

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный университет»



На правах рукописи

СТЕПАНОВА Валентина Андреевна

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН С ПРОБЛЕМАМИ БЕСПЛОДИЯ
НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ОБРАЗОМ
РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ

5.3.1 Общая психология, психология личности, история психологии
(психологические науки)

Д и с с е р т а ц и я

на соискание ученой степени кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук, доцент
Бонкало Татьяна Ивановна

Краснодар - 2026

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ОБРАЗА РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ПРОБЛЕМАМИ БЕСПЛОДИЯ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.....	22
1.1 Междисциплинарный подход к исследованию проблем демографии и женского бесплодия.....	22
1.2 Основные направления психологических исследований женского бесплодия немедицинской (неясной) этиологии.....	33
1.3 Проблема влияния семьи и семейных отношений на готовность женщины к материнству в современном научном дискурсе.....	52
Выводы к главе 1.....	61
ГЛАВА 2 ОСОБЕННОСТИ И ТИПЫ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН С ПРОБЛЕМАМИ БЕСПЛОДИЯ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.....	62
2.1 Дизайн и программа исследования.....	62
2.2 Общие и вариативные особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.....	82
2.3 Психологические типы личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.....	105
Выводы по главе 2.....	121
ГЛАВА 3 МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ ОБРАЗА РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ НА ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПРОБЛЕМАМИ БЕСПЛОДИЯ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.....	123
3.1 Психологические особенности супружеских отношений в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения....	123
3.2 Специфика образа родительской семьи у женщин разного типа личности с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.....	141
3.3 Взаимосвязь особенностей восприятия родительской семьи и вариативных особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.....	163
Выводы по главе 3.....	173
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	176
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	179
Приложение А.....	202
Приложение Б.....	209
Приложение В.....	215

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Проблема женского бесплодия характеризуется непреходящей актуальностью и значимостью, так как она напрямую связана с демографической ситуацией в обществе. Статистические данные констатируют достаточно высокий процент бесплодных браков относительно их общего количества. По разным источникам, в настоящее время бесплодные браки составляют в среднем 15%; из них – 20-25% супружеских пар, желающих иметь детей, остаются бездетными не по медицинским, а психологическим причинам¹.

Женское бесплодие, в отсутствии медицинских диагнозов и физиологических нарушений репродуктивной функции, имеет неясную этиологию, а потому его проблематика не может ограничиваться только медицинской наукой и предметом клинико-психологических исследований.

Решение проблемы женского бесплодия немедицинского происхождения зависит от наличия или отсутствия в современной науке научно обоснованных сведений не только о самом существовании такого вида бесплодия и о его причинах – психологических факторах, так или иначе связанных с блокированием наступления беременности, но и о типах личности таких женщин и их психологических детерминантах.

Актуальность исследования особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения во взаимосвязи с образом родительской семьи определяется, таким образом, как теоретическими, так и практическими предпосылками.

В настоящее время широко распространены практики оказания психологической помощи женщинам с проблемами бесплодия немедицинского происхождения. Анализ частных практик оказания такой помощи показал, что очень часто практикующие психологи и психотерапевты обращаются к семейной

¹ Официальный сайт ВОЗ <https://www.who.int/ru>

истории клиента, опираясь на устоявшееся мнение о ее ведущей роли в психотравмирующем опыте личности. Однако научных исследований личностных особенностей женщин с бесплодием немедицинского происхождения и их взаимосвязи с образом родительской семьи до сих пор не проводилось.

В связи с тем, что в отечественной и зарубежной психологии общепризнанным считается положение о решающем влиянии семьи на психическое развитие личности, определенный вклад в решение проблемы женского бесплодия немедицинского происхождения могут внести психологические исследования, выполненные в рамках предмета психологии личности и ориентированные на выявление типологических особенностей личности женщин с такими проблемами, а также психологических закономерностей функционирования их семей, устойчивых взаимосвязей между определенными личностными особенностями и особенностями восприятия семейных и детско-родительских отношений.

Результаты таких исследований могут стать основой для совершенствования практики психологической помощи женщинам фертильного возраста, не имеющим медицинских диагнозов состояния их репродуктивного здоровья, но испытывающим трудности в осуществлении своей репродуктивной функции по психологическим причинам.

Степень научной разработанности темы исследования. Теоретический анализ показал, что проблема женского бесплодия немедицинского происхождения имеет далеко не многолетнюю историю, но уже вышла за рамки медицинской науки. В настоящее время она исследуется не только в медицине, но и в философии (С.О. Абросимова, Л.П. Киященко, И.В. Шарауров и др.), истории, этнографии, этнологии (Ю.М. Антонян, О.С. Осипова, Ю.И. Семенов и др.), этике и культурологии (А.В. Андреева, М.А. Беляева, Ю.В. Бояркина, А.А. Крячко и др.), социологии (Е.А. Баллаева, О.Е. Бредникова, Н.М. Римашевская и др.), экономике (А.Е. Иванова, Н.И. Русанова и др.), юриспруденции (Т.А. Малева, Ю.В. Павлова, А.А. Пестрикова, К.Н. Свитнев и др.), в области организации здравоохранения (Е.Е. Григорьева, М.С. Денисов, А.Ю. Прокопов, И.Ю. Самарцева, М.Б. Хамошина

и др.), биологии и физиологии (Н.В. Малышева, С.С. Писаренко и др.), педагогике (Л.И. Алешина, О.В. Алиференко, С.А. Анисютина, Е.И. Зритнева, Л.И. Столярчук, Р. Хуррам и др.). Каждая область научного знания имеет свой предмет исследования, в рамках которого рассматриваются проблемы женского бесплодия немедицинского происхождения.

Психологические аспекты женского бесплодия немедицинского происхождения включают в себя следующие основные направления исследований:

1) роль психологических факторов бесплодия (Б.Г. Ермошенко, Л.А. Клейменова, И.О. Кононенко, В.А. Крутова, И.Н. Лесная, Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич и др.), их влияние на репродуктивное здоровье женщины (А.Н. Васина, В.Е. Гаврилова, Н.В. Дейнека, М.Е. Ланцбург, О.А. Меркулов, М.Ю. Ползиков, Л.В. Ткаченко, Н.А. Тювина и др.);

2) негативные последствия женского бесплодия, связанные с психоэмоциональными состояниями бесплодных женщин (М.С. Голышкина, М.М. Геворгян, В.Н. Николенко, М.В. Оганесян, П.А. Павлюк, Н.А. Ризаева, А.Л. Унанян и др.), потерей ими контроля и самоконтроля (А.И. Блюм, Т.Д. Василенко, Г.Г. Филиппова и др.), с резким ухудшением их качества жизни (К. Вейднер, J.P. Mulhall, A. Shindel, C. Naughton, M. Ohebshalom, C. Nelson и др.), возникновением множества медико-социальных проблем (Л.В. Анохин, С.В. Апресян, А.Р. Иванова, О.Е. Коновалов и др.), в том числе проблем супружеского взаимодействия (Е.А. Дьячкова, О.О. Мурашко, Н.Д. Узлов и др.);

3) индивидуально-психологические особенности женщин, испытывающих трудности в зачатии и вынашивании ребенка (Е.В. Белинская, А.И. Блюм, Е.Н. Васильева, Т.Д. Василенко, Т. Вишман, Е.А. Грон, В.С. Зыбайло, О.С. Карымова, Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич, Г.Г. Филиппова и др.), при этом внимание сосредоточено на исследовании особенностей их временной перспективы (Е.А. Ипполитова), ценностно-смысловой (В.А. Степашкина) и эмоционально-волевой сфер их личности (Т. Вишман, И.В. Карголь, Н.Н. Петрова, М.Г. Рябова, Т.М. Харламова и др.);

4) социально-психологические характеристики личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения (М.Е. Блох, Н.О. Дементьева, А.И. Красавин, В.В. Русановский и др.), включающие в себя особенности их самооценки (А.В. Колчин, И.Ю. Свяцкевич), социальной (Х.В. Бежина), гендерной (Ю.Г. Себелева), полоролевой (В.А. Степашкина) идентичности, социальную неадаптированность (Э.В. Кришталь и М.В. Маркова и др.);

5) причины бесплодия женщин, не имеющих медицинских диагнозов относительно их репродуктивного здоровья (Н.А. Богдан, И.В. Добряков, В.Д. Менделевич, Г.Г. Филиппова и др.), среди которых выделяют психоэмоциональные перегрузки (М. Бидловски, Ф. Гране, Дж. Полсон, Н.А. Тювина), неадекватные мотивы иметь ребенка (С.Г. Касимова, Э.М. Коваленко, В.Д. Менделевич, М.Г. Рябова и др.), несформированность репродуктивной и материнской сфер личности женщины (Н.А. Богдан, В.А. Степашкина, Г.Г. Филиппова и др.).

Анализ работ, в которых раскрываются личностные особенности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, показал, что представления разных исследователей о таких особенностях подчас противоречат друг другу: в частности, выделяются или авторитарные, властные черты личности таких женщин, или, напротив, их робость, неуверенность в себе, нерешительность и эмоциональная неустойчивость.

В работе проанализированы также исследования психологических причин, обуславливающих проблемы женского бесплодия немедицинского происхождения, которые осуществляются в рамках психоаналитического (А. Абасси, Н. Кулиш, Р. Ломбарди, А. Ферро и др.), субъектного (С.Г. Касимова, Э.М. Коваленко и др.), экзистенциального (В.А. Крутова, Г.Ю. Фоменко), социально-психологического (Х.В. Бежина, Н.О. Дементьева, Ю.Г. Себелева и др.) и других подходов.

Объединяющим положением разных подходов к проблеме бесплодия женщины не медицинского происхождения, является признание того, что в его

основе лежит глубокий внутриличностный конфликт, связанный с желанием женщины иметь ребенка и часто неосознаваемой ею неготовностью к его вынашиванию, рождению, воспитанию, выполнению родительской (материнской) роли, репродуктивной и воспитательной функций.

В этой связи важными для нашего исследования являются работы, посвященные раскрытию сущностных характеристик феноменов родительства (А.А. Абрамова, М.О. Ермихина, Р.В. Овчарова, Т.В. Павлова, Е.Г. Смирнова, Л.Б. Шнейдер и др.), материнства (А.С. Батуев, С.Ю. Мещерякова, Е.В. Пономарева, В.А. Рарих и др.), девиантного материнства (В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова и др.), психологической готовности к материнству (О.В. Баженова, Х.В. Бежина, В.И. Брутман, Е.Н. Васильева, И.Г. Григорьян, Е.В. Матвеева, С.Ю. Мещерякова, Е.С. Миронова, А.В. Орлов, Ю.Е. Скромная, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова, Е.Ю. Шулакова и др.).

Что касается связи образа родительской семьи и личностных особенностей женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, то таких исследований не проводилось – существуют лишь парциальные и немногочисленные работы, так или иначе затрагивающие обозначенную проблему. Однако следует уточнить, что, во-первых, многие авторы указывают на доминирующую роль родительской семьи в нарушениях репродуктивной сферы (Г.Г. Филиппова) женщины: в частности, роль семейных «сценариев, мифов» (В.Е. Гаврилова, И. Парван, Л.П. Федина и др.), детско-родительских и особенно детско-материнских отношений (В.Е. Гаврилова, В. С. Зыбайло, А. В. Копытов, Е.С. Мордас, В.Ю. Филимоненкова и др.), образа матери (Ю.С. Газизова, Р.Ж. Мухамедрахимов и др.); во-вторых, общепризнанным считается тот факт, что в основе проблем женщины с бесплодием немедицинского происхождения лежит, прежде всего, ее психотравмирующий прошлый опыт; в-третьих, исследователи едины во мнении о том, что решающее влияние на личность оказывают особенности семейной ситуации ее развития.

В связи с этим, проанализированы фундаментальные труды отечественных и зарубежных исследователей семьи и семейных отношений и их влияния на

развитие личности ребенка и взрослого человека (Н. Аккерман, Ю.Е. Алешина, А.Я. Варга, А.Н. Волкова, А.И. Захаров, А.Г. Лидерс, И.М. Марковская, Н.Н. Обозов, Н.И. Олиферович, В.В. Столин, Л.Б. Шнейдер, Э.Г. Эйдемиллер и др.).

Таким образом, результаты теоретического анализа позволяют говорить о том, что комплексного исследования факторов, связанных с восприятием родительской семьи и обуславливающих особенности личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, не проводилось, что малочисленные и, как правило, выполненные в рамках медицинской психологии, исследования носят скорее констатирующий характер, вне раскрытия психологических закономерностей и механизмов воздействия особенностей образа родительской семьи на общие и вариативные характеристики личности женщин, испытывающих проблемы бесплодия не по медицинским причинам.

В связи с этим, была определена **научная задача исследования**, заключающаяся в поиске ответа на вопрос, как образ родительской семьи, созданный на основе ее субъективного восприятия женщинами с проблемами бесплодия немедицинского происхождения взаимосвязан с теми особенностями их личности, которые препятствуют развитию у них готовности к материнству.

Цель исследования — выявление взаимосвязи образа родительской семьи и личностных особенностей женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Объект исследования — особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Предмет исследования — общие и вариативные особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и их взаимосвязь с образами родительской семьи.

Гипотезы исследования:

1. Женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения могут иметь как общие, так и вариативные особенности личности, которые

взаимосвязаны со спецификой и уровнем их психологической готовности к материнству.

2. Можно выделить несколько типов личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, относительно их индивидуальных особенностей, проявляющихся во взаимодействии с другими людьми и миром в целом.

3. Межсупружеские отношения в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения могут отличаться вариативностью, в зависимости от специфических характеристик их личности.

4. Типы личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения взаимосвязаны со спецификой их восприятия родительской семьи и детско-родительских отношений.

5. Психологическими механизмами влияния образа родительской семьи на личностные особенности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения могут выступать процессы подражания и воспроизведения, отражающие разные модели развития у женщин психологической неготовности к материнству.

Задачи исследования:

1. Осуществить теоретический анализ научной и научно-методической литературы по проблеме женского бесплодия и на основе результатов анализа уточнить сущность основных понятий работы («личностные особенности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения», «образ родительской семьи») и оценить роль психологии личности в их исследовании.

2. Эмпирически выявить общие и вариативные личностные особенности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и их взаимосвязь с уровнем развития психологической готовности к материнству.

3. Выявить психологические типы личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, соотнесенные с особенностями складывающихся в их семьях межсупружеских отношений.

4. Изучить особенности восприятия женщинами с проблемами бесплодия немедицинского происхождения своей родительской семьи и детско-родительских отношений и оценить их роль в формировании разного типа их личности.

5. Раскрыть психологические механизмы влияния образа родительской семьи на личностные особенности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Теоретико-методологическая основа исследования включает в себя общенаучные принципы психологии: принцип детерминизма (А.В. Брушлинский, Б.Ф. Ломов, С.Л. Рубинштейн, М.Г. Ярошевский и др.), который исходит из утверждения о влиянии социальных (внешних) факторов через внутренние условия, то есть не сама семья является непосредственным фактором проблем бесплодия немедицинского происхождения, а она опосредованно влияет на индивидуально-психологические характеристики личности женщины, связанные с ее репродуктивным поведением; принципы верификации и объективности (Т.В. Корнилова, С.Д. Смирнова и др.), предполагающие беспристрастность и обязательную проверку истинности научных представлений о влиянии образа родительской семьи на репродуктивную сферу женщины через эмпирические исследования; и принцип психологической причинности (Г.М. Андреева, Б.Ф. Ломов, А.В. Петровский и др.), согласно которому исследование взаимосвязи образа родительской семьи и личностных особенностей женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения осуществлялось с учетом положения об отражающем характере влияния семейной ситуации развития на развитие личности женщин и через них – на их психологическую готовность к материнству; принцип развития, означающий, что развитие личности происходит в постоянно меняющейся психологической реальности, что объясняет нелинейность воздействия семейных факторов на репродуктивную сферу личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Исследование опиралось на психологические теории зависимости межсупружеских отношений от моделей родительской семьи (Martin и Sajer и их последователи), теории родительства (А.А. Абрамова, М.О. Ермихина,

Р.В. Овчарова, Т.В. Павлова, Е.Г. Смирнова и др.), материнства (А.С. Батуев, С.Ю. Мещерякова, Е.В. Пономарева, В.А. Рарих и др.), психологической готовности к материнству (О.В. Баженова, Х.В. Бежина, В.И. Брутман, Е.Н. Васильева, И.Г. Григорьян, Е.В. Матвеева, С.Ю. Мещерякова, Е.С. Миронова, А.В. Орлов, Ю.Е. Скромная, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова, Е.Ю. Шулакова и др.).

Методы и методики исследования. Комплексное психологическое исследование соответствует логике научного познания, в которой предусмотрены теоретический анализ и эмпирическое исследование. В теоретической части работы использовались методы анализа, абстрагирования, обобщения, систематизации, моделирования. В эмпирической – наблюдение как основной метод в психологии, тестирование, опросные методы (интервьюирование и анкетирование) и статистические методы (расчет среднегрупповых показателей, стандартных отклонений, процентных и частотных распределений, сравнительный (с использованием Н-критерия Крускала-Уоллиса, U-критерия Манна Уитни для непараметрических выборок, t-критерия Стьюдента для параметрических выборок (при этом, проверка на нормальность их распределения осуществлялась с помощью расчета критерия Колмогорова-Смирнова), χ^2 – критерия, ф-критерий Фишера), корреляционный (коэффициент корреляции по Спирмену), кластерный (метод семантического сходства) и факторный (метод главных компонент) анализы).

Эмпирическое исследование осуществлялось с помощью следующего комплекса психодиагностических методик: 1) методики, ориентированные на выявление характеристик личности женщин: «Ценностные ориентации» М. Рокича, Шкала базисных убеждений Р. Янов-Бульман, в адаптации О. Кравцовой, Многомерная шкала перфекционизма Хьитта-Флетта, Опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогоровой; опросник ДМО Т. Лири и др. (в адаптации Л.Н. Собчик), опросник С. Бем, «Определение ролевых позиций в межличностном общении» Э. Берна, Опросник уровня инфантильности А.А. Серегинной, Опросник социально-психологической адаптации Д. Дайсонда и К. Роджерса; 2) методики на выявление психологической готовности женщины к материнству: проективная

методика «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова), метод незаконченных предложений, «Материнство и мотивация рождения ребенка», «Мотивы зачатия ребенка» (О.А. Урусова), «Представления об идеальном родителе» (Р.В. Овчарова, Ю.А. Дегтярева); «Будущие роли родителя и ребенка» (Е.Н. Васильева, А.В. Орлов); 3) методики, позволяющие исследовать особенности межличностных отношений в супружеской паре: «Общение в семье» (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская), «Удовлетворенность браком» (В.В. Столин, Г.П. Бутенко, Т.Л. Романова); «Супружеский копинг» (М. Боуман, адаптация Е.В. Куфтык), «Тип коммуникационной системы семьи» Т.И. Бонкало; 4) методики, направленные на исследование образа родительской семьи: «Семейная генограмма», Опросник для определения типа привязанности к матери в детстве (М.В. Яремчук в модификации О.А. Алмазовой и Г.В. Бурменской); Опросник латентного отвержения ребенка в семье (Т.И. Бонкало), модифицированный опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера (модификация варианта 2 – Т.И. Бонкало).

Дизайн исследования и его эмпирическая база. Эмпирическое исследование включало в себя три основные серии:

1) выявление уровня психологической готовности к материнству и особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения. Исследовательскую выборку составили 104 женщины, по данным медицинского обследования, не имеющие медицинских диагнозов нарушений репродуктивной функции и соматического здоровья, но испытывающие сложности в зачатии ребенка, и 104 женщины со сроком беременности от 4 до 8 недель того же возраста (средний возраст – 32,8 и 32,4 года);

2) выявление типов личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения. Выборку составили 312 замужних женщин без детей с проблемами бесплодия немедицинского происхождения;

3) Выявление особенностей межсупружеских отношений в семьях каждого типа женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и

4) особенностей восприятия ими родительской семьи. Исследования осуществлялись на той же выборке.

Исследование проходило на базе Центров помощи семье и детям г. Краснодара и г. Москвы. Все испытуемые и их супруги дали информационные письменные согласия на исследование.

Исследование проходило в три основных этапа:

Первый этап (2021 г.) – это организация и проведение обзорно-аналитического исследования, в результате которого была уточнена его тема, объект и предмет, сформулированы гипотезы и задачи исследования, разработаны его дизайн и программа.

Второй этап (2021-2023 гг.) был посвящен сбору эмпирических данных и их первичной математической обработке.

Третий этап (2023 - 2025 г.г.) – анализ эмпирических данных, их систематизация и популяризация, подготовка диссертации.

Основные научные результаты, полученные лично соискателем, и их научная новизна. Научная новизна исследования определяется тем, что в его процессе:

— *предложено* авторское понимание образа родительской семьи женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, как совокупности ее представлений о семейной ситуации своего развития: об истории семьи, характере взаимоотношений родителей, детско-родительского взаимодействия, о своей роли в общей структуре семейного функционирования;

— *обоснована* роль психологических исследований в выявлении проблем женского бесплодия немедицинского происхождения, которые дают возможность раскрыть механизмы влияния семейной ситуации развития, особенностей межличностных отношений с супругом и восприятия родительской семьи на ее мысли, чувства и поведение, связанные с ее психологической неготовностью к материнству и составляющими материнской сферы ее личности;

— *выявлены* общие личностные особенности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, включающие в себя высокий уровень перфекционизма в сочетании с инфантильностью, несформированностью базисных

убеждений и взаимосвязанные с их психологической неготовностью к материнству;

— *разработана* типология личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, раскрывающая особенности агрессивно-маскулинного, инфантильно-капризного, опекающе-назидательного, тревожно-фобического и профессионально-ориентированного типов, проявляющихся во взаимодействии женщин с другими людьми и определяющих их отношение к материнству, субъективные представления о воспитательной роли матери и идеальном поведении будущего ребенка;

— *установлено*, что супружеские отношения в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения складываются в зависимости от вариативных особенностей их личности;

— *доказано*, что недостаточный уровень легкости и психотерапевтичности общения в супружеских парах, опосредованный тип коммуникационной системы семьи, выбор супругами неадаптивных супружеских копингов в стрессовой ситуации, связанной с отсутствием беременности женщины в течение длительного времени, могут являться дополнительным источником ее психологической неготовности к материнству;

— *определены* взаимосвязи между особенностями восприятия женщинами с проблемами бесплодия немедицинского происхождения своей матери и детско-родительских отношений и ее психологической неготовностью к материнству;

— *установлено*, что агрессивно-маскулинный тип личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения детерминирован таким образом родительской семьей, в которой семья характеризуется конфликтными отношениями ее родителей, навязыванием ей роли виновника несчастий семьи, эмоциональным отвержением при жестоком с ней обращении; инфантильно-капризный тип – неразвитыми родительскими чувствами матери при потворствовании и эмоциональной отстраненности отца; опекающе-назидательный тип – стремлением матери переложить ответственность за семью на формирующуюся личность ребенка; тревожно-фобический – доминированием

матери и ее мелочной заботой, в связи с фобией утраты ребенка; профессионально-ориентированный – возложением на ребенка надежд семьи и оправдания ожиданий родителей;

— *установлено*, что основными механизмами психологической неготовности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения к материнству являются механизмы дезориентации в системе детско-родительских отношений, формирования неадекватных образов семьи и матери, обуславливающие процессы произвольного и непроизвольного их воспроизведения.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что его материалы значительно дополняют теорию психологии личности сведениями об общих и вариативных характеристиках личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, а также о факторах, детерминирующих те особенности ее личности, которые взаимосвязаны с психологической неготовностью к материнству.

В процессе исследования:

— конкретизировано понятие «образ родительской семьи женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения»;

— выявлена роль психологии личности в исследовании психологических проблем женского бесплодия немедицинского происхождения, в связи с чем предложено новое ее направление;

— определены общие (специфические) и вариативные характеристики личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения;

— предложена психологическая типология личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, основанная на результатах изучения личностных особенностей, проявляющихся во взаимодействии с другими людьми и с миром в целом;

— эмпирически обоснованы положения о том, что личностные особенности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения определяют

специфические характеристики ее материнской сферы, обуславливающие ее психологическую неготовность к материнству;

— раскрыто негативное влияние опосредованной коммуникационной системы семьи, неадаптивных супружеских копингов и отсутствия легкости и психотерапевтичности общения между супругами на психологическую готовность женщины к материнству;

— доказано, что личностные особенности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, находящиеся во взаимосвязи с их неготовностью к материнству, детерминированы спецификой восприятия ими родительской семьи и детско-материнских отношений;

— установлены устойчивые взаимосвязи между личностными (общими и вариативными) особенностями женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и восприятием ими своих отношений с матерью;

— предложено авторское понимание механизма влияния образа родительской семьи женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения на формирование тех характеристик ее личности, которые детерминируют психологическую неготовность к материнству.

Практическая значимость исследования определяется высоким уровнем его вклада в разработку содержания психологической помощи женщинам, не имеющим медицинские показатели нарушений репродуктивной функции, но испытывающим трудности в зачатии ребенка по не связанным с соматическим здоровьем причинам.

Научно подтвержденные сведения о типах личности женщин, испытывающих трудности в зачатии ребенка, об их общих и вариативных личностных особенностях и их закономерных связях со спецификой восприятия ими семейной ситуации своего развития могут служить теоретической основой для оказания психологической помощи женщинам, имеющим соответствующий запрос. Предложенные модифицированные методики изучения восприятия взрослыми женщинами родительской семьи, детско-родительских и детско-

материнских отношений могут быть использованы в практической деятельности психолога.

Материалы исследования вошли в программы учебных курсов «Психология личности», «Репродуктивная психология», «Психология семьи и семейных отношений» для обучающихся по направлениям психологического и психолого-педагогического образования, а также курсов повышения квалификации практикующих психологов и психологов-консультантов.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечены четким следованием основополагающим принципам и подходам, соответствием работы критерию внутреннего единства, непротиворечивостью доказываемых положений, логикой построения программы исследования, использованием надежного и валидного диагностического инструментария, соблюдением требований к математико-статистическому анализу эмпирических данных, репрезентативностью исследовательских выборок.

Положения, выносимые на защиту:

1. Образ родительской семьи женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения – это совокупность ее представлений об истории своей семьи, особенностях ее функционирования, отношениях между родителями, прародителями и детско-родительского взаимодействия, обуславливающая формирование таких черт личности женщины, которые взаимосвязаны с ее психологической неготовностью к материнству.

Исследование взаимосвязи образа родительской семьи и личностных особенностей женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения в рамках психологии личности позволяет выявить источники развития психологической неготовности женщины к материнству и нарушений материнской сферы ее личности.

В рамках психологии личности можно исследовать общие и вариативные психологические особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, обусловленные субъективным восприятием структуры родительской семьи и детско-родительского взаимодействия,

субъективной интерпретацией особенностей складывающихся с супругом отношений и обуславливающие ее психологическую неготовность к материнству.

2. Женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения характеризуются психологической неготовностью к материнству, что выражается в низком уровне сформированности у них образа матери, его неопределенности и схематичности, отсутствии осмысленных и конкретных представлений о ее роли, назначении, в искаженном восприятии трудностей, связанных с беременностью, родами и воспитанием ребенка, в неадекватной мотивации зачатия ребенка, стремлении через ребенка решать свои проблемы, сосредоточенности на них, эгоистическом желании стабильности для себя и страхе возможных перемен. Вместе с тем, содержание образа матери обусловлено типологическим многообразием женщин, проявляющимся в индивидуально-психологических характеристиках их личности, которые могут быть общими и вариативными.

Общими для женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения являются такие характеристики их личности, как: 1) сниженный уровень ощущения защищенности и стабильности в окружающем мире, что проявляется в несформированности у них базисных убеждений в его благосклонности, доброте других людей, уверенности в победе добра над злом; 2) ярко выраженный перфекционизм, отражающий стремление многих женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения к совершенству, в связи с искаженностью восприятия реальности и общей личностной незрелостью; 3) повышенная склонность к категоричности в суждениях и действиях, стремление оценивать и поучать других людей, указывать, как правильно поступить в той или иной ситуации в сочетании с внутренним их неприятием и эмоциональным дискомфортом.

3. В зависимости от сочетаемости вариативных психологических характеристик женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, можно выделить пять их основных типов: 1) «агрессивно-маскулинный» тип личности - властные, раздражительные, маскулинные женщины, не терпящие возражений и лишённые традиционных женских черт; 2) «инфантильно-

капризный» тип личности – незрелые эгоистичные женщины с завышенными требованиями к другим людям и чрезмерными претензиями к своим мужьям; 3) «опекающе-назидательный» тип личности – женщины, заботящиеся обо всех, чрезмерно опекающие своих мужей, в силу нереализованной потребности в материнстве; 4) «тревожно-фобический» тип личности – женщины с ярко выраженным эмоциональным дискомфортом, социальной фобией, тревожностью во взаимодействии с другими людьми; 5) «профессионально-ориентированный» тип личности – женщины с завышенными требованиями к себе, стремящиеся не только и не столько к карьере, сколько к профессиональной самореализации и профессиональному самосовершенствованию.

4. Вариативные характеристики женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, образующие типы их личности, определяют характер супружеских отношений, где наблюдаются напряженность, ярко выраженная или латентная конфликтность, вызванная разным субъективным восприятием степени благополучия брака. Чувство вины за нарушения репродуктивной функции, беспокойство по поводу отсутствия беременности, самообвинения и самоуничижение в одних случаях проявляются в стремлении женщины обвинить во всем своего партнера, в других случаях – в желании переключить свое внимание на другие сферы жизнедеятельности или в нарастании проблем со здоровьем и тревожными ожиданиями.

Неспособность супругов продуктивно совладать со стрессом, вызванным трудностями с зачатием ребенка, неумение поддерживать друг друга, принимать адекватные решения, направленные на ослабление нервно-психического напряжения у каждого из членов семьи, опосредованный тип внутрисемейной коммуникации могут стать дополнительным источником внутренней, психологической неготовности женщины к материнству.

5. Агрессивно-маскулинный тип личности женщины обусловлен таким образом родительской семьи, который характеризуется конфликтными взаимоотношениями, связанными с низким материальным положением семьи, жестоким обращением членов семьи друг с другом и с ребенком-девочкой,

навязыванием ей роли «козла отпущения», «золушки» или «позора семьи», избегающей привязанностью к матери и отцу, чрезмерностью требований родителей при строгости родительских санкций в связи с неразвитостью их родительских чувств и стремлением к проецированию своих негативных качеств на ребенка. Инфантильно-капризный тип личности женщины детерминирован ее восприятием родительской семьи, характеризующейся эмоциональным отвержением при потворствовании отца и гипопротекции матери, навязыванием ей роли «маленькой неудачницы» и предпочтением во взрослеющей дочери детских качеств личности, в сочетании с культивированием материальных семейных ценностей и лишении ее самостоятельности выбора. Опекающе-назидательный тип личности женщины формируется в семьях с конфликтными отношениями родителей и созависимым поведением матери и обусловлен повышенной моральной ответственностью формирующейся личности женщины в родительской семье с перекладыванием на нее родительской ответственности и вовлечением ее в сферу супружеских отношений. Тревожно-фобический - формируется под влиянием тревожно-амбивалентной привязанности к матери и избегающей привязанности к отцу, установления матерью симбиотической связи с дочерью при доминировании и мелочной опеке над ней, предъявления к ней высоких требований, чрезмерного количества запретов, в связи с ее фобией утраты ребенка. Профессионально-ориентированный тип личности женщины обусловлен условным принятием и чрезмерным вниманием родителей к достижениям ребенка, связанным с нереализованной мечтой матери, потерей профессиональной карьеры из-за рождения ребенка, навязыванием чувства профессионального долга семьи.

6. Доминирующими факторами психологической неготовности женщины к материнству, ее страха перед зачатием и рождением ребенка являются нарушения семейной структуры родительской семьи, ее социальный статус, жизненные истории, а также восприятие детско-родительских отношений как негармоничных и недостаточно теплых, представление о матери как о человеке, эмоционально холодном или, напротив, эмоционально лабильном, с неустойчивыми чертами личности. Основными механизмами психологической неготовности женщины с

проблемами бесплодия немедицинского происхождения к материнству являются механизмы дезориентировки в системе детско-родительских отношений, формирования неадекватных моделей семьи и образов матери, механизмы их отвержения, создания анти- и контрсценариев, обуславливающие процессы непроизвольного и произвольного их воспроизведения.

Апробация результатов исследования. Основные результаты диссертационного исследования были представлены на Международных («Институциональная трансформация научной среды в условиях цифровизации» (Чебоксары, 2023), «Теории, школы и концепции устойчивого развития науки в современных условиях» (Стерлитамак, 2023)). и Всероссийских («Образование, инновации, исследования как ресурс развития сообщества» (Чебоксары, 2024) научных и научно-практических конференциях. Материалы исследования обсуждались на кафедре педагогики и психологии Кубанского государственного университета.

По теме диссертации опубликованы 18 работ, 6 из которых - в изданиях из перечня ВАК, 1 – в изданиях информационно-аналитической системы Scopus, 1 – в авторской монографии. Общий объем опубликованных автором работ составляет 12,7 п.л.

Структура и объем работы. Работа состоит из Введения, трех глав, Заключения, Списка литературы из 208 источников, 49 из которых – на иностранном языке, и Приложений, где отражены авторский диагностический инструментарий исследования, методические материалы и некоторые сводные протоколы исследования. Общий объем диссертации составляет 229 страниц печатного текста, иллюстрированного 18 таблицами и 42 рисунками.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ОБРАЗА РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ПРОБЛЕМАМИ БЕСПЛОДИЯ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

1.1 Междисциплинарный подход к исследованию проблем демографии и женского бесплодия

Демографические проблемы являются одними из актуальных и социально-значимых, выходящих далеко за пределы медицины. В связи с этим, женское бесплодие, как один из факторов демографических проблем, становится объектом исследований не только по медицине, но и медицинской психологии, психологии, нейропсихологии, философии, социологии, политологии и др.

Бесплодие – это, по медицинскому определению, неспособность лица фертильного возраста воспроизводить потомство [38]. Бесплодие устанавливается, если в течение одного года половой жизни без применения каких-либо контрацептивов беременность не наступает [51].

Тенденция к росту бесплодия фиксируется во многих странах мира. По статистическим данным, в странах Западной Европы, Канады и США бесплодием страдают от 10% до 25-30% супружеских пар. В России в 2016 году из 36 млн. женщин в возрасте от 15 до 49 лет бесплодием страдали 6 млн., что составляет 16,67% от общего числа женщин фертильного возраста [43]. Эта цифра увеличивалась приблизительно на 250 тыс. человек ежегодно и составила уже к 2020 году 17,3% [93]. В настоящее время, по разным источникам, каждый пятый брак является бесплодным [108].

На основании анализа различных источников, в том числе и сведений, размещенных в открытом доступе на сайтах медицинских и психологических центров и консультаций, была составлена матрица распространения в странах мира

проблемы бесплодия, как женского или мужского, так и бесплодия супружеских пар (рисунок 1).

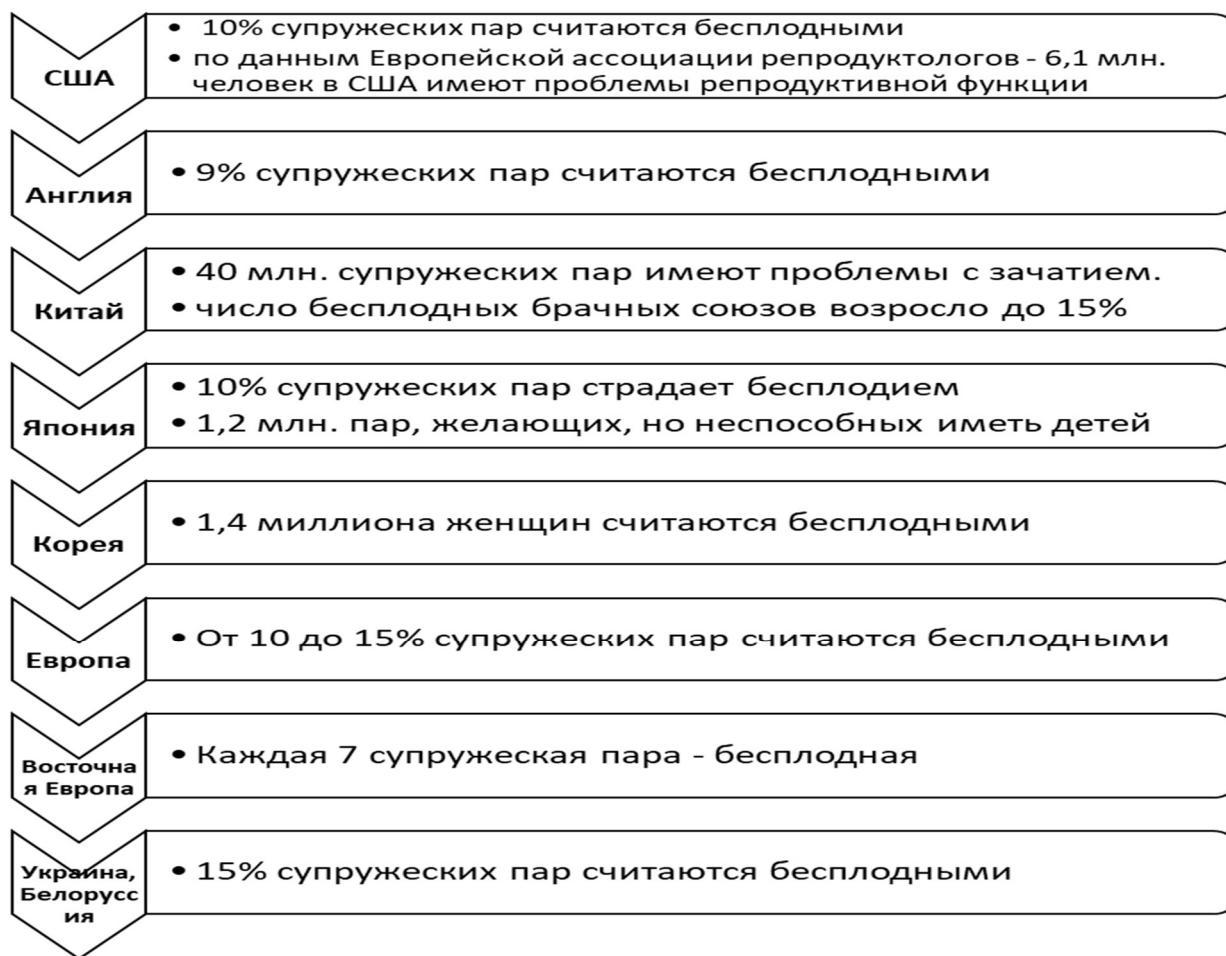


Рисунок 1 – Статистика бесплодия в странах мира на 2020 год

В связи с такой распространенностью бесплодия во всех странах мира, его проблемы выходят за рамки медицинской науки и, главным образом, в связи с необходимостью выявления причин (факторов) и последствий нарушений репродуктивного здоровья населения.

Теоретический анализ статистических данных о причинах бесплодия показал, что цифры в разных источниках разнятся.

В одних источниках доля женского и мужского бесплодия одинакова, в других источниках – доля женского бесплодия превышает мужское; в третьих источниках – напротив, количество мужского бесплодия превышает количество женского бесплодия. Сопоставление различных данных показывает, что в своих средних значениях факторами бесплодия супружеских пар являются:

- женский фактор – от 30 до 40%;
- мужской фактор – от 20 до 30%
- сочетанный фактор – от 19 до 26%
- бесплодие неясного генеза – от 10 до 20%.

В России частота бесплодных браков превышает 15% и за 5 последних лет увеличилась, составив более 5 млн. пар. Большинство приходится на женское бесплодие [122].

Вследствие этого, проблема бесплодия, и, в частности, женского бесплодия стоит в центре внимания многих наук.

Приоритет в рассмотрении проблем бесплодия принадлежит медицине, где выделены как клинические формы бесплодия, так и методы их лечения, в том числе с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Вместе с тем, отмечается, что наиболее сложной проблемой является изучение так называемого психогенного (психологического) бесплодия. Вопрос здесь состоит и в существовании такого вида бесплодия, и в способах его изучения. Помимо этого, анализ разных источников показал, что единых статистических данных о распространенности причин женского бесплодия не существует. Приведем средние арифметические показатели (рисунок 2).

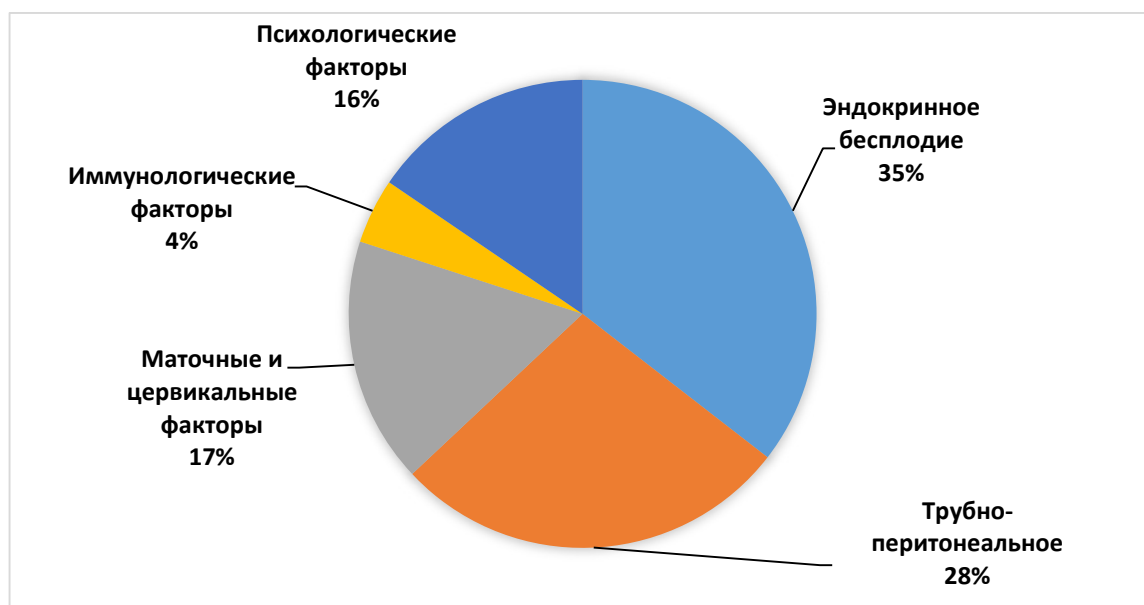


Рисунок 2 – Процентное соотношение разных факторов женского бесплодия (составлено на основе анализа разных источников)

История научного изучения бесплодия началась не так давно, в связи с развитием медицины и успехами в области постановки медицинских диагнозов, объясняющих infertility женщины и мужчины.

До этого же периода в России, как и в других странах, рождение ребенка считалось обязательным условием заключения брака, который воспринимался как священный союз мужчины и женщины, созданный для воспроизведения потомства. Отсутствие же детей в браке оценивалось как наказание, Божья кара, злой рок, причиной рассматривалась «порча» женщины, в связи с чем такой брак считался неполноценным [25].

В первых главах Библии описываются трагические истории, связанные с бесплодием. Уже в Бытие сообщаются сведения о том, что жены прародителей Иисуса Христа (Сарра, Ревекка и Рахиль) были бесплодными, и именно бесплодие стало источником межсупружеских конфликтов в их семьях. В библейских историях содержится множество примеров бесплодия супружеских пар и его психологических последствий: описываются эмоциональные состояния женщин – библейские героини-женщины испытывали тревогу, страх, чувство вины, нетерпимость, страдания; герои-мужчины – раздражение, гнев, злость, в связи с невозможностью жены зачать ребенка и ее постоянными мыслями об этом.

Попытки объяснить причины бесплодия, однако, предпринимались на протяжении всего существования человечества.

В Древней Греции, например, Аристотель, на основе результатов наблюдений и сопоставлений, приходит к выводу о том, что чрезмерное употребление вина является одной из причин мужского бесплодия. В трудах древнегреческих и древнеримских философов содержатся предположения о действии социальных факторов на репродуктивные способности человека.

Однако уже в те времена, в мифологии описываются случаи переноса плода от одной женщины к другой, примеры излечения от бесплодия мужчин и женщин, разрабатываются медицинские теории, которые и сейчас являются актуальными в клинической медицине.

Впервые связал бесплодие мужчин и женщин с заболеваниями половых органов Ибн-Сина.

С появлением в середине XVII века первых микроскопов начинается изучение физиологических причин бесплодия. Научные открытия в области медицины, полученные в XVII – XIX вв., послужили основой для разработок способов борьбы с бесплодием, которые успешно применяются в сегодняшней медицинской практике.

Однако о медицинских причинах женского бесплодия стало известно только в начале XX века в связи с экспериментами И.К. Рубина.

В настоящее время, согласно ВОЗ, выделены 22 физиологического фактора женского бесплодия и 16 – мужского.

Начиная с середины XX – начала XXI вв. проблемы, связанные с бесплодием, вышли далеко за рамки медицинской науки. Они рассматриваются разными областями научного знания с разных сторон: исследуются, как правило, причины и следствия разных форм бесплодия и методы борьбы с ними. При этом бесплодие может рассматриваться как медицинская, социальная и психологическая проблема, хотя такое разделение можно считать достаточно условным.

Как социальная проблема, бесплодие приводит к демографическим катастрофам, к уменьшению не только численности населения, но и трудовых ресурсов, росту психологического неблагополучия человека, его проблем во взаимодействии с другими людьми и обществом в целом, что не может не влиять на уровень социально-экономического развития страны.

В связи с этим, проблемы бесплодия исследуются не только в медицине, но и в философии (С.О. Абросимова, Л.П. Киященко, И.В. Шарауров и др.), истории, этнографии, этнологии (Ю.М. Антонян, О.С. Осипова, Ю.И. Семенов и др.), этике и культурологии (А.В. Андреева, М.А. Беляева, Ю.В. Бояркина, А.А. Крячко и др.), социологии (Е.А. Баллаева, О.Е. Бредникова, Н.М. Римашевская и др.), экономике (А.Е. Иванова, Н.И. Русанова и др.), юриспруденции (Т.А. Малева, Ю.В. Павлова, А.А. Пестрикова, К.Н. Свитнев и др.), в области организации здравоохранения (Е.Е. Григорьева, М.С. Денисов, А.Ю. Прокопов, И.Ю. Самарцева, М.Б. Хамошина

и др.), биологии и физиологии (Н.В. Малышева, С.С. Писаренко и др.), педагогике (Л.И. Алешина, О.В. Алиференко, С.А. Анисютина, Е.И. Зритнева, Л.И. Столярчук, Р. Хуррам и др.).

Каждая область научного знания имеет свой предмет исследования, в рамках которого рассматриваются проблемы бесплодия.

Так, в философии, и главным образом, социальной философии проблемы женского, мужского и супружеского бесплодия связываются, как правило, с проблемами духовного развития общества. Отмечается падение его уровня во многих странах, приводящее к безнравственному образу жизни населения и, как следствие, к неспособности лиц детородного возраста воспроизвести здоровое потомство [150].

В России И.В. Шарауров провел эмпирическое исследование, направленное на изучение влияния духовности на репродуктивное здоровье населения [150]. В исследовании были опрошены 693 женщины с диагнозом «бесплодие». Автором выявлено, что безнравственный, или дилекквентный образ жизни женщины, проявляющийся в злоупотреблении алкоголем, курении, сексуальных деформациях, в увлечении порнографией, хаотичными половыми связями, обуславливает нарушение у нее репродуктивной функции [150]. Автор делает вывод о том, что падение духовности общества может стать серьезным препятствием к решению вопросов женского бесплодия, подчеркивая тем самым роль общества в демографической ситуации.

Подобные исследования проведены и в других странах мира.

Так, например, Gerhild Zauner и Guillermina Girardi, отмечая, что в течение последних пятидесяти лет в Катаре наблюдается устойчивое снижение коэффициента рождаемости, видят основной причиной повышения уровня бесплодия в особом образе жизни катарского населения и влиянии религии и культуры на сексуальное и репродуктивное поведение в арабском/исламском обществе [208]. Авторы отмечают высокий уровень кровного родства, приводящий к генетическим аномалиям, высокую частоту метаболических заболеваний,

загрязнение окружающей среды из-за быстрой урбанизации и процедуры добычи нефти и природного газа [208].

В социологических исследованиях изучается такой феномен, как бездетность. Исследователи отмечают, что явление бездетности относится не к медицинским, а к социологическим проблемам. Изучаются общие тенденции развития института семьи, в частности, распространенность неофициальных браков, смена супружества на партнерство и их влияние на увеличение бездетных мужчин и женщин. Факторами бездетности названы позднее вступление в брак, официально незарегистрированный брак, низкий уровень образования отца и отчасти матери, повторный брак [45].

В экономических науках проблема бесплодия исследуется во взаимосвязи с изучением влияния трансформации российской экономики на репродуктивное поведение населения. Основываясь на статистических данных, исследователи экономических наук сосредоточивают свое внимание на изучении и прогнозе репродуктивного потенциала многих регионов России, имеющих свои геополитические особенности. Причины популяционного кризиса и демографических проблем авторы видят в особенностях социально-экономических отношений.

Одним из перспективных направлений исследований в области экономики и демографии считается изучение возможности и целесообразности интеграции биологического и социального воздействия на репродуктивный потенциал страны. Отечественные исследователи-демографы (В.А. Борисов, А.Г. Волков, Р.И. Сифман и др.) сосредоточивают свое внимание на изучении факторов снижения рождаемости, среди которых бесплодие женщин и мужчин, не подтвержденное медицинскими диагнозами, занимает довольно значимое место среди их многообразия.

Большинство исследований социально-экономических факторов риска, связанных с женским бесплодием, были проведены среди населения западных стран. Li Ling-Jun, Ashley Chow, Audrey J. Gaskins, Jie Ning Jovin Lee, Mahesh Choolani, Brian K. Kennedy, Zhongwei Huang, Yap Seng Chong и

Cuilin Zhang провели систематический обзор литературы по контрольному списку PRISMA с 01.01.1990 по 31.10.2021 в PubMed, Web of Science, Embase и Scopus, используя набор ключевых слов, связанных с бесплодием женщин азиатских стран, их социально-экономическим статусом и образом жизни [186]. Исследователями выявлено, что, как и в западном населении, женское бесплодие у азиатских женщин связано с поздним возрастом вступления в брак (после 35 лет), сексуальной дисфункцией, повышенным уровнем стресса и уровнем социально-экономического статуса (более высокий социально-экономический статус азиатских женщин положительно связан с женским бесплодием, в то время как более высокий социально-экономический статус их партнеров-мужчин был обратно связан с парным бесплодием) [186].

Культурологический аспект проблемы бесплодия раскрывает генезис, факторы и механизмы формирования репродуктивной (М.А. Беяева, Т.А. Лацевич и др.) и сексуальной (С.Т. Агарков, В.М. Розин и др.), перинатальной (А.А. Ермаков) и родительской (А.А. Крячко) культуры, культуры репродуктивного здоровья (Ю.В. Бояркина) и демографического (Б.С. Павлов, Э.Г. Соколова и др.) поведения. Здесь выявлены сущность и содержание, структура и функции репродуктивной культуры, закономерности ее формирования в разных культурных эпохах.

Следует отметить, что в диссертационных исследованиях как по социологическим (Н.С. Григорьева, Л.Э. Лалаева и др.), так и по экономическим (Л.А. Попова, Н.И. Русанова, Я.А. Скрябина, С.А. Сукнева и др.) наукам, а также в области организации здравоохранения (А.Г. Иванов и др.) поднимаются вопросы, так или иначе отражающие психологические проблемы бесплодия и снижения репродуктивного здоровья населения: отмечаются работы, посвященные становлению репродуктивных установок (А.И. Антонов, В.В. Бодрова, С.В. Захаров и др.), потребности в детях (В.М. Медков), вопросам гендерных отличий и стереотипов (Т.А. Гурко, В.И. Сакевич, А.А. Темкина и др.), мотивам репродуктивного поведения (В.А. Литовка, И.П. Краткова, Р.И. Сифман и др.).

Однако решаются эти вопросы своими частнонаучными методами исследования, характерными для каждой области научного знания.

Междисциплинарный характер имеет и проблема материнства, тесно связанная с проблемами женского бесплодия. И здесь каждая наука исследует данный феномен в узком своем аспекте.

В физиологии изучаются в основном соматические изменения в периоды беременности женщины, родов и лактации, однако и в физиологических исследованиях наблюдаются междисциплинарные связи, вызванные интересом при рассмотрении соматических изменений к психоэмоциональным состояниям женщин при ожидании беременности, их гормонального фона при готовности стать матерью.

Философский аспект раскрывает роль материнства в общей системе родительства, акцентируя внимание на гендерных его особенностях. В работах О.А. Ворониной, Н.М. Римашевской и других исследователей содержатся рассуждения об особенностях отцовства и материнства, их сходстве и различиях, их функциях и вкладе в общее семейное воспитание.

Социологические исследования материнства также изучаются во взаимосвязи с понятием «родительство», которое рассматривается как особый социальный институт, влияющий на особенности социализации личности ребенка (А.И. Антонов, И.Ф. Дементьева, А.Б. Синельников и др.).

Культурология исследует феномен материнства с точки зрения его особенностей в разные культурные эпохи и способы воздействия матери и отца на включение личности ребенка в культуру определенного общества. В работах Р. Бенедикта, М. Мида и других исследователей содержатся результаты анализа смены моделей материнства, ее факторов и культурных механизмов.

Происхождение материнства относится к самым древним истокам жизни человека. Как культурно-историческое явление, материнство претерпевает в истории своего развития ряд изменений, отражающих нормы и ценности определенного общества. В Античные времена, в трудах древнегреческих философов господствует мысль о том, что женщина, являясь «связующим звеном»

между мужчиной и животным, предназначена только для деторождения, поэтому, как считал, например, Аристотель, ценность женщины заключается в способности размножаться. Однако уже в античной философии, в трудах Пифагора, звучит мысль об уникальной роли женщины в развитии человечества, которая заключается не только в способности воспроизводить потомство, но и своей чувствительностью и нежностью оказывать гармоничное воздействие на воспитание ребенка.

В Средние века представления о материнстве также достаточно противоречивы. С одной стороны – «Домострой», приписывающий безусловное подчинение матери и дитя воле мужа-отца, а с другой стороны – в работах средневековых философов постулируется единство матери и дитя. Серафим Саровский создает образ истинной матери – «чадолюбивой», живущей ради дитя, разделяющей его радости и проблемы, безусловно любящей и опекающей его, тем самым подчеркивая нерасторжимость единства матери и ребенка.

Сразу после революции появляются официальные документы, регламентирующие деятельность государственных структур по охране материнства и младенчества. Однако уже в 30-е годы, в связи с индустриализацией, акцент переносится с позиций роли матери на позиции общественной роли женщины в построении нового общества. Интерес к исследованию материнства возобновляется уже в 80-90-е годы прошлого века.

В.А. Рарих, проведя философско-культурный анализ материнства, приходит к выводу о том, что данный культурно-исторический феномен содержит в себе «генезис всей человеческой культуры, всего общественно-исторического, нравственного и семейного опыта человечества» [112, с. 34].

Л.А. Баркова, на основе теоретического анализа и системного обзора литературы по проблемам материнства и его эволюции в истории научной мысли, выделяет следующие направления его исследования в междисциплинарном контексте:

1. Теории материнства, раскрывающие ее биологическую обусловленность, где наблюдается ограниченность рассмотрения данного феномена только биологической природой материнства.

2. Негативистские теории, рассматривающие материнство как феномен, обусловленный примитивным природным инстинктом.

3. Теории, представляющие материнство как социально обусловленный конструкт, где постулируется, что материнское поведение навязывается обществом, его нормами и ценностями.

4. Психоаналитические теории, или теории, опирающиеся на классический психоанализ, где материнство представлено как самостоятельный экзистенциальный феномен, определяющий весь жизненный путь человека.

5. Теории, разработанные на основе результатов кросс-культурного исследования, сравнения различных социальных практик материнского поведения.

6. Нормативно-правовые акты, регламентирующие действия и поведение матери [16].

Несмотря на разнообразие направлений исследования феноменов женского бесплодия и материнства, исследователи, как представители разных наук и областей научного знания, едины в представлении о том, что бесплодие женщины имеет тесную и неразрывную взаимосвязь с ее естественной природой, вследствие чего биопсихосоциальный подход к исследованию бесплодия женщины как междисциплинарного феномена позволяет достичь его глубокого осмысления.

Существует множество видов бесплодия, в зависимости от его причин, среди которых отдельную группу составляет неуточненное бесплодие, или бесплодие неясного генеза (по МКБ – 10). Согласно ВОЗ, такой диагноз ставится при условии отсутствия каких-либо соматических заболеваний и установленных нарушений репродуктивных функций женщины, но беременность в течение от 1 года не наступает.

Именно такая форма бесплодия женщины является объектом пристального внимания психологической науки.

1.2 Основные направления психологических исследований женского бесплодия немедицинской (неясной) этиологии

Психологические аспекты проблемы женского бесплодия включают в себя четыре основных направления исследований:

1. Последствия женского бесплодия (индивидуальные и социальные).
2. Причины психологического бесплодия.
3. Психологические и социально-психологические особенности личности женщины с разными видами и формами бесплодия.
4. Практики оказания психологической помощи женщинам с нарушениями репродуктивной функции.

При этом следует отметить, что выделение психологических аспектов женского бесплодия также имеет весьма условный характер – так или иначе бесплодие женщины является как социальной, так и психологической проблемой.

Одной из распространенных тем, связанных с проблематикой женского бесплодия, является тема его психологических последствий.

За последние три года в зарубежном научном дискурсе было опубликовано более 1000 работ, касающихся обозначенного вопроса.

Все научные публикации, посвященные исследованию психологических последствий бесплодия, можно разделить на две большие группы:

— это исследования, показывающие негативное влияние бесплодия на психоэмоциональные состояния и женщин, и мужчин, а также на особенности взаимоотношений в супружеских парах;

— практико-ориентированные исследования, направленные на поиск действенных методов нейтрализации психологических последствий бесплодия.

И.В. Карголь, на основе анализа работ отечественных и зарубежных авторов по психологическим проблемам инфертильности, выделяет четыре группы психологических последствий бесплодия женщины: эмоциональные последствия, проявляющиеся в негативных психических состояниях женщины, потеря контроля,

снижение чувства собственного достоинства и изменение мировоззрения и последствия в сфере социальных отношений [67; 68].

И здесь можно выделить в качестве основного ракурса рассмотрения последствий женского бесплодия исследования психологических реакций женщины на диагноз «бесплодие».

Среди таких реакций исследователи выделяют:

1. Возникновение и развитие эмоций гнева, отрицания, горя, чувства вины, сопряженные с состоянием повышенной тревоги и депрессии женщины. Исследователями, как отечественными, так и зарубежными, отмечается, что на фоне бесплодия женщины могут испытывать стресс, что часто приводит к депрессии [68]. Установлено, что депрессия у бесплодных женщин может стать источником возникновения множества медико-социальных проблем – проблем, связанных с нарушениями психосоматического функционирования (W.E. Broadhead., D.G. Blazer, L.K. George [163]), снижением здоровья и повышением риска заболеваемости, вплоть до инвалидизации и смерти (R.D. Hays, K.V. Wells., C.D. Sherbourne, W. Rogers [176]), снижением качества жизни пациенток, приверженности их к лечению бесплодия (N.C. Dunham, M.A. Sager [168]).

М.С. Гольшкина, М.М. Геворгян, В.Н. Николенко, М.В. Оганесян, П.А. Павлюк, Н.А. Ризаева, А.Л. Унанян в 2021 году провели систематический обзор литературы по проблемам психоэмоциональных состояний бесплодных женщин, в котором указывается, что невозможность родить ребенка и многократные попытки борьбы с бесплодием оборачиваются для женщины возникновением эмоциональных расстройств: ввиду постоянного психического напряжения, женщины начинают испытывать чрезмерное чувство вины и неполноценности [43].

2. Г.Г. Филиппова в качестве одной из характерных реакций женщины на диагноз «бесплодие» рассматривает потерю ею контроля, вследствие ее психоэмоционального состояния [146]. Потеря контроля может проявляться как по отношению к своим эмоциональным состояниям и действиям, так и в отношении планирования своего будущего и жизненного пути [145].

Переживания женщинами с проблемами бесплодия чувства растерянности, беспомощности, неуверенности в завтрашнем дне ряд исследователей связывают с кризисом неопределенности.

Так, Т.Д. Василенко и А.И. Блюм в своем исследовании показали, что, в связи с неопределенностью репродуктивного статуса, особенно у женщин с бесплодностью неясного генеза, когда при отсутствии медицинских диагнозов у обоих партнеров беременность женщины так и не наступает, формируется невозможность контролировать свои эмоции и строить свою жизнь, планировать будущее, что обуславливает кризисное состояние женщины, проявляющееся в угнетенности и навязчивости эмоциональных переживаний, агрессивности и раздражительности, отражающие безуспешные попытки вернуть привычный контроль [30].

