

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»
Кафедра общей психологии и конфликтологии

Личностные и эмоциональные детерминанты психологического бесплодия в супружеских парах.

Направление «37.04.01 – Психология»

Магистерская программа «Психологическое консультирование»

Выпускная квалификационная работа

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой Л.А. Максимова
« ____ » _____ 2018 г.

Исполнитель:
обучающийся ПК-1601z
заочной формы обучения
Михалькова Марина Сергеевна

Научный руководитель:
Е.С.Иванова-кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии, и конфликтологии

Екатеринбург 2018

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	1
Глава 1. Личностные и эмоциональные детерминанты психологического бесплодия в супружеских парах	Ошибка! Закладка не определена.
1.1. Теоретический анализ понятия психологическое бесплодие. Психологическое бесплодие как междисциплинарная проблема (медицинские аспекты, из социологии, психологии, философии).....	6
1.2. Сущность феномена личностные детерминанты. Понятие эмоциональные детерминанты: функции и задачи эмоциональных детерминант.....	13
1.3. Личностные и эмоциональные детерминанты психологического бесплодия в супружеских парах (женское бесплодие/мужское бесплодие) ..	19
1.4. Вывод по главе 1.....	27
ГЛАВА 2. Эмпирическое исследование личностных и эмоциональных детерминант психологического бесплодия в супружеских парах	28
2.1. Характеристика выборки и этапы исследования.....	28
2.2. Описание и обоснование методов исследования.....	30
2.3. Результаты исследования и их обсуждение.....	39
2.4. Выводы по второй главе.	65
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	70
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	72
ПРИЛОЖЕНИЕ	77

Введение

Бесплодный брак сегодня — по истине важная и сложная медико-социальных проблема. Во всём мире принято считать, что количество бесплодных браков колеблется от 8 до 29% (в зависимости от региона) Соответственно, проблема бесплодного брака в среднем составляет 15% от общего числа всех браков. В связи с таким достаточно высоким показателем, проблема приобретает статус государственной, и соответственно требует решение в виде государственного вмешательства. По данным РОСГОССТАТа в России этот показатель так же приближен к 15%.

Среди этого множества бесплодных супружеских пар, существует огромное количество семей, которые на фоне нормальных показателей здоровья обоих супругов не могут зачать ребёнка. Причиной того, как утверждают сами врачи, являются эмоциональные и личностные проблемы, возникшие у одного из супругов, а может и у обоих, которые ведут к психологическому бесплодию супружеской пары.

Статистика утверждает, что около 25-30% пар, желающих иметь детей, оказываются «бесплодными» в связи с психологическими проблемами. Часто корни проблемы следует искать в подсознании. Малейший стресс пагубно влияет на подсознание одного из супругов. Психологическое бесплодие рассматривается как результат осознанного или неосознаваемого нежелания одного (или обоих) супругов иметь ребёнка

Длительное бесплодие может вызвать настолько выраженное стрессовое состояние, что делает необходимым вмешательство профессионального специалиста-психотерапевта, психолога или психиатра. Актуальность данной проблемы не вызывает сомнения.

Важнейшим и крайне негативным последствием бесплодного брака является высокий коэффициент разводов среди бесплодных супружеских пар, причем пик распада браков приходится на первые четыре года супружеской

жизни. Кроме того, по данным ВОЗ, частота бесплодных браков, по психологическим причинам, колеблется в широких пределах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира (по скольку уровень тревожности и стрессовости в последнее время только увеличивается). Такой брак значительно влияет на демографические показатели, в связи с чем данная проблема приобретает не только медико-биологическое, но и важное социальное значение (Кулаков В.И., Овсянникова Т.В., 1997). Характер изменения демографических показателей ставит проблему бесплодного брака в ряд наиболее важных в современной медицине.

Учитывая, что у нас нет данных, о механизмах, которые обуславливают психологическое бесплодие пар, проживающих в браке, с учётом вклада каждого из супругов, то это и обусловило выбор нами темы данного исследования: «Личностные и психологические детерминанты психологического бесплодия в супружеских парах»

Объект исследования: психологическое бесплодие.

Предмет исследования: личностные и психологические детерминанты, ведущие к психологическому бесплодию.

Цель исследования - выявить личностные и эмоциональные детерминанты, ведущие к психологическому бесплодию в супружеских парах.

Задачи исследования:

1. теоретическое обоснование понятия «психологическое бесплодие» с точки зрения различных исследователей. Определить понятия личностные и психологические детерминанты;
2. подбор методик исследования, определяющих степень влияния личностных и психологических детерминант на психологическое бесплодие в супружеских парах;
3. выявить существование взаимосвязи между личными и эмоциональными детерминантами и психологическим бесплодием в супружеских парах.

Гипотеза: Мы предполагаем что существует взаимосвязь между личностными и эмоциональными детерминантами и психологическим бесплодием партнёров в супружеских парах.

Теоретико-методологическую основу исследования составили исследования Филиповой Г.Г. « Теория материнства», теория Т. Я. Пшеничниковой о том, что бесплодие в браке является социальным, психическим и часто физическим неблагополучием, субъектно-деятельностный подход в психологии.

Методы исследования: метод теоретического анализа психологических исследований по изучаемой проблематике; методы статистической обработки и качественного анализа экспериментальных данных, включенное наблюдение, беседа, тестирование. В работе применялись следующие методики:

1. Опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина;
2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич);
3. Шкала депрессии Бека;
4. Шкала оценки эмоционального тонуса

Научная новизна исследования заключается в доказательстве и уточнении того что существуют личностные и эмоциональные детерминанты, влияющие на психологическое бесплодие в супружеских парах. А так же интегрированы основные подходы к изучению личностных и эмоциональных детерминант, в результате чего уточнено такое понятие, как психологическое бесплодие в супружеских парах.

Теоретическая значимость исследования. Полученные в результате проведенной работы данные способствуют более глубокому пониманию и расширению представлений о необходимости психотерапевтического воздействия на супружеские пары, страдающих психологическим бесплодием.

Практическая значимость исследования состоит в том, что полученные результаты могут служить основанием для дальнейшей разработки эффективных приемов и способов психотерапевтической коррекции негативных

психоэмоциональных состояний при желании супругов иметь ребёнка, а материалы исследования могут быть использованы в работе врачей и медицинских психологов.

Структура исследовательской работы включает себя:

1. титульный лист
2. содержание
3. введение
4. Глава 1. Личностные и эмоциональные детерминанты психологического бесплодия в супружеских парах
5. Глава 2. Эмперическое исследование личностных и эмоциональных детерминант психологического бесплодия в супружеских парах.
6. заключение.
7. список литературы
8. приложение.

1.1. Теоретический анализ понятия психологическое бесплодие. Психологическое бесплодие как междисциплинарная проблема (медицинские аспекты, из социологии, психологии, философии).

Высокая распространенность бесплодия в современности вывело эту проблему за рамки медицины, и её можно рассматривать с нескольких позиций. Для нас значительный интерес представляет психологические особенности проблем с фертильностью, а так же рассмотрим медицинские и социальные параметры.

Среди множества форм бесплодия отдельную группу занимают пациенты бесплодием неясной этиологии. На наш взгляд, именно этот вид бесплодия наиболее отражает психологическую основу патологии. По данным разных источников, количество женщин, страдающих от такого вида бесплодия колеблется от 4 до 40% от общего числа бесплодных [1, с. 221]. Диагноз «неустановленное» («психогенное» или «идиопатическое», «бесплодие неясной этиологии») бесплодие устанавливается, если пациенты прошли медицинское обследование с целью поиска физиологических причин нарушения репродуктивных функций, результаты которого свидетельствуют о нормальной фертильности пары.

По результатам анализа публикаций на тему психологического бесплодия и реакций пациентов следует описать более подробно проблемы, затронутые разными исследователями. Начнём обзор трудов зарубежных авторов. Выделяются следующие психологические реакции на бесплодие:

1. Эмоциональные реакции (тревога, отрицание, гнев, горе, депрессия, чувство вины). Авторы занимаются исследованием депрессии на фоне бесплодия. В результате бесплодия люди часто переживают дистресс, что приводит к депрессии. Тем не менее, характер связи между инфертильностью и депрессией до конца не изучена [32, с. 15].

Домар и другие исследователи рассматривали распространение и предсказуемость депрессии у женщин с психологическим бесплодием. Их результаты показали, что в целом для таких женщин характерно существование депрессии, которая иногда достигает субклинического уровня. В связи с этим, современные психотерапевты в своей работе в бесплодием используют следующую модель. Реакция индивида на своё бесплодие отражена как последовательность шагов, с преобладанием возможных эмоциональных реакций: шок, отрицание, тревога, гнев, изоляция, вина, депрессия, горе и решение [34, с. 346].

2. *Потеря контроля.* Зачастую выделяется две основные реакции на бесплодие, приводящие к потере контроля. Первая отражается на контроле за текущими событиями и включают потерю контроля над стандартными действиями и эмоциями. Вторая реакция нарушает контроль проблем будущего, и отражается в способности предсказывать или планировать будущее, а так же строить цели [34, с. 335].

