 66 наименований.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ «БЕСПЛОДИЕ»

1.1 Понятие внутренней картины болезни и его основные особенности

Традиционно психологические исследования особенностей возникновения и протекания тех или иных заболеваний осуществлялись с позиции представлений о внутренней картине болезни (В.Е. Каган [14], Р.А. Лурия [26], В.В. Николаева [32], Т.Н. Резникова [37] и др.).

Основы понятия «внутренняя картина болезни» были заложены А. Гольдшейдером в 1929 г. Автор ввел понятие «аутопластическая картина болезни», которое рассматривал как совокупность всех представлений, ощущений, чувств, переживаний, связанных с физическим состоянием больного, отраженных в ней. А. Гольдшейдер различал «аллопластическую картину болезни», отражающую органические и функциональные (объективные) изменения, связанные с заболеванием, и «аутопластическую картину болезни», то есть субъективные представления о ней [13].

В дальнейшем, отталкиваясь от работ А. Гольдшейдера известный российский врач, исследователь Р.А. Лурия в 1930 г. субъективно-психологическую сторону любого заболевания обозначил понятием «внутренняя картина болезни», которая характеризуется формированием у больного определенного рода чувств, представлений и знаний о своем заболевании, то есть субъективным отношением к заболеванию. Суть внутренней картины болезни, по мнению данного автора, заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна [26].

Р.А. Лурия подчеркивает, что согласно пониманию и объяснению внутреннюю картину болезни необходимо рассматривать не только как

субъективные жалобы больного, но и изучать структуру его отношения к сензитивной, интеллектуальной части, поскольку они тесно взаимосвязаны с личностью больного, его общим уровнем образования, культуры, воспитания и социального класса или происхождения. Автор утверждал, что следует различать внешнюю и внутреннюю картины болезни. Под первой подразумеваются все объективные данные, которые можно описать, зафиксировать, записывать; под второй – весь комплекс внутренних переживаний самого больного, его ощущение, чувство, эмоциональное реагирование [26].

Р.А. Лурия акцентирует внимание на зависимости формирования устойчивости к заболеванию и характера течения болезни от активности отношения больного к своему заболеванию, к собственному внутреннему миру и к окружающей реальности. С точки зрения А.Р. Лурия, основной формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на сам факт заболевания и его последствия: астению, болезненные ощущения и нарушение общего самочувствия [26].

В концепции Р.А. Лурия внутренняя картина болезни как система переживаний и понимания человеком собственной болезни рассматривается наравне с верифицированными данными анамнеза, соматическими и параклиническими симптомами [26].

Внутренняя картина болезни тесно связана с проблемой критичности мышления. Во внутренней картине болезни фиксируются все отношения человека к заболеванию:

- 1) это то, что бывает только у больного человека;
- 2) это психологическое новообразование в самосознании человека (чего в сознании до заболевания не было);
- 3) возникает на каком-то этапе болезни [26].

По мнению В.Е. Кагана внутренняя картина болезни – это не просто реакция личности на болезнь, но это патопластический и потенциально

патогенетический фактор [14].

С.В. Ковалев внутреннюю картину болезни рассматривает через переживание человеком болезни как общий, чувственный тон, в котором освещают ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические комплексы, связанные с болезнью, часто трактуемые как сознание болезни [16].

В.М. Банщиков с соавторами в своем исследовании рассматривают внутреннюю картину болезни через отношение к болезни, тесно сопоставимой с понятием «сознание болезни», отражающее восприятие больным своей болезни, переживания, связанные с ней, намерения, вытекающие из него действия [3].

Е.Ю. Васильева внутреннюю картину болезни рассматривает как реакцию на заболевание. Автор выделяет такие главные типы реакций, как:

- стеническая (активная жизненная позиция);
- астеническая (склонность к пессимизму, подозрительности по выздоровлению, схеме лечения);
- рациональная (характеризуется грамотной, рассудительной оценкой ситуации) [6].

По мнению Е.Ю. Васильевой, любые реакции на болезнь обусловлены влиянием внешних и внутренних факторов, сложившихся психологическими защитами личности, в целом по всей нервной системе [6].

Н.Д. Лакосина с соавторами внутреннюю картину болезни рассматривают как совокупность не только эмоциональных нарушений, но и определенных процессов интеллектуального и волевого порядка, связанных с сознанием, переживанием и отношением к болезни. По мнению авторов, основным и первичным компонентом этой структуры является эмоциональная реакция больного на факт заболевания. Мнения больного опираются не на логические закономерности, а на эмоциональную значимость тех или иных фактов. Болезнь занимает непропорционально большое место, вытесняя другие сферы (работа, семья, общественная

деятельность). У людей со слабой волей заболевание может привести к страху, вине, тревоге, пассивности, депрессии, что нивелирует любые успехи в лечении. Напротив, у людей сильной воли наблюдается принятие и внедрение решений, направленных на борьбу с болезнью, однако эти усилия без соответствующих компетенций могут повредить здоровью. То есть, неадекватное понимание ограничений болезни затрудняет рациональную адаптацию к новому состоянию, снижает эффективность лечения и может стать причиной дальнейших соматических осложнений [20].

Согласно В.В. Николаевой внутренняя картина болезни – это сложное многоуровневое психологическое новообразование в самосознании больного человека, включающее в себя четыре основных уровня отражения болезни (рис.1) [32].

Сензитивная сторона внутренней картины болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) – отражает локализацию боли и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.

Эмоциональная сторона внутренней картины болезни связана с разными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевания в целом, его последствия

Интеллектуальная сторона внутренней картины болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях, возможностями лечения

Мотивационная сторона отражает возникновение новых мотивов и развитие бывшей мотивационной структуры в связи с болезнью

Рис. 1. Структура внутренней картины болезни

Рассмотрим структуру внутренней картины болезни подробнее.

Сензитивная сторона или уровень внутренней картины болезни (уровень ощущений) отражает локализацию боли и других неприятных ощущений, их интенсивность и т. п. – это наименее психологический уровень по своему содержанию. Он образован совокупностью всех болезненных ощущений и переживаний, которые есть у больного человека (болит голова, жжение, кожный зуд и т.д.). При психических расстройствах этот уровень слабо проявляется («ничего не болит»), т.е. у психических больных не возникают неприятные соматические ощущения, но появляются особые психологические состояния, являющиеся собственно проявлениями болезни (страх, тоска, апатия). Но могут быть сложные переживания, бредовые, галлюцинаторные и т.д. У каждого человека этот уровень разный [2].

Эмоциональная сторона внутренней картины болезни связана с разными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевания в целом, его последствия. То есть представляет собой совокупность эмоциональных реакций человека, которые обусловлены фактом осознания у себя того или иного заболевания. Изменяется с течением времени: в начале заболевания острота реакций более выражена, затем снижается. Это уровень отношения к болезни. Эмоциональная переработка того факта, что человек болен [21].

Интеллектуальная сторона или уровень внутренней картины болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях, возможностями лечения. Это уровень осознания своей болезни, он формируется постепенно со временем [25].

Мотивационная сторона отражает возникновение новых мотивов и развитие прежней мотивационной структуры в связи с болезнью. Этот уровень образован совокупностью изменений перестроек, трансформаций в мотивационной сфере человека, которые обусловлены фактом осознания наличия у себя того или иного заболевания [31].

Ю.Г. Фролова предлагает выделять во внутренней картине болезни также и волевую сторону, связанную со стремлением человека справиться с болезнью, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья [48].

На основании этих сторон у больного создается модель заболевания, то есть представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, определяющей «масштаб переживаний» и поведение в целом. Модель болезни состоит из двух аспектов:

- сенсорно-эмоционального, что формируется под влиянием непосредственных представлений и переживаний, вызванных проявлениями болезни;

- логического, проявляющегося в создании концепции, используемой личностью больного для описания и объяснения причин и механизмов совокупности признаков заболевания [53].

Цельная внутренняя картина болезни создается только тогда, когда складывается система логического и эмоционально-мотивационного отношения к болезни, что порождает определенные потребности, например сохранение жизни. При этом создается модель прогноза заболевания и модель ожидаемых результатов лечения, т.е. представление об этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе заболевания, определяющих «масштаб переживаний» (континуум от гипер до гипонозогнозии) и поведение больного. Поэтому внутренняя картина болезни – это не только совокупность субъективных моделей проявлений признаков заболевания, но и концепция данной болезни (реальная или ложная) [57].

По мнению Т.Н. Резниковой, существуют такие структурные компоненты внутренней картины болезни, состоящие из моделей ведущих симптомов, болезни, прогноза, ожидания и полученных результатов лечения, программ и целей личности по заболеванию, личностным взаимоотношениям, ценностной сфере, установкам. Автор отмечает, что на развитие структурно-функциональной организации внутренней картины

болезни влияют источники информации, как внешние, так и внутренние. Первые касаются личности, а внутренние отражают общее психофизиологическое состояние человека. Т.Н. Резникова отмечает, что именно субъективные ощущения личности в течение болезни являются определяющими для формирования, обучения психоэдукации внутреннего мира человека – внутренней картины болезни [37].

М.М. Кашапов подчеркивает, что внутренняя картина болезни является психологическим отражением действия болезни на психику. Автор в структуре внутренней картины болезни выделяет следующие компоненты:

- чувственный (сенситивный);
- эмоциональный;
- интеллектуальный (когнитивный) и мотивационный.

Чувственный уровень содержит весь спектр телесных (физических) болезненных ощущений, испытываемых человеком во время заболевания.

Эмоциональный уровень включает различные эмоции, возникающие в связи с болезнью, тогда как интеллектуальный – представление, знание и оценку заболевания.

Мотивационная составляющая относится к осознанному отношению индивида к своей болезни, и особенно – к изменению собственного поведения и стиля жизни в условиях заболевания [15].

К. Леонгард выделяет типы психического реагирования человека на существующую жизненную ситуацию (болезнь), учитывающие преморбидные особенности личности больного, его характер, темперамент, во многих аспектах объясняющий тип реагирования на заболевание:

- к первому типу К. Леонгардом относится гармоничное, эргопатическое, анозогничное реагирование, при которых социальная адаптация не нарушена;
- во второй тип включены ипохондрическое, тревожное, меланхолическое, апатичное реагирование, при которых возникает психическая дезадаптация;

- третий тип характеризуется психической адаптацией по интерпсихическому варианту, что обусловлено именно преморбидными особенностями больного (эгоцентрическое, неврастеническое, обсессивно-фобическое, сензитивное, эйфорическое, паранойальное реагирование) [22].

Выделяют следующие типы внутренней картины болезни больного (рис. 2) [18].

Адекватный или гармоничный тип. Пациент адекватно оценивает своё состояние, без преувеличения и преуменьшения тяжести заболевания

Гипернозогнозия. Человек с таким типом отношения постоянно беспокоится о течении своего заболевания и о возможных осложнениях

Гипонозогнозия. Даже при серьёзном заболевании такие люди стремятся Приуменьшить тяжесть заболевания

Анозогназия – отрицание наличия у себя заболевания

Рис. 2. Типы внутренней картины болезни

Рассмотрим данные типы подробнее.

Адекватный тип внутренней картины болезни характеризуется достаточно полным адекватным соответствием объективных проявлений заболевания и субъективных реакций на это заболевание. Это оптимальный вариант внутренней картины болезни. При таком варианте больной вовремя обращается за помощью, аккуратно лечится, выполняет все требования. Однако, при некоторых заболеваниях – с неблагоприятным летальным исходом – к полной внутренней картине болезни стремиться не следует. То есть полная внутренняя картина болезни не всегда является желаемым вариантом [24].

При гипернозогнозии больной воспринимает тяжесть своего состояния труднее, чем это объективно (логический уровень), эмоциональные реакции на заболевание более сильны, более выражены. Эти больные представляют дополнительные проблемы при лечении. Основным методом лечения – психокоррекция. В рамках этой внутренней картины болезни функционирует механизм семантико-перцептивной защиты (универсальный механизм защиты, когда мы видим не то, что есть на самом деле белое – черное.) Такой больной декларирует крайне трудные оценки своего состояния, но от других ждет более легкой оценки, убежденности, поддержки [29].

Гипонозогнозия представляет собой неполное, частичное, фрагментарное отражение проявлений болезни на одном или нескольких уровнях внутренней картины болезни. Это самый частый вариант внутренней картины болезни [34].

Анозогназия – отрицание наличия у себя заболевания. При таком варианте внутренней картины болезни нет, нет осознания болезни. Больной считает себя здоровым, отрицает любое проявление своего заболевания. Сам к врачу не обращается, возникает проблема поведения. Анозогнозия встречается чаще при психических заболеваниях, когда психически больной человек не расценивает свое состояние как болезненное. С такими больными существуют проблемы (так как есть принцип добровольности обращения к

психиатру). Анозогнозия бывает также у тяжелобольных людей, когда у умирающего больного за счет интоксикации всего организма, и прежде всего мозга, отсутствует возможность адекватно оценивать свое состояние. В данном случае – анозогнозия носит защитный характер [27].

Формирование внутренней картины болезни – это взаимодействие внешних и внутренних факторов, а именно характер нозологии (продолжительность, тяжесть, прогноз, симптоматика), жизненного опыта, возраста, уровня образования и культуры, интеллектуальных способностей, личностных свойств больного. У детей дошкольного и младшего школьного возраста внутренняя картина болезни преимущественно формируется на основе аффективно-чувственной составляющей, в то время как у взрослых интенсивно включаются интеллектуальный и мотивационный компоненты [43].

Формирование внутренней картины болезни также связано с проекцией объективной реальности здоровья на самосознание человека, с субъективным восприятием и переживанием своей болезни. При построении внутренней картины болезни больного важное место принадлежит схеме тела – отсутствию/принятию телесного дискомфорта в любой его части. Восприятие больным телесного дискомфорта как предупреждение относительно угрозы здоровью и толчок к действиям, направленным на его восстановление, является путем получения своевременного лечения и сохранения здоровья на ранних этапах заболевания [24].

Внутренняя картина болезни создается самым больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим и психическим состоянием [41].

В.Д. Менделевич подчеркивает, что построение конгруэнтной внутренней картины болезни – путь к принятию болезни как части жизни. Принимая заболевание, свое новое состояние, больной строит представление о болезни и ее реальных ограничениях и интегрирует внутреннюю картину болезни в новую внутреннюю картину здоровья. Способность увидеть

болезнь только как часть здоровья есть стратегия поведения самосохранения и самовосстановления [29].

Внутренняя картина болезни больного всегда корректируется сложностью заболевания, уровнем угрозы его жизни, жизненным опытом, возрастом, социальной адаптацией и т.д. Чем большую угрозу несет заболевание, тем сложнее отделить болезнь от здоровья возникает угроза генерализации болезни. Путь к уменьшению негативного влияния болезни на жизнь человека – это коррекция интеллектуальных представлений о нынешнем состоянии здоровья и будущих перспективах выздоровления, комплекс мероприятий по контролю эмоциональных переживаний и ощущений симптомов заболевания, а также построение системы поведения по сохранению и восстановлению здоровья [32].

На содержание внутренней картины болезни влияет ряд факторов, представленных на рисунке 3 [37].

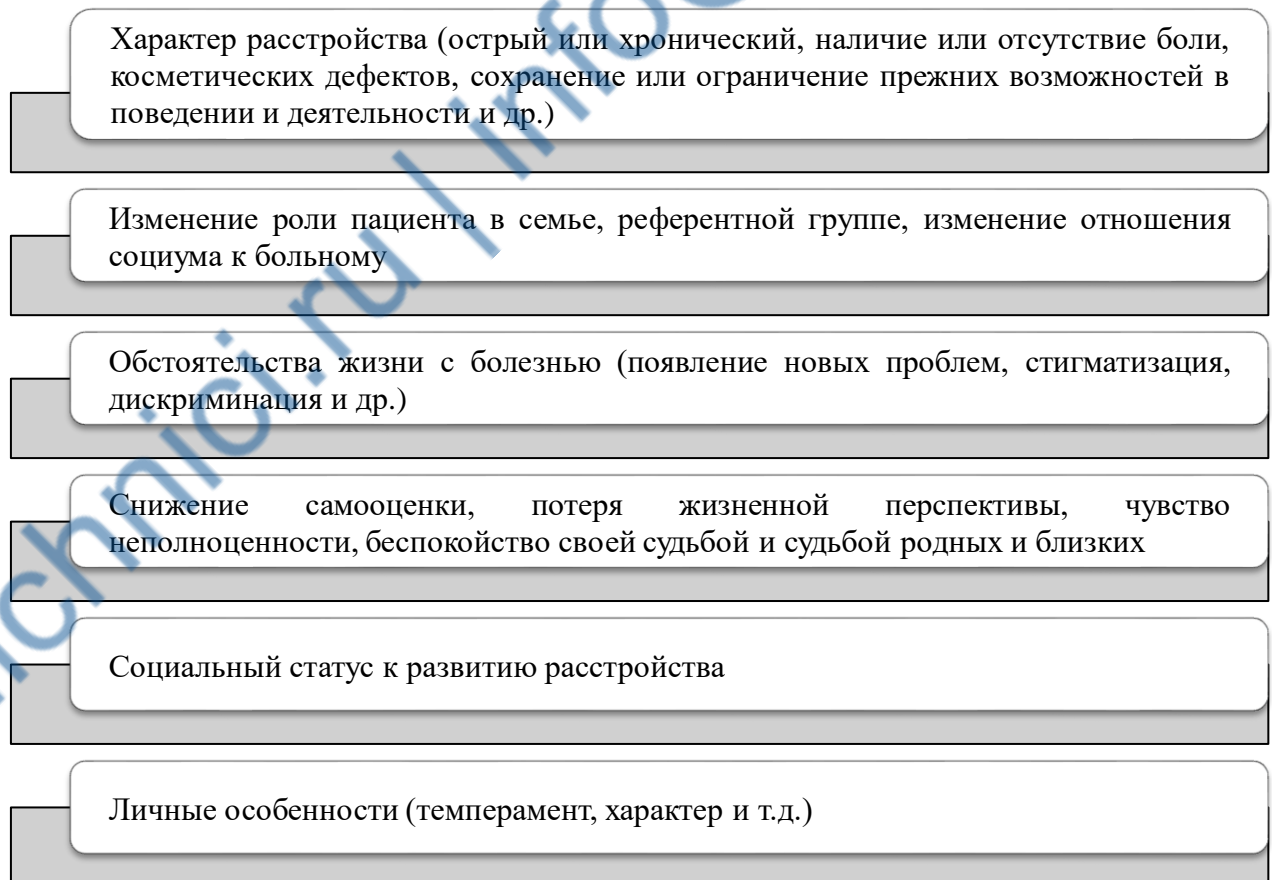


Рис. 3. Факторы, влияющие на содержание внутренней картины болезни

Диагностика внутренней картины болезни включает:

- анализ меры ощущения телесного комфорта, энергетического резерва человека;
- проверку четкости дифференциации чувств больного и возможности их выражения; диагностику уровня напряжения, тревожности, депрессии (связанных со здоровьем больного);
- степень осведомленности и компетентности в сфере здоровья;
- характер самооценки здоровья;
- место здоровья в системе ценностных ориентаций и субъективное соотношение его ценности/доступности;
- уровень внутренней мотивации к здоровому образу жизни;
- степень активности позиции человека относительно собственного здоровья;
- мера субъективной ценности различных аспектов здоровья (физического, аффективного, интеллектуального, социального, духовного здоровья) [6].

