

# Личностные характеристики, ассоциированные с хроническими гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного возраста

Потемкина Е. А.

## Personal characteristics, connected with chronic gynecologic diseases at women of reproductive age

Potjomkina E.A.

### Резюме

**Цель работы:** Целью исследования было выявление личностных особенностей женщин, ассоциированных с хронической гинекологической патологией. В контролируемом и корреляционном исследовании участвовала 151 женщина, выполнившая Я-структурный тест Аммона: 101 с клинически подтвержденным гинекологическим заболеванием (основная группа) и 50 гинекологически здоровых (контрольная группа). Выделены специфические личностные характеристики женщин с хронической гинекологической патологией в сравнении со здоровым контролем. Определены психологические различия женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половой сферы, бесплодием, доброкачественными опухолями половой сферы. Прослежены изменения психологических особенностей при увеличении продолжительности заболевания.

**Ключевые слова:** хронические гинекологические заболевания, воспалительные заболевания женских половых органов, бесплодие, доброкачественные опухоли матки и яичников, психологические черты, гуманструктуральная модель личности.

### Summary

The purpose of research was revealing personal features of women, connected with a chronic gynecologic pathology. 151 woman participated in controllable and correlation research, executed I-structural test Ammon: 101 with clinically confirmed gynecologic disease (the basic group) and 50 healthy woman (control group). Specific personal characteristics of women with a chronic gynecologic pathology in comparison with the healthy control are allocated. Specific psychological distinctions in subgroups of women with chronic inflammatory diseases of sexual sphere, barrenness, good-quality tumors of sexual sphere are revealed. Changes of psychological features are tracked at increase prolongation of diseases.

**Key Words:** chronic gynecologic diseases, inflammatory diseases of female genitals, barrenness, good-quality tumors of a uterus and ovaries, psychological features, human-structural model of the person.

### Введение

Сегодня очевидно, что психологические и психосоциальные ресурсы недостаточно используются для решения актуальной задачи повышения рождаемости, в то время как дефицит рождаемости в России – 400 — 450 тысяч родов [6, 10]. Среди гинекологических заболеваний (ГЗ) существенно нарушают репродуктивную функцию прежде всего воспалительные заболевания половых путей [8, 10, 12, 16]. Хроническими воспалительными заболеваниями женских половых органов (ХВЗ) страдают 60 - 70% обращающихся в женские консультации, при этом даже после однократного эпизода воспалительного заболевания частота бесплодия составляет от 5 до 18% [12]. Около половины имеющих менструацию женщин поражены эндометриозом, считающимся прямым путем к бесплодию [10].

Продолжительное ГЗ существенно изменяет всю социальную ситуацию жизни женщины и уровень ее психического функционирования, ведет к ограничению круга контактов с окружаю-

щими людьми, тем самым, меняя и социальную роль, и «внутреннюю позицию» по отношению ко всем жизненным обстоятельствам и своему физическому состоянию [8, 11, 13, 15]. Кроме того, ГЗ создает особую ситуацию для большой женщины, трудность которой обусловлена специфическими процедурами обследования и лечения, общением с врачами, новыми отношениями, возникающими в семье и на работе [13, 15].

Стресс болезни является лишь одним из неприятных эмоциональных последствий, с которым сталкиваются эти пациентки, часто на протяжении продолжительных периодов времени. Само обращение за помощью к гинекологу может быть дополнительным фактором стресса, так как связано для женщины с проблемами, берущими начало в стереотипах, сложившихся в обществе, со страхами, связанными с низкой социальной оценкой заболеваний данной нозологии [9].

ГЗ субъективно окрашено переживаниями стыда, вины, тревоги, напряженности в отношениях, чувства депрессии и изоляции [3, 9, 15]. У

многих пациенток этот психический дискомфорт достигает уровня диагностируемого психического расстройства, у половины пациенток с бесплодием, прибегающим в лечении к вспомогательным репродуктивным технологиям, выявляются пограничные психические расстройства невротического уровня [3, 11]. Установлена большая роль стресса в их возникновении и вторичное негативное влияние психических нарушений на исход лечения основного заболевания и возможность наступления ремиссии [3, 9, 15].

