

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

**Аннотация:** в статье рассматриваются проблемы и особенности женщин с нарушением репродуктивных функций, бесплодием по сравнению со здоровыми в репродуктивном отношении женщинами.

В последние десятилетия стало достаточно популярным изучение психологических особенностей женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией.

В зарубежной психологии этой проблематикой занимаются уже достаточно давно. В частности, еще в конце семидесятых годов было проведено масштабное междисциплинарное исследование, в котором было выделено более 700 факторов, объединенных в 46 шкал [12]. Авторы установили, что из психологических факторов с успешной адаптацией к беременности и материнству коррелируют: сильное эго (личностная зрелость), достигнутая женская идентичность (зрелая полоролевая идентификация), опыт взаимодействия с младенцами в детстве (один из видов онтогенетического опыта, связанный с развитием материнства).

В отечественных исследованиях начиная с 90-х годов интенсивно изучаются психосоматические и психотерапевтические аспекты нарушенной репродуктивной функции, и в частности зачатия и беременности [6,9,11]. При этом Э. В. Кришталь, М. В. Маркова [6] указывают, что женщины с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией не различаются по устойчивым личностным качествам, не имеющим прямого отношения к адаптационным механизмам. Среди них экстраверсия – интроверсия, особенности когнитивной сферы, а также таким индивидуальным и социальным параметрам, как: возраст, образование, количество детей в семье, материальные и жилищные условия.

Вместе с тем проведенные исследования и полученные данные позволяют обобщить выявленные психологические особенности женщин с разными формами нарушения репродуктивной функции (нарушением менструального цикла, гинекологическими заболеваниями, невынашиванием, задержками внутриутробного развития ребенка, гестозами, осложнениями менопаузы и т. п.).

Исследования В.Д.Менделевича и Э.В. Макаричевой [7] показали, что в преморбиде у женщин с необъяснимым бесплодием широко распространены черты психического инфантилизма. По мнению авторов 1/3 больных, страдающих бесплодием неясного генеза, имеют черты психического инфантилизма, а 89,5% исследованных имеют слабую половую конституцию.

С помощью теста ММПИ В.Д. Менделевич и Э.В. Макаричева выявили определенный личностный профиль бесплодных женщин. Эти женщины имеют склонность к депрессивным реакциям, конфликтны, эмоционально неустойчивы, тревожны с выраженным стремлением нравиться всем окружающим. Они неуверенны в себе, их самооценка неустойчива и зависит от мнения окружающих [7]. Неудовлетворенность собой, сниженную самооценку отмечает у бесплодных женщин А.В.Колчин [5]. Patt с соавторами обнаружил у бесплодных женщин противоречие между самооценкой и своими идеалами.

Н.А. Богдан [3] в психологическом портрете женщины, испытывающей затруднения в вопросе рождения ребенка, выделяет не только психологическую незрелость и инфантилизм. Отсутствие психологической фертильности она также связывает с базовым недоверием окружающему миру, поэтому здесь не важно, есть на то веские причины или нет. Недоверие окружающим проявляется в таких особенностях личности, как повышенное желание контролировать ситуацию вокруг, непринятие нового, психологическая негибкость, чрезмерная приверженность четкому планированию.

Бесплодные женщины неуверенны не только в окружающих, своем партнере, но и в себе. В качестве отличительной особенности бесплодных женщин автор выделяет заниженную самооценку или компенсированную заниженную самооценку. Скомпенсированная низкая самооценка приводит к стремлению к перфекционизму (комплексу отличницы). Стремление к тому, чтобы у них все было «на отлично», лучше чем у других, является способом повышения самооценки. Такие женщины в стремлении преодолеть чувство неполноценности добиваются очень многого, но в глубине души остаются неуверенными в себе, не любящими себя.

Н.А. Богдан указывает, что у женщин с нарушенной психологической фертильностью имеется внутренний конфликт в психологическом принятии своего пола, который часто формируется вследствие конфликтных отношений с родителями в детстве. Как следствие они

асексуальны, что проявляется, например, в повышенной ценности карьеры, психологическом поведении, свойственном противоположному полу – лидерстве, принятии на себя высокой ответственности, волевым характере. Несоответствие психологического пола часто формируется вследствие конфликтных отношений с родителями в детстве.

Отмечается, что бесплодные женщины часто имеют трудности и психотравмы детского возраста, различные страхи – потери привлекательности, карьеры, внимания мужа, физической боли, родов, страх потери независимости, и очень много других. Эти женщины нередко воспитывались в многодетной семье или в детском учреждении [3].