Знание структуры и типа внутренней картины болезни позволяет осуществлять адекватное психологическое сопровождение процесса выздоровления человека, выбирать адекватную программу психокоррекционных мер, направленных на снятие дискомфортных ощущений, или на изменение модальности переживаний, или на активизацию усилий по конструктивному приспособлению к болезненному состоянию, коррекции когнитивных способов рационализации своего состояния [40].

Анализируя вышесказанное, пришли к следующим выводам. Внутренняя картина болезни отражает весь огромный внутренний мир больного человека, состоящий из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.

1.2 Характеристика типов представлений о себе и отношения к болезни

Личность является специфической системой, которая характеризуется не только определенным статусом в системе межличностных отношений и соответствующим отношением к социальной среде, но и особым отношением к себе. В отечественной психологии фундаментальные исследования феномена отношения человека к себе были начаты А.Н. Леонтьевым [23], С.Л. Рубинштейном [39], А.Г. Спиркиным [44] и в дальнейшем продолжены И.С. Коном [17], И.И. Чесноковой [49] и др.

Согласно Л.Б. Шнейдеру отношение к самому себе (самоотношение) представлено осмысленным отношением к собственным субъективным образованиям, то есть личностным свойствам [50].

Самоотношение как определенная подструктурная единица в общей системе отношений человека тесно связана с особенностями отношения субъекта к внешне-предметному и социальному миру [33].

По мнению Н.И. Сарджвеладзе, основное отличие самоотношения от отношения к окружающему миру заключается в разнице между референтами – в первом случае основным референтом отношения выступает собственное тело или психосоциальные и личностные особенности, во втором – объекты внешнего мира или другие люди. Исходя из этого, автор акцентирует два основных способа самоотношения – объектный и субъектный, причем подчеркивает, что субъект-объектным и субъект-субъектным способом личность может относиться не только к тем или иным сторонам внешней действительности, но и к самой себе, к собственным внутренним состояниям и переживаниям [42].

По нашему мнению, основная ценность такого подхода позволяет расширить диагностику и последующее описание эмпирически полученных и теоретически осознанных особенностей, раскрывающих своеобразие и неповторимость отношения личности к себе.

Анализ последних исследований и публикаций (О.В. Барсукова с

соавторами [4], В.Л. Леонтьева [25], В.Б. Шумский [51] и др.) показывает следующее. В психологии существует два противоположных подхода к толкованию структуры отношения к себе. В пределах первого отношение к себе рассматривается как одномерное, во втором – как сложноструктурированное психическое образование. Определение отношения как одномерного образования не нашло своего эмпирического подтверждения как в современной отечественной, так и иностранной психологии. Объяснение структуры отношения к себе проводится через понимание его образования, сложность структуры которого обусловлена глубиной жизненных отношений личности.

Содержательный анализ структурных компонентов отношения к себе позволил С.Р. Пантелиеву выделить две разные по семантическому содержанию подсистемы: «оценочную» и «эмоционально-ценностную». В случае оценки отношение к себе определяется как самоуважение, чувство компетентности, чувство эффективности. В качестве эмоции отношение определяется как «аутосимпатия», «чувство собственного достоинства», «самоценность», «самопринятие» [35].

Различия между составляющими отношения к себе выделяют целый ряд иностранных и отечественных психологов.

Так, И.С. Кон, основываясь на теории диспозиционной регуляции поведения, настаивает на трехкомпонентной структуре самоотношения, включающей когнитивную, аффективную и поведенческую подструктуры [17].

Н.И. Сарджвеладзе также выделяет когнитивный, эмоциональный и конативный компоненты и настаивает на тенденции консистентности между ними, поскольку самоотношение является одной из разновидностей аттитюдов, характеризующихся этим генерализованным свойством [42].

И.И. Чеснокова предлагает различать два уровня самосознания по критерию знаний личности о себе. На первом уровне такое соотношение действует в пределах сопоставления «Я» с другим человеком. Сначала любая

черта воспринимается и осознается в другом человеке, а позже переносится на себя. Соответственно, первыми механизмами формирования отношения к себе выступают самовосприятие и самонаблюдение. На втором уровне соотношение знаний о себе действует в процессе аутокоммуникации, то есть в пределах «Я и Я», когда человек оперирует уже готовыми, сформированными знаниями о себе, а как на специфическое внутреннее самопознание автор указывает на самоанализ и самоосознание. По мнению И.И. Чесноковой, высшее развитие самосознание на втором уровне приобретается при формировании жизненных планов, жизненной философии, собственного достоинства и т.д. [49].

Двухкомпонентный состав самоотношения рассматривается также В.В. Столиным, который за исходный тезис взял разницу содержания «Я-образа» (знание или представление о себе, в том числе и в форме оценки выраженности тех или иных черт) и самоотношение (переживание, относительно устойчивое) чувство, которое пронизывает самовосприятие и «Я-образ») [46].

Двумя основными образующими отношения к себе В.В. Столин считает:

1) знание о тех общих чертах и характеристиках, которые объединяют субъекта с другими людьми – присоединительная составляющая (или система самоидентичности);

2) знания, которые выделяют «Я» субъекта по сравнению с другими людьми – дифференцирующая составляющая [46].

А.С. Обухова в структуре отношения личности к себе выделяет два основных компонента:

1) общие, глобальные показатели личности или субъект-объектная подструктура (глобальное самоотношение, общая система ценностей, цели жизни);

2) частичные, или субъект-субъектные подструктуры (частичная самооценка, локус контроля, самоотношение, дифференцированное по

самоуважению, аутсимпатии, самоинтерес и ожидаемое отношение к себе; уровень готовности к конкретным действиям по отношению к своему «Я»), что в дальнейшем влияет на всеобщую интеграцию личности в систему микросоциальных отношений со средой [33].

В научной литературе (В.Л. Леонтьева [25], А.С. Обухова [33], К. Роджерс [38]) выделяют следующие типы отношения личности к себе (рис. 4).

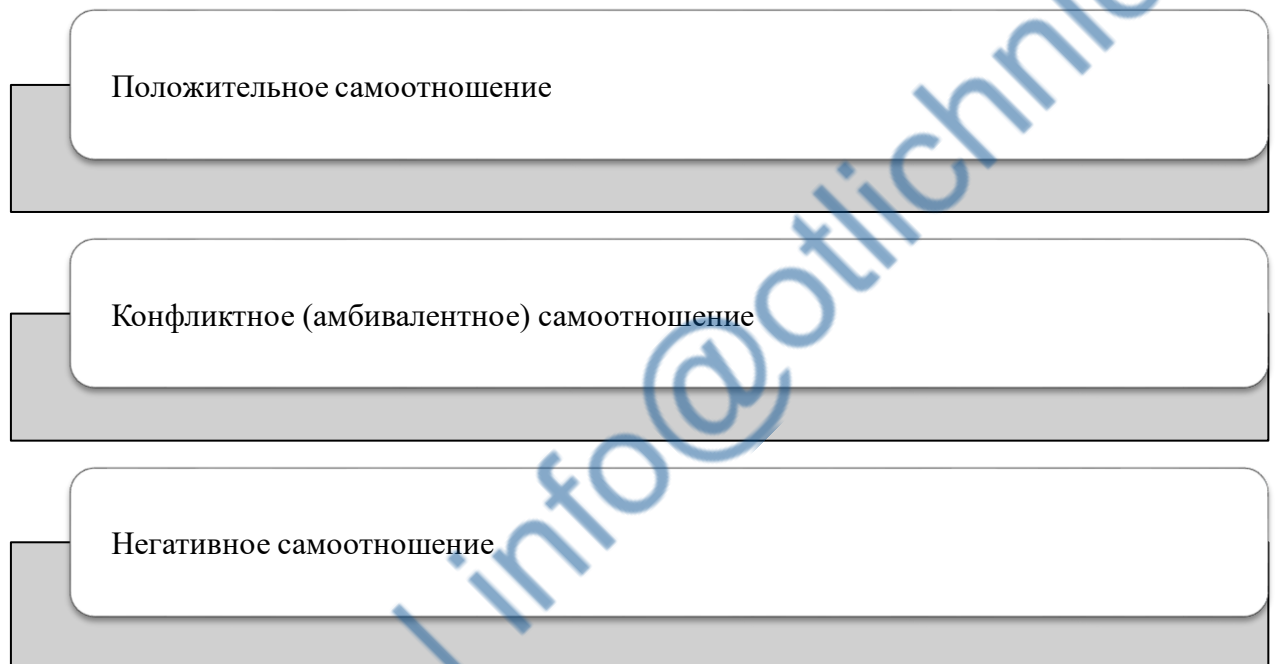


Рис. 4. Типы отношения личности к себе

Рассмотрим данные типы отношения личности к себе подробнее.

В.Л. Леонтьева положительное самоотношение определяет как высокую степень открытости в самоотношении, самопринятии, самооценности и самопривязанности, при низком уровне конфликтности и тенденции к самообвинению. Положительное устойчивое самоотношение лежит в основе веры человека в свои возможности, связанное с его готовностью к риску, обуславливает оптимизм по поводу ожидания успешности собственных действий [25].

Р.С. Немов подчеркивает, что при положительном личностном отношении человек принимает свою личность в целом, обретает чувство

уверенности в себе, ощущение ценности своего «Я» [31].

Согласно А.С. Обуховой амбивалентное (конфликтное) отношение личности к себе представлено двойным, часто парадоксальным отношением к себе, часто сопровождающимся внутриличностным конфликтом. Конфликтное (амбивалентное) самоотношение построено на противоречивой основе, выражается в возрастании уровня эмоциональности, активности и рефлексивности, неадекватной самооценке, общем экстернальном локусе контроля, полярных характеристиках стилей межличностного общения [33].

Амбивалентное (конфликтное) самоотношение связано с самоуверенностью, саморуководством и отраженным самоотношением, сниженным уровнем самопринятия и высоким уровнем закрытости [2].

По мнению Б.В. Овчинникова с соавторами, негативное отношение к себе сопровождается стремлением человека винить себя за свои ошибки и неудачи, характеризуется внутренней конфликтностью, недостаточной самооценкой, чрезмерным использованием защитных механизмов. Негативное отношение личности к себе приводит к поведенческим аддикциям, девиациям и может быть связано с рефлексией самообвиняющего характера при повышенном уровне внутренней конфликтности и самообвинения [34].

Негативное самоотношение характеризуется отрицанием значимости собственной личности и глубокой неудовлетворенностью собой, что проявляется в высоком уровне эмоциональности, низком уровне активности, экстернальности в сфере личных достижений, двойственных стилях межличностного взаимодействия, росте рефлексивности при открытой позиции личности [33].

В.Е. Каган в результате проведения исследования типов самоотношений пришел к выводу, что, положительное самоотношение, устойчиво положительно, амбивалентное самоотношение лабильно, по выраженности значений занимает промежуточное положение между, положительным и негативным самоотношением. Негативное самоотношение

значимо ниже двух других видов и устойчиво негативно [14].

По мнению К. Роджерса, базовым условием проявления гибкости личности в оценке себя как субъекта межличностных отношений является положительное отношение к себе. Положительное отношение к себе является основой полноценного функционирования личности, ее открытости внутренним переживанием. Оно обеспечивает возможность восприятия человеком себя и других без искажений и возражений, взаимодействия с другими без защит, тогда как амбивалентное и негативное самоотношение влекут за собой неустойчивость самоотношения, его зависимость от оценок других людей [38].

Обобщая точки зрения разных авторов, можно заключить, что позитивное самоотношение формируется у личности при низком уровне самообвинения и уверенности в своих силах. Амбивалентное и негативное самоотношение развивается вследствие повышения недовольства собой, росте самообвинения, возможно, в результате ожидания негативного отношения от других. При этом специфичность негативного самоотношения выразится практически в полном отрицании самооценности и эффективности своей личности. Таким образом, вид самоотношения определяется выраженностью в нем когнитивных и эмоциональных компонентов, где в качестве объединяющего центра выступает интегральное отношение личности к себе.

Важной составляющей самоотношения личности является отношение к своей болезни.

Согласно своим ощущениям, эмоциям, психическим особенностям каждый человек по-разному относится к собственной болезни. В клинической психологии выделяют:

- стеническую;
- астеническую;
- рациональную реакцию людей на заболевание [2].

При стеническом типе реакции больной слабо способен выполнять

необходимые ограничения, накладываемые заболеванием.

При астенической – развивается пессимизм, подозрительность, но человек относительно легче приспосабливается к заболеванию, чем при стеническом типе реакции.

При оптимальном типе реагирования имеет место настоящая оценка ситуации и рациональный выход из фрустрации [2].

Наиболее распространенной в современной научной литературе является следующая классификация типов отношения к болезни (рис. 5) [21].

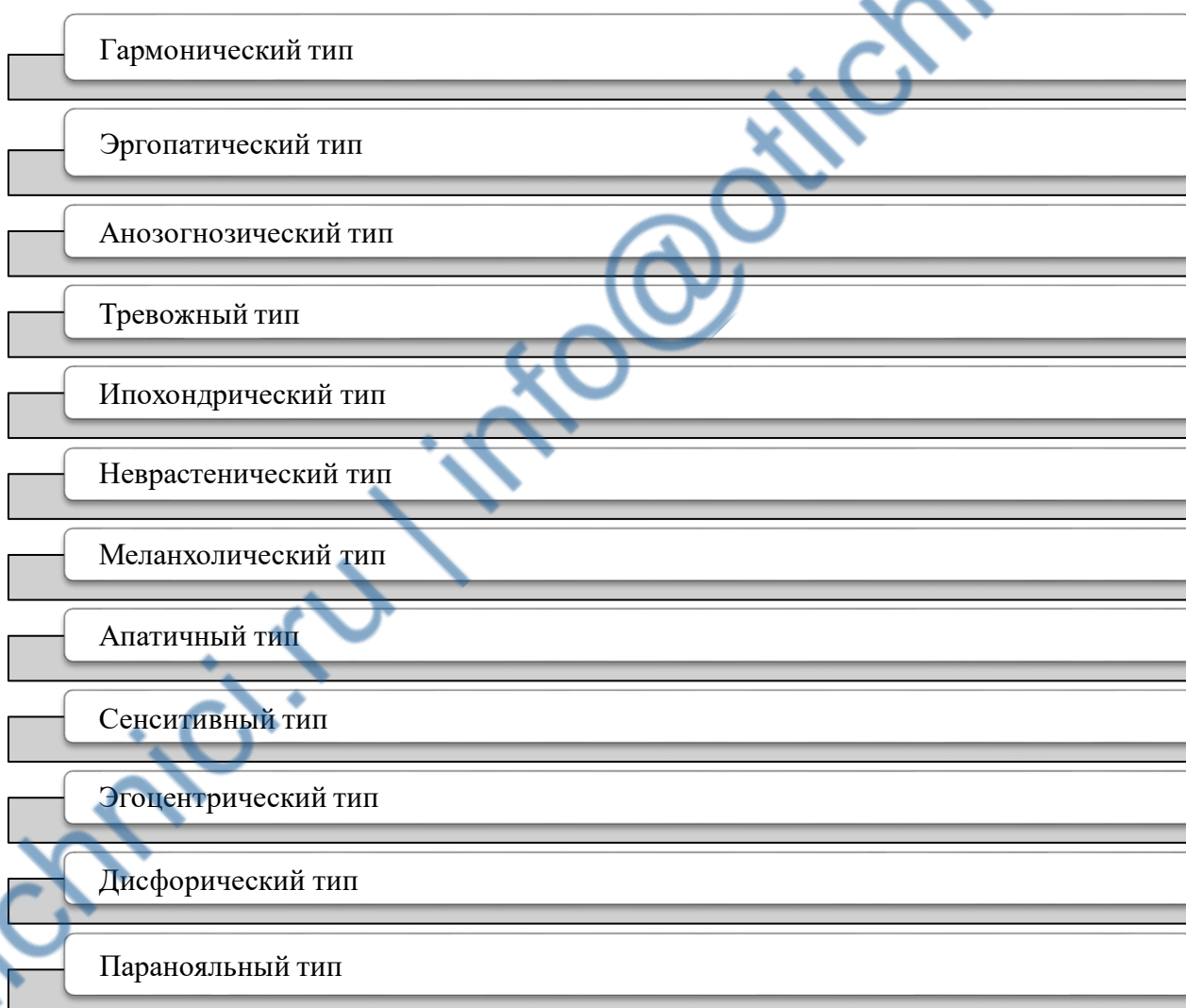


Рис. 5. Типы отношения к болезни

Рассмотрим данные типы подробнее.

