



Московский  
Институт  
Психоанализа

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Факультет « Психологий»

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**  
(магистерская диссертация)

на  
тему

**«Психологические особенности женщин на этапе  
подготовки ЭКО (психоаналитический подход)»**

Студента 3 курса группы ПМ5А20/11 ПП  
Таишева Барно Эркиновна

Научный руководитель: Суроегина  
Анастасия Юрьевна

## Введение

**Актуальность темы исследования.** В начале третьего тысячелетия бесплодие остается довольно распространенным глобальным состоянием. По определению ВОЗ бесплодие – это не наступление беременности у женщины репродуктивного возраста в течение одного года регулярной половой жизни без использования контрацептивов. Бесплодие – это сложная медико-социальная проблема мирового масштаба, уровень которого существенно влияет на демографические показатели и не имеет тенденции к снижению. По разным оценкам, бесплодие поражает от 8 до 12 % репродуктивных пар во всем мире, при этом показатели бесплодия значительно выше (до 30 %).

Бесплодие имеет глубокие социальные, экономические, психологические и физические последствия, особенно действие женщин, существенно нарушая качество жизни. Опыт бесплодия существенно ухудшает психологическую жизнь человека, что проявляется эмоциональными реакциям, психологическим стрессом, чувством потери контроля, влиянием на самооценку, идентичность и социальные отношения .

Причины бесплодия чрезвычайно разнообразны, но чаще всего наблюдается совокупное влияние 2-5 факторов. Связь нарушений репродуктивного здоровья с расстройствами психоэмоциональной сферы известна давно, а бесплодие относят к психосоматическим заболеваниям и требующих психоаналитического подхода. «Необъяснимое бесплодие» психоаналитики связывают с конфликтами в детстве, социальными факторами, боязнью беременности и материнства, страхом перед родами и послеродовыми психозами. Депрессивные симптомы встречаются у женщин с бесплодием вдвое чаще чем у женщин с детьми.

Влияние бесплодия связано с такими факторами, как депрессия, соматизация и тревога . Накоплено определенное количество противоречивых данных о связи психики и нарушениях репродуктивной функции, однако однозначных данных о соотношении психического и соматического в гинекологической практике практически нет.

## Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ)

Сейчас активно развиваются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), которые постепенно становятся рутинной процедурой при решении проблемы рождения ребенка в бесплодном браке. С помощью ВРТ родилось примерно 5 миллионов новорожденных, что составляет от 1 % до 4 % от всех рожденных среди стран по всему миру [64, с. 45].

Основным методом ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Наиболее часто ЭКО применяется при непроходимости маточных труб у женщины или их отсутствии; при неясных причинах бесплодия, при снижении общего количества сперматозоидов, нарушении их подвижности у мужчин. Однако, несмотря на первоначальные значительные успехи, эффективность программ ЭКО остановилась на уровне 20-35 %, то есть большая часть попыток остается неудачной, причем у некоторых пациентов эти неудачи повторяются, что побуждает к дальнейшему поиску причин и возможностей повышения эффективности ЭКО.

В связи с вышесказанным необходимым является изучение психологических особенностей личности женщин на этапе подготовки ЭКО периода беременности с точки зрения психоаналитического подхода.



- **Цель исследования:** Изучить и проанализировать психологические особенности личности женщин на этапе подготовки ЭКО.
- **Задачи исследования:**
  - 1. Провести сравнительный анализ различных подходов к проблеме психологического состояния женщин при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения в современной психологии.
  - 2. Подобрать методы и методики для эмпирического исследования психологических особенностей личности женщин на этапе подготовки ЭКО.
  - 3. Провести эмпирическое и психоаналитические исследования сравнения психологических особенностей личности женщин на этапе подготовки ЭКО.
  - 4. Провести количественно-качественный и статистический анализ полученных результатов и сформулировать выводы.
- **Объект исследования:** психологические особенности личности женщин на этапе подготовки ЭКО психоаналитический подход.
- **Предмет исследования:** количественные и качественные характеристики психических состояний и репродуктивных мотивов, уровень тревожности и депрессии, копинг-поведение женщин.
- **Гипотеза исследования:** предполагаем, что у женщин на этапе подготовки ЭКО и при подтвержденной беременности будут выявлены такие психоэмоциональные особенности, такие как тревога и депрессия.
- **База исследования:** Исследование проведено на базе Клиники «Центр ЭКО» город Алматы.





