Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)
Факультет психологии
Кафедра генетической и клинической психологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Руководитель ООП
д-р. психол. наук, профессор
_____ Н.В. Козлова
«10» января 2020 г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЖЕНЩИН НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПО ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И ВЫНАШИВАНИЯ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

По специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Видякина Тамара Андреевна

Руководитель
д-р психол. наук, профессор
_____ Т.Г. Бохан
Автор работы
_____ Т.А. Видякина

Томск – 2020

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ 4

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ 9

1.1 Характеристики, виды и причины бесплодия 9

1.2 Определение психического состояния в рамках системного подхода 12

1.3 Психические состояния женщин, проходящих лечение бесплодия 17

Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 22

2.1 Этапы, методы исследования, характеристика выборок и организация исследования .. 22

2.2 Результаты исследования 27

2.2.1 Факторы негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО 27

2.2.2 Особенности параметров психических состояний женщин, проходящих лечение на разных этапах программы ЭКО 33

2.2.2.1 Особенности параметров психических состояний на этапе вхождения в программу ЭКО (первый срез) у женщин с положительным и отрицательным исходом лечения бесплодия 33

2.2.2.2 Особенности параметров психических состояний на этапе подсадки эмбриона (второй срез) у женщин с положительным и отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО 45

2.2.2.3 Динамика психических состояний у женщин с положительным и отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО на этапах вхождения в программу и подсадки эмбриона 56

2.2.2.4 Особенности параметров психических состояний женщин с отрицательным исходом подсадки эмбриона 64

2.2.2.5Особенности психических состояний женщин на этапе вынашивания индуцированной беременности 69

2.3 Рекомендации для психологического сопровождения женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО 74

ВЫВОДЫ 77

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 80

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ 82

ПРИЛОЖЕНИЕ А 90
ПРИЛОЖЕНИЕ Б 91
ПРИЛОЖЕНИЕ В 93
ПРИЛОЖЕНИЕ Г 95
ПРИЛОЖЕНИЕ Д 96
ПРИЛОЖЕНИЕ И 98
ПРИЛОЖЕНИЕ К 99
ПРИЛОЖЕНИЕ Л 100

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Начиная с 1970 г. и по сегодняшний день проблема бесплодия являлась и является актуальной в обществе, одной из ключевых медико-социальных и демографических проблем [3, 26]. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), бесплодие – это неспособность сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться беременности в течение одного года [32, 63, 104]. Согласно данным, представленным в статистическом сборнике министерством здравоохранения Российской федерации («Заболеваемость взрослого населения России в 2017 году»), на 2017 год Сибирский федеральный округ находится на третьем месте по количеству женщин, страдающих бесплодием – 14 270 женщин. Всего в России по статистике на этот же год 92 243 женщины страдают бесплодием [66].

Важно отметить, что изучением данной проблемы занимается не только медицина, но и психология. Если медицина занимается поиском эндогенных причин невозможности зачать ребенка, то психология ищет причины в экзогенных или внешних факторах, которые, в той или иной степени, являются причинами бесплодия неясного генеза. Бесплодие неясного генеза – диагноз, который ставится в случае отсутствия явных причин не наступления беременности после прохождения парой полного обследования, в основе которого, является комплекс факторов, среди которых исследователи отмечают важную роль психологического фактора [11]. Если привести статистику, то женский фактор бесплодия превышает 50% в структуре бесплодия супружеских пар. По статистическим данным, представленным в некоторых исследованиях, от 2,3% [27] и до 10% – это бесплодие неясного генеза [71], где причинами являются психологические факторы.

Вспомогательные репродуктивные технологии в настоящее время все больше становятся востребованными при лечении бесплодия, которые направлены на восстановление фертильности. По данным, представленным авторами книг о репродукции, данные технологии помогают в 20-30% случаев [28, 48, 67, 76, 95], в других же источниках процент наступления беременности колеблется от 21,3%-45,8% случаев, в зависимости от самой вспомогательной технологии (процент наступления беременности при экстракорпоральном оплодотворении в среднем составил 29,1%, согласно отчету ESHRE (Европейское общество репродукции человека и эмбриологии) за 2011 год [92].

В то же время зарубежными исследователями (P.K. Deka, S.S. Sarma, A.D. Domar , D. Clapp, E. Slawsby, B. Kessel, J. Orav, M. Freizinger и др.) подчеркивается факт о том, что эффективность лечения и вынашивания беременности зависит и от самой женщины, а именно от ее психических состояний, отношения ко всему происходящему [86, 88].

Отечественный исследователь Т.Ф. Татарчук в своей статье «Стресс и репродуктивная функция женщин» указывает на то, что мощные переживания способны настолько сильно влиять на репродуктивную систему, вплоть до развития раннего климакса у женщин, т.е. вплоть до полной остановки функции репродуктивной системы [68]. Т.Ф. Татарчук, И.В. Добряков и др. пишут о необходимости сотрудничества разных специалистов, связанных общей деятельностью, направленной на решение перинатальных проблем. Так, по мнению И.В. Добрякова, единство взглядов медицинских работников и психологов позволяет успешно решать практические задачи, а редукционистские подходы снижают эффективность оказываемой помощи, могут привести к ятрогениям и психологогениям [12]. Благодаря совместной работе могут быть разработаны программы профилактики бесплодия, задачами которых будут являться, прежде всего, увеличение рождаемости, сокращение количества осложнений при беременности и родах, предотвращение негативных последствий в семье – конфликтов, разводов, огромного экономического ущерба в связи с прохождением лечения бесплодия [43, 52].

Постановка проблемы исследования. В ряде отечественных и зарубежных медицинских и психологических исследований констатированы некоторые особенности психических состояний женщин, проходящих лечение бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий [6, 54, 83]. Некоторые исследователи указывают на повышенную тревожность, депрессию, стресснапряжение, в то время как другие не выявляют таких особенностей или характеризуют их как ситуативные проявления. То есть, на сегодняшний день существуют противоречивые данные в отношении психических состояний женщин, получающих лечение методом ЭКО. Такая ситуация объективирует задачу выявления особенностей психических состояний, как факторов риска, их динамику в процессе программы ЭКО и при вынашивании беременности, а также выявления системы факторов, определяющих психические состояния женщин с проблемой бесплодия с целью создания благоприятных условий для зачатия ребенка и вынашивания беременности, профилактики негативных осложнений и ее прерывания.

Таким образом*, цель данного исследования* состоит в выявлении психических состояний женщин в процессе лечения бесплодия по программе ЭКО и вынашивания беременности в результате данного лечения.

Объектом исследования являются психические состояния как фактор риска нарушения репродуктивного здоровья женщин.

Предмет исследования – особенности психических состояний женщин на этапах лечения бесплодия по программе ЭКО и вынашивания индуцированной беременности.

Задачи исследования:

1. Объективирование проблемы психических состояний как фактора риска нарушения репродуктивного здоровья женщин на основании теоретического анализа ее разработанности в научной литературе.

2. Выявление факторов негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО.

3. Выявление особенностей психических состояний женщин на этапах программы ЭКО.

4. Выявление особенностей динамики психических состояний женщин на этапах программы ЭКО (вхождение в программу лечения, этап подсадки эмбриона).

5. Выявление особенностей психических состояний женщин в процессе вынашивания индуцированной беременности.

6. Разработка рекомендаций для психологического сопровождения женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО.

Гипотеза исследования. Предполагаем, что определенные психические состояния у женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО, выступая в системе других факторов, могут определять эффективность лечения бесплодия.

Методология исследования. Методологической основой данного исследования являлись принципы системного и деятельностного подходов, конкретизированные в положениях биопсихосоциальной модели к здоровью человека (Б.М. Ломов, Н.Д. Левитов, В.Н. Мясищев, В.А. Ганзен, А.Н. Леонтьев, А.А. Карманов, Н.Н. Трубников). Теоретической базой послужили труды авторов в области перинатальной психологии (И.В. Добряков, Н.О. Дементьева, В.В. Бочаров), акушерства, гинекологии, репродукции (В.И. Кулаков, А.В. Лебедько, Т.А. Назаренко, Р.Н. Щедрина, Л.В. Адамян, Г.Г. Филиппова, М.В. Калинская, И.А. Захарченко, Л.П. Федина, Н.Н. Петрова, Е.Н. Подольхов, J. Boivin, J. Takefman, T.H. Chen, S.P. Chang, C.F. Tsai, K.D. Juang, P.K. Deka, S.S. Sarma, A.D. Domar, D. Clapp, E. Slawsby, B. Kessel, J. Orav, M. Freizinger, M.P. Lukse, N.A. Vacc и др.), психологии родительства (Р.В. Овчарова, С.В. Ковалев), психологии здоровья (В.А. Ананьев), психиатрии (В.Д. Менделевич, Ж.Р. Гарданова), патопсихологии (Б.В. Зейгарник), психологии мотивации (Н.Н. Трубников, В.С. Мерлин, Е.Т. Соколова).

Методы исследования.

Организационные методы: лонгитюдный метод, метод контрольной группы.

Эмпирические методы. В исследовании для изучения факторов негативных психоэмоциональных женщин, проходящих лечение бесплодия с помощью ЭКО, использовался метод клинического интервью, вопросы которого были направлены на

выявление возможных факторов, обуславливающих психоэмоциональное состояние женщин. Вопросы клинического интервью заключались в выявлении переживаний относительно состояния здоровья, лечения, системы отношений в родительской и в собственной семье, самооценки.

В исследовании на втором этапе использовалась методика «Основные параметры психического состояния» А.А. Карманова, в качестве стимульного материала которой использовался цветовой тест Люшера. В качестве вспомогательной методики для описания параметров психических состояний использовалась методика «Цель-Средство-Результат» А.А. Карманова. Методика А.А. Карманова направлена на диагностику текущего психического состояния через параметры: настроенность – фрустрированность, отражающий категорию «цель»; спонтанность – полезависимость, отражающий категорию «средство»; ригидность – транс, отражающий категорию «результат».

Для выявления особенностей психических состояний женщин на этапе беременности с помощью ЭКО использовалась методика «Шкала раздражительности, депрессии и тревоги», разработанная R.P. Snaith, для выявления эмоционального благополучия в каждом триместре беременности использовалась шкала самооценки психического состояния.

Методы обработки данных: описательная статистика, критерий Колмогорова-Смирнова для проверки нормальности распределения, сравнительный анализ (U-критерий Манна-Уитни, H-критерий Краскала-Уоллиса), корреляционный анализ (коэффициент корреляции Ч. Спирмена), контент-анализ (анализ текстов клинического интервью).

Выборка. На первом этапе исследования приняли участие 127 женщин, проходящих лечение бесплодия с помощью ЭКО в медицинском центре «Авиценна» (г. Новосибирск), у которых было проведено клиническое интервью. Средний возраст женщин – 31 ± 4,2.

На втором этапе исследования выборку составили 177 женщин с диагнозом бесплодие, находящихся на лечении по программе экстракорпорального оплодотворения в Сибирском центре репродукции человека (г. Барнаул), из которых 111 женщин с отрицательными результатами лечения (нет беременности) и 66 женщин с положительными результатами лечения (беременность наступила). Средний возраст женщин – 32,8 ± 4,3. На данном этапе проводилась методика для определения профилей выраженности параметров психических состояний.

На третьем этапе исследования для определения особенностей психических состояний женщин на этапе беременности были продиагностированы 306 женщин с индуцированной беременностью и 146 с естественной беременностью (контрольная группа). Средний возраст женщин с естественной беременностью был равен 29,5 ± 4,1, с индуцированной – 33 ± 4,8. Сбор данных проходил на базе клиники Авиценна (г. Новосибирск), ОГАУЗ «Областной

перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко (г. Томск), Центр вспомогательных репродуктивных технологий Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск).

Научная новизна. Научная новизна исследования заключается в выявлении и описании динамики изменения профилей параметров психических состояний женщин, проходящих лечение бесплодия на разных этапах (на этапе вхождения в программу ЭКО, на этапе подсадки эмбриона и на заключительном этапе исследования – предоставления медицинскими работниками результатов подсадки эмбриона). Кроме того, методика «Основные параметры психических состояний» А.А. Карманова впервые была проведена на группе женщин, проходящих лечение бесплодия, результаты которой позволяют говорить о системном изучении психического состояния в соотношении с категориями деятельности – цель-средство-результат.

Практическая значимость. Данное исследование дает возможность отследить не только динамику психического состояния женщин, проходящих лечение бесплодия с помощью ЭКО, но и дает представление о том, на каком этапе женщинам наиболее необходима психологическая поддержка, что может способствовать повышению эффективности лечения бесплодия по программе ЭКО и снижению количества осложнений беременности в процессе вынашивания.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Характеристики, виды и причины бесплодия

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), бесплодием считается неспособность сексуально активной и не использующей методы предотвращения беременности пары достичь беременности в течение года [32]. Важно отметить, что в основном, бесплодие – это не невозможность забеременеть, а снижение способности к зачатию (за исключением абсолютного бесплодия). Отмечается, что бесплодие в основном проявляется в ситуации, когда оба партнера субфертильны (способность к деторождению не утрачена, а снижена по тем или иным причинам) [13]. В некоторых исследованиях, с проблемой бесплодия по статистике сталкиваются около 25% супружеских пар, где обычно обуславливающим бесплодие фактором в равной степени является нарушение фертильности – способности к продолжению рода в период половозрелости (с 15 до 49 лет) (примерно в 50% случаев у мужчин и в 50% – у женщин) [57]. По результатам эпидемиологических исследований, частота распространенности проблемы бесплодия в браках колеблется от 8% до 29%. Специалисты отмечают следующие показатели: в Европе около 10% супружеских пар сталкиваются с проблемой бесплодия, в США – 8-15%, в Канаде – около 17%, в Австралии – 15,4%, в России – около 17,5%, и, данный показатель не имеет тенденцию к снижению [76, 96]. Необходимо отметить, что проблема бесплодия в России была актуальна, начиная с 70-х годов. По данным ВОЗ, распространенность бесплодия 15% и более является демографически опасной и в достаточной степени серьезной проблемой для здравоохранения [28, 67]. Также, статистические данные (согласно данным Института ГУ ВШЭ) показывают, что в России количество попыток зачатия ребенка с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) превышает 31 000 в год [77].

Женский фактор бесплодия составляет более 50 % в структуре бесплодия у супружеских пар, где в 25% причины маточного, трубного и цервикального происхождения, в 20% – не происходит выход яйцеклетки из яичника в маточную трубу в результате разрыва зрелого фолликула, в 5% причинами являются другие проблемы женской репродуктивной системы [56]. В результате проведенной в 1987 году специальной программы ВОЗ по репродукции человека, было выделено 22 фактора, которые лежат в этиологии женского бесплодия. К ним относятся: сексуальная дисфункция (расстройство основных проявлений сексуальности – полового влечения, сексуального возбуждения и оргазма, сексуальные болевые расстройства, гиперпролактинемия (повышенный уровень гормона пролактина, который влияет на репродуктивную функцию, подавляя выработку лютеинизирующего гормона, отвечающего за созревание яйцеклетки в овуляционный период), органические

нарушения гипоталамо-гипофизарной области, аменорея с повышенным уровнем фолликулостимулирующего гормона (отсутствие у женщины овуляции, обусловленное заболеваниями самих яичников), аменорея с нормальным уровнем эстрадиола, со сниженным уровнем эстрадиола, олигоменорея (скудные или редкие менструации), нерегулярный менструальный цикл / ановуляция (отсутствие выработки яйцеклетки яичниками), ановуляция с регулярным циклом, врожденные аномалии развития половых органов, двухсторонняя непроходимость маточных труб, спаечный процесс в малом тазу, эндометриоз (разрастание клеток внутреннего слоя стенки матки за пределы, приводящее к ежемесячным кровотечениям, в последствии к воспалению в окружающих тканях), приобретенная патология матки и шейки матки, приобретенные нарушения проходимости маточных труб, приобретенные поражения яичников, туберкулез половых органов, ятрогенные факторы (лекарственные препараты), системные болезни, отрицательный посткоитальный тест (исследование цервикальной слизи – секрета шейки матки после незащищенного полового акта на предмет совместимости партнеров, а именно влияние женских половых путей на подвижность и оплодотворяющую способность сперматозоидов) [32, 42, 63]. В книге «Научные основы регулирования рождаемости», В.И. Грищенко из ряда причин, были описаны ключевые варианты женского бесплодия такие, как: трубное (патология маточных труб), эндокринное (расстройства функций системы желез внутренней секреции), бесплодие, которое обусловлено анатомическими нарушениями в области матки, влагалища и иммунологическое бесплодие, которое вызвано явлениями сенсибилизации организма[9, 42]. В 2,3% [27] и до 10% от всех случаев женского бесплодия составляет бесплодие неясного генеза – идиопатическое бесплодие, причины которого не установлены по медицинским заключениям [50].

Существует две точки зрения на объяснение феномена бесплодия неясной этиологии. Так, одна группа исследователей придерживается мнения о том, что данного диагноза не существует, и объясняют это неполным прохождением женщиной медицинского обследования или отсутствием специального инструментария, позволяющего определить биологические причины нарушения репродуктивной функции. Вторая же группа исследователей не отрицает факта существования диагноза, а придерживается позиции существования и влияния на репродуктивную функцию ряда психологических факторов, в той или иной степени, опосредующих невозможность зачать ребенка, вызывая различные изменения в организме женщины [2, 19, 29, 53, 70, 84, 89]. Интересные и информативные данные представлены в работе Т.Ф. Татарчук. В работе «Стресс и репродуктивная функция женщины» указывается на мощное влияние психологических стрессоров, в ответ на которые организм приостанавливает функцию репродуктивной системы. Так, например,

нейроэндокринная система моментально реагирует на стресс и обеспечивает регуляцию репродуктивной функции, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система в существенной степени угнетает репродуктивную функцию [68, 90]. Длительный хронический стресс приводит к снижению синтеза яичниками половых гормонов, а именно к развитию недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла, в процессе которой вырабатывается гормон прогестерон, подготавливающий эндометрий для развития плодного яйца, а также являющийся медиатором, запускающим менструальный цикл [102]. Также, длительное воздействие стресса приводит к расстройству барьерной функции иммунной системы, что может привести к соматическому заболеванию [14].

Таким образом, стресс – один из основополагающих факторов развития идиопатического бесплодия, но исследователи также выделяют и другие психологические факторы, влияющие на репродуктивную функцию. Так, Н.О. Деменьтева, В.В. Бочаров, Л.П. Федина и др. исследователи говорят о том, что стрессы, эмоциональные воздействия, механизмы психологической защиты, которые влияют на репродуктивную функцию [11, 25, 71, 86, 87, 98, 103]. L.W.Cox установил, что «неясное бесплодие» может быть связано с конфликтным детством, неудачными взаимодействиями в семье, боязни беременности и материнства, страха перед родами и послеродовыми психозами [85].

Deutshc в своем исследовании описал характеристики и типы бесплодных женщин:

1. группа женщин, отличающиеся незрелостью, чувствительностью, капризностью по отношению к мужу и склонностью к функциональным расстройствам;
2. группа агрессивно-доминантных женщин, которые не признают свою женственность;
3. группа женщин, которые взяв на себя роль матери, переносят материнский инстинкт на мужчину;
4. группа женщин, которые посвятили жизнь карьере или другим интересам, заставляющим испытывать сильные эмоции [8, 24].

В книге «Женская психология» К. Хорни также как и L.W. Cox выделяет такую группу причин бесплодия неясной этиологии, которые связаны с внутренними конфликтами, возникающими между противоречивыми мотивами, например, между желанием подняться по карьерной лестнице и желанием иметь ребенка [74].

Исследователями также подчеркивается факт о том, что в большинстве случаев наступления беременности не происходит в связи с длительной и тяжело или вовсе не преодолеваемой психологической травмой, от воспоминаний о которой зависит женщина: трудное детство, финансовая нестабильность в прошлом, воспитание без отца только матерью. Так, женщина, вспоминая нелегкое детство, желая будущему ребенку не пережить всего того, что было у нее, начинает, например, опасаться того, что муж бросит ее с

ребенком, что в семье будет неблагоприятное финансовое положение, подсознательно пытается его спасти от всех негативных переживаний, вследствие чего беременность не наступает до того момента, пока не произойдет осознания своей взрослости, понимания и прорабатывания детских страхов [10, 21].

Личностная и ситуативная тревожность также является фактором, лежащим в этиологии бесплодия [49].

По результатам многочисленных исследований, можно говорить о следующих причинах идиопатического бесплодия: психологическая незрелость, инфантильность, нарушения поло-ролевой идентификации, неадаптивные реакции на незнакомые ситуации, эмоциональная лабильность, тревожность, травматический или деструктивный опыт отношений с матерью, подавленная агрессия, внутренние конфликты [40, 72].

Выводы

Таким образом, в данном разделе была представлена актуальность проблемы бесплодия в России и за рубежом с приведением статистических данных, представлены причины бесплодия, подтверждённого медицинской диагностикой и причины идиопатического или психологического бесплодия, в этиологии которого, несомненно, большую роль играют психологические факторы. Многими исследователями подтверждается факт о том, что психологические стрессоры влияют на женский организм, приостанавливая репродуктивную функцию женщины. Подтвержденное врачами бесплодие также могло быть вызвано психологическими факторами, например: снижение иммунитета, уменьшение подвижности маточных труб, происходит выработка или, наоборот, не происходит выработка гормонов и т.д.

1.2 Определение психического состояния в рамках системного подхода

Первым отечественным психологом, написавшим монографию о психических состояниях человека в 1964 году, создавшим общепсихологическую разработку психических состояний, является Н.Д. Левитов [35, 36]. Благодаря его работам, психология начала определяться как наука о психических процессах, свойствах и состояниях человека [20]. В своей книге (1964) Н.Д. Левитов понимает под психическими состояниями особую психологическую категорию, которая объединяет большую группу жизненных явлений. Психическое состояние – это «целостная характеристика психической деятельности за определенный период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и свойств личности» [35, с. 20]. Также Н.Д. Левитов производит попытку разведения функциональных и психических состояний человека. Так,

психические состояния с определенной степенью адекватности отражают реальную ситуацию и отношение субъекта, а в процессе разрешения трудной ситуации, вовлекают психические процессы и личностные свойства (мотивационную сферу, эмоционально-волевую сферу и характерологические черты) [35, 36]. Концепция Д.Н. Узнадзе также включает в себя понимание психических состояний: «Согласно данной концепции, установка рассматривается как психическое состояние. Как готовность к действию, психическое состояние является состоянием именно личности в целом – целостно-личностным состоянием, а не каким-либо частным психическим процессом» [58, с. 133].