В то же время недостаточно исследованы личностные аспекты гинекологической патологии: как психогенные/соматогенные влияния хронической, рецидивирующей болезни на развитие личности, так и влияния личностных характеристик женщины на течение ее ГЗ.

Цель исследования: определить личностные особенности женщин, ассоциированные с хронической гинекологической патологией в рамках гуманструктуральной модели личности.

## Материал и методы

В исследовании приняла участие 151 женщина в возрасте от 18 до 50 лет. Общая выборка, исходя из задач исследования, распределена на две группы. Основную группу составила 101 женщина (средний возраст –  $35,57 \pm 1,77$  лет), страдающая ГЗ, диагностированным в плановом гинекологическом отделении общесоматической городской больницы (ЦГКБ №6). В контрольную группу включены 50 женщин сопоставимого возраста (средний возраст –  $35,92 \pm 2,41$  г.,  $t=0,214$ ,  $p=0,001$ ) без диагностированной гинекологической патологии (слушательницы курсов последипломной переподготовки).

Критериями отбора для включения в основную группу были: возраст женщины 18–50 лет; наличие хронического ГЗ: хронические воспалительные заболевания (хронический аднексит в стадии обострения, хронический эндометрит), бесплодие первичное и вторичное трубного и гормонального генеза, миома матки, гиперплазия и полипы эндометрия, полипы цервикального канала, повторно выявленные, киста яичника); добровольное согласие пациентки на участие в психологическом исследовании. Критериями исключения были: возраст женщины младше 18 лет и старше 50 лет; наличие онкологического заболевания; впервые выявленное гинекологическое заболевание продолжительностью менее 3-х месяцев.

Соматический (гинекологический) статус женщин основной группы оценивался лечащим гинекологом отделения на основе клинико-лабораторных данных и (по показаниям) на основе данных ультразвукового исследования. В соответствии с задачами данного исследова-

ния учитывались следующие параметры основного (гинекологического) заболевания: диагноз; продолжительность заболевания, распределенная по интервальной шкале; острота заболевания. Продолжительность заболевания выявлялась при сборе анамнеза со слов пациенток, а также на основе данных истории болезни и других медицинских документов (выписки из стационара после предыдущих госпитализаций, данные амбулаторного). У женщин основной и контрольной группы социально-демографический и психологический статус изучались стандартным образом.

Для исследования социально-демографических характеристик использован краткий структурированный опросник.

Для психологического исследования использованы Я-структурный тест Аммона (ISTA) и Методика оценки психического здоровья (на основе Я-структурного теста Аммона – МОПЗ) [5].

Поскольку распределение при сравнительных исследованиях приближалось к нормальному, то статистические различия между группами сравнения оценивались с помощью  $t$ -критерия Стьюдента. Корреляционный анализ проводился посредством статистических операций пакета Vortex 6.0.

## Результаты

Сравнительный анализ исследования личности по тесту Аммона (таблица 1) показал, что пациентки основной группы значимо ( $p=0,01$ ) отличаются от здорового контроля по показателям 6 шкал ISTA из 18: более высокими показателями по шкалам дефицитарной агрессии, деструктивной тревоги, деструктивного и дефицитарного внешнего Я-отграничения, дефицитарного нарциссизма, и более низкими – по шкале конструктивной тревоги. Группы сравнения оказались сопоставимы ( $p>0,05$ ) по шкалам конструктивной и деструктивной агрессии, дефицитарной тревоги, конструктивного внешнего Я-отграничения, конструктивного и деструктивного нарциссизма, а также по всем шкалам внутреннего Я-отграничения и сексуальности (таблица 1).

Результаты сравнительного анализа частично совпадают с данными, полученными другими авторами для группы психосоматических пациентов, у которых также выявлен высокий уровень дефицитарной агрессии и деструктивной тревоги, однако ранее не отмечалось различий со здоровой выборкой по показателям нарциссизма и внешнего Я-отграничения [5].

Повышение показателей внешнего Я-отграничения у больных с ГЗ можно объяснить особой значимостью для женщины здоровья

Таблица 1. Средние показатели по шкалам ISTA в группе пациенток с гинекологической патологией в сравнении со здоровым контролем.