3. Нарушение идентичности и самопонимания. В зарубежной психологии особое внимание уделяется реакции женщины с бесплодием, проявляющейся в снижении самооценки и самопринятия, приводящей к потере женской привлекательности и сексуальности [166].

Бесплодие приводит и к резкому нарушению качества жизни женщин.

J.P. Mulhall, A. Shindel, C. Naughton, M. Ohebshalom, C. Nelson провели исследование для определения влияния фертильности на качество жизни, сексуальное здоровье и депрессивное состояние женщин в бесплодных парах. Исследовательская выборка составила 103 пациента, обратившихся за помощью в центры репродуктологии г. Нью-Йорка. У 23% женщин была выявлена умеренная и у 14% тяжелая депрессия. Что касается качества жизни, то именно женщины сообщали о значительно худших показателях подшкалы психического здоровья, по сравнению с нормативными значениями [189].

Подобные исследования встречаются и в других странах мира.

В 2021 году в Италии Federica Andrei, Paola Salvatori, Linda Cipriani, Giuseppe Damiano, Maria Dirodi, Elena Trombini, Nicolino Rossi и Eleonora Porcu изучили масштабы и предикторы эмоциональных реакций на диагноз бесплодия, сравнивая женщин и мужчин, у которых клинически была диагностирована

анатомическая причина или неанатомическая причина бесплодия. Женщины имели статистически значимо более низкие баллы, чем мужчины, по Шкале самооффективности и по глобальным, эмоциональным и телесно-психическим подшкалам качества жизни, в то время как они набрали значительно более высокие баллы по эмоциональным и социально поддерживаемым показателям шкалы преодоления стресса. Независимо от пола, пациенты с неанатомическими причинами бесплодия получили более низкие баллы, чем пациенты с анатомическими причинами бесплодия, по реляционной субшкале «Качества жизни» и по шкале «Избегание» [160].

Yousri El Kissi, Badii Amamou, Samir Hidar, Khadija Ayoubi Idrissi, Hedi Khairi и Béchir Ben Hadj Ali провели исследование качества жизни 100 тунисских бесплодных супружеских пар. Авторы обнаружили, что женщины в бесплодных браках имели более низкое качество жизни, чем их супруги, а бесплодные пары имели более низкое качество жизни, чем в контрольной группе [182].

Обозначенные психологические последствия женского бесплодия приводят и к когнитивным, и к социальным последствиям. Исследователи отмечают, что бесплодие влечет за собой изменение мировоззрения женщины, ее переосмысление значимости семьи и брака, что становится источником развития дисфункциональных межличностных отношений со своим супругом или партнером [173; 175; 186; 192].

Женщины, в ситуации отсутствия беременности, проходят тщательные диагностические исследования, которые, в свою очередь, усугубляют уже имеющиеся психологические проблемы с их личностным развитием [4]. Такое «психологическое принуждение» усиливает негативные психические состояния личности, что приводит к невозможности нормального функционирования ее репродуктивной системы [13].

Прежде чем говорить о психологических теориях, в том числе и теориях, объясняющих причины женского бесплодия немедицинской этиологии, следует остановиться на разграничении понятий органическое и психогенное бесплодие, которые, по мнению ряда исследователей, в основе своей имеют один и тот же –

психологический фактор, в связи с чем и предлагают отказаться от такого разграничения [29; 33; 51; 58; 71; 80].

Существует множество понятий, сопряженных с понятием «психологическое бесплодие», или бесплодие немедицинского происхождения: неуточненное, неясное, необъяснимое, психогенное, функциональное, идиопатическое и др. Все они так или иначе являются синонимами к словосочетаниям: «бесплодие неясного генеза», или «бесплодие немедицинской этиологии», - и в основе такого вида бесплодия, по мнению исследователей, лежит психологический фактор.

Интересен медицинский подход к объяснению сущности психологического бесплодия. Ряд авторов склонны считать его «проблемой внутри проблем», подчеркивать тем самым невозможность решения самой проблемы клиническими методами [63].

Одним из распространенных подходов к исследованию проблем бесплодия немедицинского происхождения (психогенного, психологического и др.) является психосоматический подход, в рамках которого рассматривается не только проблема влияния психических явлений на отсутствие беременности, но и сам механизм такого влияния на репродуктивную систему женщины [76].

Понятие соматизации было введено в рамках психоаналитических теорий для обозначения механизма психологической защиты, заключающегося в преобразовании отвергнутых переживаний в соматический симптом. Впоследствии, интегрированный подход, объединяющий психоаналитические, бихевиористские, когнитивные и гуманистические психологические школы, позволил расширить понятие соматизации, под которым в настоящее время понимают процесс возникновения соматического заболевания, вследствие воздействия не физиологических, а психических причин. Со временем такие соматические заболевания стали называться психосоматическими.

Исследования в рамках психосоматики актуализировались в отношении проблемы женского бесплодия. Как указывает М.Е. Ланцбург с соавторами, процесс соматизации особенно ярко проявляется именно в гинекологии и акушерстве в связи с тем, что, во-первых, именно у женщин

психосоматизированные формы бесплодия проявляются гораздо чаще, чем у мужчин, вследствие наличия тесной связи между эндокринной и нервной системами, а во-вторых, личностное развитие женщины неотделимо от развития ее репродуктивной сферы [76].

Психосоматические теории женского бесплодия объясняют трудности его деления на органическое и психологическое (или психогенное).

Так, например, в работах Ф. Гране с соавторами указывается, что деление бесплодия на психогенное и органическое не столь правомерно, так как, по мнению французских исследователей, и в основе органического нарушения репродуктивной системы женщины может лежать психогенный фактор [цит. 76]. В связи с этим, ученые предлагают считать бесплодие психогенным, если его доминирующим фактором выступает психологический фактор [80].

К такому же выводу приходят и другие исследователи, которые считают, что в основе определенных видов бесплодия лежат психосоциальные факторы, причем, именно психический компонент таких психосоциальных факторных структур доминирует в развитии нарушений репродуктивной функции женщины [46; 49; 139]. Исследователи отмечают, что о психогенном бесплодии можно говорить тогда, когда женщины не могут зачать ребенка в силу наличия у нее внутреннего конфликта, бессознательно разрушающего ее организм и влияющего на органические процессы в репродуктивной системе [80].

В рамках психосоматического подхода, проведены исследования влияния стресса на репродуктивную функцию женщины. Данные таких исследований, однако, достаточно противоречивы. Тем не менее, в клинической медицине и психологии существуют подтверждения значимого влияния стрессогенных факторов и стресса на фертильность женщины. Установлено, в том числе и в опытах с животными, что стрессогенные ситуации, вызывая ответ организма в виде большого спектра физических реакций, активизируют гипоталамо-гипофизарно-надпочечную и симпато-адреналовую системы, вследствие чего выделяются гормоны, приводящие к нейроэндокринным изменениям, обуславливающим инфертильность [140].

Чаще всего, исследователи сосредоточивают свое внимание на психических состояниях женщин с нарушением репродуктивной функции. И здесь основное внимание исследователей приковано к вопросу об особенностях взаимосвязи психических состояний женщин и ее репродуктивной функции.

В психиатрии и клинической медицине установлено, что психические состояния женщины оказывают непосредственное воздействие на гормональные нарушения, обуславливающие возникновение трудностей с зачатием ребенка [6]. Указывается, что состояние репродуктивной системы женщины во многом зависит от особенностей ее реакции на психогенные и стрессогенные ситуации [29]. Такие реакции становятся, по свидетельству ряда исследований, причинами нарушений менструального цикла [23], так называемых стрессовых дисфункций яичников [6], ложной беременности [76].

В исследованиях имеются также данные о том, что уровень депрессии и тревоги, особенности стилей совладающего поведения в стрессовых ситуациях, избегание являются источниками нарушений репродуктивной функции женщины [30]. Тревожные переживания вызывают концентрацию кортизола и норадреналина, снижающих способность яйцеклеток к естественному оплодотворению [41].

Отмечается также, что чрезмерное желание стать матерью также может провоцировать определенные психологические нарушения репродуктивной функции женщины [33].

В отличие от психосоматического подхода, большинство исследователей придерживаются все-таки мнения о том, что психологическое (психогенное, функциональное, идиопатическое, неясного генеза) бесплодие характерно для женщин без каких-либо физиологических нарушений репродуктивной функции. Настоящее исследование посвящено выявлению особенностей личности женщин, которые испытывают проблемы бесплодия немедицинского происхождения, поэтому мы будем придерживаться именно традиционной точки зрения на сущность такого вида - психологического бесплодия.

Таким образом, в нашем исследовании будут участвовать женщины, имеющие проблемы с бесплодием немедицинского происхождения, то есть таким видом бесплодия, который означает, что после тщательного медицинского обследования женщины и ее сексуального партнера медицинские диагнозы не поставлены, они оба считаются здоровыми и фертильными, но в течение 1-3 лет регулярных попыток зачатия ребенка беременность у женщины не наступает.

Исходя из такого определения, в нашем исследовании формировалась исследовательская выборка.

Что касается психологических аспектов рассмотрения проблемы женского бесплодия, то здесь необходимо сказать, что в последние годы интенсифицировались исследования психологических особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Теоретический анализ психологической литературы показал большой интерес исследователей-психологов к проблеме индивидуально-психологических особенностей личности таких женщин.

Интерес к психологическим аспектам проблем женщин с бесплодием немедицинского происхождения продиктован жизненными фактами, когда без медицинских диагнозов беременность у женщины не наступает по неясным причинам.

О психологической составляющей женского бесплодия написано не мало статей, где авторами устанавливаются определенные черты личности женщин, испытывающих трудности в зачатии ребенка.

Основным методом такого исследования выступает, как правило, метод сравнительного анализа определенных черт личности, выявленных в группах женщин, имеющих нарушения репродуктивной функции, и женщин с детьми или беременных женщин, не имеющих таких нарушений.

Результаты теоретического анализа работ, посвященных выявлению личностных особенностей женщин с бесплодием, позволяют выделить основные черты их личности (таблица 1).

Таблица 1 – Психологические особенности женщин с проблемами бесплодия

Авторы	Индивидуально-психологические особенности
Василенко Т.Д., Блюм А.И.	навязчивость эмоциональных переживаний, угнетенность, требовательность, прямолинейность, строгость и резкость в оценке окружающих
Грон Е.А.	повышенная маскулинность, пессимистичность, индивидуалистичность, независимость, ригидность, низкую эмоциональную лабильность, тревожность, обидчивость, концентрация на сверхценных идеях
Зыбайло В. С., Филимоненкова В. Ю., Копытов А. В.	доминирование, замкнутость, равнодушие, соперничество, подозрительность, самоуважение, безответственность, тревожность, нечувствительность, напряженность, депрессивность, консерватизм и ригидность
Земзюлина И.Н.	- тревожность, – неспособности к планированию собственной жизни, – сверхконтроль, – наличие внутриличностного конфликта в системе представлений о себе, – негативная оценка собственной жизни, – вынужденная уступчивость, – негативная оценка ситуации «здесь и сейчас», – концентрация на негативных событиях, низкий уровень рефлексии
Карымова О.С	эмоциональная неустойчивость, маскулинность, склонность к психосоматическим расстройствам, властность, независимость, напористость, обособленность в обществе, подозрительность и др.
Менделевич В.Д., Макаричева Э.В.	инфантильность, депрессивность, тревожность, эмоциональная неустойчивость, конфликтность, склонность к социальному одобрению
Селин А.В., Суббота Е.Н., Савостиков В.А., Раилко Д.А.	инфантильность, эмоциональная неустойчивость, повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности, подавленная агрессия разной направленности, неудовлетворенность собой и завышенная самооценка, частое чувство вины, неуверенность в своей материнской компетентности и др.
Филиппова Г.Г.	эмоциональная неустойчивость, склонность к гиперстеническому реагированию, склонность к перепадам настроения, нетерпимость к неудачам с накоплением отрицательных эмоций, склонность к формированию сверхценных идей, искаженная женская идентичность, сниженный уровень социальной адаптации, конфликтные отношения с родителями, неудовлетворенность собой, завышенная самооценка, пониженная ценность ребенка при высокой ценности материнства, высокий уровень тревоги, часто подавленная гетероагрессия, отсутствие достаточного осознания болезни

Женщины, страдающие бесплодием, по свидетельству множества исследований, отличаются своей тревожностью, эмоциональной

неуравновешенностью, склонностью к депрессиям, перепадам настроения [35; 43; 49; 75].

В других исследованиях, напротив, отмечается независимость женщины, испытывающей трудности с зачатием ребенка, ее маскулинность, агрессивность, навязчивость [117].

Так, среди психологических особенностей женщин с бесплодием немедицинского происхождения выделяют, как правило, эмоциональную неустойчивость, конфликтность, склонность к депрессии, зависимость от мнения других (Э.В. Макаричева и В.Д. Менделевич [84]), неуверенность в себе и сниженную самооценку (А.В. Колчин [72]), психологическую незрелость, инфантилизм (Н.А. Богдан [24]), недоверие к окружающим и чрезмерное стремление все контролировать и планировать, психологическую негибкость (О.С. Карымова [69]), социальную дезадаптированность (Э.В. Кришталь и М.В. Маркова [74]) и другие характеристики, так или иначе связанные с их прошлым и травматическим детским опытом (С.А. Шардин [151]).

Нетрудно заметить, что некоторые индивидуально-психологические особенности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, выделяемые разными авторами, достаточно часто противоречат друг другу.

Данный факт может быть объяснен тем, что, во-первых, индивидуально-психологические особенности женщин являются не столько причиной, сколько следствием бесплодия, а во-вторых, существуют разные типы женщин, у которых нарушения репродуктивной функции обусловлены психологическими факторами.

По мнению Г.Г. Филипповой, одним из доминирующих психологических факторов нарушения репродуктивных функций у женщины является внутриличностный конфликт между желанием иметь ребенка и внутренней неготовности к материнству [145]. С точки зрения исследователя, репродуктивные нарушения являются следствием конфликта видовых и индивидуальных потребностей [144].

Такого же мнения придерживается и М.Г. Рябова. Говоря о единстве физиологических и психических составляющих репродуктивной сферы личности,

исследователь подчеркивает, что в ее основе лежат два разных типа поведения: половое поведение детерминировано индивидуальными потребностями, а родительское – видовыми [117].

Фундаментальное исследование, проведенное И.В. Добряковым и Г.Г. Филипповой, показало, что женщины с разным типом бесплодия имеют свои индивидуально-психологические особенности. При этом, сравнительный анализ проходил в двух группах женщин с нарушениями репродуктивной функции: первая группа, или группа А, состояла из тех женщин, которые имели серьезные соматические заболевания, угрожающие не только их здоровью, но и самой жизни; группу Б составили женщины, страдающие бесплодием по причине имеющихся заболеваний репродуктивной сферы, но такие заболевания их жизни не угрожали (рисунок 3).

В первом случае, большинство женщин с гормональными нарушениями репродуктивной сферы, которые не несут угрозу жизни, характеризуются агрессивными тенденциями, перепадами настроения, гиперстеническими реакциями на стрессоры; у многих из них зафиксирована маскулинность как искажение женской идентичности, завышенная самооценка, склонность к конфликтам и сверхценным идеям, как правило, связанным с желанием забеременеть.

Во второй же группе наблюдаются противоположные тенденции: тревожность, склонность к депрессии, заниженная самооценка, неуверенность в себе при сохранности нормальной женской идентичности, зависимость от окружающих и стремление к чрезмерной привязанности. Для нашего исследования важным является отмеченный авторами факт различий между исследуемыми группами в показателях характера складывающихся отношений с матерью. В группе А такие отношения у большинства испытуемых характеризовались агрессивностью матери и конфликтностью детско-материнского взаимодействия. Многие же женщины, составившие группу Б, напротив, указали на симбиотическую связь с матерью.

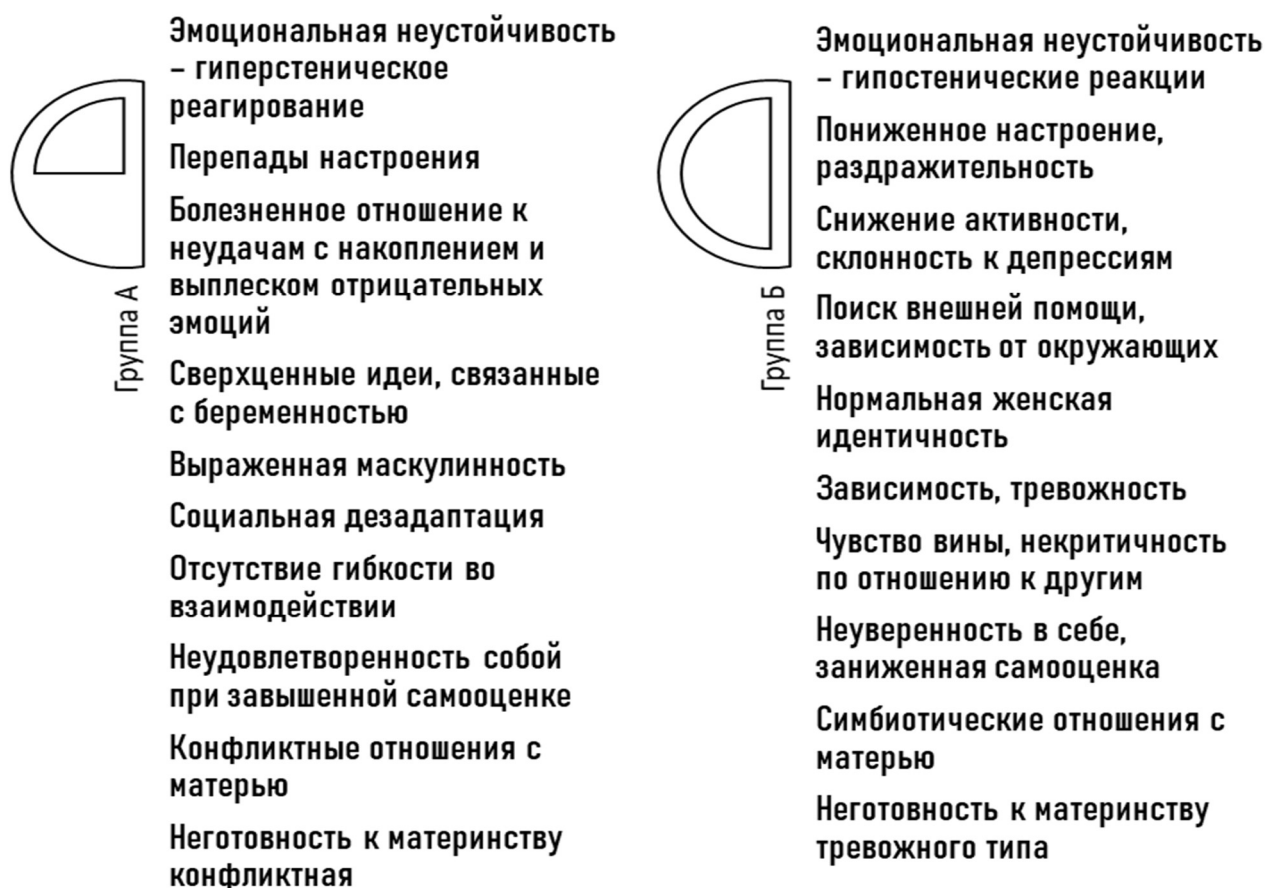


Рисунок 3 – Индивидуально-психологические особенности женщин с разным типом нарушения репродуктивной сферы (И.В. Добряков, Г.Г. Филиппова [145])

Неготовность к материнству, как одна из характеристик женщин с нарушениями в репродуктивной сфере, однако, не получает у исследователя детального описания.

Вместе с тем, в современной отечественной и зарубежной психологии психогенное бесплодие так или иначе связывается с конфликтом в материнской сфере, что выражается в неготовности женщины к материнству.

В психологии понятия «готовность» и «психологическая готовность» достаточно широко изучены.

Систематизация результатов теоретического анализа позволяет говорить о том, что среди многообразия трактовок понятия «психологическая готовность» выделяются два направления (таблица 2).

Таблица 2 – Основные научные представления о сущности психологической готовности

Авторы	Определения
А.А. Ухтомский	Состояние оперативного покоя Состояние мобилизации ресурсов личности
Д.Н. Узнадзе	Система установок личности Настроенность (предрасположенность) личности к оценке ситуации и поведения, обусловленных прошлым опытом
Б.Д. Парыгин	Внутренняя установка на конкретный вид деятельности и способность к ее осуществлению Включает в себя установку на включение в деятельность, способность к максимальному включению в деятельность, установку на преодоление стереотипов, способность выбора или выработки новых установок в соответствии с нестандартной ситуацией, внутреннюю готовность взять на себя ответственность за самостоятельно принятое решение, способность принятия обоснованного решения, готовность к экстремальным условиям, способность выдержать испытание стрессом
К.К. Платонов	Особое психическое состояние, обеспечивающее высокую дееспособность, или «психическое состояние, занимающее промежуточное положение между психическими процессами и свойствами личности, образуя функциональный уровень, на фоне которого развиваются процессы, необходимые для обеспечения результативности профессиональной деятельности
А.А. Деркач	Целостное проявление свойств личности; имеет три компонента: познавательный, эмоциональный, мотивационный
В.Д. Шадриков	Проявление способностей
М.И. Дьяченко Л.А. Кандыбович	Настрой личности на определенное поведение, установка на активные действия, приспособление личности для успешных действий в данный момент, обусловленные мотивами и психическими особенностями личности
В.А. Крутецкий	Пригодность к деятельности, выражающаяся в активном положительном отношении к ней, склонности заниматься ею, переходящей на высоком уровне развития в страстную увлеченность
Н.Д. Левитова Ю.М. Забродин	Обусловлена устойчивыми свойствами индивидуальности, владением специальными знаниями и умениями, а также динамическими психическими состояниями
Д.И. Фельдштейн	Концентрация сил личности, направленных на осуществление определенных действий

Первое из них исходит из понимания психологической готовности как определенного психического состояния, обуславливающего успешность в соответствующей деятельности. Второе направление основано на понимании готовности как совокупности определенных качеств личности субъекта деятельности.

По-разному рассматривают исследователи и структуру психологической готовности как ее взаимосвязанных и взаимообусловленных компонентов. В зависимости от вида деятельности, различают и компонентный состав психологической готовности к ней.

Вместе с тем, в структуре психологической готовности, как правило, выделяют в качестве одного из основных компонентов эмоциональный и мотивационный компоненты, отражающие отношение к деятельности, переживания, связанные с ней, и мотивы, определяющие интерес и желание выполнять определенные действия.

В связи с этим, большое внимание также отводится мотивационно-потребностной сфере личности женщин как будущих матерей.

В.Д. Менделевич и Э.В. Макаричева считают, что мотивы иметь ребенка играют одну из решающих ролей в проблемах бесплодия неясного генеза [83]. Адекватная мотивация отмечается, если для женщины именно ребенок является самоценностью [84]. Мотив подарить ребенку жизнь, помогать ему в его развитии является адекватным мотивом, определяющим адекватное состояние будущей матери и ее психологической готовности к материнству.

Проблема психологической готовности к материнству достаточно объемно представлена в психологической научной литературе. Фундаментальное исследование, посвященное обозначенной проблеме, было проведено Г.Г. Филипповой в 2000 году, по результатам которого ею была защищена диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук. С точки зрения Г.Г. Филипповой, материнство есть, по сути своей, неотделимая часть личности любой женщины. Материнская сфера личности женщины имеет филогенетическую историю, и она, по мнению исследователя, является

определяющей в структуре личности женщины. Именно в особенностями материнской сферы личности взаимосвязаны и другие характеристики женщины; конфликт же в материнской сфере рассматривается Г.Г. Филипповой в качестве доминирующего фактора психологического бесплодия женщины [146]. В связи с этим, готовность женщины к материнству рассматривается через призму мотивационно-потребностной сферы личности, особенностей развития у женщины основных видовых и индивидуальных потребностей.

Последующие исследования рассматривают психологическую готовность к материнству более широко. Многие авторы стремятся осмыслить данный феномен во всей его сложности и многоаспектности (таблица 3).

Таким образом, психологическая готовность к материнству может быть рассмотрена как фактор проблем бесплодия немедицинского происхождения.

Однако психологическая готовность женщины к материнству не формируется с рождением ребенка – она не может быть присуща девочке изначально. В связи с этим, причины несформированности психологической готовности к материнству могут быть рассмотрены как и причины проблем с бесплодием.

Однако в имеющихся парциальных исследованиях такой линейной зависимости выявлено не было.

Одними из первых психологических теорий, объясняющих причины психологического бесплодия женщины, стали психоаналитические теории, где предпринимаются попытки найти причины бесплодия еще в раннем детстве.

В психоаналитических теориях бесплодие женщины объясняется во взаимосвязи с феноменами женственности, которая рассматривается здесь как бисексуальная предрасположенность ребенка или, напротив, как анатомическая особенность женщин.

В работах З. Фрейда, Х. Дойч и других психоаналитиков утверждается, что девочка до момента развития половой идентичности развивается так же, как и мальчик, и только после «обнаружения пола» приобретает черты женщины, то есть женственность.

Таблица 3 – Основные определения психологической готовности к материнству

Авторы	Определения
Г.Г. Филиппова	Материнство - часть личностной сферы женщины, имеющая филогенетическую историю и ориентированная на рождение и воспитание ребенка. Изучение психологической готовности к материнству - анализ филогенеза материнской потребностно-мотивационной сферы
С.Ю. Мещерякова	Личностное образование, центром которого является субъект-субъектное отношение к еще не родившемуся ребенку
О.В. Баженова, Л.Л. Баз, О.А. Копыл	Психический комплекс Новообразований, направленный на удовлетворение потребностей не только женщины, но и потребности ребенка в безопасности, интересе к миру и любви
В.И. Брутман, И.Ю. Хамитова	Наличие способности матери обеспечивать адекватные условия для развития ребенка, которая проявляется в определенном типе отношения матери к ребенку
Е.Ю. Шулакова	Взаимосвязь осознанного отношения к роли матери и неосознаваемых установок, представлений, предрасположений, норм поведения
И.Г. Григорьян	интегральная характеристика личности, объединяющая психологические мотивы, знания и качества, обеспечивающие принятие решения стать матерью, которая проявляется в мотивационно-ценностном, эмоционально-волевом, когнитивном, операционально-поведенческом компонентах
Е.Н. Васильева, А.В. Орлов	Интегральная характеристика личности, уровень которой выражается в сформированности: знаний о «родительстве» как о психологическом и социальном феномене; представлений о своих будущих функциональных родительских ролях; личностных качеств, способствующих будущему эффективному родительству; рефлексии и саморегуляции; позитивного настроения на будущего ребенка; позитивной оценки себя в качестве будущего родителя как самореализующейся, самоутверждающейся и саморазвивающейся личности. Психологическая готовность к родительству, на наш взгляд, включает следующие компоненты: когнитивно-рефлексивный, личностный, эмоционально-регулятивный
Е.В. Матвеева	Специфическое личностное образование, включающее в себя три блока готовности: потребностно-мотивационный блок; когнитивно-операционный блок и блок социально-личностной готовности к материнству.

В теориях же М. Кляйн и К. Хорни, напротив, женственность рассматривается как изначально (от рождения) присущая характеристика и особенность представителя женского пола [149].

При разном подходе к проблеме женственности и понимании ее сущностных характеристик и особенностей развития в онтогенезе, в психоаналитической теории признан факт влияния социального фактора на становление женственности как черты личности. Именно социальный фактор, по мнению представителей психоаналитической школы, становится решающим в формировании женских или чисто мужских свойств развивающейся личности.

Психоаналитические теории исходят из идеи о том, что в процессе психосексуального развития девочки могут быть сформированы нежелательных схемы, которые и препятствуют нормальному развитию женской роли. Помимо этого, в процессе воспитания могут складываться такие представления о материнстве, которые обуславливают возникновение страха перед беременностью и материнством. В психоаналитических теориях сама проблема бесплодия рассматривается как проблема механизмов психологической защиты, то есть бесплодие, с точки зрения представителей психоанализа, есть не что иное, как психологическая защита. Отсюда и конфликт между осознаваемым и неосознаваемым: осознаваемым желанием иметь ребенка и неосознаваемым отказом от него.

В настоящее время проведены лишь парциальные исследования, ориентированные на поиск психологических факторов бесплодия женщины неясного генеза (немедицинского происхождения). Ряд исследователей в качестве таких факторов рассматривают искажение или нарушение полоролевой идентичности женщины.

Так, например, Н.А. Богдан отмечает, что у женщин с нарушениями репродуктивной функции обнаруживается рассогласованность во внутреннем принятии своего женского пола [24].

Обесценивание значимости женской роли, несформированность материнской позиции, неосознаваемый отказ от роли матери рассматриваются в

качестве психологических факторов женского бесплодия неясного генеза в диссертационном исследовании В.А. Степашкиной [131].

Другие исследователи в результате изучения ценностно-смысловой сферы личности женщин с проблемами бесплодия приходят к выводу о несформированности у многих из них ценности материнства [152].

Таким образом, в качестве основных причин возникновения у женщин с ненарушенной репродуктивной функцией и отсутствием соматических заболеваний проблем с бесплодием исследователи выделяют:

1. Психоэмоциональные перегрузки, и здесь исследователи единодушны в мнении о том, что стресс негативно влияет на репродуктивную функцию и репродуктивное здоровье женщины. Это положение доказывается в многочисленных исследованиях клинических и медицинских психологов.

2. Неадекватные мотивы беременности и желания иметь ребенка, чрезмерные навязчивые идеи иметь ребенка.

3. Неосознаваемые страхи беременности и материнства, вследствие несформированности материнской и репродуктивной сферы личности женщины, что является результатом исследования в области общей психологии.

Психологические аспекты изучения проблемы женского бесплодия немедицинского происхождения ориентированы и на их прикладное значение.

Исходя из имеющихся на сегодняшний момент знаний о причинах психологического бесплодия, в нашей стране и странах зарубежья действует разветвленная сеть психологической помощи женщинам, которые испытывают трудности с зачатием ребенка (первичное или вторичное бесплодие), несмотря на отсутствие объективных физиологических нарушений репродуктивной функции.

Вместе с тем, в научной литературе содержится не так много работ, в которых подтверждается эффективность психологической помощи при психогенном бесплодии женщины.

в 2015 году, после выхода Руководства по оказанию психологической помощи женщинам с бесплодием неуточненной этиологии, в странах Запада в

систему сопровождения ЭКО были включены программы психологической поддержки супружеских пар.

В России психологическое консультирование женщин с бесплодием немедицинской этиологии носит рекомендательный характер. Среди научных работ, где содержится доказательство эффективности и действенности психологической помощи таким пациенткам, следует выделить диссертационные работы Ж.Р. Гардановой, Е.В. Кулаковой, А.Р. Ивановой.

В современном научном дискурсе появляются работы, доказывающие целесообразность и возможность включения психологических программ в лечение женского бесплодия при неустановленных причинах.

Miok Kim, So-Hyun Moon, Jee-Ean Kim провели экспериментальное исследование в Южной Корее, в котором бесплодные женщины экспериментальной группы проходили курс психологического вмешательства. После эксперимента было выявлено, что психологическая помощь женщинам с бесплодием эффективно воздействует на улучшение взаимоотношений в супружеской паре, а также снижает уровень депрессии и тревоги, связанной с трудностями зачатия ребенка [179].

В 2021 году Hyewon Shin, Jungmin Lee, Shin-Jeong Kim, Minjeong Jo опубликовали статью, в которой представлены результаты исследования особенностей взаимосвязи между симптомами депрессии, социальной поддержкой и качеством жизни корейских женщин с бесплодием. Исследователями выявлена значимая положительная связь между уровнем восприятия социальной поддержки и качеством жизни таких пациентов, на основании чего предлагается программа психологической помощи, которую должны оказывать им близкие и родные люди [201].

Alison J. Meyers, Alice D. Domar считают, что новые технологии, такие как мобильные приложения и интернет-программы, могут стать реальным вариантом снижения эмоционального стресса при диагностике и лечении бесплодия. В своем обзоре, опубликованном в 2021 году, основное внимание они уделяют

современным и разрабатываемым технологиям, предназначенным для уменьшения эмоционального стресса у людей с бесплодием [189].

Необходимо акцентировать внимание на том факте, что рассматриваемые причины психологического бесплодия женщины так или иначе сами являются следствием определенных социально-психологических явлений: искаженная полоролевая идентичность, особенности картины мира, нарушения ценностно-смысловой сферы личности, определенные личностные черты, несформированность психологической готовности к материнству, внутренняя конфликтность, конфликтность материнской сферы, особенности восприятия родительства – все это продукты психосоциального развития женщины. В связи с этим, представляется значимостью исследование взаимосвязи личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения с особенностями восприятия ими родительской семьи.

1.3 Проблема влияния семьи и семейных отношений на готовность женщины к материнству в современном научном дискурсе

Выявление особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения во взаимосвязи с образом родительской семьи требует поиска основного адекватного целям исследования методологического подхода.

Научный поиск здесь так или иначе связан с пониманием внутреннего мира женщины, у которой отсутствуют какие-либо медицинские и объективно установленные проблемы в ее репродуктивной системе, но по немедицинским причинам беременность не наступает. Как было показано выше, большинство исследователей связывают данный факт с внутрличностным конфликтом или страхом женщины, с наличием у нее определенных психологических проблем, вызывающих внутреннее сопротивление наступлению беременности.

В центре научного поиска, таким образом, стоит личность.

К настоящему времени сложилось несколько подходов к пониманию личности: биологический, физиологический, индивидуально-психологический, социологический и социально-психологический.

К. Левин подчеркивал, что поведение личности обусловлено двумя переменными: уникальностью самой личности и той ситуации, в которой она находится [77]. По его мнению, выполнение личностью своей социальной роли осуществляется под влиянием (или властью) ситуации.

Вместе с тем, социальная ситуация имеет как объективную, так и субъективную составляющие. Именно субъективное восприятие социальной ситуации рассматривается в психологии в качестве доминирующего фактора поведения личности. Индивидуальная интерпретация социальной ситуации выступает здесь основным источником как внешнего поведения, так и внутреннего состояния личности как субъекта деятельности и жизнедеятельности в целом.

Анализ социальной ситуации развития личности предполагает исследование, прежде всего, семейных отношений, в которых она формировалась.

Исследования семьи и семейных отношений, их влияния на личность – это область, прежде всего, психологических исследований. В этой области накоплен обширный эмпирический и теоретический материал, раскрывающий закономерности семейного функционирования. Фундаментальные исследования психологии семьи и семейных отношений посвящены разнообразным проблемам, выполнены в рамках разных методологических подходов, однако все их авторы сходятся во мнении о том, что внутрисемейное функционирование, его особенности, специфика складывающихся внутрисемейных отношений определяют весь «психологический портрет» личности.

В исследованиях семьи и брачных отношений подчеркивается, что главные семейные функции – это репродуктивная и воспитательная функции [92].

В исследованиях семьи, проведенных в течение последних лет, отмечается снижение ее воспитательного потенциала и проблемы в выполнении ею своей репродуктивной функции.

Так, например, в диссертации А.В. Усачевой дается детальный анализ проблем социализации личности ребенка в современной семье. Автор детально анализирует механизм искаженного восприятия детско-родительского взаимодействия самими родителями и ребенком, что обуславливает возникновение нарушенных отношений, оказывающих негативное влияние на развитие личности ребенка и его социализацию [142].

В исследованиях последних лет все большее внимание уделяется вопросам восприятия семейной ситуации, ее субъективной интерпретации.

Анализ современных исследований семьи и семейных отношений показал, что психология за последние годы расширила и углубила научные знания о закономерностях и особенностях выполнения семьей своей репродуктивной и воспитательной функций.

Вместе с тем, освещение в психологии механизмов и факторов репродуктивной системы семьи все еще остается в достаточной степени фрагментарным и непоследовательным.

В социальной психологии проблемы бесплодия в основном связываются с изучением социальной идентичности женщины.

Х.В. Бежина, исследовав социальную идентичность женщин с нарушениями репродуктивной функции, отмечает, что вследствие невозможности осуществить социальную роль матери, в структуре социальной идентичности происходит трансформация содержания каждого ее элемента [18].

Анализ научной литературы по проблеме женского бесплодия немедицинского происхождения показал, что во многих исследованиях доказывается значимая роль семьи и семейных отношений в развитии и функционировании репродуктивной системы женщины.

Так, Л.П. Федина указывает на то, что репродуктивное здоровье женщины зачастую во многом обусловлено так называемыми «семейными сценариями» [143].

В.Е. Гаврилова в качестве факторов отсутствия беременности у некоторых женщин при их объективном соматическом здоровье, рассматривает их особую

диспозицию, сформированную еще в детстве вследствие особенностей семейного воспитания и детско-родительских отношений [38]. Среди неблагоприятных семейных факторов, обуславливающих формирование в детстве особой диспозиции, или «семейного сценария», блокирующего на уровне центральной нервной системы наступление беременности, автор выделяет большую дистанцию с матерью, возложение на девочку-ребенка обязанностей ухаживать за младшим siblingом, завышенные «взрослые» требования к ребенку [38].

Ряд исследователей говорят о том, что на репродуктивное поведение женщины влияют особенности привязанности к своей матери в детстве.

Теория привязанности к матери берет свое начало в с классического психоаналитического учения о роли тесных эмоциональных отношений с матерью в психическом развитии личности ребенка. Теория З. Фрейда исходит из положения о врожденных влечениях младенца, которые должны быть удовлетворены матерью. В 30-х годах XX века на основе многочисленных прямых наблюдений за взаимодействием матери и ребенка разрабатывается теория объектных отношений. В своих работах Д. Винникот, М. Кляйн, М. Малер, Р. Шпиц и другие создатели и приверженцы теории объектных отношений уделяли большое внимание раскрытию особенностей и закономерностей детско-материнского взаимодействия и их эмоциональных отношений, где подчеркивается решающее их влияние на становление личности ребенка, особенно первого-второго года жизни. При этом, рассматриваются не объективные реально существующие отношения, а скорее некие интрапсихические структуры, обусловленные инстинктивным удовлетворением врожденных потребностей ребенка.

Об эмоциональной привязанности ребенка к матери говорится и в бихевиористских теориях. В частности, в теории социального научения привязанность к матери связывается не с врожденными инстинктами, а с первым опытом подкрепления.

Теория привязанности к матери, разработанная Дж. Боулби, появилась в середине XX века в ответ на актуальность исследования эмоциональных

отношений матери и ребенка в связи с появлением многочисленных круглосуточных яслей и детских садов после Второй мировой войны. В отличие от психоанализа и бихевиоризма, где влечение ребенка к матери объясняется самим поведением матери, в первом случае, мать удовлетворяет врожденные инстинкты ребенка, а во втором – элементарные его потребности в пище и тепле, тем самым подкрепляя его привязанность к ней, в теории Дж. Боулби привязанность к матери рассматривается как эмоционально близкая связь, дающая ребенку ощущение защищенности и безопасности. Согласно Дж. Боулби, привязанность к матери – это системное явление, которое имеет определенную структуру как взаимосвязь когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов. В последующих исследованиях выделены типы привязанности к матери и обозначена их роль в психическом развитии ребенка. С точки зрения исследователей, тип привязанности к матери влияет на всю последующую жизнь человека, определяя его отношения с другими и окружающим миром.

В отечественной психологии, в работах Л.С. Выготского, М.И. Лисиной детско-материнские отношения рассматриваются как основа психического и социального развития ребенка, определяющего весь спектр его жизненных проявлений.

На основании анализа работ о фундаментальной роли матери в развитии и поведении уже взрослого человека создается биографический метод исследования, который используется при изучении разнообразных проявлений психики.

Manohar M., Khan H., Shukla V. и другие соавторы в 2016 году опубликовали статью, содержащую результаты анализа биографий женщин с нарушениями репродуктивной функции неясного генеза [188]. Исследователи утверждают, что основной причиной бесплодия у таких женщин является переживание психотравмирующего опыта, связанного с семьей и ее социальным положением: бедность, уход отца из семьи, вынужденный отказ от «радостей» детства, что в конечном счете перерастает в страх перед неблагоприятным материальным положением и внутриличностный конфликт, когда внутри борются два основных мотива: мотив матери и мотив карьеры [188].

Во многих научных публикациях проблемы бесплодия немедицинского происхождения женщины связывается с особенностями «семейных сценариев».

Понятие «семейного сценария», или «жизненного сценария» было введено в психоаналитических теориях. Так, А.А. Адлер указывал на то, что человек – это единая самосогласующаяся система, интегрирующая в себе сознательное и бессознательное, проявляющаяся в мыслях и чувствах, действиях и поступках [3].

С точки зрения Э. Берна, «семейный сценарий», выступающий организующим началом внутреннего образа семьи, - это сформированный в детстве жизненный план, «подталкивающий человека к его судьбе», как бы он ни сопротивлялся ему или, напротив, подчинялся, сознательно выстраивая свои семейные взаимоотношения [22].

Исследования причин бесплодия немедицинской этиологии так или иначе связаны с семейно-обусловленными факторами, то есть факторами, обусловленными особенностями жизни женщины или в родительской, и/или в своей семье.

Большинство зарубежных авторов в качестве доминирующего фактора немедицинских проблем с бесплодием женщины рассматривают особенности взаимоотношений, сложившихся в родительской семье.

По мнению G. McGoldric, D.H. Olson, семьи воспроизводят самих себя, то есть каждая вступающая в брак женщина стремится выстраивать ту структуру семьи, которая она знала в детстве, причем, такое стремление ею чаще всего не осознается. Такого же мнения придерживаются и другие исследователи (например, J. Watson, W. Breed, H. Posman), подчеркивая, что предыдущие модели семейных отношений являются примером для последующих поколений [цит. 195].

Законы преемственности отмечаются и многими отечественными исследователями.

Так, И.В. Дубровина отмечает, что в семье создаются эталоны материнского поведения, которые потом воспроизводятся детьми уже в своих семьях [53]. По мнению А.Н. Родионова, родительская модель взаимодействия с детьми,

закладывается еще в детстве на основе своего субъективного опыта семейных взаимоотношений [112].

Однако подчеркивается при этом избирательность межпоколенной преемственности.

Так, например, В.Н. Дружинин говорит о том, что родители (как мать, так и отец) выстраивают модели семейного воспитания, исходя из тех особенностей, которые они наблюдали по отношению к воспитанию сиблингов, а родительское отношение к ним самим становится источником формирования отношений к другим [54].

Е.С. Мордас и И.Н. Иванова, опираясь на психоаналитические теории, предположили, что характер восприятия женщиной ее отношений с матерью в детстве является одним из доминирующих факторов ее психогенного бесплодия [94]. Авторы приходят к выводу о том, что ненадежный тип привязанности к матери, восприятие ее как эмоционально холодную, непринимаящую, а то и враждебную мать являются одной из причин внутреннего отказа женщины от беременности и рождения ребенка [94].

В. С. Зыбайло, В. Ю. Филимоненкова, А. В. Копытов при исследовании индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием, выделяют некоторые особенности отношений в их родительской семье, такие как: негативная оценка брака их родителей [62].

Теоретический анализ работ по проблеме влияния родительской семьи на готовность женщины к материнству показал, что такие исследования носят, скорее, пилотажный характер и в основном связаны с рассмотрением психосоматических процессов.

Тем не менее, отмечается, что исследования особенностей семейной ситуации развития женщин, испытывающих трудности с зачатием и вынашиванием ребенка, не имея при этом объективно выявленных медицинских проблем, развития как в родительской семье, так и в своей собственной, позволят повысить эффективность оказываемой таким женщинам помощи.

В современной психологии существуют различные направления исследований обозначенной проблемы.

Christine Bourey и Sarah Murray поднимают проблему семейного насилия в супружеских бесплодных браках. Исследователи отмечают, что насилие со стороны интимного партнера (ИПВ) представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения, которая влияет на психическое, физическое и репродуктивное здоровье на протяжении всей жизни. Они отмечают, что бесплодие - это не только проблема репродуктивного здоровья, но и социальная проблема, которая может влиять на супружеские, семейные и другие межличностные отношения, особенно в условиях, где деторождение высоко ценится и занимает центральное место в представлениях о женственности. Признавая это, Christine Bourey и Sarah Murray представляют в журнале *The Lancet Global Health* всеобъемлющий систематический обзор литературы и метаанализ распространенности насилия среди женщин с бесплодием в девяти странах с низким и средним уровнями дохода в 2000–2019 годах. 30 исследований были включены в систематический обзор, а 25 - в метаанализ (всего 7164 участников). Авторами показано, что распространенность семейного насилия среди супружеских бесплодных пар в странах Западной Азии значительно выше, чем среди семей с детьми, при этом они отмечают, что бесплодие в этих странах негативно влияет и на мужчин, которые теряют социальный статус и подвергаются социальной изоляции.

Следует отметить также неоднозначность терминов, используемых в исследованиях, в связи с чем нами составлена авторская категориально-понятийная матрица исследования (таблица 4).

В психологических исследованиях широко используются такие понятия, как семейные сценарии, паттерны семейного взаимодействия, семейные правила, семейные мифы, ролевая структура семьи, родительские установки, семейные роли, привязанность.

Таблица 4 - Авторская категориально-понятийная матрица исследования

Понятие	Определение
Психологическое бесплодие женщины = психогенное, функциональное, идиопатическое, бесплодие неясного (неуточненного) генеза, бесплодие немедицинской (неясной) этиологии	Отсутствие беременности у женщины фертильного возраста, не имеющей медицинских диагнозов и физиологических причин нарушений репродуктивной функции, на протяжении 12 месяцев регулярной сексуальной жизни без предохранения, обусловленное психологическими причинами
Семейный сценарий	Повторяющиеся из поколения в поколение шаблоны взаимоотношений, поведения, которые поддерживаются всеми членами семьи. Склонность ребенка повторять судьбу своих родителей и их жизненный сценарий
Семейный антисценарий	Модель поведения, основанная на стремлении избежать семейного сценария (сценарий «наоборот»)
Стереотипы (паттерны) семейного взаимодействия	Устойчивые способы поведения членов семьи, их поступки и сообщения, которые часто повторяются (А.Я. Варга)
Семейные правила	Устанавливают распределение семейных ролей и функций, определенные места в семейной иерархии, что вообще позволено, а что нет, что хорошо, а что плохо (А.Я. Варга)
Семейные мифы	Социально-психологический феномен, представляющий собой искаженные, несоответствующие реальности представления членов семьи о себе, друг друге и о семье в целом
Родительские установки	Стереотипные правила поведения, которые выражаются в поступках, словах или жестах. В этом случае взрослые следуют готовым шаблонам, заложенным в них и отработанным в собственной жизни без попытки анализа их эффективности и полезности
Привязанность	Врожденное поведение ребенка, которое выражается в стремлении ребенка к сохранению близости со взрослым, это особая эмоциональная связь между ребенком и взрослым
Ролевая структура семьи	Предписывает поведение и взаимодействие членов семьи, а также в понятие «роль» включаются желания, цели, убеждения, чувства, социальные установки, ценности и действия, которые ожидаются или приписываются тому или иному члену семьи.

Таким образом, в рамках психологии личности, можно исследовать общие и вариативные психологические особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, обусловленные субъективным восприятием структуры родительской семьи и детско-родительского взаимодействия, субъективной интерпретацией особенностей складывающихся с

супругом отношений и обуславливающие ее внутреннее сопротивление беременности и рождению ребенка.

Выводы по главе 1

Для дальнейшего эмпирического исследования важными являются следующие выводы:

1. Образ родительской семьи женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения – это совокупность ее представлений об истории своей семьи, особенностях ее функционирования, отношений между родителями, прауродителями и детско-родительского взаимодействия, обуславливающая формирование таких черт личности женщины, которые взаимосвязаны с ее психологической неготовностью к материнству.

2. Исследование взаимосвязи образа родительской семьи и личностных особенностей женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения в рамках психологии личности позволяет выявить источники развития психологической неготовности женщины к материнству и нарушений материнской сферы ее личности.

3. В рамках психологии личности можно исследовать общие и вариативные психологические особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, обусловленные субъективным восприятием структуры родительской семьи и детско-родительского взаимодействия, субъективной интерпретацией особенностей складывающихся с супругом отношений и обуславливающие ее психологическую неготовность к материнству.

ГЛАВА 2

ОСОБЕННОСТИ И ТИПЫ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН С ПРОБЛЕМАМИ БЕСПЛОДИЯ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

2.1 Дизайн и программа исследования

В результате теоретического анализа были сформулированы общая и частные гипотезы, верификация которых осуществлялась в процессе эмпирических исследований.

Эмпирические исследования осуществлялись с соблюдением следующих основополагающих общепсихологических принципов:

— принцип детерминизма (А.В. Брушлинский, Б.Ф. Ломов, С.Л. Рубинштейн, М.Г. Ярошевский и др.), который исходит из утверждения о влиянии социальных (внешних) факторов через внутренние условия, то есть исследуется не то, как сама семья является непосредственным фактором проблем женщин, связанных с бесплодием немедицинского происхождения, а то, как ее восприятие опосредованно влияет на индивидуально-психологические характеристики женщины, связанные с ее репродуктивной сферой, включающей ее психологическую готовность/неготовность к материнству;

– принципы верификации и объективности (Т.В. Корнилова, С.Д. Смирнова и др.), предполагающие беспристрастность и обязательную проверку истинности научных представлений о влиянии родительской семьи на репродуктивную сферу женщины через эмпирические исследования;

— принцип психологической причинности (Г.М. Андреева, Б.Ф. Ломов, А.В. Петровский и др.), согласно которому исследование взаимосвязи образа родительской семьи и особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения осуществлялось с учетом положения об отражающем характере влияния семейной ситуации их развития и через них – на психологическую готовность женщины к материнству;

— принцип развития, означающий, что развитие личности происходит в постоянно меняющейся психологической реальности, что объясняет нелинейность воздействия семейных факторов на репродуктивную сферу личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Соблюдение данных принципов позволило разработать дизайн эмпирического исследования (рисунок 5).

Проектирование эмпирического исследования осуществлялось с опорой на три основных вопроса:

1. Что конкретно нами будет изучено?
2. Зачем это будет изучено?
3. С помощью чего мы будем это изучать?

Ответ на первый вопрос отражает необходимость отбора адекватного диагностического материала и формирование репрезентативной выборки.

Результаты теоретического анализа свидетельствуют, прежде всего, о том, что проблемы женщин, связанные с бесплодием немедицинского происхождения традиционно рассматриваются как результат ее внутриличностного конфликта, заключающегося в сочетании, с одной стороны, ее желания стать матерью, а с другой - ее психологической неготовностью к материнству, внутреннему сопротивлению беременности. В связи с этим, нам необходимо было проверить на опыте правдивость таких сведений и понять, с чем связана такая сопротивляемость.

Следует уточнить также, что измерение готовности/неготовности к материнству еще не имеет адекватного диагностического аппарата, так как сам феномен готовности к материнству характеризуется терминологической неопределенностью, отражающей множество точек зрения на сущность и структуру данного психологического конструкта.

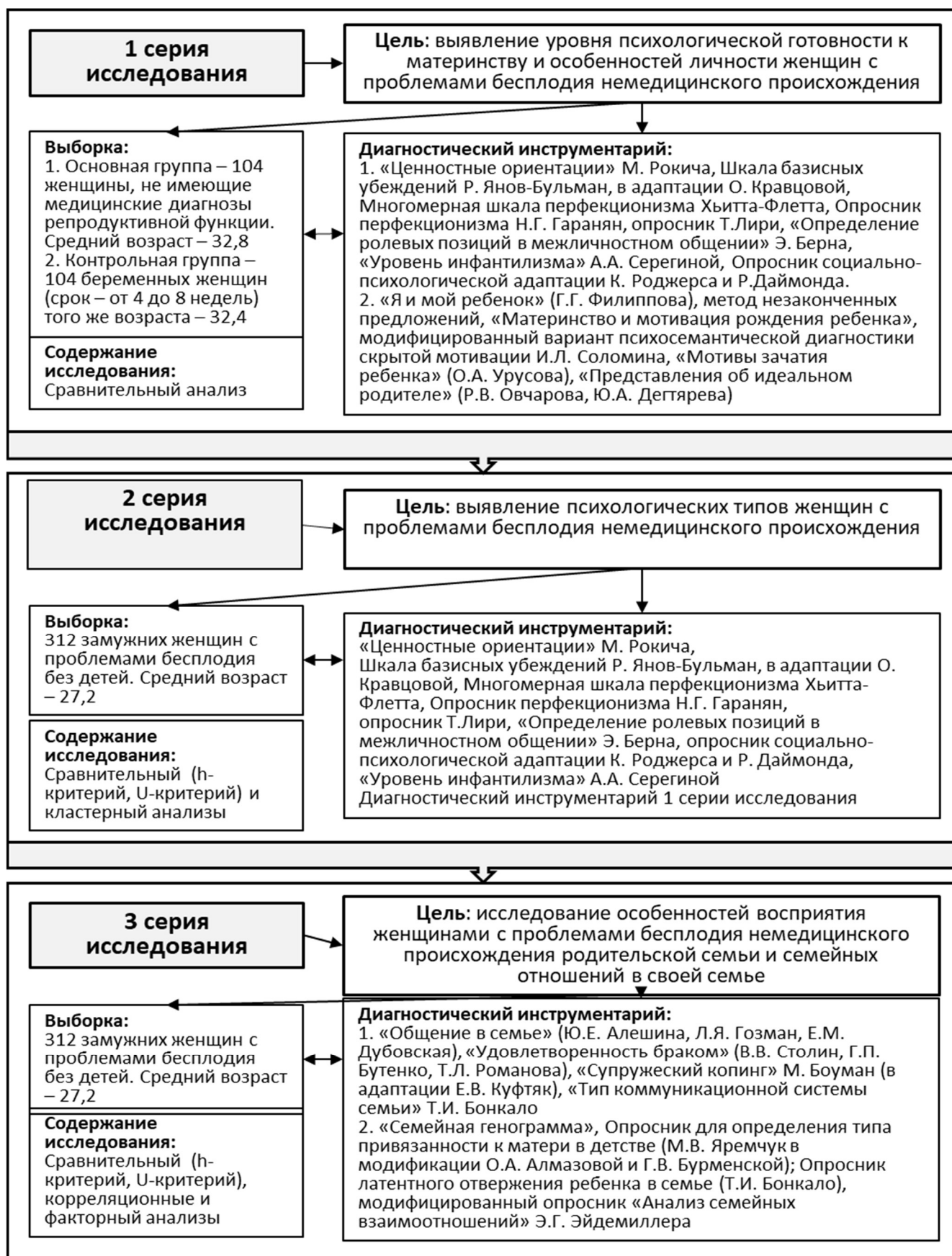


Рисунок 5 – Дизайн эмпирического исследования особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и их взаимосвязи с образом родительской семьи

Анализ методической литературы по проблеме психологической готовности к материнству и ее измерения показал, что одним из эффективных способов ее изучения являются проективные методы исследования.

На основании результатов теоретического анализа, а также опираясь на собственный практический опыт, было принято также решение об исследовании тех индивидуально-психологических характеристик женщин, которые так или иначе являются в определенной степени производными от особенностей семейной ситуации их развития, от тех отношений, которые складывались в их родительских семьях, а точнее, производными от особенностей восприятия таких отношений и родительской семьи в целом. Для выбора того, что конкретно будет изучено, были проанализированы исследования, касающиеся проблемы влияния родительской семьи на формирование личности женщины. Результаты такого анализа позволили прийти к заключению о том, что необходимо исследовать следующие индивидуально-психологические характеристики женщины с психологическим бесплодием:

— ее ценностные ориентации, степень значимости для нее индивидуалистических ценностей, а также ценностей личностной и профессиональной сферы;

— особенности и степень сформированности у нее базисных убеждений, то есть устойчивых представлений о мире, других людях и о себе, о своем месте в этом мире, которые, по данным психологических исследований, оказывают весьма значительное влияние на мысли, чувства и поведение личности;

— особенности поведения женщины в межличностном общении, стили взаимодействия с другими людьми;

— черты личности женщин, связанные с взаимодействием с другими людьми и восприятием мира в целом.

В соответствии с этим, был подобран диагностический инструментарий первой серии эмпирического исследования, а также сформированы исследовательские выборки для выявления индивидуально-психологических

особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

В результате пилотажного исследования был зафиксирован тот факт, что среднегрупповые значения по некоторым отобранным показателям не имеют статистически достоверных различий между группами женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и беременных женщин, тогда как процентные распределения испытуемых двух групп отличались друг от друга на достаточно высоком уровне значимости.

Обозначенный факт послужил основанием для предположения о том, что существуют определенные психологические типы личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения при объединяющей их характеристике психологической неготовности к материнству.

На выявление таких типов и была направлена вторая серия эмпирического исследования. С этой целью была расширена исследовательская выборка, состоящая из женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения. Помимо этого, критерием включенности во вторую выборку стал факт отсутствия у женщин детей (случаи вторичного бесплодия фиксировались, вследствие прерываний предшествующих беременностей). Вторым критерием включенности явился факт официально зарегистрированного брака. Нам важно было выявить, существует ли определенная взаимосвязь между типологическими особенностями женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и характером складывающихся взаимоотношений с супругом в их семье.

Исследовательская выборка формировалась на базах частных психологических центров помощи семье, перинатальных центров, осуществляющих практики психологической помощи женщинам. Все женщины были проинформированы о целях исследования. Они включались в выборку только после письменного информационного согласия на обследование. Кроме того, в процессе исследования осуществлялись психологические консультации по запросу некоторых его участников, на которых результаты диагностики доводились до сведения респондентов.

Предварительные исследования, таким образом, были нацелены на выявление психологических типов личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Дальнейшее, центральное исследование, было непосредственно направлено на выявление взаимосвязи особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и образа их родительской семьи, сформированного на основе восприятия семейных и детско-родительских отношений.

С этой целью, из общей исследовательской выборки (а также с помощью дополнительного обследования) были сформированы исследовательские группы с преобладанием того или иного выделенного нами типа личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения. В таких группах осуществлялись исследования как особенностей межсупружеских отношений, так и особенностей семейной ситуации развития женщин с преобладанием того или иного психологического типа их личности.

Для соблюдения принципов объективности и верификации, исследование особенностей взаимоотношений в супружеской подсистеме семьи осуществлялось с участием супругов респондентов. Такое участие предполагало два варианта: личная встреча с супругом (здесь уместно уточнить, что, в случае обращения самой женщины за психологической помощью, многие их супруги соглашались прийти на прием к психологу) или заочное участие, когда бланки опросников заполнялись супругом дома.

Таким образом, были проведены три серии эмпирического исследования, ориентированные на решение трех центральных задач:

1. Эмпирически изучить и выявить особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения во взаимосвязи с уровнем их психологической готовности к материнству.

2. Выявить психологические типы личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, соотнесенные с особенностями складывающихся в их семьях межсупружеских отношений.

3. Изучить особенности восприятия женщинами с проблемами бесплодия немедицинского происхождения своей родительской семьи и детско-родительских отношений и оценить их роль в формировании разного типа их личности.

Решение исследовательских задач позволило раскрыть психологические механизмы влияния особенностей восприятия родительской семьи, супружеских и детско-родительских отношений на особенности готовности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения к материнству и осуществлению социальной роли матери.

В первой серии эмпирического исследования, ориентированного на выявление психологической готовности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения к материнству и взаимосвязи с индивидуально-психологическими характеристиками их личности, были использованы следующие психодиагностические методики:

1. Методики на выявление готовности женщины к материнству:

— *проективная методика «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова).*

Методика предназначена для изучения материнской сферы женщины. Г.Г. Филиппова разработала симптокомплексы для количественной и качественной интерпретации рисунков респондентов. Согласно автору, можно выявить благоприятную ситуацию, легкую степень тревоги и неуверенности в себе, яркую выраженность тревоги и неуверенности и конфликт с ситуацией беременности и материнства.

В нашем исследовании нами был выбран вариант, предложенный И.В. Вшивковой для интерпретации рисунков. Согласно автору, с помощью рисунка «Я и мой ребенок» можно измерить степень восприятия женщинами благоприятной ситуации развития ребенка, эмоциональной холодности отношения к нему, тревожности, чувства незащищенности, неполноценности, инфантильности женщины, собирающейся стать матерью, недоверия к себе, депрессивности, трудности в общении, импульсивности и враждебности (таблица 5).

Таблица 5 – Симптокомплексы рисунка «Я и мой ребенок» (И.В. Вшивкова)

Симптокомплексы	Максимальное количество баллов	
	Формальные признаки	Содержательные признаки
Благоприятная ситуация	15	12
Эмоциональная холодность	4	8
Тревожность	14	12
Чувство незащищенности	5	6
Чувство неполноценности	6	8
Инфантильность матери	5	10
Недоверие к себе	7	4
Депрессивность	9	10
Трудности в общении	8	4
Враждебность	5	10
Импульсивность	5	8
Конфликтность в семье	10	16

— *Метод незаконченных предложений.* Респондентам предлагалось закончить такие предложения, которые направлены на выявление их отношений к материнству и своему будущему ребенку. Мы составили 8 предложений:

Быть матерью ...
Женщина рождена для того, чтобы...
С рождением малыша в моей жизни...
Больше всего во время беременности я буду бояться ...
Главное качество матери –...
Беременность – это...
Ребенок для женщины – это...
О детях я ...