Примерно в эти же годы, параллельно с психологией, психические состояния пытались описывать и ученые смежных дисциплин. Так, И.П. Павлов в своей книге писал о том, что психические состояния являются первостепенной действительностью, направляют нашу жизнь и обуславливают прогресс человеческого общежития [51].

Безусловно, психические состояния рассматривались и рассматриваются учеными по принципу единства психического и биологического, связываются со свойствами. А.Г. Ковалев пишет: «Психические состояния нередко становятся типичными для данной личности, характерными для данного человека. В типичных для данного человека состояниях находят свое выражение психические свойства личности», указывая на то, что психические свойства – это статистическая мера проявления психического состояния [22, с. 29]. В.Н. Мясищев, подтверждая принцип единства биологического и психического, на примере неврозов, пишет о том, что отрицательные эмоциональные состояния влияют на формирование отрицательных черт характера [47]. Согласно экспериментальным данным, полученным Б.Д. Лысковым, состояние аффекта наиболее интенсивно у флегматиков, интровертов и у лиц с низким нейротизмом, что говорит о влиянии свойств на формирование психического состояния [73, с. 41]. Имеются также экспериментальные данные о существовании связи между агрессивностью и наличием лишней Y-хромосомой и гипогликемией [78], а также между уровнем тестостерона и гиповитаминозом А и С [61].

Важно заметить, что существует достаточное количество классификаций, описывающих структуру психического состояния (В.И. Чирков [75], В.А. Ганзен и В.Н. Юрченко [5], А.В. Махнач [41] и др.), но, по мнению А.О. Прохорова, В.А. Ганзена и А.А. Карманова, в данном случае необходимо говорить о существовании параметрического подхода к рассмотрению психического состояния, задачей которого является выделение некоторого количества параметров психического состояния для более полного их описания взамен существующих громоздких классификаций и перечней [4, 20, 59]. С точки зрения К.К. Платонова, параметр – это «величина, которая определяет оценку конкретного свойства психического явления или его проявления в действии или деятельности» [55].

Выделяют множество видов и характеристик психических состояний, также, существует множество психодиагностических методик, направленных на диагностику психического состояния. Современный отечественный психолог А.А. Карманов, интегрировав тест Люшера, опросник Лири, СМИЛ и 16 PF, разработал методику «Основные параметры психического состояния», где основные параметры психического состояния – срезовые показатели наиболее общих особенностей протекания психической жизни человека в данный момент. В результате применения факторного анализа, исследователем было выделено три основных параметра: «Настроенность-Фрустрированность», «Спонтанность-Полезависимость», «Ригидность-Транс». Большим вкладом в развитие науки является то, что данные параметры рассматриваются в соотношении с категориями «цель», «средство», «результат», в координатах которых достаточно полно описывается деятельность человека, т.е. применение данной методики позволяет понимать насколько человек способен к адекватной постановке цели, внутренней свободе в выборе целей своей деятельности и показывает уровень переживания результата, уровень порога восприятия [20].

Настроенность в отечественной психологии – это готовность к выполнению какой-либо деятельности. К.К. Платонов характеризует настроенность как психологическую мобилизованность, а Н.Д. Левитов как готовность к труду, состояние уверенности и бодрости [7, с. 16].

Состояние фрустрации понимается как «расстройство планов, уничтожение замыслов» [38] и негативные эмоциональные реакции на фрустрацию, такие так: агрессия, досада, тревожность, подавленность, обесценивание цели [45]. Состояние фрустрации возникает при условиях непреодолимых препятствий на пути к удовлетворению жизненно важной потребности [97]. Фрустрированность (производная от фрустрации) обеспечивает ее сохранение во времени и «приводит к дезорганизации сознания, деятельности и поведения человека» [80].

Автор методики предполагает, что основными факторами данного параметра «Настроенность-Фрустрированность» являются:

1. Достаточность иерархической координации мотивов.

Т. Рибо писал следующее: «основным условием хотения является иерархическая координация, т.е., недостаточно того, чтобы рефлексы координировались с рефлексами, желания с желаниями, разумные наклонности с разумными наклонностями, необходима также координация с соподчиненным, которая вся ведет к одному пункту – именно к той цели, которой необходимо достигнуть» [62, с. 134].

2. Напряженность побуждения.

Т. Рибо писал: «Когда побуждение очень сильно и неожиданно, т.е., когда в нем соединяются все условия напряженности, то оно в большинстве случаев вызывает действие» – между мотивом и действием находится процесс побуждения, сила которого и определяет то, перерастет ли мотив в действие или нет [62, с.49].

3. Эмоциональная устойчивость.

4. Активность восприятия.

Согласно Е.Т. Соколовой «Чем большей смыслообразующей силой обладает мотив, тем более значительные изменения претерпевает деятельность испытуемых, и, соответственно, сам процесс восприятия» [65, с. 81].

5. Самостоятельность мышления как необходимый фактор целеобразования [20].

Основаниями для выделения параметра «Спонтанность-Полезависимость» послужили следующие научные данные: Б.В. Зейгарник дала следующее определение термину «спонтанность» по отношению к деятельности: «спонтанность – это невозможность регулировать свои действия» [16, с. 124]. Как указывает Т.Н. Курбатова, спонтанность близка агрессии, которая связана со стремлением к достижению успеха, цели и ответной реакцией на угрозу [31]. Как было отмечено автором методики, спонтанность всегда имеет связь с некоторой долей отрицания ситуации, психологического поля [20].

Что касается «полезависимости», то оно ассоциируется с когнитивным стилем: полезависимость – это повышенная отвлекаемость на внешний раздражитель, немотивированные действия [17]. В таком случае, человек не действует под влиянием ситуационных квазипотребностей.

Близкими по смыслу к спонтанности и полезависимости – активность и пассивность. Наиболее важными составляющими этого параметра являются:

1. Энергетический уровень;
2. Баланс симпатической и парасимпатической составляющей ВНС;
3. Уровень концентрации внимания и владение психическими процессами;
4. Зависимость или независимость от ситуации;
5. Конформность или неконформность [20].

Н.Д. Левитов понимал ригидность как недостаточную пластичность в деятельности и поведении, как трудность переключения на что-то новое, как сопротивление изменениям и непроницаемость, наклонность к персеверации [37].

В психологии транс относят к амбулаторному автоматизму, который, в свою очередь, относится к сумеречным состояниям сознания [60]. Т.е. транс понимается как резкий, «сквозной» переход человека в новое состояние сознания вне закономерностей функционирования нормальной, обычной психики, в результате чего человек оказывается

там, куда совсем и не шел, или делает то, чего совсем не хотел (в буквальном и переносном смысле). В состоянии транса человек сильно переоценивает значимость тех или иных событий как результата своей деятельности или деятельности других людей.

Главными факторами формирования траса, которые выделяет А.А. Карманов, являются следующие:

1. Длительное нарушение гомеостаза;
2. Неудовлетворение потребностей;
3. Неудовлетворенность результатами деятельности;
4. Нарушение непроизвольности саморегуляции;
5. Биохимическое воздействие на мозг;
6. Воздействие произведений искусств;
7. Целенаправленное достижение этого состояния с помощью специальных приемов: медитация, гипноз, психотерапия и т.п. [20].

Соотношение ригидности и транса просматривается и на примере индивидуального стиля деятельности. Существуют данные о связи ригидности (как когнитивного стиля) с преобладанием исполнительных действий над ориентировочными [1]. Наличие потребности в ориентации по А.И. Юрьеву [79] для состояния транса не вызывает сомнений: «Недостаток (дефицит) информации при наличии большой потребности в ней у больного приводит к определенному психическому состоянию, которое характеризуется эмоциональной напряженностью, тревогой, преувеличением серьезности своей болезни, различными продуктивными нарушениями мышления – сверхценными и навязчивыми идеями, а иногда (при наличии патологической почвы) и к бреду по типу реактивного параноида» [39, с. 110].

Автором методики показана возможность выделения соотношения параметров психического состояния и категорий «цель», «средство» и «результат». По мнению автора, ключом к пониманию психических состояний является категория деятельности [20]. Важнейшими категориями, в координатах которых достаточно полно описывается деятельность, являются категории «цель», «средство» и «результат» [69].

Является очевидным, что эти параметры напрямую соотносятся с категориями общенаучного базиса цель-средство-результат. Параметр «Настроенность-Фрустрированность» отражает категорию «Цель» – способность человека к адекватной постановке цели, внутренней свободе в выборе целей своей деятельности. «Спонтанность-Полезависимость» – категорию «Средство», т.е. уровень внутренней свободы в выборе средств достижения поставленной цели. Например, активный человек, который находится в состоянии возбуждения, значительно свободнее в выборе средств, чем человек утомленный, подавленный и расслабленный. Агрессивность как составляющая данного параметра

повышает свободу действий. «Ригидность-Транс» – отражает категорию «Результат», уровень переживания результата, уровень порога восприятия. В состоянии ригидности индивид недооценивает значимость полученных результатов. Именно это заставляет персевирирующего человека неоднократно выполнять какое-то действие, повторять десятки раз одну фразу. Человек в состоянии транса склонен весьма переоценивать значимость для себя тех или иных результатов, событий и эмоционально давать им оценку [20].

Выводы

Таким образом, о психическом состоянии как о целостной характеристике психической деятельности за определенный период времени, впервые заговорил советский психолог Н.Д. Левитов, дав наиболее полное определение данной психологической категории. Психическое состояние всегда сопровождается внешними признаками, имеющими динамический характер, которое связано с познавательной деятельностью, волевой сферой и личностью в целом. Согласно анализу литературы, не существует единой точки зрения на определение, структуру, механизм, детерминанты и методы исследования психического состояния, но всеми исследователями подчеркивается многоуровневость состояний как психического явления. Следует указать на то, что, как и все явления психической жизни, психические состояния в большей степени не спонтанны – это продукт включения субъекта в некоторую деятельность, в ходе которой состояние формируется и изменяется, оказывая при этом обратное влияние н успешность реализации последней. Поскольку мы говорим о том, что психическое состояние связано с исполняемой деятельностью, психическое состояние стоит рассматривать через категории деятельности «цель-средство-результат», в отношении каждой из которой существуют соотнесенные с ними параметры психических состояний.

1.3 Психические состояния женщин, проходящих лечение бесплодия

Бесплодие признают жизненным кризисом, который приводит к психической нестабильности и эмоциональным расстройствам [93]. Бездетная пара испытывает сильные эмоциональные реакции, такие как: тревога, депрессия, потеря чувства собственного достоинства, чувство вины, трудности в их сексуальных отношениях, неудовлетворенность браком и изолированное межличностное отношение [там же]. Важно то, что эти психологические эффекты могут возникать независимо от того, кто «бесплоден», т.е. независимо от того, сталкивается ли пара с мужским бесплодием, бесплодием женского фактора или с бесплодием неясного генеза [91]. Так, T. H. Chen, говорит о том, что женщины, страдающие бесплодием, показывают повышенную частоту униполярной депрессии [83]. В семьях, страдающих бесплодием, от 8% до 28% женщин показывают

тревожные состояния клинического уровня [81, 83]. Психоаналитики предполагают, что частые попытки зачать ребенка вызывают перманентную тревогу, состояние хронической фрустрации – к депрессии [23].

В связи с проблемой бесплодия, могут изменяться и отношения в супружеской паре. Так, в ряде работ было показано, что бесплодие может приводить к нарушению межличностных отношений, ощущению нестабильности семейного положения. В исследовании M. P. Lukse, N. A. Vacc, повторные браки в семьях, страдающих бесплодием, отмечались в 5 раз чаще, чем в группе женщин, не имеющих проблемы бесплодия (17,9 и 3,3% соответственно) [94]. Согласно результатам, полученным Г.Я. Лаштаевой, также отмечается большое количество разводов в парах без детей, где в 70% развод происходит по инициативе мужчин [33]. Также отмечается, что отношения могут быть еще более напряженными в результате фактического процесса попытки зачатия ребенка. Планирование секса может сделать близость похожей на рутину [91].

Наиболее перспективным методом лечения бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В настоящее время результативность ЭКО достигает 40%, а количество детей, родившихся в результате применения этого метода, исчисляется уже миллионами. Впервые в России ЭКО было успешно реализовано в Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (г. Москва) в 1986 г., где родился первый ребенок [63, 71]. Но, процесс лечения может являться еще одним стресс-фактором.

Что касается эффективности лечения бесплодия, то оно зависит не только от качества проведения методов ВРТ, но и от самой женщины, а именно от ее психического состояния, от отношения женщины к процессу лечения бесплодия. В связи с этим проблема индивидуально-психологических особенностей и психоэмоциональных реакций женщин с бесплодием приобретает все большую актуальность. В ряде исследований (И.И. Паюк, 2008; М.В. Капустина, 2009; Г.М. Савельева, 2010; С.И. Михалевич, 2011) показано, что женщины, у которых беременность наступила в результате ЭКО, отличаются от группы женщин со спонтанной беременностью [34].

В исследованиях Дроздикова-Зарипова А.Р., Thiering P., Beaurepaire J., Jones M., Saunders D., Tennant C., Boivin J., Takefman J. и других было установлено, что психоэмоциональное состояние может влиять на эффективность в лечении бесплодия, например, негативные эмоциональные состояния – фактор риска при лечении бесплодия [15, 30, 54, 82 и др.]. Также отмечается, что лишь 50% женщин в группе ЭКО (по сравнению, с 80% женщин со спонтанной беременностью) находятся в состоянии психологического комфорта [82]. Возможно, что негативный психоэмоциональный статус связан с

доминированием у них мыслей о несостоятельности репродуктивной сферы, идеи самообвинения [15, 88].

В исследовании А.В. Лебедько было выявлено формирование осложнений беременности у пациенток после ЭКО, обусловленное действием хронического стресса. Показатели самочувствия, активности, настроения в группе ЭКО на всех этапах обследования достоверно ниже, чем в группах, не применявших ЭКО, что может свидетельствовать о накопленной усталости у женщин при лечении как до проведения процедур ВРТ, так и при самой беременности и даже после успешного ее завершения. Женщинам в группе ЭКО свойственны высокие показатели уровня ситуативной и личностной тревожности в т. ч. и после успешного завершения беременности [34].

В работе K. Li J. Wang, J. X. Zhang, L. Yu J. Zhang, P. Jiang, бесплодные женщины из Китая, планирующие пройти лечение с помощью ЭКО, имели значительно более высокие баллы по шкале депрессии, чем женщины, не сталкивающиеся с проблемой бесплодия. Возраст, финансовые потери, продолжительность бесплодия и история неудачного лечения ЭКО имели отрицательную корреляцию с психологическим состоянием здоровья и качеством брака. Таким образом, авторы пришли к выводу о том, что напряжение, связанное с бесплодием и лечением ЭКО, оказало негативное влияние на психологический статус и качество брака у китайских женщин [101].

В ряде исследований показано, что с увеличением попыток ЭКО усиливается депрессивная симптоматика [100], развиваются тревожные и тревожно-депрессивные расстройства. Однако в ряде других исследований не обнаружено психологических проблем, связанных с процедурой ЭКО, например, в исследовании M. P. Lukse, N. A. Vacc, возрастные проблемы, финансовые последствия и количество прошлых попыток ЭКО не оказывали влияния на уровень депрессии [94]. В работе Е.В. Кулаковой отмечено, что в случае отрицательного результата теста на беременность, пациентки давали усиление тревожных реакций и обнаруживалось присоединение депрессивного компонента, который усугублял процесс лечения [30]. Также в исследованиях А.Р. Ивановой была установлена взаимосвязь между длительностью лечения бесплодия и степенью выраженности психоэмоциональных реакций. В ее исследовании изучено то, что в случае лечения бесплодия более 5 лет отмечается снижение частоты тревожных ситуаций, углубление и присоединение депрессивного компонента [18].

А.Р. Иванова в своем исследовании обозначила психогенные факторы, оказывающие влияние на эффективность лечения и классифицировала их по двум группам. В первую группу вошли факторы немедицинского характера (длительность лечения бесплодия, возраст пациенток (старше 35 лет), проблемы в семейно-супружеских отношениях,

неопределенность относительно успешного наступления и вынашивание беременности). Во вторую группу – психогенные факторы медицинского характера (оперативные вмешательства, инвазивные и инструментальные методы обследования и лечения, гормональная терапия) [18].

Фактор немедицинского характера, а именно фактор длительности лечения бесплодия был рассмотрен в исследованиях Е.В. Кулаковой и А.Р. Ивановой. Большинство женщин, участвующих в исследовании Е.В. Кулаковой были в возрасте от 31 до 40 лет. Это объяснено тем, что женщины до 30 лет сохраняют надежду на самопроизвольное наступление беременности, а после 30 лет у них наступает тревога по поводу бесплодия и они начинают активно применять методы вспомогательных репродуктивных технологий. Женщины характеризовались раздражительностью, беспокойством, неадекватными реакциями на обычные бытовые раздражители, снижением настроения, плаксивостью, нарушением сна, быстрой утомляемостью. Большое значение имеет количество попыток ВРТ в формировании психоэмоциональных реакций у женщин [30].

Вклад исследования Е.В. Кулаковой в изучение проблемы нарушенного репродуктивного здоровья определяется использованием психокоррекции как основного метода лечения. В результате, после окончания лечения эффект расценивался как «значительное улучшение состояния» [30]. Эффективность программы ЭКО, оцениваемая по частоте наступления беременности при первой-второй попытке лечения в группе женщин, которым проводились психокоррекционные мероприятия, оказалась достоверно выше, чем в группе, где психотерапия не проводилась, и составила 41% и 29% соответственно ($p<0.01$) [6].

Наибольший процент прекращения по программе ЭКО отмечался после четвертой неудачной попытки у половины женщин группы. Причиной прекращения пациентки назвали: финансовые проблемы в 47%, процедура ЭКО воспринималась как стрессовая ситуация у 79% пациенток, ухудшение самочувствия, обострение соматических заболеваний, психосоматические жалобы отмечались – отмечались у 48% женщин, семейные проблемы – у 64% участниц.

После первой попытки лечения бесплодия методом ЭКО и отрицательного результата женщины становились более «опытными» в плане лечения в программе ЭКО. Копинг-стратегии женщин, которые успешно завершили лечение в программе ЭКО отличались от стратегий женщин, безуспешно прошедших лечение. Пациентки, которые не смогли забеременеть, достоверно предпочитали стратегию активного избегания и фокусирование на проблеме ($p<0,05$). Избегание проблемы позволяло выстроить своеобразную «защиту» от возможных эмоциональных потрясений во время терапии. Успешная имплантация была у

тех, кто использовал поиск социальной поддержки и положительную переоценку ($p<0.05$) [6].

Выводы

Таким образом, психические состояния могут быть как следствием, так и причиной бесплодия. Например, в ряде случаев беременность наступает, когда женщина отказывается от дальнейшего обследования и лечения и перестает переживать по поводу бесплодия. Успешность лечения, возможно, связана со стратегиями защиты, например, поиском социальной поддержки или положительной переоценкой ситуации [94].

Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

2.1 Этапы, методы исследования, характеристика выборок и организация исследования

Данное исследование подразумевает *три этапа:*

Этап 1 – выявление возможных факторов, обуславливающих психоэмоциональное состояние женщин, проходящих лечение по программе ЭКО. В качестве метода использовалось клинического интервью, вопросы которого заключались в выявлении переживаний относительно состояния здоровья, лечения, системы отношений в родительской и в собственной семье, самооценки. Обработка высказываний женщин осуществлялась с помощью метода контент-анализа. На первом этапе приняли участие 127 женщин, проходящих лечение бесплодия с помощью ЭКО в медицинском центре «Авиценна», г. Новосибирск. Средний возраст женщин – 31 ± 4,2.

Этап 2 – выявление особенностей психических состояний женщин на этапах лечения бесплодия по программе ЭКО. Второй этап включает в себя три среза – вхождение в программу лечения бесплодия, подсадка эмбриона и получение женщиной информации относительно исхода лечения (наступила или не наступила беременность). На этом этапе использовалась методика «Основные параметры психического состояния» А.А. Карманова, в качестве стимульного материала использовался цветовой тест Люшера. Для описания полученных профилей – выраженностей континуумов параметров психических состояний использовалась методика «Цель-средство-результат» А.А. Карманова [20]. В исследовании на втором этапе приняли участие 177 женщин с диагнозом бесплодие, находящихся на лечении по программе экстракорпорального оплодотворения в Сибирском центре репродукции человека, г. Барнаул. Средний возраст женщин – 32,8 ± 4,3. Необходимо иметь в виду, что прохождение программы ЭКО может быть трудным (физически и психологически) периодом для женщин [6], что делает эту группу женщин очень чувствительной по отношению к любым психологическим исследованиям. Учитывая это, количество участников на всех трех срезах отличается. На втором срезе (этап подсадки эмбриона) приняли участие 107 женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО, беременность у которых наступила (49 женщин) и не наступила (58 женщин). На третьем срезе (этап уведомления женщин о результатах лечения) приняли участие 12 женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО, беременность у которых не наступила.

Этап 3 – выявление особенностей психических состояний беременных женщин в третьем триместре беременности (беременность наступила в результате лечения по

программе ЭКО). На данном этапе проводилась методика «Шкала раздражительности, депрессии и тревоги», разработанная R.P. Snaith [99] и использовалась шкала самооценки эмоционального благополучия. Сбор данных проходил на базе клиники Авиценна (г. Новосибирск), ОГАУЗ «Областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко (г. Томск), Центр вспомогательных репродуктивных технологий Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск). На третьем этапе исследования были продиагностированы 306 женщин с индуцированной беременностью и 146 с естественной беременностью (контрольная группа). Средний возраст женщин с естественной беременностью был равен 29,5 ± 4,1, с индуцированной – 33 ± 4,8.