Шкалы ISTA	Средние баллы в группах сравнения		t
	ОГ (n = 101)	КГ (n = 50)	
Агрессия конструктивная	7,1683±0,4105	7,8000±0,6809	-1,472
Агрессия деструктивная	5,8020±0,5381	5,7400±0,8775	0,895
Агрессия дефицитарная	4,6634±0,4328	3,5600±0,5804	2,853 *
Тревога конструктивная	7,3960 ±0,5039	8,2600±0,5415	-4,355*
Тревога деструктивная	5,8020±0,5381	4,1683 ±0,4721	4,812*
Тревога дефицитарная	3,7426±0,4222	3,3600 ±0,5504	1,084
Внешнее Я-отграничение конструктивное	7,4158 ±0,3883	7,0200 ±0,6725	0,721
Внешнее Я-отграничение деструктивное	4,5347 ±0,4375	3,4400 ±0,5915	2,751*
Внешнее Я-отграничение дефицитарное	6,0396 ±0,4760	3,6800 ±0,6374	9,665*
Внутреннее Я-отграничение конструктивное	8,5149±0,4120	8,6400 ±0,5384	0,361
Внутреннее Я-отграничение деструктивное	4,1287 ±0,3173	3,5000 ±0,4789	1,752
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное	6,0099 ±0,5666	5,5600 ±0,8225	0,755
Нарциссизм конструктивный	7,4059±0,4597	7,1400 ±0,6101	0,663
Нарциссизм деструктивный	4,1683 ±0,3790	3,4200 ±0,6788	1,328
Нарциссизм дефицитарный	3,2400 ±0,5213	2,1800 ±0,5705	4,574*
Сексуальность конструктивная	8,1406±0,4903	8,1200 ±0,9190	0,152
Сексуальность деструктивная	4,2574 ±0,4498	4,4400 ±0,6544	0,384
Сексуальность дефицитарная	5,9802 ±0,5757	5,5800 ±0,8497	0,64

Примечание: ОГ – основная группа гинекологических больных;

КГ – контрольная группа здоровых; t – критерий Стьюдента; \* - p=0,01.

Таблица 2. Средние показатели интегральных шкал МОПЗ в группе пациенток с гинекологической патологией в сравнении со здоровым контролем.

Интегральные шкалы МОПЗ	Средние баллы в группах сравнения		t
	ОГ (n = 101)	КГ (n = 50)	
Шкала конструктивности А	45,9091±2,0817	47,060±2,6677	1,842
Шкала деструктивности В	26,8485±1,9415	23,140±2,7231	1,942
Шкала дефицитарности С	29,1414±2,4687	42,740±3,3048	2,003 *

Примечание: ОГ – основная группа гинекологических больных; КГ – контрольная группа здоровых; t – критерий Стьюдента; \* - p=0,01.

половой сферы. По-видимому, женское репродуктивное здоровье является во многом «социально нагруженным», поэтому больные женщины имеют (в отличие от здоровых) трудности в отстаивании своих границ социально приемлемыми способами во взаимодействии с другими людьми.

Поскольку по шкалам конструктивной и деструктивной агрессии у пациенток с ГЗ не имелось значимых различий со здоровым контролем, и такая же закономерность прослеживалась по функции конструктивного внешнего Я-отграничения (таблица 1), это позволяет предположить у женщин с ГЗ не отсутствие навыков отстаивания своих интересов и достижения целей как таковых, а, скорее, «внутренний запрет» на их использование и достижение.

Ранние истоки такого внутреннего запрета, как и другие трудности в формировании центральных Я-функций, находятся в преэдиальном периоде развития и зависят от особенностей взаимодействия ребенка с первичным семейным окружением [1, 5]. Фактором, поддерживающим этот запрет во взрослой жизни, может явиться низкая самооценка (значимо более высокие показатели по шкале дефицитарного нарциссизма в сравнении со здоровым контролем – таблица 1). Ощущающий свою ненужность и неполноценность человек не просто не может, но и не хочет отстаивать свои интересы и границы в отношениях с другими, особенно значимыми людьми, чтобы не подвергать риску и без того субъективно кажущиеся хрупкими отношения, чтобы не столкнуться с чувством одиночества, безнадежности и беспомощности [14]. В то же время постоянный отказ от своих потребностей ради сохранения отношений закрепляет низкую самооценку, создавая порочный круг проблемы.