- **Характеристика выборки.** В исследовании участвовало 60 женщин на этапе подготовки ЭКО периода беременности:
- 1 группа – 30 женщин с бесплодием, которые были включены в программу ВРТ на этапе подготовки ЭКО;
- 2 группа – 30 женщин с бесплодием, которые были включены в программу ВРТ на этапе подтвержденной беременности после ЭКО.
- Исследование проводилось в 2020/2021 году. Все женщины проживают в г. Алматы .
- **Методы исследования:** для решения поставленных задач в работе использовались теоретические и эмпирические методы исследования:
  - 1. Обзорно-аналитический, включающий теоретический анализ психологической литературы по изучаемой теме.
  - 2. Тестирование с помощью психодиагностических методик:
    - А. Неспецифический опросник FPI (Freiburg Personality Inventory).
    - В. Опросник репродуктивных ролевых ориентаций деторождения.
    - Г. Шкала депрессии Бэка.
    - Е. Опросник для выявления признаков вегетативных изменений (Вейн А.М).
    - Ж. Методика «Шкала ситуативной тревожности (СТ)» Спилбергера (русскоязычная адаптация Ю.Л. Ханина).





- 3. Количественно-качественные методы обработки результатов.
- 4. Статистический анализ полученных данных.
- Математическая обработка экспериментальных данных осуществлялась с помощью компьютерного пакета SPSS (версия 20.0).
- **Научная новизна исследования** заключается в теоретическом обосновании и эмпирическом выявлении различия в психологических особенностях личности, которые обуславливают психосоматический статус женщины на разных этапах ЭКО.
- **Практическая значимость исследования:** результаты исследования могут быть использованы в деятельности психологических консультативных служб при работе с женщинами для улучшения организации медицинской помощи семьям, страдающим бесплодием, в работе с которыми необходим комплексный психоаналитический подход, учитывающий психоэмоциональное состояние женщины, адаптационные возможности ее организма, включая применение адекватных методов коррекции адаптационных нарушений, что в конечном итоге позволит как повысить эффективность лечения бесплодия, так и адаптацию к роли матери.
- **Структура ВКР.** Исследование изложено на 103 страницах печатного текста. Состоит из введения, обзора литературы, главы собственных исследований, выводов к главам, заключения. Список литературы насчитывает 117 источников. Работа иллюстрирована 5 таблицами и 6 рисунками.





- Исследование особенностей психологического состояния женщин при лечении бесплодия методом ЭКО проводилось в 2020/2021 году на базе Института Репродуктивной медицины (ИРМ) (город Алматы). За период исследования были опрошены 60 женщин с бесплодием на этапе подготовки ЭКО и в период беременности, в возрасте 30-45 лет (средний возраст составил  $39,8 \pm 11,2$  лет). В зависимости от цикла ЭКО все участницы исследования были разделены на 2 группы:
- 1 группа – 30 женщин с бесплодием, которые были включены в программу ВРТ на этапе подготовки ЭКО;
- 2 группа – 30 женщин с подтвержденной беременностью после ЭКО.
- В начале исследования мы предположили, что у женщин на этапе подготовки ЭКО и при подтвержденной беременности после ЭКО будут выявлены различия в психологических особенностях личности, которые обуславливают психосоматический статус женщины.