Методы исследования:

организационные методы: лонгитюдный метод, метод контрольной группы;

психодиагностические методы и методики:

- метод клинического интервью изучения факторов негативных психоэмоциональных женщин.

- методика «Основные параметры психического состояния» А.А. Карманова, в качестве стимульного материала использовался цветовой тест Люшера, методика «Цель-средство-результат» А.А. Карманова.

- методика «Шкала раздражительности, депрессии и тревоги», разработанная R.P. Snaith.

- шкала самооценки эмоционального благополучия.

методы обработки данных:

описательная статистика, критерий Колмогорова-Смирнова для проверки нормальности распределения, сравнительный анализ (U-критерий Манна-Уитни, H-критерий Краскала-Уоллиса), корреляционный анализ (коэффициент корреляции Ч. Спирмена), контент-анализ (анализ текстов клинического интервью).

1. Описание вопросов клинического интервью и обработка полученных результатов

Вопросы клинического интервью были подобраны с целью как можно шире изучить возможные факторы, лежащие в этиологии негативных психоэмоциональных состояний. Вопросы касались: репродуктивного здоровья, социально-демографического положения, а также отношений в родительской и собственной семье и переживаний, связанных с отношениями с родителями/мужем, самооценки психического здоровья. Таким образом, были сформулированы следующие вопросы, представленные в Приложении А. В ходе клинического интервью задавались уточняющие вопросы индивидуально, для понимания смысла, вложенного в то или иное высказывание.

Полученные ответы в ходе интервьюирования с согласия женщин записывались на диктофон, а далее, были переведены в письменный формат. Процесс анализа полученной информации состоял из нескольких этапов. На первом этапе использовался компонентный анализ – метод изучения смысла слов, позволяющий разложить значения исследуемых лексических единиц на минимальные смысловые составляющие – семы, с целью последующего описания смыслового содержания с помощью небольшого количества сем [46]. Для его проведения в каждом высказывании были выделены ключевые слова, которые выбирались по принципу более полного отражения смысла всего высказывания. На втором этапе полученные ключевые слова и высказывания по критерию общего смыслового содержания были объединены в тематические ряды. Далее, тематический ряд был представлен основными категориями, состоящими из объединенных по смысловому содержанию лексических единиц. В самих же основных категориях в случае смысловой дифференциации лексических единиц происходило подразделение на подкатегории, которые более подробно раскрывали содержание смысловой категории [44, 46, 64].

2. Обработка результатов по методике «Основные параметры психического состояния»

Обработка полученных результатов предполагает нумерацию позиций расклада с конца. То есть, наиболее отвергаемый цвет переходит на первую позицию, а наиболее приятный цвет на последнюю. После этого, чтобы получить профиль необходимо произвести подсчет баллов по каждому параметру по формулам, представленным ниже:

1. НФ (параметр: настроенность – фрустрированность, отражающий цель)=П4+П3+П1-3*П7;
2. СП (параметр: спонтанность – полезависимость, отражающий средство)=2*П3+П4+П7-2*П2-2*П1;
3. РТ (параметр: ригидность – транс, отражающий оценку результата)=2*П4+2*П2+П6-2*П5-2*П0-П3,

где П1 – позиция первого цвета, П2 – второго и т.д. (нумерация позиций цветов начинается от наиболее отвергаемого цвета).

После этого сырые баллы переводятся в стены:

Таблица 1 – Сырые баллы параметров психических состояний и их перевод в стены

Сырые баллы параметров			Стен
Настроенность-Фрустрированность	Спонтанность-Полезависимость	Ригидность-Транс	
-18 ¦ -15	-23 ¦ -18	-27 ¦ -17	1

Продолжение Таблицы 1

Сырые баллы параметров			Стен
Настроенность-Фрустрированность	Спонтанность-Полезависимость	Ригидность-Транс	
-14 ¦ -13	-17 ¦ -16	-16 ¦ -9	2
-12 ¦ -10	-15 ¦ -12	-8 ¦-4	3
-9 ¦0	-11 ¦ -10	-3 ¦2	4
1 ¦7	-9 ¦-5	3 ¦7	5
8 ¦11	-4 ¦1	8 ¦11	6
12 ¦13	2 ¦5	12 ¦15	7
14	6 ¦9	16 ¦18	8
15 ¦18	10 ¦23	19 ¦27	9

После полученного профиля необходимо соотнести с идеальным (975 – профилем, который получается из обработки АТ-нормы 34251607, представленного автором методики). Отклонения в 1-2 балла от идеального профиля можно рассматривать как варианты нормы. Автором также выделяются экстремальные профили: 115, 999, 519 и т.п. всегда свидетельствуют о наличии серьезной проблемы, которая мешает эффективной деятельности индивида.

В статистическом смысле нормой является 555. Поэтому целесообразно профиль 666 рассматривать как состояние настроенность-спонтанность-ригидность, а профиль 444 – как фрустрированность-полезависимость-транс.

Наиболее выразительным методом представления результатов является следующий: каждый параметр обозначается одной буквой (н – настроенность, ф – фрустрированность и т.д.). Если параметр НФ, например, больше 5, то это говорит о настроенности, меньше 5, значит фрустрированность. Если параметр отклоняется от профиля 555 на 1-2 балла (значения: 3, 4, 6, 7), то обозначается параметр строчной буквой. Больше отклонение (высокий уровень) – заглавной. В данном исследовании для облегчения понимания полученных профилей будет использоваться данная система обозначения параметров [20].

Для статистической обработки данных использовались: описательная статистика, критерий Колмогорова-Смирнова для определения распределения признака, сравнительный анализ (U-критерий Манна-Уитни, H-критерий Краскала-Уоллиса). Для статистической обработки данных был использован пакет прикладных программ IBM SPSS Statistics 23.

3. Описание методики «Шкала раздражительности, депрессии и тревоги» Snaith и обработка результатов

Клиническая шкала для самооценки раздражительности, депрессии и тревоги состоит из 18 вопросов, где респонденту предлагается 4 варианта ответа на каждый из представленных вопросов. Шкала охватывает такие состояния, как: депрессию (вопросы 1, 3, 5, 9, 12), тревожность (вопросы: 2, 7, 10, 14, 17), раздражение, которое направлено на себя (вопросы: 4, 6, 13, 16) и раздражение, которое направлено вовне (вопросы: 8, 11, 15, 18). Интерпретация результатов проводится согласно набранным баллам (сумме). *По шкале депрессии*: от 0-4 баллов – нормативные результаты, от 4-6 баллов – свидетельствуют о риске формирования негативного психического состояния, баллы выше – могут свидетельствовать о наличии проблемы и указывать на необходимость в помощи специалиста. *По шкале тревоги*: от 0-6 баллов – нормативные результаты, от 6-8 баллов – свидетельствуют о риске формирования негативного психического состояния, баллы выше – могут свидетельствовать о наличии проблемы и указывать на необходимость в помощи специалиста. *По шкале раздражения, направленного на себя*: от 0-4 баллов – нормативные результаты, от 4-6 баллов – свидетельствуют о риске формирования негативного психического состояния, баллы выше – могут свидетельствовать о наличии проблемы и указывать на необходимость в помощи специалиста. *По шкале раздражения*, направленного вовне: 0-5 баллов – нормативные результаты, от 5-7 баллов – свидетельствуют о риске формирования негативного психического состояния, баллы выше – могут свидетельствовать о наличии проблемы и указывать на необходимость в помощи специалиста [99].

4. Описание методики «Шкала самооценки эмоционального благополучия»

Клиническая шкала для самооценки психического состояния представляет собой шкалу с интервальными значениями от 10 баллов до 0 баллов. Интервал от 10 до 9 баллов включительно выбирается в случае, если его состояние описывается, как полностью расслаблен, никакого стресса и беспокойства. Интервал от 8 до 7 баллов включительно говорит о том, что состояние респондента расслабленное, отсутствие стресса и беспокойства. Интервал от 6 до 5 баллов включительно говорит о том, что состояние респондента не расслабленное, возможно включение стресса и беспокойства. Интервалы от 4 до 3 баллов включительно говорит о том, что состояние респондента обеспокоенное, стрессовое, от 2 до 1 балла – более выражено. 0 баллов по шкале говорит о сильной обеспокоенности и о стрессовом состоянии, насколько это возможно представить.

Перед выполнением методики предлагается инструкция: «На следующей шкале цифра 10 указывает на то, что Вы чувствовали себя спокойно, а 0 показывает, что Вы находились в состоянии стресса и беспокойства. Пожалуйста, обведите на шкале ту цифру, которая, по

Вашему мнению, отражает степень Вашей обеспокоенности и напряжения, которое Вы чувствовали на каждом этапе Вашей беременности.

Для статистической обработки данных по двум методикам (Шкала раздражительности, депрессии и тревоги и Шкала самооценки эмоционального благополучия) использовались: описательная статистика, критерий Колмогорова-Смирнова для определения распределения признака, сравнительный анализ (U-критерий Манна-Уитни), корреляционный анализ (коэффициент корреляции Ч. Спирмена). Для статистической обработки данных был использован пакет прикладных программ IBM SPSS Statistics 23.

2.2 Результаты исследования

2.2.1 Факторы негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО

По результатам проведенного контент-анализа полученных высказываний женщин, были выявлены следующие ряды: клинические характеристики, которые включали в себя: проблемы репродуктивного здоровья, особенности беременности в анамнезе и время планирования беременности (Приложение Б); ряд социально-демографических характеристик, включающих: профессиональную деятельность, количество лет в браке, количество браков и наличие детей (Приложение В); ряд психологических характеристик, включающих самоотношение, самооценка здоровья, отношения в семье, отношения с мужем, оценка психического состояния.

Согласно данным, представленным в Приложении Б, в программе экстракорпорального оплодотворения участвуют пары, как с женским, так и с мужским бесплодием (в некоторых случаях, бесплодие выявлено у обоих супругов). В 65,6% случаев причинами невозможности зачать ребенка являются проблемы репродуктивного здоровья женщины. В 22,9% случаев причинами невозможности зачать ребенка являются проблемы репродуктивного здоровья мужчины, где причинами являются: бесплодие, иммунная совместимость, слабая активность, пониженное содержание или отсутствие сперматозоидов, повышенный уровень пролактина.

Далее в исследовании принимали участие только семейные пары, в которых проблема бесплодия была выявлена у женщин. Наиболее часто встречаемыми причинами женского бесплодия в выборке данного исследования являются проблемы с фаллопиевыми трубами (21,7%), проблемы с яичниками (18,6%). Важными для исследования являются данные о том, что у 11,5% супружеских пар причины медицинского характера невозможности зачать

ребенка отсутствуют. Время планирования беременности колеблется от «только начали планировать» до 15 лет. Большинство женщин (20,46%) в клиническом интервью говорили о планировании во временном промежутке от 4 до 5 лет. В целом, согласно данным, время принятия решения колеблется от полугода до 15 лет. Количество попыток ЭКО колеблется от 1 до 5. Наибольший процент по количеству попыток – 45% (1 попытка ЭКО). Женщины использовали следующие вспомогательные репродуктивные технологии: гомологичные ЭКО (80% и 2,5% – замершая беременность), донорство яйцеклетки (10,9%), спермы (1,7%) и эмбриона (0,8%), суррогатное материнство (1,7%), стимуляция (0,8%).

Согласно социально-демографическим данным, представленным в Приложении В, 91,6% женщин имеют работу, в 25,3% профессиональная деятельность осуществляется в сфере услуг, 22,3% женщин занимают позицию менеджера, администратора или имеют свой бизнес, 21,3% женщин являются бухгалтерами или работают в банке, 7,6% являются работниками производств, 7,6% женщин – инженерно-технические работники, 7,5% женщин являются работниками силовых органов.

Большинство женщин исследования (63,2%) состоят в первом официальном браке, каждая пятая женщина (20,8%) состоит во втором официальном браке. Встречаются случаи, когда женщина состоит в третьем (0,8%) и четвертом (0,8%) официальном браке. Самый маленький процент женщин 4,8% не замужем, 9,6% женщин состоят в гражданском браке. Диапазон количества лет в браке – от 1 до 20 лет. О наличии детей указывают 9,4% женщин, о незаконченной беременности 31,5% женщин, о планировании – 59,1% женщин.

Следующим этапом контент-анализа являлось выделение основных тематических групп, которые отражают смысловую ориентацию переживаний женщин относительно отношений в родительской семье, отношения к себе, отношения к мужу, самооценку состояния здоровья и психических состояний. Таким образом, были выявлены смысловые категории тематической группы «отношения в родительской семье» и подкатегории, которые представлены в таблицах ниже.

Таблица 2 – Смысловые категории тематической группы «отношения в родительской семье»

Смысловые категории «Отношения в родительской семье (162 лексические единицы)	Частота встречаемости в %	Подкатегории	Частота встречаемости в %
Хорошие отношения с родителями	27,7	-	-

Продолжение Таблицы 2

Смысловые категории «Отношения в родительской семье (162 лексические единицы)	Частота встречаемости в %	Подкатегории	Частота встречаемости в %
Мама	27,7	Отрицательные характеристики в отношении к маме	42,2
		Нет мамы	28,8
		У мамы проблемы	15,5
		Мама хорошая	8,8
		Мачеха	2,2
Папа	20,3	Нет папы	48,5
		У папы проблемы	21,2
		Отчим	18,2
		Отрицательные характеристики в отношении к папе	15,5
Развод родителей	11,3	-	-
Плохие отношения в семье	8,6	-	-
Близкие родственники	4,4	-	-

Смысловая категория «мама» представлена подкатегориями: «отрицательные характеристики в отношении к маме», «нет мамы», «у мамы проблемы», «мама хорошая», «мачеха». Из Таблицы 2, можно заметить, что практически половина (42,2%) высказываний в смысловой категории «мама», указывают на отрицательные переживания по отношению к матери. Как правило, женщины высказывали характерологические негативные черты, такие, как: авторитарность, диктатура, лидерство, несдержанность эмоций, эмоциональная подавляемость. Женщины также указывали на нехватку ласки, внимания, понимания, отсутствие веры в дочь, чувства близости с мамой, на отсутствие эмоциональных отношений

с мамой, светлого образа мамы, а также на опустошенность после общения, на запреты или протесты (мама против ЭКО), обиды. Треть лексических единиц (28,8%) указывает на отсутствие мамы по различным причинам – естественная смерть, несчастный случай, уход из семьи. В интервью женщины высказывали свои негативные переживания, относительно данной ситуации, такие как: переживания чувства долга, обиды, обвинения, недосказанности и невысказанности ей эмоций. Также, практически четверть выделенных в данном тематическом ряду лексических единиц (15,5%) указывает на переживание женщинами проблем у мамы – «жертва в семье», «отец бил маму», «у мамы проблемы с алкоголизмом», «мама воспитывала одна», «у мамы были финансовые трудности», «мама в секте», «мама болеет». Как можно заметить, что высказывания, которые указывают на близкие «хорошие» отношения с мамой, немногочисленны (8,8%).

Смысловая категория «папа» представлена подкатегориями: «нет папы», «у папы проблемы», «отчим», «отрицательное отношение отцу». Из Таблицы 2, можно заметить, что практически половина лексических единиц (48,5%) указывает на отрицательные переживания относительно подкатегории «нет папы», где женщины описывают разные причины отсутствия – естественная смерть, несчастный случай, уход из семьи. Также, четверть лексических единиц (21,2%) указывает на переживание женщинами проблем у отца и проблем, связанных с отцом – «алкоголизм», «болезнь», «не любит маму», «воспитывал один». Практически четверть лексических единиц (18,2%) под подкатегорией «отчим» указывает на негативные переживания женщин, что: «воспитывалась отчимом», «отчим бил», «сильно давил», «не любит маму». Отрицательное отношение к отцу в 15,5% проявляется в негативных переживаниях, которые отражаются женщинами в обиде, раздражении, в оценке его как «приходящего», разочаровании в нем как в отце, напряженности отношений, переживании жестокости со стороны отца, переживании алкоголизма, вследствие чего все члены семьи избивались, переживании неуважения и не любви матери.

Смысловая категория «Плохие отношения в семье» (8,6%) представлена такими характеристиками семьи, как: неэмоциональность, холодность, двойственность, конфликтность, непонимание, отсутствие внимания, обида.

Далее, были выявлены смысловые категории тематической группы «отношения с мужем», которые представлены в Таблице 3.

Таблица 3 – Смысловые категории тематической группы «отношения с мужем»

Смысловые категории (101 лексических единиц	Частота встречаемости, в %
Хорошие отношения	45,5
Отрицательные характеристики мужа	16,8
Отрицательные чувства (страх, одиночество, обида, недоверие, неудовлетворенность)	11,4
Нестабильные отношения (ссоры, конфликты, расставания и т.п.)	7,42
Безразличие и отсутствие поддержки	5,34
Отдаление / уход мужа в работу	4,35
Ответственность на женщине	3,26
Сексуальные отношения	3,26

Согласно полученным данным в ходе клинического интервью, женщины описывают отношения с мужем как хорошие (45,5%). В то же время, женщины высказываются об отрицательных характеристиках мужа, негативных переживаниях, чувствах, о нестабильности и об ответственности, которая перешла на плечи женщины (48,57%). В качестве отрицательных качеств мужчины, женщины выделяют: неэмоциональность, невнимательность, замкнутость, обидчивость жестокость (16,8%). Также в этой же категории женщины указали на то, что муж еще ребенок, муж боится беременности, муж-тиран, муж перегибает палку, у мужа взрывной характер, муж врал, не уважал и не ценил. Во время описания отношений с мужем, женщины нередко описывали и свои переживания отрицательных чувств (11,4%): страх разочарования, неудовлетворенность мужем, чувство давления со стороны родственников партнера, агрессию, нервозность, недоверие, одиночество, напряженность, обиду, неуверенность в муже. Некоторые из женщин во время клинического интервью указывают на переживания безразличного отношения мужа к программе или переживания отсутствия поддержки в процессе ЭКО и к результатам, а также на переживания поглощенности мужа работой (4,35%). Женщины указывают на нестабильность в отношениях (7,42%), которая проявляется в возникновении ссор, конфликтов, временных расставаний, некоторые мужья говорят женщинам об «идеи фикс».

Далее, были выявлены смысловые категории тематической группы «отношение к себе», которые представлены в Таблице 4.

Таблица 4 – Смысловые категории тематической группы «отношение к себе»

Смысловые категории (106 лексических единиц)	Частота встречаемости, в %
Негативные эмоциональные характеристики и состояния («внутренние напряженные переживания», «страх», «эмоциональность–чувствительность–мнительность»)	49,9
Потребность в активности	20,8
Неуверенность, низкая самооценка	19,8
Чувство долга и ответственности за все	9,5

Согласно полученным в ходе клинического интервью данным, половина лексических единиц (49,9%) указывает на негативные эмоциональные характеристики и состояния, которые отражаются в: чувствовании больной, эмоциональной неустойчивости, мнительности, чрезмерной чувствительности, страхе быть неудачницей, страхе подвести, потерять, чувстве вины, несобранности. Далее, по частоте встречаемости следуют высказывания относительно категории «Потребность в активности» – 20,8%, где женщины говорят о страхе сидеть дома, о том, что им скучно и о том, что некуда девать свою активность. 19,8% женщин указывают на неуверенность в себе и сниженной самооценке. Наименьший, но все-таки встречающийся процент высказываний женщин, относительно чувства долга и ответственности (9,5%).

Далее, были выявлены смысловые категории тематической группы «состояние здоровья», которые представлены в Таблице 5.

Таблица 5 – Смысловые категории тематической группы «состояние здоровья»

Смысловые категории (127 лексических единиц)	Частота встречаемости, в %
Негативные психические состояния	58
Проблемы с репродуктивным здоровьем	17,5
Соматические проблемы	14,3
Нет физиологических причин, неясны причины бесплодия	10,2

Больше половины (58%) высказываний женщин относительно состояния здоровья носят характеристики негативных психических состояний. Женщины говорят о состоянии апатии, депрессии, эмоциональной усталости, тревожности, о появлении навязчивых мыслей

о беременности, страха и панических атак. 17,5% высказываний женщин указывают на проблемы с репродуктивным здоровьем и переживаний относительно данной проблемы. 14,3% высказываний женщин указывают соматические проблемы – нарушение сна, физическое переутомление, отсутствие сексуального желания, гормональный сбой, эндокринные нарушения, ВСД, цистит, проблемы с опорно-двигательным аппаратом. Незначительный процент лексических единиц (10,2%) указывает на неясность причин бесплодия.

Выводы по результатам первого этапа исследования

1. На основании полученных данных мы можем предположить, что в качестве факторов, определяющих особенности психических состояний у женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО, могут выступать: негативные переживания женщин относительно отношений в родительской семье, негативные чувства и переживания сложности отношений с мужем, количество попыток ЭКО, время планирования. Выявленные факторы могут выступать как изолированно, так и в системе взаимосвязей.

2. Полученные данные могут быть положены в определение задач и методов ранней диагностики социальных и психологических факторов, затрудняющих процесс лечения бесплодия методами ВРТ, а также служить мишенями психологической профилактики и коррекции негативных психических состояний в целенаправленной психологической помощи в системе лечебных мероприятий в программе ЭКО.

2.2.2 Особенности параметров психических состояний женщин, проходящих лечение на разных этапах программы ЭКО

2.2.2.1 Особенности параметров психических состояний на этапе вхождения в программу ЭКО (первый срез) у женщин с положительным и отрицательным исходом лечения бесплодия

Данный этап подразумевает сравнительный анализ группы женщин с ЭКО, беременность у которых наступила (66 женщин) и группы женщин с ЭКО, беременность у которых не наступила (111 женщин) на этапе вхождения в программу лечения и выявление групп женщин по часто встречающимся профилям сочетания выраженности параметров психических состояний.

Результаты описательной статистики показателей психических состояний групп женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО с положительным и отрицательным исходом лечения, представлены в Таблице 6 и в Таблице 7.