Анализ исследования по МОПЗ представлен в таблице 2. Средние показатели по интегральным шкалам МОПЗ, полученные в основной группе, значимо отличаются от показателей, полученных в контрольной группе здоровых женщин только по шкале дефицитарности С (p=0,01): у женщин с ГЗ этот показатель в 1,5 раза ниже, чем у здоровых. Разница отражает недостаточную реализованность личности больных женщин, их стремление функционировать, используя лишь минимум своих возможностей [5].

С целью выявления связей наличия ГЗ с личностными характеристиками женщин в рамках гоманструктуральной модели личности был предпринят корреляционный анализ. Значимые ассоциации психологических показателей по ISTA и МОПЗ с наличием ГЗ представлены в таблице 3.

Наличие ГЗ было значимо (p<0,01; p<0,05) позитивно связано с показателями агрессии дефицитарной, тревоги деструктивной, внешнего Я-отграничения деструктивного и дефицитарного, внутреннего Я-отграничения деструктивного, нарциссизма деструктивного и дефицитарного, по интегральным шкалам деструктивности В и дефицитарности С. Обнаружена лишь одна значимая (p<0,05) негативная связь – с показателями по шкале тревоги конструктивной.

Из значимых связей наиболее сильные позитивные корреляции наличия ГЗ отмечены с показателями по шкалам внешнего Я-отграничения дефицитарного и тревоги деструктивной. Позитивные связи средней силы отмечены с показателями по шкалам агрессии дефицитарной и внешнего Я-отграничения деструктивного. Слабые позитивные связи зафиксированы с высокими показателями по шкалам внутреннего Я-отграничения деструктивного, нарциссизма деструктивного и де-

Таблица 3. Значимые корреляционные связи психологических показателей по ISTA и МОПЗ с наличием гинекологического заболевания (n = 151)

Шкалы ISTA и МОПЗ	Средние баллы в группах сравнения		γ
	ОГ (n = 101)	КГ (n = 50)	
Агрессия дефицитарная	4,663±0,433	3,560±0,580	0,316**
Тревога конструктивная	7,396 ±0,504	8,260±0,542	-0,213*
Тревога деструктивная	4,168±0,472	2,320 ±0,609	0,511**
Внешнее Я-отграничение деструктивное	4,535 ±0,438	3,440 ±0,592	0,304**
Внешнее Я-отграничение дефицитарное	6,040 ±0,476	3,680 ±0,637	0,612**
Внутреннее Я-отграничение деструктивное	4,129 ±0,317	3,500 ±0,479	0,205*
Нарциссизм деструктивный	4,168 ±0,379	3,420 ±0,679	0,252*
Нарциссизм дефицитарный	3,240 ±0,521	2,180 ±0,571	0,289*
Показатель интегральной шкалы деструктивности В (МОПЗ)	26,848±1,942	23,140 ±2,723	0,279*
Показатель интегральной шкалы дефицитарности С (МОПЗ)	29,141 ±2,469	24,740 ±3,305	0,221*

Примечание: ОГ – основная группа гинекологических больных; КГ – контрольная группа здоровых; γ – коэффициент корреляции; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

дефицитарного, показателями интегральных шкал деструктивности В и дефицитарности С, а слабая негативная связь — с показателем по шкале тревоги конструктивной.

Таким образом, наличие ГЗ наиболее сильно ассоциировалось с трудностями личности в отстаивании своих границ и нереалистичными страхами отвержения и беспомощности. В то же время личность больных ГЗ были присущи трудности в постановке и достижении своих целей, в реализации социальной активности, конфликтность в отношениях, сниженная способность замечать беспокойство в ситуациях реальной опасности, деструктивное отрицание своих слабостей, повышенная потребность в восхищении со стороны других людей, а также низкая самооценка. ГЗ значимо ассоциировалось с затруднением доступа личности к сфере собственного бессознательного, с бедностью сновидений, фантазий и эмоциональных проявлений, что создает риск возникновения психосоматических заболеваний [5] и перекликается с описанием алекситимических личностей [2]. Кроме того, значимая позитивная связь ГЗ с по-

казателями по интегральной шкале деструктивности В ассоциировалась с риском психопатологических проявлений [5].