Гармонический тип отношения к болезни представлен адекватной

оценкой своего состояния без склонности к преувеличению его тяжести, видению собственной перспективы. Данный тип характеризуется попытками во всем способствовать успеху лечения, нежеланием перегружать других уходом за собой.

Эргопатический тип отношения к болезни представлен «бегством от болезни в работу», желанием сохранить работоспособность.

Анозогнозический тип отношения к болезни представлен активным отвержением мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отказом от обследования и лечения [3].

Тревожный тип отношения к болезни представлен непрерывным беспокойством и мнительностью, постоянными рассуждениями о неблагоприятном течении болезни, возможными осложнениями, неэффективностью лечения.

Ипохондрический тип отношения к болезни представлен сосредоточенностью на субъективных ощущениях и преувеличением их значения, боязнью побочного действия лекарств, отсутствием веры в успех лечения, поиском несуществующих болезней [29].

Неврастенический тип отношения к болезни представлен поведением по типу «раздражительной слабости». Характеризуется вспышками раздражительности, в особенности при наличии боли, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. В дальнейшем такие лица выражают стыд, раскаяние за беспокойство и несдержанность [61].

Меланхолический тип отношения к болезни представлен отсутствием веры в выздоровление даже при благоприятных объективных данных обследования, наличием депрессивного настроения с суицидальными мыслями [27].

Апатичный тип отношения к болезни представлен полным безразличием к своей судьбе, пассивным подчинением лечению, потерей любопытства ко всему, что раньше интересовало [59].

Сенситивный тип отношения к болезни представлен чрезмерной

взволнованностью относительно возможного неприятного восприятия человека окружающими из-за болезни, опасения, что другие люди могут избегать его, считать неполноценным, боязнью стать обузой для близких [33].

Эгоцентрический тип отношения к болезни представлен «бегством в болезнь» с выставлением напоказ страданий с целью привлечь внимание близких и окружающих. Такие люди требуют к себе особого отношения (бросить все дела и ухаживать за больным) [54].

Дисфорический тип отношения к болезни представлен доминированием мрачно-озлобленного настроения, депрессивного состояния, ненавистью к здоровым людям, вспышками крайней ярости со склонностью обвинять в своей болезни других, требованием к себе особого внимания, подозрительностью к процессу лечения, деспотичным отношением к близким, требованием, чтобы все угождали прихотям больного [33].

Паранояльный тип отношения к болезни представлен уверенностью, что болезнь является результатом злого умысла, подозрительностью к процедурам и врачам, приписыванием осложнений лечения неквалифицированности медицинского персонала, безосновательным обвинением медицинских работников [37].

Анализируя вышесказанное, пришли к следующим выводам. Под самоотношением следует понимать осмысленное отношение личности к собственным личностным свойствам. Существует несколько типов самоотношения: положительное, конфликтное и негативное. Важная составляющая самоотношения представлена отношением к собственной болезни. Существуют различные типы отношения к болезни: гармонический, эргопатический, анозогностический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатичный, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранояльный.

1.3 Обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие»»

Бесплодие является основным физиологическим препятствием для рождения ребёнка и приобретения женщиной главного для неё статуса – материнства [1].

На настоящий момент времени существует достаточное количество исследований, посвященных изучению особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие». Проведем обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «Бесплодие».

Стоит отметить, что женщины, страдающие от бесплодия, кроме нарушений в репродуктивной системе, также характеризуются наличием определённых психологических особенностей, которые при установлении диагноза «бесплодие» способствуют усугублению течения данного патологического процесса и формированию «порочного круга».

В.В. Вустенко предполагает, что в качестве ведущего этиопатогенетического звена бесплодия у женщин, причину которого не удастся установить, выступает наличие эмоционального стресса. Автор указывает, что длительное бесплодие порождает нервно-психическую напряженность не только у женщины с данным диагнозом, но и у ее партнера, что часто приводит к разводам [7]. Согласно данным, Росстат [63], до 70% бесплодных пар разводятся.

В труде Б.Г. Ермошенко отмечается, что для женщин с диагнозом «бесплодие» свойственно наличие болезненной фиксации на собственном диагнозе, одержимости идеями материнства и высокой чувствительностью, что способствует формированию синдрома, который носит название «репродуктивная неполноценность». Вследствие этого у женщин может возникать целый ряд расстройств в психоэмоциональной и сексуальной сферах. Происходит формирование механизма «порочный круг», при котором в ответ на длительные психогенные состояния возникает целый ряд

отклонений психосоматического характера, неизбежно вовлекая и другие органы и системы. У множества женщин, которые имеют диагноз «бесплодие», отмечают наличие различных психосоматических расстройств (заболевания ЖКТ, ожирение, ВГСД, артериальная гипо- и гипертензия). Наличие у женщин тревожного ожидания и разочарования в начале очередного менструального цикла способствует возникновению нарушений в менструальном цикле [11].

В исследовании В.А. Крутова было выявлено, что для женщин с диагнозом «бесплодие» характерно преобладание высокого уровня тревожности и фрустрации, среднего уровня ригидности, в сравнении с женщинами, которые не имеют диагноза «бесплодие». Также в данном исследовании было установлено, что для женщин с диагнозом «бесплодие» характерно наличие высокого уровня как ситуативной, так и личностной тревожности [19].

В научном труде Н.Н. Петровой выявлено, что женщины, характеризующиеся наличием бесплодия, имеют повышенную чувствительность к стрессовым факторам и низкую стрессоустойчивость. Автор отмечает, что у бесплодных женщин могут наблюдаться мотивы, несколько отличающиеся от традиционных. Кроме потребности в заботе о ребенке и ответственности за его воспитание, могут возникать мотивы «удержать мужчину», «заполнить пустоту», «соблюдать семейные традиции», «почувствовать себя нормальной» и прочее [36].

О.С. Берестова в своей работе утверждает, что физически у женщин с диагнозом «бесплодие» наблюдаются гипертонус мышц всего тела, особенно мышц репродуктивной сферы, нарушение дыхания, которое характеризуется усиленной частотой и поверхностностью, нарушение сна (бессонница, удлинение или сокращение фаз длинного/короткого режимов сна), психосоматические явления и заболевания; нарушение менструального цикла; снижение либидо; хронический стресс и т.д. [5].

Н.О. Дементьева в своем исследовании установил, что на уровне

психики у женщин с бесплодием наблюдается нарушение работы симпатических и парасимпатических отделов ЦНС, когда симпатический отдел в режиме интенсивной работы, а работа парасимпатического отдела минимизированная. Ментальное напряжение у женщин с таким диагнозом проявляется в неконструктивных глубинных переживаниях, в появлении навязчивых мыслей о зачатии, навязчивых идей о необходимости забеременеть и родить ребенка [10].

Согласно исследованию Е.С. Мордас невозможность женщин с диагнозом «бесплодие» забеременеть вызывает у них массу негативных эмоций, с которыми женщина не может справиться и которые со временем проявляются все больше и больше накапливаются в виде физического напряжения и психосоматических проявлений: стыд и вина из-за невозможности быть «нормальной», выполнить женское назначение; злость на себя и партнера; снижение чувства самооценности; искаженное самопринятие или неприятие себя и своего тела; снижение либидо, редкость или отсутствие оргазма; эмоциональное выгорание, проявляющееся в пониженной интенсивности эмоций или в полном отсутствии эмоционального реагирования; аффективные вспышки и т.д. [30].

В.Е. Гаврилова отмечает, что у женщин с диагнозом «бесплодие» наблюдается нарушение аффективной сферы и снижение уровня развития эмоционального интеллекта. Женщины с таким диагнозом начинают плохо дифференцировать собственные эмоциональные состояния, не могут выразить свои чувства адекватно, не могут говорить о них, общаться конструктивно. Все вышеописанное вызывает очень сильное эмоциональное напряжение у женщины, состояние хронического стресса, невозможности расслабиться. Напряжение проявляется также и в социальной жизни женщины, а именно: в карьере, отношениях с другими людьми, особенно с близкими [8].

М.С. Гольшкина утверждает, что постоянный стресс, навязчивая идея зачать и родить ребенка не дают женщине с диагнозом «бесплодие»

самоактуализироваться, проявиться, добиться успеха в других социальных ролях. В труде данного автора установлено, что у женщин с диагнозом «бесплодие» во взаимоотношениях с партнером чаще всего диагностируются деструктивные модели отношений: жертва – агрессор, отец – ребенок и другие. В таких парах вообще речь не идет о зрелых партнерских отношениях. Конфликты, обвинение друг друга, давление со стороны партнера или других близких людей, перевода ответственности, а в результате постоянно растущее напряжение от невозможности зачать может приводить к разводу, что еще сильнее ухудшает эмоциональное состояние женщин с диагнозом «бесплодие» [9].

Л.Ф. Масыгутова в своем исследовании определила, что у женщин, имеющих бесплодие, в отношениях с родителями, особенно с матерью, диагностируются нарушения. Зачастую у таких женщин нарушены отношения с матерью. В исследовании выявлено, что зачастую бесплодие у женщины может сопровождаться изменением ее самооценки, образа «Я», социального положения и т.д. Диагноз «бесплодие» способствует возникновению у женщин «чувства неполноценности», изменению «телесного образа», потери сексуальной привлекательности, искажению образа «Я», ощущению «личностной дефектности», «социальной незавершенности», снижению самооценки женщины [28].

В.С. Зыбайло по результатам своего исследования выделили несколько этапов эмоционального реагирования женщин на диагноз «бесплодие»: удивление, горе, злоба, изоляция, отрицание и согласие. Первичная реакция удивления сменяется периодом шока и страдания. Затем добавляются чувства вины, стыда и социального несоответствия. Ощущение депрессии может «подпитывать» внутренний гнев, усугубляемый вопросом: «Почему Я?». Возникающее стремление к изоляции и уменьшение контактов вызывает снижение у бесплодных женщин социальной адаптации. Они неохотно идут на контакт с другими людьми, в том числе и с психологом, тем самым усложняя терапию [12].

Н.А. Тювина утверждает, что у подавляющего большинства женщин с диагнозом «бесплодие» выявляются различные нарушения психоэмоциональной сферы: чувство неполноценности, одиночества, истерические состояния, диспареунии и аменореи и т.д. Комплекс подобных симптомов объединяют в «синдром ожидания беременности». Если причины бесплодия психогенные, то часто бывает, что беременность наступает именно в тот момент, когда женщина принимает решение о прекращении лечения [47].

Не следует забывать о психологическом давлении на женщину с бесплодием, которое она испытывает в случае, когда мужчина и родные ждут рождения ребенка и постоянно на этом подчеркивают. Мало кто понимает, что лишнее беспокойство по поводу бесплодия наносит большой вред женскому организму.

Так, при изучении психологического статуса 100 супружеских пар, лечившихся по поводу бесплодия Н.Н. Стеняева установила, что у таких женщин, была дисфункциональная семья в связи с необоснованной критической оценкой мужчины, постоянными воспоминаниями о бывших партнерах, высокой производственной загруженности, экономическими неурядицами и т.д. У женщин без такого диагноза такие стрессоры встречались реже. Если говорить о психогенном бесплодии, то было установлено, что есть детерминанты бесплодия у женщин в соответствии с их личностными характеристиками. Можно выделить две группы наиболее распространенных черт таких женщин:

- 1) маскулинность, т.е. женщина выступает в мужской роли, конкурирует в разных сферах, имеет выраженное стремление к доминированию и желание независимости;

- 2) инфантильность, т.е. женщина физически и психически незрелая, зависимая, несамостоятельная, виктимная [45].

Согласно данным, изложенным в исследовании Н.Н. Стеняевой, бесплодие женщины негативно влияет на ее поведение и сознание, часто

возникают такие состояния как дистресс, и развитие так называемого «проблемного брака». Психическое состояние женщины с бесплодием характеризуется психической дисгармонией и проявляется повышением лабильности нервных процессов или заторможенностью, снижением интереса к работе и окружающей среде, возникновением комплекса неполноценности, психосексуальных дисфункций и неуверенностью семейных отношений. Наибольшее обострение семейных отношений испытывают женщины после трех лет бесплодного брака [45].

В труде С. Shani установлено, что для женщин, имеющих диагноз «бесплодие» ощущение депрессии, подпитывается внутренним гневом, который провоцирует желание изолироваться и избегать контактов. Автор выявил, что у женщин с бесплодием часто выявляются различные психоэмоциональные отклонения, чувства неполноценности и одиночества, имеющиеся «истерические состояния» в дни овуляции или менструации – «синдром ожидания беременности». У женщин наблюдается снижение либидо, отсутствие оргазма, нарушение межличностных отношений, ощущение нестабильности семейного положения. При этом, исследователем было установлено, что женщинам с бесплодием неясного генеза присущ больший оптимизм по сравнению с женщинами, бесплодие которых связано с заболеванием, требующим хирургического вмешательства [58].

S. Palomba отмечает, что бесплодие может стать причиной хронического стресса, что в свою очередь поддерживает infertility женщины (порождает цикличность). К причинам стресса у женщин с бесплодием исследователь относит изолированность такой женщины, жизнь на фоне нереализованной материнской функции и ощущения нерожденного ребенка, разобщенность мужа и жены в результате продолжительности и количества лечебно-диагностических процедур при лечении бесплодия. Автор указывает на то, что женщины с диагнозом «бесплодие» испытывают стыд за то, что не смогли зачать как большинство их друзей, и вину за то, что не могут подарить внуков своим родителям и продлить род. Даже если

процедура искусственного оплодотворения окажется успешной, зачастую женщина продолжает переживать и ей необходимо смириться с тем, что она не смогла зачать ребенка естественным путем [56].

В работе Г.Г. Филипповой рассматриваются особенности психологической помощи женщинам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Отмечается, что резкое увеличение нарушений репродуктивного здоровья населения привело к распространению ВРТ как метода лечения бесплодия. Связанные с этим психологические проблемы привлекли пристальное внимание психологов и психотерапевтов разных направлений. В современной отечественной психологии произошло объединение перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы, связанных с ранним развитием ребенка и проблемами родителей в рождении и воспитании детей. Они интегрировались в единое направление, которое можно обозначить как «репродуктивная психология». В этом направлении объединяется проблематика перинатальной психологии, психологии родительства и психологии нарушений репродуктивного здоровья. В рамках этого направления рассматриваются особенности и условия раннего развития ребенка, изучаются психофизиологические основы репродуктивной функции женщин и мужчин, а также психосоматические аспекты нарушений репродуктивного здоровья. Обозначены направления и разработаны методы психологической помощи бесплодным парам в программах ВРТ. Выделяются 3 блока психологических проблем при использовании ВРТ: психологические проблемы пациентов, психологические особенности взаимодействия «врач-пациент», проблемы организации психологической помощи в ВРТ. В работе автором делается заключение, что произошло объединение тех направлений психологии, которые занимались разными этапами и аспектами реализации репродуктивной функции. Это, с одной стороны, разные этапы репродуктивного цикла: онтогенез репродуктивной сферы (как подготовка к реализации полового и родительского поведения для осуществления репродуктивной функции);

выбор партнера и половое поведение, необходимое для зачатия; беременность и роды; выращивание и воспитание ребенка (материнство и отцовство); развитие ребенка как будущего женщины и мужчины, матери и отца (онтогенез репродуктивной сферы). А с другой стороны — это разные психологические аспекты реализации репродуктивной функции: психофизиологические, ценностно-смысловые, гендерные, поведенческие, психосоматические и т.п. Такое объединение изучения разных психологических аспектов реализации репродуктивной функции в единое направление стало возможным вследствие развития и упрочения системного подхода в современной науке и интегративного подхода в современной психологической и психотерапевтической практике [66].