Кроме того, диагноз бесплодия наносит урон чувству человеческого достоинства, заставляя индивида ощущать свою неполноценность. Эта проблема активно изучалась зарубежными авторами в 80-е годы прошлого века [33, с. 640.]. Пониженная самооценка не ограничивается лишь репродуктивной функцией и влияет на «сексуальную функцию и желание, физическую привлекательность, деятельность и производительность в других сферах» [31, с. 88]. Кроме снижения чувства собственного достоинства психологическое бесплодие может приводить к изменениям идентичности или самопонимания.

Некоторые авторы упоминают философские аспекты проблемы бесплодия, отражающиеся в изменении в мировоззрении людей, страдающих бесплодием. Например, Matthews и другие, рассматривают основное изменение восприятия действительности, которое возникает после обнаружения диагноза «бесплодие» [33, с. 641]. Эти мировоззренческие изменения касаются значения брака, родительства и непосредственного существования человека в этом мире.

3. Последствия в области социальных отношений. Изучение социальных последствий психологического бесплодия проходит на базе нескольких позиций, таких, как: супружеские отношения, сексуальное здоровье, социальное взаимодействие. Рассмотрим влияние бесплодия на супружеские отношения и удовлетворенность ими. Изучив бездетные семьи, исследователи пришли к следующим выводам. Так, некоторые пары говорят о враждебности или раздражительности по отношению к своему партнёру. Такие эмоции могут являться причиной обвинения супруга или себя в недостаточном понимании, а так же в том, что супруг не старается прилагать усилия к тому, чтобы завести детей [33, с. 645].

Кроме того, люди могут беспокоиться о своих отношениях и испытывать страх того, что партнёр их оставит. Они так же испытывают трудности в общении с супругом, им бывает сложно рассказывать о своих чувствах супругу, и тем самым происходит нарастание изоляции от партнера.

Ещё один тип реагирования на психологическое бесплодие, в отличие от предыдущих вариантов, положительный. Случается, что бездетные пары ощущают большую близость, любовь и поддержку друг к другу. Некоторые пары сблизились, переживая отсутствие детей, и имеют хорошую взаимную поддержку. Этот кризис открыл для них возможность осознать и укрепить свою привязанность друг к другу [31, с. 90].

Среди современных отечественных исследований психологического бесплодия или бесплодия неясной этиологии можно отметить работу Н. О. Дементьевой, В.В. Бочарова «Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии». Данная работа проведена на стыке психологии и медицины, так как существующий медицинский диагноз «бесплодие неясной этиологии» наиболее близок к понятию психологического бесплодия. Авторы провели контролируемое исследование женщин с бесплодием неясной этиологии и отметили следующие закономерности.

Так, женщины с диагнозом «бесплодие неясной этиологии» всё время пребывают в некотором маргинальном положении и ожидают решения про-

блемы с каждым циклом, обследованием, но снова оказываются в неопределённой ситуации. Их внутренняя картина болезни характеризуется наличием острых и навязчивых эмоциональных переживаний, преобладанием неустойчивости представлений о своей репродуктивной функции и о причинах бесплодия. По сравнению с пациентками с установленными причинами бесплодия, другие женщины склонны брать ответственность за бездетность на себя [11, с. 33].

Для женщин с психологическим бесплодием характерна эмоциональная лабильность, навязчивые мысли, чувство вины, рационализация происходящего, грубость эмоций отражают продолжительность жизненной неопределённости. Так же, для больных характерно подавление эмоций, отказ от общения об этом из-за страха быть непонятыми или неадекватными в восприятии окружающих. Более часто встречающимся эмоциональным состоянием такие люди отмечают стыд, в отличие от пациенток с известным бесплодием, которые преимущественно ощущают горе, печаль, тоску. Женщины с бесплодием по не понятной причине зачастую испытывают стыд перед окружающими из-за неясной болезни, перед своими родителями и супругами из-за неопределённости будущего, перед самими собой из-за болезни.

Пациенты с диагнозом бесплодие неясной этиологии так же высказывают значительный уровень критичного отношения к себе, низкое принятие себя, пониженную самооценку, низкий уровень доверия своим чувствам, эмоциям и мыслям. Нередко такие женщины почти потеряли способность ощущать удовольствие от жизни, имеют пониженный уровень жизненного самоопределения. У пациенток проявляется уменьшение, обесценивание социального взаимодействия, потеря профессионального интереса. В отличие от женщин, с установленным бесплодием, женщины из группы психологического бесплодия не имеют достаточное количество сил для развития супружеских отношений. Зачастую у них проявляются трудности на бытовом и интимно-личностном уровне, при этом сама женщина испытывает ещё одно чувство вины перед супругом, так как считает, что ей необходимо поддерживать и развивать суп-

ружеские отношения. Нередко большая часть жизни таких женщин посвящается ожиданию наступления беременности или поиску точной причины бездетности [11, с. 41].

Таким образом, авторы подчёркивают, ситуация постоянного ожидания, напряжения и неизвестности оказывают негативное воздействие на поведение, социальное взаимодействие, эмоциональное состояние и личность женщины, с бесплодием неясной этиологии.

Говоря об исследовании бесплодия неясной этиологии мы уже отметили связь медицинских и биологических факторов. Приведём ещё одно исследование, в котором изучалась соматизация психологических проблем в нарушение фертильности.

Авторы предположили, что возникновение бесплодия было обусловлено тем, что женщины на бессознательном уровне сопротивляются наступлению беременности. [13, с.17]. Таким образом, в основе бесплодия может лежать внутриличностный конфликт женщины, который является причиной, запускающей защитный психосоматический механизм, результатом которого становится диагноз бесплодие по различным основаниям.

Процесс соматизации психологической защиты, который влияет на фертильность женщины выглядит следующим образом. Во-первых, появляется травмирующий фактор под действием желания зачать ребенка. Далее, этот бессознательный травмирующий механизм оказывает негативное воздействие, которые блокируют в сознании травмирующие воспоминания. На следующем этапе развивается внутренний конфликт между желаниями женщины и культурными идеалами. Затем, при затяжном стрессе от внутриличностного конфликта, проявляются механизмы перехода психологического конфликта на физиологический уровень. И в завершении, появляется психосоматическое заболевание, диагнозе «бесплодие», сопровождаясь чувством неполноценности и вины, вызывая больший стресс. Таким образом, пережитый стресс может переходить на физиологический уровень и вызывать дисстресс [13, с. 20].

Проанализировав философские, медицинские и психологические характеристики психологического бесплодия следует обратить внимание на его социологические параметры. Бежина Х.В. в своём исследовании о структуре социальной идентичности женщин с нарушениями репродуктивной функции, отметила следующее.

Социальная идентичность это целостная система психологических характеристик: смысловых, временных, рефлексивных и эмоциональных, которая изменяется из-за невозможности реализации социальной роли матери у женщин с нарушениями репродуктивных функций [4, с. 20].

Социальная идентичность женщины при наличии бесплодия описывается изменениями в эмоциях, рефлексии, смыслах личности, и отражает невозможность освоения материнской роли как части центральных ролей в пределах социальной идентичности молодых женщин.

Психологические параметры социальной идентичности беременных женщин, имеющих опыт невынашивания беременности являются достаточно противоречиво организованной системой высокого ценностного отношения к своему состоянию и высокой важности ребенка, что приводит к тревожному состоянию в отношении реализации материнской роли. Это снижает адаптационные возможности женщины, способствуя амбивалентному освоению социальной роли матери [4, с. 23].

Таким образом, проведя анализ философских, социальных, медицинских и психологических аспектов проблемы психологического бесплодия можно отметить актуальность данной темы. Её высокую социальную значимость. Исследователями изучается психологическое состояние женщин, переживающих диагноз бесплодия неясной этиологии, которое характеризуется тревогой, чувством вины, горю, ощущением потери контроля над жизнью и ухудшением отношений с партнёром. Авторами разрабатывается психотерапевтическая модель помощи таким пациентам.

1.2. Сущность феномена личностные детерминанты. Понятие эмоциональные детерминанты: функции и задачи эмоциональных детерминант

Личностные детерминанты способствуют формированию и развитию личности. Также личностные детерминанты отражают в себе совокупность качеств личности. В широком смысле, к ним относят биологические, социальные и культурные детерминанты.

Наследственность, генетическая предрасположенность, физиологические особенности все это биологические детерминанты, влияющие на существование и развитие личности. Социальные детерминанты определяют положение личности в обществе, социальных отношениях, и включают в себя усвоенные нормы поведения в семье, референтной группе, в профессиональном сообществе, а также влияние социальных ролей и процесса социализации индивида.

Культурные детерминанты рассматривают через социокультурную среду, которая способствует формированию личности, ее ценностей, отношения к различным областям жизни, ролевых стереотипов.

Также на личность оказывают влияние неучтенные (скрытые) факторы, которые проявляются лишь в определенной ситуации.