Сопоставление в корреляционном анализе интервалов длительности заболевания с психодиагностическими показателями (таблица 4) позволило уточнить соматопсихические / психосоматические направления связей. С возрастанием длительности заболевания значимо повышались показатели деструктивной тревоги, деструктивного нарциссизма (особенно при длительности заболевания 1 — 3 г.) и дефицитарного нарциссизма (особенно при длительности заболевания 4 и более г.) и уменьшалось значение дефицитарного внешнего Я-отграничения ( $p=0,05$ ). Динамика показателей деструктивного и дефицитарного нарциссизма позволяет предположить, что продолжительное ГЗ значимо фрустрирует самооценку женщины. В качестве стратегии совладания с этим стрессом включаются механизмы отрицания личностью своих слабостей и повышенная потребность в признании своих успехов. При продолжении заболевания более 4-х лет наблюдается дальнейшее патологическое развитие деструктивно-нарциссической динамики до

стадии дефицитарного нарциссизма с его эмоциональной изоляцией и одновременно повышенной зависимостью от других людей, снижением чувства собственной ценности.

Таким образом, в целом по четырем показателям (таблица 4) наблюдается значимая неблагоприятная динамика, ассоциированная с прогрессированием ГЗ: повышение тревожности, снижение самооценки, усиление зависимости от окружающих, снижение уверенности в своих возможностях, силе и компетенции, увеличение пассивности, конформности, пессимизма, чрезмерное ощущение своей ненужности и неполноценности. Такое заметное ухудшение самооощения, при том, что женщины исследуемой группы сохраняли трудоспособность и социальную занятость, можно объяснить растущим вместе с длительностью заболевания риском утраты других личностно и социально значимых функций. К этим функциям можно отнести материнство (у пациенток с бесплодием), серьезное испытание для телесной женской идентичности (в случае гинекологических заболеваний, несущих в себе риск оперативного лечения с удалением матки или / и яичников, например, осложненная миома матки). Это косвенно может влиять на функциональное ухудшение в сексуальной сфере, ухудшение партнерских и супружеских отношений.

Вместе с тем, неожиданная негативная корреляционная связь продолжительности ГЗ и дефицитарного внешнего Я-отграничения ( $p=0,05$ ), указывает на рост способности таких

больных с повышением продолжительности заболевания регулировать близость и дистанцию в отношениях с другими людьми, в реакция на внешние события и окружающий мир. Можно предположить, что концентрация личности на своих телесных ощущениях, вынужденная заболеванием, помогает пациенткам вернуть внимание к своим потребностям и заботе о себе, хотя бы на уровне телесных потребностей. Это изменение можно расценить и в качестве проявления вторичной выгоды заболевания, когда ухудшение соматического самочувствия дает психологическое, субъективное право заботиться о себе.

С целью выявления психологических различий в подгруппах пациенток с ХВЗ, бесплодием и доброкачественными опухолевыми процессами женских половых органов, был предпринят следующий корреляционный анализ (таблица 5).

Пациентки с бесплодием оказались ближе остальных к группе здоровых по психодиагностическим показателям, хотя их показатели значимо ( $p=0,01$ ) отличаются от контрольной группы по перечисленным шкалам, за исключением шкалы дефицитарной агрессии, показатели по которой в этой подгруппе самые высокие ( $p=0,05$ ).

Пациентки с воспалительными заболеваниями занимают промежуточное положение в этом континууме, за исключением шкалы дефицитарного внешнего Я-отграничения, по которой имеют самый высокий балл ( $p=0,05$ ).