— *«Мотивы зачатия ребенка» (О.А. Урусова).* Методика состоит из 24 утверждений, которые сгруппированы на 2 шкалы, раскрывающие адекватные и неадекватные мотивы зачатия ребенка. К адекватным мотивам автор относит такие мотивы, которые связаны с желанием проявления заботы и любви к ребенку, ответственности за него, мотивы счастья, мотивы материнства; к неадекватным – мотивы полноты и сплочения семьи, продолжения рода и приобретения смысла жизни.

— *«Представления об идеальном родителе»* (Р.В. Овчарова, Ю.А. Дегтярева). Методика представляет собой вариант семантического дифференциала, материалом которого служат противоположные качества личности, характеризующие мать и отца. Все пары качеств личности разбиты на три шкалы, отражающие содержание когнитивного, эмотивного и поведенческого компонентов родительства (материнства и отцовства).

— *«Будущие роли родителя и ребенка»* (Е.Н. Васильева, А.В. Орлов). Респондентам предлагается проранжировать 20 ролей по степени их предпочтительности для них самих и для их будущих детей.

2. Методики для выявления индивидуально-психологических особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения:

— *Методика «Ценностные ориентации»* М. Рокича, которая имеет достаточно высокую распространенность среди психологов, вследствие чего мы не будем подробно останавливаться на ее описании. Необходимо только уточнить, что анализ результатов исследования, выполненного с помощью данной методики, осуществлялся через выделение определенных групп терминальных и инструментальных ценностей: среди терминальных ценностей выделяются профессиональные (карьерные) ценности и ценности личной жизни, а среди инструментальных – индивидуалистические, конформистские и альтруистические ценности, а также этические ценности, ценности общения и дела.

— *Методика «Базисные убеждения личности»* Р. Янов-Бульман, в адаптации О. Кравцовой. По мнению автора, одной из базовых ощущений любого здорового человека является чувство безопасности, которое основано на базовых убеждениях о том, что мир имеет больше добра, чем зла, что мир к нему в целом благосклонен, как и другие люди, что он имеет собственную ценность, причем, ценность «Я» имеет три основных аспекта: самооценку, то есть «Я хороший», контроль, то есть «Я правильно и хорошо себя веду» и удачливость – «Я удачный человек». Исходя из таких теоретических воззрений, автор методики разработал опросник, состоящий из 32 утверждений, отражающих оценку базовых утверждений. Нами

был использован вариант опросника, адаптированный О. Кравцовой, где выделяются восемь базовых убеждений.

— *Многомерная шкала перфекционизма Хьюитта-Флетта*. Опросник состоит из 45 утверждений, с которыми респонденту предлагается согласиться или не согласиться, и в зависимости от степени своего согласия-несогласия, его ответы имеют 7-балльную шкалу. Методика позволяет выявить степень выраженности у респондента перфекционизма относительно себя, перфекционизма относительно других и социально-обусловленный перфекционизм, при этом под перфекционизмом авторы понимают стремление быть совершенным и правильным во всем (или требовать такого совершенства от других).

— *Опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян. А.Б. Холмогоровой*. Методика позволяет выявить степень озабоченности респондента оценками со стороны других, уровень следования высоким стандартам и требовательности к себе, степень фиксации на негативных оценках себя.

— *Опросник Лири*. Методика имеет в психологии и социальной психологии достаточно высокую распространенность, вследствие этого не станем останавливаться на его описании. Следует указать только, что стиль взаимодействия изучался как у самих женщин, так и у их супругов с целью выявить особенности супружеских отношений. Опросник также использовался для выявления особенностей самооценки испытуемых и их представлений о себе.

— *Опросник «Психологический пол» Сандры Бем* предназначен для определения психологического пола. Методика является широко используемой в психологических исследованиях, позволяющей выявить уровень развития феминности, маскулинности респондентов.

— *Определение ролевых позиций в межличностном общении» Э. Берна*. Методика, позволяющая определить частые позиции в межличностном взаимодействии (позиции взрослого, родителя и ребенка) также использовался нами в двух сериях эмпирического исследования.

— *Уровень инфантилизма А.А. Серegiной*. Методика состоит из 48 пунктов, которые отражают девять шкал, содержащих описание признаков инфантилизма.

Данная методика может быть использована для измерения уровня личностной зрелости респондентов. По мнению автора, признаки инфантилизма прямо пропорциональны признакам личностной зрелости. Методика позволяет выявить степень выраженности таких социально-психологических особенностей личности, как незрелость эмоционально-волевой сферы, социального и нравственного развития, низкий уровень мотивации достижения, неспособность к самостоятельному принятию решений, зависимость от других, гедонизм, принятие позиции иждивенчества, низкая рефлексивность, сочетающаяся с повышенной потребностью в развлечениях, неготовность к преодолению трудных ситуаций, хаотичность поведения.

— *Опросник социально-психологической адаптации (К. Роджерс и Р. Даймонд, адаптация А. К. Осницкого)*. Опросник достаточно распространен в социально-психологических исследованиях, вследствие того, что помогает получить информацию о чертах личности испытуемых, проявляющихся в социальном взаимодействии.

3. Методики, позволяющие исследовать особенности межличностных отношений в супружеской паре:

— *«Общение в семье» (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская)*. С помощью данной методики исследовался характер общения между супругами в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения. Методика позволяет изучить степень доверительности в общении супругов, их взаимопонимания, сходства во взглядах, легкости и эмоциональной отзывчивости. Опросник содержит 48 утверждений и 4 варианта ответа, каждый из которых оценивает уровень согласия респондента с утверждениями. Утверждения отражают восемь характеристик межсупружеского общения.

— *«Удовлетворенность браком» (В.В. Столин, Г.П. Бутенко, Т.Л. Романова)*. Методика экспресс-диагностики супружеских отношений, уровня удовлетворенности ими у супругов.

— *«Супружеский копинг» (М. Боуман, адаптация Е.В. Куфтяк)*. Методика, предназначенная для выявления способов совладания со стрессом в супружеских

парах. Текст опросника состоит из 64 пунктов, отражающих содержание пяти основных копинг-стратегий: конфликтный стиль совладания со стрессом предполагает использование супругом критики в конфликтных ситуациях, цинизма, сарказма; стиль самообвинения в конфликтных ситуациях проявляется через самокритику, чувство беспокойства, тревоги, вегетативные нарушения; позитивный стиль совладания со стрессом определяется, когда супруги поддерживают друг друга и предпринимают совместные действия для решения проблемы и снижения напряженности во взаимоотношениях; эгоистический стиль предполагает активность члена семьи вне дома и семейной обстановки, переживание стресса заглушается с помощью других важных внесемейных дел; избегание отражает стремление респондента уйти от стресс, вытеснить его из сознания и подавить в себе негативные чувства.

— *«Тип коммуникационной системы семьи» (Т.И. Бонкало)* – бланковая методика, позволяющая выявить особенности коммуникативного взаимодействия в супружеских парах. Автор выделяет четыре типа коммуникационной системы семьи, в основе которых лежат такие ее характеристики, как активность-пассивность и непосредственное общение-опосредованное общение. Бланк методики включает в себя описание 36 типичных ситуаций. Из четырех вариантов решения ситуации респонденту предлагается выбрать тот вариант, который отражает его типичное поведение в схожей ситуации межсупружеского взаимодействия.

4. Методики, направленные на исследования семейной ситуации развития женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения:

— *«Семейная генограмма»*. Относится к инструменту психологического консультирования в системной семейной психотерапии. Позволяет исследовать, как образцы взаимоотношений в семье передаются от поколения к поколению, как они воспроизводятся. С помощью геометрической схемы прослеживаются схожие семейные сценарии, выявляются значимые и не значимые для клиента родственные связи, прослеживаются отношения членов расширенной семьи к беременности и родительству.

— *Опросник для определения типа привязанности к матери в детстве (М.В. Яремчук в модификации О.А. Алмазовой и Г.В. Бурменской)*. Опросник состоит из 10 вопросов, позволяющих определить степень выраженности у респондента надежного, тревожно-амбивалентного и избегающего типов привязанности.

— *Опросник латентного отвержения ребенка в семье (Т.И. Бонкало)*. Методика позволяет выявить скрытое эмоциональное отвержение ребенка в семье, которое может и не осознаваться самим родителем. Методика состоит из 102 утверждений, отражающих содержание пяти шкал: условное принятие ребенка, отвержение ребенка при симбиотической связи с ним, отвержение при доминирующей гиперпротекции, гипопротекции и жестоком обращении. Общий уровень эмоционального отвержения ребенка в семье определяется по количеству баллов, набранных по 51 пункту, в соответствии с ключом к опроснику. В нашем исследовании респондентам предлагалось заполнить бланк методики от имени их матери и/или отца. Таким образом выявлялись особенности восприятия женщинами с психологическим бесплодием отношения к ним родителей.

— *Модифицированный опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса (модификация варианта 2 – Т.И. Бонкало)*. За основу для модификации был взят 2 вариант опросника, предназначенный для родителей детей подросткового и юношеского возрастов (от 11 лет до 21 года). Сама методика позволяет выявить типы нарушений воспитания в семье, точнее, негармоничные стили семейного воспитания, отражающие уровень протекции ребенка в семье, полноты удовлетворения потребностей ребенка, степени предъявления требований к нему, степени запретов и строгости санкций.

Методика также позволяет выявить и другие признаки нарушений родительском отношении к ребенку: например, расширение сферы родительских чувств, которые так или иначе связаны с источником негармоничных стилей семейного воспитания.

Статистические методы исследования включали в себя: расчет среднегрупповых показателей, стандартных отклонений, процентных и частотных распределений, сравнительный (с использованием Н-критерия Крускала-Уоллиса,

U-критерия Манна Уитни, t-критерия Стьюдента, χ^2 – критерия, ф-критерий Фишера), корреляционный (коэффициент корреляции Спирмена), кластерный (метод семантического сходства и метод Уорда) и факторный (метод главных компонент) анализы.

В первой серии эмпирического исследования, ориентированного на решение первой эмпирической задачи, приняли участие две группы, что соответствует логике традиционного психологического исследования особенностей проявления изучаемого психологического явления у определенной категории людей.

В двух исследовательских группах были изучены как личностные особенности, то есть показатели, полученные с помощью отобранного в соответствии с теоретическими выводами, сделанными в результате теоретического анализа имеющихся в научной литературе эмпирических данных, так и показатели психологической готовности испытуемых к материнству.

Первую, или основную, группу составили 104 женщины от 21 года до 42 лет, обращавшихся в перинатальные центры по поводу отсутствия беременности. У всех женщин после диагностического исследования было установлено отсутствие медицинских диагнозов наличия проблем в репродуктивной системе и соматическом здоровье, связанном со способностью зачать и выносить ребенка. Помимо этого, критерием включенности в первую исследовательскую группу (основную) служили отрицательные диагнозы у их партнеров (супругов), отражающие нарушения репродуктивной функции. У всех женщин данной выборки отсутствовала беременность при условии периодических сексуальных контактов в течение от 2 до 8 лет.

Социально-демографические характеристики респондентов основной группы первой серии эмпирического исследования представлены в нижеследующих рисунках.

На рисунке 6 представлено процентное распределение испытуемых основной группы по условиям их проживания в родительской семье.

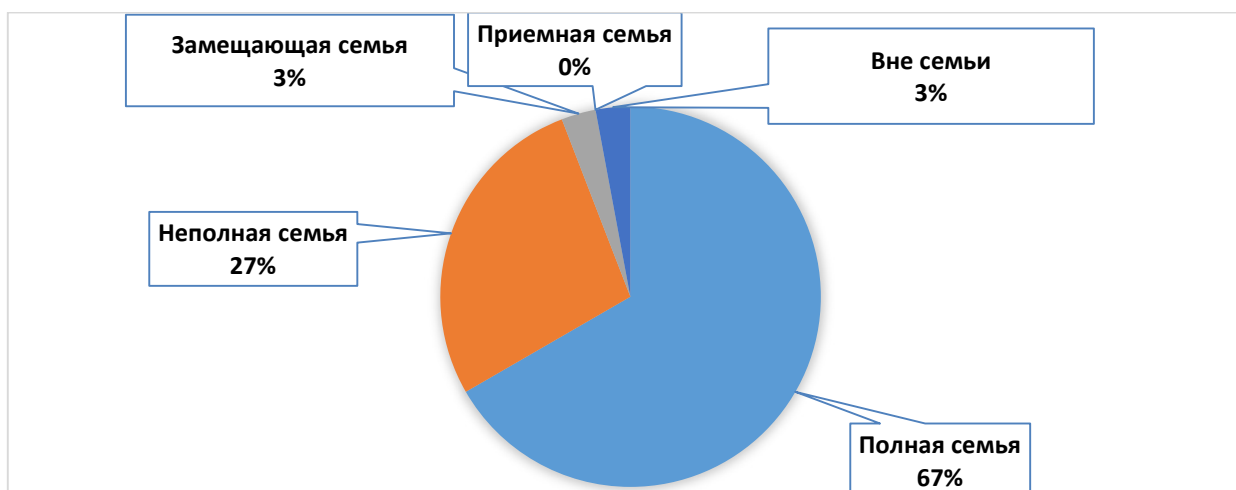


Рисунок 6 – Процентное распределение испытуемых основной группы по семейным условиям воспитания

Большинство респондентов (66,67%) воспитывались в полной семье; почти треть 27,45% – в неполной материнской семье; 2,94%, то есть 3 женщины воспитывались в замещающей (опекунской семье) и столько же – воспитывались в детском доме.

Более 30% испытуемых основной группы имеют среднее профессиональное образование; 23,53% - среднее общее образование; 22,56% - высшее образование I степени (рисунок 7).

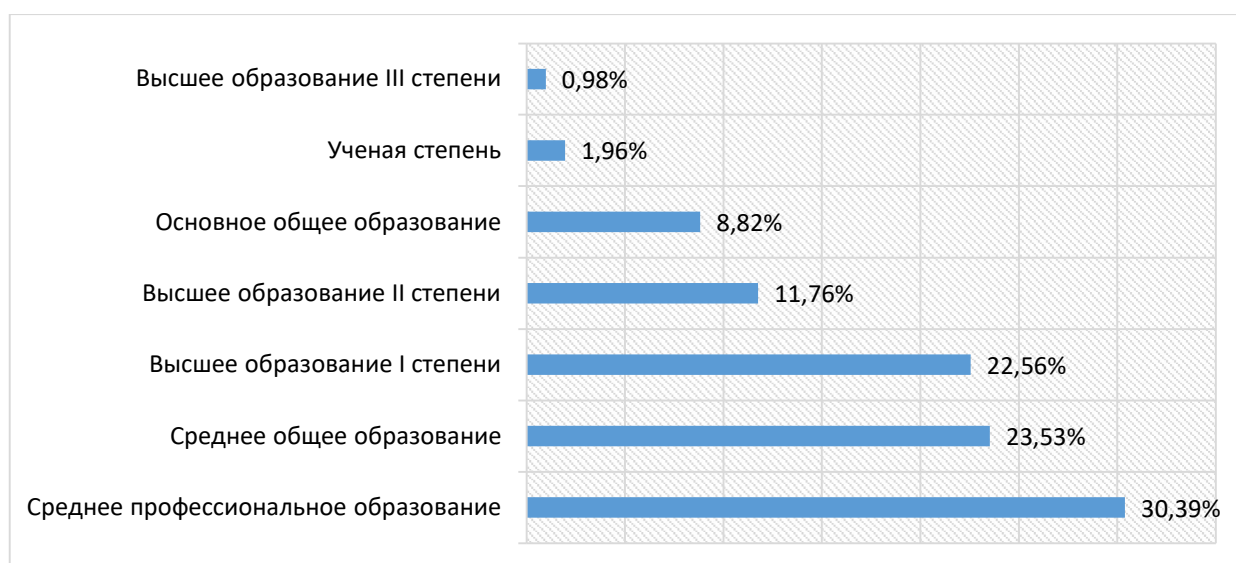


Рисунок 7 — Процентное распределение испытуемых основной группы по уровню их образования

Большинство женщин с психологическим бесплодием, принявших участие в нашем исследовании, являются служащими: кассирами, диспетчерами, страховыми агентами, секретарями, помощниками и пр.

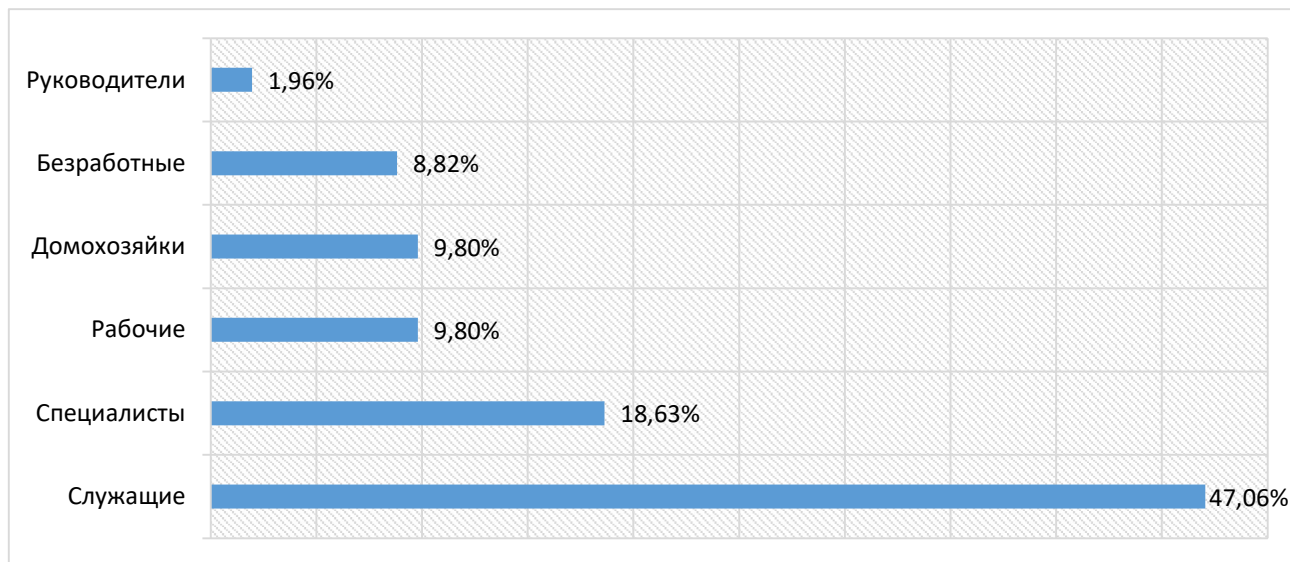


Рисунок 8 — Процентное распределение испытуемых основной группы по их профессиональному статусу

Однако в основной группе также были женщины-руководители (1,96%), женщины-специалисты, то есть менеджеры, бухгалтеры, экономисты, юристы, аналитики и др., которые составили 18,63% от общего числа обследованных женщин.

Во второй серии эмпирического исследования приняли участие 312 замужних женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Основными критериями включенности в общую исследовательскую выборку служили:

- отсутствие медицинских диагнозов, объясняющих проблемы в зачатии и вынашивании ребенка;
- отсутствие соматических заболеваний и заболеваний репродуктивной системы женщин;
- отсутствие медицинских диагнозов нарушений репродуктивной функции у их супругов после пройденного планового обследования;

- возраст женщины – до 42 лет;
- возраст супругов до 49 лет включительно;
- воспитание в семье (из выборки исключались женщины, воспитанные в приемных и замещающих семьях, а также в учреждениях интернатного типа);
- обращение в психологические центры с запросом на психологическую помощь в связи с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Помимо учета уровня образования, профессионального и социального статуса испытуемых, собирались сведения также о наличии или отсутствии в их жизни социальных травм и травмирующих событий.

Так, в общую исследовательскую выборку вошли женщины, которые не были сами участниками автомобильных катастроф, катастроф на другом транспорте: воздушном, морском, железнодорожном; техногенных катастроф; очевидцами крупных стихийных бедствий: пожаров, наводнений, разрушительных землетрясений; не были под следствием, не пребывали в местах лишения свободы. В жизни женщин общей исследовательской выборки не было ни этнических травм (то есть пребывание в статусе беженцев, трудности в культурной адаптации, ностальгические переживания и др.), ни травм, связанных с потерей жилья и тяжелым материальным положением, предполагающим бродяжничество, ночлежки, утрату чувства собственного достоинства и пр.

Учитывалась длительность ожидания ребенка, а также факт наличия у женщины первичного или вторичного бесплодия. При вторичном бесплодии критерием не включенности в исследовательскую выборку служило наличие старших детей, включенности – неудачные беременности: выкидыши, искусственные прерывания.

Из общей выборки второй серии эмпирического исследования 45,51% составили женщины с первичным бесплодием и соответственно 54,49% - вторичным.

Таким образом, социально-демографические характеристики испытуемых второй серии эмпирического исследования отражают уровень их образования

(рисунок 9), профессиональный статус (рисунок 10), количество браков и разводов (рисунок 11), состояние родительской семьи (рисунок 12, 13).

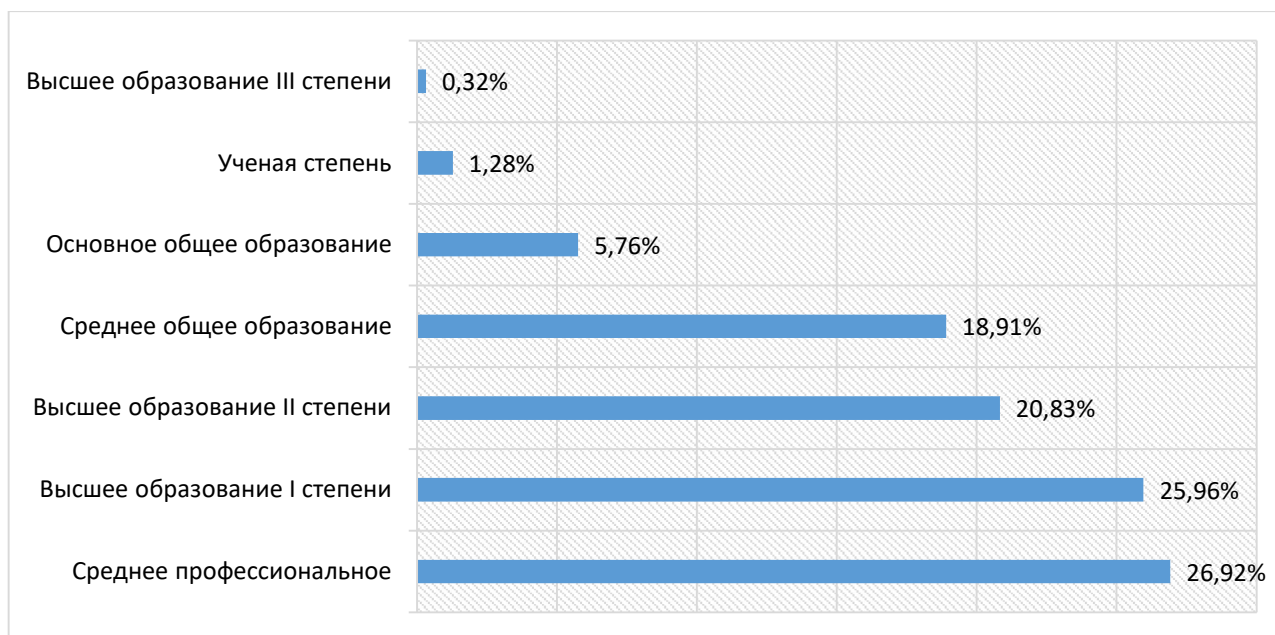


Рисунок 9 — Процентное распределение испытуемых второй серии эмпирического исследования по уровню их образования

Практически поровну представлены в исследовании женщины, обратившиеся за психологической помощью в центры поддержки семей, с разным уровнем образования: среднее профессиональное, окончившие колледжи и другие учреждения СПО – 26,90%; высшее образование I ступени – бакалавры – 25,96%; высшее образование II ступени – магистры – 20,83%. 18,91% от общего числа женщин, принявших участие во второй и последующих сериях эмпирического исследования, смогли закончить только общую образовательную школу, имея аттестат о среднем общем образовании, и 5,76% - об основном общем образовании. В общую исследовательскую выборку вошли также те женщины, которые на момент проведения исследования обучались в аспирантуре, и те, кто уже защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата наук.

Большинство женщин (36,54%) – служащие, что согласуется с уровнем их образования (рисунок 10).

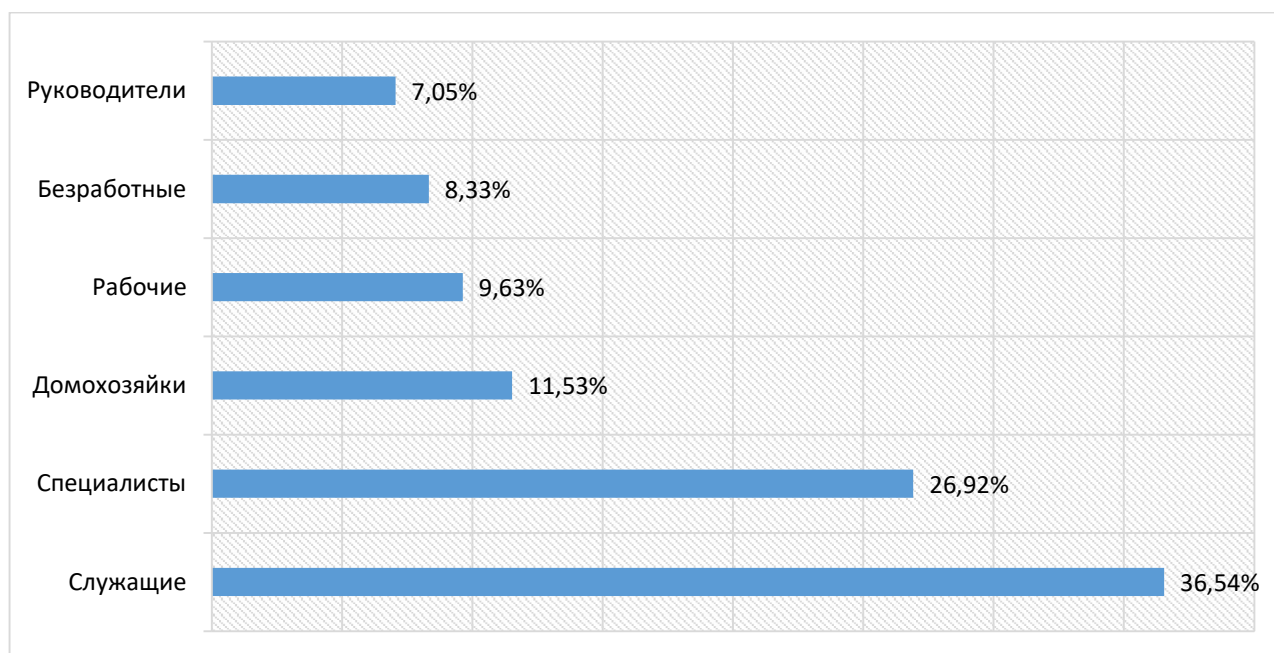


Рисунок 10 — Процентное распределение испытуемых второй серии эмпирического исследования по их профессиональному статусу

В исследовательской выборке представлены также специалисты, домохозяйки (никогда не работавшие женщины и предпочитающие не обременять себя трудовой деятельностью), безработные на момент обследования (те, кто потерял работу и находятся в ее активном поиске), а также руководители (структурных подразделений предприятий и организаций и руководитель крупной компании).

Большинство женщин из общей исследовательской выборки состояли в первом официальном браке – 52,56% (рисунок 11).

Однако, в связи с необходимостью формирования репрезентативной выборки, в нее были включены и те женщины (без детей), кто состоял во втором браке после развода – 30,46%, или имел три и более браков – 8,33%, а также те, кто потерял супруга и повторно вышел замуж. Здесь следует уточнить, что попытки таких женщин зачать ребенка были и в первом, и в последующих браках.

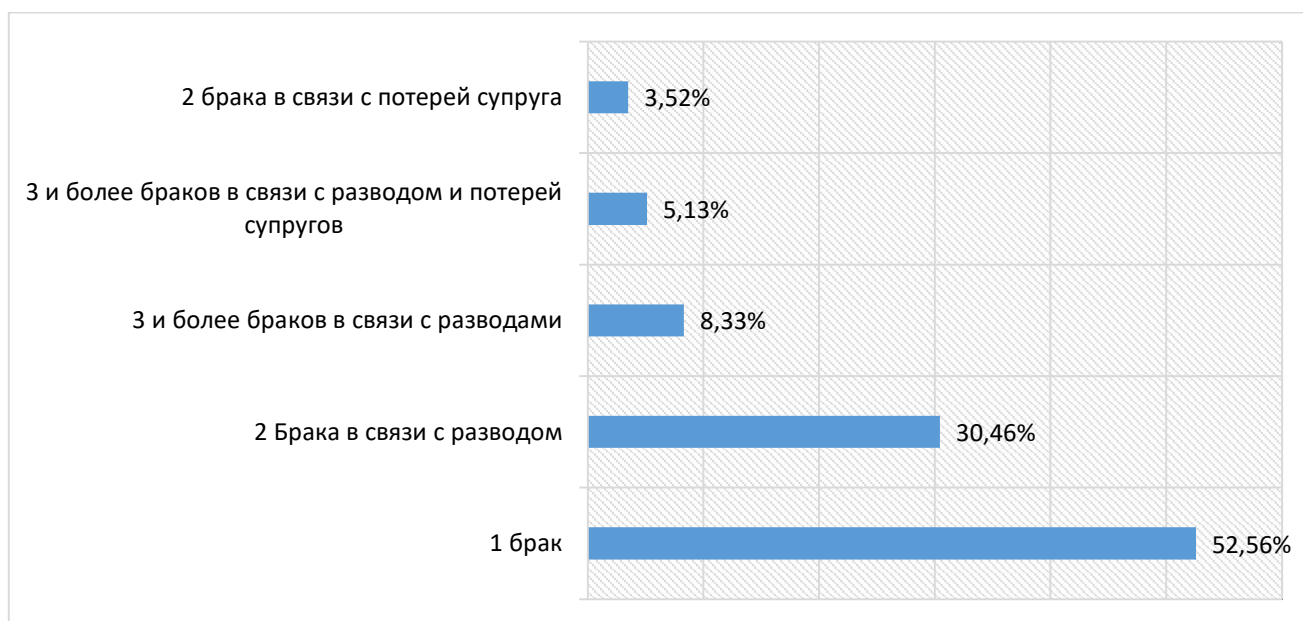


Рисунок 11 – Семейное положение испытуемых второй серии эмпирического исследования

Одним из критериев включения женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения в общую исследовательскую выборку являлось наличие матери и отца в возрасте до 10 лет. Семейная ситуация развития личности обследованных женщин представлена на рисунке 12.

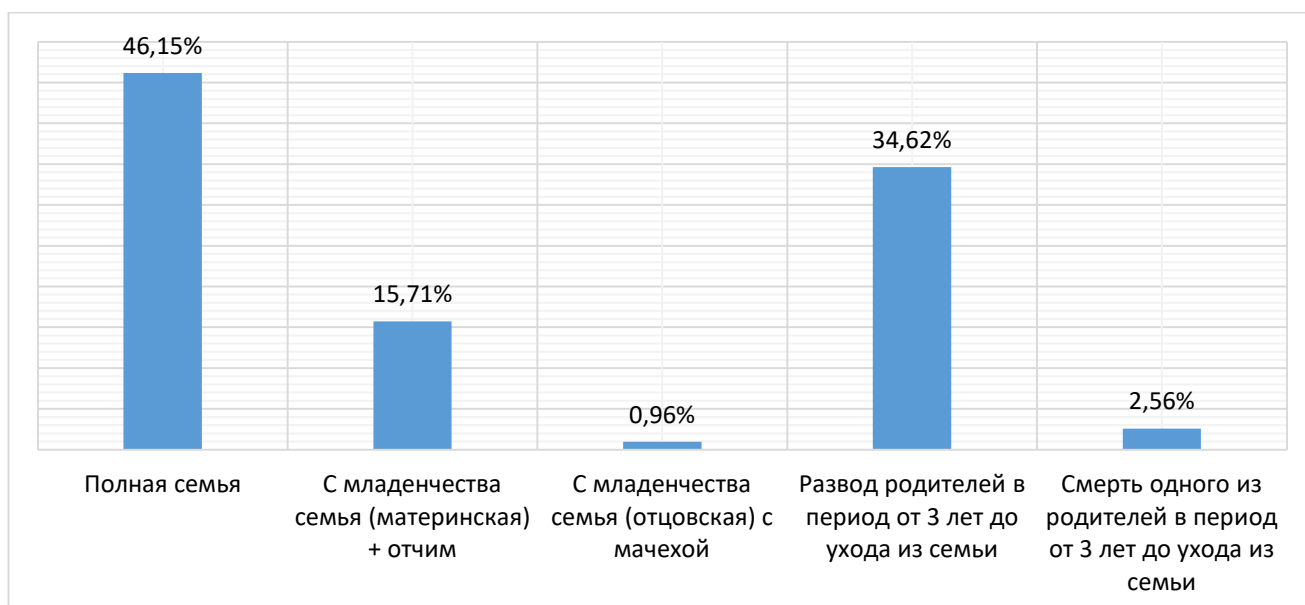


Рисунок 12 – Семейная ситуация развития испытуемых второй серии эмпирического исследования

2.2 Общие и вариативные особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

Первая серия эмпирического исследования, согласно его дизайну и программе, была ориентирована на выявление социально-психологических характеристик женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и их взаимосвязи с особенностями материнской сферы их личности.

Прежде чем описать результаты исследования, проведенного с помощью отобранных психодиагностических методик, следует акцентировать внимание на том факте, обнаруженном нами в процессе первой серии эмпирического исследования, который доказывает отсутствие достоверно значимых различий между основной и контрольной группами по некоторым среднегрупповым показателям и наличием таких различий в процентных распределениях испытуемых по тем же социально-психологическим характеристикам их личности.

Так, при исследовании ценностных ориентаций женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения выявлено, что в основной группе репрезентативные ошибки средних арифметических достаточно высокие, что служит основанием для утверждения о неоднородности ценностно-смысловой сферы женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения: есть среди них те, кто, например, абстрактные ценности ставит на первые места, а кто, напротив, на самые последние, кто принципом своей жизни считает включенность в сферу труда, а кто – любовь и семейное счастье.

Вместе с тем, в ходе первой серии эмпирического исследования были выявлены и общие для всех женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения социально-психологические особенности их личности.

В связи с вышеизложенным, остановимся сначала на описании показателей, по которым между исследовательскими группами были зафиксированы статистически достоверные различия.

Прежде всего, интерес представляют результаты сравнительного анализа показателей базовых убеждений личности женщин основной и контрольной групп.

Статистически достоверные различия были выявлены практически по всем показателям соответствующей методики Р. Янофф-Бульмана (таблица 6).

Таблица 6 – Результаты сравнительного анализа среднегрупповых показателей базисных убеждений женщин двух исследовательских групп

Базисные убеждения	ОГ	КГ	t	p
Благосклонность мира	2,8 ± 0,3	4,2 ± 0,3	3,33	< 0,01
Доброта людей	2,6 ± 0,3	3,8 ± 0,3	2,86	< 0,01
Справедливость мира	1,8 ± 0,2	3,6 ± 0,3	4,29	< 0,001
Контролируемость мира	3,3 ± 0,3	3,6 ± 0,4	0,29	> 0,05
Случайность происходящего	4,2 ± 0,4	3,5 ± 0,3	1,40	> 0,05
Ценность собственного «Я»	4,0 ± 0,5	4,4 ± 0,4	0,63	> 0,05
Степень самоконтроля	3,9 ± 0,4	3,6 ± 0,4	0,54	> 0,05
Степень удачи	1,6 ± 0,2	3,9 ± 0,4	5,23	< 0,001

Статистически достоверные различия между основной группой и группой сравнения были выявлены в показателях первой шкалы соответствующего опросника ($t = 3,33$; $p < 0,01$) и показателях веры в доброту людей ($t = 2,86$; $p < 0,01$). В основной группе данные показатели значимо ниже, чем в контрольной. Многие женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения не верят в существование добра, доброжелательности окружающего мира. Они часто не соглашались с утверждениями о том, что в мире больше добра, чем зла, что большинство людей стремятся приносить добро другим людям, что люди ценят добрые дела и пр.

Большинство женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения не верят в справедливость окружающего мира, о чем свидетельствуют результаты качественного анализа проведенного исследования - среднегрупповые показатели степени уверенности в справедливости мира значимо ниже в основной группе, чем в контрольной ($t = 4,29$; $p < 0,001$).

Необходимо обратить внимание на тот факт, что в основной группе зафиксированы очень низкие значения по шкале, определяющей степень убежденности респондентов в своей удачливости – 1,6: большинство женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения не считают себя удачливыми людьми, не верят, что жизненные события хотя бы когда-нибудь принесут им удачу. Данный факт может свидетельствовать о перенесенной многими из них психологической травме, приведшей к разрушению базового чувства безопасности, необходимого для нормального здорового функционирования человека.

При этом, степень самоконтроля, контроля своего поведения и своего возможного влияния на жизненные события в основной группе незначительно, но превышает соответствующие показатели, зафиксированные в контрольной группе.

Таким образом, общей, или объединяющей, характеристикой женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения является пессимистическая настроенность на принятие окружающего мира. При этом, ценность своего «Я» в таком мире может быть различной. В основной группе зафиксировано практически одинаковое количество испытуемых, характеризующихся как крайне низкими, так и, напротив, крайне высокими показателями по шкале «Ценность собственного «Я» (рисунок 13).

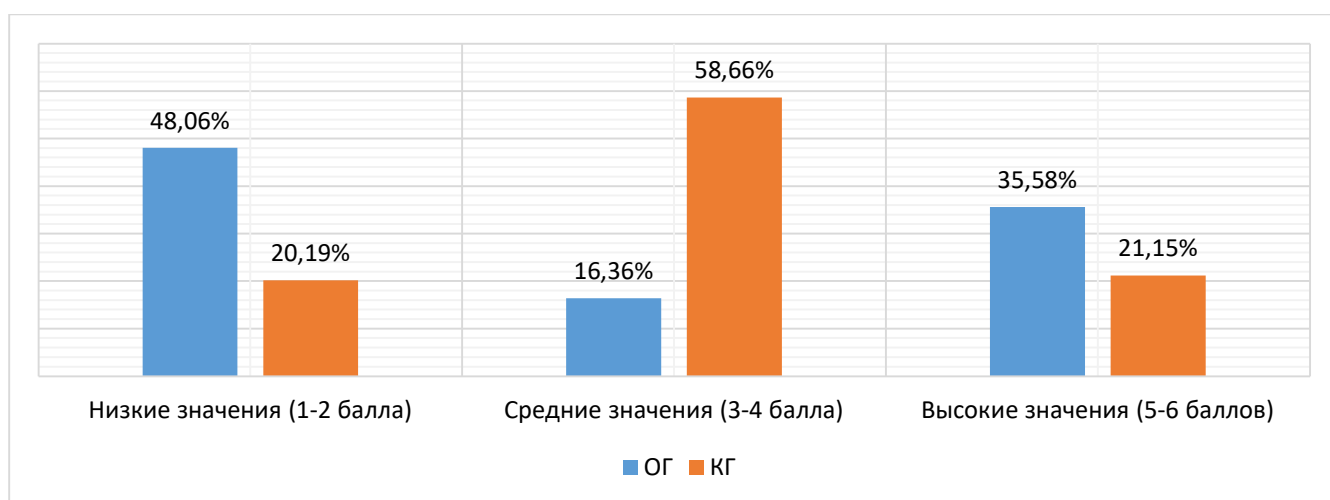


Рисунок 13 – Процентные распределения испытуемых двух групп по степени выраженности ценности собственного «Я»

Если среди беременных женщин преобладают те из них, кто характеризуется средними показателями степени выраженности ценности собственного «Я» (58,66%), то в основной группе процентное распределение имеет совершенно иную характеристику. Здесь 48,06% от общего числа женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, принявших участие в эмпирическом исследовании, характеризуются низким принятием себя и своей ценности в окружающем мире, и 35,58% - напротив, высоким уровнем убежденности в своей ценности, в том, что они очень хорошие, примечательные люди, достойные уважения и принятия, что они обладают замечательным характером и другими положительными чертами личности.

При общей характеристике низкой степени принятия окружающего мира и низким уровнем убежденности в его благосклонности и доброте людей, женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения имеют разные характеристики отношения к себе самой, разное мнение о себе, причем, это мнение, как правило, диаметрально противоположное. Налицо вариативные особенности таких женщин, отражающие разные профили их базисных убеждений.

Еще одним общим для многих женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения является высокий уровень их перфекционизма. И здесь также можно говорить о вариативных, то есть характерных отнюдь не для всех респондентов особенностях женщин, испытывающих психологические трудности с зачатием ребенка, об их неоднородном составе и разном профиле перфекционизма.

При общем высоком уровне перфекционизма, зафиксированном в основной группе, распределение испытуемых по степени выраженности перфекционизма, направленного на себя, на других людей, и социально предписываемого перфекционизма, имеет определенные отличия (таблица 7).

Таблица 7 – Результаты сравнительного анализа среднегрупповых показателей перфекционизма у женщин двух исследовательских групп

Подтипы перфекционизма	ОГ	КГ	t	p
Перфекционизм, ориентированный на себя	79,26 ± 9,18	46,22 ± 4,64	3,21	< 0,01
Перфекционизм, ориентированный на других	62,44 ± 10,22	40,84 ± 4,24	2,18	< 0,05
Социально предписанный перфекционизм	60,86 ± 9,58	31,68 ± 3,32	2,89	< 0,01
Интегральный показатель	202,56 ± 26,28	118,74 ± 12,36	2,89	> 0,01

Общий уровень перфекционизма значительно выше у женщин основной группы, чем у их беременных сверстниц ($t = 2,89$; $p < 0,01$). Согласно мнению авторов методики, перфекционизм, как стремление к совершенству, может принимать искаженные формы, связанные с потерей реальности целей и возникновением сверхценных идей. Для выявления особенностей развития перфекционизма у женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения необходимо изучение соотношения их подвидов, то есть анализ профиля перфекционизма.

Выявлено разное соотношение подвидов перфекционизма у женщин основной группы.

Следует уточнить, что в контрольной группе наблюдается определенная сочетанность низких уровней одного-двух подвидов со средним уровнем третьего вида перфекционизма, что соответствует нормативным показателям.

В основной же группе, при общем среднегрупповом показателе высокого уровня развития требований к себе, многие женщины характеризуются нереалистическими требованиями к другим, при нормальном стремлении быть лучшим среди других.

Процентные распределения испытуемых двух исследовательских групп по особенностям соотношения у них разного уровня подтипов перфекционизма, наглядно представленные на рисунке 14, свидетельствуют о наличии разных типов личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

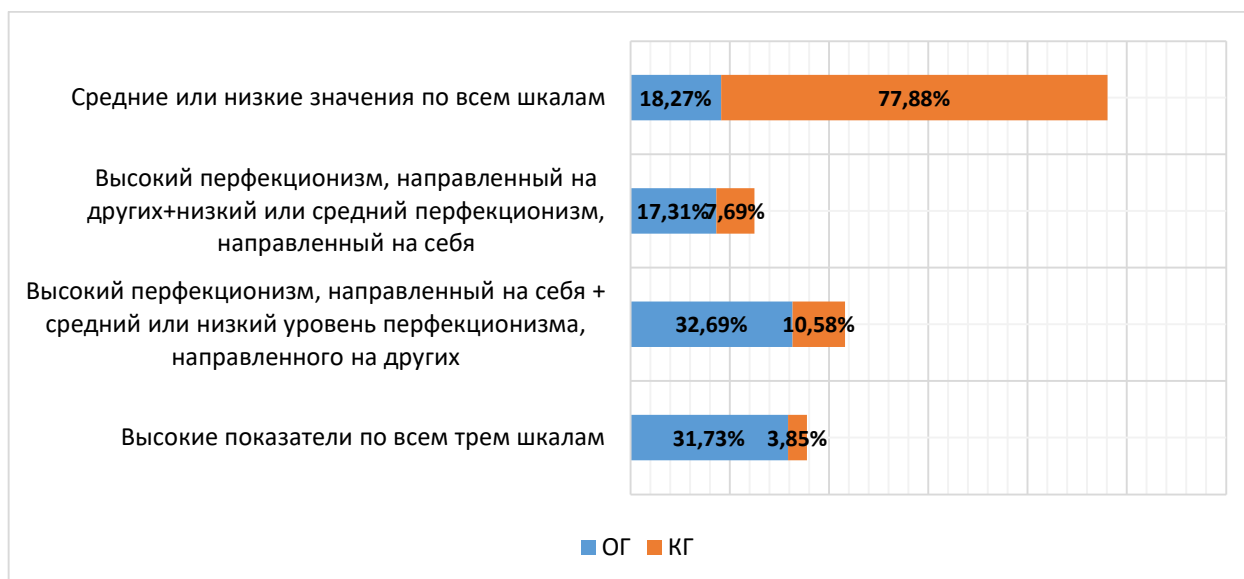


Рисунок 14 — Процентные распределения испытуемых двух исследовательских групп по особенностям соотношения у них разного уровня подтипов перфекционизма

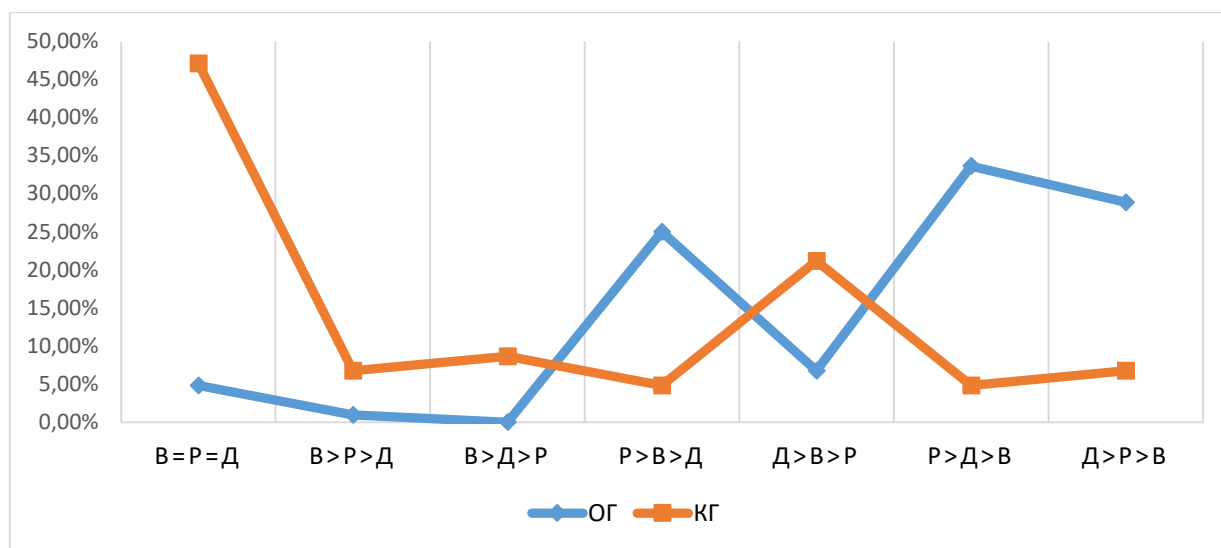
В исследованиях перфекционизма постулируется, что перфекционизм относится к дисфункциональной черте личности, связанной с различными проблемами в ее адаптации и психоэмоциональными состояниями.

В нашем исследовании выявленный факт повышенного уровня перфекционизма у большинства женщин основной группы свидетельствует, с одной стороны, об их общей характеристике, а с другой стороны – о наличии разных типов женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Необходимо также отметить, что в процессе исследования перфекционизма женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения с помощью методики Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой выявлен факт наличия в основной группе достаточно большого количества таких испытуемых (55,77%), кто набрал практически максимальный балл по шкале «Озабоченность оценками со стороны других людей», тогда как в контрольной группе такие испытуемые составили всего около 3% (2,88%).

Еще одной общей чертой для всех типов женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения является негармоничное сочетание разных типов эго-состояний (по Э. Берну) в межличностном общении.

Так, было выявлено, что, по сравнению с испытуемыми контрольной группы, где большинство женщин продемонстрировали примерно равное количество баллов по показателям частоты состояний взрослого, ребенка и родителя в межличностных контактах, в основной группе у достаточно большого числа женщин зафиксирован факт сниженной степени выраженности состояния взрослого (рисунок 15).



Условные обозначения: В – состояние «взрослый»; Р – состояние «родитель»; Д – состояние «ребенок».

Рисунок 15 – Процентные распределения испытуемых двух групп по типам соотношения эго-состояний в межличностном взаимодействии

В основной группе гармоничное сочетание эго-состояний выявлено только у 4,81% испытуемых, в контрольной – 47,12%. Формула ВРД характерна для только одного (или 0,96%) испытуемого основной группы и 6,73% - контрольной; формула ВДР не была обнаружена ни у одной женщины в основной группе; в контрольной же – у 8,65% испытуемых. Преобладают же в основной группе типы РДВ и ДРВ. 33,65% женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения характеризуются категоричностью в суждениях и действиях, стремлением оценивать и поучать других людей, опекать их, указывать, как правильно поступить в той или иной ситуации. 28,85% женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, напротив, характеризуются такими

особенностями межличностного взаимодействия, которые раскрывает формула ДРВ. Тревожное, виноватое, нерешительное детское «Я» у таких женщин проявляется в коммуникационных контактах гораздо чаще, чем взрослое «Я», способное принимать взвешенные решения и логически мыслить.

Столь крайние значения были выявлены и при исследовании степени выраженности у женщин двух исследовательских групп инфантилизма. Уточним, что выбор данной методики осуществлялся в соответствии с имеющимися в научной литературе данными, что бесплодие неясного генеза часто выявляется у незрелой личности, инфантильной и неуверенной в себе.

В нашем исследовании было обнаружено, что общей характеристикой женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения является их личностная незрелость, проявляющаяся, однако, по-разному в их поведении во взаимодействии с другими людьми.

Почти треть женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, принявшим участие в нашем исследовании, были отнесены нами к высоко инфантильным личностям. В контрольной группе такая высокая степень выраженности инфантилизма была зафиксирована только у одной испытуемой, тогда как к не инфантильной личности здесь были отнесены более 20% - 21,15% (рисунок 16).

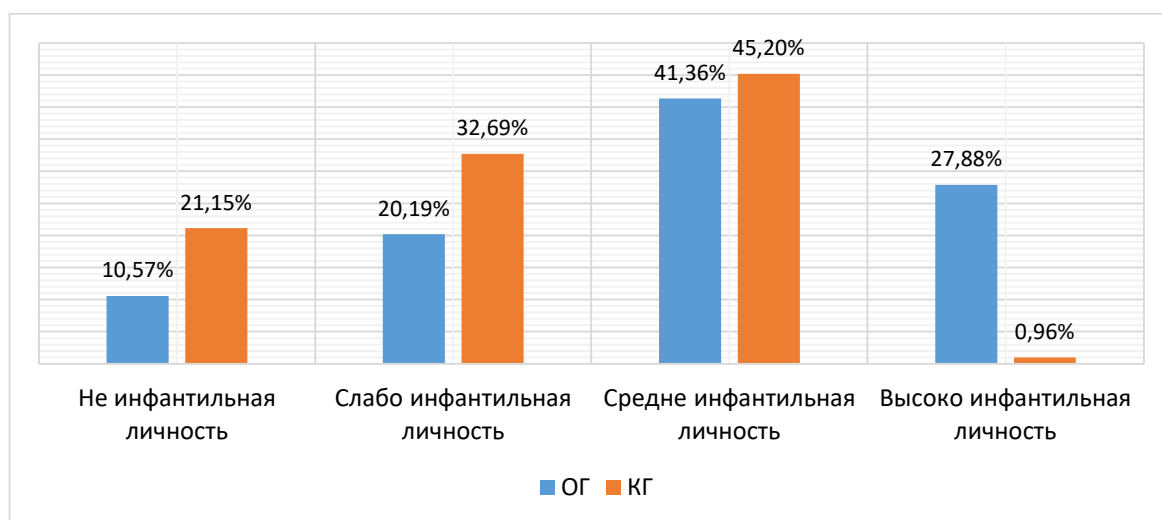


Рисунок 16 – Процентное распределение испытуемых двух групп по уровню инфантилизма

Следует отметить, что между средними арифметическими двух групп статистически достоверных различий выявлено не было, как и по результатам сравнительного анализа других показателей социально-психологических особенностей испытуемых.

Вместе с тем, как показало исследование, признаки инфантилизма у женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения отнюдь не однородны. У одних женщин основной группы были зафиксированы достаточно высокие баллы по шкалам незрелости эмоционально-волевой сферы личности, слабой мотивированности, зависимости, что проявляется в их импульсивности, низком самоконтроле, невозможности взять на себя ответственность за принятие решений, отсутствии реально намеченных жизненных целей, желания бороться за их достижение. У других женщин, напротив, по таким показателям были зафиксированы достаточно низкие значения, которые, на первый взгляд, свидетельствуют об их личностной зрелости, однако качественный анализ полученных результатов позволяет нам говорить, что у таких женщин инфантилизм проявляется в противоположных характеристиках: высокая мотивированность, например, сочетается у таких женщин с незрелостью нравственной сферы, ответственность – с хаотичным поведением, непредсказуемыми поступками, низкой рефлексивностью, стремление принимать самостоятельные решения – с нежеланием анализировать свои поступки, невозможностью критиковать себя, склонностью перекладывать ответственность на других.

Неоднородность состава основной группы выявлена в ходе исследования социально-психологической адаптивности испытуемых.

При общей характеристике сниженной социально-психологической адаптации женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, по сравнению с женщинами контрольной группы, выявлены различные комплексы ее психологических проявлений.

Общими характеристиками, однако, является повышенный уровень неприятия других (по сравнению с контрольной группой, среднегрупповые значения по данной шкале опросника значимо выше) ($t = 3,83$; $p < 0,01$) и эмоционального дискомфорта ($t = 4,22$; $p < 0,001$). Многие женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения не обладают внутренней потребностью в общении с другими, в совместной с ними деятельности, в искренних и доверительных отношениях, ощущая при этом подавленность, неуверенность, вялость, вызванные нестабильным эмоциональным состоянием неопределенности в отношениях с миром.

Таким образом, в результате сравнительных анализов показателей индивидуально-психологических характеристик личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и беременных женщин были сделаны следующие выводы:

— во-первых, женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения имеют типологические особенности, проявляющиеся в индивидуально-психологических характеристиках их личности;

— во-вторых, для большинства женщин основной группы, то есть женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, характерна несформированность базисных убеждений в благосклонности мира, доброте других людей, уверенности в победе добра над злом, ярко выраженный перфекционизм, отражающий стремление многих женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения к совершенству, в связи с искаженностью восприятия реальности и личностной незрелостью, повышенная склонность к категоричности в суждениях и действиях, стремлением оценивать и поучать других людей, опекать их, указывать, как правильно поступить в той или иной ситуации в сочетании с внутренним их неприятием и эмоциональным дискомфортом.

В отличие от результатов исследования индивидуально-психологических характеристик женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, отражающих их неоднородность и наличие у них определенных типологических

особенностей, исследование материнской сферы женщин двух исследовательских групп показало, что женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения характеризуются неготовностью к материнству и исполнению социальной роли матери.

Анализ рисунков женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения показал, что благоприятная ситуация в большей степени свойственна беременным женщинам, чем женщинам, испытывающим трудности в зачатии ребенка по неясным не медицинским, а скорее психологическим причинам (таблица 8).

Таблица 8 – Сравнительный анализ выраженности симптокомплексов у испытуемых двух исследовательских групп (результаты анализа рисунков «Я и мой будущий ребенок»)

Симптокомплексы	Среднегрупповые показатели M ± SD		Достоверность различий	
	ОГ	КГ	t	p
Благоприятная ситуация	9,4 ± 1,5	18,2 ± 1,8	4,33	<0,001
Эмоциональная холодность	8,6 ± 0,9	3,4 ± 0,4	5,31	<0,001
Тревожность	17,2 ± 1,8	13,3 ± 1,2	1,81	> 0,05
Чувство незащищенности	3,3 ± 0,3	2,4 ± 0,3	2,14	<0,05
Чувство неполноценности	6,2 ± 0,6	3,8 ± 0,4	3,33	<0,01
Инфантильность матери	6,8 ± 0,8	3,4 ± 0,4	3,82	<0,001
Недоверие к себе	4,2 ± 0,4	2,9 ± 0,3	2,60	<0,05
Депрессивность	5,4 ± 0,7	4,4 ± 0,5	0,98	> 0,05
Трудности в общении	2,2 ± 0,3	2,0 ± 0,2	0,56	> 0,05
Враждебность	4,8 ± 0,6	3,2 ± 0,3	2,39	<0,05
Импульсивность	5,4 ± 0,6	2,8 ± 0,3	3,88	<0,001
Конфликтность в семье	12,6 ± 1,3	9,4 ± 0,9	2,02	<0,05

На многих рисунках, причем, как женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, так и беременных женщин, ребенок был изображен в коляске.

Однако в группе беременных женщин изображение младенца в коляске не лишало его лица и других частей тела. В основной же группе многие женщины фактически, вместо ребенка, изобразили либо себя беременной, либо просто коляску или детскую кроватку.

В основной группе статистически выше показатели эмоциональной холодности, чем в контрольной группе, о чем свидетельствовали не только отсутствие фигуры ребенка, но и схематические его изображения, выбор одного цвета рисунка (в некоторых случаях весь рисунок был изображен синим, черным и фиолетовым карандашом, несмотря на то, что при проведении диагностической процедуры испытуемым предлагался набор цветных карандашей из 36 цветов и оттенков).

Достаточно часто женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения изображали себя в деловой одежде, строго и аккуратно причесанными, что также может говорить об их эмоциональной холодности по отношению к ребенку.

Обращает на себя внимание факт отсутствия между группами статистически достоверных различий в показателях общей тревожности. Интересно, что во многих научных публикациях, посвященных исследованию психических состояний женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, отмечается тревожные переживания таких женщин, их повышенная тревожность, которая выявлялась на основе сравнительного анализа соответствующих показателей в группах беременных и женщин, испытывающих проблемы с бесплодием немедицинского происхождения. В нашем же исследовании выявлено, что тревожность в отношении своей роли матери в одинаковой степени характерна как для женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, так и для многих беременных женщин.

Различий не зафиксировано и в среднегрупповых показателях депрессивности женщин, трудностей их в общении.

Наиболее информативными являются частотные распределения женщин по наличию в их рисунках признаков благоприятной и неблагоприятной ситуации ожидания ребенка (рисунок 17).

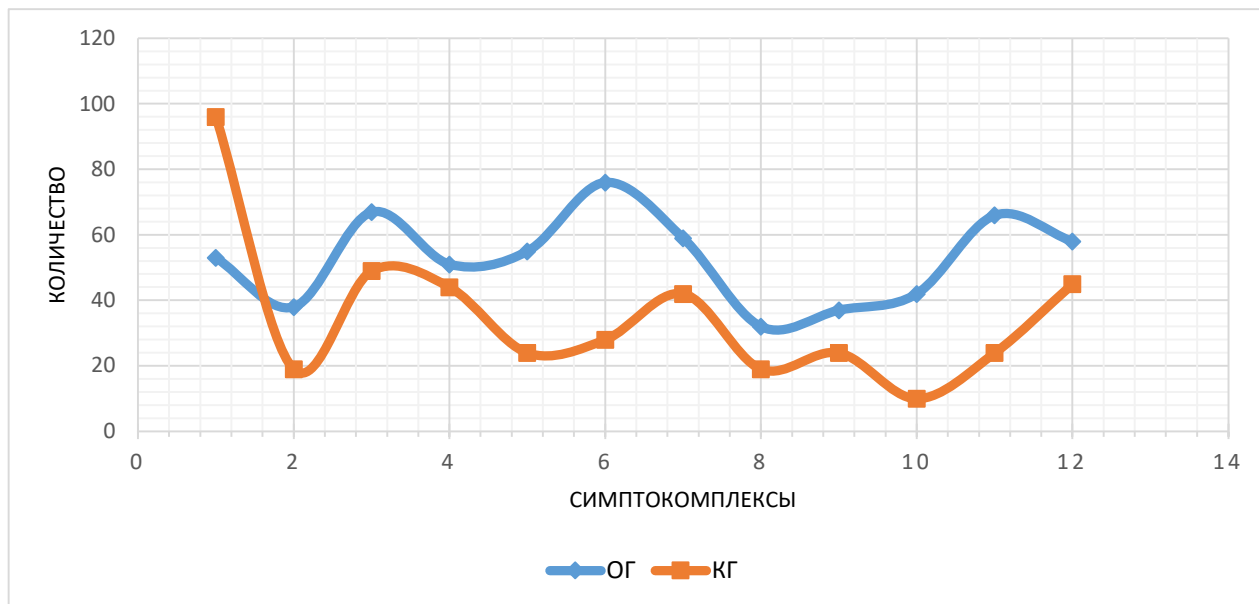


Рисунок 17 – Частотное распределение испытуемых двух групп по встречаемости симптомов благоприятной и неблагоприятной ситуации, связанной с готовностью стать матерью, на их рисунках

На рисунке представлены абсолютные числа женщин, в рисунках которых встречается хотя бы один симптом измеряемого явления. Если в контрольной группе почти 100% беременных женщин в своих рисунках так или иначе продемонстрировали признаки благоприятной ситуации, связанной с ожиданием ребенка и готовностью стать матерью, то в основной группе было достаточно большое количество женщин, у которых не зафиксировано ни одного признака из обозначенного симптома.