Феномен исследования личностных детерминант и как следствие личностных аспектов неразрывно связан с идеями субъектно-деятельного подхода, где личность человека проявляется в деятельности и активности влекущей к изменению окружающего мира, самостоятельности, саморегуляции и самоорганизации (Рубинштейн С.Л., Ананьев Б.Г., Абульханова-Славская К.А. и др.) [24, с. 80].

Самым важным и приоритетным качеством человека является способность изменять ход жизненного пути, т.е. быть субъектом. Личностные детерминанты, обуславливающие изменения, являются «совокупностью свойств и качеств индивида, от которых зависит тип индивидуаль-

поведенческой реакции человека, характер доминирующей поведенческой (рабочей) активности в этих условиях» [7, с. 89].

Крюкова Т.Л. рассматривает способность человека выбирать ход жизненного пути через анализ личностных, ситуативных, регулятивных и социально-психологических компонентов психологии субъекта. Данные компоненты являются факторами выбора стратегии совладающего поведения, при этом человек занимает активную позицию в изменении ситуации и себя как субъекта этой активности [2, с. 55].

Крюкова Т.Л. дает определение совладающего поведения как поведения позволяющего «субъекту с помощью осознанных действий способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией» [21, с. 57].

Также Крюкова Т.Л. утверждает, что в «отличие от психологической защиты копинг-поведение – это осознанная стратегия действий, направленная на устранение угрозы, помехи, лучше адаптирующая человека к требованиям ситуации и помогающая преобразовать ее в соответствие со своими намерениями, либо выдержать, вытерпеть те обстоятельства, изменить которые человек не может» [21, с. 22].

Личностный компонент совладающего поведения представляет личностные черты субъекта. Ситуативный компонент включает особенности процесса копинга в конкретной изменяющейся ситуации, где ситуация имеет свой собственный уровень стресса, а субъект его самостоятельно оценивает. Регулятивный компонент проявляется в возможности развития и формирования совладающего поведения. Социально-психологический компонент понимается как потребность социально-психологических качеств субъекта и их вклад в решение ситуации.

Зинченко В.П. говорит о принципе детерминизма и определяет его как «редукцией неопределенности и хаоса к порядку, что, по-видимому, представляет собой одну из первых форм редукционизма в науке» [15, с.3].

Анцыферова Л.И., Абульханова-Славская К.А. определяют процесс жизнедеятельности человека как череду взаимодействий личности с различными жизненными ситуациями, где совладающее поведение является жизненным стилем, индивидуальным способом взаимодействия с ситуацией.

К личностным факторам совладающего поведения относят индивидуально-психологические особенности личности, а именно: темперамент, уровень тревожности, локус контроля, особенности характера. Также сюда относят такие личностные характеристики как оптимизм, субъективное чувство психологического благополучия, саморегуляция, стремление к достижению поставленной цели, личностная мотивация, уровень притязаний (Brissette, Scheier, Carver, 2002; Marriage, Cummins, 2004; Wrosch et al., 2003) [2, с.47].

Личностные детерминанты образуют психологический фон для преодоления жизненных ситуаций, к которым Бабич Е.Г. относит выносливость, самооценку, Личностный контроль, восприятие социальной поддержки, эмпатия, компетентность в реализации социальных ролей и др. [3]. Важнейшей, неотъемлемой функцией реализации личностных детерминант играет активность личности.

Среди многообразия практических и теоретических концепций определения совладающего поведения выделяют три подхода [2, с .52]:

1. Ситуационный подход (Лазарус Р.). Данный подход объясняет выбор копинг-стратегии через ситуационно-обусловленные факторы, то есть процесс выхода из стрессовой ситуации зависит от изменения конкретной ситуации. В оценочной модели (когнитивной модели) Лазаруса Р. и Фолкмана С. говорится о совладающем поведении как о динамичном и развивающемся процессе посредством когнитивного оценивания, эмоциональной переработки. На выбор способа выхода из трудной ситуации влияет оценка степени угрозы и необходимых ресурсов, а также успешность собственных действий в решении стрессовой ситуации.

2. Диспозиционный подход. В данном подходе рассматривают черты личности и стили совладающего поведения, которые представляются устойчи-

вым личностным образованием. Р. Costa и R. McCrae в своей работе определили связь между способами выхода из трудных жизненных ситуаций и личностными качествами – оптимизм, негативная эфффективность, враждебность.

В рамках данного подхода Крюкова Т.Л. выделяет эго-аналитическую модель Фрейда З., где стили совладающего поведения являются устойчивыми личностными образованиями [21, с.55].

3. Интегральный подход (Moos R., Scheier M.). В данном подходе выбор копинг-стратегии зависит от личностных и ситуационных факторов, что в свою очередь позволяет контролировать ситуацию, учитывать влияние социального окружения и оценивать эфффективность самих копинг-стратегий.

В рамках нашего исследования актуален диспозиционный подход, где личность рассматривается как уникальность, состоящая из конкретных черт личности.

Проблема эмоциональных состояний, эмоциональных регуляторов личности и его поведения рассматривалась в работах отечественных и зарубежных авторов (Анохин П.К., Андреева Г.М., Джемс У., Крюгер Ф., Куницына В.Н., Левингер Г., Леонтьев А.Н., Рубинштейн С.Л. и др.). Практически все исследователи говорят о связи эмоций с актуальным состоянием, процессом и результатом удовлетворения потребностей человека.

Анохин П.К. в своих работах говорил о таких важных функциях эмоций как мобилизационная и интегративно-защитная. Посредством эмоционального реагирования человек приспосабливается к окружающим условиям. Также функцией эмоция является оценка процесса и результата деятельности, то есть эмоции способствуют активизации и организации деятельности [22, с.168].

Рубинштейн С.Л. в эмоциональных проявлениях личности человека выделил три уровня: органический (афффективно-эмоциональный), уровень предметных чувств, мировоззренческий (духовно-нравственный) [23, с. 411]. Органический уровень подразумевает удовлетворенность физиологических потребностей. Второй уровень, предметных чувств, связан с потребностью в материальной, эстетической, интеллектуальной деятельности. Мировоззренче-

ский уровень проявляется в духовных отношениях, нравственных ценностях, морали.

Эмоциональные детерминанты свойственны многим различным состояниям человека, проявляющиеся в отношении к ситуации (событию), побуждении к деятельности, осознании происходящего и актуальных чувств.

Эмоции и чувства являются личностным образованием и характеризуют человека с социально-психологической стороны. Вилюнас В.К. акцентирует внимание на личностном значении эмоциональных процессов и говорит, что «эмоциональное событие может вызвать формирование новых эмоциональных отношений к различным обстоятельствам... Предметом любви-ненависти становится все, что познается субъектом как причина удовольствия-неудовольствия» [19, с. 82]. Эмоции несут функции предвосхищения предстоящего события и/или ситуации и основаны на прошлом опыте либо на воображении. Также эмоции позволяют отразить в переживаниях сложившиеся отношения.

Необходимо отметить о недостаточной изученности вопроса выявления и систематизации эмоциональных детерминант как интегрального личностного образования, созданного в процессе социального взаимодействия субъекта.

К эмоциональным особенностям личности относятся его эмоциональная реактивность, возбудимость, аффектированность, эмоциональная стабильность, общий эмоциональный тонус, сила эмоциональных реакций и их внешняя выраженность - экспрессивность [3, с. 221]. В процессе жизнедеятельности и социального взаимодействия эмоциональные особенности личности человека изменяются. Человек научается сдерживать эмоции, маскирует и имитирует эмоциональные переживания, также формируется эмоциональная устойчивость и толерантность (способность к эмоциональному переживанию трудностей).

Необходимо отметить, что определенная эмоциональная особенность, например, эмоциональная возбудимость, у разных людей будет проявляться по-разному. Также необходимо отметить о взаимосвязи различных эмоциональ-

ных особенностей, что в свою очередь формирует определенный психологический облик индивида.

Социальное поведение зависит от личностных и эмоциональных детерминант, как личностных образований. Совокупность личностных и эмоциональных детерминант представляет собой психологический портрет субъекта деятельности. Данный комплекс детерминант позволяет выявлять, оценивать и корректировать непосредственно человека.

Таким образом, личностные детерминанты мы рассматриваем в рамках диспозиционного подхода, где ход жизненных событий напрямую зависит от устойчивых личностных образований. Также в исследовании мы опираемся на принцип детерминизма, который определяет систематизирующим фактором развития саму личность. Человек, таким образом, использует свои личностные качества, способности, мотивацию, психические и иные ресурсы, что способствует изменению ситуации (события), уменьшается уровень несоответствия данной личности и социума. Эмоциональные детерминанты в свою очередь организуют деятельность человека, формируют эмоциональное отношение к ситуации, а также осознание данной ситуации (события) и актуальных переживаний.

1.3. Личностные и эмоциональные детерминанты психологического бесплодия в супружеских парах (женское бесплодие, мужское бесплодие).