Таблица 6 – Описательная статистика полученных данных на этапе вхождения в программу ЭКО у женщин с положительным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО

Параметры психических состояний	N	Среднее	Среднекв.отклонение	Минимум	Максимум	Процентили		
						25	50-я (медиана)	75-я
Настроенность-фрустрированность	66	7,11	1,458	4	9	6,00	7,00	9,00
Спонтанность-полезависимость	66	4,88	1,776	1	9	3,00	5,00	6,00
Ригидность-транс	66	5,24	1,520	1	9	4,00	5,00	6,00

С учетом проверки на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова (Приложение Г), можно отметить, что для половины женщин в данной группе средне выраженный показатель настроенности на цель, четверть женщин имеет высокие показатели настроенности на цель, отражающие четкое ее осознание и также четверть женщин может характеризоваться не четким распознаванием, расплывчатостью цели и фрустрированностью цели.

В отношении показателей категории «средства» результаты описательной статистики указывают на то, что половина женщин может руководствоваться самостоятельным выбором средств, но в то же время женщины готовы и принимать помощь от других, и прислушиваться к их мнению, советам. Одна четверть женщин демонстрирует склонность к зависимости от мнения со стороны, другая четверть женщин к спонтанности и не последовательности в выборе средств, что может проявляться в эмоциональной напряженности, агрессивности и нарушениях стандартов поведения.

Показатели медиан оценки результатов деятельности указывают, что половина женщин способны трезво и конструктивно оценивать результаты, рефлексировать их и извлекать новый опыт, что свидетельствует о личностном росте. Одна четверть более ригидны в оценке результатов деятельности, что может проявляться в склонности не до оценивать результаты, проявлять излишнюю критичность. Четверть женщин в данной группе может излишне эмоционально реагировать на результаты, фиксироваться на негативных психических состояниях, эмоционально закрываясь и «уходя в себя».

Таблица 7 – Описательная статистика полученных данных на этапе вхождения в программу ЭКО у женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО

Параметры психических состояний	N	Среднее	Среднекв.отклонение	Минимум	Максимум	Процентили		
						25	50-я (медиана)	75-я
Настроенность-Фрустрированность	111	6,98	1,629	4	9	6,00	7,00	9,00
Спонтанность-Полезависимость	111	5,05	1,778	1	9	4,00	5,00	6,00
Ригидность-Транс	111	5,13	1,859	1	9	4,00	5,00	7,00

С учетом проверки на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова-Смирнова (Приложение Д) можно отметить, что для данной группы женщин характерны такие же характеристики выраженности параметров в таком же процентном соотношении, как и для предыдущей группы женщин. Описание представлено после Таблицы 6.

Асимптотическая значимость по всем параметрам в двух группах женщин (с положительным исходом лечения бесплодия и с отрицательным исходом лечения бесплодия) менее 0,05, следовательно, распределение отклоняется от нормального, и, поэтому для выявления значимых различий по основным параметрам психических состояний между группой женщин с ЭКО, беременность у которых не наступила и группой женщин с ЭКО, у которых беременность наступила, будет применяться U-критерий Манна-Уитни (Таблица 8, 9).

Таблица 8 – Ранги параметров психических состояний

Параметры психических состояний	Группа ЭКО	N	Средний ранг	Сумма рангов
Настроенность - Фрустрированность	Беременность наступила	66	90,86	5997,00
	Беременность не наступила	111	87,89	9756,00
	Всего	177		

Продолжение Таблицы 8

Параметры психических состояний	Группа ЭКО	N	Средний ранг	Сумма рангов
Спонтанность-Полезависимость	Беременность наступила	66	86,19	5688,50
	Беременность не наступила	111	90,67	10064,50
	Всего	177		
Ригидность-Транс	Беременность наступила	66	91,45	6035,50
	Беременность не наступила	111	87,55	9717,50
	Всего	177		

Средний ранг по параметрам «Настроенность-Фрустрированность» и «Ригидность-Транс» выше у группы женщин с ЭКО, беременность у которых наступила, а по параметру «Спонтанность-Полезависимость» у этой же группы женщин средний ранг ниже, чем у группы с ЭКО, беременность у которых не наступила, но незначительно. По среднему рангу можно судить о тенденциях направления различий.

Таблица 9 – Статистические критерии

	Настроенность-Фрустрированность	Спонтанность-Полезависимость	Ригидность-Транс
U Манна-Уитни	3540,000	3477,500	3501,500
W Вилкоксона	9756,000	5688,500	9717,500
Z	-,383	-,575	-,498
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,702	,565	,619

При проведении сравнительного анализа статистически значимых различий между группами женщин не обнаружено по всем параметрам: «Настроенность-Фрустрированность» (U=3540; p=0,702), «Спонтанность-Полезависимость» (U=3477,500; p=0,565), «Ригидность-Транс» (U=3501,500; p=0,619), где $p \geq 0,05$.

Согласно теоретико-методологической модели изучения параметров психических состояний, базирующейся на системном и деятельностном подходах в психологии, выявление в эмпирическом исследовании требовало учета их изучения в совокупности с основными категориями деятельности: цель, средство, результат [20, 69], поэтому следующим этапом являлось выявление групп женщин по часто встречающимся профилям сочетания выраженности параметров психических состояний.

Группа женщин с ЭКО, беременность у которых наступила (66 респондентов). По показателям выраженности континуумов основных параметров психических состояний было выделено 32 группы сочетаний параметров психических состояний (профилей). Группы с большим процентом респондентов представлены следующими сочетаниями выраженности параметров психических состояний (Таблица 10).

Таблица 10 – Выявление групп по наиболее частой встречаемости сочетаний выраженности параметров психических состояний у женщин с положительным исходом лечения бесплодия

Выраженность континуумов психических состояний	% участников (от 66 женщин с ЭКО, беременность наступила)
Группа 1 *Настроенность-спонтанность-ригидность* (Высокий показатель настроенности; Средний показатель спонтанности; Средний показатель ригидности)	7,57%
Группа 2 *настроенность-спонтанность-транс* (Средний показатель настроенности; Средний показатель спонтанности; Средний показатель транса)	6,06%
Группа 3 *настроенность-полезависимость-транс* (Средний показатель настроенности; Средний показатель полезависимости; Средний показатель транса)	6,06%
Группа 4 *настроенность-полезависимость-ригидность* (Средний показатель настроенности; Средний показатель полезависимости; Средний показатель ригидности)	7,57%

Продолжение Таблицы 10

Выраженность континуумов психических состояний	% участников (от 66 женщин с ЭКО, беременность наступила)
Группа 5 *настроенность-спонтанность-ригидность* (Средний показатель настроенности; Средний показатель спонтанности; Средний показатель ригидности)	6,06%
Примечание – Строчные буквы в названии параметра психического состояния говорят о его средней выраженности. Заглавные буквы в названии параметра психического состояния говорят о его высокой выраженности. Дефис в сочетании параметров указывает на статистическую норму значения параметра в отношении с категориями деятельности (Цель-Средство-Результат).	

Характеристика групп

Группа 1. Женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств, их поведение может быть настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности.

Группа 2. Женщины отличаются расплывчатостью цели, при этом они могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, их отличает излишняя эмоциональность при оценке результата.

Группа 3. Женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату, может наблюдаться повышенная эмоциональность к результату деятельности.

Группа 4. Женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату. Не смотря на это, в отличие от предыдущей группы женщин, они отличаются более трезвой оценкой результата деятельности.

Группа 5. Женщины отличатся расплывчатостью цели, при этом они могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности.

Только для группы женщин ЭКО, беременность у которых наступила, характерны следующие варианты сочетания выраженности параметров психических состояний на этапе вхождения в программу экстракорпорального оплодотворения:

1. Высокий показатель настроенности, средний показатель полезависимости, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (Нп-). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

2. Высокие показатели настроенности и спонтанности, средний показатель транса (НСт). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

3. Высокий показатель настроенности, показатель, отражающий категорию «средства», в пределах статистической нормы, высокий показатель транса (Н-Т). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

4. Средний показатель настроенности, высокий показатель полезависимости, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (нП-). Профиль характерен для 3% женщин данной группы;

5. Средний показатель настроенности, высокий показатель спонтанности, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (нС-). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

6. Средний показатель фрустрированности и спонтанности, высокий показатель транса (фсТ). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

7. Средний показатель фрустрированности, высокий показатель спонтанности и средний показатель ригидности (фСр). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

8. Все показатели, отражающие категории «цель», «средство», «результат», в пределах статистической нормы (---). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы и, согласно данным, представленным А.А. Кармановым в материалах разработки и апробации методики, данный вариант сочетания параметров психических состояний является вариантом статистической нормы;

9. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель полезависимости и ригидности (-пр). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы.

Необходимо сказать о том, что в данной группе на этапе вступления в программу лечения бесплодия, у двух (3%) женщин выявлено сочетание параметров психических

состояний: Нс-, что, согласно данным, представленным в материалах А.А. Карманова (разработка и апробация методики), данное сочетание является идеальным профилем. Профилей, свидетельствующих о серьезных проблемах, связанных с продуктивностью деятельности, описанных автором методики, в данной группе женщин на первом этапе не выявлено.

Группа женщин с ЭКО, беременность у которых не наступила (111 респондентов). По показателям выраженности континуумов основных параметров психических состояний была выделена 41 группа сочетаний параметров психических состояний (профилей). Группы с большим процентом респондентов представлены следующими сочетаниями выраженности параметров психических состояний (Таблица 11).

Таблица 11 – Выявление групп по наиболее частой встречаемости сочетаний выраженности параметров психических состояний у женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия

Выраженность континуумов психических состояний	% участников (от 111 женщин с ЭКО, беременность не наступила)
Группа 1 *Настроенность-спонтанность-ригидность* (Высокий показатель настроенности; Средний показатель спонтанности; Средний показатель ригидности)	9%
Группа 2 *настроенность-спонтанность-транс* (Средний показатель настроенности; Средний показатель спонтанности; Средний показатель транса)	4,5%
Группа 3 *настроенность-полезависимость-транс* (Средний показатель настроенности; Средний показатель полезависимости; Средний показатель транса)	4,5%
Группа 4 *настроенность – ригидность* (Средний показатель настроенности; Статистическая норма; Средний показатель транса)	5,4%

Продолжение Таблицы 11

Выраженность континуумов психических состояний	% участников (от 111 женщин с ЭКО, беременность не наступила)
Группа 5 *Настроенность-полезависимость-ригидность* (Высокий показатель настроенности; Средний показатель полезависимости; Средний показатель ригидности)	5,4%
Группа 6 *фрустрированность-спонтанность-транс* (Средний показатель фрустрированности; Средний показатель спонтанности; Средний показатель транса)	4,5%
Группа 7 *Настроенность – ригидность* (Высокий показатель настроенности; Статистическая норма; Средний показатель ригидности)	5,4%
Группа 8 *Настроенность – транс* (Высокий показатель настроенности; Статистическая норма; Средний показатель транса)	4,5%
Примечание – Строчные буквы в названии параметра психического состояния говорят о его средней выраженности. Заглавные буквы в названии параметра психического состояния говорят о его высокой выраженности. Дефис в сочетании параметров указывает на статистическую норму значения параметра в отношении с категориями деятельности (Цель-Средство-Результат).	

Характеристика групп

Группа 1. Женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств, их поведение может быть настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности.

Группа 2. Женщины отличаются расплывчатостью цели, при этом они могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, их отличает излишняя эмоциональность при оценке результата.

Группа 3. Женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого

осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату, может наблюдаться повышенная эмоциональность к результату деятельности.

Группа 4. Женщины отличаются расплывчатостью цели, но в то же время достаточно свободны в выборе средств достижения цели и готовы прислушиваться к мнению окружающих людей, но принимают решение о выборе стратегий поведения самостоятельно, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности.

Группа 5. Не смотря на то, что женщины четко осознает поставленную цель, относительно выбора средств достижения цели, предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, а не действовать самостоятельно, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности.

Группа 6. Поставленные цели женщиной носят характер неустойчивости и необоснованности, не смотря на это, они могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, их отличает излишняя эмоциональность при оценке результата.

Группа 7. Женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств достижения цели и готовы прислушиваться к мнению окружающих людей, но принимают решение о выборе стратегий поведения самостоятельно. Группа женщин отличается более трезвой оценкой результатов деятельности.

Группа 8. Женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств достижения цели и готовы прислушиваться к мнению окружающих людей, но принимают решение о выборе стратегий поведения самостоятельно. Не смотря на это, женщины склоны переоценивать результаты деятельности, эмоционально реагировать на результат деятельности.

Только для группы женщин, беременность у которых не наступила, характерны следующие варианты сочетания выраженности параметров психических состояний:

1. Средний показатель настроенности, высокий показатель спонтанности и средний показатель транса (нСт). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

2. Средний показатель настроенности, остальные показатели в пределах статистической нормы (н--). Профиль характерен для 1,8% женщин данной группы;

3. Средний показатель настроенности, средний показатель спонтанности и высокий показатель транса (нсТ). Профиль характерен для 1,8% женщин данной группы;

4. Средний показатель фрустрированности, высокий показатель полезависимости и средний показатель транса (фПт). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

5. Высокие показатели настроенности, спонтанности и транса (НСТ). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

6. Средний показатель настроенности, высокие показатели полезависимости и ригидности (нПР). Профиль характерен для 1,8% женщин данной группы;

7. Средние показатели фрустрированности и полезависимости, показатель, отражающий категорию «результат» в пределах статистической нормы (фп-). Профиль характерен для 2,7% женщин данной группы;

8. Высокий показатель настроенности, показатель, отражающий категорию «средства» в пределах статистической нормы, высокий показатель ригидности (Н-Р). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

9. Средний показатель фрустрированности, высокие показатели спонтанности и транса (фСТ). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

10. Средний показатель настроенности, высокий показатель спонтанности и средний показатель ригидности (нСр). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

11. Высокий показатель настроенности, средний показатель полезависимости и высокий показатель ригидности (НпР). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

12. Средний показатели фрустрированности и спонтанности, высокий показатель ригидности (фсР). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

13. Показатель, отражающий категорию «цель» в пределах статистической нормы, средние показатели спонтанности и транса (-ст). Профиль характерен для 1,8% женщин данной группы.

Необходимо сказать о том, что в данной группе на этапе вступления в программу лечения бесплодия, у четырех (3,6%) женщин выявлено сочетание параметров психических состояний: Нс-, что, согласно данным, представленным в материалах А.А. Карманова (разработка и апробация методики), данное сочетание является идеальным профилем. Профилей, свидетельствующих о серьезных проблемах, связанных с продуктивностью деятельности, описанных автором методики, в данной группе женщин на первом этапе не выявлено, но выявлена группа риска – женщины с сочетанием параметров психических состояний: фп-. Если значения по первым двум параметрам, отражающим категории «цель» и «средства» будут высокими на следующим этапе исследования, мы, опираясь на данные, представленные А.А. Кармановым, будем говорить о серьезных проблемах у женщин относительно продуктивности деятельности.

Выводы по результатам первого среза

1. На этапе вхождение в программу лечения бесплодия статистически значимых различий между группами (Группа 1 – женщины с положительным исходом лечения бесплодия и Группа 2 – женщины с отрицательным исходом лечения бесплодия) женщин не обнаружено по отдельно всем взятым параметрам психических состояний.

2. Были выделены группы женщин (вне зависимости от результата лечения) с наиболее часто встречающимися вариантами сочетания параметров психических состояний на этапе вхождения в программу лечения бесплодия:

- женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств, их поведение может быть настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности;

- женщины, у которых цель расплывчата, при этом они так же, как и предыдущая группа женщин, могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, их отличает излишняя эмоциональность при оценке результата;

- женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуется расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату, может наблюдаться повышенная эмоциональность к результату деятельности.

3. В группе женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО выявлен специфичный для данной группы вариант сочетания параметров психических состояний: женщины ограничиваются постановкой «микроцелей» или фокусируются на постановке глобальных целей, в выборе средств предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в то же время, женщины более склонны к трезвой оценке результатов деятельности. Согласно исследованию автора методики А.А. Карманова, при изменении показателей на высокие, можно будет предполагать о наличии серьезных проблем у женщин относительно продуктивности деятельности.

4. В обеих группах были выявлены сочетания параметров психических состояний, определяемые автором как идеальные профили для целенаправленной и продуктивной деятельности (Нс-).

Также были выявлены в отдельных индивидуальных случаях у женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия специфические только для данной группы

женщин сочетания параметров психических состояний, которые будут рассмотрены в динамике на последующих срезах.

2.2.2.2 Особенности параметров психических состояний на этапе подсадки эмбриона (второй срез) у женщин с положительным и отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО

Данный этап подразумевает сравнительный анализ группы женщин с ЭКО, беременность у которых наступила (49 женщин) и группы женщин с ЭКО, беременность у которых не наступила (58 женщин) на этапе подсадки эмбриона и выявление групп женщин по часто встречающимся профилям сочетания выраженности параметров психических состояний.

Результаты описательной статистики показателей психических состояний групп женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО с положительным и отрицательным исходом лечения, представлены в Таблице 12 и в Таблице 13.

Таблица 12 – Описательная статистика полученных данных на этапе подсадки эмбриона женщин с положительным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО

Параметры психических состояний	N	Среднее	Среднекв.отклонение	Минимум	Максимум	Процентили		
						25	50-я (медиана)	75-я
Настроенность-фрустрированность	49	7,27	1,468	2	9	6,00	7,00	9,00
Спонтанность-полезависимость	49	4,98	1,920	1	9	3,00	5,00	6,00
Ригидность-транс	49	5,67	1,586	2	9	5,00	5,00	7,00

С учетом проверки на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова (Приложение Ж), можно отметить, что для половины женщин в данной группе средне выраженный показатель настроенности на цель, четверть женщин имеет высокие показатели настроенности на цель, отражающие четкое ее осознание, четверть женщин может характеризоваться невозможностью поставить конструктивную цель, постановкой микроцелей или, наоборот, фиксацией на постановке глобальных целей.

В отношении показателей категории «средства» результаты описательной статистики указывают на то, что половина женщин может руководствоваться самостоятельным выбором средств, но в то же время они готовы и принимать помощь от других, прислушиваться к их мнению, советам. Одна четверть женщин демонстрирует склонность к зависимости от мнения со стороны, другая четверть женщин к спонтанности и не последовательности в выборе средств, что может проявляться в эмоциональной напряженности, агрессивности и нарушениях стандартов поведения.

Показатели медиан оценки результатов деятельности указывают, что более половины женщин способны трезво и конструктивно оценивать результаты, рефлексировать их и извлекать новый опыт, что свидетельствует о личностном росте. Одна четверть более ригидны в оценке результатов деятельности, что может проявляться в склонности не до оценивать результаты, проявлять излишнюю критичность. Менее 25% женщин в данной группе может излишне эмоционально реагировать на результаты, фиксироваться на негативных психических состояниях, эмоционально закрываясь и «уходя в себя».

Таблица 13 – Описательная статистика полученных данных на этапе подсадки эмбриона женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО

Параметры психических состояний	N	Среднее	Среднекв.отклонение	Минимум	Максимум	Процентили		
						25	50-я (медиана)	75-я
Настроенность-фрустрированность	58	7,34	1,528	4	9	6,00	7,00	9,00
Спонтанность-полезависимость	58	5,12	1,738	1	9	4,00	5,00	6,00
Ригидность-транс	58	5,53	1,729	2	9	4,00	5,00	7,00

С учетом проверки на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова (Приложение И), можно отметить, что для половины женщин в данной группе средне выраженный показатель настроенности на цель, четверть женщин имеет высокие показатели настроенности на цель, отражающие четкое ее осознание и также четверть женщин может характеризоваться не четким распознаванием, расплывчатостью цели и фрустрированностью цели.

В отношении показателей категории «средства» результаты описательной статистики указывают на то, что половина женщин может руководствоваться самостоятельным выбором средств, но в то же время они готовы и принимать помощь от других, прислушиваться к их мнению, советам. Одна четверть женщин демонстрирует склонность к зависимости от мнения со стороны, другая четверть женщин к спонтанности и не последовательности в выборе средств, что может проявляться в эмоциональной напряженности, агрессивности и нарушениях стандартов поведения.

Показатели медиан оценки результатов деятельности указывают, что половина женщин способны трезво и конструктивно оценивать результаты, рефлексировать их и извлекать новый опыт, что свидетельствует о личностном росте. Одна четверть более ригидны в оценке результатов деятельности, что может проявляться в склонности не до оценивать результаты, проявлять излишнюю критичность. Также четверть женщин в данной группе может излишне эмоционально реагировать на результаты, фиксироваться на негативных психических состояниях, эмоционально закрываясь и «уходя в себя».

Асимптотическая значимость по всем параметрам в двух группах женщин (с положительным исходом лечения бесплодия и с отрицательным исходом лечения бесплодия) менее 0,05 (Приложение К), следовательно, распределение отклоняется от нормального, и, поэтому для выявления значимых различий по основным параметрам психических состояний между группой женщин с ЭКО, беременность у которых не наступила и группой женщин с ЭКО, у которых беременность наступила, будет применяться U-критерий Манна-Уитни (Таблица 14, 15).

Таблица 14 – Ранги параметров психических состояний

Параметры психических состояний	Группы	N	Средний ранг	Сумма рангов
Настроенность-Фрустрированность	Беременность наступила	49	52,77	2585,50
	Беременность не наступила	58	55,04	3192,50
	Всего	107		
Спонтанность-Полезависимость	Беременность наступила	49	52,81	2587,50
	Беременность не наступила	58	55,01	3190,50
	Всего	107		
Ригидность-Транс	Беременность наступила	49	55,53	2721,00
	Беременность не наступила	58	52,71	3057,00
	Всего	107		

Средний ранг по параметрам «Настроенность-Фрустрированность» и «Спонтанность-Полезависимость» выше у группы женщин, беременность у которых не наступила, а по параметру «Ригидность-Транс» у этой же группы женщин средний ранг ниже, чем у группы женщин, беременность у которых наступила. По среднему рангу можно судить о тенденциях направления различий.

Таблица 15 – Статистические критерии

	Настроенность-Фрустрированность	Спонтанность-Полезависимость	Ригидность-Транс
U Манна-Уитни	1360,500	1362,500	1346,000
W Вилкоксона	2585,500	2587,500	3057,000
Z	-,391	-,372	-,478
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,696	,710	,633

При проведении сравнительного анализа статистически значимых различий между группами женщин не обнаружено по всем параметрам: «Настроенность-Фрустрированность» (U=1360,500; p=0,696), «Спонтанность-Полезависимость» (U=1362,500; p=0,710), «Ригидность-Транс» (U=1346; p=0,633), где $p \geq 0,05$.