Результаты анализа ответов на незаконченные предложения свидетельствуют о том, что в контрольной группе процентное распределение испытуемых по уровню готовности стать матерью в целом соотносится с аналогичными исследованиями, проведенными другими авторами: 15,38% от общего количества женщин данной группы продемонстрировали достаточно низкую готовность к материнству. В своих ответах такие женщины отмечали, что

беременность для них – это мука, но, «благо, временная», что с рождением ребенка они постараются «не запустить себя», все сделать для того, чтобы ребенок не помешал им построить карьеру, найти свое место в жизни, что во время беременности они больше всего боятся «растолстеть», «родов», «боли», потерять независимость и т.д. Общим в их ответах было то, что мысли о самом ребенке никак не обозначались – их просто не было, а предложение «о детях я...» часто заканчивалось одним словом «не думала». Для большинства же испытуемых контрольной группы – 44,23% - иметь ребенка является личностной ценностью: они отмечали, что главное предназначение женщины заключается в рождении ребенка и в создании счастливой семьи, где каждый был бы счастлив, что мать для ребенка является, прежде всего, опорой и наставником в жизни, что главное качество матери – это доброта и умение создать все необходимые условия для развития его личности, для формирования и реализации им своего личностного потенциала.

Содержание продолжений словосочетаний, сделанных женщинами с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, во многом отличалось от тех мыслей, которые были обнаружены в контрольной группе. Если в контрольной группе ответы в основном были ожидаемы, то в основной – они отличались своими особенностями.

Так, например, в основной группе достаточно большое количество женщин считают, что быть матерью – это «почетно», «благородно», «достойно высшей награды», «необходимость», «естественность», «мужественность». В контрольной группе таких предложений зафиксировано не было: большинство беременных женщин отмечали, что быть матерью – это счастье, ответственность, предназначение. Контент-анализ результатов, полученных с помощью методики незаконченных предложений, показал, что в основной группе, состоящей из женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, окончания предложений отличаются своим многообразием и некой неожиданностью, не стереотипностью и одновременно краткостью. Почти 100% женщин основной группы составляли только по одному предложению, тогда как многие беременные

женщины поясняли свою позицию с помощью продолжения и разъяснения своих мыслей.

Таким образом, опираясь на результаты исследования, проведенного с помощью проективных методик, можно говорить о низкой готовности, точнее, не готовности большинства женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения к материнству. Для многих из них материнство – это некий абстрактный конструкт, который необходим, ожидаем, желаем, однако внутренне отвергаем в силу его неопределенности. Интерпретируя полученные результаты, отметим отсутствие у многих респондентов основной группы ясных и четких представлений о гармонии детско-родительских отношений: такие представления можно охарактеризовать как несколько инфантильные, нереалистичные, уплощенные, не имеющие под собой определенности.

Та же неопределенность выявлялась и в ответах испытуемых основной группы на вопрос, что изменится в их жизни после рождения малыша: у некоторых из них звучали ответы, противоположные по смыслу ответам на другие предложенные вопросы. Например, в одном из бланков теста было такое сочетание, как: «быть матерью – это счастье», «женщина рождена для того, чтобы жить и быть счастливой», «с рождением малыша в моей жизни все перевернется и рухнет». Скрытый страх, ощущение неопределенности, искаженное представление о детско-материнских отношениях, однако, не являются препятствиями для желания женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения иметь ребенка и предпринимать для этого много мер и прикладывать много сил.

Результаты изучения мотивов иметь ребенка свидетельствуют, что большинство женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения характеризуются неадекватными мотивами (таблица 9, рисунок 18).

В основной группе, по сравнению с контрольной, значимо выше показатели неадекватной мотивации зачать ребенка, которая связана с мотивами продолжения рода ($t = 5,52$; $p < 0,001$), сплочения семьи ($t = 3,73$; $p < 0,001$), полноты семьи ($t = 3,26$; $p < 0,01$) и значимо ниже – мотивы материнства ($t = 2,50$; $p < 0,05$) и счастья ($t = 2,81$; $p < 0,01$). Статистически значимые различия между группами не

зафиксированы по показателям мотива ответственности ($t = 0,26$; $p > 0,05$) и смысла жизни ($t = 0,56$; $p > 0,05$).

Таблица 9 – Результаты сравнительного анализа степени выраженности у испытуемых двух групп мотивов зачатия ребенка (стены)

Мотивы зачатия ребенка	ОГ	КГ	t	p
Мотив продолжения рода	5,6 ± 0,5	2,4 ± 0,3	5,52	<0,001
Мотив сплочения семьи	6,2 ± 0,6	3,4 ± 0,3	3,73	<0,001
Мотив материнства	1,9 ± 0,2	2,8 ± 0,3	2,50	<0,05
Мотив смысла жизни	2,0 ± 0,3	2,2 ± 0,2	0,56	>0,05
Мотив полноты семьи	7,2 ± 0,8	4,3 ± 0,4	3,26	<0,01
Мотив заботы и любви	2,4 ± 0,2	4,8 ± 0,5	4,44	<0,001
Мотив счастья	3,2 ± 0,4	5,0 ± 0,5	2,81	<0,01
Мотив ответственности	4,8 ± 0,5	5,0 ± 0,5	0,26	>0,05

Сравнительный анализ процентного распределения испытуемых двух исследовательских групп по преобладающему мотиву зачатия ребенка показал, что общей характеристикой женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения является неадекватная мотивации к стремлению стать матерью, отражающая их внутреннюю неготовность к материнству и наличие в этой связи внутриличностного конфликта в материнской сфере их личности (рисунок 18).

Большинство женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения характеризуются потребностью родить ребенка, так как это необходимо и этого требует сама семья. Основным мотивом иметь ребенка у таких женщин (25,96%) является мотив полноты семьи.

Другим не менее популярным мотивом зачатия ребенка в основной группе является мотив сплочения семьи: 24,04% женщин этой группы мечтают иметь ребенка, так как, в их представлении, ребенок поможет наладить семейные отношения. У 18,27% женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения преобладает мотив продолжения рода, то есть видовой мотив.

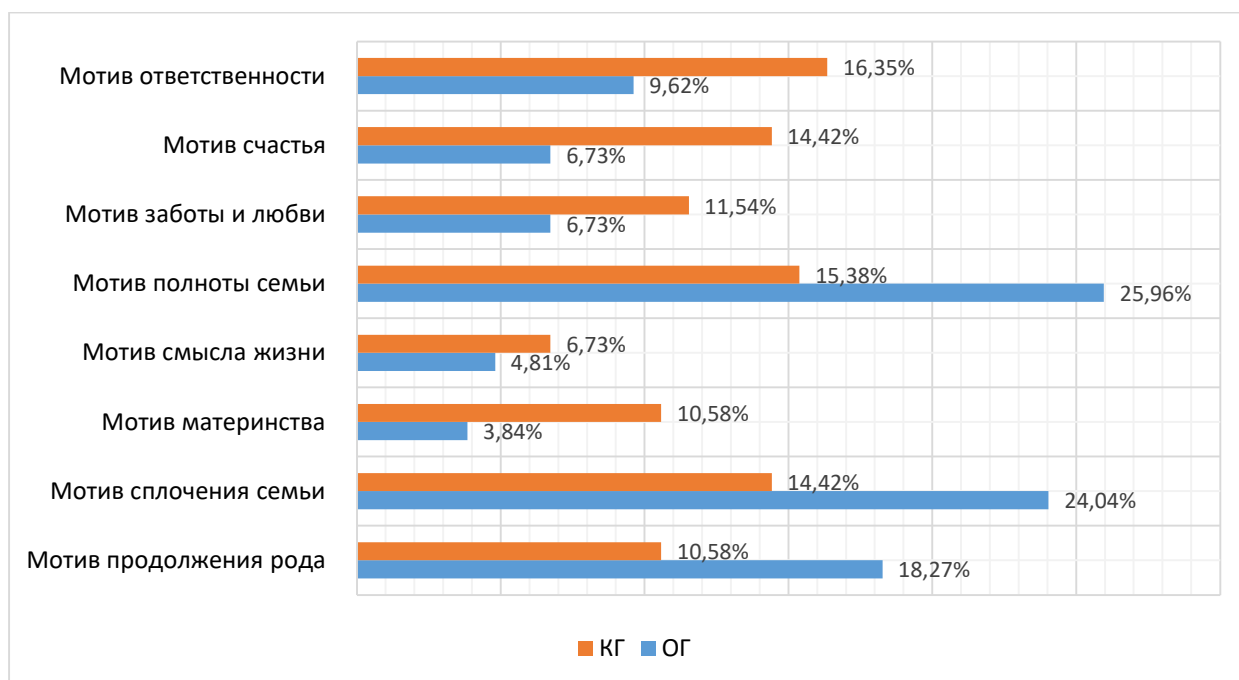


Рисунок 18 – Процентные распределения испытуемых двух исследовательских групп по преобладающему мотиву зачатия ребенка

О том, что неадекватная мотивация иметь ребенка может быть причиной нарушений репродуктивной сферы женщины указывали Г.Г. Филиппова и ее последователи. По мнению ученого, внутриличностный конфликт между видовыми потребностями и потребностями самой личности становится доминирующим фактором проблем с зачатием ребенка [146].

Наше исследование подтверждает данный вывод: достаточно большое количество женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения с одной стороны, стремятся стать матерью, а с другой стороны – они внутренне не готовы к этому, и потому не думают именно о ребенке, о его заботе и защите – их сознание в большей степени направлено на себя, на стремление соответствовать ожиданиям и общепринятым представлениям о роли женщины.

Преобладание мотива заботы и любви зафиксировано только у 6,73% испытуемых основной группы.

Интерес представляют результаты исследования представлений испытуемых двух исследовательских групп об идеальном родителе.

Поскольку сама методика в большей степени предназначена для качественного анализа результатов изучения, чем количественного, наглядно

представим данные исследования представлений испытуемых двух исследовательских групп о должных и необязательных характеристиках идеального родителя, а также о достижимом и неосуществимом родителе (рисунок 19, 20).

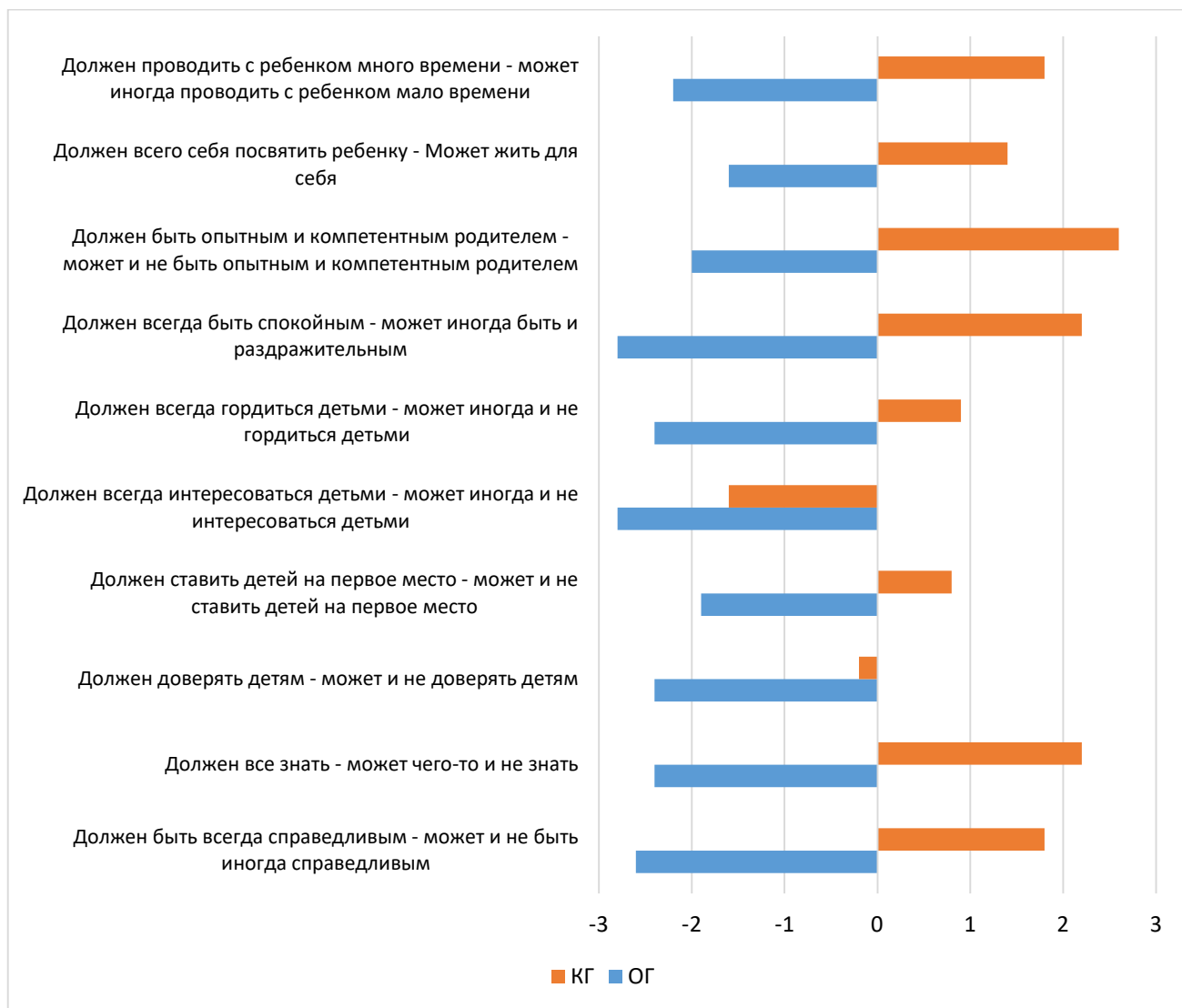


Рисунок 19 – Сравнительный анализ представлений испытуемых двух групп о должных и необязательных характеристиках идеального родителя (баллы)

На диаграмме отчетливо видно, что в основной группе среднегрупповые показатели изучаемых представлений о должных и необязательных характеристиках идеального родителя находятся в диапазоне отрицательных значений, тогда как контрольной – положительных. В представлениях большинства женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения,

идеальный родитель просто обязан быть положительным: всегда и во всем справедливым, живущим только для ребенка, ставящим его на первое место в жизни, знающим и эрудированным, опытным и принципиальным, строгим и требовательным. Столь категорические суждения больше напоминают даже не стереотипность представлений о родительской позиции и родительском поведении, а об абстрактности и безличии таких представлений. Многие женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения не готовы стать родителем и выполнять соответствующую социальную роль, о чем свидетельствуют особенности их представлений о должных качествах идеального родителя – такой портрет далек от истинной жизненной ситуации, с одной стороны, а с другой – он может быть детерминирован внутренним несогласием воспринимать родителя как живого человека. Родительство для многих из них – это отдаленная, а, может, и никогда не наступившая в их жизни ответственность, абстрактная, а не конкретная субстанция, ожидаемая и недостижимая. Заметим, что такие особенности представлений об идеальном родителе характерны для большинства женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения. У таких женщин содержание образа идеального родителя отражает, во-первых, их нежелание принимать на себя роль родителя и матери, и, во-вторых, оно может быть сформировано на фоне контраста со своим детским опытом, воспоминаний о своих родителях и желании стать их антиподом. В представлениях же беременных женщин, может, в силу того, что принятие роли родителя у них реально и не так отдаленно, родитель – это живой человек, не робот, не идол: он не может воплощать те черты личности, которые существуют только в воображении и фантазии. Многие из них допускают, что родитель может чего-то не знать, иногда быть даже раздражительным, допускать ошибки, вести нормальный образ жизни, а не отдавать всего себя ребенку.

О существовании в сознании многих женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения схематизированного представления о родителе свидетельствуют и результаты анализа их оценки достижимости в жизни человека-родителя определенных качеств его личности (рисунок 20).

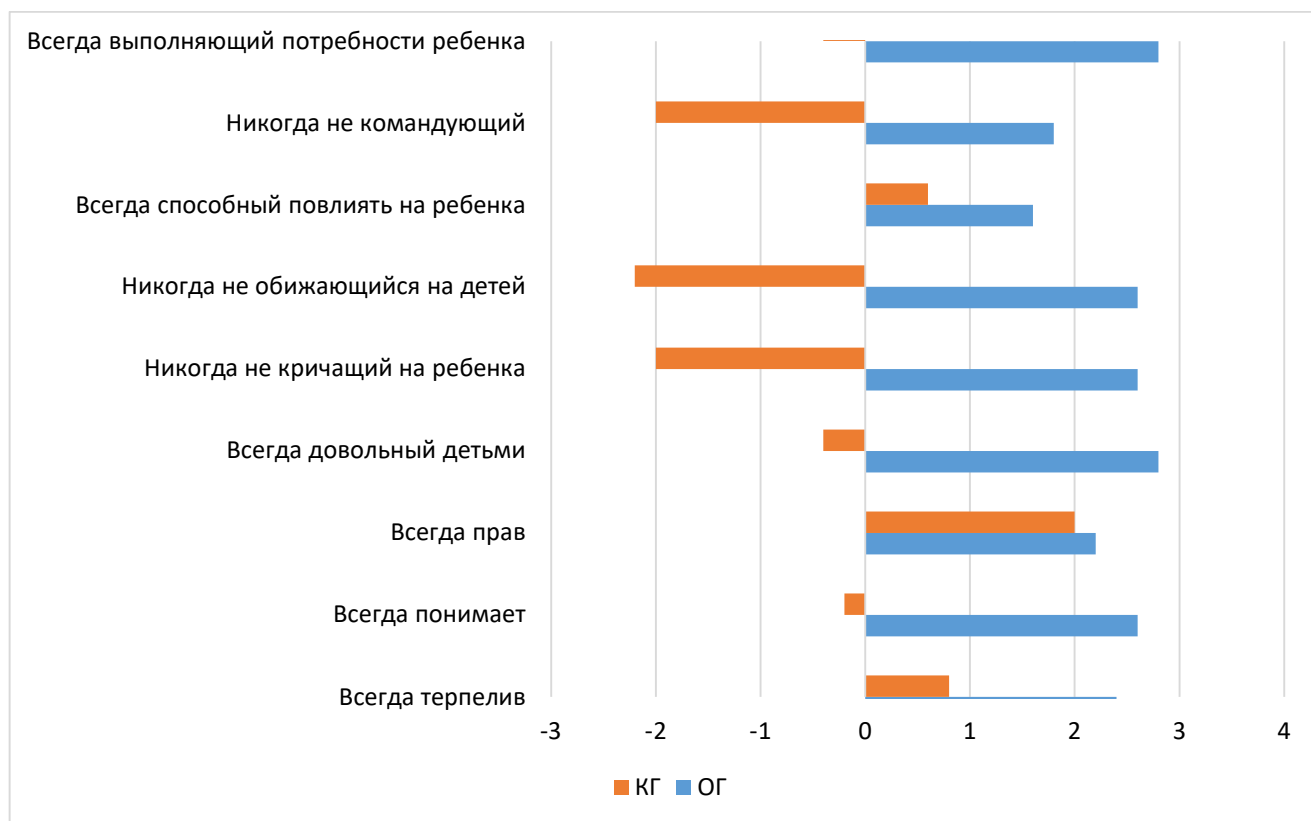


Рисунок 20 — Сравнительный анализ представлений испытуемых двух групп о достижимых и неосуществимых характеристиках идеального родителя (баллы)

В отличие от женщин контрольной группы, женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения не верят в возможность реализации таких родительских позиций, как быть всегда терпеливым, никогда не кричать на ребенка, никогда не командовать им, всегда понимать его, никогда не обижаться на ребенка, быть им довольным, гордиться им.

Таким образом, результаты исследования представлений испытуемых двух исследовательских групп об идеальном родителе позволяют прийти к заключению о том, что женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения имеют весьма расплывчатый, схематизированный и абстрактный образ родителя, который, обладая совершенными характеристиками, продиктованными социальным ожиданием, никогда не может быть реализован в жизни. Вследствие того, что по обозначенным показателям были выявлены статистически достоверные различия между группами, мы можем говорить о том, что

несформированный образ идеального родителя является одной из особенностей материнской сферы женщин с психологическим бесплодием.

Что касается исследования представлений испытуемых о своей будущей роли матери и роли будущего ребенка, то его результаты оказались весьма разнообразными, как и результаты исследования социально-психологических характеристик личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Данный факт дает нам основание предположить, что некоторые социально-психологические особенности женщин находятся во взаимосвязи с их представлениями о материнской роли в детско-родительском взаимодействии.

Вместе с тем, на уровне тенденций было выявлено, что женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения гораздо чаще, чем беременные женщины, выбирали для себя, как будущих матерей, такие роли, как «авторитет», «защитник», «воспитатель», «руководитель», «советник». Беременные же женщины указывали, что они бы хотели стать для ребенка другом, помощником, собеседником, вдохновителем. Несмотря на то, что в среднегрупповых показателях ранга той или иной материнской роли между исследовательскими группами статистически достоверных различий выявлено не было, сравнение профилей представлений показывает, что многие женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения имеют такой образ своей будущей роли матери, который можно условно назвать «назидательным», «поучающим» или «опекающим», «равнодушным». Вместе с тем в основной группе немало женщин с прямо противоположными представлениями – женщин, которые, напротив, мечтают о том, что их ребенок будет ждать от них проявления заботы и дарить чувство нужности в жизни, утешать его и во всем поддерживать.

Различия между двумя исследовательскими группами выявлены в представлениях женщин о социальных ролях их ребенка (рисунок 21).

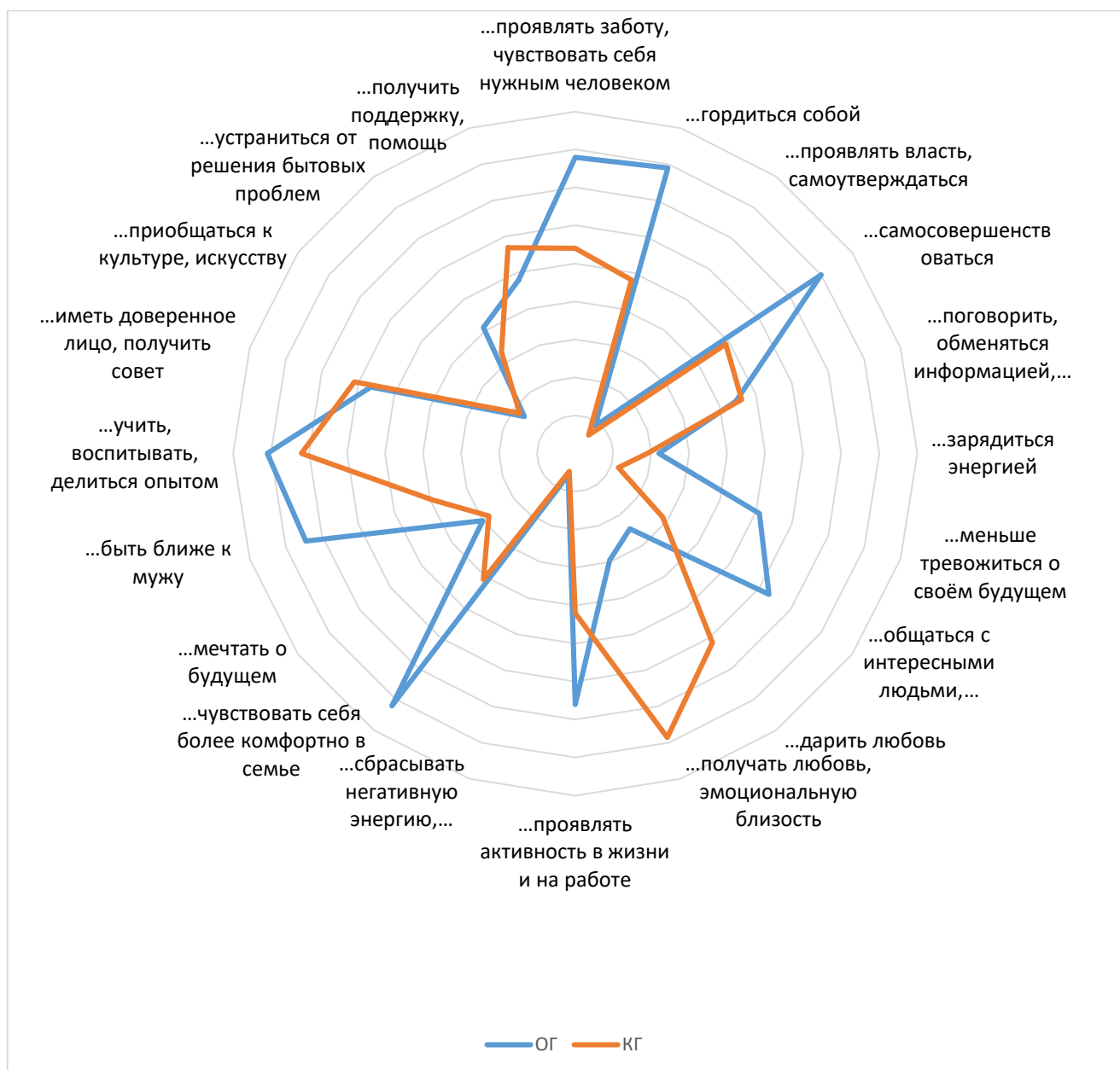


Рисунок 21 – Профили ожиданий женщин двух исследовательских групп от предпочитаемых ролей будущего ребенка (средний рейтинг)

Профили ожиданий женщин двух исследовательских групп социальных ролей своих будущих детей в достаточной степени отличаются друг от друга. Несмотря на то, что большинство женщин как контрольной, так и основной групп на последние места поставили такие ответы на вопрос об их ожиданиях, как: «чтобы ребенок давал им возможность проявлять власть, самоутверждаться», а также «сбрасывать негативную энергию и проявлять агрессию», ожидания от ребенка, однако, разные.

В основной группе первые ранги занимают представления женщин о том, что ребенок им будет давать возможность чувствовать себя более комфортно в семье, учить, воспитывать, совершенствоваться, гордиться собой, проявлять активность на работе, а уже потом – проявлять заботу и любовь к своему ребенку.

В контрольной группе результаты проведенного исследования в целом совпадают с результатами подобных исследований, проведенных с помощью данного опросника: большинство беременных молодых женщин – будущих мам мечтают о том, что их ребенок даст им возможность получать любовь и эмоциональную близость, делиться опытом, помогать ему, проявлять заботу о нем.

Таким образом, результаты исследования особенностей материнской сферы женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения свидетельствуют о том, что одной из ярких характеристик их личности является их психологическая неготовность к материнству и к выполнению социальной роли матери, что выражается в низком уровне сформированности образа матери, его неопределенности и схематичности, осмысленных и конкретных представлений о ее роли, назначении, в искаженном восприятии трудностей, связанных с беременностью, родами и воспитанием ребенка, в неадекватной мотивации зачатия ребенка, стремлении через ребенка решать свои проблемы, сосредоточенности на них, эгоистическом желании стабильности для себя и страхе возможных перемен. При этом, содержание образа матери, несмотря на его схожие для многих женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения эгоистические тенденции, все же отличается своим разнообразием, обусловленным вариативными, то есть типологическими особенностями их личности и индивидуальными представлениями о материнской роли. Следует уточнить, что в основной группе, в отличие от контрольной, выявлены диаметрально противоположные характеристики психологической готовности женщин к материнству: если в контрольной группе большинство испытуемых имеют средние значения по всем показателям, то в основной – либо низкие, либо высокие.

2.3 Психологические типы личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

Полученные в результате первой серии эмпирического исследования сведения о разнообразных индивидуально-психологических характеристиках личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения диктуют необходимость выявления их типологических особенностей.

С этой целью была расширена исследовательская выборка до 312 человек. Основными критериями включенности в общую исследовательскую выборку служили:

- официальный (зарегистрированный) брак;
- отсутствие медицинских диагнозов нарушений репродуктивной функции у их супругов после пройденного планового обследования;
- возраст женщины – до 42 лет;
- возраст супругов до 49 лет включительно;
- воспитание в семье (из выборки исключались женщины, воспитанные в приемных и замещающих семьях, а также в учреждениях интернатного типа).

В общей исследовательской выборке были изучены как индивидуально-психологические характеристики женщин, так и особенности материнской сферы их личности с помощью психодиагностических методик, отобранных для первой серии эмпирического исследования.

По результатам проведенных исследований, для каждого респондента составлялся психологический портрет его личности с помощью описания, опирающегося как на результаты изучения, полученные с помощью определенных методик, так и на субъективный опыт психологического консультирования. Все характеристики, выражающиеся через определения, были подвергнуты кластерному анализу (метод Уорда).

В результате кластеризации 55 наблюдений (встречаемых чаще, чем в пяти случаях характеристик) были выделены пять самостоятельных кластеров по семантическому сходству определений в характеристиках женщин (рисунок 22).

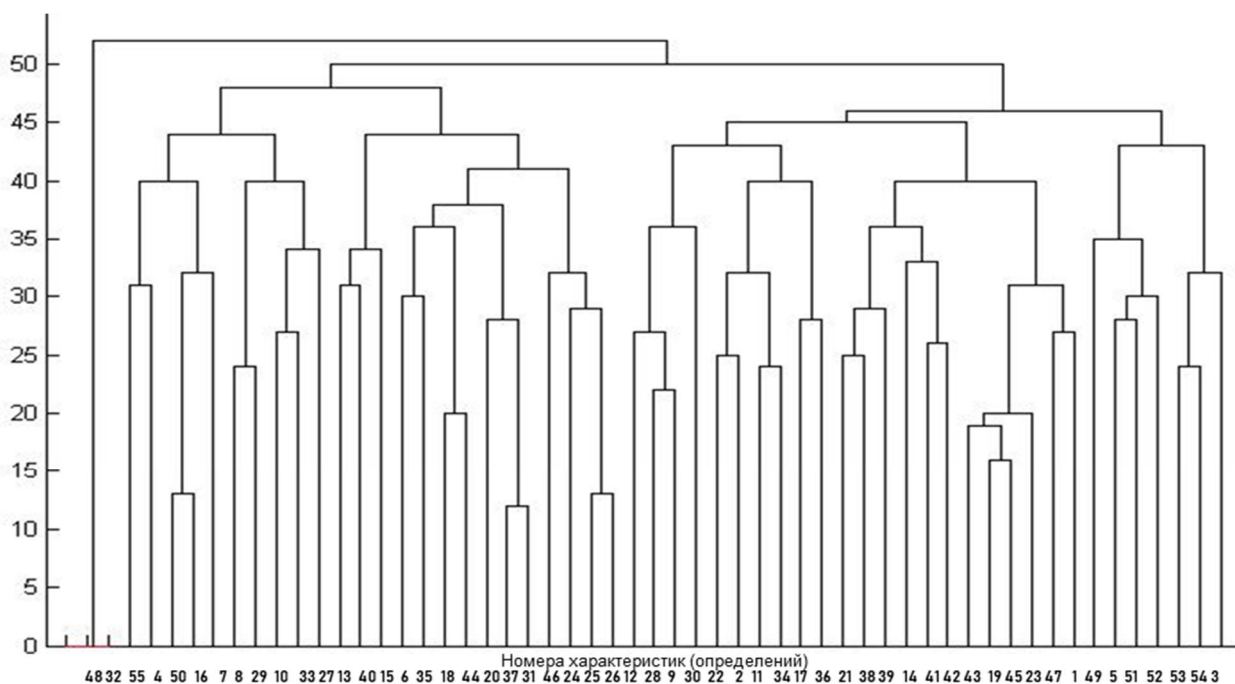


Рисунок 22 – Дендограмма семантического сходства индивидуально-психологических характеристик женщин с психологическим бесплодием

По результатам первичной кластеризации были дополнены характеристики, включающие в себя не только прилагательные-определения, но и семантически схожие с ними словосочетания.

Упорядочение результатов кластеризации, группировка признаков того или иного кластера и выбор расстояния между ними позволили провести психологическую типологизацию личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения (рисунок 23).

На представленной дендограмме выделены пять кластеров разных размеров и включающих в себя отобранные, семантически схожие характеристики.

Первый кластер объединил в себе такие схожие характеристики личности, как: Авторитаризм, агрессивность, безапелляционность, безжалостность, безучастие, бескомпромиссность, воинственность, громкость, доминирование, импульсивность, категоричность, выносливость, активность, решительность, настойчивость, отважный, властный, влиятельный, черствый, холодный (в эмоциональном плане), эгоистичность, жестокость, акцентуация маскулинных черт личности.

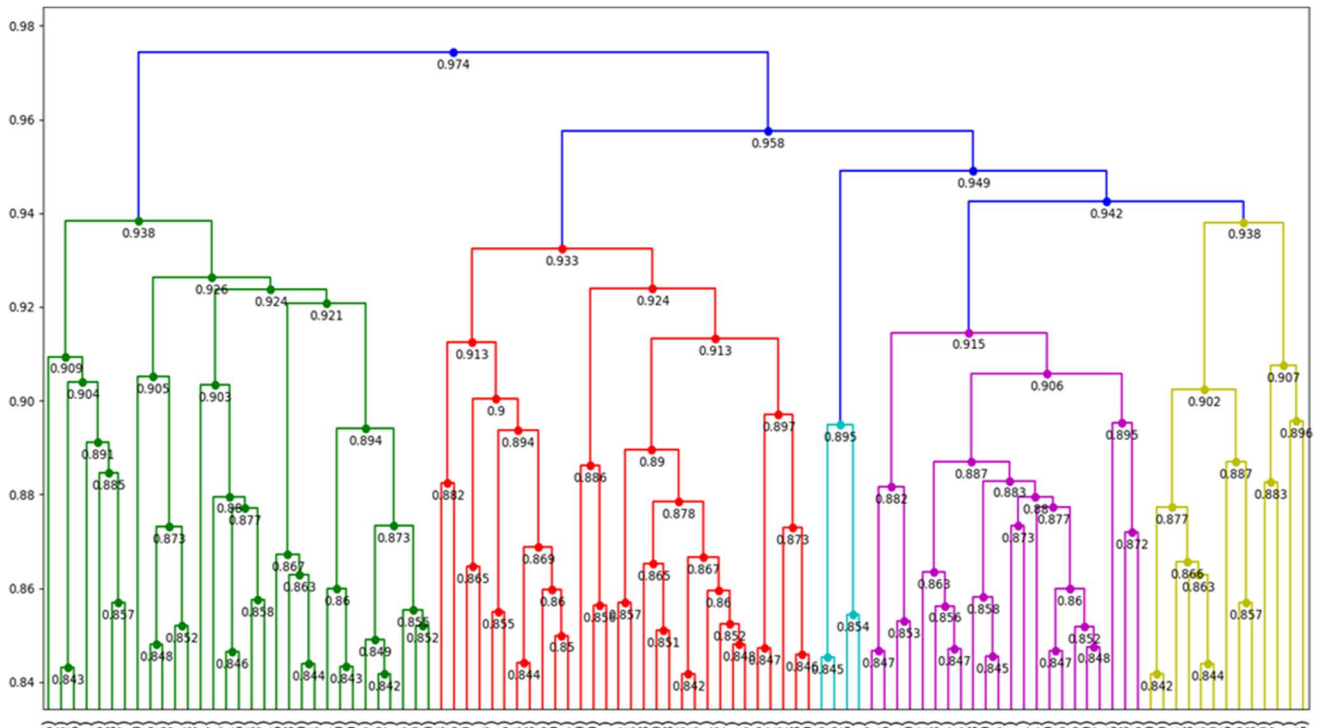


Рисунок 23 – Типологизация индивидуально-психологических характеристик женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения (фрагмент упорядоченной дендограммы)

Второй кластер состоит из таких семантических связей, как: обидчивый, непослушный, капризный, балованный, гедонизм, развлечения, безответственность, отказ от решения проблем, зависимый, подчиняемый, безынициативный, поверхностный, эмоционально неустойчивый, незрелый, требовательный к другим, истеричность, пассивный, переменчивый, впечатлительный.

Третий кластер – тревожность, страхи, беспокойство, эмоциональная лабильность.

Четвертый кластер – увлекающийся, самоактуализирующийся, эрудированный, самокритичный, неустойчивый, преуспевающий, независимый, трудолюбивый, мотивированный, ориентированный на карьеру, материально заинтересованный, самоуверенный, образованный, неуступчивый, своевольный, амбициозный.

Пятый кластер объединил такие характеристики, как: опекающий, воспитывающий, поучающий, хозяйственный, заботливый, уступающий,

компромиссный, критикующий, правильный, контролирующий, ответственный, внушающий.

Исходя из проведенного кластерного анализа, были выделены пять психологических типов личности: агрессивно-маскулинный, инфантильно-капризный, опекающе-назидательный, тревожно-фобический и профессионально-ориентированный типы женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Все испытуемые были распределены на пять групп, исходя из составленных, по результатам психологической диагностики, характеристик их личности.

Для проверки адекватности типологизации женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения был проведен факторный анализ эмпирических данных, полученных в процессе исследования. Были выбраны те показатели, по которым в первой серии эмпирического исследования не было выявлено различий между группами женщин с проблемами бесплодия и женщин без таких проблем. Исследовательская выборка для факторного анализа, таким образом, составила 312 человек. В результате факторизации эмпирических данных были получены пять факторов, суммарная дисперсия которых составляет 92,46% (таблица 10).

Следует отметить, что для факторизации были взяты переменные, отражающие индивидуально-психологические характеристики личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, а также их представления о содержании социальной роли матери (в связи с отсутствием различий среднегрупповых показателей между двумя группами испытуемых первой серии эмпирического исследования).

Таблица 10 – Результаты факторного анализа индивидуально-психологических характеристик личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

№	Переменные	1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор	5 фактор
1	2	3	4	5	6	7
1.	Активная деятельная жизнь	0,4385	-0,0662	0,5043	-0,0033	0,6621
2.	Жизненная мудрость	-0,0943	-0,0599	0,8352	0,0046	0,0164
3.	Здоровье	0,1124	0,0385	0,4883	0,9851	0,1039
4.	Интересная работа	0,3372	-0,1699	0,4048	0,1049	0,7662
5.	Любовь	0,0462	0,6044	0,1119	0,2272	0,0007
6.	Материально обеспеченная жизнь	0,8743	0,5582	0,1059	0,3026	0,4921
7.	Наличие хороших и верных друзей	-0,1226	0,4639	0,1482	0,6010	0,0332
8.	Познания	0,0643	-0,3377	0,4874	0,1338	0,7923
9.	Продуктивная жизнь	0,8011	0,1447	0,3781	-0,0007	0,4033
10.	Развитие	0,0428	-0,5999	0,3956	0,0591	0,8104
11.	Развлечение	0,0993	0,6522	-0,2761	0,1173	-0,3392
12.	Свобода	0,6944	0,0044	-0,0837	0,011	0,2042
13.	Счастливая семейная жизнь	0,0774	0,1965	0,7711	0,3964	-0,0147
14.	Счастье других	-0,3032	-0,7949	0,1011	0,0165	-0,1918
15.	Уверенность в себе	0,6117	-0,0951	0,1638	0,2054	0,3732
16.	Воспитанность	0,0192	0,0048	0,7038	0,1995	0,1294
17.	Высокие запросы	0,4149	-0,0432	0,4628	0,1847	0,8334
18.	Жизнерадостность	0,1111	0,7665	0,0463	0,1004	-0,1177
19.	Независимость	0,699	-0,3328	-0,008	0,0482	0,2444
20.	Непримиримость к недостаткам в себе и других	0,2904	-0,3159	0,6466	0,1847	0,218
21.	Образованность	0,1632	0,0001	0,55	0,1553	0,7367
22.	Ответственность	0,1794	-0,7143	0,2754	0,4288	0,2006
23.	Рационализм	0,7077	-0,0492	0,0428	0,0465	0,2831
24.	Самоконтроль	0,5217	0,1188	0,2251	0,7391	0,4394
25.	Терпимость	-0,5912	0,3754	0,0381	0,7114	0,3627
26.	Широта взглядов	0,3864	-0,0937	0,0842	0,1325	0,8022
27.	Честность	0,0581	0,0382	0,6557	0,2798	0,3451

Продолжение таблицы 10

1	2	3	4	5	6	7
28.	Чуткость	-0,5592	0,1855	0,1635	0,6884	0,0159
29.	Благосклонность мира	-0,5777	0,0003	-0,0482	0,3865	-0,6036
30.	Справедливость мира	-0,9021	-0,1892	-0,1749	0,1974	0,2213
31.	Контролируемость мира	0,2381	0,0002	0,0499	0,2535	0,6144
32.	Ценность собственного «Я»	0,1693	0,6966	0,1374	-0,8488	0,0357
33.	Степень удачи, или везения	-0,0022	-0,1155	0,3341	-0,8336	0,3813
34.	Перфекционизм, ориентированный на себя	0,1953	0,0919	0,9188	0,1613	0,1956
35.	Перфекционизм, ориентированный на других	0,2741	0,9342	0,4544	0,3613	0,2441
36.	Озабоченность оценками со стороны других	-0,0037	0,4719	0,9214	0,3642	0,0396
37.	Высокие стандарты	0,2471	0,4942	0,0026	0,1907	0,7919
38.	Негативное селектирование	0,0284	0,0932	0,2431	0,8055	0,1295
39.	Авторитарный	0,5655	0,0911	0,365	0,4046	0,9171
40.	Эгоистичный	0,3296	0,6312	0,2363	0,0089	0,2164
41.	Агрессивный	0,7771	0,0369	0,3075	0,3068	0,1204
42.	Подозрительный	0,1286	0,3383	0,4925	0,6664	0,4571
43.	Зависимый	0,0564	0,0714	0,0431	0,9214	0,3616
44.	Маскулинность	0,9593	0,2082	0,1002	0,4477	0,089
45.	Феминность	-0,6934	0,9277	0,4746	0,0156	0,2600
46.	ВДР	0,1792	0,4653	0,0007	0,1598	0,6166
47.	РДВ	0,3721	0,0298	0,8471	0,1874	0,0422
48.	ДРВ	0,4287	0,6098	0,1678	0,3088	0,1494
49.	Принятие себя	0,0929	0,6001	0,1259	0,1298	0,3710
50.	Непринятие себя	0,1375	0,0929	0,6443	0,1072	0,3781
51.	Принятие других	0,4395	0,378	0,6159	0,2816	0,0442
52.	Непринятие других	0,9447	0,2148	0,4282	0,0155	0,0731
53.	Эмоциональный дискомфорт	0,3602	0,3355	0,2243	0,9082	0,2301
54.	Внутренний контроль	0,0636	0,3055	0,3531	0,4332	0,6339
55.	Доминирование	0,7892	0,2962	0,3058	0,2896	0,4490
56.	Ведомость	0,1243	0,7425	0,4984	0,0014	0,2771

Продолжение таблицы 10

1	2	3	4	5	6	7
57.	Неразвитость эмоционально-волевой сферы	0,0089	0,5473	0,0177	0,8941	0,2315
58.	Неразвитость трудовой мотивации	0,2823	0,8544	0,4256	0,2157	0,4602
59.	Преобладание материальных ценностей над духовными	0,8081	0,4423	0,2272	0,1918	0,3771
60.	Развлечения, гедонизм	0,2169	0,949	0,0776	0,0772	0,3171
61.	Зависимость, безответственность	0,0348	0,8911	0,152	0,2751	0,2388
62.	Преодоление	-0,904	0,4912	0,6001	0,0137	0,1748
63.	Авторитет	0,2533	0,1355	0,3812	0,1641	0,7875
64.	Вдохновитель	0,0122	0,1855	0,2041	0,4158	0,6991
65.	Воспитатель	0,4794	0,0244	0,8921	0,1542	0,4439
66.	Зависимый	0,0842	0,3981	0,0867	0,6927	0,4249
67.	Объединитель	0,2306	0,6019	0,0584	0,3380	0,2654
68.	Опекун	0,2139	0,6494	0,02	0,1151	0,3515
69.	Организатор	0,6554	0,0024	0,4924	0,0141	0,3652
70.	Оппонент	0,2843	0,3955	0,2997	0,2059	0,6554
71.	Руководитель	0,8431	0,2786	0,2813	0,4001	0,3102
72.	Собеседник	-0,1042	0,4669	0,2837	0,6624	0,0177
73.	Советчик	0,2022	0,1804	0,8337	0,0782	0,3421
74.	Тренер	0,6855	0,2695	0,4643	0,0465	0,3656
75.	Утешитель	-0,4762	0,6455	0,275	0,017	0,4094
76.	Учитель	0,4381	0,4554	0,7647	0,0341	0,2103
77.	Эстет	-0,5052	0,6622	0,4393	0,2113	0,4998

Примечание: жирный шрифт — факторные нагрузки

В результате факторного анализа была подтверждена правомерность выделения пяти основных психологических типов личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и конкретизированы их содержательные характеристики, раскрывающиеся в ситуациях взаимодействия с миром и другими людьми, а также в представлениях о своих социальных ролях матери.

Первый фактор объясняет 24,08% суммарной дисперсии. В него в качестве факторных нагрузок вошли такие переменные, как:

— ориентации на материально обеспеченную (0,8743) и продуктивную (0,8011) жизнь, свободу (0,6944) и уверенность в себе (0,6117), которые достигаются за счет выбора позиции независимости (0,6990) и рационализма (0,7077);

— убежденность в неблагоприятности мира, в победе зла над добром в этом мире (-0,9021);

— резкость, жесткость и враждебность как стилевые особенности межличностного взаимодействия (0,7771);

— яркая выраженность маскулинности как стереотипно воспринимаемых мужских черт личности (0,9593);

— непринятие других (0,9447), доминирование (0,7890);

— неразвитость духовно-нравственной сферы (0,8081), стремление к постоянному гиперпреодолению любых жизненных ситуаций (-0,9040).

— представление о родителе как о человеке, руководящем ребенком, определяющем его интересы, увлечения (0,8430), организующем досуг ребенка и всей семьи (0,6554), прививающем жизненную активность ребенку, стимулирующем его на проявление такой активности (0,6855).

Исходя из факторных нагрузок переменных, вошедших в состав данного фактора, можно говорить о том, что их сочетание образует определенный психологический тип личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, названный нами как агрессивно-маскулинный.

Агрессивно-маскулинный тип личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения – это такой тип личности, который отличается ярко выраженной маскулинностью (стереотипно воспринимаемые гендерные особенности мужчин). Такие женщины, как правило, мужественны, пытаются решить многие проблемы, не доверяют никому, в том числе и супругу, их решения, руководят членами своей семьи, беря на себя ответственность за организацию семейного взаимодействия. В общении они агрессивны и внутренне враждебны к окружающему миру; уверенные в том, что всегда и за все надо бороться, так как мир несправедлив, они часто в общении прямолинейны и могут проявлять жестокость. Целями в жизни они считают материальный достаток, продуктивность, которые достигаются за счет силы воли, уверенности в себе, способности рационально мыслить, не проявляя эмоций, независимости мнений и суждений. Перфекционистская мотивация, обусловленная субъективно воспринимаемыми завышенными требованиями-ожиданиями несправедливого и неблагоприятного мира, в котором добро не может победить зло без участия самих людей, может принимать крайние формы, проявляющиеся во внутреннем страхе быть уязвимыми и слабыми, потерять контроль над своей жизнью и благополучием своих близких. Такие женщины в стремлении сделать карьеру мало опираются на необходимость саморазвития и самосовершенствования; их не интересует сам процесс познания и расширения своего кругозора - главное для них в карьере – это самоутверждение и приобретение власти.

В своих представлениях об идеальном родителе такие женщины руководствуются, прежде всего, желанием стать опорой для ребенка и всей семьи в целом, организатором жизни ребенка, его учебной и досугой, тренером его жизненных навыков борьбы за себя, за приобретение твердой воли, активной жизненной позиции и уверенности в себе.

В нашем исследовании из 312 женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения к такому типу личности были отнесены 69 женщин. В результате корреляционного анализа эмпирических данных, полученных с помощью методик, ориентированных на выявление особенностей

материнской сферы их личности, а также ее индивидуально-психологических характеристик, выявлены корреляционные плеяды, раскрывающие отрицательную взаимосвязь таких характеристик с благоприятной ситуацией, связанной с материнством, адекватностью желания иметь ребенка и положительную взаимосвязь с такими особенностями проявления неготовности женщин к материнству, как эмоциональная холодность, враждебность и трудности в общении с ребенком.

Второй фактор объясняет 10,92% суммарной дисперсии. В него в качестве факторных нагрузок вошли такие переменные, как:

— ориентации на развлечения, гедонизм (0,6522), любовь (0,6044), ценность жизнерадостности (0,7665);

— высокая требовательность к другим (0,9342);

— эгоистический стиль межличностного взаимодействия (0,6312);

— крайне ярко выраженные феминность (0,9277), ведомость (0,7425);

— преобладание позиции ребенка в межличностных коммуникациях, сочетания ДРВ (0,6098);

— ярко выраженные инфантильные черты личности: незрелость трудовой мотивации (0,8544); зависимость, безответственность (0,8911); развлечения и удовольствия (0,9490);

— неразвитость материнской сферы, выражающаяся через представления об идеальном родителе как об объединителе (0,6019), опекуне, удовлетворяющем его материальные потребности (0,6494), утешителе (0,6455) и эстетике, прививающем любовь к природе и прекрасному (0,6622).

Исходя из содержания фактора и прилагательных соответствующего кластера, представленный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения был назван нами инфантильно-капризный. В нашем исследовании такой тип личности выявлен у относительно небольшого количества испытуемых – у 43 человек.

Инфантильно-капризный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения представляет собой такую женщину, у которой

ярко выражены женские черты личности, в сочетании с общей личностной незрелостью, что проявляется в отсутствии желания трудиться, развиваться, совершенствоваться, в преобладании материальных ценностей над духовными, демонстративной ранимостью и чувствительностью, капризами и требовательностью к окружающим. Такие женщины, как правило, ничем не интересуются, кроме развлечений и бесконечных праздников. Они отличаются неприкрытым эгоизмом, стремлением получить от жизни все, при этом не прикладывая своих усилий, а требуя от партнера удовлетворения своих сиюминутных желаний и прихотей. Они вполне удовлетворены характеристиками своей личности, высоко ценят свое собственное «Я», при этом не способны к анализу своих поступков и действий. Перфекционистские черты их личности проявляются, прежде всего, в завышенных требованиях к окружающим людям, в ожидании от них совершенства и, главным образом, от мужчин, которые становятся их избранниками, не предъявляя к себе особых требований. Повышенное чувство справедливости касается только других.

Представления о своей будущей роли матери имеет малое сходство с реальностью: отличаясь абстрактностью и схематизмом, такая роль заключается, в представлении инфантильно-капризных женщин, в том, что они смогут утешать ребенка, за счет ребенка объединять всю семью, смягчать конфликты, приобщать ребенка к прекрасному.

Неготовность таких женщин к материнству и воспитательной роли матери проявляется в самом конфликте с беременностью и ситуацией, связанной с материнством, в их инфантильности и незрелости как будущей матери, в их неспособности реально представить ситуацию рождения ребенка, искаженном восприятии своего материнского предназначения.

Третий фактор объясняет 19,34% суммарной дисперсии. В него в качестве факторных нагрузок вошли такие переменные, как:

— преобладание в межличностном взаимодействии эго-состояния родителя (0,8470), склонность, с одной стороны, опекать, а с другой стороны – критиковать и воспитывать, позволяя себе критические суждения о других людях;

— стремление достичь жизненной мудрости (0,8352), счастливой семейной жизни (0,7711) за счет воспитанности как, в их представлении, главного инструмента достижения цели (0,7038), непримиримости к недостаткам в себе (0,6466), честности (0,6557);

— стремление к собственному совершенству (0,9188), критическое отношение к себе как ярко выраженный личностно ориентированный перфекционизм;

— озабоченность мнениями других, зависимость от них (0,9214), вплоть до самоуничужения и чрезмерной самокритики;

— яркая ориентация на социальное одобрение во взаимодействии с другими людьми, стремление к удовлетворению требований всех без учета сложившейся ситуации (0,6211);

— непринятие себя (0,6443), в сочетании с принятием других и стремлением к частым контактам с ними (0,6159);

— инфантилизм проявляется в нежелании преодолевать жизненные трудности, стремлении воспринимать их как жизненная необходимость (0,6000);

— представления о социальной роли матери как о воспитателе (0,8921), учителе (0,7647), советчике (0,8337).

Исходя из наполнения данного фактора, тип личности женщины с обозначенными характеристиками можно интерпретировать, как опекающе-назидательный.

Опекающе-назидательный тип личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения отличается своим стремлением к реализации материнской функции в отношении своего супруга или партнера. Всю свою заботу и потребность в материнстве они переносят на мужа. Основными индивидуально-психологическими характеристиками таких женщин является преобладание состояния родителя в межличностном взаимодействии, которое выражается в их назидательном, беспрецедентном тоне, манере все решать за партнера по общению, поучать, критиковать его, позволяя оценочные суждения в его адрес или мелочно опекать его, окружать заботой, не давая воли к независимости мнения и суждения.

При этом опекающе-назидательный тип личности женщины предполагает наличие у нее внутреннего эмоционального дискомфорта из-за чрезмерной зависимости от мнения других. Ярко выраженный личностно-ориентированный перфекционизм, отражающий ее стремление к совершенству, склонность угодить всем и вся в любых ситуациях, озабоченность тем, как ее воспринимают другие, обуславливают возникновение чрезмерного нервно-психического напряжения, которое не находит себе выхода и накапливается внутри. Четкое следование социальным нормам и правилам поведения, стремление соответствовать социально одобряемым стандартам приводят к подавлению в себе естественных женских и общечеловеческих желаний и эмоций, внутреннему запрету быть слабой или безвольной, не контролирующей события.

Из 312 женщин, принявших участие в нашем исследовании, к такому типу личности были отнесены 72 женщины.

Четвертый фактор объясняет 18,42% суммарной дисперсии. В него в качестве факторных нагрузок вошли такие переменные, как:

- эмоциональный дискомфорт (0,9082);
- высокая ценность здоровья (0,9851);
- зависимый (0,9214) и подозрительный (0,6664) стили межличностного взаимодействия;
- ориентация на чуткость (0,6884), терпимость (0,7114) и самоконтроль (0,7391);
- отсутствие веры в ценность собственного «Я» (-0,8488); убежденность в своем невезении (-0,8336);
- перфекционистские черты личности отражают склонность видеть все в черном цвете, трактовать любые ситуации как негативные (0,8055);
- неразвитость эмоционально-волевой сферы как проявления инфантилизма (0,8941);
- представление о роли матери как о собеседнике (0,6927) и зависимом от ребенка человеке (0,6634).

Качественный анализ содержания данного фактора, а также соответствующего ему кластера показал, что такой тип личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения отличает ее высокая тревожность и наличие всевозможных страхов разной степени и разного вида. В связи с этим, можно говорить о тревожно-фобическом типе личности женщины, обладающей следующими индивидуально-психологическими характеристиками ее личности.

Тревожно-фобический тип личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения – это такой тип женщины, который, прежде всего, заботится о своем здоровье, ценность которого превалирует над другими жизненными ценностями и приоритетами. Вследствие тревоги за свое здоровье, такие женщины пребывают в постоянном состоянии психологического дискомфорта. Этому способствуют склонность все приукрашивать и воспринимать в черном цвете, видеть в любой ситуации негативные признаки, особенно для себя и своего состояния, чрезмерная гиперэмоциональная, аффективная реакция на любые жизненные трудности и неординарные ситуации, требующие волевой активности. Перфекционистская мотивация поведения, проявляющаяся в негативном селектировании, и несформированность эмоционально-волевой сферы личности таких женщин обуславливают неадекватное восприятие реального мира.

Во взаимодействии с другими людьми, в том числе и с близким окружением проявляют чрезмерную неуверенность в себе и зависимость от чужого мнения, в силу наличия множественных страхов и беспокойства по любому поводу. Часто проявляется и подозрительный стиль межличностного взаимодействия, характеризующийся стремлением отгородиться от недружественного мира, подозревать всех в наличии негативных мыслей и намерений.

Такие женщины внутренне не принимают состояние беременности, а их внешнее стремление зачать ребенка обусловлено желанием иметь полноценную семью, где мать, однако, будет сильно зависеть от ребенка, его состояния и желаний, но все-таки станет ему хорошим собеседником. Несформированность материнской сферы личности таких женщин проявляется в ярко выраженной

тревожности, связанной с ситуацией беременности, родов и взаимодействия с ребенком. На рисунках таких женщин зафиксированы самые высокие показатели неблагоприятной ситуации, что говорит об их сопротивляемости зачатию ребенка.

Из 312 испытуемых 68 женщин были отнесены к такому психологическому типу их личности.

Пятый фактор объясняет 22,63% суммарной дисперсии. В него в качестве факторных нагрузок вошли такие переменные, как:

— Ориентация на активную деятельную жизнь (0,6621), интересную работу (0,7662), познания (0,7923), саморазвитие (0,8104);

— предпочтение в людях высоких запросов (0,8334), образованности (0,7367), широты взглядов (0,8022);

— сниженный уровень сформированности базисного убеждения о благосклонности мира (-0,6036) и завышенный – в его контролируемости (0,6144);

— перфекционизм проявляется в наличии у них высоких стандартов, стремлении к самосовершенствованию (0,7919);

— стиль межличностного взаимодействия – авторитарный (0,9171), проявляющийся в лидерских качествах, отстаивании своей точки зрения, уверенности в правильности своих суждений и осознании своего авторитета среди партнеров по общению;

— преобладающее состояние в коммуникативных процессах – состояние взрослого, однако чередующее с позицией ребенка и практическое отсутствие состояния родителя (0,6166);

— представления о родителе как авторитета (0,7875) для ребенка, оппонента (0,6550) и вдохновителя (0,6991).

Исходя из содержания фактора и тесных корреляционных связей между определенными индивидуально-психологическими характеристиками личности, такой тип женщин можно назвать профессионально-ориентированным.

Профессионально-ориентированный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения характеризуется ярко выраженной направленностью на свое развитие, познание и самосовершенствование.

Профессиональные достижения и профессиональная самореализация – это главные жизненные ценности такого типа личности женщин. Они в чем-то напоминают агрессивно-маскулинный тип женщин, в части ориентировании на карьеру, но главное их отличие состоит в том, что профессионально-ориентированный тип личности женщины основной целью в жизни считают самореализацию и самоактуализацию своего Я. Как правило, их уважают на работе, с ними считаются, так как они обладают широким кругозором и образованностью, хорошими и устойчивыми знаниями, трудолюбием и исполнительностью. Однако сниженный уровень развития базисных убеждений в благосклонности мира, в сочетании с уверенностью в его контролируемости, образуют внутриличностный конфликт, который и определяет внутренний отказ от материнства.

К данному типу личности женщин были отнесены 60 респондентов, принявших участие в нашем исследовании.

Необходимо отметить, что в результате корреляционного анализа в данной группе выявлены взаимосвязи показателей перфекционизма женщин с преобладанием черт профессионально-ориентированного типа женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения с такими признаками психологической неготовности к материнству, как эмоциональная холодность, чувство неполноценности и общий конфликт с беременностью и материнством.

Такой конфликт может быть обусловлен перфекционистской мотивацией: стремясь к совершенству, такие женщины чувствуют себя уверенными только в том деле, в котором они преуспевают, – перспектива же стать матерью для них, вследствие неопределенности, - это большое испытание, связанное со страхом потерять уверенность в себе и приобрести чувство неполноценности.

Выводы по главе 2

В результате проведенных исследований сделаны следующие выводы:

1. Женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения характеризуются неготовностью к материнству и выполнению социальной роли матери, что выражается в низком уровне сформированности у них образа матери, его неопределенности и схематичности, отсутствии осмысленных и конкретных представлений о ее роли, назначении, в искаженном восприятии трудностей, связанных с беременностью, родами и воспитанием ребенка, в неадекватной мотивации зачатия ребенка, стремлении через ребенка решать свои проблемы, сосредоточенности на них, эгоистическом желании стабильности для себя и страхе возможных перемен.

2. Общими для женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения являются такие характеристики их личности, как:

1) сниженный уровень ощущения защищенности и стабильности в окружающем мире, что проявляется в несформированности у них базисных убеждений в его благосклонности, доброте других людей, уверенности в победе добра над злом;

2) ярко выраженный перфекционизм, отражающий стремление многих женщин с психологическим бесплодием к совершенству, в связи с искаженностью восприятия реальности и общей личностной незрелостью;

3) повышенная склонность к категоричности в суждениях и действиях, стремление оценивать и поучать других людей, указывать, как правильно поступить в той или иной ситуации в сочетании с внутренним их неприятием и эмоциональным дискомфортом.