Бесплодный брак является серьезным травмирующим фактором, оказывающим влияние на качество жизни супругов как социальном, так и в психологическом смысле. В научной среде имеется интерес к изучению проблемы репродуктивной сферы. Важным в настоящее время является изучение личностных особенностей, как правило, женщин с осложненной беременностью (Филиппова Г.Г., Блох М.Е., Бохан Т.Г., Бежина Х.В. и др.). Многие исследователи говорят о наличии низкой самооценки, высокого уровня страха и тревоги, депрессии, наличии возможных частых психосоматических заболеваний у бесплодных пар.

Земзюлина И.Н. в рамках проекта «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта» рассматривала личностные детерминанты переживания социального опыта в ситуации бесплодия у женщин, где был выделен ряд компонентов личностных детерминант: ценностный, смысловой, эмоциональный, рефлексивный, временной организации личности [28, с. 98].

Земзюлина И.Н. говорит о наличии тревожной доминанты у женщин с привычным невынашиванием беременности, неспособности к планированию собственной жизни, сверхконтроль, наличие внутриличностного конфликта в системе представлений о себе, негативная оценка собственной жизни, вынужденная уступчивость, негативная оценка ситуации «здесь и сейчас», концентрация на негативных событиях, низкий уровень рефлексии [14, с. 251].

Грон Е.А. изучал психологические детерминанты невынашивания беременности и выделял ряд личностных особенностей женщин, имеющих нарушения репродуктивной сферы: повышенная маскулинность, пессимистичность, индивидуалистичность, независимость, ригидность, низкую эмоциональную лабильность, тревожность, обидчивость, концентрация на сверхценных идеях. Также таким женщинам были свойственны следующие типы ак-

центуаций – тревожный, аффективно-экзальтированный и психастенический тип [10, с. 111].

Таблица 1

Представления о личностных и эмоциональных детерминантах психологического бесплодия

Исследователь	Личностные и эмоциональные детерминанты
Земзюлина И.Н.	<ul style="list-style-type: none"> – тревожность, – неспособности к планированию собственной жизни, – сверхконтроль, – наличие внутриличностного конфликта в системе представлений о себе, – негативная оценка собственной жизни, – вынужденная уступчивость, – негативная оценка ситуации «здесь и сейчас», – концентрация на негативных событиях, – низкий уровень рефлексии
Грон Е.А.	<ul style="list-style-type: none"> – повышенная маскулинность, – пессимистичность, – индивидуалистичность, – независимость, – ригидность, – низкую эмоциональную лабильность, тревожность, – обидчивость, – концентрация на сверхценных идеях.
Селин А.В., Суббота Е.Н., Савостиков В.А., Раилко Д.А.	<ul style="list-style-type: none"> – инфантильность, – эмоциональная неустойчивость, – повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности, – подавленная агрессия разной направленности, – неудовлетворенность собой и завышенная самооценка, – часто чувство вины, – неуверенность в своей материнской компетентности и др.
Зыбайло В. С., Филимонова В. Ю., Копытов	<ul style="list-style-type: none"> – доминирование, – замкнутость,

А. В.	<ul style="list-style-type: none"> – равнодушие, – соперничество, – подозрительность, – самоуважение, – безответственность, – тревожность, – нечувствительность, – напряженность, – депрессивность, – консерватизм и ригидность
Василенко Т.Д., Блюм А.И.	<ul style="list-style-type: none"> – навязчивость эмоциональных переживаний, – угнетенность, – требовательность, – прямолинейность, – строгость и резкость в оценке окружающих
Менделевича В.Д., Ма- каричевой Э.В.	<ul style="list-style-type: none"> – инфантильность, – депрессивность, – тревожность, – эмоционально неустойчивость, – конфликтность, – склонность к социальному одобрению
Карымовой О.С	<ul style="list-style-type: none"> – эмоциональная неустойчивость, – маскулинность, – склонность к психосоматическим расстрой- ствам, – властность, – независимость, – напористость, – обособленность в обществе, подозритель- ность и др.
Филипповой Г.Г.	<ul style="list-style-type: none"> – эмоциональная неустойчивость, – склонность к гиперстеническому реагируют- нию, – склонность к перепадам настроения, – нетерпимость к неудачам с накоплением от- рицательных эмоций, – склонность к формированию сверхценных идей, – искаженная женская идентичность, – сниженный уровень социальной адаптации, – конфликтные отношения с родителями, – неудовлетворенность собой,

	<ul style="list-style-type: none"> – завышенная самооценка, – пониженная ценность ребенка при высокой ценности материнства, – высокий уровень тревоги, – часто подавленная гетероагрессия, – отсутствие достаточного осознания болезни
--	---

Селин А.В., Суббота Е.Н., Савостиков В.А., Раилко Д.А. выделяют следующие психологические особенности женщин, имеющих различные нарушения репродуктивной функции: общая инфантильность, проявляющаяся в незрелости личностной сферы, искаженная и незрелая полоролевая идентификация, неадекватные (инфантильные, дезадаптивные) формы реагирования на стрессовые ситуации, эмоциональная неустойчивость, повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности, подавленная агрессия разной направленности, неудовлетворенность собой и завышенная самооценка, часто чувство вины, неуверенность в своей материнской компетентности, осложненные отношения с другими людьми, в первую очередь – близкими, деструктивный опыт отношений с собственной матерью [29, с. 22].

Рядом авторов (Зыбайло В. С., Филимоненкова В. Ю., Копытов А. В) исследованы индивидуально-психологические особенности женщин, страдающих бесплодием [16, с. 87]. Так для бесплодных женщин характерны следующие личностные факторы - доминирование, замкнутость, равнодушие, соперничество, подозрительность, самоуважение, безответственность, тревожность, нечувствительность, напряженность, депрессивность, консерватизм и ригидность. Также в данном исследовании был выявлен высокий уровень депрессии, ситуативной и личностной тревожности, что является непосредственной основой для доминирования соответствующих эмоциональных состояний и личностных особенностей.

В исследовании Василенко Т.Д. и Блюм А.И. выявлено, что женщины с бесплодием обладают навязчивостью эмоциональных переживаний, угнетен-

ностью, требовательностью, прямолинейностью, строгостью и резкостью в оценке окружающих [9, с. 17].

В исследовании Белинской Е.В. был выявлен личностный профиль бесплодных женщин [5]. Так женщины, страдающие бесплодием, женщины склонны к депрессивным реакциям, тревожны, эмоционально неустойчивы, конфликтны, с явным стремлением нравиться всем окружающим. Также для женщин с бесплодием неясной этиологии характерны черты психического инфантилизма. Богдан Н.А. помимо инфантилизма выявил у бесплодных женщин отсутствие психологической фертильности, проявление крайнего недоверия к окружающему миру, что отражается в таких личностных чертах как склонность к повышенному контролю ситуации и планированию, непринятие нового, ригидность [6, с. 99].

Результаты исследования Карымовой О.С. свидетельствуют о том, что для бесплодных женщин характерна эмоциональная неустойчивость, мускулинность, склонность к психосоматическим расстройствам, а также наблюдается конфликт в областях «альтруизм – эгоизм», «агрессивность – доброжелательность», «обособленность – включенность в группу» [18, с. 55]. Бесплодные женщины проявляют такие черты как нетерпимость к критике, властность, независимость, напористость, обособленность в обществе, подозрительность.

В рамках исследования Карымовой О.С. было выявлен портрет супруга бесплодными женщинами, который характеризуется наличием у мужчины организаторских способностей, зависимым поведением, обидчивостью, подозрительностью, недоверчивостью и высоким уровнем чувства вины [18].

По данным Белинской Е.В., в исследовании групп женщин, имеющих проблемы с зачатием и течением беременности, было выявлено, что для женщин с нарушением репродуктивной функции характерны следующие личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, склонность к гиперстеническому реагированию, склонность к перепадам настроения, нетерпимость к неудачам с накоплением отрицательных эмоций, склонность к формированию

сверхценных идей, искаженная женская идентичность, сниженный уровень социальной адаптации, конфликтные отношения с родителями, неудовлетворенность собой, завышенная самооценка, пониженная ценность ребенка при высокой ценности материнства, высокий уровень тревоги, часто подавленная гетероагрессия, отсутствие достаточного осознания болезни [5, с. 150].

Женщины, страдающие бесплодием, обладают повышенной тревожностью, сниженным настроением, общим негативным самочувствием, низким уровнем рефлексии (низкий уровень осознания и проработки ситуации заболевания); склонны к экстернальному локусу контроля, что говорит о склонности таких женщин отдавать ответственность за происходящие с ними события окружению, а не себе [4, с. 21].

В настоящее время имеется недостаточное количество исследований посвященных изучению психологических состояний и особенностей поведения мужчин в бесплодном браке. В исследовании Шибасовой К.С. были выделены психологические детерминанты совладающего поведения мужчин в бесплодном браке [30, с., 35]:

- личностные детерминанты: возраст, характерологические и мотивационные особенности, эмоциональное состояние, психологическая напряженность в браке, степень удовлетворенности браком;
- ситуационные детерминанты: объективные характеристики ситуации (длительность, повторяемость);
- социальные детерминанты: уровень образования, семейное положение.