Пациентки с гиперпластическими процесса-

Таблица 4. Значимые связи продолжительности гинекологического заболевания с психодиагностическими переменными по ISTA (n=101)

№	Шкалы ISTA	Средние баллы в зависимости от продолжительности заболевания			Eta
		0-1 год	1-3 года	4 года и более	
1	Внешнее Я-отграничение дефицитарное	6,476±	6,120±	5,836±	0,315 *
		0,794	0,916	0,732	
2	Нарциссизм дефицитарный	2,524±	2,760±	3,741±	0,262 *
		0,832	0,800	0,835	
3	Тревога деструктивная	3,952±	4,040±	4,309±	0,256 *
		1,144	0,840	0,674	
4	Нарциссизм деструктивный	3,524±	4,120±	4,436±	0,205 *
		0,683	0,893	0,518	

Примечание: Eta – коэффициент корреляции; \* -  $p \leq 0,05$ .

Таблица 5. Значимые связи групп гинекологических диагнозов с психодиагностическими переменными по ISTA и МОПЗ (n=117№)

№	Шкалы ISTA и МОПЗ	Средние баллы в зависимости от диагноза заболевания			Eta
		ВЗ (n=48)	Б (n=22)	ГП (n=47)	
1	Агрессия дефицитарная	4,354±0,609	4,455±0,848	5,277±0,686	0,277*
2	Тревога конструктивная	7,188±0,738	7,736±1,168	7,128±0,920	0,217*
3	Тревога деструктивная	4,104±0,703	3,409±0,950	5,660±0,798	0,259*
4	Тревога дефицитарная	3,479±0,559	3,182±0,813	4,170±0,773	0,189*
5	Внешнее Я-отграничение деструктивное	4,375±0,603	4,000±0,883	4,851±0,712	0,195*
6	Внешнее Я-отграничение дефицитарное	6,292±0,694	5,545±1,311	6,083±1,642	0,315*
7	Внутреннее Я-отграничение конструктивное	8,208±0,655	9,045±0,823	8,191±0,619	0,194*
8	Внутреннее Я-отграничение деструктивное	4,354±0,436	3,364±0,587	4,255±0,562	0,251*
9	Нарциссизм деструктивный	4,250±0,528	3,682±0,976	4,489±0,547	0,195*
10	Нарциссизм дефицитарный	3,375±0,748	2,286±0,839	3,957±0,949	0,307*
11	Сексуальность деструктивная	4,375±0,719	3,636±0,777	4,596±0,769	0,195**
12	Показатель интегральной шкалы деструктивности В (МОПЗ)	27,191±2,646	22,818±3,805	27,911±3,430	0,208*

Примечание: <sup>1</sup> - количество диагнозов выше числа больных; Eta – коэффициент корреляции; ВЗ–воспалительные заболевания; Б – бесплодие; ГП – гиперпластические процессы; \* - p≤0,05; \*\* - p≤0,01.

ми демонстрируют наиболее отдаленные от группы здоровых показатели по большинству психодиагностических шкал: тревоги конструктивной, деструктивной и дефицитарной, внешнего Я-отграничения деструктивного, внутреннего Я-отграничения конструктивного, нарциссизма деструктивного и дефицитарного и сексуальности деструктивной, более всего отличаясь от остальных подгрупп показателями нарциссизма (p=0,05).

Таким образом, пациентки с бесплодием испытывают наибольшие трудности в конструктивном отстаивании своих позиций, способности открывать свои чувства и потребности другим людям, трудности в установлении социальных контактов. Дефицитарная агрессия ведет к пассивному уходу от дел и событий, избыточному чувству вины, скуки, отказу от своих интересов в ситуациях конфликта, избеганию ситуаций соперничества.

ства. Такое реагирование может являться причиной депрессии и соматизации [5].

Женщины с воспалительными заболеваниями отличаются наибольшими трудностями в регулировании близости и дистанции в отношениях с другими людьми: трудности в принятии решений и в отстаивании их, неспособность отказать другим в их неправомерных требованиях, трудности в различении чувств и потребностей, как других людей, так и своих собственных. ХВЗ ассоциировано с такими личностными чертами, как чрезмерная зависимость от окружающих, гипернормативность относительно своих социальных групп, неспособность сопротивляться тому, чтобы другие использовали индивидуума в своих целях [5]. Такие личностные особенности клинически соответствуют диагностическим критериям зависимого расстройства личности [4].