3. В зависимости от сочетаемости вариативных индивидуально-психологических характеристик женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, можно выделить пять их основных типов:

1) «агрессивно-маскулинный» тип - властные, раздражительные, маскулинные женщины, не терпящие возражений и лишённые традиционных женских черт;

2) «инфантильно-капризный» тип – незрелые эгоистичные женщины с завышенными требованиями к другим людям и чрезмерными претензиями к своим мужьям;

3) «опекающе-назидательный» тип – женщины, заботящиеся обо всех, чрезмерно опекающие своих мужей, в силу нереализованной потребности в материнстве;

4) «тревожно-фобический» тип – женщины с ярко выраженными эмоциональным дискомфортом, социальной фобией, тревожностью во взаимодействии с другими людьми;

5) «профессионально-ориентированный» тип – женщины с завышенными требованиями к себе, стремящиеся не только и не столько к карьере, сколько к профессиональной самореализации и профессиональному самосовершенствованию.

ГЛАВА 3

МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ ОБРАЗА РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ НА ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПРОБЛЕМАМИ БЕСПЛОДИЯ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

3.1 Психологические особенности супружеских отношений в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

Третья серия эмпирического исследования была ориентирована на выявление взаимосвязи типов личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского и особенности восприятия ими родительской семьи, на основе чего была предпринята попытка обобщить эмпирические данные и описать механизмы влияния образа родительской семьи на супружеские отношения в семьях женщин, испытывающих проблемы, связанные с бесплодием немедицинского происхождения, на типологические особенности и материнскую сферу ее личности.

Были изучены особенности межличностных отношений в семьях женщин с разными типологическими особенностями.

Результаты исследования уровня удовлетворенности браком женщин с преобладанием того или иного социально-психологического типа их личности свидетельствуют о том, что отношения, складывающиеся в их браке, имеют свои специфические особенности при разнообразных их проявлениях.

Так, сравнительный анализ среднегрупповых показателей уровня удовлетворенности в группах женщин с разными типологическими особенностями и их супругов показал, что во всех семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения существуют достаточно напряженные отношения. Выявлены различия между испытуемыми разных исследовательских групп в восприятии ими межсупружеских отношений (рисунок 24).

В наибольшей степени не удовлетворены своим браком «инфантильно-капризные» женщины, что вполне согласуется с их типологическими особенностями; опекающе-назидательный тип женщины обуславливает либо ее желание выглядеть «прилично» и представить свою семью «хорошей семьей» даже перед специалистом-психологом и скрыть истинное отношение к своему браку, либо снижение требовательности к межличностных отношениях в браке.

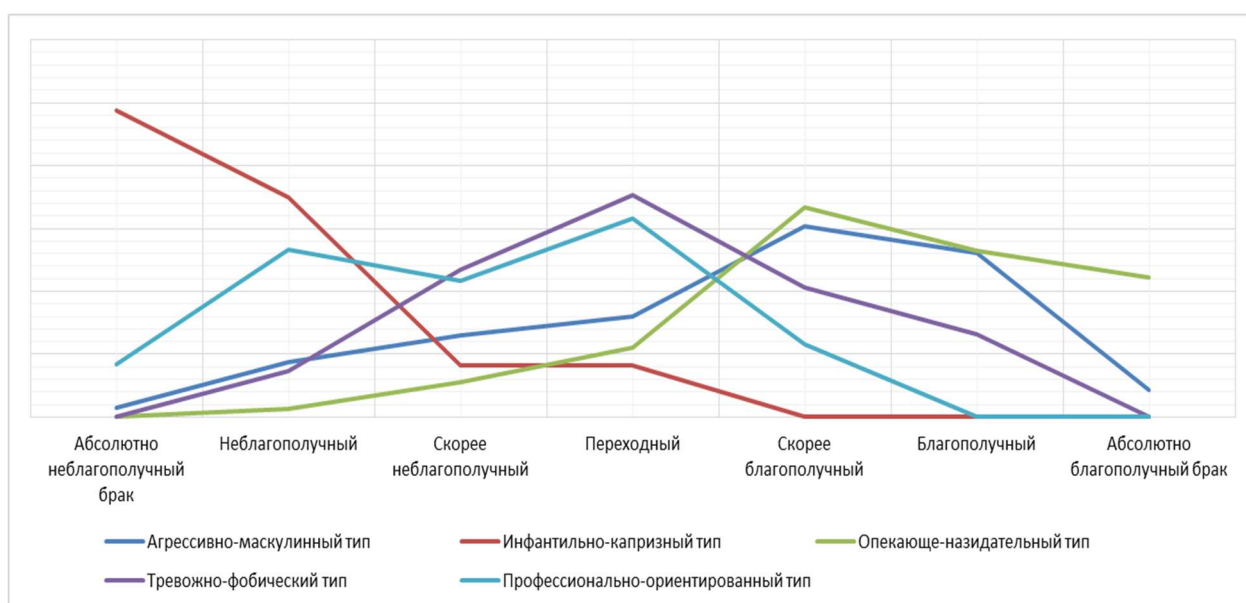


Рисунок 24 — Сравнительный анализ показателей удовлетворенности браком в группах женщин с разными типологическими особенностями

Таким образом, супружеские отношения в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения отнюдь не однообразны и различаются в зависимости от их типологических особенностей.

Интерес представляют результаты сравнительного анализа процентных распределений женщин и мужчин (мужья испытуемых) по уровню их удовлетворенности браком.

В группе женщин с преобладанием агрессивно-маскулинного типа большинство составляют лица, которые считают свой брак вполне благополучным (26,09% - благополучный и 30,43% - скорее благополучный, чем неблагополучный) (рисунок 25).

Абсолютно неблагополучным считают свой брак только 1,45% женщин данной группы, тогда как их мужья не чувствуют удовлетворенность браком, и многие из них чувствуют напряженность в отношениях с супругой, указывая при этом, что брак находится в своем переходном периоде (33,34%).

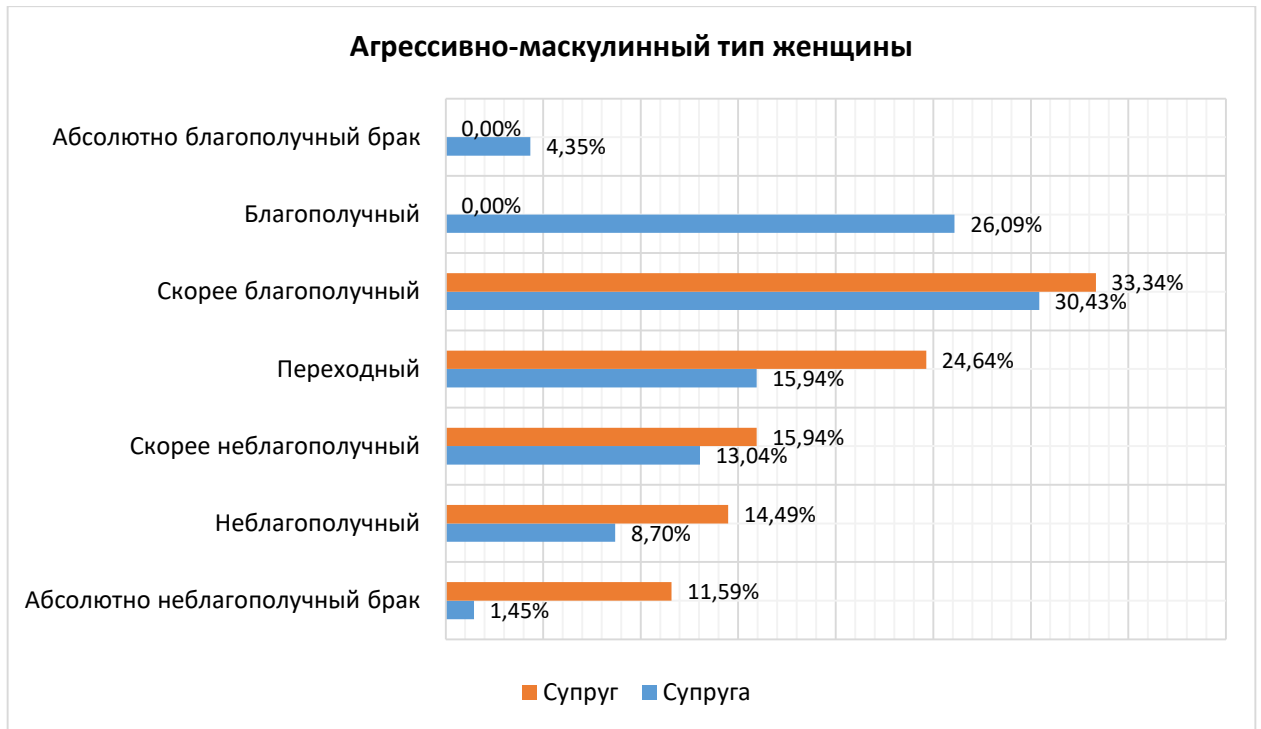


Рисунок 25 — Результаты анализа удовлетворенности браком «агрессивно-маскулинных» женщин и их супругов

Противоположные характеристики супружеских отношений были получены в группе женщин с преобладанием инфантильно-капризных черт личности. В этой группе около половины женщин не удовлетворены своими отношениями с брачными партнерами. Интересен факт того, что среди их мужей достаточно большое количество, напротив, считают, что их брак вполне благополучен (рисунок 26).

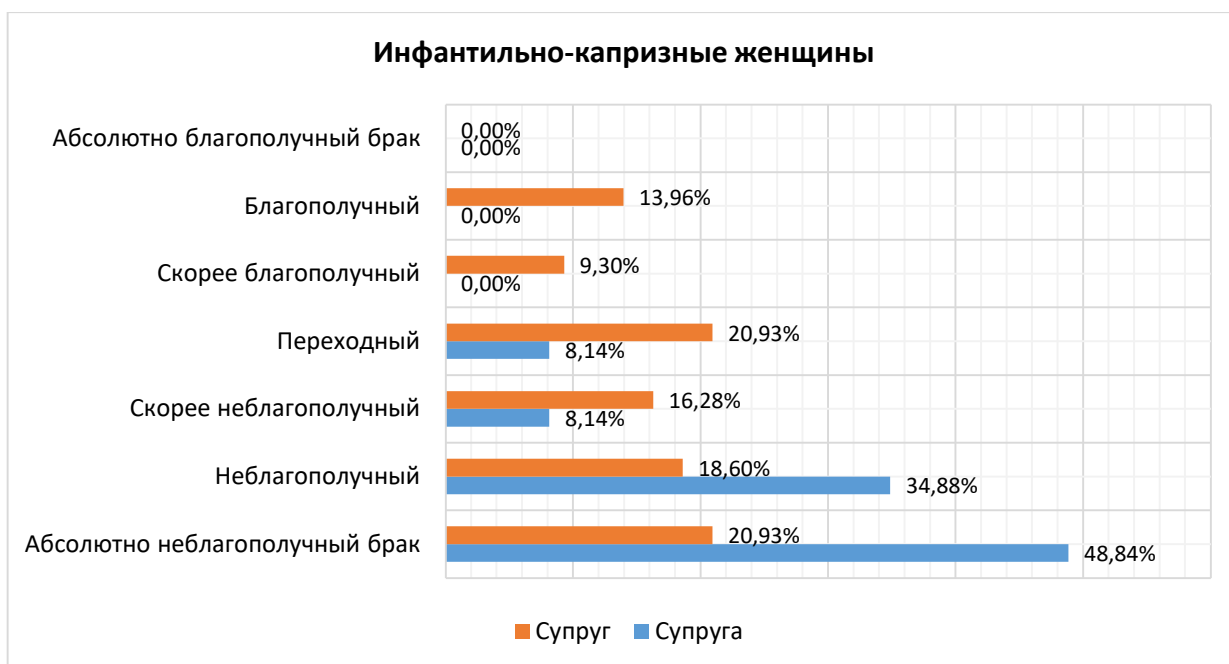


Рисунок 26 — Результаты анализа удовлетворенности браком «инфантильно-капризных» женщин и их супругов

Наибольшей конфликтностью и напряженностью отличаются межсупружеские отношения в семьях женщин с преобладанием опекающе-назидательного типа (рисунок 27).

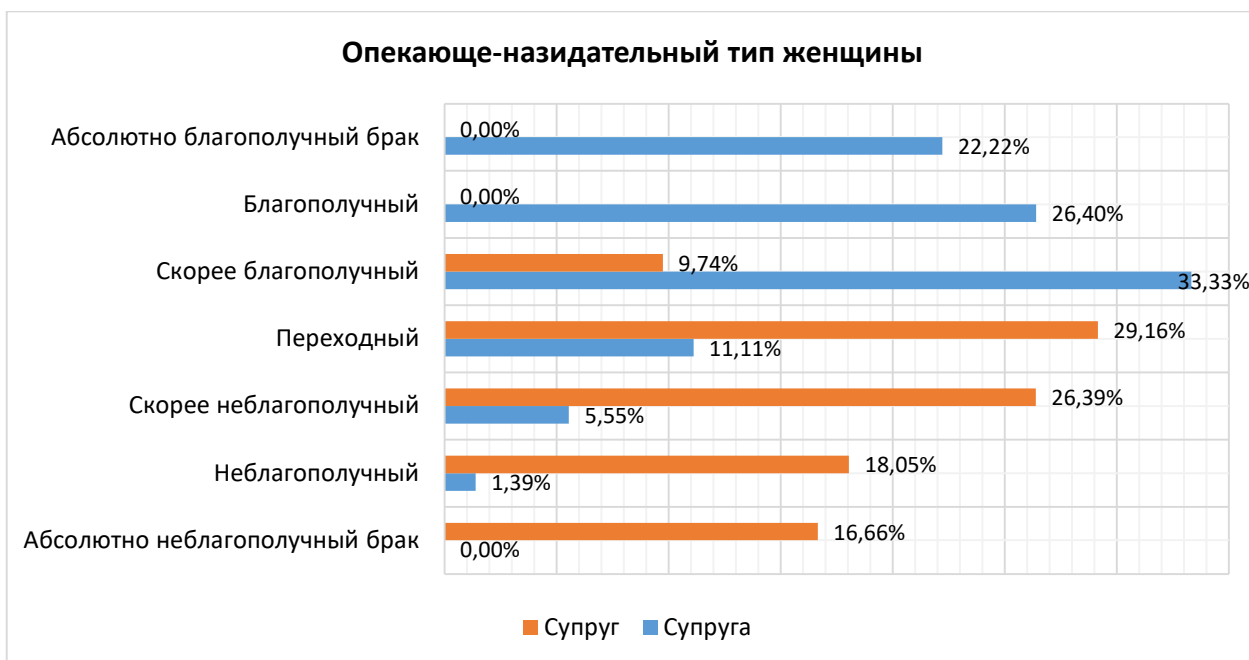


Рисунок 27 — Результаты анализа удовлетворенности браком «опекающе-назидательных» женщин и их супругов

Супруги таких женщин достаточно часто соглашались с высказыванием о том, что им иногда становится стыдно за своих жен: им кажется, что они неуместно шутят, говорят невпопад; более половины из них считают, что брак мешает творческой самореализации личности, что семейная жизнь лишает их свободы, из-за чего она быстро «приедается». Именно в этой группе женщин было зафиксировано самое большое количество неудовлетворенных супружескими отношениями с ними мужчин.

В другой исследовательской группе, где были объединены женщины с преобладанием тревожно-фобического типа, большинство как самих женщин (35,29%), так и их мужей (33,82%) отметили, что их брак находится в переходной стадии своего развития, что за последнее время противоречия усилились, а чувства «притупились», что супружеские отношения приносят им скорее беспокойство, чем спокойствие и удовлетворение (рисунок 28).

В данной группе только 8,83% мужчин и 0,00% женщин считают свой брак абсолютно благополучным.

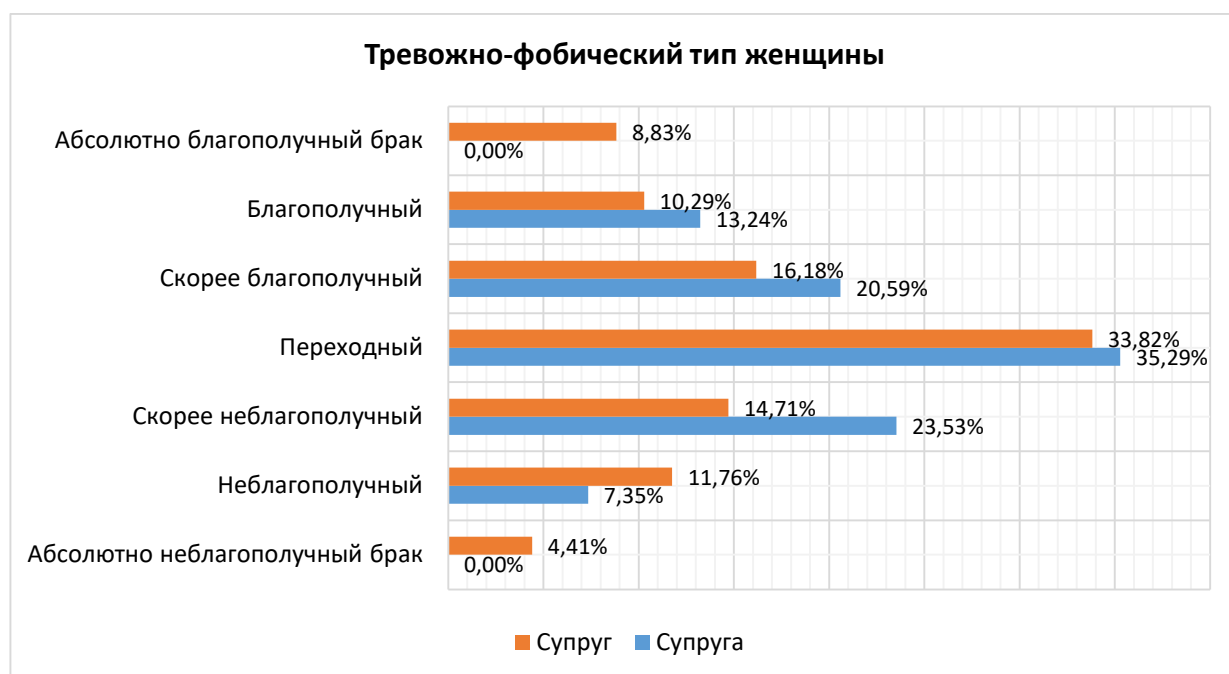


Рисунок 28 — Результаты анализа удовлетворенности браком «тревожно-фобических» женщин и их супругов

Иная картина наблюдается в семьях профессионально-ориентированных женщин (рисунок 29).

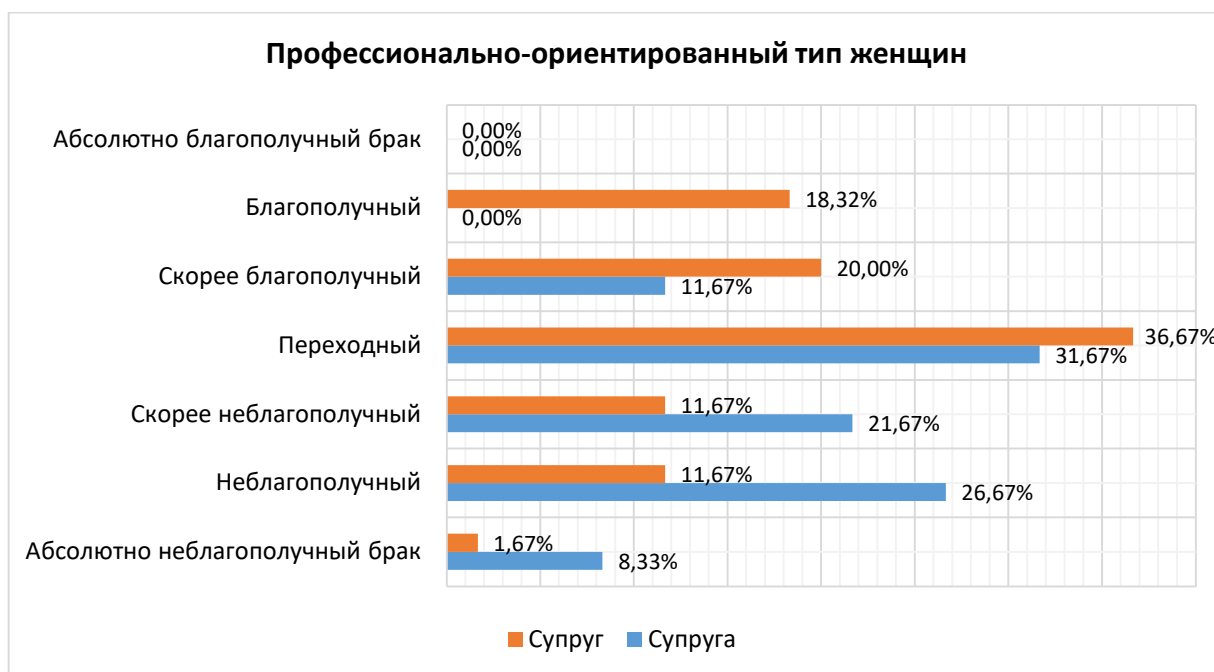


Рисунок 29 — Результаты анализа удовлетворенности браком «профессионально-ориентированных» женщин и их супругов

Несмотря на то, что, как и в предыдущем случае, большинство респондентов отметили умеренную удовлетворенность браком, указав при этом на то, что она стала менее их удовлетворять, чем даже несколько лет назад (или в период ухаживания), в этой группе около 40% мужчин вполне удовлетворены взаимоотношениями со своими супругами, тогда как женщин, которых вполне устаивает брак, оказалось чуть более 10%.

Качественный анализ протоколов исследования показал, что на одно из утверждений опросника почти 100% женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения ответили согласием: абсолютное большинство из них хотели бы многое изменить в характере своего мужа.

Таким образом, результаты исследования удовлетворенности браком женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения позволяют прийти к следующим общим выводам:

— во-первых, в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения наблюдается напряженность межличностных отношений, вызванная разным субъективным восприятием степени благополучия брака;

— во-вторых, можно говорить о том, что у женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения в целом наблюдаются завышенные требования к своим партнерам по браку; их субъективное восприятие семейных отношений (межсупружеских) во многом обусловлено расхождением между реальностью и теми ожиданиями, которые они испытывали, вступая в законный брак.

— в-третьих, типологические особенности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения являются источниками либо блокирования, либо, напротив, стимулирования развития напряженности в супружеском взаимодействии в ситуации неудовлетворенности желанием иметь ребенка.

По результатам исследования, мы можем говорить о том, что характер и особенности межличностных отношений в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения являются либо причиной, либо следствием стрессовой ситуации, связанной с трудностями выполнения семьей репродуктивной функции.

Исследователи сходятся во мнении о том, что бесплодный брак является серьезным стрессором, травмирующим обоих супругов.

В связи с этим, было проведено пилотажное исследование, направленное на выявление особенностей диадических копинг-стратегий у супругов бесплодных супружеских пар. Всего в таком исследовании приняли участие 20 супружеских пар, где оба супруга характеризовались достаточно высокими показателями удовлетворенности браком, и 20 пар – напротив, низкими. С помощью методики Лазаруса были изучены особенности копинг-стратегий респондентов. Их сочетание у супругов и составляют диадический копинг. Согласно исследованиям Т.И. Бонкало, можно выделить комплементарный, как взаимодополняющий, неколониарный (не согласующийся, взаимно противоположный), идентичный неадаптивный, идентичный адаптивный, конгруэнтный (согласованный) неадаптивный и, соответственно, конгруэнтный адаптивный копинги.

Было выявлено, что в первой группе супруги характеризуются либо комплементарным (60%), либо конгруэнтным адаптивным (30%) диадическими копингами (только у двух супружеских пар (10%) выявлен идентичный адаптивный копинг), тогда как во второй группе – либо неколониарным (45%), идентичным неадаптивным (30%) или конгруэнтным неадаптивным (20%) копингами (только у одной пары был зафиксирован конгруэнтный адаптивный копинг). Результаты такого исследования служат дополнительным доказательством доминирующего влияния способов совладания со стрессом в семье на удовлетворенность межличностными отношениями в ее супружеской подсистеме.

Данное пилотажное исследование послужило основанием для изучения особенностей диадических копингов в супружеских парах всех исследовательских групп – групп семей женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения с разными типологическими особенностями.

Такое исследование осуществлялось с помощью методики «Супружеский копинг» (М. Боуман в адаптации Е.В. Куфтяк).

Сравнительный анализ среднегрупповых показателей выявил определенные различия между женщинами в частоте использования того или иного диадического копинга (таблица 11).

Представим усредненные данные, выявленные в процессе эмпирического исследования. Попарное сравнение рангов позволило выявить статистически достоверные различия в них между отдельными группами обследованных женщин. Так, например, между группами агрессивно-маскулинных и инфантильно-капризных женщин статистически достоверные различия выявлены в показателях стиля самообвинения, эгоистического стиля и стиля избегания (таблица 11).

Таблица 11 — Результаты сравнительного анализа среднегрупповых показателей супружеского копинга в группах женщин с разными типологическими особенностями их личности (ранги)

Копинг	Различия между группами (p)*									
	АМ-ИК	АМ-ОН	АМ-ТФ	АМ-ПО	ИК-ОН	ИК-ТФ	ИК-ПО	ОН-ТФ	ОН-ПО	ТФ-ПО
Конфликтный стиль	0,083	0,032	0,000	0,068	0,044	0,008	0,087	0,102	0,049	0,012
Стиль самообвинения	0,005	0,098	0,039	0,114	0,001	0,000	0,002	0,986	0,125	0,086
Позитивный стиль	0,106	0,000	0,007	0,000	0,043	0,072	0,043	0,094	1,000	0,94
Эгоистический стиль	0,039	0,097	0,002	0,021	0,012	0,000	0,107	0,009	0,000	0,000
Стиль избегания	0,000	0,038	0,000	0,102	0,079	0,058	0,047	0,008	0,077	0,000

Примечания: * - уровень значимости на основе расчета U-критерия Манна-Уитни
 АМ-агрессивно-маскулинный тип; ИК – Инфантильно-капризный; ОН – опекающе-назидательный; ТФ – тревожно-фобический тип; ПО – профессионально-ориентированный тип женщин

Выявлены сходные и различные характеристики предпочитаемых женщинами разного типа копинг-поведения как способа совладания с ситуацией бесплодия (рисунок 30).

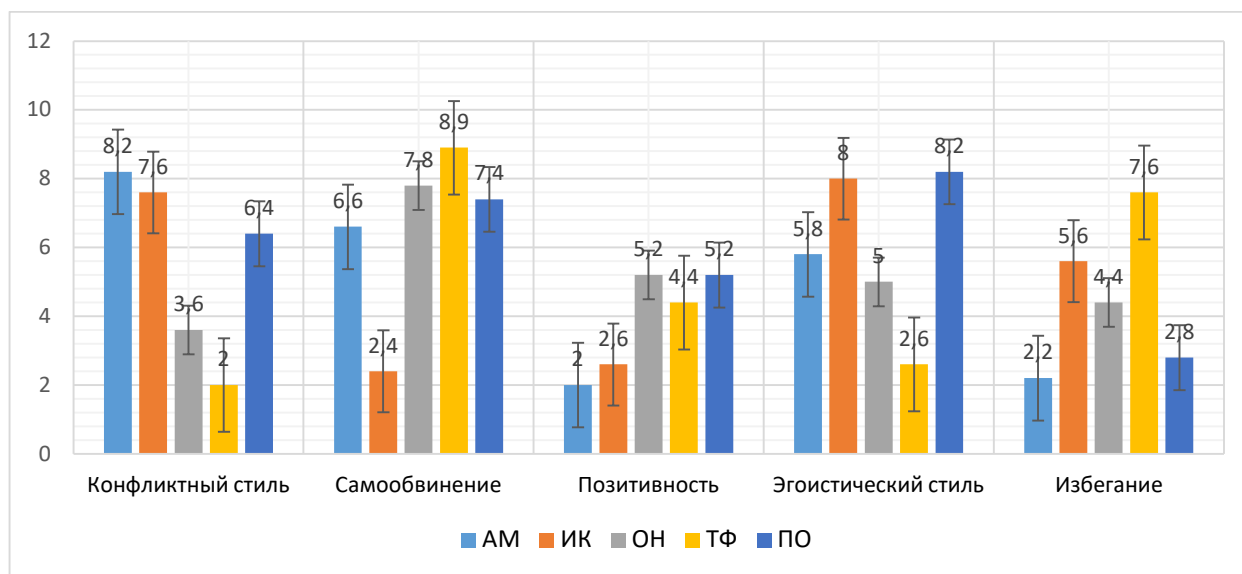


Рисунок 30 – Среднегрупповые показатели супружеских копинг-стратегий в группах женщин с психологическим бесплодием (стены)

К конфликтному стилю чаще прибегают агрессивно-маскулинные и инфантильно-капризные женщины: многие из них предпочитают переносить

ответственность на своих брачных партнеров, используя при этом прямые обвинения, сарказм, цинизм.

Самообвинение характерно для большинства женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, за исключением инфантильно-капризных женщин, имеющих завышенные требования к своим супругам. Им не свойственна самокритика, самобичевание, чувство вины, беспокойства.

Позитивный стиль совладания со стрессом, вызванным бесплодием и трудностями в зачатии ребенка, в меньшей степени характерен для женщин агрессивно-маскулинного и инфантильно-капризного типов, чем для женщин с преобладанием других типологических особенностей.

Следует также обратить внимание на тот факт, что среднегрупповые показатели позитивного стиля во всех группах испытуемых входят в диапазон низкого и ниже среднего уровней выраженности, что позволяет нам говорить о влиянии способа супружеского совладания со стрессом на готовность женщин к материнству и выполнению социальной роли матери.

Избегание в большей степени характерно для тревожных женщин, испытывающих страх перед ситуацией, связанной с материнством, и в меньшей степени – для агрессивно-маскулинных женщин, одной из особенностей которых является наличие сверхценной идеи, связанной с желанием забеременеть.

Эгоистический стиль, связанный со стремлением преодолевать негативные эмоции за счет своей активности вне семьи, свойственен многим профессионально-ориентированным женщинам с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Несмотря на существующие различия в среднегрупповых показателях супружеских копинг-стратегий между группами женщин с разными типологическими особенностями, качественный анализ протоколов исследования показал, что всех женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения объединяет неспособность решать внутрисемейные конфликты и вместе с супругами продуктивно совладать со стрессовой ситуацией, связанной с бесплодием. Многие женщины с проблемами бесплодия немедицинского

происхождения испытывают чувство вины за нарушения репродуктивной функции, беспокойство по поводу отсутствия беременности, самообвинения и самоуничужение, однако, если у одних из них такое чувство вины выливается в стремление обвинить во всем своего партнера, то у других – в желании переключить свое внимание на другие сферы жизнедеятельности, у третьих – в нарастании проблем со здоровьем и тревожными ожиданиями.

Таким образом, результаты исследования супружеского копинга в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения позволяет говорить о том, что неспособность супругов продуктивно совладать со стрессом, вызванным трудностями с зачатием ребенка, неумение поддерживать друг друга, принимать адекватные решения, направленные на ослабление нервно-психического напряжения у каждого из членов семьи, могут стать дополнительным источником внутренней, психологической сопротивляемости женщины наступлению беременности и рождению ребенка.

Изучение общения в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, семейной коммуникативной системы показало ее неэффективность в плане удовлетворения одной из существенных потребностей личности – потребности в общении, доверительном, искреннем, потребности быть услышанным и выслушанным.

Для исследования коммуникационной системы семьи были выбраны две диагностические методики.

Согласно авторам методики «Общение в семье» (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская), успешность и благополучие супружеских отношений определяются возможностью супругов быть искренними друг с другом в коммуникациях, понимать друг друга и поддерживать в трудные минуты, согласованностью ожиданий и семейных установок, открытостью в коммуникативных контактах, доверительностью общения, отсутствием семейных тайн, способностью проникать в эмоциональные состояния друг друга, принимать их и вместе преодолевать.

Результаты исследования особенностей межличностного общения в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, отличающихся своими типологическими особенностями, говорят о том, что представления о супружеском благополучии таких женщин отнюдь не одинаковое.

Вместе с тем, во всех супружеских парах были выявлены сходные черты коммуникативной системы, к которым относятся, прежде всего, сниженный уровень психотерапевтичности и легкости общения (таблица 12).

Именно по этим показателям не были выявлены статистически достоверные различия между всеми выделенными нами группами.

Межгрупповые различия в показателях доверительности общения, уровня взаимопонимания в супружеских парах, согласованности взглядов супругов, наличия общих интересов, увлечений, своего внутреннего «языка» семьи свидетельствуют о влиянии типологических особенностей женщин на специфику их общения со своими партнерами по браку.

Таблица 12 – Результаты сравнительного анализа среднегрупповых показателей межсупружеского общения в семьях бесплодных женщин с разными типологическими особенностями их личности

Характеристики общения	АМ	ИК	ОН	ТФ	ПО	p*
Доверие друг другу	13,2±1,3	14,0±1,4	13,6±1,4	18,2±1,8	16,7±1,7	0,0472
Понимание друг друга	16,4±1,7	13,2±1,5	15,0±1,5	15,2±1,6	17,2±1,8	0,0366
Согласованность установок	15,9±1,8	13,6±1,5	18,2±1,9	17,7±1,9	16,3±1,8	0,0490
Общие символы	12,9±1,4	14,3±1,6	18,0±1,9	15,5±1,6	11,6±1,3	0,0091
Взаимопомощь	6,8 ± 0,8	6,2 ± 0,7	6,6 ± 0,8	7,2 ± 0,7	6,5 ± 0,7	0,0873
Легкость	5,2 ± 0,6	5,4 ± 0,5	5,4 ± 0,5	5,2 ± 0,5	5,7 ± 0,6	0,1012

Примечания: * - уровень значимости на основе *h*-критерия

АМ-агрессивно-маскулинный тип; *ИК* – Инфантильно-капризный; *ОН* – опекающе-назидательный; *ТФ* – тревожно-фобический тип; *ПО* – профессионально-ориентированный тип женщин

Причем, роль выделяемых авторами методики характеристик межсупружеского общения в функционировании семьи отнюдь не одинакова, о чем свидетельствуют результаты последующего корреляционного анализа эмпирических данных.

Еще одной общей чертой характера межсупружеского взаимодействия в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения является опосредованный тип коммуникационной системы семьи. По мнению автора методики (Т.И. Бонкало), типы коммуникационной системы семьи могут быть выделены на основании двух ее показателей: активности или пассивности внутрисемейной коммуникации, отражающих частоту общения между супругами, и релевантности общения, то есть уровня его соответствия теме и предмету возникшего коммуникативного контакта.

По результатам проведенного нами исследования, выполненного с помощью методики Т.И. Бонкало, было выявлено, что в целом большинство бесплодных супружеских пар прибегают к опосредованному общению: как активному (38,78%), так и пассивному (44,55%). В любом случае, коммуникационная система семей женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения характеризуется иррелевантным характером общения, предполагающим в целом уход от прямого обсуждения возникающих в семье проблем. Искаженная, завуалированная, дефицитная коммуникация обуславливает усиление внутрисемейного напряжения и тревоги, что также может быть рассмотрено в качестве одного из факторов сопротивляемости женщины наступлению беременности.

Следующий этап исследования состоял в корреляционном анализе эмпирических данных. Такой корреляционный анализ был выполнен как на общей выборке исследования, включающей 312 женщин и 312 мужчин, так и внутри каждой группы женщин, характеризующихся типологическими особенностями их личности.

Корреляционный анализ, выполненный на общей выборке женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, показал, что удовлетворенность браком тем выше, чем выше показатели легкости ($r = 0,179$; $p < 0,05$) и психотерапевтичности ($r = 0,167$; $p < 0,05$) общения в супружеских парах, активного непосредственного характера коммуникационной системы семьи

($r = 0,332$; $p < 0,001$), позитивного стиля супружеского совладания со стрессом ($r = 0,224$; $p < 0,01$) (таблица 13).

Интерес представляют результаты корреляционных анализов эмпирических данных в отдельных группах, причем, такие анализы осуществлялись в двух формах: выявление взаимосвязи показателей, зафиксированных у обоих супругов, их сравнение между собой, выявление корреляционных связей между отдельными показателями в исследовательских группах женщин и мужчин.

Таблица 13 – Корреляционные связи между показателями особенностей межсупружеских отношений (женщины)

Показатели (шкалы опросников)	Удовлетворенность браком				
	АМ	ИК	ОН	ТФ	ПО
Доверие друг другу	0,053	0,110	0,213	0,505***	0,099
Понимание друг друга	0,102	0,302*	0,196	0,563***	0,104
Согласованность установок	0,111	0,321*	0,281*	0,235	0,164
Общие символы	0,004	0,015	0,344**	0,224	0,173
Взаимопомощь	0,309*	0,333*	0,236	0,266*	0,233
Легкость	0,447***	0,311*	0,399***	0,383**	0,275*
Конфликтный стиль	0,011	-0,118	-0,278*	-0,506***	-0,226
Стиль самообвинения	-0,518***	-0,449**	-0,103	0,115	-0,001
Позитивный стиль	0,132	0,169	0,245*	0,232	0,259*
Эгоистический стиль	0,103	0,300*	-0,288*	-0,431***	0,286*
Стиль избегания	-0,269*	0,317*	0,219	0,506***	0,054
Прямой активный тип коммуникации	0,258*	-0,002	0,029	0,037	0,119
Прямой пассивный тип коммуникации	0,033	0,030	0,184	0,084	0,336**
Опосредованный активный тип коммуникации	0,001	0,214	0,262*	0,404***	-0,035
Опосредованный пассивный тип коммуникации	-0,251*	0,304*	0,194	0,166	0,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Для агрессивно-маскулинного типа женщин удовлетворенность браком детерминирована наличием легкости в общении между супругами ($r = 0,447$; $p < 0,001$), его психотерапевтичности, то есть возможностью получать помощь от супруга ($r = 0,309$; $p < 0,05$), прямым активным стилем коммуникационного взаимодействия, предполагающего прямую коммуникацию и непосредственное обсуждение возникающих в семье проблем ($r = 0,258$; $p < 0,05$). В этой группе чем ниже показатели самообвинения как супружеского копинга женщины ($r = -0,518$;

$p < 0,001$) и избегания ($r = -0,269$; $p < 0,05$), тем выше показатели удовлетворенности браком.

Удовлетворенность браком женщин с преобладанием инфантильно-капризного типа взаимосвязана с такими характеристиками межсупружеского взаимодействия, как взаимопонимание в супружеской паре ($r = 0,302$; $p < 0,05$), согласованность установок и взглядов на образ жизни ($r = 0,321$; $p < 0,05$), легкость контактов ($r = 0,311$; $p < 0,05$), их психотерапевтичность ($r = 0,333$; $p < 0,05$), возможность избегать стрессовых ситуаций и не заикливаться на проблемах ($r = 0,317$; $p < 0,05$), способность супруга понимать женщину по намекам, а не прямое обсуждение вопросов ($r = 0,304$; $p < 0,05$), отсутствие чувства вины ($r = -0,449$; $p < 0,001$).

Опекающе-назидательные женщины ценят в межсупружеском взаимодействии наличие общих взглядов и установок ($r = 0,281$; $p < 0,05$), общих символов, сплоченность ($r = 0,344$; $p < 0,01$), легкость вступления в коммуникативный контакт ($r = 0,399$; $p < 0,001$), способность рационально решать проблемы ($r = 0,245$; $p < 0,05$), активно общаться друг с другом, при этом прямая коммуникация не обязательна ($r = 0,262$; $p < 0,05$). Определенные трудности для них представляют ситуации, если супруг уходит от обсуждения конфликта и реализует себя вне семьи ($r = -0,288$; $p < 0,05$), а также если он выбирает конфликтный стиль совладания с супружеским стрессом ($r = -0,278$; $p < 0,05$).

Удовлетворенность браком тревожно-фобических женщин тем выше, чем выше показатели доверительности межсупружеского общения ($r = 0,505$; $p < 0,001$), взаимопонимания ($r = 0,302$; $p < 0,05$), его легкости ($r = 0,383$; $p < 0,001$) и психотерапевтичности ($r = 0,266$; $p < 0,05$), опосредованного типа коммуникации, предполагающего избегание серьезных обсуждений проблем, глубоких и резких решений ($r = 0,404$; $p < 0,001$).

Для профессионально-ориентированных женщин ценными являются такие особенности межличностного взаимодействия с супругом, которые так или иначе обеспечивают легкость контактов, их открытость, искренность, отсутствие напряженности ($r = 0,275$; $p < 0,05$). Вместе с тем, такие женщины настроены хотя

и на прямую коммуникацию в семье, но не частую и не активную, а пассивную ($r = 0,336$; $p < 0,01$). Показатели удовлетворенности браком в данной группе имеют положительную корреляционную связь с показателями с позитивным ($r = 0,259$; $p < 0,05$) и эгоистическим ($r = 0,286$; $p < 0,05$) стилями супружеского копинга.

В группах мужчин прослеживается нормативная, или традиционная связь между удовлетворенностью браком и теми характеристиками межсупружеского взаимодействия, которые традиционно считаются признаками благополучного брачного союза (таблица 14).

Таблица 14 – Корреляционные связи между показателями особенностей межсупружеских отношений (мужчины)

Показатели (шкалы опросников)	Удовлетворенность браком				
	АМ	ИК	ОН	ТФ	ПО
Доверие друг другу	0,389**	0,199	-0,102	0,267*	0,291**
Понимание друг друга	0,427***	0,202	-0,194	0,211	0,303*
Согласованность установок	0,147	0,184	0,003	0,263*	0,319*
Общие символы	0,052	0,192	-0,044	0,059	0,008
Взаимопомощь	0,096	0,058	-0,205	0,033	0,016
Легкость	0,259*	0,267*	0,253*	0,391**	0,419***
Конфликтный стиль	-0,248*	-0,317*	-0,286*	-0,600***	-0,505***
Стиль самообвинения	-0,195	-0,004	-0,200	-0,199	0,124
Позитивный стиль	0,204	0,311*	0,174	0,411***	0,198
Эгоистический стиль	-0,239	0,252*	0,489***	0,211	-0,113
Стиль избегания	0,387**	0,237	0,333**	0,313**	-0,117
Прямой активный тип коммуникации	-0,411***	-0,456***	-0,308*	0,047	0,203
Прямой пассивный тип коммуникации	-0,179	-0,177	0,000	0,234	0,433***
Опосредованный активный тип коммуникации	0,108	0,495***	0,068	0,248*	0,244*
Опосредованный пассивный тип коммуникации	0,312*	0,298**	0,692***	0,002	0,101

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Удовлетворенность браком мужчин – мужей агрессивно-маскулинного типа женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения зависит от степени выраженности в межсупружеских отношениях доверительности общения ($r = 0,259$; $p < 0,05$) и взаимопонимания ($r = 0,487$; $p < 0,001$). В данной группе удовлетворенность браком положительно коррелирует с показателями частоты использования в супружеской стрессовой ситуации стиля избегания ($r = 0,387$;

$p < 0,01$) и преобладания опосредованного пассивного типа коммуникационной системы семьи ($r = 0,312$; $p < 0,05$); отрицательно – с показателями конфликтного стиля супружеского копинга ($r = -0,248$; $p < 0,05$).

Необходимо обратить внимание на тот факт, что во всех группах мужчин выявлены положительные корреляционные связи между показателями уровня удовлетворенности браком и опосредованным стилем общения с супругой. Данный факт служит доказательством того, что многие бесплодные супружеские браки избирают стратегию избегания стрессогенной темы для общения, связанной с отсутствием детей, что очень часто для сохранения видимых нормальных отношений в супружеской паре мужчины прибегают к опосредованному общению, уклонению от прямых высказываний и прямой коммуникации. Это, в свою очередь, может привести к дисфункциональности взаимоотношений в супружеских парах и к нарастанию нервно-психического напряжения супругов.

Существование тесной положительной взаимосвязи между обозначенными показателями позволяет констатировать латентные нарушения в супружеском взаимодействии семей женщин с женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Так, в группе опекающе-назидательных женщин выявлена положительная корреляционная связь между показателями удовлетворенности браком их супругов и опосредованно-пассивным типом коммуникационной системы семьи, то есть супруги таких женщин чувствуют удовлетворенность межличностными отношениями, если коммуникация в семье практически отсутствует либо приобретает искаженные черты. Данный факт отражает дисфункцию, обусловленную нарушениями представлений о семейном взаимодействии.

Определенная дисфункция семейных отношений прослеживается также и в семьях женщин с профессионально-ориентированными чертами личности. Именно в этой группе выявлено максимальное совпадение корреляционных связей между удовлетворенностью браком женщин и мужчин и другими показателями межсупружеского взаимодействия. Как и сами профессионально-ориентированные женщины, их супруги чем больше направлены на эгоистический супружеский

копинг, предполагающий повышение активности вне семьи, тем выше их удовлетворенность браком. Во многих таких семьях прямой, но пассивный тип коммуникационной системы также обеспечивает чувство удовлетворенности семейными отношениями. Чем меньше контактируют супруги, тем, получается, выше их удовлетворенность супружескими отношениями.

Таким образом, проведенное исследование позволяет говорить о том, что типологические индивидуально-психологические особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения определяют характер межсупружеских отношений в их семьях, где наблюдаются напряженность, ярко выраженная или латентная конфликтность, вызванная разным субъективным восприятием степени благополучия брака.

Чувство вины за нарушения репродуктивной функции, беспокойство по поводу отсутствия беременности, самообвинения и самоуничижение в одних случаях проявляются в стремлении женщины обвинить во всем своего партнера, в других случаях – в желании переключить свое внимание на другие сферы жизнедеятельности или в нарастании проблем со здоровьем и тревожными ожиданиями.

Неспособность супругов продуктивно совладать со стрессом, вызванным трудностями с зачатием ребенка, неумение поддерживать друг друга, принимать адекватные решения, направленные на ослабление нервно-психического напряжения у каждого из членов семьи, опосредованный тип внутрисемейной коммуникации могут стать дополнительным источником внутренней, психологической сопротивляемости женщины наступлению беременности и рождению ребенка.

3.2 Специфика образа родительской семьи у женщин разного типа личности с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

Начальное исследование субъективного восприятия женщинами с проблемами бесплодия немедицинского происхождения своей родительской семьи и семейных отношений осуществлялось в основном с помощью метода «семейная генограмма», в процессе составления которой проходило их интервьюирование.

Следует отметить, что, в восприятии испытуемых, их родительскую семью вряд ли можно назвать психологически благополучной.

В таблицах 15 и 16 представлены сводные данные анализа семейных генограмм испытуемых женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

На конфликтность взаимоотношений как в детско-родительской, так и супружеской подсистемах родительской семьи указывают многие женщины. Так, около половины (45,51%) от общего числа обследованных женщин указали, что между ее матерью и отцом существовали (существуют) конфликтные отношения; 27,56% - амбивалентные, сочетающие в себя и привязанность друг к другу, и ненависть, и невозможность жить без друг друга, и невозможность жить вместе. Эмоциональный разрыв матери и отца пережили 18,91% женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, принявшим участие в нашем исследовании; дистантные отношения, проявляющиеся в холодности и формальном, по сути, браке, - 6,09%. Только две женщины считают, что между их отцом и матерью существует симбиотическая связь, и только четыре женщины указали на теплые, хорошие отношения между их родителями.

Исходя из данных семейных генограмм, можно говорить о том, что напряженные, конфликтные детско-материнские отношения характерны для большинства семей женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения. Причем, такие отношения характерны (или были характерны) для отношений их матерей со своими мамами.

Таблица 15 – Сводные данные анализа семейных генограмм женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения (анализ отношений между членами расширенной семьи)

Отношения между, с:	абс./% испытуемых, отметивших характер эмоциональных отношений между членами семьи					
	Конфликтные	Дистантные	Симбиотические	Амбивалентные	Эмоциональный разрыв (никаких отношений)	Теплые, хорошие отношения
1	2	3	4	5	6	7
между матерью и отцом	142 / 45,51	19 / 6,09	2 / 0,64	86 / 27,56	59 / 18,91	4 / 1,28
между бабушкой и матерью	111 / 35,58	83 / 26,60	0 / 0,00	54 / 17,31	18 / 5,77	46 / 14,74
между бабушкой и отцом	71 / 22,76	78 / 25,00	39 / 12,50	36 / 11,54	27 / 8,65	61 / 19,55
между мамой матери и отцом	79 / 25,32	67 / 21,47	3 / 0,96	102 / 32,69	38 / 12,18	23 / 7,37
между мамой отца и матерью	117 / 37,5	99 / 31,73	0 / 0,00	14 / 4,49	66 / 21,15	16 / 5,13
с матерью	108 / 34,62	49 / 15,71	32 / 10,26	40 / 12,82	77 / 24,68	6 / 1,92
с отцом	39 / 12,5	122 / 39,10	8 / 2,56	2 / 0,64	120 / 38,46	21 / 6,73
с супругом	59 / 18,91	46 / 14,74	21 / 6,73	104 / 33,33	0 / 0,00	82 / 26,28
со свекровью (мамой супруга)	118 / 37,82	103 / 33,01	0 / 0,00	15 / 4,81	62 / 19,87	14 / 4,49
с сиблингом (старшей сестрой) (n = 86)	8 / 9,30	4 / 4,65	12 / 13,95	26 / 30,23	9 / 10,47	27 / 31,39
с сиблингом (младшей сестрой) (n = 47)	9 / 19,15	11 / 23,40	1 / 2,13	21 / 44,68	4 / 8,51	1 / 2,13
с сиблингом (старшим братом) (n = 38)	9 / 23,68	18 / 47,37	0 / 0,00	4 / 10,53	4 / 10,53	3 / 7,89
с сиблингом (младшим братом) (n = 67)	26 / 38,81	19 / 28,36	2 / 2,99	14 / 20,89	3 / 4,48	3 / 4,48
с сиблингами (n = 69)	18 / 26,09	32 / 46,38	0 / 0,00	10 / 14,49	8 / 11,59	1 / 1,45

Продолжение таблицы 15

1	2	3	4	5	6	7
с тетей (бабушкой, дедушкой, дядей, любым родственником, кроме родителей)	0 / 0,00	0 / 0,00	108 / 34,62	0 / 0,00	0 / 0,00	204 / 65,38
между мамой и сиблингом (сестрой) (n = 133)	28 / 21,05	4 / 3,01	41 / 30,83	24 / 18,05	11 / 8,27	25 / 18,80
между отцом и сиблингом (сестрой)	56 / 42,11	10 / 7,52	49 / 36,84	1 / 0,75	15 / 11,28	2 / 1,50
между мамой и сиблингом (братом)	16 / 15,24	12 / 11,43	62 / 59,05	2 / 1,90	1 / 0,95	12 / 11,43
между отцом и сиблингом (братом)	53 / 50,48	20 / 19,05	0 / 0,00	0 / 0,00	20 / 19,05	12 / 11,43
между матерью и сиблингами	0 / 0,00	4 / 5,80	29 / 42,03	17 / 24,64	5 / 7,25	14 / 20,29
между отцом и сиблингами	8 / 11,60	17 / 24,64	0 / 0,00	18 / 26,09	16 / 23,19	10 / 14,49
между другими родственниками и сиблингами	0 / 0,00	21 / 13,73	0 / 0,00	33 / 21,57	51 / 33,33	48 / 31,37

В восприятии большинства женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, их матери конфликтовали со своей мамой (35,58%), были далеки друг от друга, не интересовались делами друг друга, здоровьем, не общались, либо общались очень формально и эмоционально холодно – 26,60%; 17,31% женщин указали, что детско-материнские отношения в прародительской семье были амбивалентными, когда чередуется то близость, то стремление избежать контактов друг с другом, то нежность и эмоциональная близость, то несмолкаемые ссоры и разрывы.

Многие из них при фокусированном заполнении семейной генограммы указывали, что такие отношения мамы с бабушкой (со своей мамой) очень мучили бабушку, которую они так любили и не представляли, что с ними бы могло случиться, если бы не бабушка. Только 14,74% женщин отметили добрые, теплые и просто хорошие отношения между их матерью и бабушкой (ее матерью). Здесь необходимо уточнить, что среди таких женщин большинство (81,20%) составляют женщины, пережившие полный эмоциональный разрыв родителей.

Сложные отношения у женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения складываются со своими свекровями. На конфликтность таких отношений указали 37,82% женщин; 33,01% женщин – на дистантные отношения; 19,87% женщин не общаются со своими свекровями, и только 4,49% находятся в дружеских с ней отношениях. Следует отметить, что женщины практически так же оценивают отношения своих матерей с их свекровями (бабушками – матерями отцов), как и свои: процентные распределения по типам отношений практически идентичны и не имеют статистически достоверных различий.

Необходимо также акцентировать внимание на восприятие женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения своих отношений с сиблингами. Большинство испытуемых женщин, у кого есть старшие сестры, указали на амбивалентность межсиблинговых отношений, проявляющихся в желании с их стороны получить поддержку сестры и невозможность удовлетворения такого желания. Те испытуемые, у которых есть младшие сестры, также указывают на противоречивые с ними отношения. Следует обратить

внимание на тот факт, что если со старшими сестрами более трети испытуемых женщин устанавливают либо амбивалентные, либо теплые эмоциональные отношения, то с младшими – либо амбивалентные, либо дистантные.

Еще одной особенностью, характерной для большинства испытуемых женщин, является факт ревностного отношения к своим сиблингам. В представлениях многих из них, их родители уделяли больше внимания братьям и сестрам, чем им. Так, более 30% испытуемых женщин, у которых есть сестра, указали, что между матерью и ее сестрой установилась симбиотическая связь; более 40% считают, что и отец в большей степени привязан к сестре, чем к ним. Что касается отношений матери и брата, то здесь и вовсе превалирует восприятие таких отношений, как очень эмоционально близких и зависимых.

В связи с этим, возможно, 65,38% испытуемых имели в родительской семье другого человека, с которым их связывали и/или связывают эмоционально близкие, теплые отношения: у одних женщин такими лицами являлись бабушки, у других – дяди, тети, другие родственники или друзья родительской семьи. В целом, можно говорить о том, что в детско-родительские отношения был так или иначе включен третий человек, который и компенсировал недостаточную близость и гармоничность таких отношений.

Особый интерес заслуживают результаты сопоставительного анализа повторяющихся семейных событий и историй (таблица 16).

Часть женщин считает важным отметить значимость образования, которым обладали (ют) члены родительской расширенной семьи: 26,92% от общего числа обследованных женщин акцентировали свое внимание на вопросе образования своих родственников.

Данный факт может говорить о том, что значимость образования у таких женщин так или иначе связана с родительской семьей: с желанием женщины либо воспроизвести образовательные ценности авторитетных членов семьи, либо, напротив, не уподобляться им.

Таблица 16 – Сводные данные анализа семейных генограмм женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения (анализ семейных историй)

Социально-демографические характеристики членов семьи и семейные истории	абс. /% испытуемых, отметивших показатели семейных историй											
	1	2	3	4	5	6	7					
Образование (n = 84)	Наличие двух и более родственников, стремившихся к образованию, но не получивших его	Наличие в семье родственников высоко образованных (знаменитых)	Наличие в семье родственников без образования	Наличие в семье родственников, равнодушных к образованию	Наличие в семье родственников, не способных к учебе	Наличие в семье родственников, которые учатся («всю жизнь»)						
	23 / 27,38	14 / 16,67	21 / 25,00	4 / 4,76	4 / 4,76	18 / 21,43						
Материальное положение:	Бедственное всегда (не хватало даже на продукты)	Плохое – хватало только на продукты	Терпимое (хватало на продукты и одежду)	Нормальное, но без излишеств (с ограничениями)	Полный достаток – не ограничены в средствах	Смешанное (были и бедными, и богатыми)	своей семьи					
							0 / 0,00	5 / 1,60	192 / 61,54	69 / 22,12	11 / 3,52	35 / 11,22
							родительской семьи	181 / 58,01	55 / 17,63	15 / 4,81	14 / 4,49	0 / 0,00
прародительской семьи	188 / 60,26	83 / 26,60	15 / 4,81	2 / 0,64	8 / 2,56	16 / 5,13						
Профессии (n = 137)	Наличие профессиональной преемственности	Наличие родственников с нереализованной мечтой	Наличие семейного профессионального долга	Навязанный каким-либо членом семьи выбор профессии	Любовь к профессии у родственников	Негативное отношение к профессии родственников						
							36 / 26,28	42 / 30,66	13 / 9,49	122 / 89,05	60 / 43,80	62 / 45,26

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5	6	7
События, связанные с детьми (n = 276)	Выкидыш, аборт	Бездетность	Поздняя беременность	Тяжелая беременность и/или роды	Больной ребенок	Смерть ребенка (гибель, болезнь)
	148 / 53,62	24 / 8,70	77 / 27,90	202 / 73, 19	31 / 11,23	18 / 6,52
Повторяющиеся события в семье (семейные истории) (n = 211)	Схожая смерть родственников	Переезды семьи (скитания)	Разводы в одном и том же возрасте	Несчастливые случаи с родственниками	Повторные браки	Любовные романы и связи «на стороне»
	87 / 41,23	13 / 6,16	93 / 44,08	81 / 38,39	119 / 56,40	56 / 26,54
Здоровье (n = 309)	Хронические соматические заболевания	Алкоголизация, наркомания	Психические расстройства	Нехимические аддикции	Крепкое спортивное здоровье	Внезапное смертельное заболевание
	109 / 35,28	81 / 26,21	32 / 10,36	26 / 8,41	18 / 5,83	43 / 13,92
Карьера (n = 214)	Помешали сделать карьеру семейные обязанности	Успешная карьера	«Сломали» на работе - карьера не удалась	Ради карьеры с родственниками не считался	Карьерой никогда не интересовался	Сделал карьеру, но ненадолго
	38 / 17,76	11 / 5,14	71 / 33,18	25 / 11,68	41 / 19,16	28 / 13,08
Особые роли в семье: свои (n = 277)	«Козел отпущения»	«Замещающие» члена семьи	«Позор семьи» «Надежда семьи»	«Маленькая неудачница»	«Золушка»	«Семейный талисман, примиритель»
	41 / 14,80	45 / 16,25	48 / 17,33	59 / 21,30	34 / 12,28	50 / 18,05
Мужа	«Любовник, романтик»	«Родитель, заботящийся»	«Сын, опекаемый»	«Хозяин, ответственный»	«Товарищ, друг»	«Независимый, свободный»
	62 / 19,87	49 / 15,71	72 / 23,08	42 / 13,46	54 / 17,31	33 / 10,58
Матери	«Парентифицированный ребенок»	«Спасатель отца»	«Жертва, мученица»	«Командир, борец»	«Отстраненная, спящая, мечтательная»	Традиционные нормативные межличностные роли женщины в семье
	81 / 25,96	34 / 10,90	40 / 12,82	62 / 19,87	29 / 9,29	66 / 21, 15

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5	6	7
Отца	«Преследователь» (всех критикует, агрессия, враждебность)	«Спасатель» (всех примиряет, бросается на помощь другим)	«Жертва» (склонный к депрессии, критикующий всех и ничего не предпринимающ ий)	«Гордость семьи» (имеющий особое положение в семье из-за работы)	«Отсутствующий» (функционально неполная семья)	Традиционные нормативные межличностные роли мужчины в семье
	98 / 31,41	17 / 5,45	27 / 8,65	25 / 8,01	97 / 31,09	4 / 1,28
Бабушки (дедушки)	Формальные	«Суррогатные родители»	Источник семейной мудрости	Массовики- затейники	Отстраненные	Отсутствие прародителей
	52 / 16,67	103 / 33,01	63 / 20,19	44 / 14,10	42 / 13,46	8 / 2,56
Сиблинга (n = 43)	«Козел отпущения»	«Замещающие» члена семьи	«Позор или надежда семьи»	«Маленький неудачник»	«Любимчик»	«Семейный талисман»
	0 / 0,00	2 / 4,65	17 / 39,53	2 / 4,65	19 / 44,19	3 / 6,98
Структура семьи	Сбалансированная	Не сбалансирован ная	Жесткие внешние границы	Открытые внешние границы	Жесткие внутренние границы	Открытые внутренние границы
	105 / 33,65	207 / 66,35	121 / 38,78	113 / 36,22	89 / 28,53	117 / 37,50
Модели семьи	Патриархальная	Нео- патриархальная	Матриархальная	Детоцентрическ ая	Эгалитарная	Смешанная
	6 / 1,92	67 / 20,51	102 / 32,69	0 / 0,00	36 / 11,54	101 / 32,37

Необходимо отметить, что большинство женщин материальное положение своей семьи оценивают гораздо выше, чем материальное положение родительской, а тем более прародительской семей. Тем не менее, 61,54% из них считают, что материальное положение своей семьи можно считать терпимым. О материальном положении и, как правило, трудном, указали все испытуемые женщины во время фокусированного составления семейной генограммы.

