

Психосоматические факторы первичного бесплодия у женщин, состоящих в браке

Научный руководитель – Баранская Людмила Тимофеевна

Гаврилова Валерия Евгеньевна

Выпускник (специалист)

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

E-mail: Valerigav@yandex.ru

Согласно данным статистики по состоянию на 2016 год в России бесплодными являются 16 На базе отделения гинекологии ГБУЗ СО «СОКБ №1» было проведено клинко-психологическое исследование женщин, состоящих в браке, имеющих диагноз первичное бесплодие. Всего было обследовано 58 женщин с диагностированным первичным бесплодием. Цель исследования: выявить психосоматические факторы первичного бесплодия у женщин, состоящих в браке, в возрасте от 21 до 30 лет. Методы исследования: мультимодальный опросник жизненной истории Лазаруса, SCL-90; опросник удовлетворенности браком В.В. Столина; опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса; тест чернильных пятен Роршаха; рисунок «Я и ребенок». Гипотеза исследования: на возникновение первичного бесплодия у женщин влияет ряд психосоматических факторов, таких как: наличие конфликтных отношений с матерью в детстве, страх материнской роли, повышенная соматизация, неудовлетворенность браком. Результаты исследования. В ходе интерпретации графической проективной методики «Я и ребенок» установлено, что больше половины женщин с диагнозом бесплодие, имеют внутренний конфликт с беременностью, материнской сферой. Конфликт женщин, имеющих диагноз бесплодие, со своей материнской сферой не позволяет им принять материнскую роль, т.е. стать матерью. Наличие указанного конфликта можно объяснить с помощью результатов, полученных в ходе исследования взаимоотношения женщин, имеющих диагноз бесплодие, с их матерями посредством мультимодального опросника Лазаруса. Было выявлено, что у большинства из них в детстве были сухие, сдержанные отношения с матерью, отсутствие доверительных отношений и отсутствие физического контакта со стороны родителей. Эти факты дополняют данные, полученные при применении методики чернильных пятен Роршаха, показавшей наличие внутреннего конфликта с матерью и собственной материнской сферой у большинства бесплодных женщин. Полученные результаты развивают идею К.Белл [2], о влиянии отношений матери и дочери на принятие девочкой своей женской роли, в частности, принятии себя как матери. Многие бесплодные женщины, в отличие от женщин с детьми, были старшими сестрами, и имели те или иные обязанности по воспитанию младших сиблингов и уходу за ними. Можно предположить, что поскольку в детстве, указанные задачи часто не соответствовали возрасту и имеющемуся опыту, психологически взаимодействие с детьми воспринимается такими женщинами как тяжелое и неприятное. Также среди женщин, имеющих проблемы с фертильностью, была обнаружена в детстве требовательность родителей по отношению к дочери, что зачастую приводит к завышенному уровню притязаний, гиперответственности. Этот факт подтверждается и выявленной тенденцией женщин, не имеющих детей, к перфекционизму, стремлению быть лучше других. В контексте проблемы репродуктивного здоровья, это приводит к бессознательному страху стать неидеальной матерью, а также к гиперответственности в вопросах рождения и воспитании ребенка. По результатам примененных методик исследования, было выявлено 8 приоритетных психосоматических факторов первичного бесплодия у женщин, состоящих в браке: 1. Сухие, сдержанные отношения с матерью в детстве, отсутствие

доверительных отношений, физического контакта; 2. Наличие внутреннего конфликта с матерью; 3. Наличие внутреннего конфликта с беременностью, собственной материнской сферой; 4. Большое количество обязанностей по воспитанию младших сиблингов и уходу за ними, а также ответственность за них; 5. Тенденция к перфекционизму, стремлению быть лучше других; 6. Чувство личностной неполноценности, сравнение себя с другими, самоосуждение, что приводит к дискомфорту в процессе межличностного взаимодействия; 7. Склонность к фиксации на своих телесных ощущениях, вплоть до ипохондрии, а также к психосоматическим проявлениям; 8. Преимущественное использование таких копинг-стратегии как «Конфронтация», «Самоконтроль», «Принятие ответственности». В этой связи представлена программа психокоррекции женщин с диагнозом бесплодие, которая состоит из двух этапов. Первый этап – снятие эмоционального напряжения и уменьшения уровня стресса, вызванного непосредственно принятием диагноза, переживаниями по поводу невозможности иметь ребенка, социальной стигматизацией бесплодной женщины. Второй этап – выявление непосредственно психосоматических факторов первичного бесплодия и работа по их устранению, либо уменьшению.

Источники и литература

- 1) Здравоохранение в России. 2017: Статистический сборник/Росстат. - М., Росстат, 2017. – С.18-19.
- 2) Белл, К. Мать и дочь – трудное равновесие/ К. Белл// Консультативная психология и психотерапия,1998. — № 1. — С. 12–28.
- 3) Ланцбург, М.Е. Исследования психосоматических аспектов гинекологических и андрологических заболеваний и бесплодия / М.Е. Ланцбург, Т.В. Крысанова, Е.В. Соловьева // Современная зарубежная психология 2016. Том 5. № 2. С. 67–77.