При мужском бесплодии наблюдаются угнетенные эмоциональные состояния, высокий уровень тревоги, депрессии, чувство подавленности, утрата смысла жизни, агрессивность, заниженная самооценка, высокий уровень астении. По данным Domar проявление тревожных черт у мужчин с бесплодием составляло 20% , в сравнении с группой здоровых мужчин. В целом же было отмечено, для мужчин было отмечено более слабое переживание факта бесплодия и менее выраженные психоэмоциональные нарушения, в сравнении с женщинами [26].

Бесплодные мужчины определяют свое состояние как близкое к утрате смысла жизни, при этом для них характерно испытывать тревогу, депрессию, страх несостоятельности как продолжателя рода, чувство подавленности, агрессивности. У мужчин в бесплодном браке наблюдается значительно высокий уровень астении, где выраженность астенических расстройств увеличивалась с течением длительности времени лечения бесплодия [12, с. 200].

Женщины с бесплодием в отличие от здоровых в репродуктивной сфере женщин имеют своеобразный личностный профиль, где тяжесть и длительность заболевания отражается в психической сфере. К личностным детерминантам женщин с бесплодием можно отнести инфантилизм, тревожность, заниженная самооценка, недоверчивость, социальная дезадаптивность. Эмоциональные детерминанты женщин с бесплодием характеризуются незрелостью эмоционально-личностной сферы, эмоциональной неустойчивостью, подавленной агрессивностью.

Таблица 2

Личностные и эмоциональные детерминанты психологического бесплодия

Личностные детерминанты	Эмоциональные детерминанты
<ul style="list-style-type: none"> – инфантильность, – концентрация на сверхценных идея, – отсутствие достаточного осознания болезни, – нетерпимость к неудачам с накоплением отрицательных эмоций, – наличие внутриличностного конфликта в системе представлений о себе 	<ul style="list-style-type: none"> – эмоциональная неустойчивость, – тревожность, – концентрация на негативных событиях, – низкая эмоциональная лабильность, – подавленная агрессивность.

В результате анализа литературы по проблеме можно составить список личностных и эмоциональных детерминант психологического бесплодия (см. табл. 2). Характерной чертой психологического бесплодия является наличие совокупности специфических личностных и эмоциональных детерминант от-

личных от таковых в супружеской паре без нарушения репродуктивной функции.

Таким образом, можем представить «психологический портрет» личности, страдающей бесплодием. Так в основе необходимо выделить общий пониженный фон настроения, эмоциональную неустойчивость, тревожность. Имеет место концентрация на идеи «родительства». Вместе с тем наблюдается инфантилизм, нетерпимость к неудачам связанным с попытками стать родителями и как следствие накопление негативных эмоций. Часто наблюдается недостаточное осознание болезни, что в первую очередь связано с диагнозом «бесплодие неясной этиологии». Отсутствие четкого понимания причин и методов лечения нарушенной репродуктивной функции влечет потерянности и подавленному состоянию.

ВЫВОД ПО ГЛАВЕ 1

Резюмируя теоретический анализ личностных и эмоциональных детерминант психологического бесплодия в супружеских парах следует отметить, что данная проблема актуальная, имеет высокую социальную значимость и активно исследуется отечественными и зарубежными авторами. Так же, исследователи разрабатывают психотерапевтическую модель помощи людям с психологическим бесплодием.

Понятие «личностные детерминанты» рассматривается в рамках диспозиционного подхода, а так же при опоре на принцип детерминизма. Личностные детерминанты (свои личностные качества, способности, мотивацию, психические и иные ресурсы) используются человеком таким образом, чтобы привести к изменению ситуации (события), уменьшается уровень несоответствия данной личности и социума. Эмоциональные детерминанты организуют деятельность человека и формируют его эмоциональное отношение к ситуации.

Резюмируя изучение личностных и эмоциональных детерминант психологического бесплодия в супружеских парах можно отметить следующие моменты. Во-первых, самое существенное проявление психологического бесплодия – тревожность, общий пониженный фон настроения и эмоциональная неустойчивость. У супругов может одновременно проявляться как концентрация на идее родительства, так и некоторые элементы инфантильности. В целом, отсутствие четкого понимания причин и методов лечения нарушенной репродуктивной функции приводит к потерянности и подавленному состоянию, вызывая хронический стресс. .

2. ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ В СУПРУЖЕСКИХ ПАРАХ.

2.1. Характеристика выборки и этапы исследования.

Основываясь на предмете исследования, была поставлена цель: выявить личностные и эмоциональные детерминанты, ведущие к психологическому бесплодию в супружеских парах.

Исходя из гипотезы, необходимо решить следующие задачи:

1. Выявить какие личностные и эмоциональные детерминанты, ведут к психологическому бесплодию в супружеских парах.
2. Изучить и описать каждый компонент.
3. Проанализировать особенности эмоциональных, мотивационных компонентов и стилей саморегуляции поведения в супружеских с проблемами репродукции.
4. Выявить и проанализировать взаимосвязи между личностными и эмоциональными детерминантами и психологическим бесплодием в супружеских парах.

Исследование проводилось в период с декабря 2016 по декабрь 2017 года и включало в себя два этапа:

- первый этап – поисково-ознакомительный. Он состоял из теоретического анализа научной литературы, сбора материалов для исследования, выбора диагностического инструментария;
- второй этап: опытно-экспериментальный.

Исследование проводилось на базе семейного центра. Выборка составила 60 человек (30 семейных пар), в числе которых 50% (15 супружеских пар (30 чел)) , с бесплодием неясной этиологии которое характеризуют как психологическое бесплодие. И 50% (15 супружеских пар (30 чел)) , у которых уже есть ребёнок.

Все испытуемые принадлежат к возрастному периоду 25-35 лет., что соответствует в основном периоду ранней зрелости, согласно возрастной периодизации Э. Эриксона. Данный период характеризуется тем, что перед молодыми людьми стоят задачи по достижению как социального статуса так и финансово экономической независимости. В этот период испытуемые уже определились с выбором своего постоянного партнёра для семейной жизни. Перед ними так же стоит много задач , связанных развитием собственной карьеры, так как большинство опрошенных это работающие люди.

При формировании группы выборки реализован принцип добровольности участия в исследовании, что позволило снизить возможность мотивационных искажений. Участникам гарантировалось сохранение конфиденциальности результатов.

В ходе инструктажа участникам исследования сообщалось, что им будет предъявлен ряд опросников, при работе с которыми можно использовать псевдоним.

Таким образом, инструкция и процедура сбора эмпирических данных предполагала нивелирование влияния факторов, которые потенциально могут обусловить снижение уровня достоверности ответов.

Методы исследования:

В соответствии с задачами работы были использован метод теоретического анализа психологических исследований по изучаемой проблематике; методы статистической обработки и качественного анализа экспериментальных данных, включенное наблюдение, беседа, тестирование. В работе применялись следующие разнообразные методики:

1. Опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина;
2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич);
3. Шкала депрессии Бека;
4. Шкала оценки эмоционального тонуса

Методы обработки данных:

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы «Statistica 5» в операционной среде Windows.

Проведено сравнение выборок с помощью t критерия Стьюдента, в результате которого мы видим различия между контрольной и тестируемой группами. Посчитали корреляции как внутри группы так и внутри каждой пары из исследуемой группы.

Данные методы позволяют комплексно исследовать особенности психического и эмоционального состояния в супружеских парах с психологическим бесплодием.

Теоретико-методологическую основу исследования составили исследования Филиповой Г.Г. « Теория материнства», теория Т. Я. Пшеничниковой о том, что бесплодие в браке является социальным, психическим и часто физическим неблагополучием, субъектно-деятельностный подход в психологии.

База исследования: Супружеские пары с проблемами репродукции в семейном центре (г.Екатеринбург). Выборка составила 60 человек, включая контрольную группу.

2.2. Описание и обоснование методов исследования

1. Тест Спилбергера-Ханина

Методика, созданная для определения уровня личной и ситуативной тревожности.

Определённый уровень тревожности - это естественная и обязательная особенность активной, деятельной личности. У любого человека существует свой оптимальный, или комфортный уровень тревожности - это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Методика, предложенная Спилбергом-Ханиным, это единственная методика, которая позволяет дифференцированно измерять тревожность как личностное свойство и как состояние, связанное с текущей ситуацией. В то время как большинство других методик измерения уровня тревожности позволяет оценить или только личную тревожность или только состояние тревожности.

Этот тест поможет нам определить выраженность тревожности в структуре личности. Тревожность как личностная черта означает отношение человека к тревоге или приобретенную поведенческую позицию, которая заставляет его воспринимать широкий круг безопасных обстоятельств, как содержащих угрозу, при этом побуждая реагировать на них состояниями тревоги, интенсивность которых не соответствует величине реальной опасности.