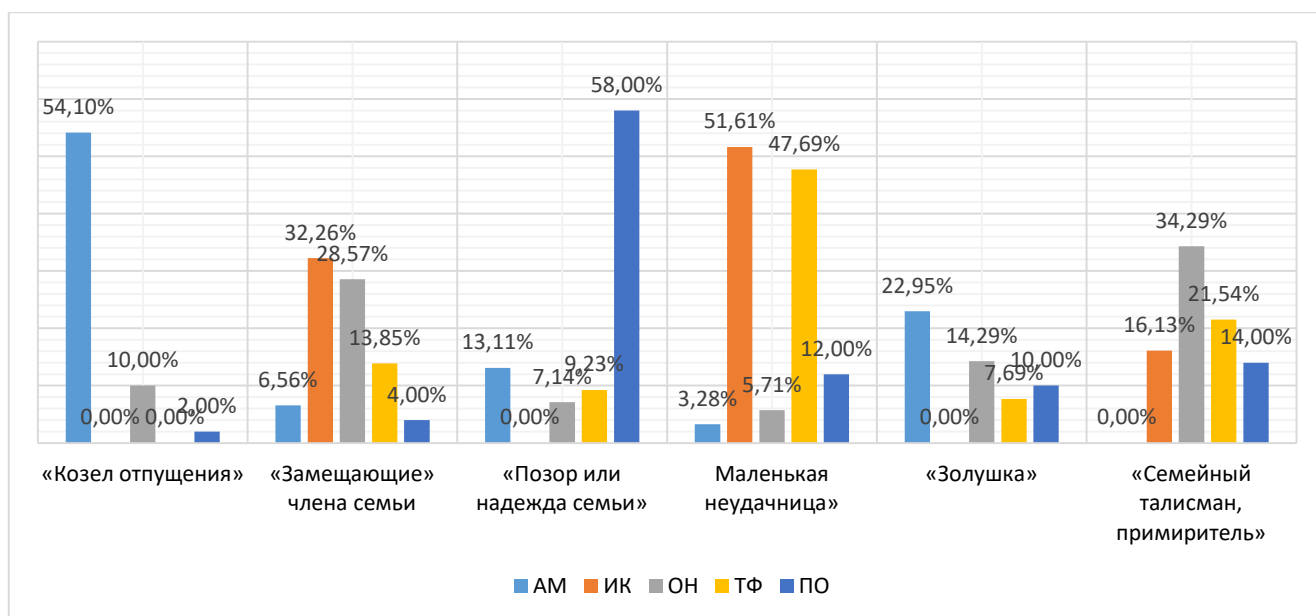
43,91% от общего количества женщин, принявших участие в нашем исследовании, при составлении генограммы упомянули о профессии и о профессиональном вопросе, встававшем в родительской семье. Из них более трети указали на наличие родственников с нереализованной мечтой (качественный анализ генограмм показал, что, как правило, такая мечта была либо у матери, с которой установились конфликтные отношения, либо, напротив, у тех лиц, с кем были связаны добрые и теплые воспоминания); около трети испытуемых отметили о наличии в семье профессиональной преемственности. При этом, почти 90% женщин считают, что их выбор профессии был навязан родительской семьей, что тяжелыми были конфликты и ссоры по вопросу выбора профессиональной деятельности.

Необходимо акцентировать внимание на том факте, что почти все обследованные нами женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения (88,46%) указали на наличие в их расширенной семье травматических событий, связанных с детьми: выкидыши, аборты, бездетность (как правило, у тех членов семьи, или дальних родственников, с которыми связаны теплые отношения), поздняя беременность и сложные роды, наличие больного ребенка в семьях родственников, гибель или смерть ребенка в раннем возрасте. Многие женщины (67,63%) склонны также и к семейным мифам, связанным с повторяющимися событиями в семье.

Так, из 211 женщин, отметивших повторяющиеся семейные истории, 44,08% указали на повторяющиеся из поколения в поколение расставания и разводы супругов; 41,23% считают, что смерти родственников очень схожи; 56,40% указали

на схожесть повторных браков и их практическую неизбежность, обусловленную семейными сценариями.

Особый интерес вызывают результаты анализа наличия в расширенной семье особых патологизирующих ролей, которые, в восприятии испытуемых женщин, им навязывали родители. О том, что в родительских семьях такие роли были, указали 88,78% женщин, принявших участие в нашем исследовании. Помимо этого, сравнительный анализ показателей особенностей семейных ролей в группах женщин с разными типологическими особенностями показал, что определенные паттерны поведения ребенка-девочки в семье, навязанные ей родителями и близким окружением, имеют определенную взаимосвязь с чертами их личности уже в зрелости (рисунок 31).



Примечание: AM – агрессивно-маскулинный тип; ИК – инфантильно-капризный тип; ОН – опекающе-назидательный тип; ТФ – тревожно-фобический тип; ПО – профессионально-ориентированный тип

Рисунок 31 – Распределение женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения с разными типологическими особенностями по характеру семейных ролей в родительской семье (n = 277)

Из рисунка видно, что большинство женщин с преобладанием агрессивно-маскулинного типа (54,10%) воспринимают свою детскую роль в родительской семье как роль «козла отпущения». Такие женщины таят обиду на своих родителей

за то, что их всегда и во всем считали виноватыми, что бы ни случилось в семье. Все негативные события были так или иначе связаны с их личностями, их поведением. Как правило, такая роль устанавливается строгой и контролирующей матерью, у которой всегда виноват ребенок и которая считает, что если бы не этот ребенок, то семья была бы просто идеальной. Причем, такие роли не назначаются другим детям, сиблингам, о чем свидетельствуют данные генограмм, составленных испытуемыми. 22,95% женщин этой группы считали себя «золушками», нелюбимыми и имеющими огромное количество обязанностей в семье.

Большинство женщин с преобладанием инфантильно-капризного типа считают, что в родительской семье им была отведена роль маленькой неудачницы (51,61%), которая должна была соответствовать представлениям родителей (я). Такие женщины отмечали, что в родительской семье им приписывали с детства полную несостоятельность; родители внушали им, что они очень маленькие, ничего не умеющие, ничего и никогда не добьются в жизни, поэтому у них единственная возможность – это удачно выйти замуж, причем, самостоятельный выбор они сделать тоже не в состоянии, что родителям самим придется заботиться о ее судьбе. Отметим, что восприятие своей роли в родительской семье как роли «маленькой неудачницы» также характерна и для многих женщин тревожно-фобического типа (47,69%).

Большинство женщин с преобладанием опекающе-назидательного типа личности (34,29%) считают, что они играли в родительской семье роль примирителя родителей, что их очень часто использовали в роли почтальона, и им самим приходилось вмешиваться в отношения между родителями. Конфликтные отношения в супружеской подсистеме их родительской семьи приводили часто к навязыванию им роли замещающего супруга (и). Занятые своей личной жизнью, родители таких женщин не осознавали, какую роль может сыграть их привлечение маленькой девочки к межсупружеским ссорам и разборкам. Уже с самого детства, по описанию 28,57% женщин данной группы, им приходилось брать на себя ответственность за семейный быт, воспитание младших братьев и сестер, за психологическое благополучие матери и/или отца, за соблюдение правил и норм

поведения семьи. Следует уточнить, что, в отличие от инфантильно-капризных женщин, среди которых около трети тоже указали на роль замещающего члена семьи, опекающе-назидательные женщины не чувствовали искренней любви к ним родителей – ни матери, ни отца.

58,00% женщин с преобладанием профессионально-ориентированного типа их личности, которые отметили на существование особых ролей в родительской семье, указали, что их всегда считали надеждой семьи. Их родители уже с самого раннего детства ждали от них невероятных побед в личностном развитии и в последующей карьере. Роль надежды семьи, однако, очень часто, при малейших неудачах, сочеталась с противоположной ролью – ролью позора семьи. В родительских семьях таких женщин был культ образования и учебы, совершенствование своего внутреннего мира. Любые успехи девочки либо возвеличивались до самого высокого уровня, либо, напротив, не замечались, а вот неуспехи были поводом для упреков родителей в напрасной их надежды на дочь.

Следует отметить, что абсолютное большинство женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения воспринимают свою родительскую семью как семью с нарушенной ролевой структурой. Во время интервьюирования такие женщины рассказывали свои семейные истории, описывая типичные паттерны поведения матери и отца, которые так или иначе отражают некие патологизирующие семейные роли. Речь идет не о конвенциональных ролях, которые в большинстве родительских семей испытуемых женщин все-таки не совсем соответствовали традиционной семейной системе и где многие конвенциональные роли приходилось играть самим женщинам, то есть детьми. Речь идет о межличностных семейных ролях как моделях поведения, принятых нормами функционирования семьи.

Например, достаточно большое количество женщин, особенно с преобладанием опекающе-назидательного типа, отмечали, что их матери очень часто сами становились детьми, требующими повышенного внимания к их состояниям от дочери. Роль «парентифицированного ребенка» матери отметили более половины испытуемых женщин с преобладанием опекающе-назидательного

типа личности. Не менее популярными материнскими ролями в родительских семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения являются роли жертвы, командира, спящей красавицы, вечного спасателя отца и сохранения семьи. Качественный анализ семейных ролевых структур показал, что в большинстве родительских семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения преобладали нарушения ролевой структуры семьи, где, помимо конвенциональных ролей, родители (до эмоционального разрыва) играли определенные роли и придерживались определенного имиджа члена семьи. Влияние отцов на воспитание дочери во многих семьях минимизировано: достаточно большое количество женщин указали на «вечно злого и недовольного», «агрессивного и скандального» отца, другие – на его и фактическое и практическое отсутствие, полное отстранение от своей воспитательной функции, третьи - об особом статусе отца, в связи с его высоким социальным положением.

Помимо этого, были выявлены нарушения границ семьи: более 30% женщин отметили, что в их родительских семьях практически не было друзей, и никто не приходил в гости; такое же количество женщин заявили, напротив, об открытых внешних границах семьи.

Следующий этап исследования был посвящен выявлению особенностей восприятия испытуемыми детско-родительских и, главным образом, детско-материнских отношений.

Исследование типа привязанности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения к родителям показало, что сформированная в детстве надежная привязанность к матери является одним из факторов, блокирующих их психологические проблемы, связанные с репродуктивной функцией и материнской сферой.

Выявлено, что абсолютное большинство женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения характеризуются ненадежным или смешанным типами привязанности к матери (рисунок 32).



Рисунок 32 – Процентное распределение женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения по типам привязанности к матери в детстве

Надежный тип привязанности к матери в детстве был выявлен только у 6,73% женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения. При этом следует отметить, что среди «агрессивно-маскулинных», «опекающе-назидательных» и «тревожно-фобических» женщин не было ни одной, кто характеризовался бы надежным типом привязанности к матери в детстве. Ни одна из таких женщин во время заполнения бланка соответствующего опросника не отметила, что в детстве чувствовала полную безопасность в присутствии мамы, что именно мама была ее надежной опорой при изучении мира, его познании, что при маме ей легче было справляться с детскими страхами и что она всегда могла рассчитывать на ее помощь.

Многие женщины, принявшие участие в нашем исследовании (26,62%), характеризуются тревожно-амбивалентной привязанностью к матери. В детстве такие женщины проявляли тревогу и испуг, если мама куда-то уходила, очень ждали ее, но, дождавшись, могли сами уходить от контакта или с нетерпением требовали такого контакта немедленно.

Тревожно-амбивалентная привязанность к матери, в восприятии женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, характерна в большей степени для тревожно-фобических женщин и в меньшей степени – профессионально-ориентированных (рисунок 33).

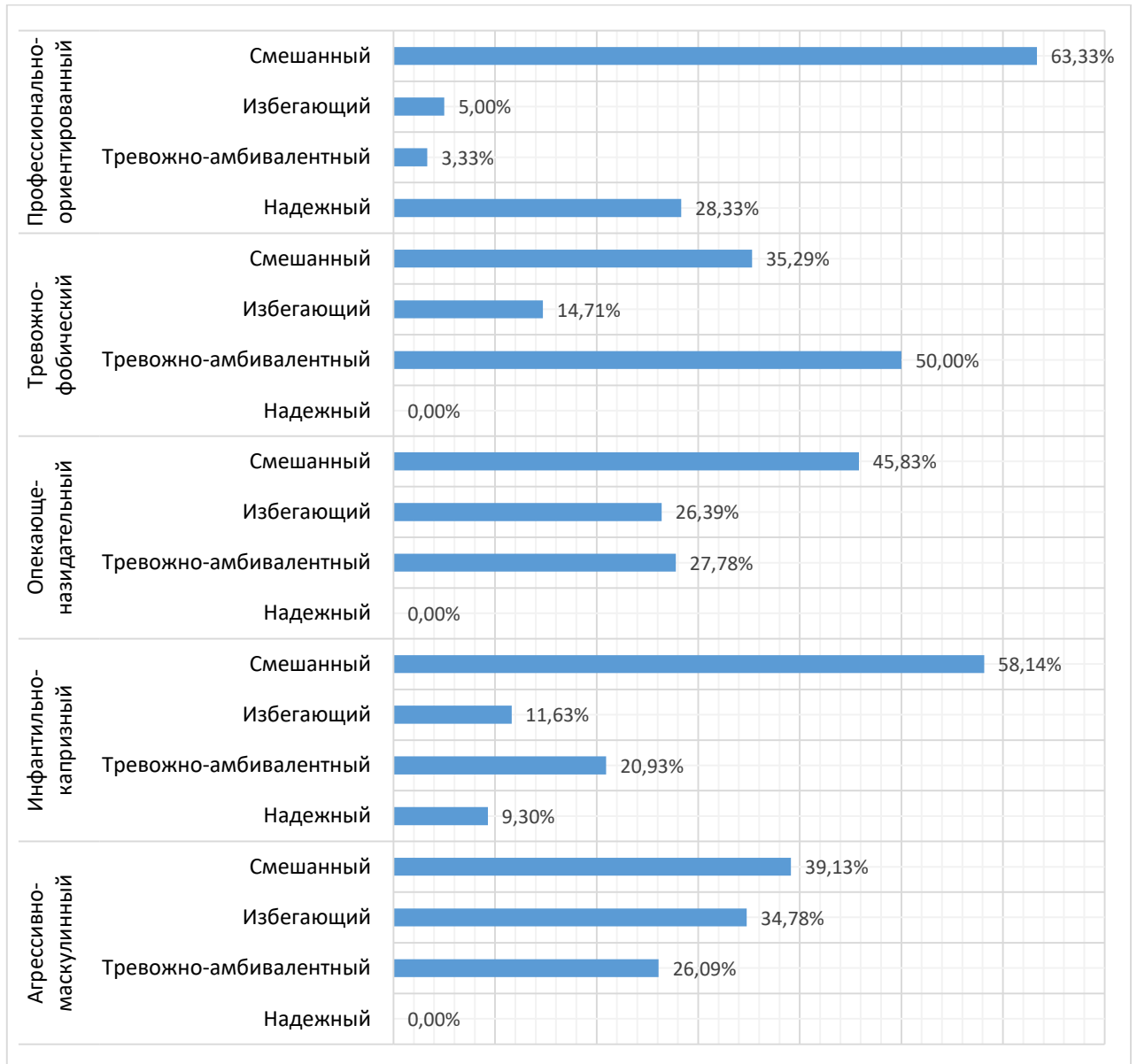


Рисунок 33 – Процентное распределение женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения с разными типологическими особенностями по типам привязанности к матери в детстве

В восприятии 28,33% профессионально-ориентированных женщин, их мать давала такое чувство безопасности, проявляя материнскую заботу и обеспечивая постоянное ощущение защищенности.

Данный факт обуславливает необходимость изучения типа привязанности к отцу у бесплодных женщин с разными типологическими особенностями.

Было выявлено, что отношения с отцами, при всем их многообразии, отличаются либо полным отвержением, либо, напротив, амбивалентностью чувств - близостью и конфликтом.

У большинства испытуемых выявлен ненадежный тип привязанности к отцам, а именно 44,55% женщин с психологическим бесплодием указали, что в детстве никак не воспринимали отца и никакой привязанности к нему не испытывали: не тревожились, когда он уходил, практически не ждали его, не искали с ним контактов, что говорит о большой дистанции с отцами женщин в детстве в родительской семье (рисунок 34).

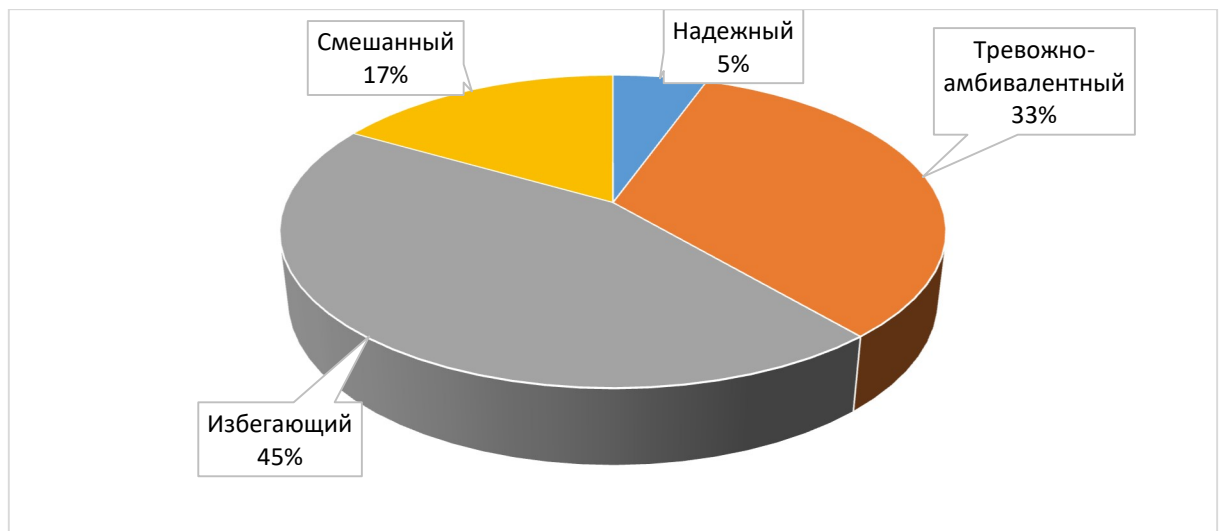


Рисунок 34 – Процентное распределение женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения по типам привязанности к отцу в детстве

Достаточно большое количество женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения (33,33%), напротив, испытывали потребность в отце, ощущали безопасность в его присутствии, тревожились, когда он уходил, ждали его. Однако такая привязанность считается ненадежной, так как отличается не только близостью, но и конфликтностью.

Надежная привязанность к отцу выявлена только в группах женщин с преобладанием инфантильно-капризного и профессионально-ориентированного типов (рисунок 35).

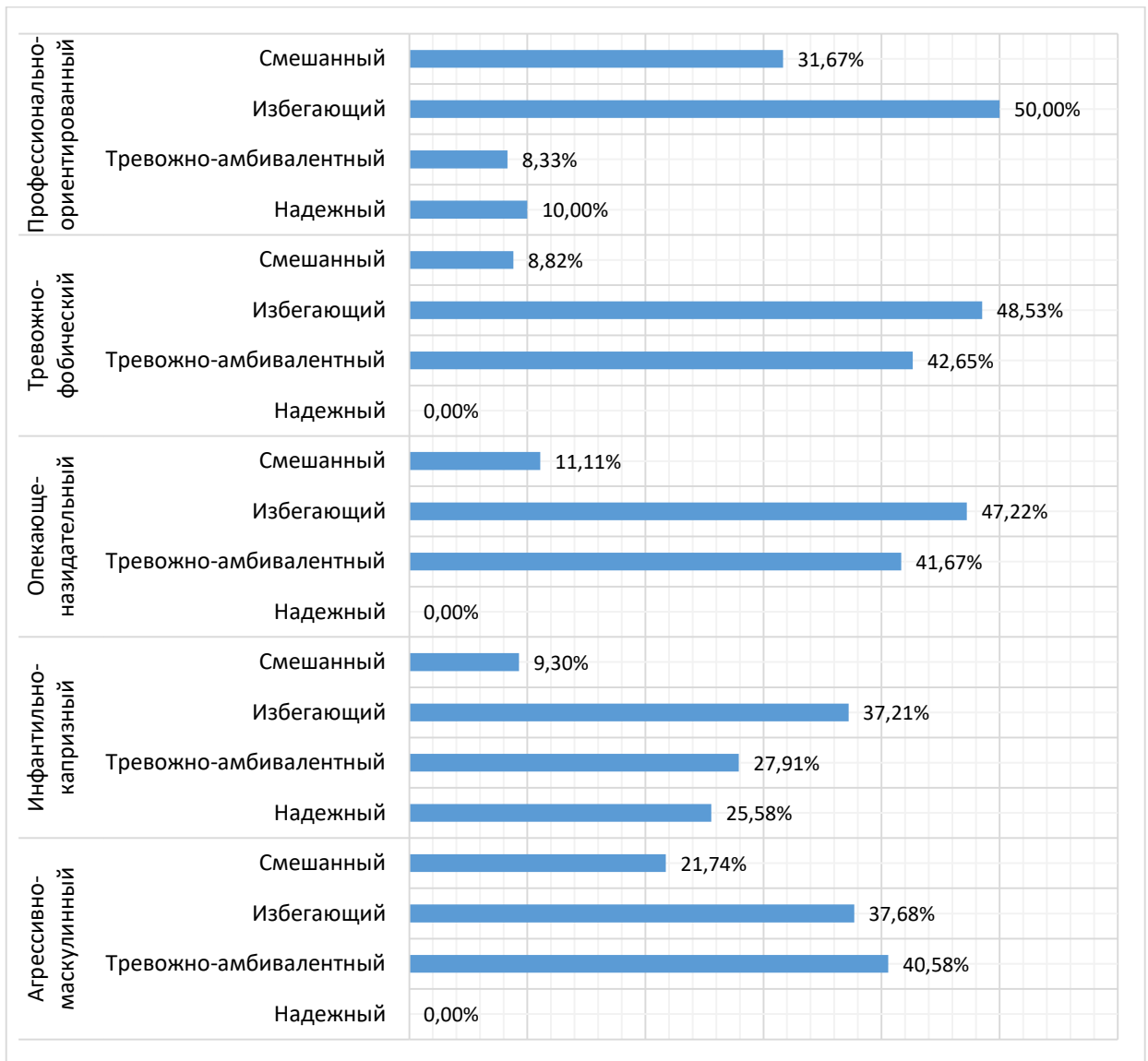


Рисунок 35 – Процентное распределение женщин с разными типологическими особенностями по типам привязанности к отцу в детстве

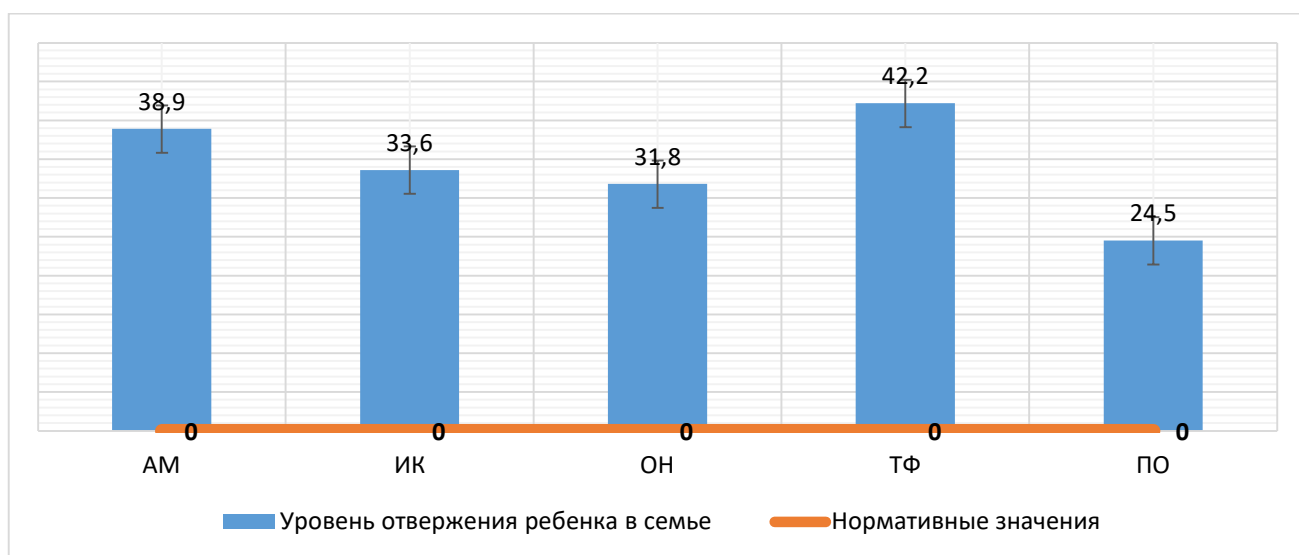
Если преобладающим типом привязанности к матери у большинства женщин является смешанный тип, когда в одинаковой степени выражены как надежный, так и ненадежные привязанности, то привязанность к отцу большинства женщин характеризуется стремлением избегать контактов с ним. Почти каждая вторая женщина с проблемами бесплодия немедицинского происхождения отметила функциональную неполноту родительской семьи, отсутствие в ней отца, точнее, формальное его присутствие и его отстраненность от воспитания дочери.

Сравнительный анализ процентных распределений испытуемых по типам их привязанности к матери показал, что статистически достоверные различия

наблюдаются между группами профессионально-ориентированных женщин и другими исследовательскими группами; по типам привязанности к отцу – инфантильно-капризными женщинами и другими исследовательскими группами.

Следующим этапом исследования стало изучение степени принятия-отвержения испытуемых женщин их родителями.

Выявлено, что в той или иной степени все женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения ощущали в детстве свою ненужность, непринятие родителями себя, их нежелание вникать в проблемы ребенка, заботиться о нем, чувствовали нелюбовь к себе (рисунок 36).



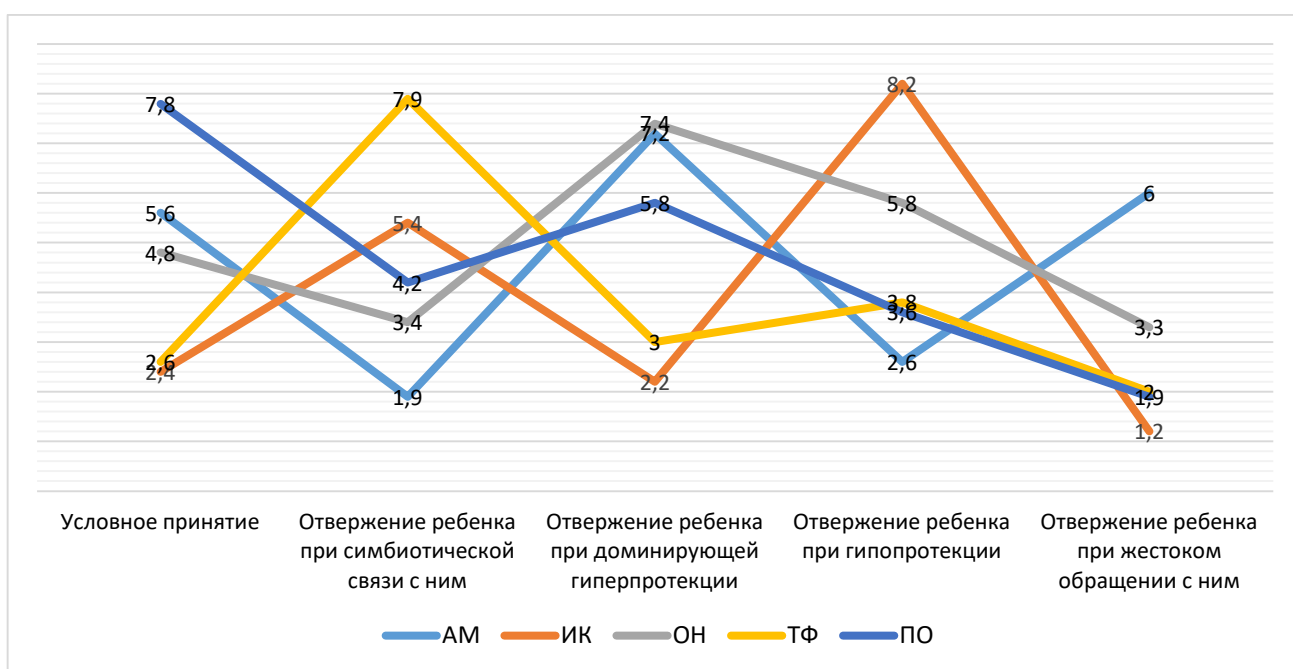
Примечание: АМ – агрессивно-маскулинный тип; ИК – инфантильно-капризный тип; ОН – опекающе-назидательный тип; ТФ – тревожно-фобический тип; ПО – профессионально-ориентированный тип

Рисунок 36 – Восприятие женщинами с проблемами бесплодия немедицинского происхождения степени их отвержения в родительской семье (среднегрупповые показатели)

Напомним, что, согласно методике Т.И. Бонкало, максимальная степень отвержения ребенка в семье фиксируется при 51 балле. В группе тревожно-фобических бесплодных женщин среднегрупповой показатель составляет 42,2, что позволяет нам говорить об ощущении практически всеми женщинами данной группы непринятия их родителями.

Анализ протоколов исследования показал, что большинство женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения считают себя нелюбимыми детьми. Они уверены, что родители во взаимодействии с ними испытывали только негативные чувства, никогда не ценили их успехи и заслуги, пророчили им никчемное будущее, что родители по большей части запрещали им быть самим собой, иметь свои увлечения и интересы, допускать свои собственные ошибки.

Эмоциональное отвержение ребенка в семье, как известно, может иметь разные формы. Сравнительный анализ среднегрупповых показателей разных форм отвержения родителями показал наличие статистически достоверных различий между группами женщин с разными типологическими особенностями (рисунок 37, таблица 17).



Примечание: АМ – агрессивно-маскулинный тип; ИК – инфантильно-капризный тип; ОН – опекающе-назидательный тип; ТФ – тревожно-фобический тип; ПО – профессионально-ориентированный тип

Рисунок 37 – Среднегрупповые показатели форм эмоционального отвержения женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения в родительской семье

В представлении многих женщин с преобладанием агрессивно-маскулинных черт личности, их родители часто мелочно придирались к ним, приписывали им негативные поступки, мысли, стремления, интересы, не доверяли им, при этом «контролировали каждый шаг». Схожие высокие значения по шкале «Отвержение при доминирующей гиперпротекции» были получены и в группе женщин с преобладанием профессионально-ориентированного типа.

Таблица 17 – Результаты сравнительного анализа показателей форм родительского отвержения в представлениях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения с разными типологическими особенностями

Формы эмоционального отвержения	Различия между группами (p)*									
	АМ-ИК	АМ-ОН	АМ-ТФ	АМ-ПО	ИК-ОН	ИК-ТФ	ИК-ПО	ОН-ТФ	ОН-ПО	ТФ-ПО
Условное принятие	0,000	0,091	0,000	0,037	0,044	0,118	0,000	0,004	0,017	0,000
Отвержение при симбиотической связи с ребенком	0,000	0,079	0,001	0,041	0,047	0,023	0,059	0,002	0,059	0,002
Отвержение при доминирующей гиперпротекции	0,000	0,104	0,032	0,068	0,000	0,092	0,022	0,032	0,061	0,000
Отвержение при гипопротекции	0,000	0,048	0,062	0,082	0,049	0,002	0,004	0,067	0,072	0,096
Отвержение при жестоком обращении с ребенком	0,000	0,049	0,000	0,000	0,083	0,082	0,096	0,073	0,058	0,077

Примечание: АМ – агрессивно-маскулинный тип; ИК – инфантильно-капризный тип; ОН – опекающе-назидательный тип; ТФ – тревожно-фобический тип; ПО – профессионально-ориентированный тип

В группе агрессивно-маскулинных женщин высокие среднегрупповые показатели были зафиксированы и по шкале «Отвержение ребенка при жестоком обращении с ним». Многие женщины при воспоминании о родительском к ним отношении отмечали строгость родителей, их раздражение при общении с ними, агрессивность по отношению к ним и строгость санкций, которые принимали родители при малейшей их провинности.

В группе инфантильно-капризных женщин высокие значения зафиксированы в показателях отвержения ребенка при скрытой гипопротекции. Многие инфантильно-капризные женщины с проблемами бесплодия немедицинского

происхождения считают, что в детстве их родители не интересовались их успехами, неудачами – их в большей степени волновали только витальные потребности ребенка. Скорее всего, здесь речь идет именно о матери таких женщин, так как показатели надежной привязанности к отцу в данной группе выше, чем во всех других исследовательских группах.

Опекающе-назидательный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения обусловлен, прежде всего, восприятием родительской позиции как их эмоциональное отвержение при доминирующей гиперпротекции. Статистически достоверных различий по данной шкале опросника не зафиксировано между группой женщин с опекающе-назидательными и агрессивно-маскулинными чертами личности.

Большинство профессионально-ориентированных женщин воспринимают родительское к себе отношение как проявление условного принятия, когда им не разрешалось быть посредственностью, когда они пытались завоевывать любовь родителей (и чаще всего, отца) через удовлетворение их желания «похвастаться» детскими заслугами перед соседями, друзьями, родственниками. Страх не оправдать ожидания родителей воспитывался у таких женщин с самого детства.

Тревожно-фобический тип женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения во многом обусловлен их восприятием родительского к себе отношения по типу отвержения при симбиотической связи. Чувства неискренности, нелюбви родителей сочетается у таких женщин с воспоминанием о стремлении родителей мелочно опекать их, заботиться о здоровье, оберегать от трудностей, стремлении скрывать правду, не видеть их взросления, постоянно навязывать им представление об их «хрупком» здоровье, напоминать им об их «жалкости», а попытки уйти от мелочной опеки расценивались просто как «дурное» влияние кого-то из окружения.

Таким образом, восприятие женщинами, испытывающими трудности в зачатии ребенка и характеризующимися психологической неготовностью к материнству, отношения к ним родителей отличается, в зависимости от их

типологических особенностей - общим же является то, что они не чувствовали в детстве родительской любви, искренности и доверительной близости.

В процессе исследования представлений женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения особенностей детско-родительских отношений в их родительской семье были выявлены определенные признаки негармоничного семейного воспитания.

С помощью модифицированного нами опросника Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса было выявлено, что нарушения семейного воспитания, негармоничные его стили являются одними из доминирующих факторов, обуславливающих внутреннюю сопротивляемость женщины беременности и рождению ребенка (таблица 18).

Таблица 18 – Результаты исследования восприятия женщинами стиля их семейного воспитания

Показатели	АМ	ИК	ОН	ТФ	ПО
Г+ (> 6)	1,4 ± 0,1	4,6 ± 0,3	1,8 ± 0,2	4,4 ± 0,5	3,8 ± 0,4
Г- (> 7)	4,7 ± 0,6	1,9 ± 0,2	4,6 ± 0,5	2,2 ± 0,3	3,4 ± 0,4
У+ (> 7)	1,6 ± 0,2	4,8 ± 0,5	2,0 ± 0,2	4,2 ± 0,6	3,9 ± 0,5
У- (> 3)	2,2 ± 0,2	0,6 ± 0,09	2,6 ± 0,3	1,2 ± 0,1	1,6 ± 0,2
Т+ (> 3)	3,6 ± 0,4	0,8 ± 0,1	3,9 ± 0,5	2,6 ± 0,3	2,6 ± 0,3
Т- (> 3)	0,0	0,8 ± 0,08	1,2 ± 0,2	1,2 ± 0,1	1,4 ± 0,2
З+ (> 3)	3,4 ± 0,4	1,2 ± 0,2	1,8 ± 0,2	2,2 ± 0,3	3,0 ± 0,4
З- (> 2)	0,0	2,2 ± 0,3	0,6 ± 0,06	1,4 ± 0,4	0,6 ± 0,07
С+ (> 3)	4,0 ± 0,5	1,6 ± 0,2	3,3 ± 0,4	1,8 ± 0,2	2,0 ± 0,2
С- (> 3)	0,2 ± 0,03	2,6 ± 0,3	1,2 ± 0,2	2,4 ± 0,3	1,2 ± 0,2
Н (> 5)	4,4 ± 0,5	2,2 ± 0,2	4,6 ± 0,5	5,2 ± 0,6	2,0 ± 0,2
РРЧ (> 5)	1,4 ± 0,2	4,8 ± 0,6	2,0 ± 0,2	4,6 ± 0,6	3,2 ± 0,4
ПДК (> 3)	0,0	3,6 ± 0,4	0,0	2,4 ± 0,3	0,6 ± 0,09
ВН (> 4)	1,8 ± 0,2	3,0 ± 0,3	4,6 ± 0,5	2,8 ± 0,4	2,6 ± 0,3
ФУР (> 5)	0,0	0,8 ± 0,09	0,0	4,8 ± 0,6	1,2 ± 0,2
НРЧ (> 6)	5,6 ± 0,6	4,4 ± 0,5	4,2 ± 0,4	3,8 ± 0,5	4,0 ± 0,4
ПНК (> 3)	3,2 ± 0,3	2,6 ± 0,3	2,2 ± 0,3	2,0 ± 0,2	2,9 ± 0,3
ВК (> 3)	2,8 ± 0,3	2,0 ± 0,2	3,2 ± 0,4	1,2 ± 0,1	2,0 ± 0,2
ПМК / ПЖК (> 3)	2,4 ± 0,3	2,0 ± 0,2	2,2 ± 0,4	1,6 ± 0,2	1,4 ± 0,2

Примечание: использованы сокращения авторов методики

Попарное сравнение среднегрупповых показателей особенностей семейного воспитания женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения свидетельствует о наличии статистически достоверных различий между группами.

Так, например, среднегрупповые показатели чрезмерных санкций, которые предъявляются к ребенку, значимо выше в группе женщин с преобладанием агрессивно-маскулинного типа, чем в других группах; показатели фобии утраты ребенка – в группе тревожно-фобических женщин; предпочтение во взрослом ребенке детских качеств – в группе инфантильно-капризных женщин, а воспитательная неуверенность родителей – в группе опекающе-назидательного типа женщин. Качественный анализ результатов проведенного исследования позволяет говорить о том, что определенные нарушения семейного воспитания обуславливают формирование типологических особенностей личности женщины, акцентуации определенных ее свойств и характеристик.

3.3 Взаимосвязь особенностей восприятия родительской семьи и вариативных особенностей личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

Заключительный этап эмпирического исследования включал в себя корреляционные анализы показателей особенностей восприятия женщинами с проблемами бесплодия немедицинского происхождения своей родительской семьи и степени выраженности у них типологических черт личности.

В связи с маленькими исследовательскими выборками, состоящими из женщин с преобладанием того или иного психологического типа их личности, факторные анализы были бы недействительными.

Вследствие этого корреляционному анализу были подвергнуты показатели, вошедшие в один из факторов, выявленных на этапе разработки типологии женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения (приложение В).

В результате проведенного исследования была предпринята попытка раскрыть психологические механизмы влияния образа родительской семьи на материнскую сферу личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, ее психологическую готовность к материнству и исполнению социальной роли матери.

Общими для всех типов женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения являются механизмы подражания и воспроизведения, определяющие разные модели неосознаваемого сопротивления ими наступлению беременности.

Механизм воспроизведения может быть произвольным и непроизвольным. Произвольное воспроизведение заключается в осознанном намерении повторить паттерны семейного взаимодействия как образца поведения членов семьи. В основе непроизвольного воспроизведения лежат иные процессы и иные установки. Неосознаваемая тенденция воспроизводить в своей собственной семье модели родительской семьи отмечалась многими исследователями в области семейной психологии и психотерапии. Э. Берн такой механизм описывал как процессы создания образца межсупружеского взаимодействия, его проигрывание и избрание партнера по аналогии с таким образцом.

О закономерности повторения семейных сценариев, о влиянии антисценариев на семейную жизнь женщины свидетельствуют многочисленные исследования в области психологии семьи и семейных отношений.

В результате качественного анализа эмпирических данных нами были представлены схемы, описывающие механизмы влияния образа родительской семьи женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения на формирование их личности, то есть общих и вариативных личностных особенностей, которые могут служить основой для разработки действенных программ психологической помощи таким женщинам. Разработка таких программ может осуществляться с учетом типологических особенностей женщин, обусловленных семейной ситуацией их развития.

Так, на нижеследующем рисунке представлен механизм развития личности женщины с преобладанием агрессивно-маскулинного типа, сочетающегося с психологической неготовностью ее к материнству (рисунок 38).

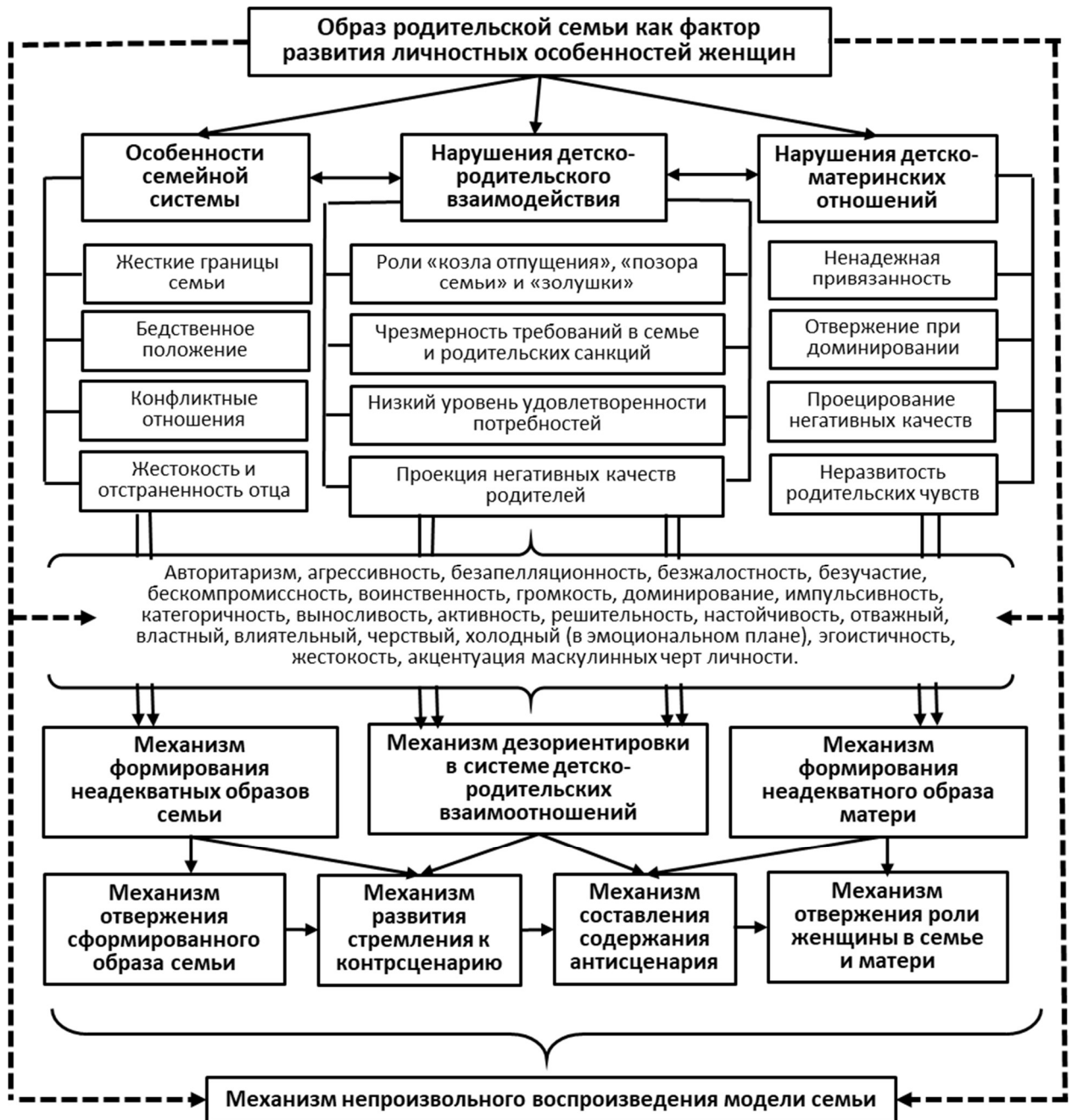


Рисунок 38 – Механизмы влияния образа родительской семьи на развитие агрессивно-маскулинного типа женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

Таким образом, агрессивно-маскулинный тип женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения обусловлен таким образом

родительской семьи, который характеризуется конфликтными взаимоотношениями, связанными с низким материальным положением семьи, жестоким обращением членов семьи друг с другом и с ребенком-девочкой, навязыванием ей роли «козла отпущения», «золушки» или «позора семьи», избегающей привязанностью к матери и отцу, чрезмерностью требований родителей при строгости родительских санкций в связи с неразвитостью их родительских чувств и стремлением к проецированию своих негативных качеств на ребенка.

Такое восприятие семейных и детско-родительских отношений запускает механизмы формирования неадекватных (искаженных) образов семьи, механизмы дезориентации в идеальных образах детско-родительских отношений, образа матери, ее роли, поведения, переживаний, чувств, потребностей, мотивов. Искраженный образ семьи становится источником его отвержения и развитию стремления такой женщины к контрсценариям и антисценариям, что и обуславливает ее психологическую неготовность к материнству.

Инфантильно-капризный тип личности женщин формируется в семье с противоположными характеристиками родителей (рисунок 39).

Инфантильно-капризный тип женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения детерминирован ее эмоциональным отвержением в родительской семье при потворствовании отца и гипопротекции матери, навязывания ей роли «маленькой неудачницы» и предпочтении во взрослеющей дочери детских качеств личности, в сочетании с культивированием материальных семейных ценностей и лишения ее самостоятельности выбора.

Семья воспринимается как закрытая система с размытыми внутренними границами. При этом, культ отца как единственного кормильца и «добытчика» является источником лицемерного и дистантного к нему отношения. Отец, в представлении таких женщин, разрешает абсолютно все любимой дочери, поощряя ее капризы и воспитывая в ней те же материальные ценности, которые культивируются в семье.

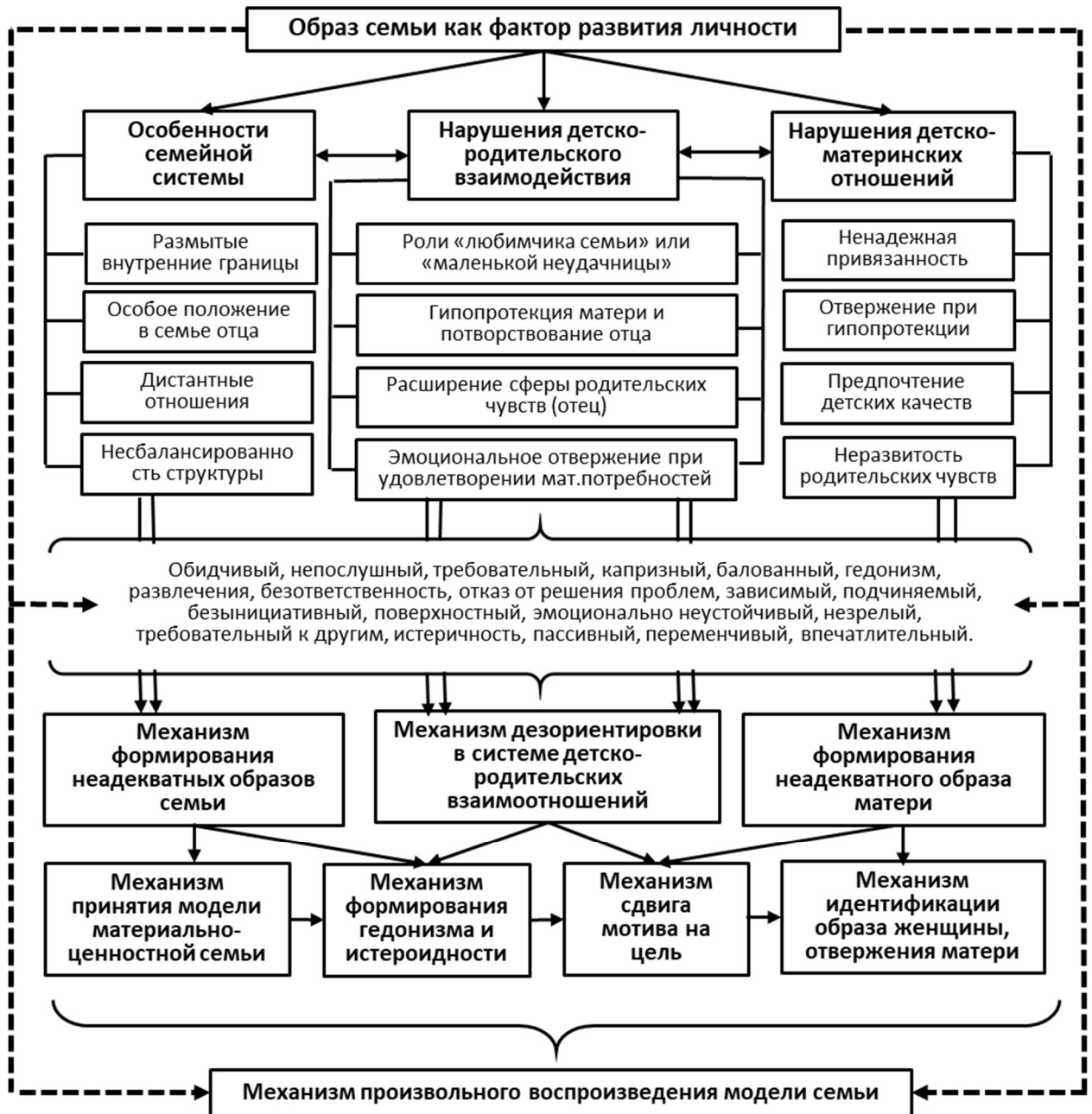


Рисунок 39 – Механизмы влияния образа родительской семьи на развитие капризно-инфантильного типа личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

Такие женщины ощущают отсутствие близости в детско-родительском взаимодействии, свое эмоциональное отвержение при «наигранности» матери и отца, отсутствие искренности в их взаимоотношениях. Отсюда и дезориентация в представлениях об идеальном родителе и его поведении, нежелание повторения такого сценария в сочетании с неспособностью отойти от него.

Механизмы и закономерности формирования опекающе-назидательного типа женщины, которая всю потребность в материнстве удовлетворяет за счет опеки над супругом и материнской заботы о нем, представлены на рисунке 40.

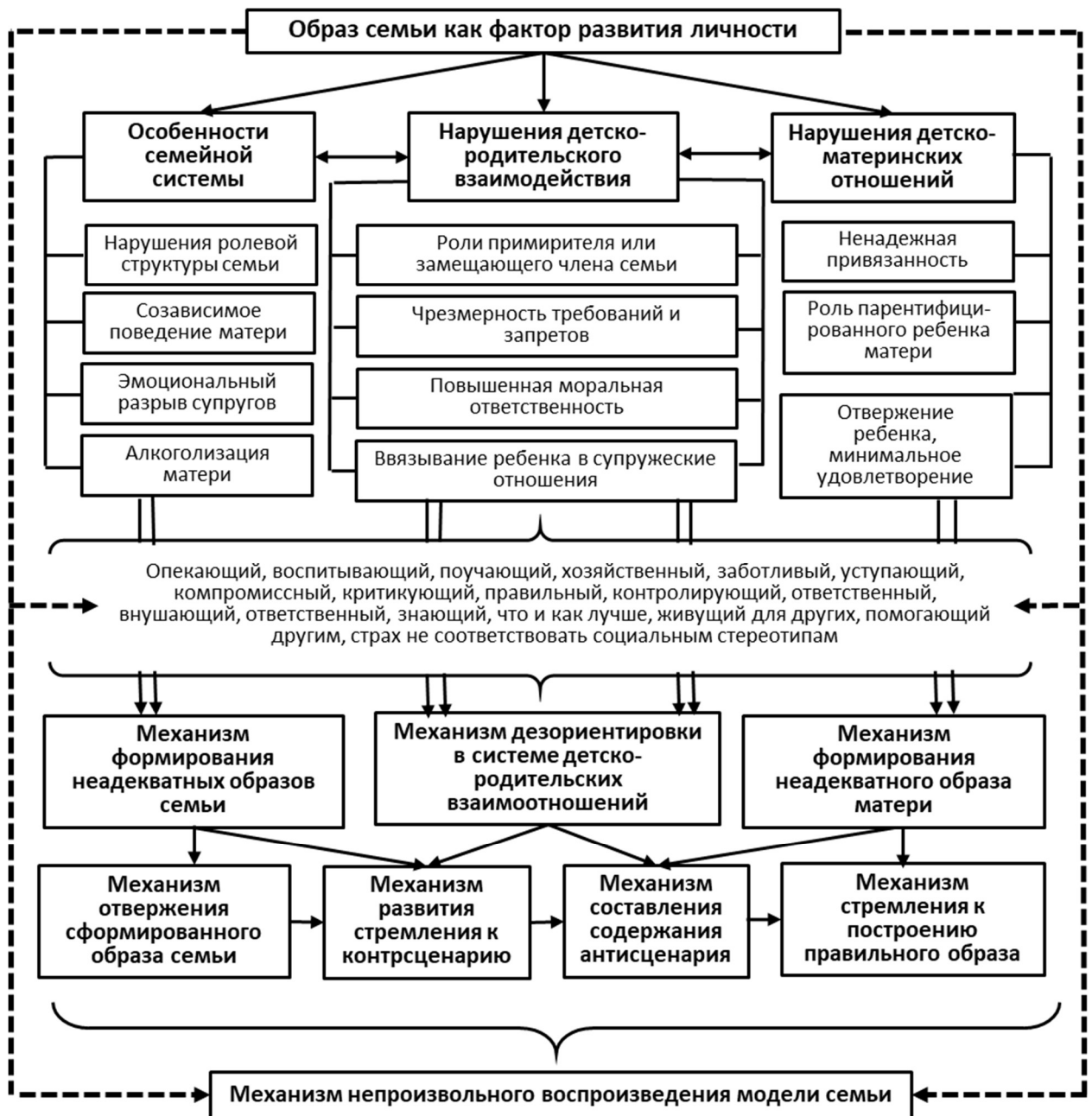


Рисунок 40 – Механизмы влияния образа родительской семьи на развитие опекающе-назидательного типа личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

Опекающе-назидательный тип женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения формируется в семьях с конфликтными отношениями родителей и созависимым поведением матери и обусловлен

повышенной моральной ответственностью формирующейся личности женщины в родительской семье с перекладыванием на нее родительской ответственности и вовлечением ее в сферу супружеских отношений. Формирование такой личности происходит, как правило, в проблемных многодетных семьях, где мать демонстрирует свою несчастливую жизнь, требует от ребенка жалости, понимания, эмоционального отклика на ее жизненные страдания, навязывает ей убеждения в несправедливости мира, предрекая ей ту же жизнь, если она повторит ее ошибки. При этом, повышенная моральная ответственность, разделяемая всеми членами семьи, в том числе и прародителями, выражается в наличии чрезмерных требований к ребенку, запретов в сочетании с невниманием к ее детским потребностям. Отношение к матери, как правило, пропитано жалостью, с одной стороны, а с другой – ее образ, связанный, прежде всего, с созависимым поведением и полным подчинением себя выяснению супружеских отношений, порождает стремление дочери не повторять ее ошибок, быть правильно воспитанной и заботливой, а всю свою любовь, в силу ненадежного типа привязанности к матери и избегающей привязанности к отцу, отдает своему супругу, навязывая ему свою заботу и опеку.

Несформированный или неадекватный образ матери характерен и для женщин с преобладанием тревожно-фобических черт личности.

Результаты качественного анализа эмпирических данных позволяет говорить о том, что тревожно-фобический тип женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения формируется под влиянием тревожно-амбивалентной привязанности к матери и избегающей привязанности к отцу, установления матерью симбиотической связи с дочерью при доминировании и мелочной опеки над ней, предъявлении к ней высоких требований, чрезмерного количества запретов, в связи с ее фобией утраты ребенка (рисунок 41).

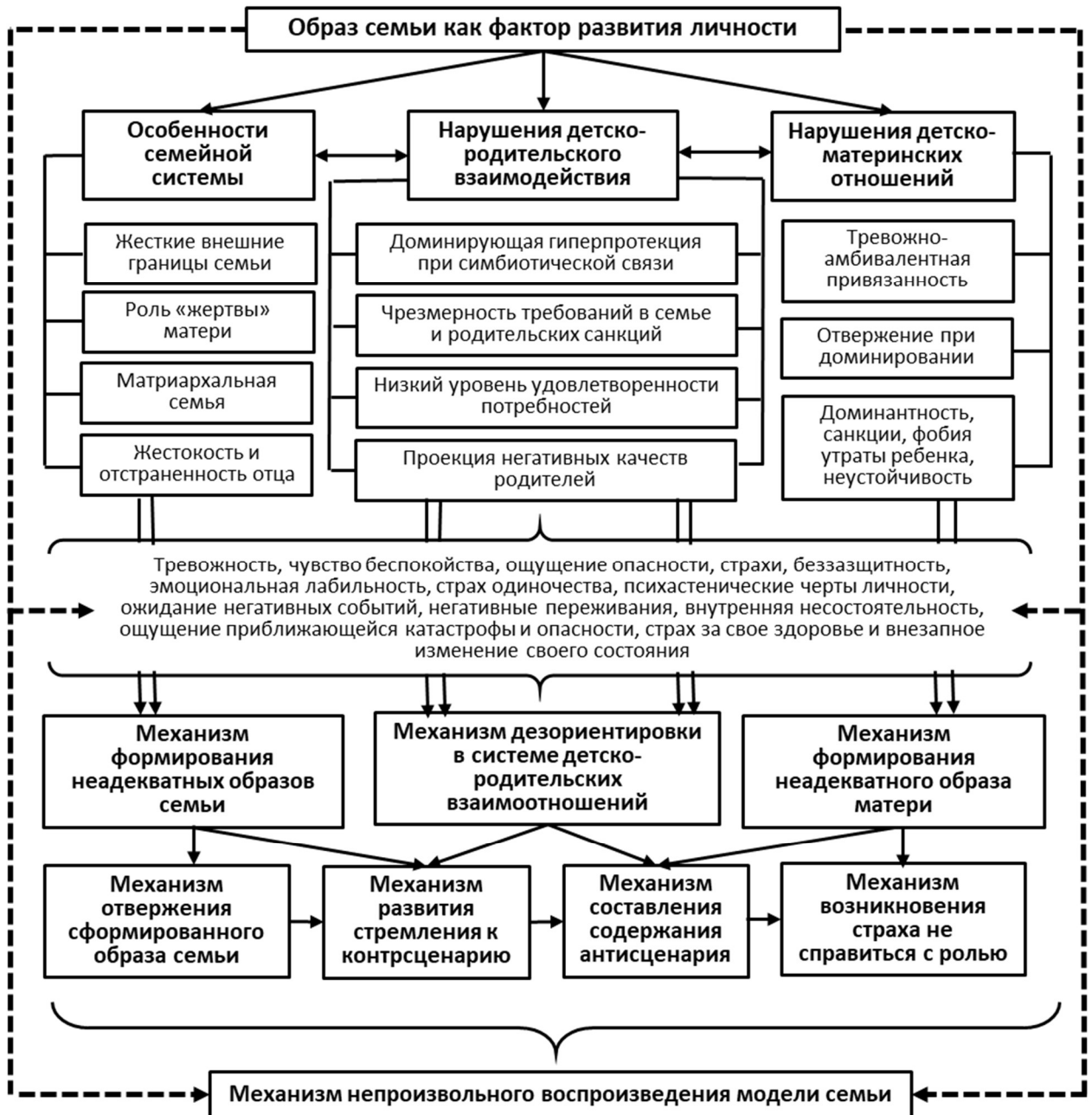


Рисунок 41 – Механизмы влияния образа родительской семьи на развитие тревожно-фобического типа личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

Профессионально-ориентированный тип женщин, психологически не готовых к материнству и исполнению социальной роли матери, обусловлен завышенными требованиями родителей к ее профессиональному развитию, навязыванием ей роли «надежды семьи», культивированием ценностей самосовершенствования и саморазвития при требовательности быть совершенным и не опозорить честь семьи (рисунок 42).