Карымова О. С. [4] проведя анализ результатов СМИЛ показала, что для женщин–матерей более свойственны эмоциональная устойчивость, социальная адаптированность, интровертированный тип общения, фемининные черты личности. В социальном – значимых ситуациях они проявляют уступчивость. В то время как бесплодные женщины в целом эмоционально неустойчивы, при этом возможен конфликт между стремлениями в разнонаправленные стороны: эгоизм и альтруизм, агрессивность и стремление нравиться, обособленность и принадлежность группе. При этом для них характерна маскулинность: независимость, стремление к эмансипации, самодостаточность. Кроме этого в отличие от матерей они склонны к психосоматическим расстройствам.

Результаты методики ДМО позволили О.С. Карымовой заключить, что женщины, состоящие на учете по бесплодию, в большинстве своем властны, нетерпимы к критике, независимы, обособлены в группе, в некоторой степени самодовольны, упорны, подозрительны к окружающим. При этом они прислушиваются к мнению окружающих и порой зависят от их мнения. Для группы же женщин–матерей, характерны: уверенность, искренность, непосредственность, умение быть хорошим наставником и организатором, реалистичность в отношениях с другими, скромность, покорность, склонность брать на себя чужие обязанности, потребность в помощи и доверии со стороны, компромиссное поведение, развитое чувство ответственности, выраженная готовность помогать другим людям.

В рамках исследования, с помощью методики ДМО О.С. Карымова обнаружила, что бесплодные женщины чаще описывают портрет своего партнера как способного организатора, однако при этом конформного, зависимого от мнения окружающих, покорного, обидчивого, недоверчивого, подозрительного, с чувством вины. В свою очередь, большинство женщин – матерей оценивают образ реального партнера как доверчивой личности, помогающего, способного выполнять чужие обязанности, имеющего свою точку зрения, неконформного, с устойчивыми моральными ценностями, одновременно нетерпимого к критике.

В перинатальной психологии принято выделять *две группы женщин (А и Б)*, имеющих осложнения зачатия и течения беременности [1, 7].

*В группу А входят женщины*, имеющие нарушение репродуктивной функции до беременности в основном гормонального происхождения, бесплодие или трудности зачатия, угрозу прерывания беременности и невынашивания, нарушение внутриутробного развития ребенка с минимальным риском для здоровья женщины. *В группу Б входят женщины*, имеющие гинекологические заболевания соматического характера и негинекологические соматические проблемы, влияющие на успешность репродуктивной функции и одновременно угрожающие здоровью женщины [1, 7].

Исследователи обнаружили, что личностные особенности женщин входящих в эти две группы отличаются. *Для женщин из группы А характерны следующие психологические особенности [1, 7]:*

- эмоциональная неустойчивость, склонность к гиперстеническому реагированию;
- склонность к перепадам настроения;
- болезненное отношение к неудачам с накоплением отрицательных эмоций и их взрывчатым выплеском;
- склонность к формированию сверхценных идей, что проявляется в сверхценности беременности, своей репродуктивной функции;
- искажение женской идентичности: усиление маскулинных качеств и ослабление женственности, отвержение собственной женственности;
- снижение уровня социальной адаптации, отсутствие гибкости во взаимодействии;
- конфликтные отношения с матерью, иногда выражающиеся в некритичной идеализации и недифференцированном представлении об отношениях с ней;
- неудовлетворенность собой, завышенная самооценка;
- неудовлетворенность отношением к себе других, претензии к ним;
- защитное декларирование ценности материнства;
- пониженная ценность ребенка;
- повышенная тревожность с преимущественно выраженной эмоциональной составляющей;
- возможно недостаточное осознание болезни, эйфория;
- гетероагрессия, чаще подавленная.

*У женщин группы Б диагностированы такие психологические особенности:*

- эмоциональная неустойчивость, склонность к гипостеническому реагированию;
- склонность к пониженному настроению, раздражительность;
- снижение общей активности;
- подверженность стрессам, склонность к депрессиям;
- зависимость от окружающих, поиск внешней помощи;
- нормальная женская идентичность, усиление женственности;
- тревожные, зависимые, симбиотические отношения с матерью;
- неуверенность в себе, заниженная самооценка, чувство вины;
- доверие, некритичность по отношению к другим;
- неуверенность в своей материнской компетентности, сверхответственность;
- повышенная ценность ребенка, но возможна пониженная;
- повышенная тревожность с преимущественно выраженной соматической (функциональной) составляющей;
- невротизация по типу «бегство в болезнь»;
- аутоагрессия, чаще подавленная, риск суицида.

Выявленные особенности свидетельствуют о том, что женщины обеих групп имеют, во-первых, выраженный внутренний конфликт в материнской сфере, во-вторых, нарушения психологической адаптации и инфантильный способ разрешения конфликтной ситуации по типу соматизации, в-третьих, различия по форме конфликта в материнской сфере, адаптационным механизмам и формам соматизации конфликтной ситуации.