В.М. Vander и С. Wyns в своем исследовании установил, что женщинам с бесплодием характерны высокий уровень страхов и опасений, чувства вины, конфликтные отношения с собственным отцом и матерью, чувство нереализованных возможностей, негативное отношение к мужчинам. Среди страхов и опасений женщин данной группы доминируют следующие: страх одиночества (встречается чаще всего), боли (при родах), уколов, врачей, будущего, мнения окружающих (друзей, свекрови) и специфические страхи (темноты, собак, замкнутых пространств, тараканов и т.п.). Чувство вины у женщины возникает из-за бесплодия, возможного аборта, небрежного отношения к своему здоровью, супружеской измене, оскорблениям родных и знакомых. Характерно, что у подавляющего большинства женщин с бесплодием неясного характера не простые отношения с отцом. Это свидетельствует о том, что в отношениях с первым значимым мужчиной в их жизни, они получили эмоциональную травму. Если у женщины был отец-алкоголик, то в результате таких отношений возникает подозрительность к мужчинам, проблемы чувства вины, стыда, отсутствия доверия. Суровый и авторитарный отец мог привить своей дочери склонность к стабильности, порядку и дисциплине, но часто дает мало того, что связано с любовью, эмоциональной поддержкой и признанием феминных ценностей. Отец,

который хотел, чтобы у него родился сын, склонен делать из дочери (особенно это касается старшей дочери) мальчика, ожидая, что она добьется того, что не удалось реализовать в жизни родителям. Женщины, страдавшие из-за ранней потери отца, получили эмоциональную травму, связанную с потерей, чувством одиночества и заброшенности [62].

В работе J. Voivin и J. Takefman установлено, что у женщин с бесплодием в эмоциональных отношениях в семье имеется некоторая разделенность. Время, которое члены семьи таких женщин проводят отдельно, для них более важно. Но, несмотря на это, такие женщины способны собираться вместе, обсуждать важные темы, оказывать поддержку друг другу, принимать общие решения. Авторами установлено, что женщина, которая сталкивается с проблемой бесплодия, вступает в сложную фазу жизненного пути, связанную с переоценкой ценностей и смысла жизни, отношение к себе и своему месту в мире [55].

D. Stewart выявлено, что семейные системы женщин, страдающих бесплодием, находятся в состоянии, характерном для семей, переживающих кризис. Автор отмечает, что реакция на бесплодие более выражена у женщин (что не зависит от того, женское или мужское бесплодие). Продолжительность брака и возраст партнеров не влияют на остроту переживания стресса. Наиболее выраженное чувство депрессии наблюдается у женщины на 2-3 год после выявления бесплодия, а после 3-4 лет начинается адаптация [60].

Анализируя вышесказанное, пришли к следующим выводам. Бесплодие можно рассматривать как основное физиологическое препятствие материнства. У женщин с бесплодием, помимо нарушений репродуктивной системы, также присутствуют определённые психологические особенности, которые усугубляют течение данного патологического процесса. У женщин с бесплодием присутствует болезненная фиксация на собственном диагнозе, они часто одержимы идеями материнства, характеризуются повышенной чувствительностью, тревожностью, депрессивностью, снижением либидо,

снижением самооценки и т.п., что вызывает целый ряд расстройств в различных сферах.

Выводы по главе 1

1. Под внутренней картиной болезни необходимо понимать переживания личностью собственной болезни, ее ощущения, представления, реакции о собственной болезни. Процесс формирования внутренней картины болезни представлен взаимодействием ряда различных факторов, к которым относятся нозология болезни, жизненный опыт, возраст, интеллектуальные способности, личностные свойства больной личности и т.п.

2. Самоотношение рассматривается как осмысленное отношение индивида к самому себе. Можно выделить позитивное, амбивалентное и отрицательное самоотношение. Одной из важных составляющих самоотношения выступает отношение к своей болезни. Выделяются следующие типы отношения к болезни: гармонический, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранояльный.

3. Бесплодие определяется как неспособность человека в детородном возрасте зачать ребёнка при регулярной половой жизни. Женщины с бесплодием имеют нарушения не только в репродуктивной системе, но и в психологической сфере, что приводит к ухудшению течения основного заболевания. Женщины с бесплодием чрезмерно фиксируются на собственной болезни, одержимы идеей зачать ребенка, высоко чувствительны, тревожны, депрессивны, характеризуются понижением либидо и самооценки и т.д.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ «БЕСПЛОДИЕ»

2.1 Ход исследования, выборка и методы исследования

Цель исследования: изучить психологические особенности внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие».

Объект исследования: личность женщин с диагнозом «бесплодие».

Предмет исследования: психологические особенности внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие».

Гипотеза исследования основывается на предположении о том, что существуют психологические особенности внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие».

Процедура эмпирического исследования:

1 Этап. Осуществление подбора методологического инструментария изучения психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие».

2 Этап. Проведение диагностики психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие».

3 Этап. Математико-статистическая обработка данных и анализ результатов исследования.

Эмпирическая база исследования. В эмпирическом исследовании приняли участие 30 женщин, в возрасте от 20 до 40 лет. Из них:

- 15 женщин с диагнозом «бесплодие» (экспериментальная группа – ЭГ. Средний возраст 29 лет);

- 15 женщин, с нормой, без диагноза «бесплодие», имеющие от 1 до 3 детей (контрольная группа – КГ. Средний возраст 28,5 лет).

Для выявления психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие», были использованы следующие

методики:

1. Авторская анкета по сбору анамнеза.

Цель методики: сбор анамнеза исследуемых женщин.

Анкета включает в себя 10 вопросов открытого и закрытого типов, направленных на выявление следующих данных: семейное положение, наличие и число детей, наличие или отсутствие диагноза «бесплодия», этиологии бесплодия, наличие или отсутствие лечения «бесплодия», наличие или отсутствие попыток ЭКО и обращения за психологической помощью и сопровождением.

Вопросы авторской анкеты по сбору анамнеза исследуемых женщин представлены в Приложении 1.

2. Методика «Шкала депрессии» А.Т. Бека.

Цель методики: определение уровня депрессии личности.

Инструкция методики. Методика включает в себя 21 пункт и 2 субшкалы. Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А). Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P). Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них.

Интерпретация результатов. Каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 баллов в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 баллов. По сумме набранных баллов определяется степень депрессии личности:

- 0-9 баллов – отсутствие депрессивных симптомов;
- 10-15 баллов – легкая депрессия (субдепрессия);
- 16-19 баллов – умеренная депрессия;
- 20-29 баллов – выраженная депрессия (средней тяжести);

- 30-63 балла – тяжелая депрессия.

Стимульный материал методики «Шкала депрессии» А.Т. Бека представлен в Приложении 2.

3. Методика «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36).

Цель методики: определение статуса здоровья личности.

Инструкция методики. Методика включает в себя 11 пунктов. Оценка производится по 8 основным критериям: 1) ФА – Физическая активность (PF - Physical Functioning) – субъективная оценка испытуемым объема своей повседневной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья в настоящее время. 2) РФ – Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP - Role-Physical) - субъективная оценка испытуемым степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем. 3) Б – Боль (BP – Bodily Pain) – характеризует роль субъективных болевых ощущений испытуемого в ограничении его повседневной деятельности. 4) ОЗ – Общее здоровье (GH – General Health) - субъективная оценка испытуемым общего состояния своего здоровья в настоящее время. 5) ЖС – Жизнеспособность (VT – Vitality) – субъективная оценка испытуемым своего жизненного тонуса (бодрость, энергия и др.). 6) СА – Социальная активность (SF – Social Functioning) – субъективная оценка испытуемым уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и с другими коллективами. 7) РЭ – Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE – Role-Emotional) – субъективная оценка испытуемым степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами. 8) ПЗ – Психическое здоровье (MH – Mental Health) – субъективная оценка респондентом своего настроения (счастье, спокойствие, умиротворенность и др.).

Интерпретация результатов. Подсчитывается количество набранных баллов. Максимальное количество набранных баллов по всем шкалам – 100.

По сумме набранных баллов определяется статус здоровья личности:

- 0-30 баллов – низкий статус здоровья личности;
- 31-69 баллов – средний статус здоровья личности;
- 70-100 баллов – высокий статус здоровья личности.

В методике SF-36 большие значения шкальных оценок соответствуют лучшим характеристикам качества жизни. Например, высокие оценки по шкале «Боль» означают, что болевой синдром лишь незначительно ограничивает жизнедеятельность и социальное поведение больных. Максимальная оценка по всем шкалам – 100 баллов.

Стимульный материал методики SF-36 представлен в Приложении 3.

4. Методика ТОБОЛ.

Цель методики: определение преобладающего типа отношения к болезни.

Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. 12 типов отношения к болезни объединены в три блока. Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. В третий блок вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных.

Инструкция методики. Испытуемому предлагается в каждой таблице-наборе выбрать 2 наиболее подходящих для него утверждения и обвести

кружком номера сделанных выборов в регистрационном листе. Если больной не может выбрать два утверждения по какой-либо теме, то он должен отметить последнее утверждение в соответствующей таблице-наборе.

Интерпретация результатов. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (*), то шкальная величина соответствующего этому знаку типа отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический) приравнивается нулю, и такой тип не диагностируется. Для диагностики типа находят шкалу (или шкалы) с максимальным значением суммы диагностических коэффициентов и определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в пределах диагностической зоны – оценки которых отставлены от максимальной в пределах 7 баллов. Если шкала с максимальной оценкой является единственной, и нет других шкал, оценки которых отличаются от максимальной не более чем на 7 баллов, то диагностируют только тип, соответствующий этой шкале. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, помимо шкалы с максимальной оценкой попадают еще одна или две шкалы, то диагностируют смешанный тип, который обозначают соответственно названиям составляющих его шкал. При смешанном типе, если в диагностическую зону наряду с другими шкалами попадает шкала гармоничного типа, то он исключается из рассмотрения как составляющий. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, попадает более трех шкал, то диагностируют диффузный тип.

Стимульный материал методики ТОБОЛ представлен в виде Приложения 4.

5. Методика «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина.

Цель методики: определение уровня личностной тревожности.

Инструкция методики. Тест представляет собой инструмент самодиагностики уровня личностной тревожности. Адаптация опросника для русского языка была произведена нашим соотечественником Ю.Л. Ханиным.

Опросник состоит из 20 пунктов.

На каждый вопрос испытуемый должен дать ответ в соответствии с балльной шкалой.

Интерпретация результатов. Баллы по всем вопросам суммируются, определяя итоговое значение и по ним определяется уровень личностной тревожности:

- от 3,5 до 4,0 баллов – очень высокая тревожность;
- от 3,0 до 3,4 – высокая;
- от 2,0 до 2,9 – средняя;
- от 1,5 до 1,9 – низкая;
- от 0,0 до 1,4 балла – очень низкая тревожность.

Стимульный материал методики Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина представлено в Приложении 5.

Проверка на нормальность осуществлялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Уровень значимости критерия ниже, чем 0,05, что значит, что распределение выборки является ненормальным, и для обработки данных подходят непараметрические методы. Поэтому для сравнительного анализа использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Расчеты производились при помощи программы Статистика 22.0.

В ходе проведения экспериментального исследования психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие», использовали диагностический инструментарий, который был подобран в соответствии с поставленной исследовательской целью и задачами эмпирического исследования.

Методический инструментарий исследования и его содержание было подобрано, учитывая возрастные и психологические особенности обследуемых, а также учитывая необходимость глубоко и всесторонне изучить психологические особенности психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие».

Таким образом, подобранные методики позволяют решить

поставленные в работе задачи эмпирического исследования и достигнуть исследовательской цели.

2.2 Результаты и анализ результатов

Изучение психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие» проводилось при помощи следующих методик: авторская анкета по сбору анамнеза, методика «Шкала депрессии» А.Т. Бека, методика «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса и методика «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина.

Для сбора анамнеза исследуемых женщин было проведено анкетирование. Результаты анкетирования представлены ниже.

Распределение женщин с бесплодием (ЭГ) и без диагноза «бесплодие» (КГ) по возрасту представлено на рисунке 6.

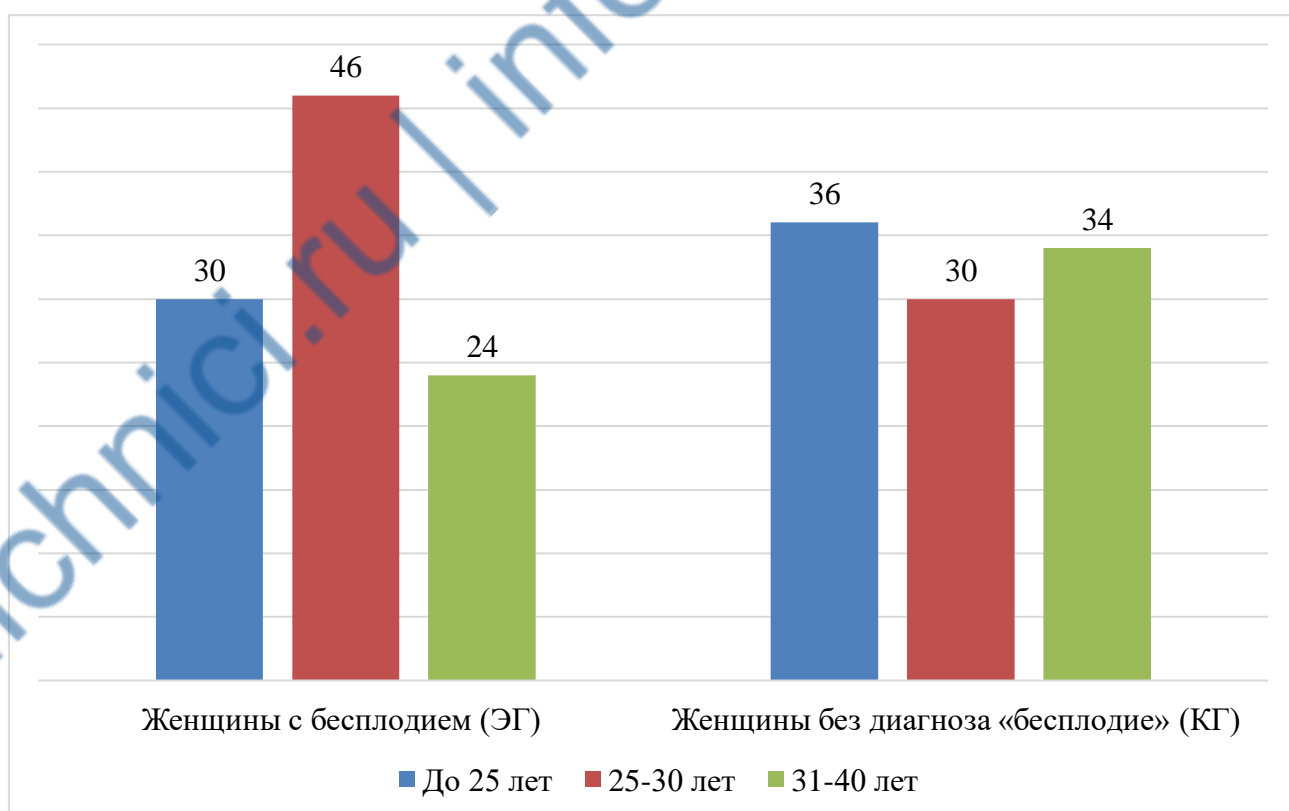


Рис.6. Распределение женщин с бесплодием (ЭГ) и без диагноза «бесплодие» (КГ) по возрасту, %

По результатам анкетирования женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) выявлено, что основная часть женщин данной категории имеет возраст от 25 до 30 лет (46%), остальная часть женщин с бесплодием распределилась следующим образом: 30% женщины в возрасте до 25 лет и 24% женщин с бесплодием имеют возраст с 31 до 40 лет.

Что касается женщин с нормой, без диагноза «бесплодие» (КГ), то: 36% женщин имеют возраст до 25 лет, 30% женщин – 25-30 лет и 34% женщин – от 30 до 40 лет.

В группе женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) 66% замужем и 34% одиноки. В группе женщин без диагноза «бесплодие» (КГ) 75% замужем и 25% одиноки, все имеют от 1 до 3 детей.

Распределение женщин с бесплодием (ЭГ) и без диагноза «бесплодие» (КГ) по признаку замужем/одинока представлено на рисунке 7.