- При проведении исследования учитывали возможное влияние негативных эмоциональных переживаний женщин на соматическую систему. В связи с этим тестирование женщин проводилось с помощью следующих психодиагностических методик:
- 1. Неспецифический опросник FPI (Freiburg Personality Inventory) (приложение 1).
- Для оценки свойств личности пациенток использовали Фрайбургский личностный опросник (FPI). Неспецифический опросник FPI является многофакторным личностным тестом, пригодным для диагностики психических состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения. Опросник FPI отражает ряд взаимосвязанных факторов, отобранных на базе результатов факторного анализа. Его структура соответствует традиционным личностным опросникам: содержит вопросы, высказывания относительно способов поведения, эмоциональных состояний, ориентаций, навыков, отношения к жизненным и физическим трудностям, на которые респондент может ответить «да» или «нет». Мы применяли форму В опросника FPI – 114 вопросов.





- 2. Опросник репродуктивных ролевых ориентаций деторождения М.Н. Родштейн (приложение 3).
- Опросник предлагает изучение представлений женщин по двум шкалам. Первая шкала свидетельствует о показателях «Генофилия – генофобия». Вторая шкала – о «репродуктивной активности – репродуктивной пассивности». Эти базовые стратегии репродуктивных ориентаций деторождения определяют психологические возможности женщин управлять требованиями репродуктивной задачи, соответствующими или превышающими личностные ресурсы.
- 3. Шкала депрессии Бека (приложение 4).
- Для качественной и количественной оценки депрессии использовали шкалу депрессии Бека, которая содержит 21 группу утверждений, отражающих некоторые особенности умственной, эмоциональной и телесной сферы психики человека. Опрашиваемый определяет в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как он себя чувствует в данный момент. За каждый ответ А выставляется 0 баллов, ответ Б – 1 балл, В – 2 балла, Г – 3 балла. Сумма полученных баллов позволяет оценить степень депрессии: 0-4 балла – депрессия отсутствует, 5-7 баллов – легкая депрессия, 8-15 баллов – средний уровень депрессии, 16 и более баллов – высокий уровень депрессии.





- 6. Опросник для выявления признаков вегетативных изменений (Вейн А.М) (приложение 6).
- Наличие синдрома вегетативной дисфункции (СВД) устанавливали с помощью опросника ОМ Вена с оценкой в баллах вегетативных симптомов (11 показателей). Для количественной оценки признаков СВД была проведена их экспертная оценка путем присвоения соответствующего балла (от 1 до 10) по удельному весу во всей совокупности симптомов СВД. Если общая сумма баллов достигает 15 и выше, диагностировали наличие СВД.
- 7. Методика «Шкала ситуативной тревожности (СТ)» Спилбергера (русскоязычная адаптация Ю.Л. Ханина) (приложение 7).
- Для оценки уровня тревожности в данный момент (реактивная или ситуационная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека) тестирование проводилось с помощью методики Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина.





