



МАТЕРИАЛЫ III МЕЖДУНАРОДНОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ



**ПСИХОЛОГИЯ И  
ПЕДАГОГИКА СЕМЬИ**

САРАТОВ  
2018



Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского (Факультет психологии)

Аппарат Уполномоченного по правам ребенка в Саратовской области

Университет «Проф. д-р Асен Златаров», г. Бургас, Болгария

Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко

(Институт педагогики и психологии)

Региональная развивающая межнациональная площадка  
«Семейный университет» Местной религиозной организации  
ортодоксального иудаизма – Саратовского областного еврейского  
религиозного общества

## ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА СЕМЬИ

Материалы III Международной научно-практической конференции  
26-27 мая 2018 года



**СЕМЕЙНЫЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**  
региональная развивающая  
межнациональная площадка



Саратов  
ИЦ «Наука»  
2018

## **ЛИЧНОСТНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СОВЛАДАЮЩИХ С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ПОМОЩИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

**С.В. Фролова**

кандидат философских наук, доцент кафедры консультативной психологии Саратовского национального исследовательского государственного университета имени Н.Г.Чернышевского

**А.А. Чураков**

доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии СГМУ им. В.И. Разумовского, руководитель ООО «МЦ "Врачебная практика"»

В статье представлены результаты эмпирического исследования личностно-эмоциональных особенностей женщин, готовящихся к экстракорпоральному оплодотворению. Обследованы 53 женщины в возрасте от 24 до 42 лет (средний возраст 32 года). Основной диагноз обследованных женщин – бесплодие различного генеза. Выявлены психологические риски сохранения психосоматического здоровья у женщин, готовящихся к экстракорпоральному оплодотворению: неосознаваемая психологическая тревога, эмоциональная неустойчивость, слабо развитая способность управления эмоциональной сферой при выраженной тенденции к подавлению и вытеснению эмоций, склонность к дистрессовому типу реагирования, подавление или фрустрация потребности в активной и деятельной самореализации.

**Ключевые слова:** личностно-эмоциональные особенности, экстракорпоральное оплодотворение, риски сохранения психосоматического здоровья.

## **PERSONALITY AND EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF WOMEN FIGHTING INFERTILITY THROUGH IN VITRO FERTILIZATION**

**S. V. Frolov**

PhD in philosophy, associate Professor of the Department of consultative psychology of Saratov national research state University named after N.

D.Chernyshevsky

**A. A. Churakov**

doctor of medical Sciences, Professor, Department of urology Chaim. V. I. Razumovsky, head of LLC «MC " Medical practice"»

The article describes the results of the empirical study into the personality and emotional characteristics of women getting ready to in vitro fertilization. 53 women at the age of 24 to 42 were examined (the mean age=32). The main diagnosis is infertility of various genesis. The study revealed psychological risks of

psychosomatic health maintenance among women getting ready to in vitro fertilization: unconscious psychological anxiety, emotional instability, poor ability to control emotional sphere alongside with the clear tendency for emotional suppression and repression, tendency towards distress response, suppression and frustration of the need for active self-realization.

**Keywords:** personality and emotional characteristics, in vitro fertilization, risks of psychosomatic health maintenance.

Проблемы современной семьи связаны с целым комплексом факторов транзитивного общества – с социокультурными трансформациями, с экологическими сдвигами, с демографическими процессами, а также с изменениями в сфере сохранения репродуктивного здоровья. Переживание любых проблем, так же, как и совладание с ними имеет своё психологическое содержание. В последнее время всё большее число молодых семей сталкивается с проблемой бесплодия, решение которой требует не только медицинских, социальных, экономических, но также и психологических ресурсов.

Диагноз «бесплодие», как показано в исследованиях Т. Д.Василенко и Е. А.Петражицкой, становится фактором трансформации всего жизненного пути личности [1; 2] и накладывает отпечаток на психологические свойства и состояния [3; 4]. Достижения современных медицинских технологий позволяют находить способы преодоления ситуации бесплодия, одним из которых является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). С одной стороны, принятие решения об использовании технологии ЭКО может давать возможность супружеской паре реализовать свои существенные социально-психологические роли и избежать трагических трансформаций намеченных жизненных планов. С другой стороны, опыт предшествующих неудачных попыток забеременеть в течение довольно длительного времени может создавать основу для формирования неэффективных жизненных установок и неконструктивных привычек эмоционального реагирования. Другими словами, ситуация вступления в программу ЭКО, несмотря на появление шансов реализации жизненных стратегий, обременена тяжелым психоэмоциональным следом от пережитых страхов, разочарований, неудач и преломляемым сквозь призму этого негативного опыта восприятием и реагированием на происходящие события. Нередко сформировавшиеся личностные особенности и деструктивные эмоциональные привычки становятся основой психосоматических барьеров успешного воздействия репродуктивной технологии методом ЭКО. Несмотря на значительное число накопленных данных о психоэмоциональных особенностях женщин с диагнозом «бесплодие», вступающих в программы вспомогательных репродуктивных технологий, большинство из них сводятся к обозначению негативной роли тревоги и функциональных депрессивных состояний [3; 5; 6]. До сих пор остаётся пока не выясненным феноменологическое