Согласно теоретико-методологической модели изучения параметров психических состояний, базирующейся на системном и деятельностном подходах в психологии, выявление в эмпирическом исследовании требовало учета их изучения в совокупности с основными категориями деятельности: цель, средство, результат [20, 69], поэтому следующим этапом являлось выявление групп женщин по часто встречающимся профилям сочетания выраженности параметров психических состояний.

Группа женщин с ЭКО, беременность у которых наступила (49 респондентов). По показателям выраженности континуумов основных параметров психических состояний было выделено 26 групп сочетаний параметров психических состояний (профилей). Группы с большим процентом респондентов представлены следующими сочетаниями выраженности параметров психических состояний (Таблица 16).

Таблица 16 – Выявление групп по наиболее частой встречаемости сочетаний выраженности параметров психических состояний у женщин с положительным исходом лечения бесплодия

Выраженность континуумов психических состояний	% Участников (от 49 женщин с ЭКО, беременность наступила)
Группа 1 *настроенность-полезависимость-транс* (Средний показатель настроенности; Средний показатель полезависимости; Средний показатель транса)	8,16%
Группа 2 *Настроенность-спонтанность –* (Высокий показатель настроенности; Средний показатель полезависимости; Статистическая норма по 3 параметру)	8,16%
Группа 3 *настроенность-спонтанность-ригидность* (Средний показатель настроенности; Средний показатель спонтанности; Средний показатель ригидности)	8,16%
Группа 4 *Настроенность – ригидность* (Высокий показатель настроенности; Статистическая норма по 2 параметру; Средний показатель ригидности)	6,12%
Группа 5 *настроенность-полезависимость-ригидность* (Средний показатель настроенности; Средний показатель полезависимости; Средний показатель ригидности)	10,2%
Группа 6 *Настроенность-Спонтанность –* (Высокий показатель настроенности; Высокий показатель спонтанности; Статистическая норма по 3 параметру)	6,12%

Продолжение Таблицы 16

Выраженность континуумов психических состояний	% Участников (от 49 женщин с ЭКО, беременность наступила)
Примечание – Строчные буквы в названии параметра психического состояния говорят о его средней выраженности. Заглавные буквы в названии параметра психического состояния говорят о его высокой выраженности. Дефис в сочетании параметров указывает на статистическую норму значения параметра в отношении с категориями деятельности (Цель-Средство-Результат).	

Характеристика групп

Группа 1. Женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату, может наблюдаться повышенная эмоциональность к результату деятельности.

Группа 2. Женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств, их поведение может быть настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация. Их отличает трезвая оценка результатов деятельности – не переоценивают и не до оценивают результаты. В отношении оценки результатов со стороны, довольно беспристрастны. Отмечается динамичность личностного роста.

Группа 3. Женщины отличатся расплывчатостью цели, при этом они могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности.

Группа 4. Женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств достижения цели и готовы прислушиваться к мнению окружающих людей, но принимают решение о выборе стратегий поведения самостоятельно. Группа женщин отличается более трезвой оценкой результатов деятельности.

Группа 5. Женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить

четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату. Не смотря на это, они отличаются более трезвой оценкой результата деятельности.

Группа 6. Женщины четко осознают цель, настроена на ее достижение, средства для ее достижения подбираются без помощи от окружающих. Женщин отличает выбор средств, не вписывающихся в стандарты поведения, а также часто действуют вопреки этим стандартам. Такая группа женщин может характеризоваться повышенной агрессивностью (скрытой или открытой). Не смотря на это, их отличает трезвая оценка результатов деятельности – не переоценивают и не до оценивают результаты. В отношении оценки результатов со стороны, довольно беспристрастны. Отмечается динамичность личностного роста.

Только для группы женщин ЭКО, беременность у которых наступила, характерны следующие показатели выраженности параметров психических состояний:

1. Высокий показатель настроенности и спонтанности, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (НС-). Профиль характерен для 6,12% женщин данной группы;

2. Высокий показатель настроенности, средний показатель полезависимости, высокий показатель ригидности (НпР). Профиль характерен для 4,1% женщин данной группы;

3. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель полезависимости и высокий показатель транса (-пТ). Профиль характерен для 2% женщин данной группы;

4. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель спонтанности и средний показатель транса (-ст). Профиль характерен для 2% женщин данной группы;

5. Высокий показатель фрустрированности и спонтанности, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (ФС-). Профиль характерен для 2% женщин данной группы;

6. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, высокий показатель полезависимости и средний показатель транса (-Пт). Профиль характерен для 2% женщин данной группы.

Необходимо сказать о том, что в данной группе на этапе подсадки эмбриона, у 8,16% женщин выявлено сочетание параметров психических состояний: Нс-, что, согласно данным, представленным в материалах А.А. Карманова (разработка и апробация методики), данное сочетание является идеальным профилем. Профилей, свидетельствующих о серьезных

проблемах, связанных с продуктивностью деятельности, описанных автором методики, в данной группе женщин на первом этапе не выявлено.

Группа женщин с ЭКО, беременность у которых не наступила (58 респондентов). По показателям выраженности континуумов основных параметров психических состояний было выделено 33 группы сочетаний параметров психических состояний (профилей). Группы с большим процентом респондентов представлены следующими сочетаниями выраженности параметров психических состояний (Таблица 17).

Таблица 17 – Выявление групп по наиболее частой встречаемости сочетаний выраженности параметров психических состояний у женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия

Выраженность континуумов психических состояний	% Участников (от 58 женщин с ЭКО, беременность не наступила)
Группа 1 *настроенность-полезависимость-транс* (Средний показатель настроенности; Средний показатель полезависимости; Средний показатель транса)	6,9%
Группа 2 *Настроенность-спонтанность –* (Высокий показатель настроенности; Средний показатель полезависимости; Статистическая норма по 3 параметру)	5,17%
Группа 3 *Настроенность-спонтанность-ригидность* (Высокий показатель настроенности; Средний показатель спонтанности; Средний показатель ригидности)	12,06%
Группа 4 *Настроенность – ригидность* (Высокий показатель настроенности; Статистическая норма по 2 параметру; Средний показатель ригидности)	5,17%

Продолжение Таблицы 17

Выраженность континуумов психических состояний	% Участников (от 58 женщин с ЭКО, беременность не наступила)
Группа 5 *настроенность-спонтанность-транс* (Средний показатель настроенности; Средний показатель спонтанности; Средний показатель транса)	5,17%
Примечание – Строчные буквы в названии параметра психического состояния говорят о его средней выраженности. Заглавные буквы в названии параметра психического состояния говорят о его высокой выраженности. Дефис в сочетании параметров указывает на статистическую норму значения параметра в отношении с категориями деятельности (Цель-Средство-Результат).	

Характеристика групп

Группа 1. Женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату, может наблюдаться повышенная эмоциональность к результату деятельности.

Группа 2. Женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств, их поведение может быть настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация. Их отличает трезвая оценка результатов деятельности – не переоценивают и не до оценивают результаты. В отношении оценки результатов со стороны, довольно беспристрастны. Отмечается динамичность личностного роста.

Группа 3. Женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств, их поведение может быть настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности.

Группа 4. Женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств достижения цели и готовы прислушиваться к мнению окружающих людей, но принимают решение о выборе стратегий поведения самостоятельно, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности.

Группа 5. Женщины отличаются расплывчатостью цели, при этом они могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, их отличает излишняя эмоциональность при оценке результата.

Только для группы женщин ЭКО, беременность у которых не наступила, характерны следующие показатели выраженности параметров психических состояний:

1. Высокий показатель настроенности, средний показатель спонтанности и высокий показатель ригидности (НсР). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

2. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, высокий показатель спонтанности и средний показатель транса (-Ст). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

3. Средний показатель фрустрированности, спонтанности и транса (фст). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

4. Показатели, отражающие категорию «цель» и категорию «средство», в пределах статистической нормы, средний показатель ригидности (--р). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

5. Средний показатель фрустрированности, высокий показатель полезависимости и средний показатель транса и транса (фПт). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

6. Средний показатель настроенности, высокий показатель спонтанности и средний показатель транса (нСт). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

7. Средний показатель фрустрированности, показатель, отражающий категорию «средство», в пределах статистической нормы, средний показатель транса (ф-т). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

8. Высокий показатель настроенности, показатель, отражающий категорию «средство», в пределах статистической нормы, средний показатель транса (Н-т). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

9. Средний показатель фрустрированности, высокие показатели спонтанности и транса (фСТ). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

10. Средний показатель настроенности, средний показатель спонтанности и высокий показатель транса (нсТ). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

11. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель полезависимости и ригидности (-пр). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

12. Высокий показатель настроенности и полезависимости, показатель, отражающий категорию «результат» в пределах статистической нормы (НП-). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы.

Необходимо сказать о том, что в данной группе на этапе подсадки эмбриона, у двух (3,4%) женщин выявлено сочетание параметров психических состояний: Нс-, что, согласно данным, представленным в материалах А.А. Карманова (разработка и апробация методики), данное сочетания является идеальным профилем. Профилей, свидетельствующих о серьезных проблемах, связанных с продуктивностью деятельности, описанных автором методики, в данной группе женщин на данном этапе не выявлено, но выявлена группа женщин с сочетанием параметров психических состояний: фПт. Если значения по последнему параметру, отражающему категорию «результат» будут высокими на следующем этапе исследования, мы, опираясь на данные исследований А.А. Карманова, будем говорить о серьезных проблемах у женщин относительно продуктивности деятельности.

Выводы по результатам второго среза

1. На этапе подсадки эмбриона статистически значимых различий между группами (Группа 1 – женщины с наступившей беременностью и Группа 2 – женщины с отрицательным исходом лечения бесплодия) женщин не обнаружено по отдельно всем взятым параметрам психических состояний.

2. Были выделены группы женщин вне зависимости от результата лечения с наиболее часто встречающимися вариантами сочетания параметров психических состояний:

- женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату. может наблюдаться повышенная эмоциональность к результату деятельности;

- женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств, их поведение может быть настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация; их отличает трезвая оценка результатов деятельности - не переоценивают и не до оценивают результаты, в отношении оценки результатов со стороны, довольно беспристрастны, отмечается динамичность личностного роста;

- женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств достижения цели и готовы прислушиваться к мнению окружающих людей, но принимают решение о

выборе стратегий поведения самостоятельно; их отличает более трезвая оценка результатов деятельности.

3. В группе женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО выявлен специфичный для данной группы и не встречающийся в группе женщин с положительным результатом лечения бесплодия, вариант сочетания параметров психических состояний: женщины ограничиваются постановкой «микроцелей» или фокусируются на постановке глобальных целей, может проявляться в невозможности поставить перед собой конструктивную цель, в выборе средств часто испытывают хронический недостаток средств достижения поставленной цели, который может проявляться в низком энергетическом потенциале, излишней конформности, сильной зависимости от ситуации и других людей, что сопровождается повышенной эмоциональностью к результату деятельности. Выраженности такого сочетания параметров психических состояний может указывать на серьезные психологические проблемы у женщин.

4. В обеих группах были выявлены сочетания параметров психических состояний, определяемые автором как идеальные профили для целенаправленной и продуктивной деятельности (Нс-) – у 10,2% женщин с положительным исходом лечения бесплодия и у 5,17% женщин с отрицательным исходом. Такой вариант сочетания параметров психических состояний чаще встречается на этапе подсадки эмбриона в обеих группах, что не отмечается на этапе вхождения в программу.

5. Также были выявлены в отдельных индивидуальных случаях у женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия специфические только для данной группы женщин варианты сочетания параметров психических состояний.

2.2.2.3 Динамика психических состояний у женщин с положительным и отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО на этапах вхождения в программу и подсадки эмбриона

Из 107 женщин с ЭКО у 17 (15,9%) женщин не обнаружено динамики психических состояний. У 84,1% женщин (90 женщин) психические состояния изменились. У тех женщин, психические состояния которых не показали какой-либо динамики на этапах лечения, параметры психических состояний различны и не выявляют какой-либо общей тенденции. В этой группе оказались 6 женщин с наступившей беременностью (5,6% по общей выборке, 12,2% женщин, беременность у которых наступила) и 11 (10,3% по общей выборке, 18,9% женщин, беременность у которых не наступила) с отсутствием беременности. Мы можем предположить, что в данном случае психические состояния вступают в тесное взаимодействие с другими факторами, которые могут оказывать большее

влияние на репродуктивную систему этих женщин. Все данные о динамике сочетания параметров психических состояний на первом и втором этапе исследования (этап в хождения в программу лечения бесплодия и этап подсадки эмбриона) представлены в Приложении Л.

В группе женщин с положительным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО, в первом срезе исследования (вхождение в программу лечения бесплодия), встречаются сочетания выраженности параметров психических состояний (14 профилей), не встречающиеся во втором срезе (этап подсадки эмбриона):

1. Высокий показатель настроенности, показатели, отражающие категории «средство» и «результат», в пределах статистической нормы (Н--). Профиль характерен для 6% женщин данной группы;

2. Средний показатель настроенности, высокий показатель спонтанности, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (нС-). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

3. Средний показатель фрустрированности, спонтанности и транса (фст). Профиль характерен для 3% женщин данной группы;

4. Средний показатель фрустрированности и спонтанности, высокий показатель транса (фсТ). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

5. Высокий показатель настроенности, средние показатели полезависимости и ригидности (Нпр). Профиль характерен для 4,5% женщин данной группы;

6. Средний показатель настроенности, высокий показатель полезависимости и средний показатель транса (нПт). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

7. Средний показатель настроенности, показатель, отражающий категорию «средство», в пределах статистической нормы, высокий показатель ригидности (н-Р). Профиль характерен для 3% женщин данной группы;

8. Высокий показатель настроенности, показатель, отражающий категорию «средство», в пределах статистической нормы, средний показатель транса (Н-т). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

9. Средний показатель настроенности, показатель, отражающий категорию «средство», в пределах статистической нормы, средний показатель транса (н-т). Профиль характерен для 3% женщин данной группы;

10. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель полезависимости и транса (-пт). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

11. Все показатели, отражающие все категории «цель», «средство», «результат», в пределах статистической нормы (---).Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

12. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель спонтанности, высокий показатель транса (-сТ). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

13. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель полезависимости и ригидности (-пр). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы;

14. Средний показатель фрустрированности, высокий показатель спонтанности и средний показатель ригидности (фСр). Профиль характерен для 1,51% женщин данной группы.

Во втором срезе (этап подсадки эмбриона) в той же группе встречаются сочетания выраженности параметров психических состояний (8 профилей), не встречающиеся в первом срезе (этап вхождения в программу лечения):

1. Высокий показатель настроенности, показатель, отражающий категорию «средство», в пределах статистической нормы, высокий показатель ригидности (Н-Р). Профиль характерен для 4,1% женщин данной группы;

2. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, высокий показатель полезависимости, средний показатель транса (-Пт). Профиль характерен для 2% женщин данной группы;

3. Высокий показатель фрустрированности и спонтанности, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (ФС-). Профиль характерен для 2% женщин данной группы;

4. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель спонтанности и транса (-ст). Профиль характерен для 2% женщин данной группы;

5. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель полезависимости и высокий показатель транса (-пТ). Профиль характерен для 2% женщин данной группы;

6. Высокий показатель настроенности, средний показатель полезависимости и высокий показатель ригидности (НпР). Профиль характерен для 4,1% женщин данной группы;

7. Средний показатель настроенности, высокий показатель полезависимости и ригидности (нПР). Профиль характерен для 2% женщин данной группы;

8. Высокий показатель настроенности и спонтанности, средний показатель транса (НСт) Профиль характерен для 2% женщин данной группы.

Согласно данным, можно предположить существование трех наиболее выраженных типов сочетаний параметров психических состояний, которые часто встречаются и в первом (этап вхождения в программу лечения) и во втором срезе (этап подсадки эмбриона) у женщин с положительным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО:

1. *Профиль нпт*: женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату, может наблюдаться повышенная эмоциональность к результату деятельности (характерен для 6,06% женщин на этапе вхождения в программу лечения и для 8,16% женщин на этапе подсадки эмбриона);

2. *Профиль нср:* Женщины отличатся расплывчатостью цели, при этом они могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности (характерен для 6,06% женщин на этапе вхождения в программу лечения и для 8,16% женщин на этапе подсадки эмбриона);

3. *Профиль нпр:* Женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату. Не смотря на это, в отличие от предыдущей группы женщин, они отличаются более трезвой оценкой результата деятельности (характерен для 7,57% женщин на этапе вхождения в программу лечения и для 10,2% женщин на этапе подсадки эмбриона).

В группе женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО в первом срезе исследования (этап вхождения в программу лечения бесплодия), встречаются сочетания параметров психических состояний (11 профилей), не встречающиеся во втором срезе (этап подсадки эмбриона):

1. Средний показатель настроенности, средний показатель спонтанности, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (нс-). Профиль характерен для 1,8% женщин данной группы;

2. Средний показатель настроенности, показатель, отражающий категорию «средство», в пределах статистической нормы, высокий показатель ригидности (н-Р). Профиль характерен для 3,6% женщин данной группы;

3. Показатели, отражающие категории «цель», «средство», в пределах статистической нормы, средний показатель транса (--т). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

4. Высокие показатели настроенности, спонтанности и транса (НСТ). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

5. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, высокий показатель полезависимости, средний показатель транса (-Пт). Профиль характерен для 2,7% женщин данной группы;

6. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель спонтанности и транса (-ст). Профиль характерен для 1,8% женщин данной группы;

7. Высокие показатели настроенности и спонтанности, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (НС-). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

8. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель полезависимости и транса (-пт). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

9. Средний показатель фрустрированности и полезависимости, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (фп-). Профиль характерен для 2,7% женщин данной группы;

10. Высокий показатель настроенности, средний показатель полезависимости, высокий показатель ригидности (НпР). Профиль характерен для 0,9% женщин данной группы;

11. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель спонтанности, высокий показатель транса (-сТ). Профиль характерен для 1,8% женщин данной группы.

Во втором срезе (этап подсадки эмбриона) в той же группе встречаются сочетания выраженности параметров психических состояний (14 профилей), не встречающиеся в первом срезе (этап вхождения в программу лечения бесплодия):

1. Средний показатель настроенности, высокий показатель полезависимости и средний показатель ригидности (нПр). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

2. Высокий показатель настроенности, показатель, отражающий категорию «средство», в пределах статистической нормы, средний показатель ригидности (Н-р). Профиль характерен для 5,17% женщин данной группы;

3. Средний показатель настроенности и полезависимости, высокий показатель ригидности (нпР). Профиль характерен для 3,4% женщин данной группы;

4. Высокий показатель настроенности, средний показатель спонтанности и высокий показатель ригидности (НсР). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

5. Высокий показатель настроенности, средний показатель полезависимости, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (Нп-). Профиль характерен для 3,4% женщин данной группы;

6. Средний показатель фрустрированности, высокие показатели спонтанности и транса (фСТ). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

7. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, высокий показатель спонтанности и средний показатель транса (-Ст). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

8. Средний показатель настроенности, показатели, отражающие категории «средство» и «результат», в пределах статистической нормы (н--). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

9. Высокие показатели настроенности и спонтанности, средний показатель транса (НСт). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

10. Показатели, отражающие категории «цель» и «средство», в пределах статистической нормы, средний показатель ригидности (--р). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

11. Средний показатель фрустрированности, показатель, отражающий категорию «средство», в пределах статистической нормы, средний показатель транса (ф-т). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

12. Высокий показатель настроенности, показатель, отражающий категорию «средство», в пределах статистической нормы, высокий показатель ригидности (Н-Р). Профиль характерен для 3,4% женщин данной группы;

13. Показатель, отражающий категорию «цель», в пределах статистической нормы, средний показатель полезависимости и ригидности (-пр). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы;

14. Высокие показатели настроенности и полезависимости, показатель, отражающий категорию «результат», в пределах статистической нормы (НП-). Профиль характерен для 1,7% женщин данной группы.

Согласно данным, можно предположить существование четырех наиболее выраженных типов сочетаний параметров психических состояний, которые часто встречаются и в первом (этап вхождения в программу лечения бесплодия) и во втором срезе (этап подсадки эмбриона) у женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО:

1. *Профиль Нср* (встречается у 12% женщин в первом и во втором срезе): женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств, их поведение может быть настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности;

2. *Профиль нст* (встречается у 3,4% женщин в первом и у 5,1% женщин во втором срезе)*:* женщины отличаются расплывчатостью цели, при этом они могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, их отличает излишняя эмоциональность при оценке результата;

3. *Профиль нпт* (встречается у 3,4% женщин в первом и у 7% женщин во втором срезе)*:* Женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату, может наблюдаться повышенная эмоциональность к результату деятельности.

4. *Профиль Н-р* (встречается у 7% женщин в первом и у 5,1% женщин во втором срезе): женщины четко осознают цель, достаточно свободны в выборе средств достижения цели и готовы прислушиваться к мнению окружающих людей, но принимают решение о выборе стратегий поведения самостоятельно, их отличает более трезвая оценка результатов деятельности.

Следует указать на динамику двух профилей, которые в первом и во втором срезе у женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия, встречающиеся только в этой группе, были описаны как опасные: фПт и фп-. Согласно полученным результатам, профиль фПт встречается у одной женщины с отрицательным исходом лечения бесплодия в первом и во втором срезе (отсутствует динамика). В таком состоянии целевые установки не всегда являются обоснованными и устойчивыми, в случае невозможности определения в выборе цели, женщина может принять ее извне, в выборе средств часто может испытывать хронический недостаток средств достижения цели, который может проявляться в низком энергетическом потенциале, излишней конформности, сильной зависимости от ситуации и

других людей. Отсутствие конструктивной цели, зависимость от других обстоятельств сопровождаются повышенной эмоциональностью к результату деятельности. Результаты свидетельствуют о необходимости выявления психического состояния женщин на всех этапах лечения бесплодия для создания более эффективной индивидуализированной программы психокоррекции.