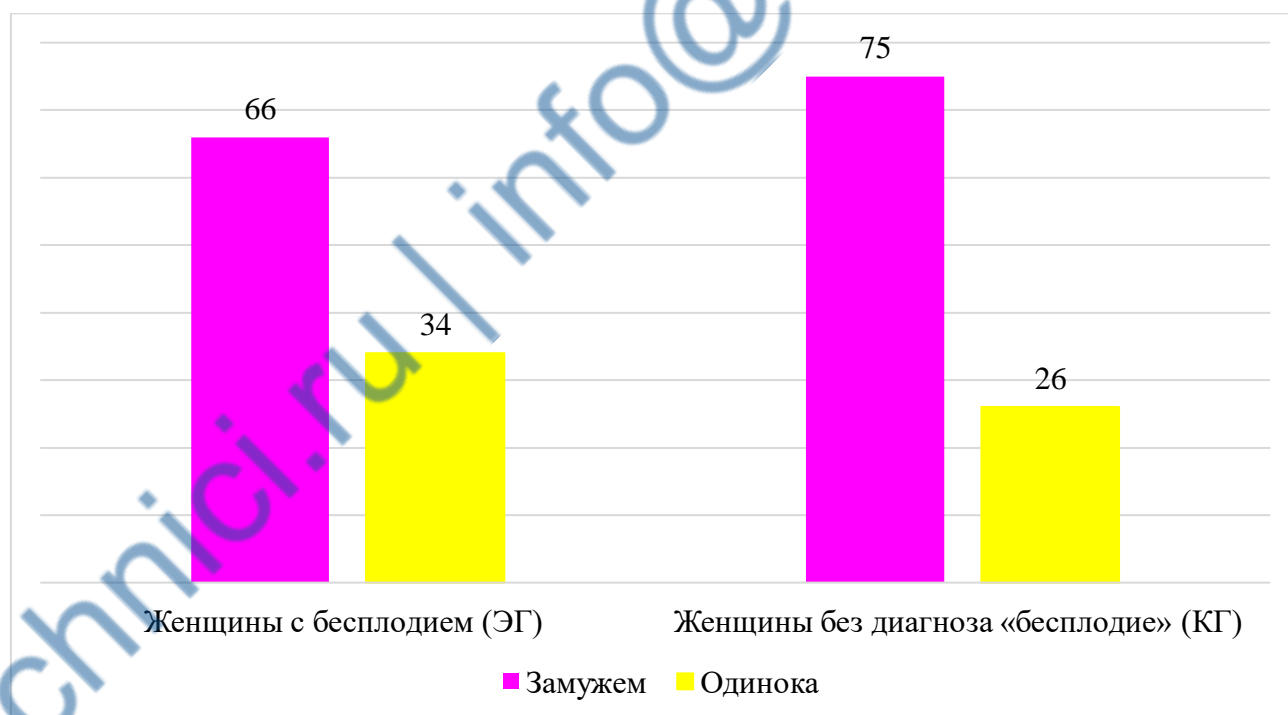


Рис.6. Распределение женщин с бесплодием (ЭГ) и без диагноза «бесплодие» (КГ) по признаку замужем/одинока, %

В группе женщин с диагнозом «бесплодие» 55% женщин диагноз бесплодие был поставлен 3 года назад и 45% более 3-х лет назад.

Распределение женщин с бесплодием (ЭГ) по признаку «сколько лет страдают бесплодием» представлено на рисунке 8.



Рис.8. Распределение женщин с бесплодием (ЭГ) по признаку «сколько лет страдают бесплодием», %

У 25% женщин с диагнозом «бесплодие» фактором бесплодия является трубное бесплодие, 15% – бесплодие эндокринного характера, 21% – маточная форма бесплодия, 4% – иммунная форма бесплодия и – 35% бесплодие неясного генеза.

Все 100% женщин проходили консервативное лечение бесплодия (медикаментозное) и 68% женщин пытались лечиться при помощи ЭКО.

Распределение женщин с бесплодием (ЭГ) по признаку «сколько попыток ЭКО проводилось» представлено на рисунке 9.



Рис.9. Распределение женщин с бесплодием (ЭГ) по признаку «сколько попыток ЭКО проводилось», %

За психологической помощью и сопровождением по поводу диагноза бесплодие обращались лишь 25% женщин данной категории; по поводу сопровождения в протоколах ЭКО за психологической помощью обращались 15% женщин.

И 60% женщин с диагнозом «бесплодие» не обращались за

психологической помощью.

Распределение женщин с бесплодием (ЭГ) по признаку «обращение за психологической помощью» представлено на рисунке 10.

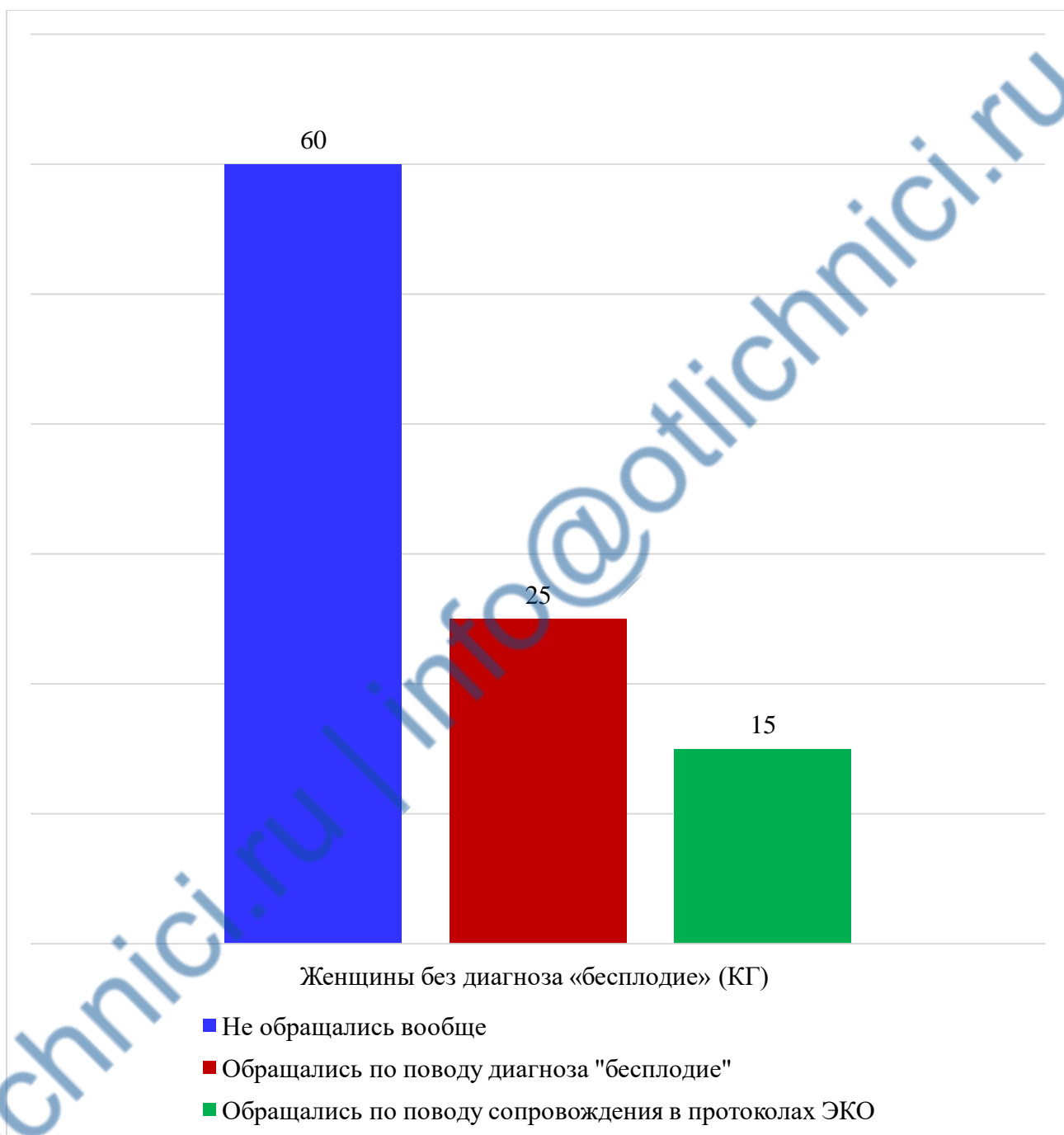


Рис.10. Распределение женщин с бесплодием (ЭГ) по признаку «обращение за психологической помощью», %

Собранные данные проанализированы и в таблице 1 приведены результаты сбора анамнеза исследуемых женщин.

Таблица 1

Анамнез исследуемых женщин

Параметр	Варианты	Экспериментальная группа (Женщины с диагнозом «бесплодие»)	Контрольная группа (женщины без диагноза «бесплодие»)
Возраст	До 25 лет	30%	36%
	25-30	46%	30%
	31-40	24%	34%
Семейное положение	Замужем	66%	75%
	Одинока	34%	25%
Наличие детей	есть	0%	100%
	нет	100%	0%
Время с диагнозом «бесплодие»	До 3 лет	-	55%
	3 года и более	-	45%
Фактор бесплодия	Трубное бесплодие	-	25%
	Эндокринное бесплодие	-	15%
	Маточное бесплодие	-	21%
	Иммунное бесплодие	-	4%
	Неясного генеза бесплодие	-	35%
Лечение бесплодия	Консервативное	-	100%
	ЭКО	-	68%
Количество попыток ЭКО	Ни одной	-	22%
	1 попытка	-	45%
	2 попытки	-	18%
	3 попытки и более	-	5%
Обращение за психологической помощью	Не обращались	-	60%
	Обращались по поводу диагноза бесплодие	-	15%
	Обращались по поводу сопровождения в протоколах ЭКО	-	25%

Для определения уровня депрессии личности исследуемых женщин использовали методику А.Т. Бека.

Результаты определения уровня депрессии личности исследуемых женщин по методике А.Т. Бека представлены в виде таблицы 2.

Таблица 2

**Результаты определения уровня депрессии личности исследуемых
женщин по методике А.Т. Бека**

Номер исследуемого	Когнитивно-аффективная субшкала (С-А)	Субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)	Набранные баллы	Уровень депрессии
Экспериментальная группа (Женщины с диагнозом «бесплодие»)				
1	9	9	18	Умеренная депрессия
2	6	9	17	Умеренная депрессия
3	10	9	19	Умеренная депрессия
4	15	23	38	Тяжелая депрессия
5	15	26	41	Тяжелая депрессия
6	15	14	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
7	10	15	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
8	15	25	40	Тяжелая депрессия
9	10	15	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
10	9	10	19	Умеренная депрессия
11	10	9	19	Умеренная депрессия
12	10	13	23	Выраженная депрессия (средней тяжести)
13	15	14	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
14	13	20	33	Тяжелая депрессия
15	15	14	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
Контрольная группа (женщины без диагноза «бесплодие»)				
16	10	9	19	Умеренная депрессия
17	5	1	6	Отсутствие депрессивных симптомов
18	8	8	16	Умеренная депрессия
19	4	1	4	Отсутствие депрессивных симптомов
20	2	0	2	Отсутствие депрессивных симптомов

21	3	1	4	Отсутствие депрессивных симптомов
22	1	0	1	Отсутствие депрессивных симптомов
23	5	0	5	Отсутствие депрессивных симптомов
24	10	9	19	Умеренная депрессия
25	2	0	2	Отсутствие депрессивных симптомов
26	3	1	4	Отсутствие депрессивных симптомов
27	2	0	2	Отсутствие депрессивных симптомов
28	10	9	19	Умеренная депрессия
29	3	2	5	Отсутствие депрессивных симптомов
30	10	8	18	Умеренная депрессия

По результатам диагностики уровня депрессии личности исследуемых женщин по методике А.Т. Бека было выявлено следующее.

У всех исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) уровень депрессии достаточно высокий.

Так, у 4 исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) (27%) выявлена тяжелая депрессия, что крайне негативно.

6 исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) (40%) показали наличие выраженной депрессии (средняя тяжесть).

5 исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) (33%) показали наличие умеренной депрессии.

Что касается женщин с нормой, без диагноза «бесплодие», то картина следующая.

У большей части исследуемых женщин КГ (10 человек или 67%) отсутствуют депрессивные симптомы. И у 5 исследуемых женщин КГ (33%) выявлено наличие умеренной депрессии.

Процентное соотношение исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и женщин с нормой, без диагноза «бесплодие» (КГ) по уровню депрессии согласно данным, полученным по методике А.Т. Бека

представим в виде рисунка 11.

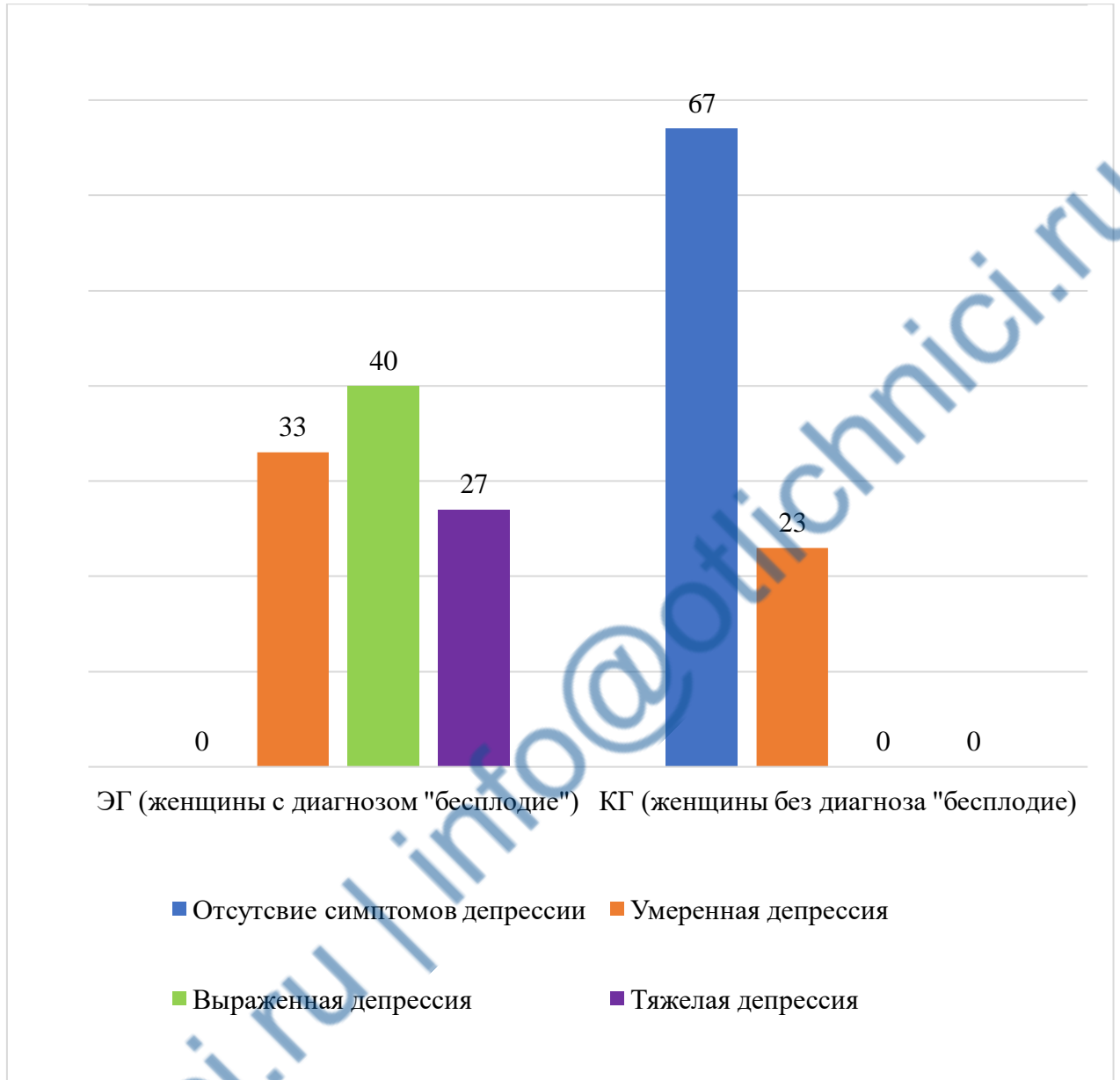


Рис. 11. Процентное соотношение исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и женщин с нормой, без диагноза «бесплодие» (КГ) по уровню депрессии, %

Критериальное сравнение исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) показало наличие статистически значимых различий по уровню депрессии у исследуемых женщин.

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) по уровню депрессии по методике А.Т. Бека

представлены в виде таблицы 3.

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) по уровню депрессии по методике А.Т.

Бека

Наименование	Группы испытуемых		U-критерий Манна-Уитни
	Экспериментальная группа (женщины с диагнозом «бесплодие»)	Контрольная группа (женщины без диагноза «бесплодие»)	
Когнитивно-аффективная субшкала (С-А)	11,8	5,2	Uэмп= 57; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 49; Uкр (при $p \geq 0,01$) =42
Субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)	15	3,27	Uэмп= 59; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 46; Uкр (при $p \geq 0,01$) =41
Уровень депрессии	26,93	8,4	Uэмп= 59; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 45; Uкр (при $p \geq 0,01$) =40

По результатам сравнительного анализа выявлена разная степень депрессии у групп исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и без него (КГ), что доказано статистически.

Так, исследуемым ЭГ (с диагнозом «бесплодие») характерен достоверно более высокий уровень депрессии, более выраженные, как когнитивно-аффективные, так и соматические проявления депрессии, нежели у женщин без бесплодия (КГ).

Для определения статуса здоровья личности исследуемых женщин использовали методику «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36).

Результаты определения статуса здоровья личности исследуемых женщин по методике SF-36 представлены в виде таблицы 4.