содержание и качественная специфика этих тревожных и депрессивных расстройств у женщин, прибегающих к репродуктивным технологиям. Изучение и понимание этих психоэмоциональных феноменов позволит более тщательно и дифференцированно выстраивать психологическую поддержку женщине, вступающей в программу ЭКО.

Целью данного исследования явилось изучение качественной специфики личностно-эмоциональных особенностей и содержания переживаний женщин, страдающих бесплодием и готовящихся к вступлению в программу ЭКО. Выборку составили 53 женщины в возрасте от 24 до 42 лет (средний возраст 32 года). Основной диагноз обследованных женщин – бесплодие различного генеза: 56% первичное бесплодие (11% – первичное бесплодие эндокринного фактора), 44% – вторичное бесплодие. Исследование проводилось на базе медицинского центра «Врачебная практика» г. Саратова.

В качестве психодиагностического инструментария в исследовании использовались метод цветовой выборки (МЦВ) М. Люшера, цветовой тест отношений (ЦТО) А.М. Эткинды, методика «Анализ семейной тревоги» Э.Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса, опросник FPI (Фрейбургский личностный опросник в адаптации А.А. Крылова и Т.И. Ронгинского), образно-ассоциативный тест Г. Роршаха, психодиагностическая беседа. В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты.

#### ***Особенности неосознаваемых эмоциональных состояний***

С помощью МЦВ было выявлено, что наиболее предпочитаемыми цветами в исследуемой выборке являются зелёный, фиолетовый и жёлтый цвета. Самыми распространёнными сочетаниями на первых двух позициях оказались соединение зелёного и жёлтого цветов (35%), что свидетельствует об эмоциональной неустойчивости и противоречивых амбициозно-защитных тенденциях; а также пара зелёного и фиолетового цветов (30%), указывающая на трудности социальной адаптации и защитные внешне обвинительные тенденции. Третье сочетание цветов, реже встречающееся, но содержательно дополняющее первые два, это соединение жёлтого и фиолетового (16%), также свидетельствующее об эмоциональной неустойчивости и трудностях социальной адаптации. Особое внимание обращает на себя факт игнорирования или отвержения в выборке и в подгруппах одного из основных цветов – красного цвета, соответствующего базисной психологической потребности в самореализации, потребности действовать и добиваться успеха. В норме этот цвет должен находиться на первых трех позициях. Однако на первые две позиции он выбирается только 5% женщин, готовящихся к ЭКО, а на третью позицию – 19% женщин. Для 76% женщин, страдающих бесплодием, характерно вытеснение потребности в самореализации, стремлении к успеху и достижении целей, переживание эмоционально-психологической подавленности. Для 27% женщин, отодвигающих красный цвет на последние три позиции, характерны

тревожные переживания в связи с фрустрацией потребности в активной самореализации и достижении целей.

Достоверные различия в цветовых выборах между группами первичного и вторичного бесплодия обнаружены только в проявлении уровня тревоги. В группе первичного бесплодия уровень тревоги (среднее значение – 1,4) в два раза выше, чем в группе вторичного бесплодия (среднее значение – 0,7). В группе первичного бесплодия тревога связана с переживанием фрустрации потребностей в самореализации, достижении целей (22%), аффилиативных потребностей (потребности в эмоциональной поддержке и доверительных отношениях, 22%), потребности в независимости и чувстве защищенности (11%), потребности в надежде на перемены (11%). В группе вторичного бесплодия тревога связана с переживанием фрустрации потребности в самореализации (29%) и аффилиативной потребности (29%).

#### ***Особенности отношения к супругу и рождению будущего ребенка***

С помощью метода цветового теста отношений (ЦТО) устанавливался уровень эмоциональной напряженности отношения к супругу и к теме рождения ребенка. Сравнительный статистически-математический анализ позволил выявить, что высокий уровень эмоциональной напряженности в отношении к супругу и рождению будущего ребенка встречается в группе женщин, страдающих первичным бесплодием с установленным участием эндокринного фактора. Полученные отличия этой группы женщин ( $p \leq 0,01$ ) могут указывать на существование специфики психологических факторов, сопутствующих возникновению бесплодия разных видов, и, возможно, играющих определённую роль в генезе дисфункций репродуктивной сферы.