Другой профиль, который встречается в первом срезе у двух женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО (фп-) меняется на профили: --р, нсР. Так, параметры психического состояния профиля фп- характеризуются: ограничения в постановке цели – ставится либо микроцель, либо глобальная, выбор средств предпочтение к мнению других людей, результат оценивается трезво. В первом случае этот профиль (фп-) меняется на этапе подсадки эмбриона на профиль (--р), который свидетельствует о возможности постановки конструктивной и реальной цели, о достаточной свободе в выборе средств достижения цели и готовности прислушиваться к мнению окружающих людей, но принятие решения о выборе стратегий поведения производится самостоятельно, о более трезвой оценке результатов деятельности. Во втором случае профиль фп- меняется на профиль (нсР), который свидетельствует о некоторой расплывчатости цели, при этом отмечается гибкость в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации. В оценке результата деятельности возможна недооценка результатов, излишняя критичность.

Эти психические состояния указывают на необходимость целенаправленной психологической помощи, психологической коррекции и позволяют осуществлять с учетом выявленных индивидуальных характеристик психических состояний на всех этапах лечения бесплодия.

Выводы

1. Выявлены сочетания параметров психических состояний, которые в процессе первого и второго этапа исследования, не изменились у женщин, как с положительным (10,3% женщин), так и с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО (18,9% женщин).

2. У 20% женщин с наступившей беременностью на этапе подсадки эмбриона выделены варианты сочетания параметров психических состояний отличные от этапа вхождения в программу ЭКО.

3. У 31% женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия на этапе подсадки эмбриона выделены варианты сочетания параметров психических состояний, отличные от этапа вхождения в программу ЭКО.

4. Более часто, по сравнению с другими вариантами сочетания параметров психических состояний, как на этапе вхождения, так и на этапе подсадки эмбриона, у женщин с положительным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО оказались профили: нпт, нср, нпр (описание данных сочетаний параметров психических состояний представлено на страницах 73 – 74).

5. Более часто, по сравнению с другими вариантами сочетания параметров психических состояний, как на этапе вхождения, так и на этапе подсадки эмбриона, у женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО оказались профили: Нср, нст, нпт, Н-р (описание данных сочетаний параметров психических состояний представлено на страницах 77 – 78).

6. В группах женщин (вне зависимости от результата лечения) среди часто встречаемых вариантов параметров психических состояний, как на этапе вхождения в программу, так и на этапе подсадки эмбриона, оказался вариант сочетания параметров психических состояний, который характеризуется сочетанием расплывчатости цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств предпочтением прислушиваться к мнению окружающих людей, повышенной эмоциональностью к оценке результата деятельности.

2.2.2.4 Особенности параметров психических состояний женщин с отрицательным исходом подсадки эмбриона

На заключительном срезе второго этапа исследования выборка была представлена 12-тью женщинами с отрицательным исходом лечения бесплодия, поэтому данный этап подразумевает изучение особенностей сочетания параметров психических состояний у женщин с отрицательным исходом подсадки эмбриона, уведомленных результатами исхода лечения бесплодия и проведение сравнительного анализа по параметрам психических состояний 12-ти женщин на всех этапах (этап вхождения в программу лечения бесплодия, этап подсадки эмбриона, этап уведомления о результате лечения бесплодия). Результаты описательной статистики показателей психических состояний (этап уведомления) представлены в Таблице 18.

Таблица 18 – Описательная статистика полученных данных женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО

Параметры психических состояний	N	Среднее	Среднекв.отклонение	Минимум	Максимум	Процентили		
						25	50-я (медиана)	75-я
Настроенность-фрустрированность	12	5,41	0,792	4	6	5	6	6
Спонтанность-полезависимость	12	5,63	1,366	3	8	5	5	6
Ригидность-транс	12	2,66	1,557	1	7	2	2	3

Согласно данным, представленным в Таблице выше, для 75% женщин в данной группе средне выраженный показатель настроенности на цель, четверть женщин может характеризоваться не четким распознаванием, расплывчатостью цели и фрустрированностью цели.

В отношении показателей категории «средства» результаты описательной статистики указывают на то, что более половины женщин может руководствоваться самостоятельным выбором средств, но в то же время женщины готовы и принимать помощь от других, и прислушиваться к их мнению, советам. Менее четверти женщин склонны к зависимости от мнения со стороны, четверть женщин склонны к спонтанности в выборе средств, что в некоторых случаях может проявляться в эмоциональной напряженности, агрессивности и нарушениях стандартов поведения.

Показатели медианы и 25 процентилей оценки результатов деятельности указывают, что более 75% женщин могут излишне эмоционально реагировать на результаты деятельности, фиксироваться на негативных психических состояниях, эмоционально закрываясь и «уходя в себя». Лишь у одной женщины данный показатель свидетельствует о возможности трезво оценивать результаты своей деятельности.

Для понимания и выявления значимых различий по основным параметрам психических состояний на этапах лечения в данной группе женщин, был проведен сравнительный анализ с помощью Н критерия Краскела-Уоллиса. Результаты анализа представлены в Таблице 19 и в Таблице 20.

Таблица 19 – Ранги параметров психических состояний

Параметры психических состояний	Этапы лечения	N	Средний ранг
Настроенность-Фрустрированность	Этап вхождения в программу	12	21,83
	Этап подсадки эмбриона	12	22,33
	Этап уведомления о результатах лечения	12	11,33
	Всего	36	
Спонтанность-Полезависимость	Этап вхождения в программу	12	18,21
	Этап подсадки эмбриона	12	17,83
	Этап уведомления о результатах лечения	12	19,46
	Всего	36	
Ригидность-Транс	Этап вхождения в программу	12	21,79
	Этап подсадки эмбриона	12	22,96
	Этап уведомления о результатах лечения	12	10,75
	Всего	36	

Средний ранг по параметрам «Настроенность-Фрустрированность» и «Ригидность транс» ниже на этапе уведомления о результатах лечения бесплодия. По среднему рангу можно судить о тенденциях направления различий.

Таблица 20 – Статистические критерии

	Настроенность-Фрустрированность	Спонтанность-Полезависимость	Ригидность-Транс
Хи-квадрат	8,690	,162	10,210
ст.св.	2	2	2
Асимптотическая значимость	,013	,922	,006
a. Критерий Краскела-Уоллиса			
b. Группирующая переменная: Этапы			

При проведении сравнительного анализа были выявлены статистически значимые различия по параметрам «Настроенность-Фрустрированность» (p=0,013) и «Ригидность-

Транс» (p=0,06), где p≤0,05. Таким образом, анализ подтверждает данные о том, что показатели настроенности на этапе уведомления женщин о результатах лечения имеют тенденцию к снижению, а также данные о том, что для большинства женщин группы именно на этапе уведомления о результатах лечения характерна излишняя эмоциональность как оценка результата деятельности, что частично было подтверждено ранее результатами описательной статистики и процентилями.

Согласно теоретико-методологической модели изучения параметров психических состояний, базирующейся на системном и деятельностном подходах в психологии, выявление в эмпирическом исследовании требовало учета их изучения в совокупности с основными категориями деятельности: цель, средство, результат [20, 69], поэтому следующим этапом являлось выявление групп женщин по часто встречающимся профилям сочетания выраженности параметров психических состояний.

По показателям выраженности континуумов основных параметров психических состояний было выделено 9 групп сочетаний параметров психических состояний (профилей):

1. *Профиль нпр (1 женщина)*: женщины, психическое состояние которых в отношении цели лечения, характеризуются расслабленностью, расплывчатостью цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей, в совокупности с зависимостью от мнения других и невозможностью поставить четкую цель, часто возникает состояние сомнения, когда женщина вынуждена часто корректировать свои цели, еще даже близко не приблизившись к результату. Не смотря на это, они отличаются более трезвой оценкой результата деятельности;

2. *Профиль –Т (2 женщины):* женщины отличаются четко поставленной целью, мотивы целеобразования и деятельности систематизированы и иерархичны, достаточно свободны в выборе средств достижения цели и готовы прислушиваться к мнению окружающих людей, но принимают решение о выборе стратегий поведения самостоятельно. Не смотря на это, склонны неадекватно и эмоционально реагировать на результат деятельности, находятся в состоянии хронического перехода, транса;

3. *Профиль нсТ (2 женщины):* женщины отличаются расплывчатостью цели, при этом они могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации. Не смотря на это, склонны неадекватно и эмоционально реагировать на результат деятельности, находятся в состоянии хронического перехода, транса;

4. *Профиль фсТ (2 женщины):* в таком состоянии целевые установки женщин не всегда являются обоснованными и устойчивыми, в случае невозможности определения в выборе цели, возможно принятие ее извне, при этом они могут быть достаточно гибкими в

выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации. Склонны неадекватно и эмоционально реагировать на результат деятельности, могут находиться в состоянии хронического перехода, транса.

5. *Профиль н-Т (1 женщина):* женщины отличаются расплывчатостью цели, при этом они могут быть достаточно свободны в выборе средств достижения цели и готовы прислушиваться к мнению окружающих людей, но принимают решение о выборе стратегий поведения самостоятельно. Не смотря на это, склонны неадекватно и эмоционально реагировать на результат деятельности, находятся в состоянии хронического перехода, транса;

6. *Профиль нСТ (1 женщина):* женщины отличаются расплывчатостью цели, их отличает выбор средств, не вписывающихся в стандарты поведения, а также часто действуют вопреки этим стандартам. Такая группа женщин может характеризоваться повышенной агрессивностью (скрытой или открытой). Склонны неадекватно и эмоционально реагировать на результат деятельности, находятся в состоянии хронического перехода, транса;

7. *Профиль нст (1 женщина):* женщины отличаются расплывчатостью цели, при этом они могут быть достаточно гибкими в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, их отличает излишняя эмоциональность при оценке результата.

8. *Профиль –пт (1 женщина):* женщины отличаются четко поставленной целью, мотивы целеобразования и деятельности систематизированы и иерархичны, не смотря на это, в выборе средств они предпочитают прислушиваться к мнению окружающих людей. Отличаются излишней эмоциональностью в оценке результата собственной деятельности;

9. *Профиль –Пт (1 женщина):* в таком состоянии женщина может отличаться четко поставленной целью, мотивы целеобразования и деятельности систематизированы и иерархичны, не смотря на это, в выборе средств часто может испытывать хронический недостаток средств достижения цели, который может проявляться в низком энергетическом потенциале, излишней конформности, сильной зависимости от ситуации и других людей. Может отличаться излишней эмоциональностью в оценке результата собственной деятельности.

Выводы по результатам третьего среза

1. Выявлено 9 профилей параметров психических состояний у женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия на этапе уведомления о результатах лечения.

2. Результаты описательной статистики свидетельствуют о том, что на данном этапе для большинства женщин характерно снижение настроенности на цель, которое проявляется в ее неточности, расплывчатости и характерно излишне эмоциональное реагирование на

результат собственной деятельности. Данные тенденции были подтверждены сравнительным анализом, который показал значимые различия по параметрам «Настроенность-Фрустрированность» и «Ригидность-Транс» на этапе уведомления о результатах лечения, а средние ранги подтвердили снижение баллов по данным параметрам психических состояний.

3. Доминирующее большинство профилей психических состояний свидетельствуют о сильном эмоциональном потрясении после уведомления женщин о неудачной попытке лечения бесплодия и о необходимой коррекции психического состояния для положительного исхода лечения бесплодия при последующих попытках ЭКО.

2.2.2.5 Особенности психических состояний женщин на этапе вынашивания индуцированной беременности

Описательные статистики по показателям самооценки психического состояния в обеих выборках женщин (1 – естественная беременность; 2 –индуцированная беременность) представлены в Таблице ниже.

Таблица 21 – Описательная статистика по показателям самооценки психического состояния (уровня стресса)

		Стресс (0-12 недель)		Стресс (13-25 недель)		Стресс (с 26 недели)	
		Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО
N	Валидные	295	122	280	105	272	98
	Пропущенные	13	9	28	26	36	33
Среднее		6,74	6,47	6,90	6,70	7,16	7,19
Медиана		7,00	6,00	7,00	7,00	8,00	7,00
Мода		8	6	8	8	8	6
Стд. отклонение		2,27	2,094	2,159	2,59	1,94	1,94
Дисперсия		5,16	4,38	4,66	6,71	3,76	3,75
Минимум		0	0	0	0	2	0
Максимум		10	10	10	10	10	10

Полученные показатели свидетельствуют о том, что критические значения уровня стресса для большинства женщин не характерны, наблюдается тенденция снижения уровня беспокойства и улучшение эмоционального состояния к последнему триместру беременности в обеих выборках. В группе женщин с индуцированной беременностью

отмечался повышенный уровень стресса в первом триместре у 7,4%, во втором триместре у 12,4% и у 3,1% женщин в третьем триместре беременности. В свою очередь у женщин с естественной беременностью повышенный уровень стресса в первом триместре отмечался у 7,5% женщин, во втором у 6,1% женщин и в третьем триместре у 4% женщин. Данные двух выборок демонстрируют практически совпадение в процентном соотношении количество женщин с повышенным уровнем беспокойства в первом и последнем триместре беременности, но, в то же время группа женщин с индуцированной беременностью отличается повышенным уровнем беспокойства во втором триместре в два раза.

Проверка на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмагорова-Смирнова показала, что асимптотическая значимость в двух группах женщин менее 0,05, следовательно, распределение отклоняется от нормального, и, поэтому для дальнейшего сравнительного анализа выраженности стресса у женщин с естественной и с индуцированной беременностью был использован непараметрический U-критерий Манна-Уитни, который не выявил значимых различий между группами.

Описательная статистика по показателям выраженности негативных психических состояний у женщин обеих выборок, а именно раздражительности, депрессии и тревоги представлена в Таблице ниже.

Таблица 22 – Описательная статистика показателей выраженности негативных психических состояний

		Депрессия		Раздражение, направленное вовне		Раздражение, направленное на себя		Тревожность	
		Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО
N	Валидные	278	102	278	102	278	102	278	102
	Пропущенные	30	30	27	29	29	29	29	29
Среднее		3,14	3,26	3,43	2,93	1,18	1,00	5,51	5,50
Стд. ошибка среднего		0,13	0,21	0,13	0,20	0,07	0,11	0,17	0,28
Медиана		3,00	3.00	3,00	2,50	1,00	1,00	5,00	5,00

Продолжение Таблицы 22

		Депрессия		Раздражение, направленное вовне		Раздражение, направленное на себя		Тревожность	
		Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО
N	Валидные	278	102	278	102	278	102	278	102
	Пропущенные	30	30	27	29	29	29	29	29
Мода		2,00	3,00	1,00	2,00	0,00	0,00	6,00	4,00
Ст. отклонение		2,15	2,14	2,19	2,03	1,26	1,16	2,88	2,88
Дисперсия		4,63	4,59	4,84	4,12	1,60	1,34	8,29	8,27
Размах		10.00	10,00	11,00	8,00	7.00	5,00	13,00	12,00
Минимум		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Максимум		10.00	10,00	11.00	8,00	7,00	5,00	13,00	12,00

Данные свидетельствуют о том, что средние значения по всем шкалам не являются критическими и не выходят за пределы нормы, однако показатели по шкале тревожности по сравнению с раздражительностью и депрессией, имеют более высокие показатели, но не свидетельствуют о риске формирования негативного психического состояния и не указывают на наличие проблемы. Следует отметить, что в обеих группах женщин наиболее низкие показатели представлены по шкале «раздражение, направленное на себя» (M=1; SD= 1,16). Результаты анализа частот по всем шкалам методики показали, что показатели по шкале депрессии выше нормативных значений обнаруживались у 4,95%, по шкале раздражения, направленного вовне у 2,94% и по шкале тревоги у 15,7% женщин с индуцированной беременностью. В группе женщин с естественной беременностью у 7,19% женщин обнаруживались показатели по шкале депрессии выше нормативных значений, у 5,3% обнаруживались высокие показатели по шкале раздражения, направленного вовне и у 16,5% женщин данной группы обнаруживались показатели выше нормы по шкале тревоги.

Проверка на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмагорова-Смирнова показала, что асимптотическая значимость по шкалам в двух

группах женщин менее 0,05, следовательно, распределение отклоняется от нормального, и, поэтому для дальнейшего сравнительного анализа выраженности стресса у женщин с естественной и с индуцированной беременностью был использован непараметрический U критерий Манна-Уитни. Результаты сравнительного анализа представлены в Таблице ниже.

Таблица 23 – Результаты сравнительного анализа между выборками по показателям депрессии, раздражения вовне, раздражения на себя, тревожности

	Депрессия	Раздражение, направленное вовне	Раздражение, направленное на себя	Тревожность
U Манна-Уитни	20320,000	19244,000	21661,000	21791,500
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,373	,033	,857	,945

При проведении сравнительного анализа статистически значимых различий между группами женщин не обнаружено по показателям: «Депрессия» (U=20320,000; p=0,373), «Раздражение на себя» (U=21661,000; p=0,857), «Тревожность» (U=21791,500; p=0,945), где p≥0,05. По шкале «Раздражение вовне» было обнаружено статистически значимое различие между группами (U=19244,000; p=0,033), где уровень раздражения значимо выражен у женщин с естественной беременностью.

Следующий этап подразумевал проведение корреляционного анализа для выявления значимых взаимосвязей между негативными психическими состояниями (депрессия, раздражительность, тревожность) и уровнем стресса на всех этапах беременности у женщин обеих групп. По причине того, что распределение выборки отличается от нормального, корреляционный анализ был проведен с помощью критерия Ч. Спирмена. Корреляционный анализ представлен в Таблице ниже.

Таблица 24 – Взаимосвязь между негативными психическими состояниями и уровнем стресса у беременных женщин

	Стресс (1 триместр)		Стресс (2 триместр)		Стресс (3 триместр)	
	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО

Продолжение Таблицы 24

		Стресс (1 триместр)		Стресс (2 триместр)		Стресс (3 триместр)	
		Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО	Естественное зачатие	Зачатие с помощью ЭКО
Депрессия	Коэффициент корреляции	-0,181**	-0,251*	-,309**	0,561**	-0,513**	-0,422**
	Уровень значимости	0,003	0,014	0,000	0,000	0,000	-0,000
	№	268	95	274	100	268	93
Раздражение, направленное вовне	Коэффициент корреляции	-0,130*	-0,216*	-,233**	-0,241*	-0,293**	-0,018
	Уровень значимости	0,032	0,035	0,000	0,015	0,000	0,861
	№	270	96	277	101	271	94
Раздражение, направленное на себя	Коэффициент корреляции	-,265**	0,135	-,190**	-0,062	-0,272**	-0,039
	Уровень значимости	0,000	0,191	0,002	0,536	0,000	0,707
	№	269	96	275	101	269	94
Тревога	Коэффициент корреляции	-0,268**	-0,169	-,345**	-0,396**	-0,582**	-0,347**
	Уровень значимости	0,000	0,101	0,000	0,000	0,000	0,001
	№	269	96	276	101	270	94

Проведенный корреляционный анализ и его результаты свидетельствуют о наличии статистически значимых отрицательных взаимосвязей между всеми негативными психическими состояниями и уровнем стресса на всех этапах беременности в группе женщин с естественной беременностью. Наиболее выражены взаимосвязи в данной группе женщин между показателями стресса в третьем триместре беременности и депрессией (R= -0,513; p=0,000) и между показателями стресса в третьем триместре беременности и тревожностью

(R= -0,582; p=0,000). В группе женщин с индуцированной беременностью было выявлено наличие статистически значимых отрицательных взаимосвязей между: депрессией и показателями уровня стресса во всех триместрах беременности, между раздражением, направленным вовне и показателем стресса в первом и во втором триместрах, между тревожностью и показателями уровня стресса во втором и третьем триместрах беременности. Наиболее выражена взаимосвязь в данной группе женщин между показателями уровня стресса во втором триместре беременности и депрессией (R= -0,561; p=0,000). Отрицательная корреляционная связь говорит о том, что чем выше показатели негативных психических состояний (только в случае значимой корреляционной связи), тем ниже показатели по уровню стресса (самооценка уровня стресса) и наоборот).

Выводы по результатам третьего этапа исследования

1. Для большинства женщин обеих групп не характерны критические значения уровня стресса, к последнему триместру беременности наблюдается тенденция к его снижению.

2. Для большинства женщин обеих групп показатели по негативным состояниям: депрессия, раздражительность, тревожность, находятся в пределах нормативного значения.

3. Результаты анализа частот позволили выделить группу риска женщин с индуцированной беременностью с высокими показателями негативных психических состояний (у 4,95% женщин показатели депрессии выше нормативных значений, у 2,94% женщин показатели раздражения вовне выше нормативных значений и у 15,7% женщин показатели тревоги выше нормативных значений). Показатели самооценки уровня эмоционального благополучия (стресса) выше нормативных значений у 7,4% женщин в первом триместре, у 12,4% (что в два раза больше, чем у группы с естественной беременностью) во втором и у 3,1% женщин в третьем триместре беременности.

4. Сравнительный анализ между группами показал, что раздражение, направленное вовне более выражено у женщин с естественной беременностью, по остальным шкалам статистически значимых различий обнаружено не было.

5. Корреляционный анализ позволил выявить значимые взаимосвязи между негативными психическими состояниями и показателями уровня стресса на всех этапах беременности, где взаимосвязи отличались отрицательной направленностью.

2.3 Рекомендации для психологического сопровождения женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО

На основе исследований и на основе полученных результатов нашего исследования следует говорить о необходимой психокоррекции психических состояний женщин на этапах лечения бесплодия, поэтому были разработаны рекомендации для психологического

сопровождения женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО, отличающихся негативными психическими состояниями. Актуальность задач улучшения системы помощи обусловлена ухудшением медико-демографической ситуацией в Российской федерации. На этапах прохождения лечения бесплодия по программе экстракорпорального оплодотворения задачами являются:

1. На этапе принятия решения об использовании вспомогательных репродуктивных технологий в связи с потребностью женщин в достоверной информации создать условия для ее удовлетворения; в случае выявления в процессе диагностики проблем психологической готовности к родительству, создать условия для коррекции материнской идентичности, создать условия для переоценки себя и способности к воспроизводству, создать условия для коррекции семейных отношений, коррекции привычных паттернов поведения, которые отличаются неэффективностью, создать условия для работы с чрезмерным желанием стать родителем.