Таблица 4

**Результаты определения статуса здоровья личности исследуемых
женщин использовали методику «Краткий общий опросник оценки
статуса здоровья» (SF-36)**

Номер исследуемого	ФА – Физическая активность	РФ – Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	Б – Боль	ОЗ – Общее здоровье	ЖС – Жизнеспособность	СА – Социальная активность	РЭ – Роль эмоциональных проблем в ограничении	ПЗ – Психическое здоровье	Набранные баллы	Статус здоровья личности
Экспериментальная группа (Женщины с диагнозом «бесплодие»)										
1	8	10	9	8	7	9	7	8	66	Средний статус здоровья
2	9	10	9	8	8	9	7	9	69	Средний статус здоровья
3	5	8	6	7	6	6	6	6	50	Средний статус здоровья
4	3	5	4	4	4	3	4	4	30	Низкий статус здоровья
5	3	4	4	3	4	3	4	3	27	Низкий статус здоровья
6	4	4	4	3	4	3	4	4	29	Низкий статус здоровья
7	5	5	6	5	6	4	5	5	41	Средний статус здоровья
8	3	4	3	3	4	3	3	3	25	Низкий статус здоровья
9	3	5	4	4	4	3	4	4	30	Низкий статус здоровья
10	8	8	7	8	7	9	7	8	62	Средний статус здоровья
11	5	5	5	5	6	4	5	4	39	Средний статус здоровья
12	3	5	4	3	4	3	4	3	28	Низкий статус здоровья
13	5	7	6	7	6	6	6	6	49	Средний статус здоровья
14	4	4	4	3	4	3	4	4	29	Низкий статус здоровья
15	8	9	8	8	7	9	7	8	64	Средний статус

										здоровья
Контрольная группа (женщины без диагноза «бесплодие»)										
16	10	9	11	12	10	11	12	11	86	Высокий статус здоровья
17	11	11	11	12	10	11	12	11	90	Высокий статус здоровья
18	8	10	9	8	7	9	7	8	66	Средний статус здоровья
19	12	11	12	13	10	13	12	11	95	Высокий статус здоровья
20	11	12	12	13	11	13	12	12	98	Высокий статус здоровья
21	11	11	12	12	11	13	12	11	94	Высокий статус здоровья
22	12	12	12	13	11	13	12	12	99	Высокий статус здоровья
23	13	11	12	13	10	13	12	11	96	Высокий статус здоровья
24	9	10	9	8	8	9	7	9	69	Средний статус здоровья
25	11	9	11	12	10	11	13	11	88	Высокий статус здоровья
26	9	9	10	10	10	10	12	10	76	Высокий статус здоровья
27	12	11	12	13	10	13	12	11	95	Высокий статус здоровья
28	6	9	8	7	7	9	6	8	60	Средний статус здоровья
29	10	11	12	12	10	11	12	11	92	Высокий статус здоровья
30	9	9	9	8	8	9	7	9	68	Средний статус здоровья

По результатам диагностики статуса здоровья личности исследуемых женщин по методике «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) было выявлено следующее.

У всех исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) статус здоровья личности пониженный.

Так, у 7 исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) (47%) выявлен низкий статус здоровья личности, что крайне негативно. То есть большая часть женщин с бесплодием достаточно негативно оценивают свое здоровье, отмечают сниженную жизнеспособность, невысокий жизненный

тонус, а также негативное влияние, имеющих проблем со здоровьем на их жизнедеятельность.

И для 8 исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) (53%) показали наличие среднего статуса здоровья личности.

И ни одна из исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) не показала наличие высокого статуса здоровья личности.

Что касается женщин с нормой, без диагноза «бесплодие», то картина следующая.

У большей части исследуемых женщин КГ (11 человек или 73%) выявлен высокий статус здоровья.

И у 4 исследуемых женщин КГ (27%) выявлено наличие среднего статуса здоровья личности.

И ни одна из исследуемых женщин без диагноза «бесплодие» (КГ) не показала наличие низкого статуса здоровья личности.

Процентное соотношение исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и женщин с нормой, без диагноза «бесплодие» (КГ) по статусу здоровья личности представим в виде рисунка 12.

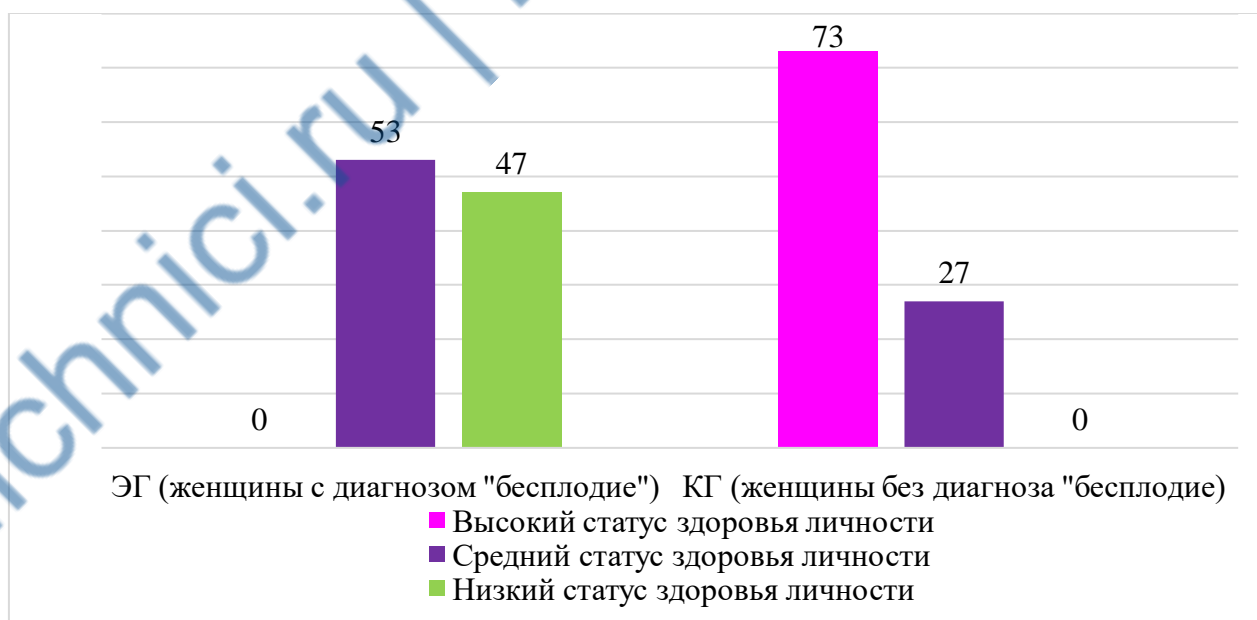


Рис. 12. Процентное соотношение исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и женщин с нормой, без диагноза «бесплодие» (КГ) по статусу здоровья личности, %

Критериальное сравнение исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) показало наличие статистически значимых различий по статусу здоровья у исследуемых женщин.

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) по статусу здоровья личности по методике SF-36 представлены в виде таблицы 5.

Таблица 5

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) по статусу здоровья личности по методике SF-36

Наименование	Группы испытуемых		U-критерий Манна-Уитни
	Экспериментальная группа (женщины с диагнозом «бесплодие»)	Контрольная группа (женщины без диагноза «бесплодие»)	
ФА – Физическая активность	5,07	10,27	Uэмп= 57; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 42; Uкр (при $p \geq 0,01$) =38
РФ – Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	6,2	10,33	Uэмп= 52; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 45; Uкр (при $p \geq 0,01$) =40
Б – Боль	5,53	10,8	Uэмп= 55; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 49; Uкр (при $p \geq 0,01$) =39
ОЗ – Общее здоровье	5,27	11,07	Uэмп= 59; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 47; Uкр (при $p \geq 0,01$) =39
ЖС – Жизнеспособность	5,4	9,53	Uэмп= 57; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 45; Uкр (при $p \geq 0,01$) =40
СА – Социальная активность	5,12	11,2	Uэмп= 58; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 45; Uкр (при

			$p \geq 0,01$) =40
РЭ – Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	5,13	10,67	Uэмп= 55; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 48; Uкр (при $p \geq 0,01$) =41
ПЗ – Психическое здоровье	5,27	10,4	Uэмп= 51; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 43; Uкр (при $p \geq 0,01$) =39
Статус здоровья личности	42,53	84,8	Uэмп= 59; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 45; Uкр (при $p \geq 0,01$) =40

По результатам сравнительного анализа выявлен разный статус здоровья личности у групп исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и без него (КГ), что доказано статистически. Так, исследуемым ЭГ (с диагнозом «бесплодие») характерен достоверно более низкий статус здоровья личности, нежели женщинам без бесплодия (КГ).

Для определения уровня выраженности невроза личности исследуемых женщин использовали методику экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса. Результаты определения типа отношения к болезни у исследуемых женщин по методике ТОБОЛ представлены в виде таблицы 6.

Таблица 6

Результаты определения типа отношения к болезни у исследуемых женщин по методике ТОБОЛ

Номер исследуемого	Гармоничный (Г)	Эргопатический (Р)	Анозогнозический (З)	Тревожный (Т)	Ипохондрический (И)	Неврастенический (Н)	Меланхолический (М)	Апатический (А)	Сенситивный (С)	Эгоцентрический (Э)	Паранойальный (П)	Дисфорический (Д)
Экспериментальная группа												

(Женщины с диагнозом «бесплодие»)												
1	7	3	4	5	3	3	4	4	2	3	3	1
2	4	7	4	4	3	4	4	3	2	2	2	3
3	7	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4
4	4	4	3	7	4	5	3	2	5	3	4	2
5	2	5	3	5	4	4	4	3	7	3	2	4
6	2	4	4	4	7	3	3	3	4	3	5	4
7	7	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2
8	4	5	3	7			4	4	4	4		
9	5	3	2	7		4	5	3	2	5	3	4
10		7	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3
11	7	4	4	4	5	3	2	4	4	3	3	3
12	3	3	3	4	3	3	3	4	7	3	4	5
13	4	7	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3
14	3	2	4	7	5	3	2	3	3	3	4	3
15	7	4	5	3	2	5	3	4	5	3	2	5
Контрольная группа (женщины без диагноза «бесплодие»)												
16	7	3	4	7	3	4	3	4	3	2	4	3
17	7	3	4	4	3	3	3	4	3	2	4	3
18	4	7	3	3	3	4	2	3	3	5	3	4
19	7	3	4	5	3	4	3	4	4	3	4	4
20	7	3	4	5	3	3	3	4	3	3	4	3
21	7	3	4	5	3	4	5	3	2	4	5	3
22	7	3	4	5	3	4	3	3	3	4	3	2
23	7	3	4	5	3	3	3	4	3	3	3	4
24	3	4	7	3	4	5	3	3	4	4	2	3
25	3	2	7	4	2	2	5	3	2	2	4	2
26	3	2	7	3	4	4	3	4	3	4	5	3
27	7	3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3
28	5	5	7	2	3	3	3	4	2	3	3	3
29	7	4	4	3	2	4	3	2	4	3	2	4
30	4	5	7	3	2	4	3	2	4	3	2	4

По результатам диагностики преобладающего типа отношения к болезни у исследуемых женщин по методике ТОБОЛ было выявлено следующее.

У группы исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) были выявлены следующие типы отношения к болезни: гармоничный, эргопатический, тревожный, сенситивный и ипохондрический.

Так, 33% группы женщин с бесплодием показали гармоничный тип отношения к болезни. Такие женщины оценивают свое состояние без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести

болезни, стремятся во всем активно содействовать успеху лечения, облегчить близким тяготы ухода за собой. Такие женщины в случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания способны переключить интересы на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких. 27% группы женщин с бесплодием показали тревожный тип отношения к болезни. Такие женщины склонны к непрерывному беспокойству и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Они все время находятся в поиске новых способов лечения, жаждут дополнительной информации о болезни и методах лечения, склонны к частой смене лечащего врача. 20% группы женщин с бесплодием показали эргопатический тип отношения к болезни. Таким женщинам свойственен «уход от болезни в работу», им характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. 13% группы женщин с бесплодием показали сенситивный тип отношения к болезни. Таким женщинам характерно наличие чрезмерной ранимости, уязвимости, озабоченности возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни, боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим, колебания настроения. 7% группы женщин с бесплодием показали ипохондрический тип отношения к болезни. Такие женщины чрезмерно сосредотачиваются на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, стремятся постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим, преувеличивают действительные страдания.

Что касается женщин с нормой, без диагноза «бесплодие», то выявлены следующие типы болезни: гармоничный, анозогнозический и эргопатический.

Так, 60% группы женщин без диагноза «бесплодие» показали гармоничный тип отношения к болезни. 33% группы женщин без диагноза «бесплодие» показали анозогнозический тип отношения к болезни. И 7% женщин без диагноза «бесплодие» характеризуются эргопатичным типом отношения к болезни.

В группе женщин без диагноза «бесплодие» выявлены только типы отношения к болезни отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. У женщин же с бесплодием выявлены и типы отношения к болезни, при которых наблюдаются нарушения социальной адаптации больных.

Процентное соотношение исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и женщин с нормой, без диагноза «бесплодие» (КГ) по выявленным типам отношения к болезни представим в виде рисунка 13.

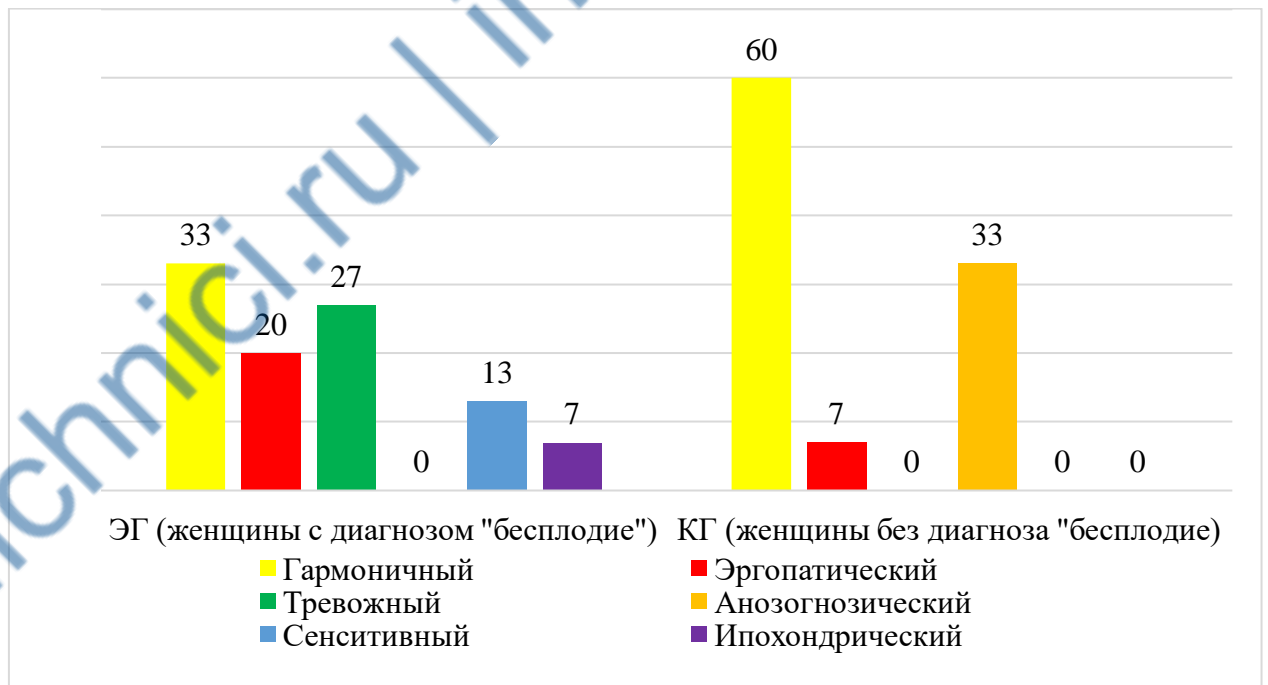


Рис. 13. Процентное соотношение исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и женщин с нормой, без диагноза «бесплодие» (КГ) по выявленным типам отношения к болезни, %

Критериальное сравнение исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) показало наличие статистически значимых различий по преобладающим типам отношения к болезни у исследуемых женщин.

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) по преобладающим типам отношения к болезни представлены в виде таблицы 7.

Таблица 7

**Результаты сравнительного анализа процентного соотношения
исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) по
преобладающим типам отношения к болезни**

Наименование	Группы испытуемых		U-критерий Манна-Уитни
	Экспериментальная группа (женщины с диагнозом «бесплодие»)	Контрольная группа (женщины без диагноза «бесплодие»)	
Гармоничный тип	33	60	Uэмп= 55; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 42; Uкр (при $p \geq 0,01$) =38
Эргопатичный тип	20	7	Uэмп= 54; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 45; Uкр (при $p \geq 0,01$) =40
Тревожный тип	27	0	Uэмп= 56; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 49; Uкр (при $p \geq 0,01$) =39
Сенситивный тип	13	0	Uэмп= 59; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 47; Uкр (при $p \geq 0,01$) =39
Ипохондрический тип	7	0	Uэмп= 57; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 45; Uкр (при $p \geq 0,01$) =40
Анозогнозический тип	0	33	Uэмп= 58; Uкр (при $p \geq 0,05$)= 45; Uкр (при $p \geq 0,01$) =40

По результатам сравнительного анализа выявлено преобладание разных типов отношения к болезни у групп исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и без него (КГ), что доказано статистически.

Так, исследуемым ЭГ (с диагнозом «бесплодие») более характерны такие типы отношения к болезни, которые способствуют нарушению социальной адаптации (тревожный, ипохондрический, сенситивный). У женщин же без бесплодия (КГ) преобладают типы отношения к болезни, не вызывающие нарушения социальной адаптации (гармоничный, эргопатичный и анозогнозический).

Для определения уровня личностной тревожности исследуемых женщин использовали методику «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина.