Личности, относимые к категории высоко тревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в большом спектре различных ситуаций и реагировать ярко выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выявляет у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это даёт основание предполагать у него появление состояния тревожности в различных ситуациях и особенно, когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Реактивная (ситуативная) тревожность характеризует состояние человека в данный момент времени, которое характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в данной конкретной обстановке. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на экстремальную или стрессовую ситуацию, может быть разным по интенсивности и динамичным во времени.

Тестирование по методике Спилбергера-Ханина проводится с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности, а второй – для измерения уровня личностной тревожности. (см. ПРИЛОЖЕНИЕ А).

Интерпретация результатов:

При анализе результатов надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

до 30 баллов – низкая,

31 — 44 балла — умеренная;

45 и более — высокая.

Очень высокая тревожность (> 46) прямо может быть связана с наличием невротического конфликта, эмоциональными срывами и с психосоматическими заболеваниями.

Низкая тревожность (<12), наоборот, характеризует состояние как депрессивное, неактивное, с низким уровнем мотиваций. Иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и научиться разбивать большие задачи на более мелкие.

Для людей с низким уровнем тревожности, наоборот, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, формирование чувства ответственности в решении тех или иных задач.

2. Шкала депрессии Бека

Разработал методику Аарон Бек, американский когнитивный психолог. Согласно положениям когнитивной психологии, депрессивное расстройство воз-

никает у человека тогда, когда существенно искажаются его процессы восприятия. Невротических пациентов пугает страх перед будущим, при этом о себе они мыслят исключительно в негативном ключе. Эти когнитивные искажения возникают у человека из-за неправильного восприятия им своего жизненного опыта. Учёный предложил новую модель психологического консультирования, направленную на устранение таких «неправильных», дезадаптивных и деструктивных мыслей.

Методика, разработанная ученым, Шкала депрессии Бека используется для диагностики уровня тревожности.

Данная Методика представлена А.Т. Беком в 1961 г. Шкала подходит для оценки депрессии во всех ее проявлениях и, ещё для анализа отдельных характерных выражений расстройства. В тесте 21 вопрос, каждый из которых подразумевает конкретный невротический симптом..

Плюс каждый такой вопрос состоит из 4 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения построены и упорядочены по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии с какой степенью выражен симптом, каждому пункту были присвоены значения от 0 (т.е. данный симптом отсутствует, или выражен незначительно) до 3 (т.е. симптом максимально выражен). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения.

На основании ответов испытуемого можно составить мнение о протекании у него депрессии, наиболее характерных ее проявлениях, спрогнозировать лечение, а также оценить успешность проводимой терапии. Методика Бека разработана на основе клинических наблюдений, за пациентами-добровольцами, а также на основе данных, полученных психологом в ходе самоанализа.

В изначальном варианте данная методика заполнялась при участии квалифицированного специалиста (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух все утверждения из данной категории, а после просил испытуемого самому выбрать то или иное утверждение, которое

наиболее соответствует его состоянию на данный момент времени. При этом пациенту так же выдавалась копия опросника, для того что-бы он мог тоже следить за читаемыми специалистом пунктами. Затем, основываясь на ответах пациента, специалист отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования специалист учитывал совокупность данных, показатели интеллекта и прочие другие интересующие параметры.

В настоящий момент, принято упрощать, процедуру тестирования: опросник выдается на руки пациенту и заполняется им самостоятельно. В связи с чем шкалу Бека смело можно применить для самооценки депрессии. Процедура проведения тестирования и обработки полученных данных очень проста, и понятна, так что каждый желающий может проверить себя и сделает это без каких-либо затруднении

Процедура проведения.

Инструкция:

«В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли все утверждения в каждой группе».

Для выполнение этого задания отводится 20 минут, но в случае тяжелого состояния у обследуемого человека допускается увеличение времени . Затем начинаем подсчитывать результаты.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния. (см. ПРИЛОЖЕНИЕ А).

Интерпритация:

При интерпритации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

- 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов
- 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)
- 16-19 – умеренная депрессия
- 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)
- 30-63 – тяжелая депрессия

Градуально оценивается выраженность 21 симптома депрессии.

- Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А)
- Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

Если тестирование будет проводить практикующий психолог, то по результатам его он может назначить клиенту коррекционные занятия, для того чтобы облегчить его депрессивное состояние. В тяжелых случаях пациенту предписывается принимать антидепрессанты или даже возможно будет предложена госпитализация.

Шкала депрессии Бека, таким образом, становится важным диагностическим инструментом психолога, который можно применять на протяжении всего курса терапии.

3. Шкала оценки эмоционального тонуса.

Существует огромное количество методик, диагностирующих стабильное снижение настроения и выявляющих различную степень депрессивных проявлений у людей, страдающих выраженными депрессивными расстройствами. Утверждения, содержащиеся в этих опросниках, сформированы как правило на основании жалоб больных, находящихся на лечении психосоматических и психоневрологических клиниках. Соответственно, область применения указанных методик трактуется самими авторами как «диагностика тре-

возможности психосоматических больных, диагностика лиц страдающих депрессией». Таким образом данные методики оказываются недостаточно подходящими при обследовании условно здоровой выборки в том числе и супружеских пар, страдающих психологическим бесплодием. (потому, как все наши испытуемые, вполне условно здоровые люди, не находящиеся на учёте или лечении в психоневрологических клиниках). В итоге, получается, что степень соматики, содержащейся в утверждениях существующих опросников резко отличается от соматического и психоэмоционального состояния условно здорового человека, в связи с чем у него возникает «защитная реакция» при заполнении таких анкет, неадекватная реакция или вовсе отказ от заполнения данного опросника.

Так как понятие «депрессия» используется в психиатрии для обозначения комплекса патологических симптомов, это эмоциональные, поведенческие и соматические нарушения, то для психологов представляется наиболее корректным использовать понятие «эмоциональный тонус», которое включает в себя и соматический, и эмоциональный показатели благополучия обследуемого. Так можно сказать, что цель психиатрического исследования состоит в выявлении степени поражения эмоциональной и психофизической сферы, а цель психологического исследования заключается в выявлении, высокого эмоционального тонуса: преобладание позитивных эмоций, отсутствие соматических жалоб, который является необходимым условием активности гармоничной личности.. Исходя из всего выше сказанного, для решения этой проблемы Е.С. Ивановой и Н.Н.Смирновой была разработана такая методика - Шкала оценки эмоционального тонуса. (ШОЭТ)

В данный опросник входит 26 утверждений, из которых 10 направлены на выявление соматических симптомов, степени их выраженности 16-психоэмоциональных симптомов (8 прямых и 8 обратных утверждений).

Для проверки надежности данного опросника использовались следующие показатели:

1. вычисление синхронной надежности;
2. Вычисление ретестовой надежности.

Таким образом, разработанная и апробированная Шкала оценки эмоционального тонуса достоверно выявляет уровень сниженного настроения у условно здоровых испытуемых, и не провоцирует их на защитные реакции на описание нарушений, связанных с депрессивным состоянием, не закликивает внимание на неблагополучии в соматической и эмоциональной сфере, исключает, возможность спровоцировать самой процедурой обследования тех или иных реакций, связанных с реальными или мнимыми депрессивными состояниями. (см. ПРИЛОЖЕНИЕ А).

Инструкция:

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже утверждений и поставьте крестик в колонке справа напротив каждого утверждения в зависимости от того, как вы себя чувствуете в настоящее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет. И поставьте галочку в конке ответов:

Обработка:

Соматическая субшкала: 2,4,8,11,14,17,19,22,23,24.

Никогда – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла, почти всегда – 4 балла.

Психоэмоциональная шкала (прямые вопросы): 1,3,6,9,12,15,18,21

Никогда – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла, почти всегда – 4 балла.

Психоэмоциональная шкала (обратные вопросы): 5,7,10,13,16,20,25,26.

Никогда – 4 балла, иногда – 3 балла, часто – 2 балла, почти всегда – 1 балл.

Нормативные показатели:

Установлены следующие тестовые нормы:

до 49 баллов – высокий эмоциональный тонус,

50-56 – ситуативные нарушения эмоционального тонуса,
57-63 – выраженные нарушения эмоционального тонуса,
более 63 – критическое состояние, требующее применения клинических методов для оценки степени выраженности депрессивной симптоматики

4. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич);

Применяется для выявления и оценки невротических состояний. Тест разработали К.К. Яхин и Д.М. Менделевич. Тест предназначен для качественного анализа невротических проявлений и позволяет выявить основные синдромы невротических состояний по следующим шести шкалам:

- тревога,
- невротическая депрессия,
- астения,
- истерический тип реагирования,
- обсессивно-фобические нарушения (навязчивости),
- вегетативные нарушения.

Опросник содержит 68 вопросов.

Испытуемому предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе:

5 баллов – никогда не было,

4 балла – редко,

3 балла – иногда,

2 балла – часто,

1 балл – постоянно или всегда.

Суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и выстраивают график.

Показатели:

- больше +1,28 - указывает на уровень здоровья,

- меньше –1,28 - болезненный характер выявляемых расстройств.

Стимульный материал к методике представлен (см. ПРИЛОЖЕНИЕ А).