2. На этапе подготовки к процедуре ЭКО создать условия для снижения уровня тревоги, стресса, связанных с прогнозом лечения бесплодия, который по результатам многих исследований негативно влияет на процесс и эффективность лечения бесплодия, подавляя репродуктивную функцию.

3. На этапе стимуляции овуляции оказать психологическую поддержку, дать комментарии и оказать помощь в переживании телесных и психических состояний. На данном этапе также необходимо создать условия для коррекции семейных отношений по причине возникновения в процессе этапа проблем, связанных с разной долей участия мужчины и женщины в процедурах.

4. На этапе пункции и переноса эмбриона задачами являются психологическая подготовка к данной процедуре, помощь в снижении уровня тревоги за развитие эмбриона, формирование настроя на успех.

5. На этапе ожидания результата подсадки эмбриона задачами являются помощь в снижении уровня тревоги и эмоционального напряжения, формирование настроя на успех.

6. На этапе адаптации к беременности необходимо создать условия для снижения уровня тревоги, для работы с неожиданными чувствами, со страхом прерывания беременности, создать атмосферу разделения переживаний женщин. Важной задачей работы психолога является смещение мотивации с зачатия, борьбы с неуспехом в лечении на вынашивание и рождение здорового ребенка, коррекция семейных отношений, а именно работа с сформированным на протяжении определенного времени паттерном семейных отношений по типу борьбы с бесплодием.

7. В случае неудачной попытки лечения бесплодия, задачами в работе являются: разделение переживаний женщины, создание условий для отреагирования негативных чувств, переживания потери, принятия данного факта, отслеживание динамики переживания горя. Важной задачей психолога в работе с женщинами, имеющими неудачные попытки ЭКО – это психодиагностика готовности к новой попытке, коррекция семейных отношений после утраты и работа с выученной беспомощностью. Важно и то, что в психологической помощи могут нуждаться и дети, уже имеющиеся в семье, и несостоявшиеся прародители.

ВЫВОДЫ

1. Выявлены факторы, определяющие особенности психических состояний у женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО, которые могут выступать как изолированно, так и в системе взаимосвязей: переживания плохих отношений с родителями, переживания относительно проблем у родителей, негативные чувства и переживания сложности отношений с мужем, количество попыток ЭКО, время планирования, невозможность проявлять активность и т.д.

2. Сравнительный анализ на этапах вхождения в программу лечения бесплодия не показал значимых различий между группами женщин, как с положительным, так и с отрицательным исходом лечения бесплодия по всем отдельно взятым параметрам психических состояний.

3. На каждом этапе программы лечения бесплодия были выявлены и описаны характеристики групп с большим процентом респондентов с определенными сочетаниями выраженности параметров психических состояний женщин, являющиеся специфичными только для одной из групп.

4. На каждом этапе программы лечения бесплодия были выделены группы женщин вне зависимости от результата лечения с наиболее часто встречающимися вариантами сочетания параметров психических состояний.

5. На этапе вхождения в программу лечения бесплодия и на этапе подсадки эмбриона в обеих группах женщин (беременность у которых наступила и не наступила) были выявлены сочетания параметров психических состояний, определяемые автором методики как идеальные профили для целенаправленной и продуктивной деятельности.

6. На каждом этапе лечения бесплодия у женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО были выявлены специфичные для данной группы варианты сочетания параметров психических состояний.

7. У большинства женщин обеих групп выявлена динамика психических состояний на этапах лечения по программе ЭКО.

8. В группах женщин вне зависимости от результата лечения среди часто встречаемых вариантов параметров психических состояний, как на этапе вхождения в программу, так и на этапе подсадки эмбриона, был выявлен вариант сочетания параметров психических состояний, который характеризуется сочетанием расплывчатости цели, отсутствием ее четкого осознавания, в выборе средств предпочтением прислушиваться к мнению окружающих людей, повышенной эмоциональностью к результату деятельности.

9. Доминирующее большинство профилей психических состояний на этапе уведомления об отрицательном результате лечения свидетельствуют о сильном эмоциональном потрясении. На данном этапе для большинства женщин характерно снижение настроенности на цель, которое проявляется в ее неточности, расплывчатости и характерно излишне эмоциональное реагирование на результат собственной деятельности и склонность к его переоцениванию. Данные тенденции были подтверждены сравнительным анализом, который показал значимые различия по параметрам «Настроенность-Фрустрированность» и «Ригидность-Транс» и о сильной выраженности на этапе уведомления о результатах лечения, а средние ранги подтвердили снижение баллов по данным параметрам психических состояний.

10. На этапе вынашивания беременности, для большинства женщин обеих групп (с естественной беременностью и индуцированной беременностью) не характерны критические значения уровня стресса, к последнему триместру беременности наблюдается тенденция к его снижению.

11. Для большинства беременных женщин обеих групп показатели по негативным состояниям: депрессия, раздражительность, тревожность, находятся в пределах нормативного значения. Результаты анализа частот позволили выделить группу риска женщин с индуцированной беременностью с высокими показателями негативных психических состояний (у 4,95% женщин показатели депрессии выше нормативных значений, у 2,94% женщин показатели раздражения вовне выше нормативных значений и у 15,7% женщин показатели тревоги выше нормативных значений). Показатели самооценки уровня эмоционального благополучия (стресса) выше нормативных значений у 7,4% женщин в первом триместре, у 12,4% (что в два раза больше, чем у группы с естественной беременностью) во втором и у 3,1% женщин в третьем триместре беременности).

12. Сравнительный анализ между группами показал, что раздражение, направленное вовне более выражено у женщин с естественной беременностью, по остальным шкалам статистически значимых различий обнаружено не было.

13. Корреляционный анализ позволил выявить значимые положительные взаимосвязи между негативными психическими состояниями и показателями уровня эмоционального благополучия на всех этапах беременности, где взаимосвязи отличались отрицательным значением.

14. Полученные результаты имеют важное значение для эффективности лечения бесплодия с учетом принципа био-психо-социального единства человека и позволяют индивидуализировать определение задач, методов дифференцированной коррекции и

профилактики негативных психических состояний женщин, получающих лечение бесплодия методами ВРТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках данной дипломной работы было проведено комплексное исследование, целью которого являлось выявление особенностей психических состояний женщин в процессе лечения бесплодия по программе ЭКО и вынашивания беременности в результате данного лечения. Изучение и выявление особенностей психических состояний данной специфической группы женщин представляет значение для эффективности лечения бесплодия с учетом принципа био-психо-социального единства человека и позволяет индивидуализировать определение задач, методов дифференцированной коррекции и профилактики негативных психических состояний женщин, получающих лечение бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий. Необходимость научной разработки данной проблемы обусловлена социальной значимостью – создание на основании полученных данных программ профилактики бесплодия будет способствовать увеличению рождаемости, сокращению количества осложнений при беременности и родах, предотвращению негативных последствий в семье – конфликтов, разводов, экономического ущерба в связи с прохождением лечения бесплодия.

Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи:

1. Выявлены факторы негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО;
2. Выявлены особенности психических состояний женщин на этапах программы ЭКО;
3. Выявлены особенностей динамики психических состояний женщин на этапах программы ЭКО (вхождение в программу лечения, этап подсадки эмбриона);
4. Выявлены особенностей психических состояний женщин в процессе вынашивания индуцированной беременности;
5. Разработаны рекомендации для психологического сопровождения женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО.

В первой главе дипломной работы был осуществлен содержательный теоретический анализ научной психологической и методологической литературы по проблеме бесплодия, проанализированы существующие результаты исследований психических состояний женщин, проходящих лечение бесплодия, рассмотрены позиции отечественных и зарубежных исследователей о структуре психического состояния в рамках системного и деятельностного подходов.

Данные, полученные в ходе исследования, позволяют говорить о подтверждении гипотезы о том, что определенные психические состояния у женщин, проходящих лечение

бесплодия по программе экстракорпорального оплодотворения, выступая в системе других факторов, могут определять эффективность лечения бесплодия.

Результаты исследования расширяют современные научные представления об особенностях психических состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО, дают представление о том, на каком этапе женщинам наиболее необходима психологическая поддержка, что, в свою очередь, способствует повышению эффективности лечения бесплодия по программе ЭКО и процесса вынашивания беременности.

На основании данной дипломной работы была написана статья:

1. Факторы негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО / Наку Е.А., Ковас Ю.В., Бохан Т.Г., Терехина О.В., Видякина Т.А. // Сибирский психологический журнал. 2017. № 63. С. 119 – 135.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алешина Е. С. Соотношение когнитивного стиля с индивидуальным стилем на основе анализа ориентировочных и исполнительных компонентов / Е.С. Алешина, О. С. Дейнека // Когнитивные стили : тезисы научно-практического семинара / под ред. В. Колги. Таллин, 1986. – С. 65–68.

2. Ананьев В. А. Психология здоровья / В. А. Ананьев. –СПб., 2006. – С. 115.

3. Вихляева Е. М. Роль специальной программы ВОЗ по репродукции человека в решении актуальных проблем бесплодного брака / Е. М. Вихляева, Т. Я. Пшеничникова //Акушерство и гинекология. – 1988. – №6. – С. 3–4.

4. Ганзен В. А. Системные описания в психологии / В. А. Ганзен. –Л., 1984. – С. 141.

5. Ганзен В. А. Системный подход к анализу, описанию и экспериментальному исследованию психических состояний человека / В. А. Ганзен, В. Н. Юрченко ; под ред. А.А. Крылова. – Л., 1981.

6. Гарданова Ж. Р. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения и их психотерапевтическая коррекция : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ж. Р. Гарданова. – М., 2007. – 29 с.

7. Глоточкин А. Д. Психические состояния человека, лишенного свободы. – М., 1968. – С. 16.

8. Голомбок С. Психологические реакции у бесплодных пациентов // Андрология, репродукция и сексуальные расстройства. – 1993. – Т. 2. – № 2. – С. 4–13.

9. Грищенко В. И. Научные основы регулирования рождаемости / В. И. Грищенко. – Киев : Здоровья, 1983. – 208 с.

10. Дахно Ф. В. Исследование эмоционально-волевой сферы у бесплодных женщин / Ф. В. Дахно [и др.] // Физиологические и патологические репродуктивные функции женщин. – Харьков, 1984. – С. 7-8.

11. Дементьева Н. О., Бочаров В. В. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» / Н. О. Дементьева, В. В. Бочаров // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2010. – № 1. – С. 131–139.

12. Добряков И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. – СПб. : Питер, 2010. – 272 с.

13. Жебентяев А. А. Мужское бесплодие / А. А. Жебентяев // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2008. – № 2. – С. 1–11.

14. Зайден А. М. Психическая травма и стресс. Травмы при беременности : пер. с англ. – М. : Медицина, 1982. – С. 376.

15. Захарченко И. А. Влияние ВРТ на психологический статус женщин / И. А. Захарченко // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: збірник наук о вихпраць. – 2011. – № 21. – С. 144–151.

16. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М. : Изд-во МГУ, 1986. – 287 с.

17. Зейгарник Б. В. Теория личности К. Левина / Б. В Зейгарник. М. : Изд-во МГУ, 1981. – 118 с.

18. Иванова А. Р. Медико-психологические особенности женщин во время лечения бесплодия : автореф. дис. … канд. мед. наук / А. Р. Иванова. – М., 2010. – 24 с.

19. Иовлев Б. В. Психология отношений. Концепция В. М. Мясищева и медицинская психология / Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова. – СПб. : Сенсор, 1999. – С.154.

20. Карманов А. А. Методика диагностики основных параметров психического состояния тестом Люшера / А. А. Карманов. – СПб. : Иматон, 1999. – 89 с.

21. Карымова О. С. Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин : дис. … канд. психол. наук / О. С. Карымова. – СПб., 2010. – С 241.

22. Ковалев А. Г. Психология личности / А. Г. Ковалёв. – М., 1965. – С. 29.

23. Ковалёв С. В. Психология семейных отношений / С. В. Ковалёв. – М., 1987. – С. 55.

24. Косырев В. Н. Клиническая психология / В. Н. Косырев. – Тамбов, 2005. – С. 43–45.

25. Кришталь Э. В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии / Э. В. Кришталь, М. В. Маркова // Медицинская психология. – 2008. – № 3. – С. 17–22.

26. Кулаков В. И. Здоровье матери и новорожденного / В. И. Кулаков, О. Г. Фролова // Акушерство и гинекология. – 1994. – №1. – С. 3–6.

27. Кулаков В. И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / под ред. В. И Кулакова. – М., 2006. – С. 472.

28. Кулаков В. И. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / под ред. В. И. Кулакова, Б. В. Леонова, Л. Н. Кузьмичева. – М. : МИА, 2005. – 592 с.

29. Кулаков С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. – СПб., 2003. – С 288.

30. Кулакова Е. В. Коррекция психоэмоциональных нарушений у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий : дис. … канд. мед. наук / Е. В. Кулакова. – М., 2008. – 130 с.

31. Курбатова Т. Н. Структурный анализ агрессии / Т. Н. Курбатова, Б. Г. Ананьев. – СПб., 1995. – С. 27–28.

32. Лабораторное руководство ВОЗ по исследованию и обработке спермы человека, 5-е изд. [Электронный ресурс]. URL : apps.who.int/iris/handle/10665/44261.

33. Лаврова Т. Н. Некоторые клинико-биологические аспекты невротической депрессии у женщин / Т. Н. Лаврова, Д. М. Давыдов // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 4. – С. 37–44.

34. Лебедько А. В. Особенности течения беременности и родов у женщин при экстракорпоральном оплодотворении : автореф. дис. … канд. мед. наук / А В. Лебедько. – Минск, 2013. – 23 с.

35. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека / Н. Д. Левитов. – М., 1964. – 343 с.

36. Левитов Н. Д. Проблема психических состояний / Н. Д. Левитов // Вопросы психологии. – 1955.

37. Левитов Н. Д. Психология характера / Н. Д. Левитов. – М. : Просвещение, 1969. – 424 с.

38. Левитов Н. Д. Фрустрация как один из видов психических состояний / Н Д Левитов // Вопросы психологии. – 1967. – № 6. – С. 118–129.

39. Либих С. С. Информация как средство изменения психических состояний / С. С. Либих, Т. С. Давыдова // Экспериментальная и прикладная психология. – 1980. – № 10. – С. 106–113.

40. Маркова М. В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии / М. В. Маркова // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т. 1. – № 1. – С. 57–62.

41. Махнач А. В. Компонентный анализ психического состояния человека в особых условиях деятельности / А. В. Махнач // Психологический журнал. – 1991. – Т.12. – С 55–56.

42. Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. URL.: https://mkb-10.com/

43. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия / В. Д. Менделевич. – Казань, 1996. – С. 75–98.

44. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс, 2001. – 592 с.

45. Мерлин В. С. Лекции по психологии мотивов человека / В. С. Мерлин. – Пермь : Изд-во ПГПИ, 1972. – 120 с.

46. Микиртумов Б. Е. Лексика психопатологии / Б. Е. Микиртумов. – СПб., 2004. – 208 с.

47. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л. : ЛГУ, 1960. – 426 с.

48. Назаренко Т. А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишиева. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 208 с.

49. Наку Е. А. Факторы негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО / Е. А. Наку [и др.] // Сибирский психологический журнал. – 2017. – № 63. – С. 119–135.

50. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства / Р. В. Овчарова. – М., 2003. – С. 317.

51. Павлов И. П. Полное собрание сочинений / И. П. Павлов. – М., 1952. – С. 244–245.

52. Пепперел Р.Дж. Бесплодный брак / Р.Дж. Пепперел, Б. Хадсон, К. Вуд. – М. : Медицина, 1986. – 336 с.

53. Пере М. Клиническая психология / под. ред. М. Пере, У. Баумана. – СПб., 2007. – С. 230.

54. Петрова Н. Н. Психические расстройства и личностно-психологические особенности у женщин с бесплодием при лечении ЭКО / Н. Н. Петрова [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – № 2. – С. 42–49.

55. Платонов К. К. Краткий словарь системы психологических понятий / К. К. Платонов. – М., 1981. – 176 с.

56. Ползиков М. Ю. Бесплодие… Как не упустить ничего важного и не сделать ничего лишнего? Алгоритм действия по ведению бесплодной пары при бесплодии неясного генеза / М. Ю. Ползиков // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2009. – №1. – С. 11–12

57. Посисеева Л. В. Субфертильность супружеской пары: акценты патогенеза и коррекции / Л. В. Посисеева, У. Л. Петрова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – №18. – С. 34–40.

58. Прангишвили А. С. Общепсихологическая теория установки / А. С. Прангишвили // Психологическая наука в СССР. – 1960. – Т 2. – С. 133.

59. Прохоров А. О. Словарь-тезаурус психических состояний человека / А. О. Прохоров. – Казань, 1989. – 78 с.

60. Психиатрический диагноз / И. Я. Завилянский [и др.]. – Киев : Вища школа, 1989. – 311 с.

61. Реан А. А. Агрессия и агрессивность личности / А. А. Реан. // Психологический журнал. – 1996.

62. Рибо Т. Воля в ее нормальном и болезненном состояниях. – СПб., 1916. – 127 с.

63. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар / пер. с англ. Р. А. Нерсеян. – 4-е изд. – М. : Изд-во «МедПресс», 1997. – 91 с.

64. Смирнова Д. А. Ценностно-смысловой ракурс в структуре клинического интервью психотерапевтической практики (психолингвистическое исследование невротических депрессий) / Д А. Смирнова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2010. – № 3. – С. 434–438.

65. Соколова Е. Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии / Е. Т. Соколова. – М. : Изд-во МГУ, 1976. – 128 с.

66. Статистический сборник министерства здравоохранения Российской Федерации : Заболеваемость взрослого населения в России в 2017 году [Электронный ресурс]. URL.: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2017-god

67. Сухих Г. Т. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Г. Т. Сухих [и др.] ; под ред. Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 784 с.

68. Татарчук Т. Ф. Стресс и репродуктивная функция женщин / Т. Ф. Татарчук // Международный эндокринологический журнал. – 2006. – № 3. – С. 2–9.

69. Трубников Н. Н. О категориях "цель", "средство", "результат" / Н. Н. Трубников. – М. : Высшая школа, 1968. – 148 с.

70. Ушкалова А. В. Антидепрессивная терапия соматических больных // Фарматека. – 2007. – № 15. – С. 29–37.

71. Федина Л. П. Психологические особенности семей в программе ЭКО / Л. П. Федина // Актуальные вопросы современной психологии : материалы междунар. науч. конф. Челябинск : Два комсомольца, 2011. – С. 111–115.

72. Филиппова Г. Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы / Г. Г. Филиппова // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2010. – № 1. – С. 101–119.

73. Хомовская Е. Д. Мозг и эмоции. Нейропсихологическое исследование / Е. Д. Хомовская, Н. Я. Батова. – М., 1992. – С. 41.

74. Хорни К. Женская психология / К. Хорни. Санкт-Петербург : Институт психоанализа, 2018. – С. 135–139.

75. Чирков В. И. Изучение факторной структуры субъективного компонента функциональных состояний / В. И. Чирков // Проблемы инженерной психологии: Тезисы VI

всесоюзной конференции по инженерной психологии / под ред. Б. Ф. Ломова. – Л., 1984. – С. 237–238.

76. Щедрина Р. Н. Роль эндокринных факторов в реализации вспомогательных репродуктивных технологий / Р. Н. Щедрина, К. Я. Яровская, Н. Д. Фанченко. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 256 с.

77. Щербаков А. Вспомогательные репродуктивные технологии как рынок: социально-психологические потребности пациенток ЭКО и критерии выбора клиники [Электронный ресурс]. URL : http://eva.ru/kids/messages-2449546.htm (дата обращения: 01.12.2015).

78. Эфроимсон. В. Н. Генетика этики и эстетики / В. Н. Эфроимсон. – СПб., 1995. – 493 с.

79. Юрьев А. И. Введение в политическую психологию / А. И. Юрьев. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1992. – 232 с.

80. Якунин В. А. О связи психических состояний и свойств личности // Психические состояния / В. А. Якунин ; под ред. А. А. Крылова. – Л., 1980. – С. 17–23.

81. Anderson K. M. Distress and concerns in couple referred to a specialist infertility clinic / K. M. Anderson [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 2003. – Vol. 54. – P. 353–355.

82. Boivin J. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women / J. Boivin, J. Takefman // Fertility and Sterility. – 1995. – Vol. 64. – P. 802–810.

83. Chen T. H. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic / T. H. Chen [et al.] // Human Reproduction. – 2004. – P. 2313–2318.

84. Cowley D. S. Anxiety&panic disorder. Current care of women: Diagnosis & treatment / Cowley D. S. [et al.] // Lange Medical Books. McGraw-Hill. – 2004. – P. 71–79.

85. Cox L. W. Infertiliti: a comprehensive programme // British. J. Obstet. Gynaecol. – 1975. – Vol. 82. – P. 2.

86. Deka P. K. Psychological aspects of infertility / P. K. Deka, S. S. Sarma // British Journal of Medical Practitioners. – 2010. – Vol. 3. – № 3. – P. 336–338.

87. Domar A. D. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients / A. D. Domar // Fertility and sterility. – 2004. – Vol. 81. – P. 271–273.

88. Domar A. D. The impact of group psychological interventions on distress in infertile women / A. D. Domar [et al.] // Health Psychol. – 2000. – Vol. 19. – P. 568–575.

89. Draye M. A. Emotional aspects of infertility. Current care of women: Diagnosis & treatment / M. A. Draye [et al.] // Lange Medical Books. McGrawHill. – 2004. – P. 572–577.

90. Everly G. S. Стресс: природа и лечение : пер. с англ. – М. : Медицина, 1985. – 224 с.

91. Gurevich R. Tips on Coping with Infertility. Retrieved from : https://www.verywellfamily.com/coping-with-infertility-how-to-feel-better-1959979

92. Kupka M. S. Assisted reproductive technology in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE, The European IVF-monitoring consortium (EIM) for the European Society of human reproduction and embryology (ESHRE) / M. S. Kupka [et al.] // Human reproduction. – 2016. Vol. 31, is 2. – P. 233–248.