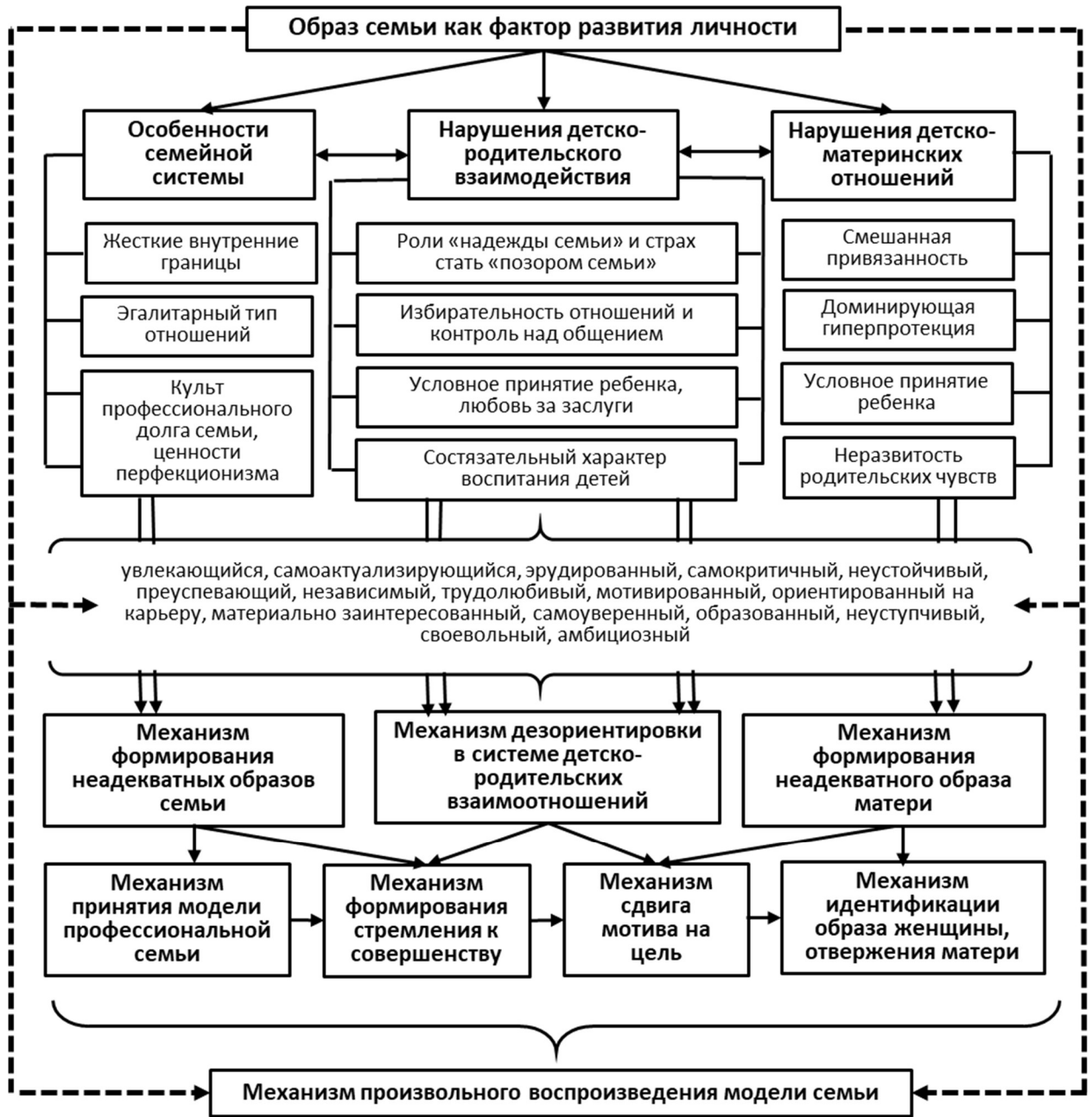


Рисунок 42 – Механизмы влияния образа родительской семьи на развитие профессионально-ориентированного типа личности женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения

Профессионально-ориентированный тип женщины обусловлен условным принятием и чрезмерным вниманием родителей к достижениям ребенка, связанным с нереализованной мечтой матери, потерей профессиональной карьеры из-за рождения ребенка, навязыванием чувства профессионального долга семьи.

В процессе исследования выявлено, что механизм воспроизведения модели родительской семьи в одних случаях может быть произвольным, в других случаях – непроизвольным. Произвольное воспроизведение характерно для женщин с преобладанием инфантильно-капризного и профессионально-ориентированного типов женщин, непроизвольное, основанное на отвержении образа семьи и детско-родительского взаимодействия – для агрессивно-маскулинного, тревожно-фобического и опекающе-назидательного типов женщин.

Доминирующими факторами психологической неготовности женщины к материнству и выполнению социальной роли матери, ее сопротивляемости зачатию и рождению ребенка, что характерно для всех типов женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, являются нарушения семейной структуры родительской семьи, и главным образом ролевой структуры семьи, ее социальный статус, материальное положение, повторяющиеся жизненные истории, а также восприятие детско-родительских отношений как негармоничных и недостаточно теплых, представление о матери как о человеке, эмоционально холодном или, напротив, эмоционально лабильном, с неустойчивыми чертами личности.

Основными механизмами развития психологической неготовности женщины к материнству являются механизмы дезориентировки в системе детско-родительских отношений, формирования неадекватных моделей семьи и образов матери, механизмы их отвержения, создания анти- и контрсценариев, обуславливающие процессы непроизвольного и произвольного их воспроизведения.

Выводы по главе 3

В результате проведенного исследования было выявлено, что:

1. Типологические особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения определяют характер межсупружеских отношений, где наблюдаются напряженность, ярко выраженная или латентная конфликтность, вызванная разным субъективным восприятием степени благополучия брака.

2. Чувство вины за нарушения репродуктивной функции, беспокойство по поводу отсутствия беременности, самообвинения и самоуничижение в одних случаях проявляются в стремлении женщины обвинить во всем своего партнера, в других случаях – в желании переключить свое внимание на другие сферы жизнедеятельности или в нарастании проблем со здоровьем и тревожными ожиданиями.

3. Неспособность супругов продуктивно совладать со стрессом, вызванным трудностями с зачатием ребенка, неумение поддерживать друг друга, принимать адекватные решения, направленные на ослабление нервно-психического напряжения у каждого из членов семьи, опосредованный тип внутрисемейной коммуникации могут стать дополнительным источником внутренней, психологической сопротивляемости женщины наступлению беременности и рождению ребенка.

4. Агрессивно-маскулинный тип женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения обусловлен таким образом родительской семьи, который характеризуется конфликтными взаимоотношениями, связанными с ее низким материальным положением, жестоким обращением членов семьи друг с другом и с ребенком-девочкой, навязыванием ей роли «козла отпущения», «золушки» или «позора семьи», избегающей привязанностью к матери и отцу, чрезмерностью требований родителей при строгости родительских санкций в связи

с неразвитостью их родительских чувств и стремлением к проецированию своих негативных качеств на ребенка.

5. Инфантильно-капризный тип женщины детерминирован ее эмоциональным отвержением в родительской семье при потворствовании отца и гипопротекции матери, навязыванием ей роли «маленькой неудачницы» и предпочтением во взрослеющей дочери детских качеств личности, в сочетании с культивированием материальных семейных ценностей и лишении ее самостоятельности выбора.

6. Опекающе-назидательный тип женщины формируется в семьях с конфликтными отношениями родителей и созависимым поведением матери и обусловлен повышенной моральной ответственностью формирующейся личности женщины в родительской семье с перекладыванием на нее родительской ответственности и вовлечением ее в сферу супружеских отношений.

7. Тревожно-фобический - формируется под влиянием тревожно-амбивалентной привязанности к матери и избегающей привязанности к отцу, установления матерью симбиотической связи с дочерью при доминировании и мелочной опеки над ней, предъявления к ней высоких требований, чрезмерного количества запретов, в связи с ее фобией утраты ребенка.

8. Профессионально-ориентированный тип женщины обусловлен условным принятием и чрезмерным вниманием родителей к достижениям ребенка, связанным с нереализованной мечтой матери, потерей профессиональной карьеры из-за рождения ребенка, навязыванием чувства профессионального долга семьи.

9. Доминирующими факторами психологической неготовности женщины к материнству, ее страха зачатия и рождения ребенка являются нарушения семейной структуры родительской семьи, ее социальный статус, жизненные истории, а также восприятие детско-родительских отношений как негармоничных и недостаточно теплых, представление о матери как о человеке, эмоционально холодном или, напротив, эмоционально лабильном, с неустойчивыми чертами личности.

10. Общими для всех типов женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения являются механизмы подражания и

воспроизведения, определяющие разные модели неосознанного сопротивления ими наступлению беременности.

Механизм воспроизведения может быть произвольным и непроизвольным. Произвольное воспроизведение заключается в осознанном намерении повторить паттерны семейного взаимодействия как образца поведения членов семьи. В основе непроизвольного воспроизведения лежат иные процессы и иные установки.

11. Основными механизмами развития психологической неготовности женщины к материнству являются механизмы дезориентировки в системе детско-родительских отношений, формирования неадекватных моделей семьи и образов матери, механизмы их отвержения, создания анти- и контрсценариев, обуславливающие процессы непроизвольного и произвольного их воспроизведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей диссертационной работе был проведен теоретический анализ проблем женского бесплодия немедицинского происхождения, с целью выявления современного знания о влиянии образа родительской семьи и особенностей взаимоотношений с супругом на репродуктивную и материнскую сферы личности женщин, психологически не готовых стать матерью, проведены три серии эмпирического исследования на разных исследовательских выборках, с целью определения роли образа родительской семьи, основанного на особенностях восприятия семейных и детско-родительских отношений на развитие типологических особенностей женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

В результате исследования были решены следующие задачи:

— раскрыты сущность и содержание понятий «образ родительской семьи» и «проблемы бесплодия немедицинского происхождения» во взаимосвязи с особенностями личности женщин, испытывающих проблемы бесплодия немедицинского происхождения;

— выявлены общие для всех женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения особенности их личности, проявляющиеся в межличностном взаимодействии с другими людьми и миром в целом и отражающие высокий уровень перфекционизма, в сочетании с личностной незрелостью, сниженный уровень доверия к миру, убежденности в его благосклонности;

— раскрыты особенности отношения к материнству и роли матери женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, особенности образов семьи, матери и будущего ребенка, которые отличаются схематичностью и абстрактностью представлений, неадекватностью и социальной нормативностью, не соотносящиеся с реальными детско-родительскими отношениями;

— на основании кластерного анализа характеристик женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения предложена классификация их типов, в основе которой лежит учет особенности их ценностных ориентаций, стиля взаимодействия с другими людьми, позиции в общении, представлений об идеальном родителе и идеальном ребенке;

— в результате факторного анализа раскрыты типологические особенности женщин с преобладанием агрессивно-маскулинного, инфантильно-капризного, опекающе-назидательного, тревожно-фобического и профессионально-ориентированного типов, которые отражают их многообразие и неоднородность;

— изучены особенности межсупружеского взаимодействия в семьях женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения и на основе сравнительного анализа соответствующих показателей, выявленных в группах женщин с преобладанием того или иного типа их личности, раскрыта закономерность латентного влияния межсупружеского взаимодействия на психологическую готовность к материнству;

— с помощью биографического метода, метода фокусированной семейной генограммы, проведено исследование особенностей восприятия женщинами с проблемами бесплодия немедицинского происхождения своей родительской расширенной семьи, ее общей атмосферы, структуры, моделей супружеского и детско-родительского взаимодействия, особенностей личности матери и материнского отношения, повторяющихся семейных событий и семейных историй, в результате чего определены механизмы их влияния на развитие индивидуально-типологических особенностей женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения.

Подтверждение гипотез исследования отражается в следующих его результатах:

1. Женщины, испытывающие трудности в зачатии ребенка и его вынашивании не по медицинским, а по иным (психологическим) причинам, характеризуются психологической неготовностью к материнству, что проявляется в их неадекватной мотивации иметь ребенка, несформированности реальных

позитивных и конкретизированных образов идеального родителя, образов семьи и детско-родительских отношений, искажении представлений о будущем ребенке и неопределенности своей реакции на изменения образа жизни, связанного с его рождением.

2. Женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, психологически не готовые к материнству и имеющие искаженное представление о ее роли в их жизнедеятельности, характеризуются общими и вариативными чертами личности: при повышенном уровне перфекционизма, в сочетании с личностной незрелостью, неприятием других и сниженной степенью выраженности базовых убеждений, женщины с проблемами бесплодия немедицинского происхождения отличаются друг от друга системой их ценностных ориентаций, стилями межличностного взаимодействия, ролевыми позициями в общении с другими людьми, степенью выраженности психологического пола личности и представлениями о своей будущей роли матери.

3. Типологические особенности личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения детерминируют характер межсупружеского взаимодействия, который может выступать дополнительным источником латентного и неосознанного сопротивления женщины наступлению беременности, и детерминированы, в свою очередь, особенностями восприятия своей родительской семьи и детско-родительских отношений.

4. Основными психологическими механизмами, блокирующими развитие психологической готовности женщины к материнству, являются механизмы дезориентировки в системе семьи, отвержения ее образов, что проявляется в процессах произвольного и неосознаваемого их воспроизведения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамова, А.А. Культура родительства современности: основные противоречия и инновационные тенденции / А.А. Абрамова // Культура на рубеже эпох: сборник научных трудов. – Москва, 2011. Вып. 7. — С. 12 – 24.
2. Абрамченко, В.В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. – Петрозаводск: Интел Тек, 2004. – 350 с.
3. Адлер, А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / А. Адлер; пер. с англ. А.А. Валеева и Р.А. Валеевой. — Ростов н /Д: Феникс, 1998. — 448 с.
4. Айзятулова, Э.М. Личностные особенности, отношение к болезни, уровень тревожности у женщин в бесплодном браке / Э.М. Айзятулова // Медицинская психология. – 2013. — № 3. – С. 24 – 29
5. Аккерман, Н. Теория семейной динамики / Н. Аккерман // Семейная психотерапия: Хрестоматия / сост.: Э. Г. Эйдемиллер и др. – Санкт-Петербург: Питер, 2000. – С. 60 – 75
6. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – Москва: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
7. Алешина, Ю. Е., Волович, А. С. Проблемы усвоения ролей мужчины и женщины / Ю. Е. Алешина, А. С. Волович // Вопросы психологии. – 1991. – № 4. – С. 74 – 82.
8. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – Санкт-Петербург: Питер, 2001.– 288 с.
9. Ананьев, В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. – Санкт-Петербург: Речь, 2006.- 384 с.
10. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г. М. Андреева. – Москва, 1988. – 457 с.

11. Анохин, Л.В. Медико-социальные последствия бесплодия / Л.В. Анохин, О. Е. Коновалов // *Здравоохранение РФ.* – 1994. — №1. – С. 16 – 20.
12. Анцыферова, Л.И. Мудрость и ее проявления в разные периоды жизни человека / Л. И. Анцыферова // *Психологический журнал.* – 2004. – Т.25. – №3. – С.17-24
13. Апресян, С. В. Медико-психологические аспекты бесплодия / С.В. Апресян, А.А. Абашидзе, В.Ф. Аракелян // *Акушерство. Гинекология. Репродукция.* – 2013. – № 1. – С. 8–9
14. Асмолов, А. Г. Психология личности. Культурно-историческое понимание развития человека / А. Г. Асмолов. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: Смысл; Издательский центр «Академия», 2007. – 526 с.
15. Балзам, Р. Мать внутри матери / Р. Балзам // *Журнал практической психологии и психоанализа.* – 2005. – № 2. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2885>
16. Баркова, Л.А. Феномен материнства как духовная ценность современного российского общества: автореф. дис...канд. философ. наук. — Москва, 2019.
17. Батуев, А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства / А.С. Батуев. // *Психология сегодня. Ежегодник Российского психологического общества.* – 1996. Т.2. – Вып. 4. – С.69 – 70/
18. Бежина, Хр.В. Опыт бесплодия как фактор трансформации психологической структуры социальной идентичности беременной женщины / Хр.В. Бежина // *Научные проблемы гуманитарных исследований.* – 2011. – №2. – С.112-117
19. Бежина, Х.В. Структура социальной идентичности женщин с нарушениями репродуктивной функции: автореферат канд. псих. наук. – Ярославль, 2013
20. Белинская, Е.В. Психологические особенности женщин, страдающих бесплодием / Е.В. Белинская // *Педагогика и психология: актуальные вопросы*

теории и практики: Материалы междунар. науч.-практ. конф. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2013. – С. 148-151.

21. Берг-Кросс, Л. Терапия супружеских пар / Л. Берг-Кросс. – Москва: Изд-во Института психотерапии, 2004. – 528 с.

22. Берн, Э. Игры, в которые играют люди: Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры: Психология человеческой судьбы / Э. Берн; под ред. М. С. Мацковского. – Москва: Прогресс, 1988. – 400 с.

23. Блох, М.Е. Психосоциальные особенности женщин с нарушением репродуктивного здоровья, ассоциированных с гинекологической патологией / М.Е. Блох, В.В. Русановский, И.Н. Удодова, А.И. Красавин, Г.В. Русановский // Приоритетные направления развития науки и технологий: доклады 11 Всероссийской научно-технической конференции. – Тула, 2012. – С. 68-70

24. Богдан, Н.А. Психологические проблемы, сопровождающие проблему бесплодия и возможности оказания психологической помощи в процессе его лечения методом ЭКО / Н. А Богдан // Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: Материалы Всероссийской конференции. – Иваново, 2001. – С. 98–101

25. Бородачева, И.В. Особенности этиологии и патогенеза невротических расстройств при мужском бесплодии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Нижний Новгород, 2008

26. Брутман В.И. Женщины, отказывающиеся от своих новорожденных детей / В. И. Брутман, М. Г. Панкратова, С. И. Еникополов // Вопросы психологии. – 1994. – №5. – С. 31 – 36.

27. Брутман, В.И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Психологический журнал. – 2000. — № 2. – С.79 – 87.

28. Брушлинский, А. В. Психология субъекта / А. В. Брушлинский; отв. ред. В.В. Знаков. – Москва: Институт психологии РАН; Санкт-Петербург: Изд-во Алетейя, 2002. – 272 с.

29. Булавенко, О.В. Психологические аспекты в возникновении стресс-индуцированного бесплодия у женщин / О.В. Булавенко, Е.Л. Левкина // *Biomedical and biosocial anthropology*. – 2011. — № 17. – Р. 210 – 214.
30. Василенко Т.Д., Блюм А.И. Бесплодие неясной этиологии как особая кризисная ситуация неопределенности в жизни женщины // [Innova](#). – 2017. — № 1 (6). — С. 17 – 20.
31. Василюк, Ф.Е. Жизненный мир и кризис. Типологический анализ критических ситуаций / Ф. Е. Василюк // *Психологический журнал*. —1995. — Т.16, №3. – С. 90 – 101.
32. Василюк, Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. – Москва: Изд-во Московского Университета, 1984. – 200 с.
33. Васильева, В.В. Психологические особенности женщин с бесплодием / В.В. Васильева, В.И. Орлов, К.Ю. Сагамонова, А.В. Черноситов // *Вопросы психологии*. – 2003. — № 6. – С. 93 – 97.
34. Васильева, Е.Н. Ролевая структура детско-родительского взаимодействия как составляющая психологической готовности к родительству / Е.Н. Васильева, А.В. Орлов // *Вестник по педагогике и психологии южной Сибири*. – 2013. — № 4. – С. 57 – 70.
35. Васина, А.Н. Психологические аспекты бесплодия / А.Н. Васина // *Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии: материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции*. – Москва, 2013. – С. 118 – 119.
36. Винникотт, Д.В. Маленькие дети и их матери / Д.В. Винникотт. – Москва: «Класс», 1994. – 204 с.
37. Выготский, Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – Москва: Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2005. – 1136 с.
38. Гаврилова, В.Е. Психологические предпосылки бесплодия у здоровых женщин, состоящих в браке / В.Е. Гаврилова // *Психология. Психофизиология*. – 2018. – Т. 11, № 3. – С. 103 – 109. DOI: 10.14529/psy180312

39. Газизова, Ю.С. Модели репрезентации образа матери в российской ментальности / Ю. С. Газизова // Педагогическое образование в России. – 2014. – №9. – С. 186 – 193.
40. Газизова, Ю. С. Структурной содержание образа матери / Ю. С. Газизова // Дискуссия. – 2013. – №3. – С. 96-101
41. Гарданова Ж.Р. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий и их психотерапевтическая коррекция: дис. ... докт. медиц. наук. – Москва, 2008. – 210 с.
42. Гасанова, Б.М. Влияние гендера на брачно-семейный конфликт / Б.М. Гасанова, А.М. Муталимова, Д.М. Даудова, // International Journal of Medicine and Psychology. – 2019. – Т. 2. - № 4. – С. 207-212
43. Голышкина, М.С. Женское бесплодие как фактор эмоционального расстройства: значение психотерапии в лечении бесплодия / М.С. Голышкина, М.М. Геворгян, В.Н. Николенко, М.В. Оганесян, П.А. Павлюк, Н.А. Ризаева, А.Л. Унанян // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. — № 13(2). – С. 97-103. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-97-103>
44. Гладкая, В.С. Современные тенденции репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения женского населения в России / В. С. Гладкая, В.Л. Грицинская, Н.Н. Медведева //Мать и дитя в Кузбассе. – 2017. - № 1 (68). – С. 10-14. URL: <http://mednauki.ru/index.php/MD/issue/viewIssue/198/198>
45. Григорьева, Н.С. Бездетность в России: социологическое измерение / Н.С. Григорьева, В.А. Куштанина, Т.В. Чубарова, И.В. Яковлева // Народонаселение. — 2013. — № 4. – С. 50-61
46. Губачев, Ю.М. Психосоциальные проблемы семейной медицины / Ю.М. Губачев. – Санкт-Петербург: Геден Рихтер, 1998. – 49 с.
47. Дворянчиков, Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением: дис. ... канд. психол. наук / Дворянчиков Николай Викторович. – Москва, 1998 – 178 с.

48. Дейнека, Н.В. Психологический подход к проблеме бесплодного брака / Н.В. Дейнека, Н.И. Мельниченко // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: Материалы Российской конференции «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике». – Санкт-Петербург, 2000. – С. 273-274
49. Дейнека, Н.В. Психологические проблемы женского бесплодия: диагностика и пути коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2001
50. Дементьева, Н.О. Психологическое значение фактора неопределенности репродуктивного статуса для психосоциального функционирования женщин с бесплодием: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Санкт-Петербург, 2011
51. Дементьева, Н.О. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» / Н.О. Дементьева // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2010. – № 1. – С. 131–139.
52. Докучаева, С.О. Влияние родительской семьи на построение супружеской семьи в следующем поколении / С.О. Докучаева // Психологическая наука и образование. – 2005. — №3. – С. 41 – 55.
53. Дубровина, И.В. Подготовка молодежи к семейной жизни, или «Забывтое» самоопределение / И.В. Дубровина // Вестник практической психологии образования. — 2015. — Т. 12, № 3. — С. 17–23.
URL: https://psyjournals.ru/journals/bppe/archive/2015_n3/Dubrovina
54. Дружинин, В.Н. Психология семьи: 3-е изд. — Санкт-Петербург: Питер, 2006 — 176 с.
55. Евченко, Н. А. Отражение субъекта в Другом Я как источник развития личности / Н. А. Евченко // Молодой ученый. – 2011. – №2. Т.2. – С. 48 – 52.
56. Елизаров, А.Н. Рефлексивно-смысловой подход к проблеме формирования идентичности в семье / А. Н. Елизаров // Мир психологии. – 2004. – 2 (38). – С. 113 – 119.

57. Ермихина, М.О. Формирование осознанного родительства на основе субъективно-психологических факторов: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Казань, 2004
58. Ермошенко, Б.Г. Роль психологических факторов при бесплодии (обзор литературы) / Б.Г. Ермошенко, В.А. Крутова // Успехи современного естествознания. – 2005. — № 8. – С. 17 – 20.
59. Захарова, Е.И. Развитие личности в ходе освоения родительской позиции // Культурно-историческая психология. – 2008. — №2. – С. 24 – 29.
60. Захарова, Е.И. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО / Е.И. Захарова, В.А. Якупова // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 1 (17). – С. 96 – 104.
61. Захарова, И. В. Роль родителей в гендерной социализации ребенка / И. В. Захарова // Молодой ученый. – 2011. – №5. Т.2. – С. 140 – 142.
62. Зыбайло, В.С. Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием / В. С. Зыбайло, В. Ю. Филимоненкова, А. В. Копытов // Медицинский журнал. — 2015. — № 1. — С. 82 – 87.
63. Иванова, А.Р. Медико-психологические аспекты женского бесплодия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 26 с.
64. Иванченко, В.А. Внешние и внутренние детерминанты процесса социализации подростков из неполных семей: дисс. ... канд. психол. наук. – Новосибирск, 2012. – 212с.
65. Ильин, Е. П. Пол и гендер / Е. П. Ильин. – Санкт-Петербург: Питер, 2010. – 688 с.
66. Ипполитова, Е.А. Особенности временной перспективы женщин с нарушением репродуктивной функции / Е.А. Ипполитова // Известия АлтГУ. – 2012. – №2 (74). – С. 47 – 50.
67. Карголь, И.В. Психологические особенности женщин, страдающих бесплодием / И.В. Карголь // Психология эффективного родительства: материалы Международной научно-практической конференции. – Курск, 2011. – С. 227 – 238.

68. Карголь, И.В. Изучение проблемы воздействия стресса бесплодия на семью в зарубежной психологии / И.В. Карголь // Вопросы журналистики, педагогики, языкознания. Серия: Гуманитарные науки. – 2012. - № 12 (131). – Выпуск 4. – С. 205-210
69. Карымова, О.С. Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин: автореф. дис. ... канд.психол.наук. – Санкт-Петербург, 2010
70. Кильдюшова, С.Н. Влияние опыта лечения бесплодия на формирование материнской идентичности / С. Н. Кильдюшова, О.О. Полякова // Огарев-online. – 2015. – №22. URL: <http://journal.mrsu.ru/arts/vliyanie-opyta-lecheniya-besplodiya-na-formirovaniematerinskoj-identichnosti>
71. Клеймёнова, Л.А. Идиопатическое бесплодие как психологическая проблема / Л.А. Клеймёнова, И.О. Кононенко // Молодой ученый. — 2019. — № 27 (265). — С. 149 – 153. URL: <https://moluch.ru/archive/265/61313/>
72. Колчин, А.В. Психологические аспекты репродукции человека / А.В. Колчин / Проблемы репродукции. — 1995. — № 1. — С. 33–39.
73. Кон, И. С. Психология половых различий / И.С. Кон // Вопросы психологии. – 1981. – № 2. – С. 47-57.
74. Кришталь, Э.В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии / Э.В. Кришталь, М.В. Маркова. — Харьков: Харьковская медицинская академия последипломного образования, 2003. — 173 с.
75. Кулакова Е.В. Коррекция психоэмоциональных нарушений у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий: автореф. дис. ... канд. медиц. наук. – Москва, 2007. – 27 с.
76. 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. – Т. 5, № 2. – С. 67 – 77.

77. Левин, К. Динамическая психология: Избранные труды / Под общ. ред. Д. А. Леонтьева и Е. Ю. Патяевой; [сост., пер. с нем. и англ. яз. и науч. ред. Д. А. Леонтьева, Е. Ю. Патяевой]. — Москва: Смысл, 2001.
78. Леонтьев, Д.А. От социальных ценностей к личностным: социогенез и феноменология ценностной регуляции деятельности (статья первая) / Д. А. Леонтьев // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. — 1996. — №4. — С. 35 — 44.
79. Леонтьев, Д.А. От социальных ценностей к личностным: социогенез и феноменология ценностной регуляции деятельности (статья вторая) / Д. А. Леонтьев // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология — 1997. — №1. — С. 20 — 27.
80. Лесная, И. Н. Психогенное бесплодие / И. Н. Лесная // Здоровье Украины. — 2011. — № 3. — С. 61–67.
81. Ломов, Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов. — М.: Наука, 1984. — 344 с.
82. Лопухова, О.Г. Влияние этнокультурных традиций на становление психологического пола личности / О. Г. Лопухова // Вопросы психологии. — 2001. — № 5. — С. 73 — 79.
83. Макаричева Э.В. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие / Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. - № 3. — С. 29 — 33.
84. Макаричева, Э.В. Психологические аспекты бесплодного брака: (Обзор литературы) / Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич // Проблемы репродукции. — 1996 - № 1. — С. 20 — 22.
85. Матафонова, С.И. Восприятие детско-родительского взаимодействия как условие интернализации совладающего поведения матери: Дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.05. — Ярославль, 2016. — 204 с.
86. Махнач, А.В. Жизнеспособность замещающей семьи как малой социальной группы: Дис....д-ра психол. наук. — Москва, 2019. — 434 с.

87. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр (МКБ-10). – Москва: Медицина, 2003. – 2432 с.
88. Меркулов, О.А. Бесплодие в голове / О.А. Меркулов: беседовала Н. Епифанова // Женское здоровье. – 2005. — № 4. — С. 10 – 12.
89. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. – 2000. — № 5. – С. 18 – 28.
90. Микляева, А.В. Социальная идентичность личности: содержание, структура, механизмы формирования: монография / А. В. Микляева, П. В. Румянцева. – Санкт-Петербург: Изд-во РГПУ, 2008. – 118 с.
91. Миронова, Е.С. Психологические факторы неготовности к материнству: на примере женщин с угрозой прерывания беременности: дис. ... канд. психол. наук / Миронова Евгения Сергеевна. – Уфа, 2011. – 186 с.
92. Мишина, Т.М. Психология и психотерапия супружеских пар / Т.М. Мишина // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях: Сб. науч. трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Ленинград, 1978. –Т. 86. – С. 140 – 152.
93. Мордас, Е.С. Детско-родительские отношения в психогенезе женского психогенного бесплодия (психоаналитический взгляд) / Е.С. Мордас, А.Г. Рудакова // Психолог. – 2021. – № 5. – С. 70 – 104. DOI: 10.25136/2409-8701.2021.5.36373 URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=36373
94. Мордас, Е.С. Отношения мать-дочь у женщин, страдающих психогенным бесплодием: психолого-психоаналитический взгляд / Е.С. Мордас, И.Н. Иванова // Психолог. – 2020. – № 4. – С. 1 – 11. DOI: 10.25136/2409-8701.2020.4.33161 URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=33161
95. Мурашко, О.О. Психологические особенности переживания женщиной бесплодия и преодоления его с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / О.О. Мурашко // Социально-психологическое измерение развития семьи: материалы научно-практического семинара / Центр экологии семьи, Институт социальной и политической психологии. – Киев, 2005. – С. 133–139.

96. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р. Ж. Мухамедрахимов. – Санкт-Петербург: СПГУ, 2003. — 288 с.
97. Мякотин, И.С. Отношение родителей к ребенку как фактор формирования социальной фобии: Дисс. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2018. – 194 с.
98. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Ленинград: ЛГУ, 1960. – 428 с.
99. Навайтис, Г. Семья в психологической консультации / Г. Навайтис. – Москва: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 224 с.
100. Нозикова, Н. В. Отношение к будущей беременности и родам в структуре сознания девушек 15–17 лет / Н. В. Нозикова // Психическое здоровье. – 2012. – № 9. – С. 76 – 79.
101. Овчарова, Р. В. Психологическое сопровождение родительства / Р. В. Овчарова. – Москва: Изд-во Института психотерапии, 2003. – 319 с.
102. Орлова, И.Н. Социально-психологическая готовность студенческой молодежи к созданию семьи: дисс. ... канд. психол. наук. – Москва, 2013. — 192с.
103. Павлова, Т.В. Психологические детерминанты формирования представлений личности о родительстве : дисс. ... канд. психол. наук. – Москва, 2012. – 218 с.
104. Парван, И. Взаимосвязь ролевых функций и психологических проекций развития отношений супругов в контексте их влияния на формирование «сценариев» брака / И. Парван // Psihologie. Pedagogie speciala. Asistenta sociala. – 2019. - №4(57). – С. 98.
105. Петрова, Н.Н. Особенности психического состояния и личностно-психологические характеристики женщин с бесплодием, подвергающихся лечению методом ЭКО / Н.Н. Петрова, Е.Н. Подольхов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – № 3. – С. 115 – 121.

106. Петровский, В.А. Принцип отраженной субъектности в психологическом исследовании личности / В.А. Петровский // Вопросы психологии. – 1985. – № 4. – С. 17 – 30.
107. Полетаева, А.В. Ценностно-смысловые ориентации личности как фактор переживания последствий психической травмы / А.В. Полетаева, А.В. Серый // «Социальная работа в Сибири». Сборник научных трудов. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. – с. 137 – 141.
108. Ползиков, М.Ю. Бесплодие. . . как не упустить ничего важного и не сделать ничего лишнего? Часть 3. Алгоритм действий по ведению бесплодной пары при бесплодии неясного генеза / М.Ю. Ползиков // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2009. – №1. – С. 11 – 12.
109. Пономарева, Е. В. Представления взрослых об образе материнства / Е. В. Пономарева // Вестник ННГУ. – 2014. – №1-1 (1). – С. 474 – 481.
110. Пономарева, Е.В. Психологические особенности формирования образа материнства в онтогенезе / Е.В. Пономарева // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2013. – № 2 . – С. 161 – 164.
111. Пшеничникова, Т.Я. Бесплодие в браке / Т.Я. Пшеничникова. – Москва, 1991. — 128 с.
112. Родионов, А.Н. Психологическая характеристика представлений в юношеском возрасте об отношениях со своими будущими детьми: автореф. дис... канд. психол. наук — Тамбов, 2009.
113. Романовская, М.А. Социально-психологические свойства личности в условиях ранней социализации в семье с наемным работником (няней): дисс. ... канд. психол. наук. – Москва, 2020. – 182 с.
114. Рубинштейн, С. Л. Проблемы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – Москва: Педагогика, 1973. – 424 с.
115. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар / пер. с англ. Р. А. Нерсеяна. – 4-е издание. – Москва: Изд-во «МедПресс», 1997. – 91 с.

116. Русанова, Л.С. Влияние социально-психологических особенностей семьи на речевое развитие ребенка: дисс. ... канд. психол. наук. - Ярославль, 2017. – 254 с.
117. Рябова, М.Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушения репродуктивной функции / М.Г. Рябова // Вестник ТГУ. – 2013. – № 9 (125). – С. 190 – 198.
118. Сапоровская М.В. Психология межпоколенных отношений в семье: дисс. ... д-ра психол. наук. – Кострома, 2013. – 613 с.
119. Сарджвеладзе, Н. И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой / Н. И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: «Мецниереба», 1989. – 206 с.
120. Сафиуллина, Л.З. Проявление ценностных ориентаций личности на осознаваемом и неосознаваемом уровнях / Л. З. Сафиуллина, Н. В. Зоткин // Психологические исследования: сборник научных трудов: Вып. 4. – Самара: Изд-во «Универсгрупп», 2007. – С. 155-162
121. Свяцкевич, И.Ю. Социально-психологические аспекты самовосприятия и самооценки женщин в бесплодном браке: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. – Ярославль, 2002
122. Себелева, Ю.Г. Гендерная идентичность у женщин, страдающих бесплодием (в программе экстракорпорального оплодотворения): автореф. дис. канд. психол. наук. – Москва, 2014.– 25 с.
123. Семенова Л.Э., Серебрякова Т.А., Гарахина Ю.Е. Психологическое благополучие и опыт родительства женщин-матерей из разных типов семей // Вестник Минского университета. – 2018. – Т. 6. – № 2. – С. 15 – 35.
124. Скиннер, Р. Семья и как в ней уцелеть / Р. Скиннер, Д. Клииз: пер. с англ. – Москва: Класс, 1995. – 260 с.
125. Скобельцина, К.Н. Социально-психологические особенности родительской позиции при организации досуга современного дошкольника: дисс. ... канд. психол. наук. – Москва, 2014. — 166 с.
126. Скоромная, Ю.Е. Субъективная готовность к материнству как психологический феномен: дис. ... канд. психол. наук. – Москва, 2006. – 217 с.

127. Смирнова, Е.Г. Психолого-педагогическое сопровождение формирования осознанного родительства в молодой семье: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Екатеринбург, 2009. — 24 с.
128. Спивачук, З.В. Социально-психологические особенности супругов с различными типами отношений в семье: дисс. ...канд. психол. наук. – Ростов-на-Дону, 2017. — 169 с.
129. Старшенбаум, Г.В. Сексуальная и семейная психотерапия / Г.В. Старшенбаум. – Москва: Высшая школа психологии, 2003. – 300 с.
130. Стасевич, С.М. Социальные факторы беременности / С.М. Стасевич // Медицинский журнал. – 2010. — № 3. – С. 125-127
131. Степашкина, В.А. Особенности полоролевой идентичности в личностной репрезентации «образа мира» у женщин с бесплодием неясного генеза: автореф. дис. ...канд. психол. наук. – Казань, 2019
132. Степашкина, В. А. Антиципационная состоятельность женщин с бесплодием неясного генеза / В.А. Степашкина // Евразийский Союз Ученых (ЕСУ). – Москва: Изд-во ООО «Международный Образовательный Центр», 2014. – №7-6(7). – С. 130 – 132.
133. Столин, В.В. Опросник удовлетворенности браком / В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко // Вестник Московского университета. Психология, 1984. - № 2. – С. 54 – 60.
134. Столин, В.В. Семья как объект психологической диагностики и неврачебной психотерапии / В.В. Столин // Семья и формирование личности / под ред. А. А. Бодалева. – Москва, 1981. – С. 26 – 38.
135. Сытько Т.И. Структура и типы родительско-детских отношений в процессе семейной сепарации: дис.... канд. психол. наук. – Москва, 2014. – 213 с.
136. Тайсон, Р. Психоаналитические теории развития. Т.14 / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 528 с.
137. Томэ, Х. Современный психоанализ. Т. 1. / Х. Томэ, Х. Кэхеле. – Москва: Прогресс – Литера, Яхтмен, 1996. – 575 с.

138. Томэ, Х. Современный психоанализ. Т. 2. / Х. Томэ, Х. Кэхеле. – Москва: Прогресс – Литера, Яхтсмен, 1996. – 774 с.
139. Ткаченко, Л.В. Психологические аспекты эндокринного бесплодия / Л.В. Ткаченко // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. – Москва, 2001. – С. 164 – 165.
140. Тювина, Н.А. Психосоматические механизмы идиопатического бесплодия: клинические наблюдения / Н.А. Тювина, В.В. Балабанова, А.О. Николаевская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2023. — Т. 15. — №1. — С. 77—82. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-77-82
141. Узлов, Н.Д. Удовлетворенность браком, семейная адаптация и сплоченность в семьях с детьми и без детей / Н.Д. Узлов // Семейная психология и семейная терапия. – 2011. — № 1. – С. 24-33
142. Усачева, А.В. Восприятие межличностных отношений в семье детьми младшего школьного возраста: автореф. дис.... канд. психол. наук. — Москва, 2014.
143. Федина, Л.П. Исследование индивидуально-психологических особенностей бесплодных супружеских пар, вступивших в протоколы экстракорпорального оплодотворения / Л.П. Федина // Педагогика и психология образования. — 2011. — № 1. — С. 103 – 108.
144. Филиппова, Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика // Медицинская психология в России. – 2011. — № 6. URL: <http://medpsy.ru>.
145. Филиппова, Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. – Москва: Изд-во Ин-та психотерапии; 2002. – 240 с.
146. Филиппова, Г.Г. Нарушения репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы / Г.Г. Филиппова // Журнал практического психолога. – 2003. — № 4-5. – С. 83 – 108.
147. Фромм, Э. Мужчина и женщина / Э. Фромм. – Москва: АСТ, 1998. – 512 с.

148. Харламова, Т.М. Психологические особенности женщин, страдающих бесплодием (результаты t-критерия Стьюдента) / Т.М. Харламова, А.В. Курилова // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 7. – С. 167-167. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=10320>
149. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни. – Санкт-Петербург: Питер, 1997. – 496 с.
150. Шарауров, И.П. Комплексное влияние социальных факторов на здоровье населения России (на примере Ростовской области) / И.П. Шарауров // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия: Регионоведение. — 2013. — № 3. — С. 3 – 9.
151. Шардин, С.А. О комплексной терапии экстрагенитальных расстройств при бесплодии у женщин со склерокистозом яичников / С. А. Шардин // Актуальные вопросы бесплодного брака : Сборник научных трудов. - Свердловск, 1981. – С. 78 – 80.
152. Шахворостова, Т.В. К вопросу о социально-психологической детерминации репродуктивной функции женщин с диагнозом «бесплодие» / Т. В. Шахворостова // Развитие человека в современном мире. — Новосибирск, 2017. - № 2. – С. 202 – 208.
153. Шестакова, О.В. Качество жизни и особенности психоэмоционального состояния в супружеской паре при бесплодном браке / О.В. Шестакова, Ф.К. Тетелютина // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=23337>
154. Шнейдер, Л.Б. Семейная психология: учебное пособие / Л.Б. Шнейдер. — Москва: Академический проект, 2006. — 768 с.
155. Юнг, К. Г. Психологические типы / К. Г. Юнг; перевод: София Лорие, под ред. В. Зеленского. – СПб.: Азбука, 2001. – 538 с.
156. Якиманская, И.С. Некоторые психологические особенности репродуктивной установки рожавших женщин и женщин, состоящих на учете по бесплодию / И. С. Якиманская, О. С. Карымова // Вестник ОГУ. Приложение. – 2005. – №12. – С. 185 – 190.

157. Якупова, В.А. Особенности становления внутренней позиции матери при использовании вспомогательной репродуктивной технологии ЭКО: автореф. дис. канд. психол. наук. – Москва, 2015. – 37 с.
158. Япарова, О.Г. Социально-психологические детерминанты успешного приемного родительства: дис....канд. психол. наук. – Москва, 2009. —189 с.
159. Abbasi A. «Where Do the Ova Go?» An Analytic Exploration of Fantasies Regarding Infertility [Электронный ресурс] // *Psychoanalytic Inquiry*. — 2011. — Vol. 31. — № 4. — P. 366–379. URL: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07351690.2010.516228>. DOI: 10.1080/07351690.2010.516228
160. Andrei, F. Self-efficacy, coping strategies and quality of life in women and men requiring assisted reproductive technology treatments for anatomical or non-anatomical infertility / Federica Andrei, Paola Salvatori, Linda Cipriani, Giuseppe Damiano, Maria Dirodi, Elena Trombini, Nicolino Rossi, Eleonora Porcu // *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. – 2021. — Vol. 264. – P. 241 – 246. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2021.07.027.
161. Andrews I. Secondary Infertility and Birth Mothers [Электронный ресурс] // *Psychoanalytic Inquiry*. 2010. Vol. 30. № 1. P. 80–93. URL: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07351690903200184>. DOI: 10/1080/07351690903200184
162. Bitzer J. Somatization disorders in obstetrics and gynecology // *Archives of Women's Mental Health*. — 2003. — № 6. — P. 99–107. URL: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-002-0150-6#page-2>. DOI: 10.1007/s00737-002-0150-6
163. Broadhead, W. E. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey / W. E. Broadhead, D. G. Blazer, L. K. George // *JAMA*. — 1990. — Vol. 1. — P. 264
164. Calabrese L. Approach to the patient with multiple physical complaints // *The MGH guide to psychiatry in primary care* / T.A. Stern, J.B. Herman, P.L. Slavin.— New York: McGraw-Hill; Health Professions Division, 1998. — P. 89–103.

165. Cloninger C.R. Somatization disorder. In: Widiger T.A., Frances A.J., Pincus H.A. DSM-IV sourcebook, Vol 2. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1996. P. 885–892.
166. Deka P., Sarma S. Psychological aspects of infertility // *British Journal of Medical Practitioners*. — 2010. — Vol. 3. — № 3. — P. 336–338. URL: <http://www.bjmp.org/content/psychological-aspects-infertility>.
167. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic / K.M. Anderson, M. Sharpe, A. Rattray, D.S. Irvine // *Journal of Psychosomatic Research*. — 2003. — Vol. 54. — № 4. — P. 353–355. DOI: 10.1016/S0022–3999(02)00398–7
168. Dunham N. C., Sager M. A. Functional status, symptoms of depression, and the outcomes of hospitalization in community-dwelling elderly patients // *Arch. Fam. Med.* 1994. — P. 676 – 681.
169. Edelman R.J., Connolly K.J. Gender differences in response to infertility and infertility investigation: real or illusory // *British Journal of Health Psychology*. — 2000. — Vol. 5. — № 4. — P. 365–375. DOI: 10.1348/135910700168982
170. Ferro A. Creativity in the Consulting Room: Factors of Fertility and Infertility [Электронный ресурс] // *Psychoanalytic Inquiry*. — 2012. — Vol. 32. — № 3. — P. 257–274. URL: <http://opensample.info/creativity-in-the-consulting-room-factors-of-fertility-and-infertility>. DOI: 10.1080/07351690.2011.609059
171. Gender differences in how men and women who are referred to IVF cope with infertility stress / B.D. Peterson, C.R. Newton, K.H. Rosen, G.E. Skaggs *Human Reproduction*. — 2006. — Vol. 21. — № 9. — P. 2443– 2452. URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/21/9/2443.long>.
172. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and CSI-treatment / A. Hjelmstedt, L. Andersson, A. Skoog-Svanberg, T. Bergh, J. Boivin [et al.] // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. — 1999. — Vol 78. — № 1. — P. 42–50. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9926891>. DOI: 10.1034/j.1600–0412.1999.780110.x
173. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population / K.H. Ladewig, B. Marten-Mittag, B. Formanek, G. Dammann

// European Journal of Epidemiology. — 2000. — Vol. 16. — № 6. — P. 511–518. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11049093>. DOI: 10.1023/A:1007629920752

174. Golding J.M., Smith G.R., Kashner T.M. Does somatization disorder occur in men? Clinical characteristics of women and men with multiple unexplained somatic symptoms // Archives Of General Psychiatry. — 1991. — Vol. 48. — № 3. — P. 231–235. DOI: 10.1034/j.1600–0412.1999.780110.x

175. Hadley R., Hanley T. Involuntarily childless men and the desire for fatherhood // Journal of Reproductive and Infant Psychology. — 2011. — Vol. 29. — № 1. — P. 56 – 68. URL: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2010.544294>. DOI: 10.1080/02646838.2010.544294

176. Hays R. D., Wells K. B., Sherbourne C. D., Rogers W. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses // Arch Gen. Psychiatry. — 1995. — P. 11-19

177. Herschbach P. The “Well-being paradox” in quality-of-life research [Электронный ресурс] // Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. — 2002. — Mar-Apr. Vol. 52. — № 3–4. — P. 141–150. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11941521>.

178. Kaplan H.I., Sadock B.J. Comprehensive textbook of psychiatry IV. 6th edn. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995. — 480 p.

179. Kim, M. Effects of psychological intervention for Korean infertile women under In Vitro Fertilization on infertility stress, depression, intimacy, sexual satisfaction and fatigue / Miok Kim, So-Hyun Moon, Jee-Ean Kim // Archives of Psychiatric Nursing. - 2020. - Vol. 34. - Is. 4. - P. 211-217 <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.05.001>

180. Kipper D.A., Zadik H. Functional infertility and femininity: A comparison of infertile women and their mothers // Journal of Clinical Psychology. — 1996. — Vol. 52. — № 4. — P. 375 – 382. DOI: 10.1002/(SICI)1097–4679(199607)52:4<375:AID-JCLP1>3.0.CO;2-P

181. Kirmayer L.J., Robbins G.M. Three forms of somatization in primary care: prevalence, cooccurrence and sociodemographic characteristics // Journal of Nervous and Mental Disease. — 1991. — Vol. 179. — № 11. — P. 647 – 655.

182. Kissi, Y. Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender / Yousri El Kissi, Badii Amamou, Samir Hidar, Khadija Ayoubi Idrissi, Hedi Khairi, Bechir Ben Hadj Ali // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. – 2014. - Vol. 125 (2). – P. 134 – 137. DOI:10.1016/j.ijgo.2013.10.027
183. Lee T.Y., Chu T.Y. The Chinese experience of male infertility // *Western Journal of Nursing Research*. — 2001. — Vol. 23. — № 7. — P. 714–739. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11675797>.
184. Lee T.Y., Sun G.H., Chao S.C. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan // *Human Reproduction*. — 2001. — № 16. — P. 1762–1769. URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/16/8/1762.full>. DOI: 10.1093/humrep/16.8.1762
185. Lin J.L., Lin Y.H., Chuen K.H. Somatic symptoms, psychological distress and sleep disturbance among infertile women with intrauterine insemination treatment [Электронный ресурс] // *Journal of Clinical Nursing*. — 2014. — Vol. 23. — № 11–12. P. 1677–1684. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12306/full>. DOI: 10.1111/jocn.12306
186. Ling-Jun, Li Modifiable Socioeconomic and Lifestyle Risk Factors with Female Infertility in Asia – A Systematic Review from the Population Health Perspective / Li Ling-Jun, Ashley Chow, Audrey J. Gaskins, Jie Ning Jovin Lee, Mahesh Choolani, Brian K. Kennedy, Zhongwei Huang, Yap Seng Chong, Cuilin Zhang // *F&S Reviews*. – 2022 <https://doi.org/10.1016/j.xfmr.2022.09.001>
187. Lombardi R. The Body, Feelings, and the Unheard Music of the Senses [Электронный ресурс] // *Contemporary Psychoanalysis*. — 2011. — Vol. 47. — № 1. — P. 3–24. URL: <http://www.wawhite.org/uploads/Journals/CP47-1-LOMBARDI.pdf>.
188. Manohar M, Khan H, Shukla V, et al. Proteomic Identification and Analysis of Human Endometrial Proteins Associated with Unexplained Infertility // *Proteomics*. — 2016. — Jul 20;144. — P. 99-112. DOI: 10.1016/j.jprot.2016.05.026
189. Meyers, A.J. Research-supported mobile applications and internet-based technologies to mediate the psychological effects of infertility: a review / Alison

J. Meyers, Alice D. Domar // [Reproductive BioMedicine Online](#). – 2021. - Vol. 42. - Is. 3. - P. 679 – 685 <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.12.004>

190. Neises, M., Malewski, P., Watermann, E. Psychosocial Conditions and Psychosomatic Disorders in Gynecology // Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. BOOK OF ABSTRACTS: XV International Congress of ISPOG. — 2007. — № 28. — P. 36.

191. Notman M.T. Some Thoughts About the Psychological Issues Related to Assisted Reproductive Technology // Psychoanalytic Inquiry. — 2011. — Vol. 31. — № 4. — P. 380 – 391. URL: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07351690.2010.516230>. DOI: 10.1080/07351690.2010.516230

192. Occupational, life stress and family functioning: does it affect semen quality? / J. Jurewicz, M. Radwan, D. Merez-Kot, W. Sobala, D. Ligocka, P. Radwan, M. Bochenek, W. Hanke // Annals of Human Biology. — 2014. — Vol. 41 — № 3. — P. 220–228. URL: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/03014460.2013.849755>. DOI: 10.3109/03014460.2013.849755

193. Pearlstein T.B. Hormones and depression. What are the facts about premenstrual syndrome. Menopause and hormone replacement therapy? // American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 1995. — Vol. 173. — № 2. — P. 646–653. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/000293789590297X>. DOI: 10.1016/0002–9378(95)90297-X

194. Piccinelli M., Simon G. Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress: An international study in primary care // Psychological Medicine. — 1997. — Vol. 27. — № 2. — P. 433 – 444. URL:<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=25325>. DOI: 10.1017/S0033291796004539

195. Psychological and physical factors influencing the health-related quality of life patients of a department of gynecology in a university hospital / K. Weidner, F. Einsle, F. Siedentopf, Y. Stobel-Richter, W. Distler, P. Joraschky // Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. — 2006. — Vol. 27. — № 4. — P. 257–265.

[URL:http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01674820600999795?journalCode=i pob20](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01674820600999795?journalCode=i pob20). DOI: 10.1080/01674820600999795

196. Psychological aspects in coupled with infertility / A. Galhardo, M. Cunha, M. Matos, Pinto- Gouveia, J.// *Sexologies*. — 2011. — № 20. — P. 224–228. URL: <http://www.bjmp.org/content/psychological-aspects-infertility>. DOI: 10.1016/j.sexol.2011.08.006

197. Psychological Characteristics of Tunisian Infertile Men / B. Amamou, Kissi Y. El, S Hidar, S. Bannour, K. Idrissi, H. Khairi, Hadj Ali B. Ben // *Men and Masculinities*. — 2013. — Vol. 16 — № 5. — P. 579–586. URL: <http://jmm.sagepub.com/content/16/5/579.short>. DOI: 10.1177/1097184X13511255

198. Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment / Jones M. Beaurepaire, P. Thiering, D. Saunders, C. Tennant // *Journal of Psychosomatic Research*. - 1994. — Vol. 38. — № 3. — P. 229–240. DOI: 10.1016/0022–3999(94)90118-X

199. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the «Heidelberg Fertile Consultation Service» / T. Wischmann, H. Stammer, Gerhard I. Scherg, R. Verres // *Human Reproduction*. — 2001. — № 16 (8). — P. 1753–1761. URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/16/8/1753.full>. DOI: 10.1093/humper/16/8/1753

200. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counseling / T. Wischmann, H. Scherg, Th. Strowitzki, R. Verres // *Human Reproduction*. - 2009. — Vol. 24. — № 2. — P. 378–385. URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/2/378.full>. DOI: 10.1093/humrep/den401

201. Shin, H. Associations of Symptoms of Depression, Social Support, and Quality of Life Among Korean Women Who Experience Infertility / Hyewon Shin, Jungmin Lee, Shin-Jeong Kim, Minjeong Jo // *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. — 2021. — Vol. 50. — Is. 6. — P. e1-e12 <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.06.007>

202. The effect of stress on the semen quality / J. Jurewicz, W. Hanke, W. Sobala, D. Merez, M. Radwan // *Medycyna Pracy*. — 2010. — Vol. 61. — № 6. — P. 607–613. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21452563>

203. The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients / A. Galhardo, M. Cunha, M. Matos, J. Pinto-Gouveia // *Human Reproduction*. — 2011. — Vol. 26. — № 9. — P. 2408–2414. URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/early/2011/07/04/humrep.der209.full>. DOI: 10.1093/humrep/der209

204. The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment / K. Lykeridou, K. Gourounti, A. Deltsidou, D. Loutradis, G. Vaslamatzis // *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. — 2009. — Vol. 27. — № 3. — P. 223–237. DOI: 10.1080/02646830802350864

205. Vigneri M. Children who comes from the cold. On the infertile woman and the new procreative frontiers // *Rivista di Psicoanalisi*. — 2011. — Vol. 57. — № 3. — P. 117–145.

206. Vigneri M. Children who come from the cold, second part – new reproductive frontiers: post-mortem conception // *Rivista di Psicoanalisi*. — 2011. — Vol. 57. — № 3. — P. 655–670.

207. Walker E.A., Gelfand A.N., Gelfand M.D. Chronic pelvic pain and gynecological symptoms in women with irritable bowel syndrome // *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. — 1996. — Vol. 17. — № 1. — P. 39–46. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8860885>

208. Zauner, G. Potential causes of male and female infertility in Qatar / Gerhild Zauner, Guillermina Girardi // *Journal of Reproductive Immunology*. – 2020. - Vol. 141. – 103173. DOI: [10.1016/j.jri.2020.103173](https://doi.org/10.1016/j.jri.2020.103173)

Фокусированная семейная генограмма (примеры вопросов)

Заполнение генограммы не является самоцелью. Для нашего исследования создание генограмм сопровождалось полуструктурированными вопросами, направленными на выявление следующих составляющих особенностей функционирования расширенной родительской семьи испытуемых женщин:

1. Особенности отношений между членами расширенной семьи в трех поколениях. В данном случае использовалась семейная генограмма, фокусированная на чувствах. Помимо схематического изображения определенных линий, символизирующих характер отношений между всеми членами семьи, с клиентом-испытуемым проводилась беседа по следующим вопросам:

- какие чувства преобладали у обозначенного члена семьи по отношению к другому?

- какие чувства он не мог проявлять, находясь в кругу семьи, во время семейного досуга, семейных ужинов, семейных праздников?

- когда были эти чувства показаны?

- испытывали ли Вы такие чувства по отношению к обозначенному члену семьи?

- какие чувства запрещалось в семье проявлять? Почему? Кто был инициатором такого запрета? Почему Вы так думаете? Расскажите о каком-нибудь эпизоде из жизни семьи, когда запрет на такие чувства был особо выражен;

- что случилось после проявления этих чувств?

- кто больше всего страдал от таких отношений?

- как Вы относились к тому, что между членами семьи установились такие отношения? Что привело к ним? Какие чувства Вы хотели бы вновь испытать? Испытанные Вами чувства повторялись в Вашей взрослой жизни?

- видели ли Вы, как проходит у них конфликт?

В зависимости от чувств, о которых говорит клиент, составляется генограмма, фокусированная именно на этом чувстве.

2. Материальное положение семьи: своей, родительской, прародительской.

Задаются следующие вопросы:

- часто ли Вам приходилось слышать о том, что «еле концы с концами сводим»? Кто чаще всего был автором этих слов?

- как Вы относились к такому положению семьи? Какие чувства Вы тогда испытывали?

- связано ли такое материальное положение семьи с Вашими дальнейшими планами на жизнь?

3. Образование, социальное положение, достижение, карьера членов семьи:

- обращали ли в Вашей семье внимание на образование?

- какое место в Вашей семье занимало образование? Важно ли оно было? Для кого?

- кому из членов семьи разрешалось не учиться?

- кто для Ваших бабушек и дедушек считается человеком, достигшим очень многого в жизни? А для родителей? Для Вас?

- какие чувства Вы испытываете, когда в Вашем присутствии хвалили этого члена семьи?

- какую роль в Вашей семье занимает профессия?

- как проходил выбор профессии?

- какие поощрения и наказания применялись в Вашей семье за достижения и неудачи в учебе?

- какие ожидания относительно карьеры существовали в Вашей семье? Что ожидали от этого члена семьи? В чем это проявлялось? Что ожидали от Вас?

- Как Вы думаете, как Ваша работа влияет на семью?

4. Повторяющиеся события в семье:

- можете ли Вы сказать, что определенные события в Вашей семье повторяются из поколения в поколение?

- Что это за события? Расскажите о них. Не помните дату этого события? Что на этот счет рассказывали Вам Ваши бабушки и дедушки? Их мнения совпадали? Как расценивали они это событие?

- Нет у Вас такого чувства, что Вы оплачиваете долг перед своей семьей?

- Кто из членов семьи рассказывал Вам об этих историях? Какие чувства Вы испытывали, когда узнавали об этом?

4. Ролевая структура семьи

Сначала клиента информируют о семейных ролях, конвенциональных и межличностных, поясняя, что такое «семейная роль» примерами из семейной жизни. Например,

- «Некоторые матери стремятся к тому, чтобы их дочь во всем и всегда была с ними заодно, чтобы дочь помогала ей в тяжелые эмоциональные минуты, связанные с конфликтом с супругом... Было ли у Вас что-то подобное в отношениях с матерью?» Или,

- «Часто матери говорят своим детям, что они очень на них похожи, а потому никогда ничего не добьются в жизни» ... Как Ваша мама отнеслась бы к таким словам?»

- Кто в семье больше всех заботился о Вас?

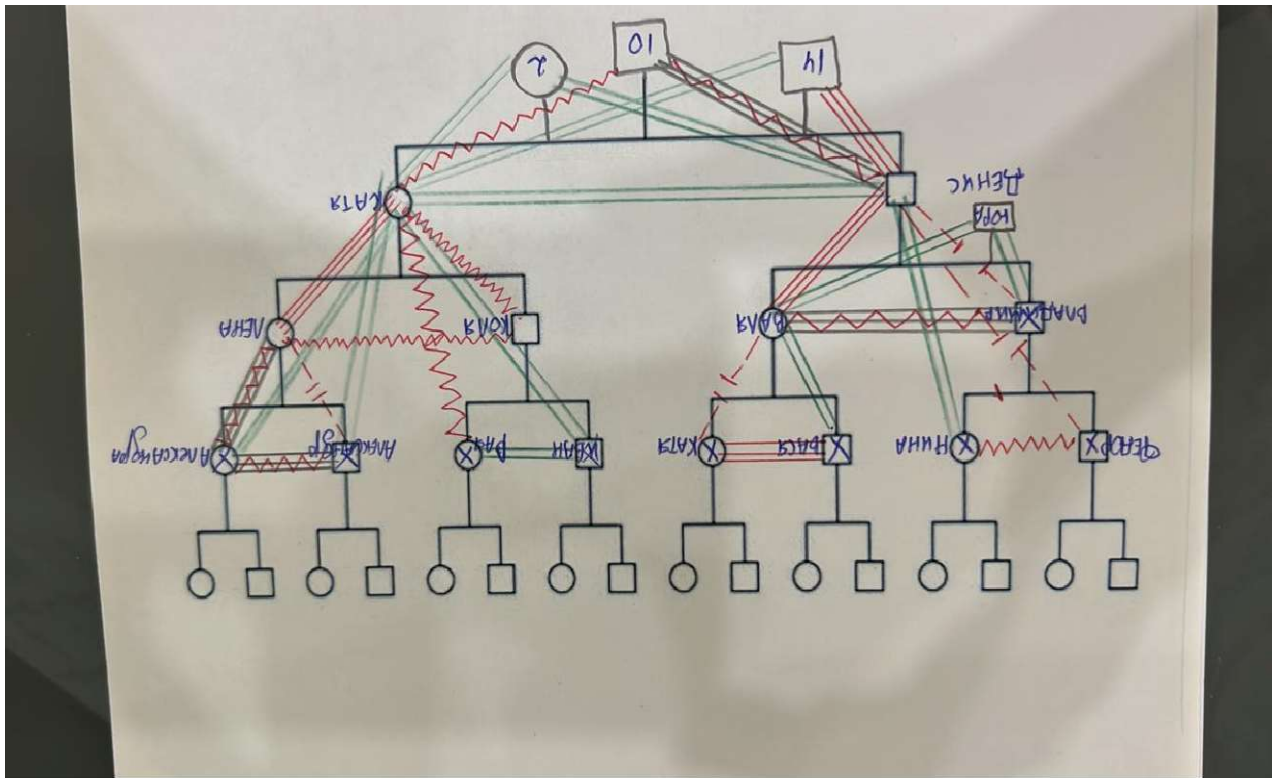
- Кто отвечал за семейный досуг, праздники?