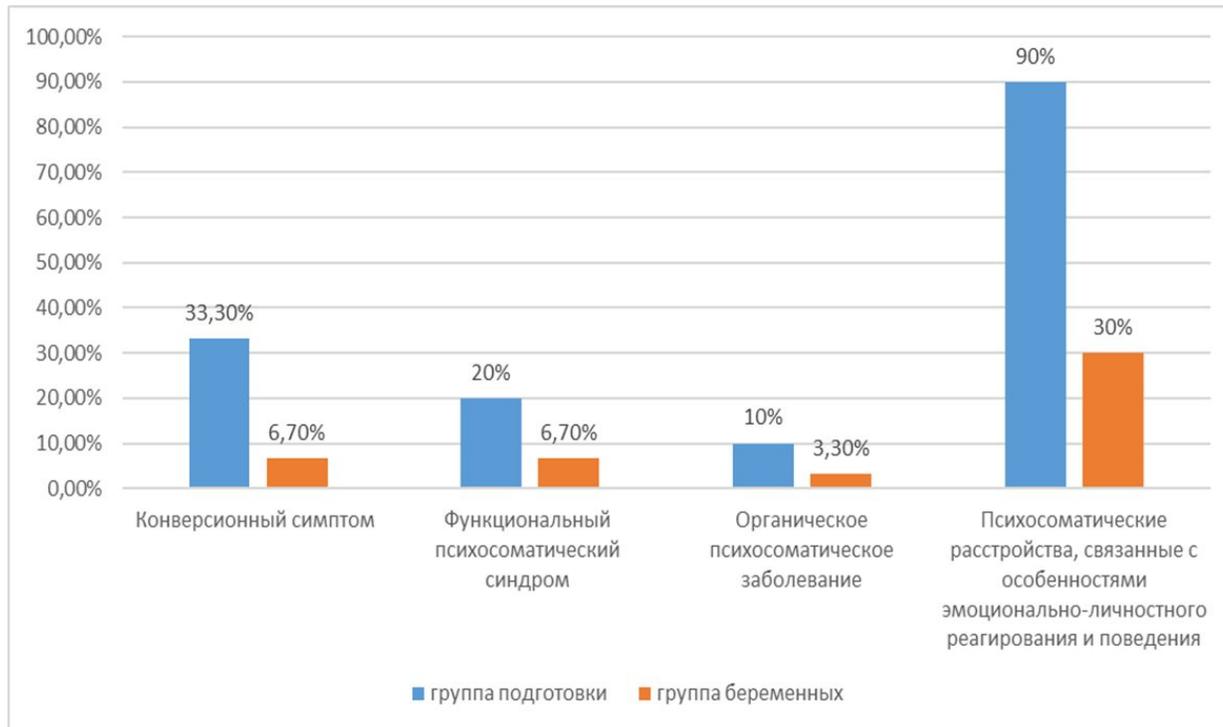
- 2.2. Результаты исследования психических состояний и репродуктивных мотивов у пациенток программ вспомогательных репродуктивных технологий
- На первом этапе было проведено тестирование 60 женщин с бесплодием (группа 1 этапа подготовки ЭКО – 30 пациенток и группа 2 подтвержденной беременности после ЭКО – 30 пациенток), с целью выявления психических состояний и репродуктивных мотивов у пациенток программ ВРТ при помощи методик:
  - 1. Опросник для выявления признаков вегетативных изменений (Вейн А.М).
  - 2. Неспецифический опросник FPI (Freiburg Personality Inventory).
  - 3. Опросник репродуктивных ролевых ориентаций деторождения.
  - 4. Полуструктурное интервью.
- По результатам анализа клинического анамнеза, опроса выявления признаков вегетативных изменений (по методике Вейн А.М) и проведенного полуструктурного интервью выявлено следующее.





- Анализ структуры психосоматических расстройств показал их комбинацию у всех пациенток (рис. 1). Конверсионный симптом встречался у 12 (20%) пациенток (10 – 33,3% в 1 группе и у 2 – 6,7% во 2 группе), функциональный психосоматический синдром – у 8 (13,3 %) пациенток (6 – 20% в 1 группе и у 2 – 6,7% во 2 группе), органическое психосоматическое заболевание – у 4 (6,7 %) пациенток (3 – 10% в 1 группе и у 1 – 3,3% во 2 группе), психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения, результатом которых является нарушение здоровья – у 36 (60 %) пациенток (27 – 90% в 1 группе и у 9 – 30% во 2 группе).
- Структура психосоматических расстройств у пациенток группы подготовки эхо и в период беременности, %

Рисунок 1





- При бесплодии чаще всего (частота выше 30 %) отмечались следующие симптомы СВД:
- 1) Головные боли – у 23,3% женщин с бесплодием на этапе подготовки ЭКО против 10% у беременных женщин (ВШ = 4,28; Ди = 2,35-7,79;  $p < 0,05$ );
- 2) Онемение или похолодание пальцев – у 26,7% женщин с бесплодием на этапе подготовки ЭКО против 13,3% беременных женщин (ВШ = 3,06; Ди = 1,73-5,41;  $p < 0,05$ );
- 3) Нарушение функции желудочно-кишечного тракта – у 20% женщин с бесплодием на этапе подготовки ЭКО против 13,3 % беременных женщин (ВШ = 2,81; Ди = 1,59-4,96;  $p < 0,05$ );
- 4) Чувство неуспеваемости, усталости при пробуждении утром – у 13,3% женщин с бесплодием на этапе подготовки ЭКО против 10% беременных женщин (ВШ = 1,55; Ди = 0,90-2,68;  $p > 0,05$ );
- 5) Сердцебиение – у 16,7 % женщин с бесплодием на этапе подготовки ЭКО против 6,7 % беременных женщин (ВШ = 3,80; Ди = 1,86-7,74;  $p < 0,05$ ).