Результаты определения уровня личностной тревожности исследуемых женщин по методике «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина представлены в виде таблицы 8.

Таблица 8

**Результаты определения уровня личностной тревожности
исследуемых женщин по методике «Шкала личностной тревожности»
Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина**

Номер исследуемого	Набранные баллы	Уровень личностной тревожности женщин
Экспериментальная группа (Женщины с диагнозом «бесплодие»)		
1	3,2	Средний уровень личностной тревожности
2	2,9	Средний уровень личностной тревожности
3	3,0	Высокий уровень

		личностной тревожности
4	3,6	Высокий уровень личностной тревожности
5	3,4	Высокий уровень личностной тревожности
6	3,0	Высокий уровень личностной тревожности
7	2,9	Средний уровень личностной тревожности
8	3,0	Высокий уровень личностной тревожности
9	3,3	Высокий уровень личностной тревожности
10	2,6	Средний уровень личностной тревожности
11	3,0	Высокий уровень личностной тревожности
12	3,1	Высокий уровень личностной тревожности
13	3,4	Высокий уровень личностной тревожности
14	3,2	Высокий уровень личностной тревожности
15	3,0	Высокий уровень личностной тревожности
Контрольная группа (женщины без диагноза «бесплодие»)		
16	2,0	Средний уровень личностной тревожности
17	1,5	Низкий уровень личностной тревожности
18	2,1	Средний уровень личностной тревожности

19	1,6	Низкий уровень личностной тревожности
20	1,8	Низкий уровень личностной тревожности
21	1,5	Низкий уровень личностной тревожности
22	1,7	Низкий уровень личностной тревожности
23	1,5	Низкий уровень личностной тревожности
24	2,2	Средний уровень личностной тревожности
25	1,6	Низкий уровень личностной тревожности
26	1,5	Низкий уровень личностной тревожности
27	1,8	Низкий уровень личностной тревожности
28	2,4	Средний уровень личностной тревожности
29	1,6	Низкий уровень личностной тревожности
30	2,1	Средний уровень личностной тревожности

По результатам диагностики уровня личностной тревожности исследуемых женщин по методике «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина было выявлено следующее.

У всех исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) уровень тревожности достаточно высокий.

Так, у 11 исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) (73%) выявлен высокий уровень тревожности, что крайне негативно. Для таких женщин характерна высокая степень тревожности, раздражительности,

пониженный фон настроения, апатия.

4 исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) (27%) показали наличие среднего уровня тревожности. Для таких женщин характерна средняя тревожность, раздражительность, резкая смена настроения.

И ни одна из исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) не показала наличие низкого уровня тревожности личности.

Что касается женщин с нормой, без диагноза «бесплодие», то картина следующая. У большей части исследуемых женщин КГ (10 человек или 67%) выявлен низкий уровень тревожности. И у 5 исследуемых женщин КГ (33%) выявлено наличие среднего уровня тревожности.

Процентное соотношение исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и женщин с нормой, без диагноза «бесплодие» (КГ) по уровню личностной тревожности согласно данным, полученным по методике «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина представим в виде рисунка 14.

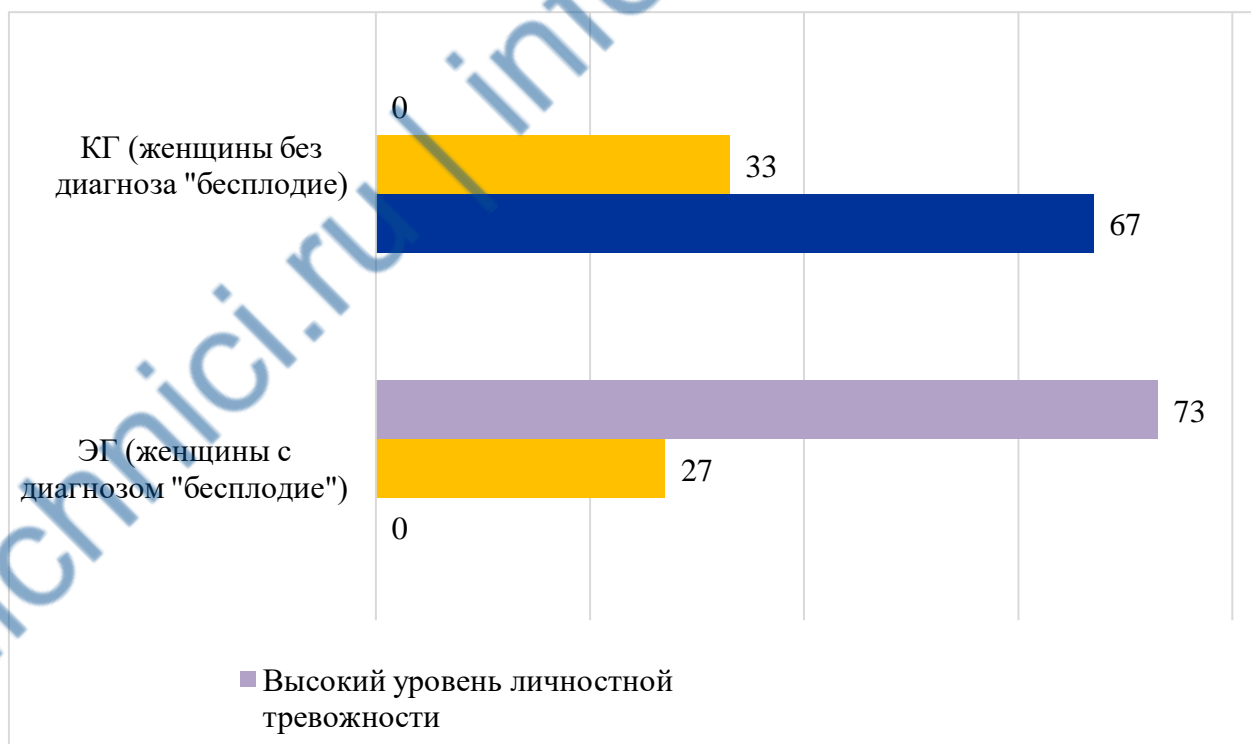


Рис. 14. Процентное соотношение исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и женщин с нормой, без диагноза «бесплодие» (КГ) по уровню личностной тревожности, %

Критериальное сравнение исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) показало наличие статистически значимых различий по уровню личностной тревожности у исследуемых женщин.

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) по уровню личностной тревожности по методике «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина представлены в виде таблицы 9.

Таблица 9

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с диагнозом бесплодия и без него) по уровню личностной тревожности по методике «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л.

Ханина

Наименование	Группы испытуемых		U-критерий Манна-Уитни
	Экспериментальная группа (женщины с диагнозом «бесплодие»)	Контрольная группа (женщины без диагноза «бесплодие»)	
Уровень личностной тревожности	3,11	1,79	U_{эмп} = 60; U _{кр} (при p ≥ 0,05) = 46; U _{кр} (при p ≥ 0,01) = 42

По результатам сравнительного анализа выявлена разная степень личностной тревожности у групп исследуемых женщин с диагнозом «бесплодие» (ЭГ) и без него (КГ), что доказано статистически.

Так, исследуемым ЭГ (с диагнозом «бесплодие») характерен достоверно более высокий уровень личностной тревожности, нежели у женщин без бесплодия (КГ).

По результатам исследования установлен ряд психологических особенностей внутренней картины болезни женщин, которые страдают

бесплодием: низкий статус здоровья, повышенная тревожность, депрессивность, высокая степень стрессовой нагрузки, негативная оценка своего здоровья, сниженная жизнеспособность, невысокий жизненный тонус, нарушенные социальные контакты, преобладание типов отношения к болезни, при которых наблюдаются нарушения социальной адаптации больных (тревожный, сенситивный и ипохондрический типы).

Выводы по главе 2

1. Выявлено, что существуют психологические особенности внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие». Женщины с бесплодием характеризуются низким статусом здоровья, высоким уровнем тревожности и депрессивности, преобладанием типов отношения к болезни, которые способны вызвать нарушения социальной адаптации (тревожный тип, сенситивный тип, ипохондрический тип), негативной оценкой собственного здоровья, сниженной жизнеспособностью, невысоким жизненным тонусом.

2. Установлено, что исследуемым женщинам с диагнозом «бесплодие» характерен достоверно более высокий уровень личностной тревожности, депрессии, а также более низкий статус здоровья личности и преобладание типов отношения к болезни, вызывающих нарушение социальной адаптации, нежели у женщин без бесплодия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящего исследования явилось изучение психологических особенности внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие».

По результатам теоретической части исследования сделаны следующие выводы.

Внутренняя картина болезни – это переживание человеком болезни, общий, чувственный тон, в котором освещают ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические комплексы, связанные с болезнью, часто трактуемые как сознание болезни.

Внутренняя картина болезни является сложным многоуровневым психологическим новообразованием в самосознании больного человека, включающее в себя четыре основных уровня отражения болезни:

- сензитивный;
- эмоциональный;
- интеллектуальный;
- мотивационный.

Выделяют следующие типы внутренней картины болезни больного:

- адекватный или гармоничный тип;
- гипернозогнозия;
- гипонозогнозия;
- анонозогнозия и др.

Формирование внутренней картины болезни – это взаимодействие внешних и внутренних факторов, а именно характер нозологии (продолжительность, тяжесть, прогноз, симптоматика), жизненного опыта, возраста, уровня образования и культуры, интеллектуальных способностей, личностных свойств больного и т.д.

Отношение к самому себе (самоотношение) представлено осмысленным отношением к собственным субъективным образованиям, то есть личностным свойствам. Выделяют следующие типы отношения

личности к себе:

- положительное самоотношение;
- конфликтное (амбивалентное) самоотношение;
- негативное самоотношение.

Важной составляющей самоотношения личности является отношение к своей болезни.

Наиболее распространенной в современной научной литературе является следующая классификация типов отношения к болезни: гармонический; эргопатический; анозогнозический; тревожный; ипохондрический; неврастенический; меланхолический; апатичный; сенситивный; эгоцентрический; дисфорический; паранояльный.

Бесплодие является основным физиологическим препятствием для рождения ребёнка и приобретения женщиной главного для неё статуса – материнства.

Женщины, страдающие от бесплодия, кроме нарушений в репродуктивной системе, также характеризуются наличием определённых психологических особенностей, которые при установлении диагноза «бесплодие» способствуют усугублению течения данного патологического процесса и формированию «порочного круга».

Для женщин с диагнозом «бесплодие» свойственно наличие болезненной фиксации на собственном диагнозе, одержимость идеями материнства, высокая чувствительность, тревожность, депрессивность, фрустрация, возникновение чувства неполноценности, уход от контактов с окружающими, замкнутость, низкая стрессоустойчивость, снижение либидо, снижение самооценки, социальная дезадаптация, возникновение конфликтов с супругом, семьёй, родителями, установил, возникновение страхов и опасений, чувство вины, чувство нереализованных возможностей, негативное отношение к мужчинам, что способствует целому ряду расстройств в психоэмоциональной и сексуальной сферах.

Семейные системы женщин, страдающих бесплодием, находятся в

состоянии, характерном для семей, переживающих кризис.

По результатам практической части исследования сделаны следующие выводы.

Большая часть исследуемых женщин с бесплодием замужние и имеют возраст от 25 до 30 лет.

Больше половины исследуемых женщин (55%) диагноз бесплодие был поставлен 3 года назад и чуть менее половины исследуемых женщин (45%) борются с диагнозом «бесплодие» уже более 3-х лет.

У всех исследуемых различные факторы бесплодия:

- 25% – трубное бесплодие;
- 15% – бесплодие эндокринного характера;
- 21% – маточное бесплодие;
- 4% – иммунное бесплодие;
- 35% бесплодие неясного генеза.

Все 100% исследуемых женщин проходили консервативное лечение бесплодия (медикаментозное) и 68% женщин пытались лечиться при помощи ЭКО.

За психологической помощью и сопровождением по поводу диагноза бесплодие обращались лишь 15% женщин данной категории; по поводу сопровождения в протоколах ЭКО за психологической помощью обращались 25% женщин.

Выявлено, что существуют психологические особенности внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие». Для женщин с диагнозом «бесплодие» характерно наличие низкого статуса здоровья, повышенной тревожности, проявлений невроза, депрессивных состояний, что крайне негативно.

Для женщин с бесплодием характерна высокая степень стрессовой нагрузки, высокая тревожность, раздражительность, ранимость, а также наличие нервно-психических расстройств, психогенных по своей природе, являющихся следствием длительного или чрезмерного интенсивного

эмоционального напряжения. Это приводит к тому, что женщина вынуждена почти всю свою энергию и ресурсы тратить на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса от ее заболевания. У таких женщин необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс, поскольку такая женщина близка к нервному истощению. Женщинам с бесплодием свойственно ощущение дискомфорта при возникновении сложной, неоднозначной ситуации, они стараются внести в собственную жизнь больше однозначности, часто за счет искусственного упрощения сложной реальности и закрывания глаз на реально существующую проблему.

У женщин с бесплодием выявлено преобладание типов отношения к болезни, при которых наблюдаются нарушения социальной адаптации больных (тревожный тип, сенситивный тип, ипохондрический тип). Такие женщины склонны к таким негативным проявлениям, как непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, «уход от болезни в работу», наличие чрезмерной ранимости, уязвимости, озабоченности возможными неблагоприятными впечатлениями, чрезмерное сосредоточивание на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях.

Женщины с бесплодием достаточно негативно оценивают свое здоровье, отмечают сниженную жизнеспособность, невысокий жизненный тонус, а также негативное влияние, имеющихся проблем со здоровьем на их жизнедеятельность и социальные контакты.

При этом выявлено, что исследуемым женщинам с диагнозом «бесплодие» характерен достоверно более высокий уровень личностной тревожности, депрессии, а также более низкий статус здоровья личности и преобладание типов отношения к болезни, вызывающих нарушение социальной адаптации, нежели у женщин без бесплодия.

Цель работы достигнута. Задачи решены. Выдвинутая в начале исследования гипотеза о том, что существуют психологические особенности

внутренней картины болезни женщин с диагнозом «бесплодие» нашла свое полное подтверждение.

otlichnici.ru | info@otlichnici.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апресян, С.В. Медико-психологические аспекты бесплодия [Текст] / С.В. Апресян, А.А. Абашидзе, В.Ф. Аракелян // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2016. – № 1. – С. 8-9.
2. Айсина, Р.М. Индивидуальное психологическое консультирование: основы теории и практики [Текст] / Р.М. Айсина. – М.: ИНФРА-М, 2019. – 148 с.
3. Банщиков, В.М. Медицинская психология [Текст] / В.М. Банщиков, В.С. Гуськов, И.Ф. Мягков. – М.: Медицина, 2022. – 240 с.
4. Барсукова, О.В. Психология личности [Текст] / О.В. Барсукова, Т.В. Павлова, Ю.А. Тушнова. – М.: Феникс, 2021. – 112 с.
5. Берестова, О.С. Анализ сензитивного уровня внутренней картины болезни у женщин с бесплодием в контексте психологии телесности [Текст] / О.С. Берестова // Труды молодых ученых Алтайского государственного университета. – 2019. – № 3. – С. 412-415.
6. Васильева, Е.Ю. Основы психологии для медицинских вузов [Текст] / Е.Ю. Васильева. – М.: КноРус, 2020. – 154 с.
7. Вустенко, В.В. Психологические аспекты качества жизни пациенток с нарушениями фертильности [Текст] / В.В. Вустенко // Медико-социальные проблемы семьи. – 2020. – Т. 25. – № 2. – С. 26-34.
8. Гаврилова, В.Е. Психологические предпосылки бесплодия у здоровых женщин, состоящих в браке [Текст] / В.Е. Гаврилова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2018. – №11(3). – С.103-109.
9. Гольшкина, М.С. Женское бесплодие как фактор эмоционального расстройства: значение психотерапии в лечении бесплодия [Текст] / М.С. Гольшкина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – № 13 (2). – С. 97-103.
10. Дементьева, Н.О. Психологические аспекты исследования

женского бесплодия «неясной этиологии» [Текст] / Н.О. Дементьева // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2016. – № 1. – С. 131–139

11. Ермошенко, Б.Г. Психологические аспекты репродуктивного поведения инфертильных женщин в ракурсе экзистенциальной проблематики [Текст] / Б.Г. Ермошенко // Успехи современного естествознания. – 2019. – № 11. – С. 111-113.

12. Зыбайло, В.С. Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием [Текст] / В.С. Зыбайло // Оригинальные научные публикации УО «БГМУ». – 2021. – С. 82-87.

13. Карвасарский, Б.Д. Медицинская психология [Текст] / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 2020. – 272 с.

14. Каган, В.Е. Понимая себя. Взгляд психотерапевта [Текст] / В.Е. Каган. – М.: Смысл, 2002. – 268 с.

15. Кашапов, М.М. Психологическое консультирование [Текст] / М.М. Кашапов. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: Юрайт, 2020. – 157 с.

16. Ковалев, С.В. Психотерапия человеческой жизни [Текст] / С.В. Ковалев. – М.: Медков, 2022. – 348 с.

17. Кон, И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание [Текст] / И.С. Кон. – М.: Политиздат, 1984. – 335 с.