Женщины с опухолевыми процессами имеют наибольшее количество психопатологических проявлений. От двух других подгрупп их отличает наибольшая тревожность и конфликтность, наибольшие трудности в поддержании самооценки и трудности в сексуальной сфере.

### Заключение

На основании контролируемого психологического исследования женщин репродуктивного возраста с хронической гинекологической патологией выделены специфические личностные

черты больных хроническими заболеваниями половой сферы. Наиболее типичным являлось сочетание личностных черт, ассоциированных с зависимым и тревожным расстройством зрелой личности [4]: отчуждение от своих потребностей, неумение отстаивать свои интересы в отношениях с другими людьми, потребность в постоянной поддержке и, вместе с тем, недоверие к себе и другим. Эти черты могут затруднять своевременное обращение женщины к врачу, согласие с лечением, выполнение ею врачебных рекомендаций. Такие предпосылки некомплаентного поведения предъявляют особые требования к врачу-гинекологу по установлению контакта с пациенткой, от которого во многом зависит регулярность обращения и выполнение врачебных рекомендаций [7].

В корреляционном анализе выявлены специфические личностные особенности пациенток с бесплодием, воспалительными заболеваниями и доброкачественными опухолевыми процессами в половой сфере. Женщины с воспалительными заболеваниями отличаются наибольшими трудностями в отстаивании своих интересов в близких отношениях. Пациентки с бесплодием имеют наибольшие трудности в проявлении своей активности в более широком смысле – как в межличностных отношениях, так и в осознании и достижении своих целей в социальном контексте. Женщины с опухолевыми процессами испытывают наибольшие трудности в поддержании самооценки.

### Литература

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. - СПб.: Речь, 2000. - 238 с.
2. Кристалл Д. Интеграция и самоисцеление. Аффект - Травма - Алекситимия. - М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. - 798 с.
3. Кулаков В.И., Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Кулакова Е.В. Психотерапевтическая коррекция аффективных расстройств у женщин, получающих помощь по программе вспомогательных репродуктивных технологий. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2007; 107(1): 21-5.
4. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии. - Женева: ВОЗ, СПб., 1994. - 208 с.
5. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. - СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. - 438 с.
6. Подольский В.В. Репродуктивное здоровье — важнейшая проблема современности. Здоровье женщины. — 2003. — №1. — С. 100-103.
7. Подольский В.В., Дронова В.Л., Латышева З.М. Принцип комплаентности - залог успешного лечения хронических воспалительных заболеваний половых органов у женщин фертильного возраста. Здоровье женщины 2004; 4(20): 73-5.
8. Савельева И.С. Современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов. РМЖ 1999; 7(3): 114-120.
9. Семенова О.П. Психологические проблемы гинекологической клиники. Материалы Конгресса «Репродуктивное здоровье женщины». 26-30 мая 2006. Режим доступа: <http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1156820&s=122103000>
10. Серов В.Н. Проблемы репродукции. Медицина для всех 1999; 1 (12). Режим доступа: <http://medi.ru/doc/8391201.htm>
11. Серов В.Н., Баранов И.И. Транквилизаторы в практике гинеколога. Consilium medicum 2007; 9(6): 53-7.
12. Сидорова И.С., Макаров И.О., Шешукова Н.А. Воспалительные заболевания внутренних половых органов. Этиология, патогенез, диагностика, лечение, профилактика. - М.: Практическая медицина, 2007. - 80 с.
13. Струцкий В.М., Долгушина Л.М., Фоломеева Т.В., Дамиров М.М. Опыт психотерапевтического воздействия при комплексном немедикаментозном лечении внутреннего эндометриоза. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1993; 6: 85-8.
14. Engel G.L. The biopsychosocial model: Continued discussion. Family Medicine 1991; 23(1160): 414.
15. Hart V.A. Infertility and the role of psychotherapy. Issues Ment. Health Nurs. 2002; 23(1): 31-41.
16. Simms I., Stephenson J.M. Pelvic inflammatory disease Epidemiology: what do we know and what do we need to know. Sex. Transm. Inf. 2000; 76: 80-7.