Анализ результатов опроса показывают высокий уровень нарушений психологической адаптации у пациенток обеих групп. Половина женщин 1 группы отметили повышенный уровень стресса за последний год (методика Холмса-Раге), при этом только у 3,3% женщин с бесплодием на этапе подготовки ЭКО и у 20% беременных женщин ( $p < 0,05$ ) выявлена достаточно большая сопротивляемость стрессу (табл. 1).

Результаты тестирования на выявление уровня стресса у пациенток группы подготовки ЭКО и в период беременности, %

Таблица 1

У 16,7% женщин с бесплодием на этапе подготовки ЭКО и у 26,7% беременных женщин выявлена высокая сопротивляемость стрессу. Для них характерна низкая степень стрессовой нагрузки.

Уровень стресса	Группа подготовки (n=30)		Группа беременных (n=30)		
	Кол-во	%	Кол-во	%	
Достаточно большая сопротивляемость стрессу	1	3,3	6	20,0	
Высокая сопротивляемость	5	16,7	8	26,7	
Пороговая сопротивляемость	13	43,3	9	30,0	
Низкая (ранимость)	11	36,7	7	23,3	
Средний балл	259,17±59,76		226,17±66,41		
P					$p < 0,05$





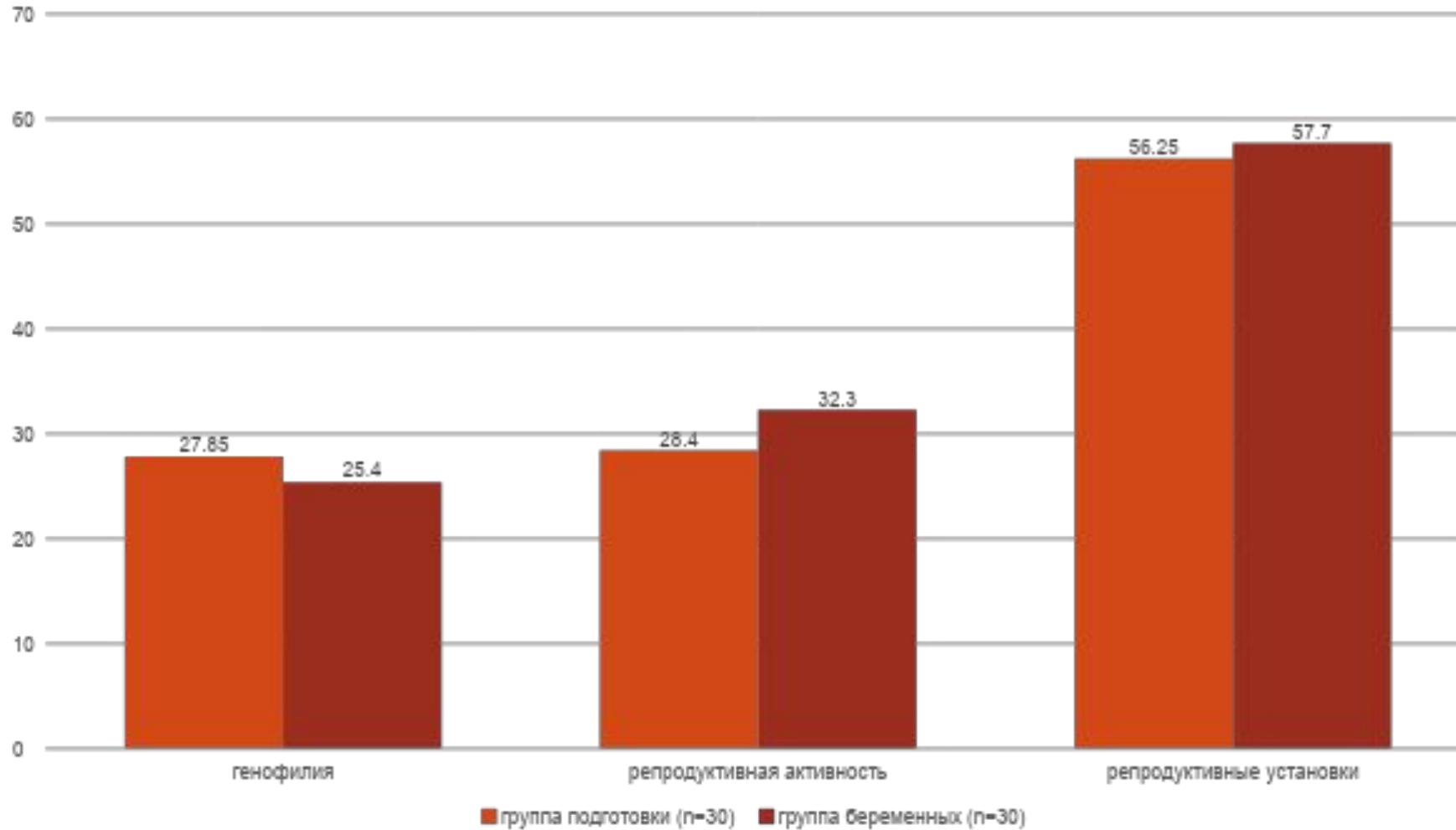
- На следующем этапе был проведен анализ репродуктивных установок женщин обеих групп.
- Средний показатель по шкале генофилии по всей выборке женщин на этапе подготовки к ЭКО составил 27,85 балла из 40 возможных. Средний показатель по шкале репродуктивной активности составил 28,4 балла из 40 возможных. Общий показатель репродуктивных установок, т.е. суммы генофилии и репродуктивной активности, составил 56,25 балла из 80. На рисунке 5 графически представлены средние показатели по всем шкалам опросника. Полученные данные позволяют констатировать, что женщины проявляют среднюю любовь к детям и отмечают, что потенциально хотели бы иметь детей, показатели репродуктивной активности указывают, что они готовы предпринимать какие-либо действия для того, чтобы становиться матерями.