#### ***Особенности, выявленные с помощью теста «Рисунок человека»***

Для 97% обследованных женщин с диагнозом «бесплодие» различного генеза характерны признаки тревожности, а для 65% – высокий уровень тревожности. Для 53 % характерно актуальное переживание страхов. У 65% женщин характер рисунка свидетельствует о существовании у них чрезмерно завышенного самоконтроля, связанного с подавлением эмоциональной сферы и создающего перенапряжение в психосоматической сфере. У значительной части женщин диагностируются трудности социально-психологической адаптации (79%), признаки неуверенности в себе, неудовлетворенности потребности в стабильности и психологической защищенности (65%), снижения самооценки (53 %), проявления психастений (50%) и истероидности (32%), признаки переживания чрезмерных психологических нагрузок, связанных с принимаемыми на себя обязательствами и с повышенной ответственностью (26%). Достоверных различий в проявлении личностно-эмоциональных характеристик между группами женщин с бесплодием различного генеза не обнаружено. Для всех групп обследованных женщин характерны одинаковая частота встречаемости

и степень выраженности психологических рисков, связанных с повышенной тревожностью, фрустрацией потребности в психологической стабильности, трудностями социально-психологической адаптации, чрезмерно завышенным самоконтролем, подавлением эмоциональной сферы и психосоматическим перенапряжением.

### ***Личностные риски социально-психологической адаптации***

Фрейбургский личностный опросник позволил выявить субъективно фиксируемые женщинами психологические ресурсы и риски, способные участвовать в процессе функционирования репродуктивной сферы. Часть женщин (44%) осознают некоторые риски социально-психологической адаптации. Среди них осознаются проявления, соответствующие выраженному невротическому синдрому астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями (24%), предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу (21%), неустойчивое эмоциональное состояние со склонностью к аффективному реагированию (21 %). У 59 % женщин фиксируются признаки выраженной уравновешенности. Это является тем ресурсом, на который может опираться женщина при работе над уменьшением психологических рисков при вступлении в протокол ЭКО. Однако, это представляется не настолько простой и лёгкой задачей, поскольку половина из этих женщин рефлексируют одновременно и сложности, связанные с собственной невротичностью, раздражительностью, предрасположенностью к дистрессам. Данные противоречия свидетельствуют о недостаточно развитом самоконтроле женщин, проявления уравновешенности которых легко могут сменяться дезадаптивными формами реагирования и напряженными, психосоматически рискованными эмоциональными состояниями.

### ***Объективно-проективные показатели психологических рисков, выявляемые при помощи теста Г. Роршаха***

С помощью проективного теста Г. Роршаха у 100% женщин фиксируется проявление эмоциональных шоков (следов аффекта) на объективно нейтральные стимулы, свидетельствующие о склонности женщин к внезапному дистрессовому типу реагирования на обычные жизненные ситуации [7]. Шоки представляют собой невротическую реакцию защиты от аффекта, как правило, вытеснение аффекта или его конверсию в фобию. У 94% женщин фиксируется шок на красный цвет, являющийся признаком вытесненной агрессии. У 91 % наблюдается цветовой шок, который считается самым общим симптомом невроза. У значительной части женщин (73%) обнаружен так называемый женский сексуальный шок (шок на пустоту), интерпретируемый как отрицание женственности, свидетельствующее либо о существовании страхов проявления женственности, либо об утверждении определённого типа личностных ценностей. Были зафиксированы также проявления другого типа

сексуального шока, служащего индикатором аффектообразных реакций, обусловленных травматическими интимными отношениями с мужчинами (85%).

Признаки способностей к успешному контролю над эмоциями отмечены только у 27% женщин, готовящихся к ЭКО (ответы FFb+ [7]). Однако, эти способности у всех женщин данной категории могут претерпевать внутренние барьеры, связанные с невротическим подавлением эмоций. У 70% наблюдается неразвитость, незрелость эмоциональной сферы, неразвитость способности управления собственными эмоциями, тенденция к вытеснению и подавлению собственных чувств, алекситимичность, свидетельствующая о высокой предрасположенности к психосоматическим расстройствам, а у 40% наблюдается высоко выраженная степень нечувствительности к собственным эмоциям (эмоциональная тупость, проявляющаяся в полном отсутствии цветовых ответов: FFb+, FbF, Fb), свидетельствующая о высокой предрасположенности к психосоматическим заболеваниям. Для 54 % характерна плохо контролируемая эмоциональная экспрессия, реактивность в ситуации фрустрации (ответы FbF). Для 33 % характерно проявление признаков бесконтрольной, аффектообразной экспрессии эмоций (ответы Fb).