2.3 Результаты исследования и их обсуждение

Для обнаружения различий между двумя группами респондентов (тестируемой и контрольной) данные были проверены на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Так как в ходе проверки было выяснено, что распределение является нормальным, для обнаружения различий мы использовали Т-критерий Стьюдента для двух независимых выборок.

Для расчета Т-критерия Стьюдента использовалась следующая формула, где M1 - средняя арифметическая первой сравниваемой совокупности (группы), M2 - средняя арифметическая второй сравниваемой совокупности (группы), m1 - средняя ошибка первой средней арифметической, m2 - средняя ошибка второй средней арифметической:

$$t = \frac{M1 - M2}{\sqrt{m1^2 + m2^2}}$$

Согласно проведенному анализу, мы можем утверждать о том, что существуют статистически значимые различия в уровне ситуативной тревожности у респондентов с психологическим бесплодием и респондентов, которые имеют детей. Результат получен на высоком уровне статистической значимости ($t=3,665$; $p<0,01$). Так, у мужчин и женщин, которые психологически бесплодны уровень ситуативной тревожности выше, чем у респондентов с детьми.

Ситуативная тревожность проявляется в конкретной ситуации, связанной с оценкой сложности и значимости деятельности, а также реальной и ожидаемой оценкой. Ситуативная тревожность характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Реактивная (ситуативная) тревожность характеризует состоя-

ние личности конкретно в настоящий момент времени, которое характеризуется напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в данной конкретной обстановке. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на экстремальную или стрессовую ситуацию, может быть разным по интенсивности и динамичным во времени. Озабоченность и беспокойство, которое проявляется у людей с психологическим бесплодием, объясняется постоянным чувством напряжением и волнением, постоянные повторные попытки оплодотворения, вызывают чувство постоянной ежемесячной тревоги у женщины. Осознание собственной бездетности, социальной неполноценности является само по себе мощным стрессом и сопровождается повышенной тревожностью. Пребывание в постоянном напряжении может приводить к невротическим эмоциональным реакциям на внешние ситуативные раздражители.

Также по результатам исследования было обнаружено, что у респондентов из контрольной группы уровень личностной тревожности ниже, чем у респондентов из тестируемой группы ($t=2,826$; $p<0,01$). Так, мы можем говорить о том, что люди с психологическим бесплодием в большей степени склонны испытывать тревогу независимо от ситуативных внешних факторов.

Таблица 2.1 – Различия между респондентами контрольной и тестируемой группами по различным показателям

Критерий сравнения	Среднее значение		Т-Стьюдента	Р, уровень значимости
	Контрольная группа	Тестируемая группа		
Ситуативная тревожность	33,4	44,5	3,665	0,001
Личностная тревожность	41,8	48,7	2,826	0,006
Уровень депрес-	7,0	13,7	3,406	0,001

сии				
Эмоциональный тонус	45,4	55,2	3,742	0,000

Принято считать, что самое существенное проявление психологического бесплодия – тревожность, общий пониженный фон настроения и эмоциональная неустойчивость. Согласно многочисленным исследованиям бесплодные женщины в целом эмоционально неустойчивы, при этом возможен конфликт между стремлениями в разнонаправленные стороны: эгоизм и альтруизм, агрессивность и стремление нравиться, обособленность и принадлежность группе. Данные характеристики косвенно могут говорить о наличии личностной тревожности в психологически бесплодных мужчинах и женщинах. При этом для женщин характерна маскулинность: независимость, стремление к эмансипации, самодостаточность.

Личностная тревожность характеризуется состоянием безотчетного страха, неопределенным ощущением угрозы, готовностью воспринять любое событие как неблагоприятное и опасное. Человек, подверженный такому состоянию, постоянно находится в настороженном и подавленном настроении, что может быть связано с постоянным опасением и чрезмерным волнением о ситуации бесплодия в семье.

Исследование также показало, что у людей с психологическим бесплодием выше уровень депрессии, нежели у людей, которые имеют детей. Данный результат также был получен на высоком уровне статистической значимости ($t=3,406$; $p<0,01$). Что же касается эмоционального тонуса, то в группе респондентов, которые не имеют детей и страдают психологическим бесплодием, выявлена большая склонность к нарушениям эмоционального тонуса, нежели у респондентов, которые имеют детей ($t=3,742$; $p<0,01$).

Данные результаты мы представили графически на рисунке 2.1.

Далее нами был проведен анализ различий по методике оценки невротических состояний.

Согласно полученным результатам, для группы респондентов, у которых присутствует диагноз психологического бесплодия, в большей степени характерна склонность к тревоге (так как согласно методике, чем меньше значение, тем больше склонность к болезненному характеру расстройств). Результат получен на высоком уровне статистической значимости ($t=-2,476$; $p<0,01$). Как мы уже говорили ранее, можно предположить, что пары, у которых нет детей и у них не получается провести зачатие, испытывают повышенный уровень тревоги, так как постоянно находятся в состоянии напряжения и стресса, который они испытывают исходя из текущей ситуации.

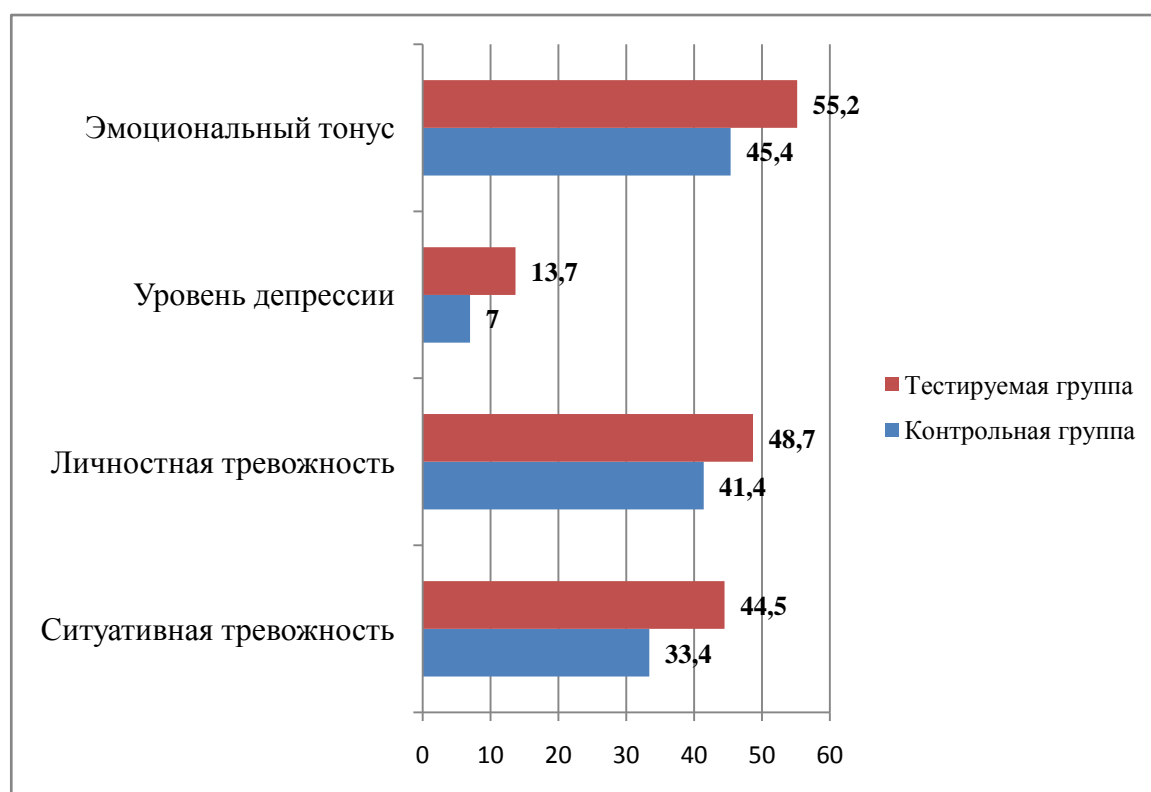


Рисунок 2.1 – Различия в уровне тревожности, депрессии и эмоционального тонуса контрольной и тестируемой групп

Также по результатам нашего исследования у респондентов, которые характеризуются психологическим бесплодием, в большей степени присутст-

вуют симптомы невротической тревоги, нежели, у респондентов, которые имеют детей ($t = -2,642$; $p < 0,01$).

Что касается результатов по фактору «астения», то можно говорить о том, что респонденты с психологическим бесплодием в большей степени склонны к проявлению астенической слабости и утомлению, чего нельзя сказать о группе респондентов, которые имеют детей. Данные результаты также получены на высоком уровне статистической значимости ($t = -1,807$; $p < 0,05$). Симптомами астении у людей с психологическим бесплодием являются высокая утомляемость, также характерна истощаемость внимания, при этом наблюдаются лабильность эмоций с неустойчивостью и значительными скачками настроения. У астенизированных людей в ситуации неудачных попыток зачатия часто ослаблено самообладание, они нетерпеливы и часто раздражаются в силу сложившейся ситуации и непонимания ее причин.