Г.Г. Филиппова дополняет и расширяет информацию о различиях, свойственных женщинам из групп А и Б [10,11]. Она полагает, что для женщин *группы А* характерны принятие своей женственности и подавленная гетероагрессия, а также:

- неготовность к материнству в форме «конфликтность»;
- образ ребенка объектный, с ярко выраженной конфликтностью;
- преимущество негативных черт ребенка или эйфорическая неосознанность его негативных черт;
- слабая сформированность образа ребенка, отсутствие динамики этого образа в течение беременности;
- пониженная ценность ребенка;
- сниженная материнская компетентность;
- негативное отношение к материнским обязанностям;
- эмоционально бедное или конфликтное представление о себе как о матери;
- конфликтные или некритично идеализированные представления о своей матери;
- представление о своей дочерней роли как источнике осложнений в жизни матери.

Кроме того, женщины этой группы отличаются защитной декларацией тревоги за ребенка и сверхценности материнства, что выражается в негативном невербальном и позитивном вербальном образах своего ребенка и себя как матери.

По мнению Филипповой для женщин *группы Б* характерны принятие своей женственности и подавленная аутоагрессия, а также:

- неготовность к материнству в форме «тревожность»;
- образ ребенка недостаточно субъектный, с выраженной тревожностью;
- преимущество позитивных черт ребенка, сверхценность ребенка и материнства;
- слишком подробная прорисовка и конкретность образа ребенка, недостаточная динамика образа в течение беременности;
- повышенная или пониженная ценность ребенка;
- обостренная материнская компетентность, склонность к гиперопеке;
- сверхценное отношение к материнским обязанностям;
- тревожное представление о себе как матери с заниженной самооценкой;
- симбиотические, амбивалентные или тревожные представления о своей матери;
- представление о своей дочерней роли как сверхценности для матери, одновременно с выраженной тревожностью.

Кроме того, женщины этой группы отличаются реальной декларацией тревоги за ребенка и сверхценности материнства в сочетании с тревогой по поводу своей несостоятельности, что выражается в позитивном невербальном и недифференцированном или негативном вербальном образах своего ребенка и себя как матери.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что для женщин с нарушением репродуктивных функций, бесплодием по сравнению со здоровыми в репродуктивном отношении женщинами характерны следующие особенности: недостаточность способности к социальной адаптации; общая инфантильность, проявляющаяся незрелостью личностной сферы, искаженной или незрелой полоролевой идентификацией; неадекватные (инфантильные, дезадаптивные) формы реагирования на стрессовые ситуации; эмоциональная неустойчивость; внутренняя конфликтность; базовое недоверие к окружающему миру, сочетающееся с зависимостью от дру-

гих; повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности; заниженная самооценка или компенсировано заниженная самооценка; подавленная агрессия разной направленности; осложненные отношения с другими людьми, прежде всего – близкими, деструктивный опыт отношений с собственной матерью. Учитывая проведенное нами теоретическое исследование, в практической коррекционной работе с психологической составляющей, обуславливающей проблему зачатия, в качестве основных следует выделить несколько блоков работы:

- работа с повышенной тревожностью;
- проработка отношений с матерью;
- работа с образом «Я» и самооценкой;
- актуализация ресурсов с помощью ресурсных техник.

### *Список литературы*

1. Абрамченко В. В., Коваленко Н. П. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности // Перинатальная психология и медицина: Сб. матер. конф. по перинат. психол.— СПб.: 2001 г., С. 24–29.
2. Богдан Н.А. Психологические проблемы, сопровождающие проблему бесплодия и возможности оказания психологической помощи в процессе его лечения методом ЭКО// Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: Матер. Всерос. конф.— Иваново, 2001 г., С. 98–101.
3. Карымова О. С. Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин // Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – СПб, 2010 г.
4. Колчин А. Психологические аспекты репродукции человека. // Проблемы репродукции . – М., С. 12-13.
5. Кришталь Э. В., Маркова М. В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии. - Харьковская медицинская академия последипломного образования, 2003 г.
6. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие.// Социальная и клиническая психиатрия. 1996 г. №3 стр.20-22.
7. Миронова Светлана Беременность – это благодать! ГУПСО «Ревдинская типография».
8. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия.— Казань, 1996 г.
9. Филиппова Г. Г. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности // Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: Матер. Всерос. конф.— Иваново, 2001 г., С. 4–11.
10. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие.— М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002.
11. Shereshefsky P. M., Yarrow L. J. Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation.—N. J.: Raven Press Publ., 1973 г.