93. Lee S. H. Effects of using a nursing crisis Intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization / S. H. Lee // Journal of Nursing Research. – 2003. – Vol. 11. – P. 197–208.

94. Lukse M. P. Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment / M. P. Lukse, N. A. Vacc // Obstet and Gynecol. – 1999. – Vol. 93. – P. 245–251.

95. Micco P. Di. The role of d-dimer as first marker of thrombophilia in womenaffectedbysterility: implications in pathophysiology and diagnosis of thrombophilia induced sterility / P. Di Micco [et al.] // J. Transl. Med. – 2004. – Vol. 2, is 38.

96. Mindes E. J. Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems / E. J. Mindes [et al.] // Journal of Social Science & Medicine. – 2003. – Vol. 56. – P. 2165–2180.

97. Rosenzweig S. An Outline of Frustration Theory // Personality and Behavior Disorders. – Vol.1.. – 1949.

98. Sidorenko V. Some psychological features of persons consisting of barren marriage / V. Sidorenko, V. Dunay, N. Arinchina // Scientific enquiry in the contemporary world: theoretical basics and innovative approach. – 2012. – Vol. 3. –P. 93–95.

99. Snaith R. P. A clinical scale for the self-assessment of irritability / R. P. Snaith [et al.] // Br J Psychiatry. – 1978. – Vol. 132. – P. 164–171.

100. Thiering P. Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET) / P. Thiering [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 1993. – Vol. 5. – P. 481–491

101. Wang K. Li J. Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China / K. Li J. Wang, , J. X. Zhang, , L. Yu J. Zhang, P. Jiang // Fertility and Sterility. – 2007. – Vol. 87, is. 4. – P. 792–798.

102. Wirth M. M. Relationship between salivary cortisol and progesterone levels in humans / M. M. Wirth [et al.] // Biol. Psychol. – 2006. – P. 97–102.

103. Wright J. Psychological distress and infertility, men and women respond differently / Wright J. [et al.] // Fertility and sterility. – 1991. – Vol. 55. – P. 100–108.

104. Zegers-Hochschild F. ICMART and WHO Glossary on ART Terminology / F. Zegers-Hochschild [et al.] // Fertility and Sterility. – 2009. – Vol. 92, is 5. – P. 1520–1524.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Вопросы клинического интервью (первый этап исследования)

1. ФИО, возраст;
2. Назовите, пожалуйста, кем Вы работаете?
3. Находитесь ли Вы в браке? Сколько раз были замужем? Сколько лет?
4. Назовите, пожалуйста, причину бесплодия;
5. Есть ли у Вас дети?
6. Были ли у Вас: аборты, замершие беременности, внематочная беременность, преждевременные роды?
7. Являлись ли Вы суррогатной матерью?
8. Как долго Вы планируете ребенка?
9. Сколько было попыток ЭКО?
10. Расскажите, пожалуйста, в какой семье Вы воспитывались? Какие отношения у Вас с родителями? Какие чувства, эмоции Вы испытываете к каждому из родителей?
11. Расскажите, пожалуйста, о Ваших отношениях с мужем. Поменялось ли что-то со временем? Переживаете ли какие-либо чувства по отношению к мужу? Как он относится к ЭКО? Стабильны ли Ваши отношения?
12. Опишите, пожалуйста, свое эмоциональное состояние, состояние здоровья, свое отношение к себе, наиболее сильные переживания, страхи.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Медицинские характеристики по данным клинического интервью женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО

Проблемы репродуктивного здоровья (125 лексических единиц)	Частота встречаемости в %
Мужское бесплодие и плохая активность сперматозоидов	22,9
Проблемы с фаллопиевыми трубами (удалены, непроходимость, трубное бесплодие, одна труба и др. проблемы с трубами)	21,7
Проблемы с яичниками (истощение, недоразвитие яйцеклетки, один яичник, отсутствует овуляция, образование в яичнике, овуляция раньше срока, нет яйцеклеток, нарушение или отсутствие менструального цикла)	18,6
Проблемы с маткой (проблемы с эндометрием, киста, миома, врожденная патология)	17,2
Нет физиологических причин, неясный генез бесплодия	11,5
Патология беременности (внематочная, замершая, аборт в анамнезе)	8,1
Попытки ЭКО (120 лексических единиц)	
1 попытка ЭКО	45
2 попытки ЭКО	23,3
3 попытки ЭКО	9,2
1 ЭКО донорство яйцеклетки	7,5
1 ЭКО замершая беременность	2,5
3 ЭКО донорство яйцеклетки	2,5
4 попытки ЭКО	1,7
1 ЭКО донорство	1,7
1 ЭКО донорство спермы	1,7
Суррогатное материнство	1,7
2 ЭКО донорство яйцеклетки	0,9
5 попыток ЭКО	0,8
1 ЭКО донорство эмбриона	0,8

Стимуляция	0,8
Планирование ребенка (74 лексических единиц)	
Только начали	0,8
4 года	10,23
5 лет	10,23
2 года	7,08
3 года	7,08
6 лет	3,93
10 лет	3,93
8 лет	3,14
12 лет, 15 лет	3,14
1 год	2,36
7 лет	2,36
0,5 года	0,78
1,5 года	0,78

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Социально-демографические характеристики по данным клинического интервью женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО

Работа (122 лексических единиц)	Частота встречаемости в %
Сфера различных услуг (медицина, образование, юриспруденция, бизнес и т.п.)	25,3
Менеджеры (руководители, администраторы, свой бизнес)	22,3
Бухгалтеры, работники банка	21,3
Не работают	8,4
Работники производств (завод, вахта, ж/д)	7,6
Инженерно-технические работники	7,6
Работники силовых органов	7,5
Количество лет в браке (125 лексических единиц)	
8 лет	11,81
5 лет	10,9
4 гожа	9,09
10 лет	9,09
13 лет	8,18
3 года	7,27
9 лет	7,27
6 лет	7,27
7 лет	6,36
11 лет	4,54
12 лет	3,63
14 лет	3,63
2 года	2,72
15 лет	2,72
1 год, 16 лет, 18 лет, 20 лет	Единичные случаи
Брак (125 лексических единиц)	
Первый брак	61,6

Второй брак	20,8
Гражданский брак	8
Не замужем	4,8
Гражданский брак (был официальный брак с другим мужчиной)	1,6
Второй брак (до этого был гражданский брак с другим мужчиной)	1,6
Третий брак	0,8
Четвертый брак	0,8
Дети (беременность, планирование беременности – 127 лексических единиц)	
Наличие детей от первого брака (собственные или дети мужа)	7
Преждевременные роды, внематочная беременность	14,2
Аборты	7,9
Замершая беременность	9,4
Суррогатная мать: 3 ребенка своих	2,4
Планирование детей	59,1

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Проверка выборки на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова

		Настроенность-Фрустрированность	Спонтанность-Полезависимость	Ригидность-Транс
N		66	66	66
Параметры нормального распределения[a,b]	Среднее	7,11	4,88	5,24
	Среднекв.отклонение	1,458	1,776	1,520
Наибольшие экстремальные расхождения	Абсолютная	,181	,194	,145
	Положительные	,181	,143	,127
	Отрицательные	-,161	-,194	-,145
Статистика критерия		,181	,194	,145
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)		,000[d]	,000[d]	,001[d]

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Проверка выборки на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова

		Настроенность-Фрустрированность	Спонтанность-Полезависимость	Ригидность-Транс
N		111	111	111
Параметры нормального распределения[a,b]	Среднее	6,98	5,05	5,13
	Среднекв.отклонение	1,629	1,778	1,859
Наибольшие экстремальные расхождения	Абсолютная	,163	,191	,133
	Положительные	,126	,126	,133
	Отрицательные	-,163	-,191	-,113
Статистика критерия		,163	,191	,133
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)		,000[d]	,000[d]	,000[d]

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Проверка выборки на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова

		Настроенность-Фрустрированность	Спонтанность-Полезависимость	Ригидность-Транс
N		49	49	49
Параметры нормального распределения[a,b]	Среднее	7,2653	4,9796	5,6735
	Среднекв.отклонение	1,46878	1,92018	1,58624
Наибольшие экстремальные расхождения	Абсолютная	,184	,151	,175
	Положительные	,184	,134	,175
	Отрицательные	-,167	-,151	-,111
Статистика критерия		,184	,151	,175
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)		,000[c]	,007[c]	,001[c]
a. Проверяемое распределение является нормальным.				
b. Вычислено из данных.				
c. Коррекция значимости Лильефорса.				

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Проверка выборки на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова

		Настроенность-Фрустрированность	Спонтанность-Полезависимость	Ригидность-Транс
N		58	58	58
Параметры нормального распределения[a,b]	Среднее	7,3448	5,1207	5,5345
	Среднекв.отклонение	1,52812	1,73789	1,72917
Наибольшие экстремальные расхождения	Абсолютная	,188	,162	,181
	Положительные	,139	,117	,157
	Отрицательные	-,188	-,162	-,181
Статистика критерия		,188	,162	,181
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)		,000[c]	,001[c]	,000[c]
a. Проверяемое распределение является нормальным.				
b. Вычислено из данных.				
c. Коррекция значимости Лильефорса.				

ПРИЛОЖЕНИЕ К

Проверка выборки на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова

		Настроенность-Фрустрированность	Спонтанность-Полезависимость	Ригидность-Транс
N		107	107	107
Параметры нормального распределения[a,b]	Среднее	7,3084	5,0561	5,5981
	Среднекв.отклонение	1,49472	1,81624	1,65894
Наибольшие экстремальные расхождения	Абсолютная	,180	,142	,164
	Положительные	,152	,124	,164
	Отрицательные	-,180	-,142	-,147
Статистика критерия		,180	,142	,164
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)		,000[c]	,000[c]	,000[c]
a. Проверяемое распределение является нормальным.				
b. Вычислено из данных.				
c. Коррекция значимости Лильефорса.				

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

Динамика изменения профилей у женщин на этапах вхождения в программу лечения бесплодия, подсадки эмбриона

1 срез (вхождение в программу)		2 срез (подсадка эмбриона)	
Сочетание параметров психических состояний	Количество женщин с данным сочетанием ППС	Сочетание параметров психических состояний	Количество женщин с данным сочетанием ППС
нпр	5 (4-беременность наступила; 1-беременность не наступила)	**нпр**	2 (1-беременность наступила; 1-беременность не наступила)
		Н-Р	1 (беременность наступила)
		Нп-	1 (беременность наступила)
		нср	1 (беременность наступила)
нПр	3 (беременность наступила)	нПР	1 (беременность наступила)
		НпР	1 (беременность наступила)
		нПр	1 (беременность наступила)
нП-	1 (беременность наступила)	нпр	1 (беременность наступила)
нст	4 (2-беременность наступила; 2-беременность не наступила)	**нст**	2 (2-беременность не наступила)
		н-р	1 (беременность наступила)
		НСт	1 (беременность наступила)
НС-	2 (1-беременность наступила; 1-	**НС**-	1 (беременность наступила)

	беременность не наступила)	-Ст	1 (беременность не наступила)
Н--	3 (беременность наступила)	нП-	1 (беременность наступила)
		нпт	1 (беременность наступила)
		Нс-	1 (беременность наступила)
Нпр	6 (2-беременность наступила; 4-беременность не наступила)	Н-р	2 (1-беременность наступила; 1-беременность не наступила)
		Н-Р	1 (беременность не наступила)
		ФС-	1 (беременность наступила)
		НСт	1 (беременность не наступила)
		НП-	1 (беременность не наступила)
Нср	11 (4-беременность наступила;7-беременность не наступила)	**Нср**	2 (беременность не наступила)
		нс-	1 (беременность наступила)
		НС-	1 (беременность наступила)
		-ст	1 (беременность наступила)
		Нс-	2 (1-беременность наступила; 1-беременность не наступила)
		фст	1 (беременность не наступила)

		нпт	1 (беременность не наступила)
		Н-Р	1 (беременность не наступила)
		нп-	1 (беременность не наступила)
Н-р	6 (2-беременность наступила; 4-беременность не наступила)	Нст	1 (беременность наступила)
		нсР	1 (беременность наступила)
		Нп-	1 (беременность не наступила)
		Нср	2 (беременность не наступила)
		Н-р	1 (беременность не наступила)
нср	5 (3-беременность наступила; 2-беременность не наступила)	нпр	2 (беременность наступила)
		н-р	1 (беременность наступила)
		нпР	1 (беременность не наступила)
		Нс-	1 (беременность не наступила)
нпт	5 (3-беременность наступила; 2-беременность не наступила)	**нпт**	4 (2-беременность наступила; 2-беременность не наступила)
		НпР	1 (беременность наступила)
Нс-	3 (1-беременность наступила; 2-беременность не наступила)	нср	1 (беременность наступила)
		Нср	2 (беременность не наступила)

нС-	1 (беременность наступила)	Нср	1 (беременность наступила)
фсТ	1 (беременность наступила)	-пТ	1 (беременность наступила)
нсР	2 (беременность наступила)	нср	1 (беременность наступила)
		Н-р	1 (беременность наступила)
фст	4 (1-беременность наступила; 3-беременность не наступила)	нсР	1 (беременность наступила)
		н-р	2 (беременность не наступила)
		НсР	1 (беременность не наступила)
Н--	2 (беременность наступила)	нпр	1 (беременность наступила)
		Нс-	1 (беременность наступила)
нПт	1 (беременность наступила)	нпт	1 (беременность наступила)
нп-	2 (1-беременность наступила; 1-беременность не наступила)	Нс-	1 (беременность наступила)
		нПР	1 (беременность не наступила)
н-Р	3 (1-беременность наступила; 2-беременность не наступила)	Н-Р	1 (беременность наступила)
		нПр	1 (беременность не наступила)
		нср	1 (беременность не наступила)
Н-т	4 (1-беременность наступила; 3-беременность не наступила)	-Пт	1 (беременность наступила)
		Нпр	1 (беременность не наступила)

		Н--	1 (беременность не наступила)
		Нп-	1 (беременность не наступила)
н--	2 (1-беременность наступила; 1-беременность не наступила)	**н--**	1 (беременность наступила)
		Нср	1 (беременность не наступила)
Нст	6 (2-беременность наступила; 4-беременность не наступила)	НС-	1 (беременность наступила)
		Нс-	1 (беременность наступила)
		нср	1 (беременность не наступила)
		Нст	1 (беременность не наступила)
		Н-т	1 (беременность не наступила)
		Н--	1 (беременность не наступила)
н-р	4 (1-беременность наступила; 3-беременность не наступила)	нс-	1 (беременность наступила)
		н--	1 (беременность не наступила)
		нпР	1 (беременность не наступила)
		нСт	1 (беременность не наступила)
н-т	2 (1-беременность наступила; 1-беременность не наступила)	нст	1 (беременность наступила)
		ф-т	1 (беременность не наступила)
-пт	2 (1-беременность наступила; 1-	нст	1 (беременность наступила)

	беременность не наступила)	нпт	1 (беременность не наступила)
---	1 (беременность наступила)	нп-	1 (беременность наступила)
-сТ	2 (1-беременность наступила; 1-беременность не наступила)	Н-р	1 (беременность наступила)
		нп-	1 (беременность не наступила)
нс-	3 (1-беременность наступила; 2-беременность не наступила)	нср	1 (беременность наступила)
		Н-р	1 (беременность не наступила)
		Нс-	1 (беременность не наступила)
Нп-	1 (беременность наступила)	Нпр	1 (беременность наступила)
--т	1 (беременность не наступила)	нст	1 (беременность не наступила)
нСт	1 (беременность не наступила)	Нст	1 (беременность не наступила)
НСТ	1 (беременность не наступила)	н-т	1 (беременность не наступила)
-Пт	2 (2-беременность не наступила)	н-т	1 (беременность не наступила)
		-пр	1 (беременность не наступила)
-ст	1 (беременность не наступила)	**фСТ**	1 (беременность не наступила)
фПт	1 (беременность не наступила)	**фПт**	1 (беременность не наступила)
фп-	2 (беременность не наступила)	--р	1 (беременность не наступила)
		нсР	1 (беременность не наступила)

НпР	1 (беременность не настпила)	Нпр	1 (беременность не наступила)
нсТ	1 (беременность не наступила)	**нсТ**	1 (беременность не наступила)

АНТИПЛАГИАТ
ТВОРИТЕ СОБСТВЕННЫМ УМОМ

Отчет о проверке на заимствования №1

Автор: Видякина Тамара Андреевна tatym@sibmail.com / ID: 2270280
Проверяющий: Видякина Тамара Андреевна (tatym@sibmail.com / ID: 2270280)

Отчет предоставлен сервисом «Антиплагиат» - https://users.antiplagiat.ru

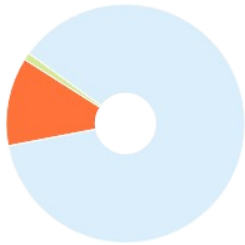
ИНФОРМАЦИЯ О ДОКУМЕНТЕ

№ документа: 31
Начало загрузки: 12.01.2020 23:27:01
Длительность загрузки: 00:00:15
Имя исходного файла: Дипломная работа_Видякина Т.А.
Размер текста: 1101 кБ
Символов в тексте: 197577
Слов в тексте: 22570
Число предложений: 1552

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЧЕТЕ

Последний готовый отчет (ред.)
Начало проверки: 12.01.2020 23:27:17
Длительность проверки: 00:00:06
Комментарии: не указано
Модули поиска: Цитирование, Модуль поиска Интернет

ЗАИМСТВОВАНИЯ	ЦИТИРОВАНИЯ	ОРИГИНАЛЬНОСТЬ
11,96%	1,15%	86,89%



Заимствования — доля всех найденных текстовых пересечений, за исключением тех, которые система отнесла к цитированиям, по отношению к общему объему документа.
Цитирования — доля текстовых пересечений, которые не являются авторскими, но система посчитала их использование корректным, по отношению к общему объему документа. Сюда относятся оформленные по ГОСТу цитаты; общеупотребительные выражения; фрагменты текста, найденные в источниках из коллекций нормативно-правовой документации.
Текстовое пересечение — фрагмент текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника.
Источник — документ, проиндексированный в системе и содержащийся в модуле поиска, по которому проводится проверка.
Оригинальность — доля фрагментов текста проверяемого документа, не обнаруженных ни в одном источнике, по которым шла проверка, по отношению к общему объему документа.
Заимствования, цитирования и оригинальность являются отдельными показателями и в сумме дают 100%, что соответствует всему тексту проверяемого документа.
Обращаем Ваше внимание, что система находит текстовые пересечения проверяемого документа с проиндексированными в системе текстовыми источниками. При этом система является вспомогательным инструментом, определение корректности и правомерности заимствований или цитирований, а также авторства текстовых фрагментов проверяемого документа остается в компетенции проверяющего.

№	Доля в отчете	Доля в тексте	Источник	Ссылка	Актуален на	Модуль поиска	Блоков в отчете	Блоков в тексте
[01]	3,36%	3,51%	Factors of negative psycho-emotional st...	http://journals.tsu.ru	30 Июл 2017	Модуль поиска Интернет	6641	71
[02]	1,34%	2,14%	Методика диагностики психического с..	http://psyberia.ru	13 Сен 2019	Модуль поиска Интернет	2645	36
[03]	1,68%	1,9%	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ Ж.	https://yandex.ru	01 Дек 2014	Модуль поиска Интернет	3326	29
[04]	1,41%	1,41%	Скачать - 0 байт	http://nauchkor.ru	12 Апр 2017	Модуль поиска Интернет	2785	14
[05]	0,84%	0,84%	Аспекты коррекции астенических сост..	http://turboreferat.ru	14 Ноя 2017	Модуль поиска Интернет	1658	19
[06]	0,68%	0,83%	Пограничные психические расстройст..	http://pandia.ru	07 Фев 2014	Модуль поиска Интернет	1349	5
[07]	0,77%	0,77%	Аспекты коррекции астенических сост..	http://turboreferat.ru	14 Ноя 2017	Модуль поиска Интернет	1526	14
[08]	0%	0,77%	Реферат: Анализ существующих подхо..	http://xreferat.com	20 Фев 2019	Модуль поиска Интернет	0	14
[09]	0,05%	0,71%	Пограничные психические расстройст..	http://medical-diss.com	01 Мар 2019	Модуль поиска Интернет	94	12
[10]	0,17%	0,65%	https://dspace.spbu.ru/bitstream/11701...	https://dspace.spbu.ru	28 Сен 2019	Модуль поиска Интернет	345	10
[11]	0,45%	0,5%	См. документ	http://cspu.ru	17 Дек 2016	Модуль поиска Интернет	886	10
[12]	0,09%	0,46%	Медико-психологические особенност...	http://medical-diss.com	01 Фев 2019	Модуль поиска Интернет	186	9
[13]	0%	0,4%	http://www.msmsu.ru/userdata/manual...	http://msmsu.ru	04 Мар 2019	Модуль поиска Интернет	0	7
[14]	0,28%	0,37%	http://www.rd.uniyar.ac.ru/upload/ibloc...	http://rd.uniyar.ac.ru	06 Ноя 2018	Модуль поиска Интернет	552	8
[15]	0,23%	0,34%	Psychological interventions for involunta..	http://biblio.unibe.ch	14 Авг 2019	Модуль поиска Интернет	461	8
[16]	0,06%	0,33%	Дипломная работа Личностные детер...	http://naukaforum.ru	17 Фев 2019	Модуль поиска Интернет	109	6
[17]	0,32%	0,32%	Клиническая характеристика женщин...	https://cyberleninka.ru	28 Дек 2019	Модуль поиска Интернет	628	6
[18]	0,11%	0,29%	Textbook of Assisted Reproductive Tech...	https://doi.org	22 Окт 2019	Модуль поиска Интернет	225	7
[19]	0,11%	0,29%	https://esu.citis.ru/ikrbs/FXIHZY1MVVVN..	https://esu.citis.ru	10 Мая 2018	Модуль поиска Интернет	225	4
[20]	0%	0,27%	Пишем работы на 5+ :: Реферат : Психо..	http://biblo-ok.ru	12 Янв 2017	Модуль поиска Интернет	0	3

[21]	1,15%	0%	не указано	не указано	раньше 2011	Цитирование	2263	15