Средние показатели по всем шкалам опросника репродуктивных установок у пациенток группы подготовки ЭКО и в период беременности

Рисунок 5





- По шкале генофилии результаты по обеим выборкам расположились в пределах нормы, однако женщины 1 группы проявляют больше желание иметь детей по сравнению с беременными женщинами. По шкале репродуктивной активности у женщин 1 группы, показатели находятся на среднем уровне, между тем у женщин 2 группы, уровень репродуктивной активности выше среднего. Общий индекс репродуктивных установок у женщин 1 группы и женщин 2 группы имеет высокий уровень выраженности.
- В рамках исследования репродуктивных установок выявлено, что репродуктивная установка бесплодных женщин 1 группы была неопределенной, поскольку существуют противоречия, амбивалентность, неопределенность в содержании компонентов.





## ■ ВЫВОДЫ ПО ЭМПИРИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

- С точки зрения психоанализа, пациент, испытывающий тревогу, имеет возможность конвертировать свою неудовлетворенность жизнью в официально признанный диагноз, в данном случае – бесплодие. Ведь согласно теории психоанализа, вытесненная и забытая психологическая травма, связанная с сексуальным насилием в детстве, устанавливает связи с другими травматическими событиями, приводя к формированию различных симптомов, маскирующих первичную травму. Методика лечения с использованием гипноза приводила к тому, что пациент вспоминал о произошедшем в детстве сексуальном насилии.
- 1. По результатам анализа клинического анамнеза, опроса выявления признаков вегетативных изменений и проведенного полуструктурного интервью выявлено, что конверсионный симптом встречался у 12 (20%) пациенток (10 – 33,3% в 1 группе и у 2 – 6,7% во 2 группе), функциональный психосоматический синдром – у 8 (13,3 %) пациенток (6 – 20% в 1 группе и у 2 – 6,7% во 2 группе), органическое психосоматическое заболевание – у 4 (6,7 %) пациенток (3 – 10% в 1 группе и у 1 – 3,3% во 2 группе), психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения, результатом которых является нарушение здоровья – у 36 (60 %) пациенток (27 – 90% в 1 группе и у 9 – 30% во 2 группе).
- 3. Длительное воздействие стресса при бесплодии и нескольких попытках ВТР являются фактором, который способствует эмоционально-ориентированному копинг-поведению с избеганием проблемной ситуации, мнимым или поведенческим дистанцированием.
- 4. Анализ ситуативной тревожности у женщин в группе этапа подготовки ЭКО выявил высокий уровень ситуативной тревожности у 16,7% женщин с бесплодием и 26,7% беременных женщин, уровень ситуативной тревожности в виде пограничного состояния выявлен у 3,3% женщин с бесплодием и 13,3% беременных женщин, средний уровень ситуативной тревожности выявлен у 60% женщин с бесплодием и 50% беременных женщин, низкий уровень ситуативной тревожности выявлен у 20% женщин с бесплодием и 10% беременных женщин.





## ▪ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Целью настоящего исследования являлось изучение психологических особенностей личности женщин на этапе подготовки ЭКО. В целом, мы пришли к ряду выводов:
- 1. Целью настоящего исследования являлось изучение психологических особенностей личности женщин на этапе подготовки ЭКО. В целом, мы пришли к ряду выводов:
  - Проведенный теоретический анализ работ, посвященных проблеме психологического состояния женщин при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения в современной психологии, показал, что связь нарушений репродуктивного здоровья с расстройствами психоэмоциональной сферы известна давно, а бесплодие относят к психосоматическим заболеваниям. Еще З. Фрейд доказал, что «психологическая травма» путем «конверсии» может проявляться соматическими симптомами. В последние годы интерес к проблеме психологических факторов при бесплодии растет, накоплено определенное количество противоречивых данных о связи психики и нарушения репродуктивной функции. Однозначных данных о соотношении психического и соматического в гинекологической практике не существует.
- 2. Подобраны методы и методики для эмпирического исследования психологических особенностей личности женщин на этапе подготовки ЭКО. С этой целью использовали: полуструктурированное интервью, неспецифический опросники, методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге
- 3. Проведено эмпирическое исследование сравнения психологических особенностей личности женщин на этапе подготовки ЭКО.





- Невозможность оплодотворения естественным путем и безуспешное лечение традиционными методами приводит к формированию у женщин-пациенток программ ВРТ тревожно-ипохондрического личностного фона, вследствие чего среди них широко распространены психосоматические расстройства, среди которых преобладают функциональные психосоматические синдромы и органические психосоматические заболевания. Исходя из того, что стресс и психосоматические расстройства являются широко распространенными проблемами в клинике бесплодия, их профилактика и проведение необходимой коррекции являются критическими при проведении программ ВРТ.
- Основные параметры психологического состояния бесплодных женщин-пациенток близки к показателям больных с психосоматическими нарушениями. Показатели тревожности превышают таковые у беременных женщин. У беременных женщин отмечается повышенная уязвимость и чувствительность, пессимистичность, изменчивость настроения и мотивационная неустойчивость, тогда как у пациенток на этапе подготовки ЭКО отмечается стремление к самоутверждению, самоуверенность. Такие характеристики свидетельствуют о затруднении адаптации, невротической структуре переживаний в обеих группах
- Выявленные особенности психологического статуса в виде депрессии и тревожности неблагоприятно влияют на эффективность лечения в программах ВРТ, а также на период беременности при успешном ЭКО и подтверждают предположение о том, что женщина, которая находится в постоянном стрессе, не способна самостоятельно справиться с психоэмоциональным напряжением, что приводит к нарушению процессов адаптации, невротическим проявлениям, поднимает вопрос о необходимости внедрения комплекса профессиональной психологической коррекции и реабилитации с помощью психоанализа, что обуславливает перспективность исследования данного направления.
- Таким образом, цель достигнута, поставленные задачи решены, гипотеза доказана.