18. Кораблина, Е.П. Психологическое консультирование [Текст] / Е.П. Кораблина, И.А. Акиндинова, А.А. Баканова, А.М. Родина; под редакцией Е.П. Кораблиной. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: Юрайт, 2020. – 222 с.

19. Крутова, В.А. Причины женского бесплодия [Текст] / В.А. Крутова, Б.Г. Ермошенко // Успехи современного естествознания. – 2017. – № 11. – С. 16–19.

20. Лакошина, Н.Д. Клиническая психология [Текст] / Н.Д. Лакошина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. - [8-изд.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2021. – 416 с.

21. Лакошина, Н.Д. Медицинская психология [Текст] / Н.Д. Лакошина,

Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 2021. – 272 с.

22. Леонгард, К. Акцентуированные личности [Текст] / К. Леонгард; [пер. с нем. В.В. Лещинской]. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 446 с.

23. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики [Текст] / А.Н. Леонтьев; под ред. и с пред. Д.А. Леонтьева. – 5-е, испр. и доп. изд. – М.: Смысл, 2020. – 526 с.

24. Лебединский, М.С. Введение в медицинскую психологию [Текст] / М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев. – СПб.: Питер, 2020. – 430 с.

25. Леонтьева, В.Л. Психология [Текст] / В.Л. Леонтьева. – М.: Юрайт, 2019. – 152 с.

26. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезней и атерогенные заболевания [Текст] / Р.А. Лурия. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.

27. Мантрова, М.С. Психологическое консультирование [Текст] / М.С. Мантрова. – 2-е изд. – М.: Флинта, 2017. – 116 с.

28. Масыгутова, Л.Ф. Психологический взгляд на причины идиопатического бесплодия [Текст] / Л.Ф. Масыгутова // Вестник науки и образования. – 2018. – №17-1. – С.113-116.

29. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология [Текст] / В.Д. Менделевич. – [5-е изд.]. – М.: МЕДпресс-информ. – 2022. – 432 с.

30. Мордас, Е.С., Берсенева, Я.В. Личностные особенности женщин с психогенным бесплодием (на различных уровнях организации индивидуальности) [Текст] / Е.С. Мордас, Я.В. Берсенева // Психология и Психотехника. – 2020. – № 3. – С. 69 - 83.

31. Немов, Р.С. Психологическое консультирование [Текст] / Р.С. Немов. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2020. – 440 с.

32. Николаева, В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: автореферат дисс. доктора психологических наук: 19.00.04 [Текст] / В.В. Николаева. – М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 1992. – 48 с.

33. Обухова, А.С. Психология личности [Текст] / А.С. Обухова. – М.: Юрайт, 2019. – 404 с.
34. Овчинников, Б.В., Дьяконов, И.Ф., Лытаев, С.А. Психическое и профессиональное здоровье. Психологическая диагностика и коррекция [Текст] / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, С.А. Лытаев. – СПб.: СпецЛит, 2022. – 295 с.
35. Пантелиев, С.Р. Методика исследования самоотношения [Текст] / С.Р. Пантелеев, В.В. Столин // Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики, 1989. – С. 166-172.
36. Петрова, Н.Н. Особенности психического состояния и личностно-психологические характеристики женщин с бесплодием, подвергающихся лечению методом ЭКО [Текст] / Н.Н. Петрова, Е.Н. Подольхов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – № 3. – С. 115-121.
37. Резникова, Т.Н. Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ и клинико-психологические соотношения: автореферат дисс. доктора медицинских наук: 19.00.04 [Текст] / Т.Н. Резникова. – СПб: Ин-т мозга человека, 1998. – 40 с.
38. Роджерс, К. Гуманистическая психология: теория и практика [Текст] / К. Роджерс; под ред. [авт. вступ. ст. и сост.] А.Н. Сухова. – Воронеж: МОДЭК, 2013. – 450 с.
39. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии [Текст] / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2022. – 705 с.
40. Рябченко, С.А. Психологическое консультирование [Текст] / С.А. Рябченко. – Саратов: Вузовское образование, 2019. – 189 с.
41. Самыгин, С.И., Кротов, Д.В., Столяренко, Л.Д. Психология [Текст] / С.И. Самыгин, Д.В. Кротов, Л.Д. Столяренко. – М.: Феникс, 2020. – 280 с.
42. Сарджвеладзе, Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой [Текст] / Н.И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: Мецниереба, 1989. – 204 с.
43. Смарышева, В.А. Кризисное психологическое консультирование

[Текст] / В.А. Смаришева. – СПб.: ЧОУВО «Восточно-европейский институт психоанализа», 2020. – 184 с.

44. Спиркин, А.Г. Сознание и самосознание [Текст] / А.Г. Спиркин. – М.: Политиздат, 1972. – 303 с.

45. Стеняева, Н.Н. Психосоматические и сексуальные расстройства у женщин с бесплодием [Текст] / Н.Н. Стеняева // Акушерство и гинекология. – 2018. – № (4). – С.86-93.

46. Столин, В.В. Самосознание личности [Текст] / В.В. Столин. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1983. – 285 с.

47. Тювина, Н.А. Бесплодие и психические расстройства у женщин [Текст] / Н.А. Тювина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2019. – № 11. – С. 16-19.

48. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология [Текст] / Ю.Г. Фролова. – М.: Высшая школа, 2021. – 384 с.

49. Чеснокова, И.И. Проблема самосознания в психологии [Текст] / И.И. Чеснокова. – М.: Наука, 1977. – 144 с.

50. Шнейдер, Л.Б. Психология идентичности [Текст] / Л.Б. Шнейдер. – М.: Юрайт, 2019. – 328 с.

51. Шумский, В.Б. Экзистенциальная психология и психотерапия [Текст] / В.Б. Шумский. – М.: Юрайт, 2019. – 156 с.

52. Якуничева, О.Н. Медицинская психология [Текст] / О.Н. Якуничева. – М.: Лань, 2021. – 197 с.

53. Atake, E.H., Gnakou, Ali. P. Women's empowerment and fertility preferences in high fertility countries [Text] / E.H. Atake, Ali. P. Gnakou // BMC Womens Health. – 2019. – №. 19(1). – P. 54.

54. Bitzer, J. Fertility Awareness Based Methods [Text] / J. Bitzer // FertilSteril. – 2022. – №. 79(10). – P. 535-540.

55. Boivin, J. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women [Text] / J. Boivin, J. Takefman // FertilSteril. – 2021. – №. 64. – P. 802-810.

56. Palomba, S. Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility [Text] / S. Palomba // *Reprod Biol Endocrinol.* – 2022. – №16 (1). – P. 113.

57. Hunt, S. Assessment of female fertility in the general practice setting. [Text] / S. Hunt // *Aust J Gen Pract.* – 2020. – №49(6). – P. 304-308.

58. Shani, C. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors [Text] / C. Shani // *Psychiatry Res.* – 2019. – V. 240. – P.53-59.

59. Simmons, R.G., Jennings, V. Fertility awareness-based methods of family planning [Text] / R.G. Simmons, V. Jennings // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* – 2020. – P.68-82.

60. Stewart, D. International psychosocial and systemic issues in women's mental health [Text] / D. Stewart // *Arch. Women's Mental Health.* – 2020. – V.4 (3). – P. 13-17.

61. Ushma, D.U. Women's empowerment and fertility: a review of the literature [Text] / D.U. Ushma // *Soc Sci Med.* – 2020. – №10. – 111-120.

62. Vander, B.M., Wyns, C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology [Text] / B.M. Vander, C. Wyns // *Clin Biochem.* – 2018. – №2-10. – 130-137.

63. Демография. Росстат. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 04.05.23).

64. ВОЗ: бесплодием страдает каждый шестой человек в мире. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility> (дата обращения: 02.05.23).

65. Женское бесплодие. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/641_1?ysclid=lhahp381ia373349378 (дата обращения: 29.04.23).

66. Филиппова, Г.Г. Репродуктивная психология: психологическая

помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий [Текст] / Г.Г. Филиппова // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – N3 (5). – С. 6. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp>.

Otlichnici.ru | info@otlichnici.ru

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Вопросы авторской анкеты по сбору анамнеза исследуемых женщин

1. Имя (ник)
2. Возраст
3. Замужем/гражданский брак/в отношениях/одинока
4. Есть ли дети, сколько
5. Чем занимается в жизни: работаю/учусь
6. Когда был поставлен диагноз «бесплодие» - год
7. Какой фактор бесплодия
 - a. Трубное бесплодие
 - b. Бесплодие эндокринного характера
 - c. Маточная форма бесплодия
 - d. Иммунная форма бесплодия
 - e. Неясного генеза
 - f. Другое
8. Какое лечение бесплодия проводилось
9. Сколько попыток ЭКО проводилось
10. Обращались ли за психологической помощью и сопровождением
 - a. Да/нет
 - b. по поводу диагноза бесплодие
 - c. по сопровождению в протоколах ЭКО

Стимульный материал методики «Шкала депрессии» А.Т. Бека

1	<p>0 – Я не чувствую себя несчастным. 1 – Я чувствую себя несчастным. 2 – Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства. 3 – Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.</p>
2	<p>0 – Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным. 1 – Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным. 2 – Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем. 3 – Я чувствую, что будущее безнадежно и ничего не изменится к лучшему.</p>
3	<p>0 – Я не чувствую себя неудачником. 1 – Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей. 2 – Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череды неудач. 3 – Я чувствую себя полным неудачником.</p>
4	<p>0 – Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше. 1 – Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше. 2 – Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было. 3 – Я всем неудовлетворен, и мне все надоело.</p>
5	<p>0 – Я не чувствую себя особенно виноватым. 1 – Довольно часто я чувствую себя виноватым. 2 – Почти всегда я чувствую себя виноватым. 3 – Я чувствую себя виноватым все время.</p>
6	<p>0 – Я не чувствую, что меня за что-то наказывают. 1 – Я чувствую, что могу быть наказан за что-то. 2 – Я ожидаю, что меня накажут. 3 – Я чувствую, что меня наказывают за что-то.</p>
7	<p>0 – Я не испытываю разочарование в себе. 1 – Я разочарован в себе. 2 – Я внушаю себе отвращение. 3 – Я ненавижу себя.</p>
8	<p>0 – У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других. 1 – Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки. 2 – Я все время виню себя за свои ошибки. 3 – Я виню себя за все плохое, что происходит.</p>
9	<p>0 – У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой. 1 – У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю. 2 – Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.</p>

	3 – Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.
10	0 – Я плачу не больше, чем обычно. 1 – Сейчас я плачу больше обычного. 2 – Я теперь все время плачу. 3 – Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.
11	0 – Сейчас я не более раздражителен, чем обычно. 1 – Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам. 2 – Сейчас я все время раздражен. 3 – Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.
12	0 – Я не потерял интереса к другим людям. 1 – У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше. 2 – Я почти утратил интерес к другим людям. 3 – Я потерял всякий интерес к другим людям.
13	0 – Я способен принимать решения так же, как всегда. 1 – Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно. 2 – Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде. 3 – Я больше не могу принимать каких-либо решений.
14	0 – Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно. 1 – Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным. 2 – Я чувствую, что изменения, происходящие в моей внешности, сделали меня непривлекательным. 3 – Я уверен, что выгляжу безобразным.
15	0 – Я могу работать так же, как раньше. 1 – Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать. 2 – Я с большим трудом заставляю себя что-либо сделать. 3 – Я вообще не могу работать.
16	0 – Я могу спать так же хорошо, как и обычно. 1 – Я сплю не так хорошо, как всегда. 2 – Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова. 3 – Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.
17	0 – Я устаю не больше обычного. 1 – Я устаю легче обычного. 2 – Я устаю почти от всего того, что делаю. 3 – Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.
18	0 – Мой аппетит не хуже, чем обычно. 1 – У меня не такой хороший аппетит, как был раньше. 2 – Сейчас мой аппетит стал намного хуже. 3 – Я вообще потерял аппетит.
19	0 – Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного. 1 – Я потерял в весе более 2 кг. 2 – Я потерял в весе более 4 кг. 3 – Я потерял в весе более 6 кг.
20	0 – Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно. 1 – Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры. 2 – Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом. 3 – Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем не могу думать.
21	0 – Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах. 1 – Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом. 2 – Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом. 3 – Я совершенно утратил интерес к сексу.

Стимульный материал методики SF-36

Ф.И.О. _____

Дата заполнения _____

1. Как бы Вы в целом оценили состояние Вашего здоровья (обведите одну цифру)

Отличное	1
Очень хорошее	2
Хорошее	3
Посредственное	4
Плохое	5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад (обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад	1
Несколько лучше, чем год назад	2
Примерно так же, как год назад	3
Несколько хуже, чем год назад	4
Гораздо хуже, чем год назад	5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми сталкиваетесь в течение своего обычного дня

Ограничивает ли вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели так, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой повседневной деятельности, вследствие чего: (обведите одну цифру в каждой строке)

Да Нет

А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела

1 2

Б. Выполнили меньше, чем хотели

1 2

В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности

1 2

Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)

1 2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой повседневной деятельности, вследствие чего: (обведите одну цифру в каждой строке)

Да Нет

А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела

1 2

Б. Выполнили меньше, чем хотели

1 2

В. Выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно

1 2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру в каждой строке)

Совсем не мешало

1

Немного

2

Умеренно

3

Сильно

4

Очень сильно

5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру в каждой строке)

Совсем не испытывал(а)

1

Очень слабую

2

Слабую

3

Умеренную

4

Сильную

5

Очень сильную

6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)? (обведите одну цифру в каждой строке)

Совсем не мешала

1

Немного

2

Умеренно

3

Сильно

4

Очень сильно

5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали, и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель

Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям (обведите одну цифру)	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?
(обведите одну цифру в каждой строке)

Все время	1
Большую часть времени	2
Иногда	3
Редко	4
Ни разу	5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?
(обведите одну цифру)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Стимульный материал методики ТОБОЛ

1. Самочувствие

С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	1
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	2
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	3
Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	4
У меня почти всегда что-нибудь болит	5
Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений	6
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	7
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	8
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	9
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	10
Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

2. Настроение

Как правило, настроение у меня очень хорошее	1
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	2
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	3
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	4
Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	5
Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	6
У меня стало совершенно безразличное настроение	7
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	8
У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев	9
Малейшие неприятности сильно огорчают меня	10
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

3. Сон и пробуждение ото сна

Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	1
Утро для меня – самое тяжелое время суток	2
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	3
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	4

Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко	5
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	6
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-госкливые сновидения	7
Утром я встаю бодрым и энергичным	8
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	9
По ночам у меня бывают приступы страха	10
С утра я чувствую полное безразличие ко всему	11
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	12
Во сне мне видятся всякие болезни	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

4. Аппетит и отношение к еде

Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	1
У меня хороший аппетит	2
У меня плохой аппетит	3
Я люблю сытно поесть	4
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	5
Мне легко можно испортить аппетит	6
Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность	7
Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье	8
Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	9
Еда не доставляет мне никакого удовольствия	10
Ни одно из определений мне не подходит	11

5. Отношение к болезни

Моя болезнь меня пугает	1
Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	2
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	3
Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	4
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	5
Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	6
Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	7
Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	8
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	9
Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	10

Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	12
Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	13
Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда	14
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	15
Ни одно из определений мне не подходит	16

6. Отношение к лечению

Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	1
Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	2
Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни	3
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	4
Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь	5
Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, угрожают мне на каком-либо этапе операции	6
Всегда новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	7
Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	8
Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	9
Считаю, что меня лечат неправильно	10
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	11
Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое	12
Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	13
Меня раздражает и озабляет, когда лечение не дает улучшений	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

7. Отношение к врачам и медперсоналу

Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	1
Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	2
Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей	3
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	4
Мне все равно, кто и как меня лечит	5

Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения	6
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня напряжение	7
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	8
С большим уважением и отношусь к медицинской профессии	9
Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности	10
Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	11
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	12
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

8. Отношение к родным и близким

Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня	1
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не смрачать им настроение	2
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	3
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	4
Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	5
Близкие не считаютя с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	6
Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	7
Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	8
Из-за болезни я стал в тягость близким	9
Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня напряжение	10
Я считаю, что заболел из-за моих родных	11
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	12
Ни одно из определений мне не подходит	13

9. Отношение к работе (учеба)

Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	1
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	2
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной	3
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)	4

Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	5
Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью	6
На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже притираются ко мне	7
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	8
Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни	9
Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	10
Болезнь сделала меня неуверенным и нетерпеливым на работе (в учебе)	11
На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	12
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	13
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

10. Отношение к окружающим

Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня	1
Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое	2
Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	3
Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	4
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	5
Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть	6
Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	7
Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	8
Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	9
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	10
Мое окружение дошло меня до болезни, и я этого не прошу	11
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня	12
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

11. Отношение к одиночеству

Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	1
Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	2
В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу	3

В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	4
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	5
Стесняюсь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	6
Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	7
Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	8
Желание побегать одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	9
Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	10
Нич одно из определенных мне не подходит	11

12. Отношение к будущему

Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	1
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	2
Я всегда надеюсь на светлое будущее, даже в самых отчаянных положениях	3
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	4
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	5
Свое будущее я тесно связываю с успехом в моей работе (учебе)	6
Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	7
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее	8
Я уверен, что в будущем исправятся ошибки и капризность тех, из-за кого я заболел	9
Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей	10
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	11
Нич одно из определенных мне не подходит	12

Стимульный материал методики «Шкала личностной тревожности»

Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№п/п	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4