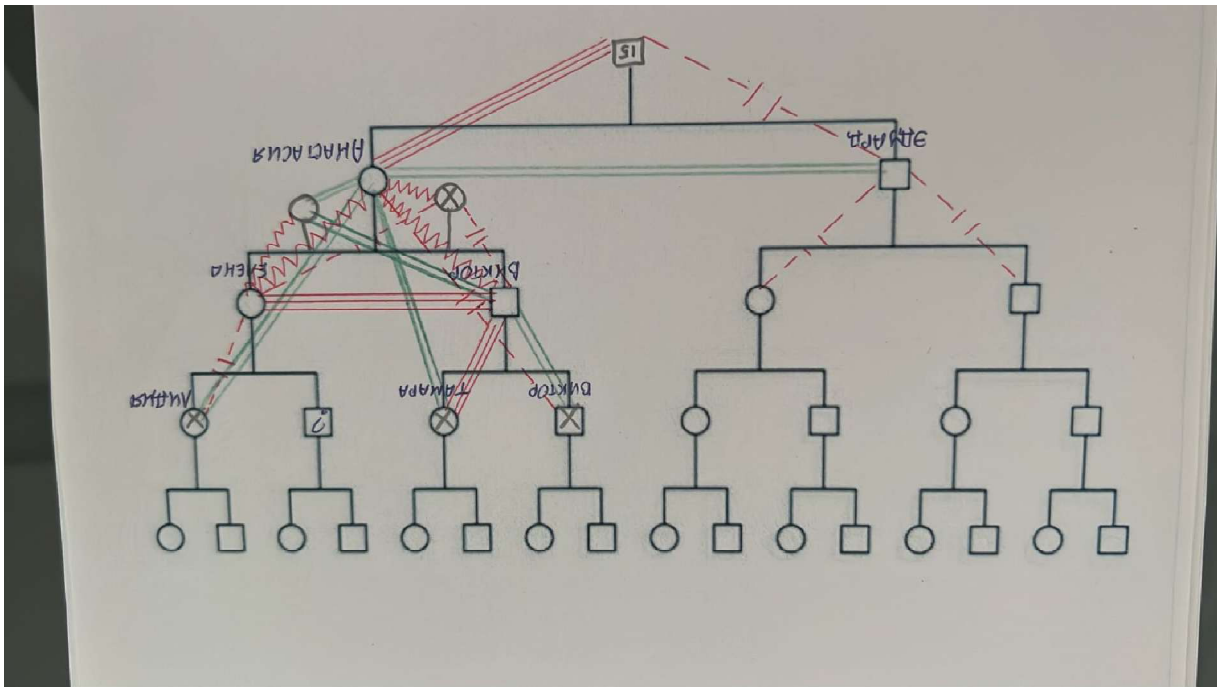
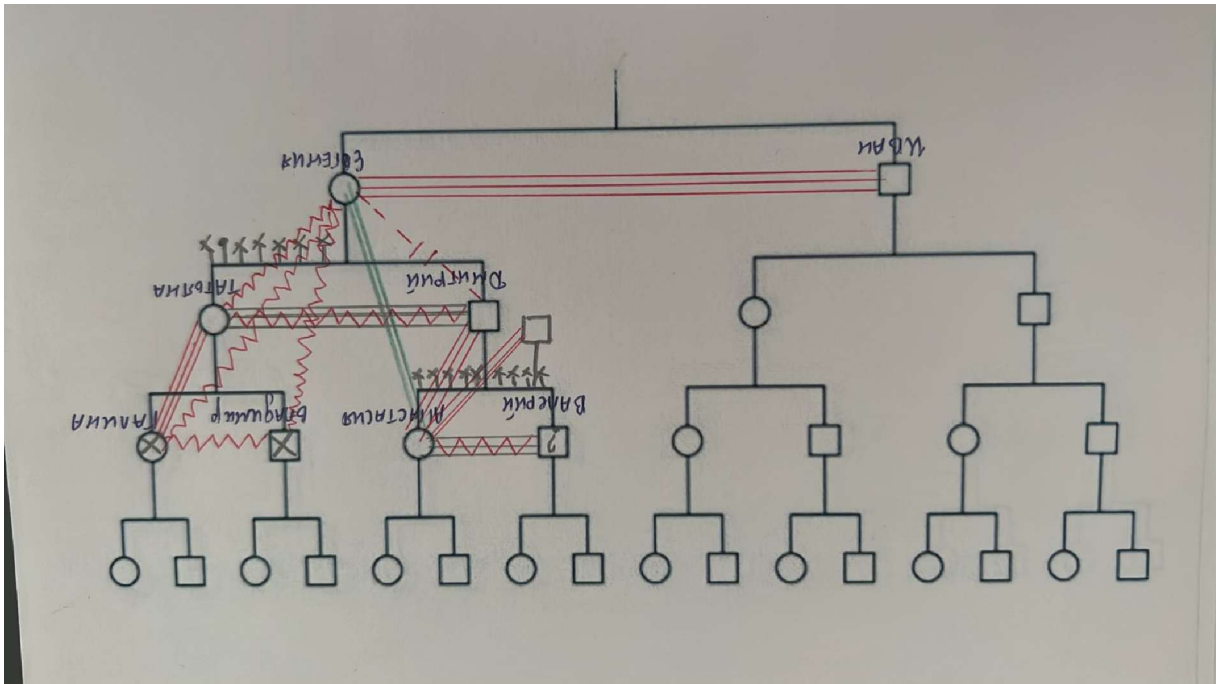
- Кто участвовал в жизни ребенка?

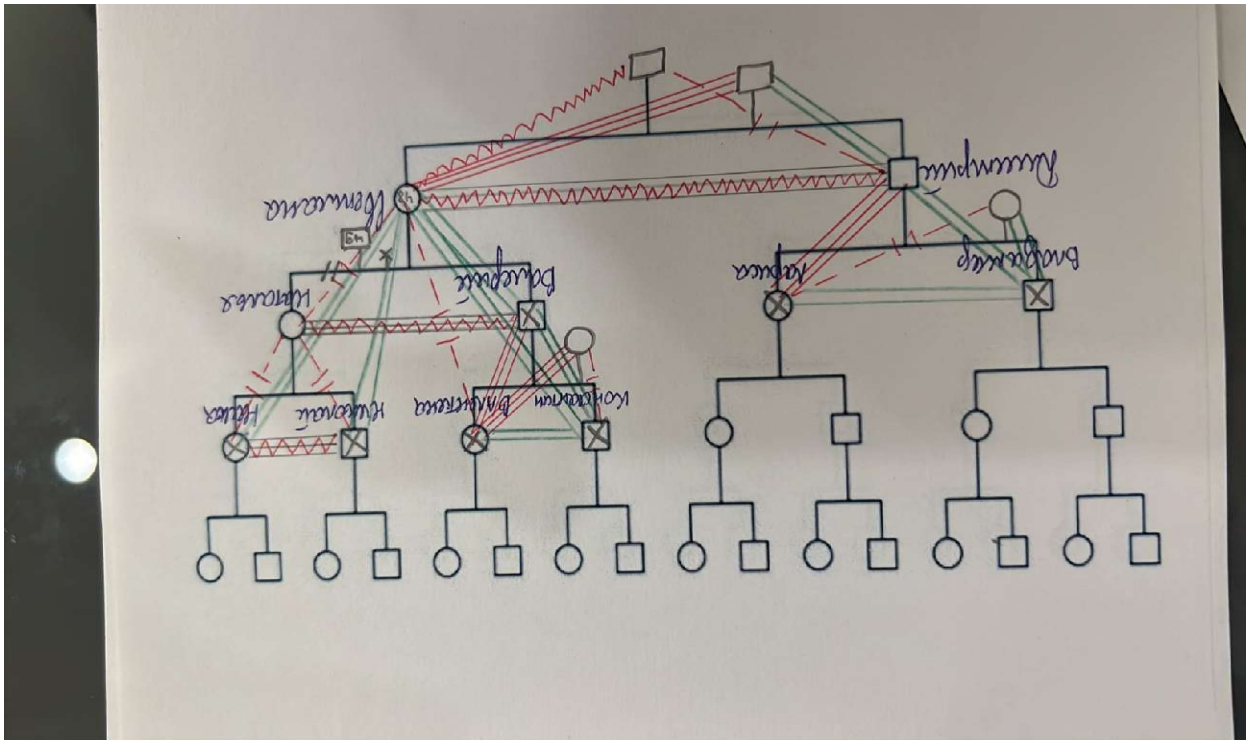
- Называли ли в Вашей семье кого-то по-особому? Были ли интимные имена у других членов семьи?

- Возьмите карточки и читайте по очереди представленные в них психологические портреты. Могли бы Вы в них узнать себя, своего брата, отца, мать, сестру?

Примеры фрагментов генограмм







**Сводные протоколы диагностики женщин с проблемами бесплодия
немедицинского происхождения**

ЦЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ	ЦЕННОСТИ ЛИЧНОЙ ЖИЗНИ								
АКТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АЯ ЖИЗНЬ	<i>Интересная работа</i>	<i>Общественное признание</i>	<i>Продуктивная жизнь</i>	<i>Развитие</i>	<i>Любовь</i>	<i>Верные друзья</i>	<i>Свобода</i>	<i>Счастливая семья</i>	<i>Удовольствия</i>
14,5	16,2	12,9	15,6	13,2	10,6	8,7	9,2	12,3	7,4
7,8	10,4	8,2	10,9	7,7	15,6	10,7	9,9	13,3	11,8

Этические ценности	Ценности общения	Ценности дела
36,21%	15,51%	48,28%
27,58%	41,39%	31,03%

Яркая выраженность	Средняя выраженность	Слабая выраженность
48,28%	41,38%	10,34%
18,96%	60,35%	20,69%

НИЗКИЕ ЗНАЧЕНИЯ (1-2 БАЛЛА)	СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ (3-4 БАЛЛА)	ВЫСОКИЕ ЗНАЧЕНИЯ (5-6 БАЛЛОВ)	
48,06%	16,36%	35,58%	
20,19%	58,66%	21,15%	
ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ВСЕМ ТРЕМ ШКАЛАМ	Высокий перфекционизм, направленный на себя + средний или низкий уровень перфекционизма, направленного на других	Высокий перфекционизм, направленный на других+низкий или средний перфекционизм, направленный на себя	Средние или низкие значения по всем шкалам
31,73%	32,69%	17,31%	18,27%
3,85%	10,58%	7,69%	77,88%

<i>B=P=D</i>	<i>B>P>D</i>	<i>B>D>P</i>	<i>P>B>D</i>	<i>D>B>P</i>	<i>P>D>B</i>	<i>D>P>B</i>
4,81%	0,96%	0,00%	25,00%	6,73%	33,65%	28,85%
47,12%	6,73%	8,65%	4,81%	21,15%	4,81%	6,73%

<i>Не инфантильная личность</i>	<i>Слабо инфантильная личность</i>	<i>Средне инфантильная личность</i>	<i>Высоко инфантильная личность</i>
10,57%	20,19%	41,36%	27,88%
21,15%	32,69%	45,20%	0,96%

<i>Бл.сит-я</i>	<i>ЭХ</i>	<i>Тр</i>	<i>ЧНз</i>	<i>ЧНп</i>	<i>Инф</i>	<i>Нед.</i>	<i>Депр</i>	<i>ТрО</i>	<i>Враж</i>	<i>Имп</i>	<i>КС</i>
53	38	67	51	55	76	59	32	37	42	66	58
96	19	49	44	24	28	42	19	24	10	24	45

<i>Мотив продолжения рода</i>	<i>Мотив сплоченности семьи</i>	<i>Мотив материнства</i>	<i>Мотив жизни</i>	<i>Мотив полной семьи</i>	<i>Мотив заботы и любви</i>	<i>Мотив счастья</i>	<i>Мотив ответственности</i>
18,27%	24,04%	3,84%	4,81%	25,96%	6,73%	6,73%	9,62%
10,58%	14,42%	10,58%	6,73%	15,38%	11,54%	14,42%	16,35%

<i>Должен быть всегда справедливым - может и не быть иногда справедливым</i>	<i>Должен женат</i>	<i>Должен доверять детям - может и не доверять детям</i>	<i>Должен ставить детей на первое место - может и не ставить детей на первое место</i>	<i>Должен всегда интересоваться детьми - может и не интересоваться детьми</i>	<i>Должен всегда гордиться детьми - может и не гордиться детьми</i>	<i>Должен быть спокойным - может и не быть спокойным</i>	<i>Должен быть опытным и компетентным родителем - может и не быть опытным и компетентным родителем</i>	<i>Должен посвящать себя ребенку - может и не посвящать себя ребенку</i>	<i>Должен проводить много времени - может и не проводить много времени</i>
-2,6	-2,4	-2,4	-1,9	-2,8	-2,4	-2,8	-2	-1,6	-2,2
1,8	2,2	-0,2	0,8	-1,6	0,9	2,2	2,6	1,4	1,8

Всегда да теперь в	Всегда да пони мае т	Все гда пр ав	Всегда доволь ный детям и	Никогда не кричащи й на ребенка	Никогда не обижаю щийся на детей	Всегда способный повлиять на ребенка	Никогд а не коман дующи й	Всегда выполняющ ий потребнос ти ребенка
2,4	2,6	2,2	2,8	2,6	2,6	1,6	1,8	2,8
0,8	-0,2	2	-0,4	-2	-2,2	0,6	-2	-0,4

Абсолютно неблагополучн ый брак	Неблаго получн ый	Скорее неблагопо лучный	Пере ходн ый	Скорее благополуч ный	Благоп олучн ый	Абсолютно благополучны й брак
1,45%	8,70%	13,04%	15,94 %	30,43%	26,09%	4,35%
11,59%	14,49%	15,94%	24,64 %	33,34%	0,00%	0,00%

Абсолютно неблагополуч ный брак	Неблагополуч ный	Скорее неблагополуч ный	Переход ный	Скорее благополуч ный	Благополуч ный	Абсолютн о благополуч ный брак
48,84%	34,88%	8,14%	8,14%	0,00%	0,00%	0,00%
20,93%	18,60%	16,28%	20,93%	9,30%	13,96%	0,00%

Абсолютно неблагополуч ный брак	Неблагополуч ный	Скорее неблагополуч ный	Переход ный	Скорее благополуч ный	Благополуч ный	Абсолютн о благополуч ный брак
0,00%	1,39%	5,55%	11,11%	33,33%	26,40%	22,22%
16,66%	18,05%	26,39%	29,16%	9,74%	0,00%	0,00%

Абсолютно неблагополуч ный брак	Неблагополуч ный	Скорее неблагополуч ный	Переход ный	Скорее благополуч ный	Благополуч ный	Абсолютн о благополуч ный брак
0,00%	7,35%	23,53%	35,29%	20,59%	13,24%	0,00%
4,41%	11,76%	14,71%	33,82%	16,18%	10,29%	8,83%
Абсолютно неблагополуч ный брак	Неблагополуч ный	Скорее неблагополуч ный	Переходн ый	Скорее благополуч ный	Благополуч ный	Абсолютно благополуч ный брак
8,33%	26,67%	21,67%	31,67%	11,67%	0,00%	0,00%
1,67%	11,67%	11,67%	36,67%	20,00%	18,32%	0,00%

...проявлять заботу, чувствуют себя нужным человеком	...гордиться собой	...проявлять власть, самоуверенность	...самостоятельность	...поговорить, обменяться информацией, узнать что-то новое	...заражаться энергией	...меньше тревожиться о своём будущем	...общаться интересно с людьми, ориентироваться в социуме	...дарить любовь	...получать любовь, эмоция, близость	...проявлять активность в жизни и на работе	...сбрасывать негативную энергию, проявлять агрессию	...чувствовать себя более комфортно в семье	...мечтать о будущем	...быть ближе к мужу	...учить, воспитывать, делиться опытом	...иметь доверенное лицо, получить совет	...приобщаться к культуре, искусству	...устранять от решения бытовых проблем	...получить поддержку, помощь
15,6	15,8	1,8	16	8,9	4,4	10,2	12,6	4,9	5,9	13,2	1,2	16,4	6	14,9	16,2	11,3	3,3	8,2	9,6
10,8	9,6	1,2	9,8	9,2	3,8	2,4	5,7	12,3	15,7	8,4	1	8,2	5,6	7,9	14,4	12,2	3,6	6,6	11,4

Агрессивно-маскулинный				Инфантильно-капризный				Опекающе-назидательный				Тревожно-фобический				Профессионально-ориентированный			
<i>Надежный</i>	<i>Тревожно-амбивалентный</i>	<i>Избегущий</i>	<i>Смешанный</i>	<i>Надежный</i>	<i>Тревожно-амбивалентный</i>	<i>Избегущий</i>	<i>Смешанный</i>	<i>Надежный</i>	<i>Тревожно-амбивалентный</i>	<i>Избегущий</i>	<i>Смешанный</i>	<i>Надежный</i>	<i>Тревожно-амбивалентный</i>	<i>Избегущий</i>	<i>Смешанный</i>	<i>Надежный</i>	<i>Тревожно-амбивалентный</i>	<i>Избегущий</i>	<i>Смешанный</i>
0,0%	26,09%	34,78%	39,13%	9,30%	20,93%	11,63%	58,14%	0,00%	27,78%	26,39%	45,83%	0,00%	50,00%	14,71%	35,29%	28,33%	3,33%	5,00%	63,33%

<i>Абсолютно неблагополучный брак</i>	<i>Неблагополучный</i>	<i>Скорее неблагополучный</i>	<i>Переходный</i>	<i>Скорее благополучный</i>	<i>Благополучный</i>	<i>Абсолютно благополучный брак</i>
1,45%	8,70%	13,04%	15,94%	30,43%	26,09%	4,35%
48,84%	34,88%	8,14%	8,14%	0,00%	0,00%	0,00%
0,00%	1,39%	5,55%	11,11%	33,33%	26,40%	22,22%
0,00%	7,35%	23,53%	35,29%	20,59%	13,24%	0,00%
8,33%	26,67%	21,67%	31,67%	11,67%	0,00%	0,00%

<i>Конфликтный стиль</i>	<i>Самообвинение</i>	<i>Позитивность</i>	<i>Эгоистический стиль</i>	<i>Избегание</i>
8,2	6,6	2	5,8	2,2
7,6	2,4	2,6	8	5,6
3,6	7,8	5,2	5	4,4
2	8,9	4,4	2,6	7,6
6,4	7,4	5,2	8,2	2,8

<i>АМ</i>	<i>ИК</i>	<i>ОН</i>	<i>ТФ</i>	<i>ПО</i>
38,9	33,6	31,8	42,2	24,5
0	0	0	0	0
51	51	51	51	51

<i>Условное принятие</i>	<i>Отвержение ребенка при симбиотической связи с ним</i>	<i>Отвержение ребенка при доминирующей гиперпротекции</i>	<i>Отвержение ребенка при гипопротекции</i>	<i>Отвержение ребенка при жестоким обращении с ним</i>
5,6	1,9	7,2	2,6	6
2,4	5,4	2,2	8,2	1,2
4,8	3,4	7,4	5,8	3,3
2,6	7,9	3	3,8	2
7,8	4,2	5,8	3,6	1,9

<i>«Козел отпущения»</i>	<i>«Замещающие» члена семьи</i>	<i>«Позор или надежда семьи»</i>	<i>Маленькая неудачница»</i>	<i>«Золушка»</i>	<i>«Семейный талисман, примиритель»</i>
54,10%	6,56%	13,11%	3,28%	22,95%	0,00%
0,00%	32,26%	0,00%	51,61%	0,00%	16,13%
10,00%	28,57%	7,14%	5,71%	14,29%	34,29%
0,00%	13,85%	9,23%	47,69%	7,69%	21,54%
2,00%	4,00%	58,00%	12,00%	10,00%	14,00%

Приложение В

Корреляционные связи между содержательными элементами фактора, характеризующего агрессивно-маскулинный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, и особенностями их оценки межличностных отношений с супругом

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Удовлетворенность	-,324	0,122	0,153	0,188	0,221	0,266	-,306	0,212	0,029	-,154	0,051	0,319	-,586	0,004	0,093	0,184	0,024
Доверие	0,027	0,001	0,199	0,209	0,531	0,068	-,350	0,028	0,058	-,407	0,055	0,220	0,180	0,077	0,191	0,162	0,057
Взаимопонимание	0,192	0,133	0,192	0,130	0,335	0,044	-,024	0,091	0,038	-,763	0,088	0,163	0,204	-,287	0,115	0,178	0,003
Согласованность установок	0,217	0,239	-,066	0,138	0,301	0,120	-,166	-,500	0,098	-,583	0,114	0,111	0,226	0,017	0,098	0,058	0,084
Общие символы	0,072	0,283	-,209	0,060	0,099	0,209	-,152	0,051	0,057	-,621	0,029	0,151	0,083	0,079	0,022	0,046	0,011
Взаимопомощь	0,041	0,066	0,291	0,157	0,166	0,148	0,187	0,131	0,007	-,201	0,126	0,199	0,013	0,131	0,092	0,115	0,135
Легкость	0,144	0,047	0,362	0,083	0,211	0,299	0,141	-,725	-,255	-,206	0,109	0,222	0,016	0,064	0,059	0,021	0,296
Конфликтный стиль	0,288	0,254	0,258	0,279	0,107	0,006	0,165	0,122	0,678	-,541	0,078	0,344	0,281	0,134	0,075	0,015	0,209
Стиль самообвинения	0,053	-,465	-,296	0,146	-,126	0,092	0,031	-,351	-,711	0,295	0,182	-,599	-,459	0,055	0,011	0,158	0,058
Позитивный стиль	0,105	0,062	0,067	0,054	0,199	0,336	0,012	0,181	-,176	0,284	0,025	0,007	0,039	0,002	0,164	0,095	0,102
Эгоистический стиль	0,306	0,307	0,375	0,131	0,310	0,308	0,005	0,047	0,415	0,092	0,244	0,039	0,365	0,026	0,204	0,033	0,045
Стиль избегания	-,386	-,329	-,271	0,103	-,028	0,007	0,156	-,767	0,029	0,423	0,108	-,682	0,034	-,346	0,021	0,055	0,060
Прямой активный тип коммуникации	0,027	0,214	0,463	0,317	0,252	0,510	0,150	0,352	0,535	-,394	0,205	0,255	0,340	0,052	0,165	0,066	0,202
Прямой пассивный тип коммуникации	0,012	0,129	0,206	0,281	0,229	0,284	0,070	0,410	0,102	-,426	0,496	0,519	0,165	0,132	0,105	0,099	0,226
Опосредованный активный тип коммуникации	0,049	0,202	0,033	0,092	0,232	0,039	0,257	-,156	0,04	0,034	0,105	-,232	-,295	-,074	0,540	0,219	0,076
Опосредованный пассивный тип коммуникации	-,068	0,099	0,012	0,073	0,007	0,015	0,422	-,615	0,101	0,069	0,323	-,735	0,069	-,017	0,026	0,155	0,080

Условные обозначения: 1, 18 – факторные нагрузки (шкалы психодиагностических методик), вошедшие в первый фактор

Корреляционные связи между содержательными элементами фактора, характеризующего агрессивно-маскулинный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, и особенностями их восприятия детско-родительских отношений в родительской семье

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Надежный тип	-,372	-,151	-,122	0,031	0,122	0,34	0,403	0,452	0,088	0,635	0,388	0,727	0,327	0,417	0,453	0,058	0,11
Тревожно-амбивалентный	0,168	0,091	0,250	-,299	0,793	0,508	0,015	0,254	0,74	0,142	0,589	0,336	0,107	0,695	0,368	0,123	0,18
Избегающий	0,243	0,052	0,412	0,533	0,222	0,59	0,76	0,652	0,406	0,728	0,302	0,335	0,292	0,296	0,087	0,022	0,208
Смешанный	0,128	0,016	0,641	0,027	0,079	0,083	0,642	0,491	0,622	0,338	0,741	0,504	0,744	0,369	0,27	0,459	0,688
Условное принятие	0,217	0,269	0,099	0,131	0,214	0,545	0,548	0,638	0,267	0,013	0,017	0,217	0,129	0,712	0,383	0,786	0,661
Отвержение при симбиотической связи с ребенком	0,046	-,561	0,624	0,071	0,322	0,738	0,682	0,6	0,241	0,023	0,092	0,663	0,547	0,484	0,467	0,699	0,686
Отвержение при доминирующей гиперпротекции	0,242	0,264	0,638	0,008	0,331	0,115	0,305	0,409	0,112	0,613	0,01	0,36	0,183	0,35	0,649	0,284	0,045
Отвержение при гипопротекции	0,443	0,067	0,645	0,051	0,389	0,005	0,579	0,587	0,221	0,781	0,663	0,358	0,683	0,76	0,167	0,595	0,562
Отвержение при жестоким обращении с ребенком	0,508	0,263	0,091	0,179	0,562	0,303	0,408	0,448	0,199	0,275	0,722	0,637	0,209	0,37	0,413	0,323	0,786
Уровень протекции	-,321	0,048	-,520	0,043	0,103	0,796	0,218	0,396	0,148	0,464	0,229	0,162	0,19	0,565	0,238	0,212	0,151
Удовлетворение потребностей	-,351	-,243	-,524	0,062	0,045	0,568	0,352	0,755	0,399	0,259	0,589	0,746	0,058	0,594	0,012	0,744	0,776
Требования	0,639	0,191	0,445	0,174	0,782	0,643	0,32	0,021	0,069	0,251	0,76	0,325	0,378	0,42	0,407	0,108	0,307
Запреты	0,439	0,224	0,414	0,067	0,057	0,009	0,286	0,253	0,255	0,605	0,462	0,608	0,185	0,338	0,632	0,401	0,702
Строгость санкций	0,703	0,132	0,743	0,165	0,776	0,244	0,266	0,081	0,133	0,774	0,043	0,672	0,512	0,484	0,483	0,733	0,203
Потворствующая гиперпротекция	-,291	0,008	0,021	0,167	-,494	0,678	0,046	0,12	0,653	0,693	0,721	0,349	0,522	0,001	0,343	0,213	0,218
Доминирующая гиперпротекция	0,396	0,122	0,606	0,234	0,164	0,317	0,715	0,792	0,632	0,011	0,429	0,41	0,559	0,186	0,8	0,237	0,556
Повышенная моральная ответственность	0,538	0,606	0,458	0,164	0,252	0,109	0,499	0,493	0,196	0,432	0,028	0,577	0,363	0,419	0,091	0,686	0,281

Эмоциональное отвержение	0,616	0,297	0,371	0,041	0,601	0,635	0,272	0,444	0,214	0,211	0,751	0,054	0,119	0,563	0,151	0,46	0,436
Жестокое обращение	0,683	0,329	0,787	0,038	0,72	0,785	0,316	0,616	0,286	0,496	0,027	0,035	0,023	0,274	0,519	0,068	0,568
Гипопротекция	0,192	0,058	0,467	0,050	0,04	0,137	0,156	0,445	0,079	0,395	0,292	0,055	0,115	0,284	0,084	0,28	0,403
РРЧ	0,093	0,019	0,065	0,086	0,624	0,799	0,437	0,41	0,295	0,238	0,05	0,229	0,629	0,325	0,137	0,039	0,446
ПДК	-,362	-,288	-,355	-,544	0,783	0,745	0,107	0,414	0,673	0,402	0,568	0,752	0,41	0,728	0,478	0,183	0,644
ВН	0,193	0,489	0,329	0,019	0,162	0,157	0,475	0,103	0,207	0,498	0,25	0,257	0,487	0,363	0,775	0,498	0,299
ФУР	-,756	0,028	0,02	-,511	0,51	0,784	0,016	0,652	0,045	0,518	0,755	0,465	0,5	0,112	0,576	0,418	0,338
НРЧ	0,411	0,465	0,419	0,004	0,043	0,324	0,284	0,137	0,644	0,166	0,638	0,213	0,706	0,686	0,369	0,465	0,069
ПНК	0,326	0,119	0,726	0,036	0,246	0,371	0,575	0,671	0,715	0,127	0,422	0,592	0,304	0,114	0,334	0,438	0,545
ВК	0,338	0,416	0,369	0,254	0,749	0,035	0,649	0,66	0,613	0,759	0,617	0,753	0,275	0,651	0,301	0,232	0,741
ПМК / ПЖК	0,117	0,611	0,176	0,192	0,707	0,012	0,233	0,734	0,148	0,757	0,459	0,624	0,235	0,693	0,372	0,03	0,484

Условные обозначения: , 18 – факторные нагрузки (шкалы психодиагностических методик), вошедшие в первый фактор

Корреляционные связи между содержательными элементами фактора, характеризующего инфантильно-капризный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, и особенностями их оценки межличностных отношений с супругом

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Удовлетворенность	0,324	0,122	0,153	0,188	0,221	0,454	0,44	0,414	0,692	0,386	0,515	0,106	0,679	0,798	0,495	0,396	0,502	0,559
Доверие	0,792	0,167	0,027	0,397	0,643	0,585	0,239	0,76	0,186	0,798	0,752	0,005	0,57	0,466	0,338	0,083	0,224	0,472
Взаимопонимание	0,061	0,788	0,699	0,134	0,385	0,048	0,799	0,029	0,573	0,761	0,498	0,315	0,46	0,074	0,421	0,384	0,586	0,083
Согласованность установок	0,634	0,218	0,14	0,345	0,152	0,448	0,143	0,176	0,625	0,073	0,784	0,7	0,126	0,372	0,185	0,227	0,123	0,114
Общие символы	0,334	0,315	0,284	0,639	0,566	0,206	0,689	0,725	0,486	0,044	0,177	0,533	0,603	0,624	0,776	0,237	0,057	0,743
Взаимопомощь	0,441	0,145	0,434	0,539	0,553	0,555	0,219	0,624	0,008	0,141	0,566	0,214	0,53	0,304	0,616	0,105	0,319	0,637
Легкость	0,498	0,701	0,173	0,469	0,093	0,769	0,074	0,296	0,478	0,161	0,22	0,509	0,667	0,319	0,172	0,133	0,307	0,624
Конфликтный стиль	0,521	0,094	0,637	0,579	0,032	0,32	0,22	0,786	0,736	0,775	0,732	0,666	0,626	0,567	0,084	0,017	0,555	0,357
Стиль самообвинения	0,091	0,659	0,206	0,067	0,787	0,715	0,759	0,735	0,15	0,14	0,607	0,596	0,11	0,421	0,645	0,428	0,773	0,492
Позитивный стиль	0,724	0,008	0,453	0,177	0,424	0,394	0,518	0,091	0,635	0,014	0,668	0,647	0,525	0,721	0,136	0,589	0,417	0,402
Эгоистический стиль	0,239	0,508	0,685	0,598	0,159	0,583	0,759	0,797	0,26	0,354	0,171	0,439	0,406	0,075	0,029	0,487	0,431	0,309
Стиль избегания	0,002	0,13	0,336	0,396	0,794	0,196	0,399	0,289	0,504	0,47	0,382	0,116	0,085	0,606	0,028	0,382	0,426	0,191
Прямой активный тип коммуникации	0,055	0,238	0,74	0,29	0,766	0,535	0,415	0,312	0,713	0,189	0,601	0,194	0,052	0,12	0,3	0,681	0,341	0,463
Прямой пассивный тип коммуникации	0,455	0,376	0,642	0,126	0,642	0,313	0,352	0,557	0,345	0,495	0,29	0,535	0,44	0,027	0,683	0,049	0,738	0,128
Опосредованный активный тип коммуникации	0,606	0,541	0,388	0,37	0,242	0,786	0,373	0,077	0,007	0,339	0,274	0,036	0,325	0,767	0,581	0,206	0,294	0,797
Опосредованный пассивный тип коммуникации	0,686	0,416	0,493	0,528	0,594	0,679	0,146	0,099	0,112	0,507	0,35	0,287	0,731	0,248	0,482	0,419	0,146	0,044

Корреляционные связи между содержательными элементами фактора, характеризующего инфантильно-капризный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, и особенностями их восприятия детско-родительских отношений в родительской семье

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Надежный тип	0,319	0,348	0,258	0,418	0,474	0,59	0,367	0,432	0,038	0,306	0,585	0,137	0,359	0,016	0,078	0,298	0,037	0,319
Тревожно-амбивалентный	0,419	0,061	0,262	0,512	0,087	0,308	0,645	0,79	0,78	0,099	0,115	0,609	0,376	0,564	0,744	0,661	0,065	0,419
Избегающий	0,491	0,124	0,118	0,14	0,444	0,583	0,494	0,58	0,41	0,555	0,584	0,642	0,774	0,135	0,161	0,223	0,573	0,491
Смешанный	0,757	0,154	0,306	0,15	0,319	0,681	0,23	0,071	0,79	0,76	0,711	0,399	0,253	0,024	0,612	0,548	0,211	0,757
Условное принятие	0,692	0,376	0,066	0,313	0,793	0,785	0,426	0,299	0,58	0,425	0,26	0,488	0,034	0,331	0,599	0,626	0,459	0,692
Отвержение при симбиотической связи с ребенком	0,236	0,429	0,348	0,573	0,223	0,442	0,128	0,376	0,608	0,752	0,084	0,362	0,491	0,161	0,659	0,103	0,339	0,236
Отвержение при доминирующей гиперпротекции	0,167	0,748	0,374	0,4	0,273	0,745	0,217	0,384	0,394	0,771	0,048	0,293	0,032	0,141	0,572	0,564	0,752	0,167
Отвержение при гипопротекции	0,639	0,376	0,127	0,483	0,704	0,294	0,073	0,476	0,332	0,158	0,467	0,346	0,375	0,711	0,212	0,675	0,71	0,639
Отвержение при жестоким обращении с ребенком	0,006	0,741	0,649	0,465	0,77	0,794	0,443	0,631	0,641	0,495	0,453	0,09	0,371	0,457	0,431	0,773	0,248	0,006
Уровень протекции	0,365	0,718	0,15	0,301	0,621	0,706	0,232	0,72	0,219	0,134	0,644	0,112	0,104	0,354	0,75	0,671	0,442	0,365
Удовлетворение потребностей	0,497	0,166	0,744	0,112	0,794	0,632	0,21	0,341	0,427	0,419	0,347	0,207	0,513	0,275	0,497	0,687	0,03	0,497
Требования	0,799	0,578	0,727	0,787	0,017	0,656	0,29	0,766	0,09	0,42	0,66	0,086	0,442	0,317	0,289	0,021	0,001	0,799
Запреты	0,783	0,62	0,1	0,54	0,406	0,632	0,08	0,781	0,392	0,474	0,545	0,059	0,58	0,293	0,715	0,302	0,286	0,783
Строгость санкций	0,172	0,658	0,78	0,613	0,66	0,071	0,277	0,211	0,675	0,415	0,685	0,523	0,19	0,541	0,098	0,51	0,661	0,172
Потворствующая гиперпротекция	0,713	0,049	0,013	0,074	0,034	0,778	0,168	0,339	0,397	0,73	0,24	0,079	0,777	0,221	0,314	0,492	0,02	0,713
Доминирующая гиперпротекция	0,48	0,556	0,259	0,673	0,776	0,011	0,751	0,794	0,774	0,7	0,564	0,191	0,269	0,083	0,649	0,192	0,122	0,48

Повышенная моральная ответственность	0,375	0,012	0,293	0,673	0,451	0,771	0,003	0,196	0,195	0,264	0,071	0,518	0,538	0,543	0,757	0,518	0,043	0,375
Эмоциональное отвержение	0,043	0,092	0,482	0,665	0,031	0,159	0,301	0,199	0,679	0,39	0,577	0,396	0,719	0,12	0,782	0,181	0,04	0,043
Жестокое обращение	0,249	0,437	0,282	0,429	0,207	0,107	0,203	0,519	0,142	0,292	0,024	0,334	0,112	0,4	0,604	0,152	0,256	0,249
Гипопротекция	0,547	0,655	0,559	0,577	0,71	0,667	0,58	0,683	0,692	0,36	0,339	0,123	0,073	0,632	0,753	0,293	0,478	0,547
РРЧ	0,61	0,098	0,018	0,111	0,775	0,065	0,431	0,236	0,182	0,065	0,626	0,58	0,716	0,796	0,334	0,194	0,712	0,61
ПДК	0,479	0,433	0,358	0,115	0,418	0,739	0,731	0,263	0,359	0,697	0,774	0,113	0,558	0,42	0,333	0,373	0,152	0,479
ВН	0,245	0,618	0,281	0,467	0,117	0,012	0,572	0,438	0,744	0,249	0,151	0,276	0,612	0,032	0,628	0,358	0,549	0,245
ФУР	0,168	0,555	0,061	0,133	0,152	0,461	0,41	0,523	0,563	0,798	0,089	0,673	0,707	0,672	0,579	0,087	0,652	0,168
НРЧ	0,412	0,146	0,031	0,568	0,683	0,16	0,345	0,002	0,537	0,274	0,591	0,347	0,297	0,78	0,709	0,123	0,713	0,412
ПНК	0,028	0,628	0,611	0,377	0,451	0,389	0,218	0,719	0,396	0,346	0,11	0,106	0,219	0,719	0,482	0,394	0,286	0,028
ВК	0,418	0,207	0,234	0,566	0,449	0,399	0,651	0,619	0,099	0,742	0,474	0,028	0,685	0,267	0,653	0,371	0,674	0,418
ПМК / ПЖК	0,123	0,643	0,503	0,58	0,696	0,318	0,023	0,455	0,063	0,737	0,044	0,122	0,596	0,707	0,38	0,334	0,526	0,123

Условные обозначения: , 18 – факторные нагрузки (шкалы психодиагностических методик), образующий второй фактор

Корреляционные связи между содержательными элементами фактора, характеризующего опекающе-назидательный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, и особенностями их оценки межличностных отношений с супругом

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Удовлетворенность	0,324	0,122	0,153	0,188	0,221	0,785	0,329	0,129	0,437	0,11	0,135	0,518	0,133	0,367	0,598
Доверие	0,625	0,041	0,14	0,152	0,696	0,193	0,164	0,121	0,202	0,68	0,205	0,463	0,115	0,556	0,224
Взаимопонимание	0,403	0,186	0,298	0,086	0,325	0,422	0,317	0,377	0,679	0,572	0,554	0,499	0,433	0,186	0,743
Согласованность установок	0,791	0,648	0,198	0,79	0,018	0,753	0,792	0,579	0,587	0,716	0,26	0,02	0,332	0,702	0,423
Общие символы	0,792	0,306	0,107	0,17	0,402	0,265	0,417	0,309	0,44	0,367	0,507	0,271	0,407	0,135	0,041
Взаимопомощь	0,139	0,007	0,141	0,688	0,15	0,091	0,298	0,476	0,065	0,036	0,025	0,156	0,417	0,348	0,492
Легкость	0,424	0,633	0,5	0,594	0,587	0,736	0,473	0,188	0,548	0,154	0,672	0,566	0,467	0,701	0,193
Конфликтный стиль	0,464	0,048	0,504	0,793	0,093	0,147	0,644	0,441	0,472	0,555	0,346	0,525	0,739	0,265	0,241
Стиль самообвинения	0,418	0,286	0,403	0,413	0,442	0,078	0,765	0,586	0,309	0,127	0,698	0,612	0,781	0,011	0,767
Позитивный стиль	0,771	0,743	0,319	0,011	0,487	0,665	0,093	0,017	0,296	0,386	0,196	0,537	0,284	0,212	0,544
Эгоистический стиль	0,3	0,385	0,003	0,176	0,22	0,303	0,198	0,17	0,596	0,708	0,279	0,517	0,506	0,515	0,33
Стиль избегания	0,283	0,514	0,062	0,68	0,465	0,316	0,663	0,641	0,641	0,237	0,191	0,275	0,221	0,065	0,588
Прямой активный тип коммуникации	0,653	0,095	0,077	0,409	0,696	0,204	0,409	0,658	0,655	0,517	0,754	0,766	0,038	0,041	0,626
Прямой пассивный тип коммуникации	0,516	0,159	0,461	0,575	0,299	0,215	0,327	0,319	0,058	0,574	0,661	0,462	0,14	0,055	0,334
Опосредованный активный тип коммуникации	0,542	0,697	0,692	0,677	0,162	0,24	0,517	0,419	0,42	0,051	0,333	0,401	0,033	0,517	0,233
Опосредованный пассивный тип коммуникации	0,035	0,319	0,48	0,15	0,535	0,294	0,346	0,434	0,675	0,411	0,143	0,435	0,36	0,275	0,41

Корреляционные связи между содержательными элементами фактора, характеризующего опекающе-назидательный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, и особенностями их восприятия детско-родительских отношений в родительской семье

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Надежный тип	0,48	0,704	0,098	0,103	0,553	0,197	0,526	0,592	0,659	0,271	0,337	0,363	0,225	0,673	0,246
Тревожно-амбивалентный	0,639	0,436	0,417	0,177	0,13	0,256	0,567	0,238	0,641	0,08	0,042	0,037	0,392	0,13	0,285
Избегающий	0,232	0,289	0,584	0,2	0,177	0,185	0,456	0,601	0,219	0,066	0,072	0,16	0,678	0,534	0,293
Смешанный	0,755	0,717	0,346	0,073	0,529	0,675	0,034	0,692	0,226	0,172	0,222	0,115	0,205	0,231	0,473
Условное принятие	0,673	0,131	0,483	0,095	0,745	0,251	0,278	0,426	0,014	0,258	0,762	0,061	0,75	0,733	0,43
Отвержение при симбиотической связи с ребенком	0,573	0,113	0,032	0,453	0,074	0,113	0,232	0,16	0,563	0,385	0,387	0,491	0,287	0,643	0,02
Отвержение при доминирующей гиперпротекции	0,334	0,497	0,513	0,479	0,033	0,503	0,503	0,492	0,133	0,611	0,577	0,443	0,424	0,367	0,628
Отвержение при гипопротекции	0,541	0,363	0,437	0,252	0,726	0,488	0,3	0,63	0,475	0,31	0,42	0,576	0,585	0,626	0,049
Отвержение при жестоким обращении с ребенком	0,086	0,477	0,58	0,126	0,8	0,29	0,47	0,014	0,71	0,769	0,528	0,137	0,758	0,157	0,518
Уровень протекции	0,753	0,748	0,285	0,189	0,793	0,66	0,52	0,007	0,597	0,521	0,001	0,378	0,784	0,585	0,084
Удовлетворение потребностей	0,502	0,658	0,552	0,585	0,432	0,033	0,635	0,178	0,437	0,541	0,331	0,24	0,501	0,169	0,597
Требования	0,351	0,484	0,169	0,451	0,715	0,525	0,322	0,609	0,74	0,329	0,303	0,132	0,016	0,29	0,402
Запреты	0,038	0,686	0,079	0,623	0,406	0,737	0,771	0,276	0,694	0,705	0,278	0,495	0,046	0,668	0,789
Строгость санкций	0,532	0,381	0,244	0,677	0,113	0,489	0,36	0,69	0,066	0,41	0,379	0,722	0,659	0,625	0,692
Потворствующая гиперпротекция	0,143	0,427	0,001	0,555	0,587	0,051	0,609	0,707	0,75	0,126	0,67	0,104	0,501	0,588	0,764
Доминирующая гиперпротекция	0,017	0,649	0,17	0,243	0,595	0,491	0,798	0,372	0,093	0,328	0,397	0,626	0,548	0,259	0,777

Повышенная моральная ответственность	0,282	0,421	0,369	0,566	0,757	0,182	0,444	0,355	0,512	0,156	0,66	0,092	0,742	0,532	0,169
Эмоциональное отвержение	0,54	0,242	0,136	0,26	0,159	0,566	0,637	0,154	0,489	0,144	0,314	0,442	0,555	0,407	0,257
Жестокое обращение	0,284	0,236	0,087	0,167	0,07	0,213	0,033	0,159	0,497	0,281	0,733	0,726	0,174	0,487	0,392
Гипопротекция	0,64	0,618	0,155	0,417	0,333	0,327	0,5	0,49	0,193	0,437	0,108	0,297	0,641	0,343	0,515
РРЧ	0,425	0,09	0,469	0,744	0,139	0,155	0,776	0,352	0,009	0,131	0,186	0,19	0,657	0,036	0,506
ПДК	0,71	0,428	0,385	0,146	0,102	0,213	0,022	0,443	0,448	0,212	0,569	0,795	0,11	0,162	0,443
ВН	0,38	0,617	0,75	0,071	0,702	0,357	0,128	0,109	0,076	0,042	0,111	0,401	0,364	0,743	0,485
ФУР	0,349	0,155	0,227	0,437	0,243	0,088	0,022	0,138	0,353	0,72	0,619	0,647	0,111	0,098	0,408
НРЧ	0,103	0,128	0,747	0,459	0,23	0,719	0,178	0,726	0,329	0,096	0,775	0,183	0,729	0,654	0,581
ПНК	0,283	0,44	0,506	0,176	0,151	0,529	0,597	0,296	0,574	0,414	0,59	0,423	0,5	0,579	0,033
ВК	0,176	0,254	0,774	0,643	0,315	0,767	0,623	0,463	0,718	0,386	0,374	0,165	0,353	0,758	0,627
ПМК / ПЖК	0,67	0,502	0,385	0,051	0,26	0,635	0,412	0,736	0,011	0,571	0,161	0,081	0,779	0,119	0,129

Условные обозначения: , 15 – факторные нагрузки (шкалы психодиагностических методик), образующие третий фактор

Корреляционные связи между содержательными элементами фактора, характеризующего тревожно-фобический тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, и особенностями их оценки межличностных отношений с супругом

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Удовлетворенность	0,324	0,122	0,153	0,188	0,221	0,607	0,574	0,726	0,086	0,11	0,066	0,607	0,312	0,25
Доверие	0,22	0,226	0,102	0,428	0,627	0,009	0,313	0,542	0,727	0,403	0,628	0,506	0,44	0,701
Взаимопонимание	0,553	0,588	0,017	0,676	0,39	0,569	0,711	0,127	0,415	0,48	0,641	0,216	0,621	0,293
Согласованность установок	0,18	0,65	0,124	0,291	0,783	0,224	0,234	0,019	0,355	0,768	0,44	0,612	0,549	0,719
Общие символы	0,156	0,267	0,253	0,108	0,32	0,413	0,545	0,2	0,433	0,088	0,759	0,714	0,161	0,149
Взаимопомощь	0,226	0,427	0,738	0,18	0,191	0,321	0,067	0,619	0,421	0,206	0,409	0,629	0,054	0,662
Легкость	0,419	0,486	0,407	0,504	0,652	0,63	0,677	0,162	0,6	0,717	0,693	0,134	0,306	0,197
Конфликтный стиль	0,128	0,372	0,741	0,653	0,543	0,415	0,042	0,279	0,546	0,264	0,04	0,761	0,653	0,27
Стиль самообвинения	0,568	0,177	0,743	0,25	0,307	0,407	0,697	0,031	0,423	0,344	0,689	0,584	0,418	0,26
Позитивный стиль	0,556	0,164	0,574	0,251	0,601	0,648	0,041	0,439	0,419	0,445	0,027	0,528	0,605	0,106
Эгоистический стиль	0,113	0,75	0,644	0,612	0,75	0,095	0,696	0,393	0,272	0,638	0,768	0,156	0,381	0,704
Стиль избегания	0,251	0,185	0,435	0,218	0,164	0,552	0,696	0,424	0,354	0,171	0,311	0,711	0,322	0,626
Прямой активный тип коммуникации	0,435	0,519	0,117	0,565	0,183	0,762	0,68	0,55	0,413	0,132	0,116	0,161	0,34	0,09
Прямой пассивный тип коммуникации	0,537	0,447	0,038	0,724	0,318	0,382	0,358	0,713	0,719	0,458	0,626	0,7	0,626	0,453
Опосредованный активный тип коммуникации	0,591	0,543	0,712	0,73	0,242	0,682	0,108	0,159	0,47	0,593	0,268	0,461	0,539	0,466
Опосредованный пассивный тип коммуникации	0,596	0,106	0,504	0,351	0,517	0,008	0,019	0,017	0,164	0,188	0,359	0,531	0,182	0,768

Корреляционные связи между содержательными элементами фактора, характеризующего тревожно-фобический тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, и особенностями их восприятия детско-родительских отношений в родительской семье

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Надежный тип	0,372	0,566	0,22	0,535	0,39	0,697	0,051	0,546	0,355	0,786	0,645	0,165	0,196	0,154
Тревожно-амбивалентный	0,587	0,708	0,13	0,544	0,283	0,397	0,546	0,739	0,023	0,066	0,799	0,399	0,519	0,552
Избегающий	0,124	0,022	0,324	0,405	0,578	0,316	0,317	0,586	0,3	0,428	0,208	0,251	0,097	0,028
Смешанный	0,51	0,255	0,069	0,331	0,499	0,44	0,305	0,674	0,379	0,064	0,131	0,3	0,728	0,443
Условное принятие	0,791	0,772	0,174	0,439	0,039	0,076	0,08	0,751	0,421	0,684	0,33	0,648	0,034	0,428
Отвержение при симбиотической связи с ребенком	0,133	0,789	0,461	0,52	0,599	0,239	0,434	0,476	0,225	0,457	0,331	0,195	0,641	0,231
Отвержение при доминирующей гиперпротекции	0,398	0,35	0,094	0,646	0,31	0,382	0,331	0,733	0,575	0,411	0,532	0,262	0,322	0,462
Отвержение при гипопротекции	0,109	0,745	0,12	0,158	0,226	0,118	0,316	0,486	0,647	0,132	0,494	0,692	0,153	0,221
Отвержение при жестоким обращении с ребенком	0,595	0,114	0,19	0,148	0,167	0,353	0,502	0,046	0,223	0,606	0,782	0,724	0,728	0,336
Уровень протекции	0,592	0,066	0,068	0,112	0,604	0,346	0,254	0,173	0,293	0,361	0,424	0,56	0,39	0,211
Удовлетворение потребностей	0,446	0,224	0,524	0,301	0,085	0,176	0,236	0,163	0,463	0,417	0,67	0,595	0,358	0,284
Требования	0,48	0,545	0,582	0,239	0,196	0,01	0,123	0,507	0,217	0,272	0,241	0,371	0,759	0,321
Запреты	0,383	0,624	0,103	0,5	0,782	0,135	0,742	0,692	0,283	0,608	0,17	0,75	0,716	0,268
Строгость санкций	0,491	0,376	0,627	0,751	0,313	0,577	0,396	0,799	0,118	0,795	0,556	0,289	0,048	0,207
Потворствующая гиперпротекция	0,22	0,212	0,178	0,27	0,079	0,391	0,108	0,64	0,011	0,612	0,44	0,432	0,052	0,699
Доминирующая гиперпротекция	0,715	0,024	0,034	0,066	0,377	0,733	0,738	0,122	0,45	0,284	0,339	0,413	0,474	0,652

Повышенная моральная ответственность	0,326	0,493	0,26	0,204	0,119	0,778	0,035	0,178	0,539	0,337	0,354	0,524	0,467	0,179
Эмоциональное отвержение	0,547	0,524	0,124	0,231	0,673	0,739	0,744	0,159	0,518	0,474	0,024	0,342	0,365	0,512
Жестокое обращение	0,755	0,127	0,075	0,058	0,176	0,462	0,349	0,776	0,136	0,082	0,386	0,002	0,046	0,024
Гипопротекция	0,212	0,314	0,365	0,12	0,187	0,416	0,586	0,488	0,779	0,129	0,245	0,234	0,329	0,475
РРЧ	0,459	0,03	0,181	0,013	0,186	0,639	0,454	0,796	0,348	0,645	0,05	0,741	0,686	0,768
ПДК	0,692	0,702	0,105	0,51	0,224	0,673	0,551	0,447	0,395	0,446	0,022	0,346	0,548	0,426
ВН	0,705	0,044	0,55	0,456	0,349	0,51	0,425	0,055	0,033	0,016	0,584	0,611	0,331	0,267
ФУР	0,784	0,255	0,054	0,48	0,634	0,62	0,065	0,623	0,153	0,127	0,161	0,368	0,584	0,025
НРЧ	0,385	0,429	0,052	0,639	0,65	0,37	0,414	0,514	0,525	0,6	0,193	0,448	0,602	0,147
ПНК	0,712	0,103	0,794	0,608	0,192	0,135	0,265	0,547	0,746	0,282	0,678	0,481	0,665	0,232
ВК	0,749	0,533	0,125	0,4	0,258	0,771	0,3	0,474	0,404	0,11	0,121	0,508	0,404	0,106
ПМК / ПЖК	0,264	0,404	0,537	0,012	0,689	0,528	0,027	0,266	0,568	0,554	0,612	0,706	0,486	0,418

Условные обозначения: , 14 – факторные нагрузки (шкалы психодиагностических методик), образующие четвертый фактор

Корреляционные связи между содержательными элементами фактора, характеризующего профессионально-ориентированный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, и особенностями их оценки межличностных отношений с супругом

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Удовлетворенность	0,583	0,531	0,438	0,624	0,425	0,661	0,193	0,461	0,57	0,091	0,279	0,331	0,696	0,495	0,583	0,531
Доверие	0,183	0,451	0,695	0,118	0,433	0,77	0,393	0,56	0,605	0,348	0,078	0,063	0,276	0,398	0,183	0,451
Взаимопонимание	0,092	0,629	0,611	0,582	0,728	0,475	0,436	0,641	0,548	0,157	0,8	0,509	0,266	0,482	0,092	0,629
Согласованность установок	0,76	0,481	0,692	0,243	0,511	0,023	0,215	0,339	0,745	0,453	0,11	0,434	0,598	0,14	0,76	0,481
Общие символы	0,795	0,562	0,343	0,704	0,032	0,615	0,124	0,445	0,299	0,173	0,436	0,698	0,256	0,298	0,795	0,562
Взаимопомощь	0,635	0,454	0,534	0,558	0,174	0,048	0,311	0,572	0,434	0,502	0,154	0,382	0,575	0,451	0,635	0,454
Легкость	0,099	0,125	0,401	0,407	0,763	0,774	0,538	0,525	0,737	0,47	0,387	0,531	0,014	0,125	0,099	0,125
Конфликтный стиль	0,698	0,111	0,544	0,505	0,054	0,236	0,161	0,215	0,415	0,111	0,293	0,13	0,637	0,176	0,698	0,111
Стиль самообвинения	0,05	0,118	0,691	0,717	0,402	0,338	0,21	0,12	0,009	0,479	0,655	0,358	0,19	0,636	0,05	0,118
Позитивный стиль	0,147	0,307	0,515	0,778	0,141	0,586	0,658	0,574	0,704	0,44	0,78	0,006	0,213	0,311	0,147	0,307
Эгоистический стиль	0,781	0,46	0,503	0,039	0,796	0,343	0,586	0,582	0,301	0,576	0,234	0,426	0,672	0,214	0,781	0,46
Стиль избегания	0,645	0,375	0,295	0,677	0,426	0,686	0,374	0,75	0,168	0,663	0,779	0,378	0,756	0,661	0,645	0,375
Прямой активный тип коммуникации	0,298	0,542	0,624	0,725	0,342	0,734	0,398	0,778	0,445	0,792	0,611	0,132	0,41	0,13	0,298	0,542
Прямой пассивный тип коммуникации	0,361	0,542	0,206	0,197	0,275	0,484	0,014	0,566	0,791	0,15	0,428	0,232	0,344	0,193	0,361	0,542
Опосредованный активный тип коммуникации	0,523	0,066	0,781	0,004	0,348	0,614	0,686	0,655	0,495	0,139	0,178	0,559	0,219	0,235	0,523	0,066
Опосредованный пассивный тип коммуникации	0,137	0,33	0,338	0,005	0,722	0,574	0,79	0,196	0,251	0,16	0,143	0,43	0,22	0,264	0,137	0,33

Корреляционные связи между содержательными элементами фактора, характеризующего профессионально-ориентированный тип личности женщин с проблемами бесплодия немедицинского происхождения, и особенностями их восприятия детско-родительских отношений в родительской семье

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Надежный тип	0,408	0,412	0,145	0,328	0,173	0,122	0,075	0,341	0,338	0,515	0,686	0,606	0,064	0,285	0,689	0,734
Тревожно-амбивалентный	0,505	0,355	0,652	0,61	0,313	0,045	0,281	0,38	0,21	0,402	0,356	0,526	0,05	0,558	0,226	0,776
Избегающий	0,049	0,348	0,487	0,316	0,01	0,168	0,22	0,275	0,589	0,55	0,03	0,073	0,283	0,385	0,282	0,572
Смешанный	0,017	0,111	0,257	0,039	0,253	0,768	0,068	0,354	0,656	0,101	0,507	0,545	0,085	0,61	0,722	0,43
Условное принятие	0,047	0,161	0,578	0,779	0,79	0,753	0,049	0,087	0,453	0,255	0,705	0,68	0,173	0,28	0,02	0,522
Отвержение при симбиотической связи с ребенком	0,531	0,234	0,681	0,694	0,78	0,086	0,172	0,752	0,359	0,606	0,444	0,756	0,376	0,411	0,376	0,76
Отвержение при доминирующей гиперпротекции	0,642	0,171	0,77	0,127	0,237	0,688	0,396	0,179	0,255	0,01	0,511	0,686	0,039	0,537	0,62	0,696
Отвержение при гипопротекции	0,012	0,659	0,37	0,577	0,704	0,207	0,703	0,661	0,038	0,616	0,316	0,339	0,772	0,532	0,48	0,607
Отвержение при жестоким обращении с ребенком	0,781	0,05	0,753	0,159	0,437	0,518	0,225	0,594	0,118	0,797	0,645	0,134	0,41	0,629	0,543	0,318
Уровень протекции	0,12	0,122	0,545	0,644	0,598	0,636	0,665	0,638	0,783	0,086	0,071	0,599	0,186	0,39	0,758	0,128
Удовлетворение потребностей	0,339	0,266	0,683	0,563	0,617	0,374	0,567	0,666	0,556	0,559	0,21	0,418	0,597	0,667	0,459	0,443
Требования	0,487	0,45	0,096	0,612	0,38	0,177	0,289	0,447	0,298	0,095	0,033	0,215	0,442	0,129	0,225	0,153
Запреты	0,154	0,538	0,086	0,169	0,233	0,483	0,57	0,463	0,668	0,405	0,01	0,489	0,194	0,68	0,752	0,035
Строгость санкций	0,462	0,796	0,273	0,468	0,454	0,114	0,315	0,603	0,246	0,207	0,588	0,582	0,469	0,422	0,203	0,558
Потворствующая гиперпротекция	0,599	0,793	0,368	0,044	0,501	0,3	0,076	0,308	0,179	0,264	0,473	0,594	0,504	0,248	0,515	0,036
Доминирующая гиперпротекция	0,681	0,277	0,616	0,796	0,528	0,156	0,18	0,136	0,456	0,343	0,23	0,758	0,403	0,277	0,065	0,009

Повышенная моральная ответственность	0,464	0,108	0,687	0,117	0,436	0,598	0,331	0,104	0,588	0,757	0,401	0,386	0,645	0,652	0,565	0,384
Эмоциональное отвержение	0,525	0,028	0,46	0,146	0,411	0,42	0,578	0,548	0,752	0,477	0,435	0,62	0,133	0,703	0,363	0,536
Жестокое обращение	0,355	0,368	0,675	0,06	0,633	0,599	0,629	0,577	0,77	0,136	0,715	0,191	0,046	0,789	0,419	0,618
Гипопротекция	0,297	0,604	0,213	0,727	0,681	0,012	0,155	0,72	0,705	0,216	0,051	0,636	0,554	0,479	0,794	0,491
РРЧ	0,373	0,784	0,68	0,196	0,338	0,681	0,149	0,527	0,288	0,224	0,014	0,739	0,516	0,172	0,226	0,564
ПДК	0,557	0,067	0,108	0,348	0,694	0,56	0,321	0,256	0,304	0,591	0,675	0,639	0,279	0,283	0,055	0,127
ВН	0,093	0,475	0,558	0,485	0,418	0,051	0,505	0,151	0,135	0,522	0,166	0,577	0,23	0,68	0,468	0,79
ФУР	0,151	0,187	0,434	0,711	0,531	0,256	0,22	0,574	0,3	0,784	0,109	0,527	0,614	0,632	0,071	0,47
НРЧ	0,603	0,69	0,412	0,761	0,331	0,502	0,526	0,044	0,516	0,212	0,115	0,481	0,143	0,164	0,302	0,145
ПНК	0,514	0,64	0,324	0,454	0,502	0,571	0,457	0,793	0,785	0,658	0,405	0,076	0,317	0,492	0,506	0,538
ВК	0,223	0,61	0,535	0,428	0,416	0,293	0,63	0,159	0,692	0,126	0,221	0,425	0,788	0,108	0,487	0,405
ПМК / ПЖК	0,479	0,008	0,783	0,769	0,082	0,649	0,014	0,18	0,716	0,398	0,633	0,623	0,394	0,748	0,217	0,42

Условные обозначения: , 16 – факторные нагрузки (шкалы психодиагностических методик), образующие пятый фактор