45% женщин проявляют признаки функционального депрессивного состояния, обнаруживающие себя в содержании их ответов на стимулы теста (ответы с содержанием темы смерти, мёртвых животных и т.д.). 51% женщин демонстрируют признаки ипохондрии (анатомическое содержание ответов, не обусловленное профессиональной деятельностью). Обнаружено, что женщины с диагнозом «вторичное бесплодие» становятся более подверженными переживанию депрессивных симптомов ( $p \leq 0,01$ ), утраты прежних смыслов жизни и чувства беспомощности.

### ***Отрицание психоэмоциональных проблем***

Несмотря на объективно фиксируемые с помощью проективных тестов психологические риски, психодиагностическая беседа выявляет в большинстве случаев отрицание женщиной существующих у неё каких-либо психоэмоциональных, межличностных, семейно-психологических трудностей. Только 11% женщин смогли признать, что пережили или переживают в настоящем времени психологически трудные жизненные ситуации; из них 8% женщин вспоминают психоэмоциональную травму утраты, а 3% находятся в хроническом стрессе, связанном со сложностью принятия решения о рождении ребёнка. Остальные 89% женщин оценивают своё эмоционально-психологическое и семейное благополучие как очень высокое, отмечая, что существующие у них эмоционально-психологические особенности и возникающие стрессовые ситуации – часть обычной, нормальной жизни, на которые не стоит обращать особого внимания. При этом женщины пытаются отрицать специфичность и особенности сложившейся их жизненной ситуации и ситуации болезни. Такая



отрицающая позиция может выполнять функции бессознательного механизма психологической защиты – вытеснения.

### **Выводы:**

Проведенное исследование позволило выявить у женщин с диагнозом «бесплодие», готовящихся к ЭКО, следующие общие психологические риски сохранения их психосоматического здоровья: неосознаваемая психологическая тревога, эмоциональная неустойчивость и слабо развитая способность управления эмоциональной сферой при выраженной тенденции к подавлению и вытеснению эмоций, склонность к дистрессовому типу реагирования, подавление или фрустрация потребности в активной и деятельной самореализации и достижении жизненных целей, предрасположенность к психосоматическим нарушениям, трудности социально-психологической адаптации, отрицание существующих психологических трудностей и ситуации болезни.

Для женщин с первичным бесплодием эндокринного генеза сопутствующим психологическим фактором является неосознаваемое эмоционально-напряженное отношение к супругу и к рождению будущего ребенка. Женщины с диагнозом «вторичное бесплодие» становятся более подверженными переживанию функционального депрессивного состояния, утраты прежних смыслов жизни и чувства беспомощности.

Снижение диагностируемых психологических рисков, чаще неосознаваемых женщиной, является для неё трудной задачей без специальной психологической помощи, направленной на развитие когнитивно-эмоциональных навыков управления своими состояниями. Проведенное исследование позволяет более качественно определить содержание личностно-эмоциональных трудностей женщин с диагнозом «бесплодие» и более точно и дифференцированно выстраивать стратегию и тактику специальной психотехнологии подготовки к ЭКО.

### **Список используемой литературы:**

1. Василенко Т. Д. Ситуация бесплодия как фактор трансформации жизненного пути личности // Российский Научный журнал. 2011. № 24. С. 118–123.
2. Петражицкая Е. А. Субъективная картина жизненного пути женщин с репродуктивными нарушениями // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2015. № 5. С. 297–305.
3. Рябова М. Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушения репродуктивной функции // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2013. № 9 (125). С. 190–198.
4. Магденко О.В., Широкопад Г.Н. Психологический портрет женщин, страдающих бесплодием // Современные проблемы клинической

психологии и психологии личности. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Новосибирск, 2017. С. 328-336.

5. Наку Е. А., Бохан Т. Г., Ульянич А. Л., Шабаловская М. В., Тосто М.Г., Терехина О. В., Ковас Ю.В. Психологические характеристики женщин, проходящих лечение по программе ЭКО // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2016. Т. 15. № 6. С. 23–30.
6. Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Чаусов А.А., Григорьев В.Ю. Психосоматические и сексуальные расстройства у женщин с бесплодием в программах вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология. 2018. № 4. с. 86–93.
7. Bohm E. Lehrbuch der Rorschach – Psychodiagnostic. Bern-Stuttgart, 1972. 499 s.