Таблица 2.2 – Различия между респондентами контрольной и тестируемой группами по различным показателям

Критерий сравнения	Среднее значение		Т-Стьюдента	Р, уровень значимости
	Контрольная группа	Тестируемая группа		
Тревога	3,69	1,22	-2,476	0,000
Невротическая депрессия	2,7	-0,5	-2,642	0,001
Астения	4,7	2,8	-1,807	0,026
Истерическая форма реагирования	2,9	0,68	-2,157	0,004
Фобические на-	3,1	0,54	-2,981	0,000

рушения				
Вегетативные нарушения	7,8	3,3	-2,657	0,000

Также нами было проведено исследование различий по шкале «истерическая форма реагирования» между двумя группами респондентов. Были обнаружены статистически значимые различия ($t = -2,157$; $p < 0,01$), и мы можем говорить о том, что мужчины и женщины с психологическим бесплодием в большей степени склонны к истерической форме реагирования, в отличие от людей, у которых есть дети.

То же самое касается фобических и вегетативных нарушений, согласно статистическому анализу, были обнаружены статистически значимые различия ($t = -2,981$ и $-2,657$ соответственно; $p < 0,01$) по шкалам «фобические нарушения» и «вегетативные нарушения». Это означает, что люди, которые имеют детей, в меньшей степени склонны иметь вегетативные и фобические нарушения, чего нельзя сказать о респондентах с психологическим бесплодием.

Данные результаты мы графически представили на рисунке 2.2.

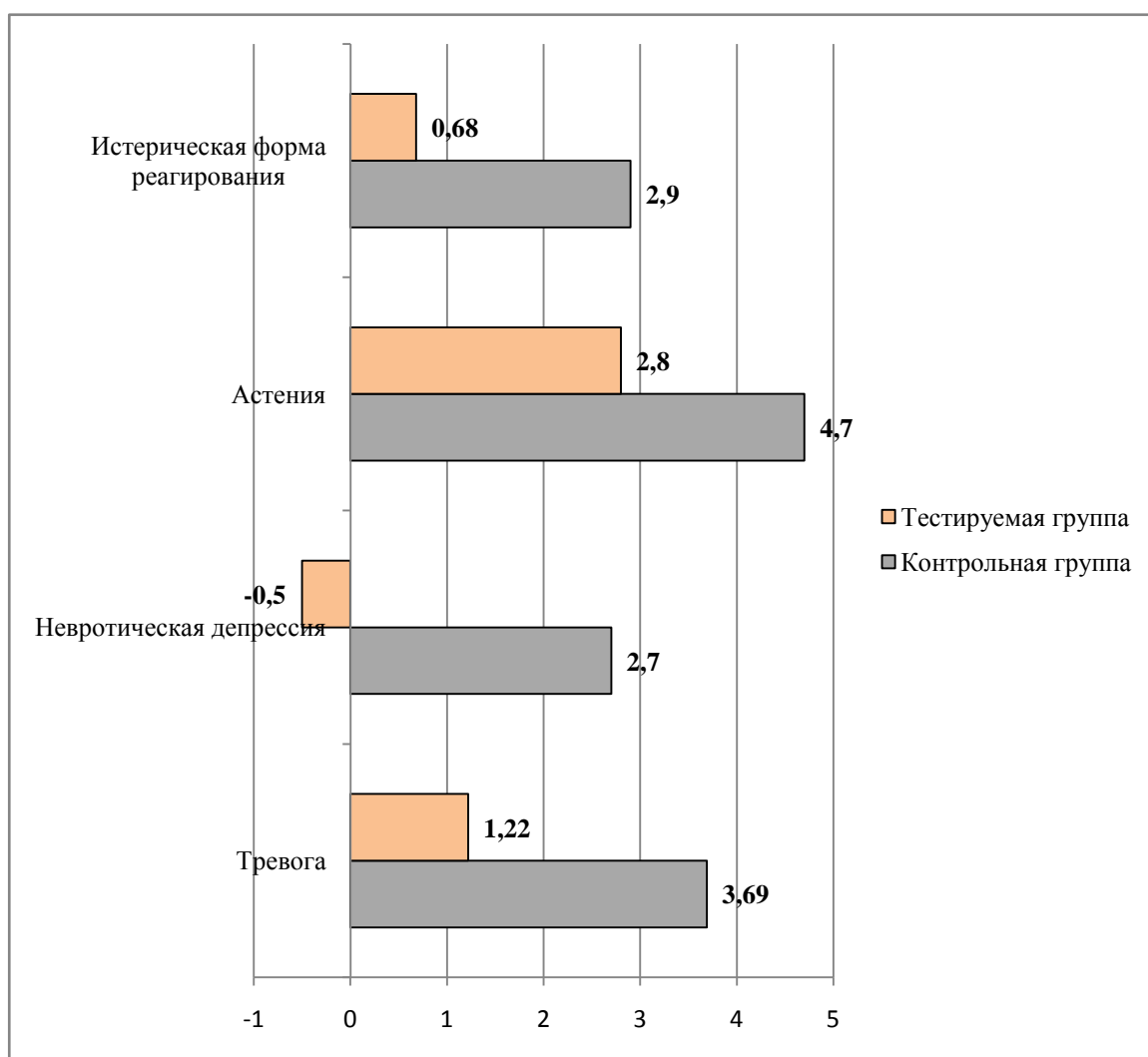


Рисунок 2.2 – Различия контрольной и тестируемой групп по различным шкалам

Таким образом, можно сделать небольшой вывод о том, что существуют статистически значимые различия между парами с психологическим бесплодием и парами, которые имеют ребенка. Это проявляется в повышенной тревожности и тревоге, нарушениях эмоционального тонуса, ситуативной и личностной тревожности, фобических и вегетативных нарушениях. Респонденты, которые не могут иметь детей, также в большей степени склонны к проявлению невротической депрессии, что в свою очередь может проявляться в астенических, фобических и тревожных состояниях, которые сопровождаются также вегетативными нарушениями.

В современном мире, стремительно повышается давление на бесплодные пары со стороны общества, несмотря на то, что пропагандируются и противоположные тенденции семей без ребенка.

Далее в нашем исследовании мы проанализировали взаимосвязи по различным показателям в группе респондентов с психологическим бесплодием.

Так как психологическое бесплодие – это состояние, когда имеющиеся у человека неразрешенные внутренние конфликты и страхи негативно влияют на его репродуктивное здоровье, а согласно уже имеющимся исследованиям людям с психологическим бесплодием свойственна инфантильность, концентрация на сверхценных идеях, нетерпимость к неудачам с накоплением отрицательных эмоций, наличие внутриличностного конфликта в системе представлений о себе, то мы предполагаем, что будет иметь место связь между уровнем проявления различных психологических характеристик у таких людей.

Так, для изучения взаимосвязей между переменными в группе респондентов с психологическим бесплодием, мы использовали коэффициент корреляции Пирсона. В ходе исследования мы провели анализ взаимосвязей уровня тревожности, депрессии, эмоционального тонуса, истерической формы реагирования, а также проявления фобических и вегетативных нарушений. Все расчеты производились по формуле, где x_i – значения, принимаемые переменной X; y_i – значения, принимаемые переменной Y; M_x – средняя по X; M_y – средняя по Y.

$$r_{xy} = \frac{\sum (x_i - M_x)(y_i - M_y)}{\sqrt{\sum (x_i - M_x)^2 \cdot \sum (y_i - M_y)^2}}$$

В ходе исследования были обнаружены статистически значимые двусторонние взаимосвязи (на уровне 0,01) между эмоциональными и личностными характеристиками респондентов с психологическим бесплодием. Статистические данные представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3 – Взаимосвязи между эмоциональными и личностными показателями в парах с психологическим бесплодием

Шкала		Ситуативная тревожность	Личностная тревожность	Уровень депрессии	Эмоциональный тонус
Тревога	r	-0,736	-0,811	-0,786	-0,695
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Невротическая депрессия	r	-0,611	-0,759	-0,754	-0,593
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Астения	r	-0,495	-0,653	-0,634	-0,651
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Истерическая форма реагирования	r	-0,671	-0,716	-0,760	-0,667
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Фобические нарушения	r	-0,528	-0,687	-0,740	-0,666
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Вегетативные нарушения	r	-0,722	-0,710	-0,796	-0,724
	p	0,000	0,000	0,000	0,000

Как мы можем видеть из таблицы, в ходе исследования было обнаружено большое количество статистически значимых сильных взаимосвязей между переменными, что может говорить нам о том, что существует взаимосвязь между различными эмоциональными и личностными факторами у людей с психологическим бесплодием. Остановимся более подробно на каждом из полученных результатов. Были получены отрицательные взаимосвязи, однако они

будут интерпретироваться с позиции методики оценки невротических состояний, согласно которой чем меньше значение переменной, тем больше выражено проявление расстройства.

Существует сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем тревоги и проявлением ситуативной тревожности у людей, которые страдают от психологического бесплодия ($r=-0,736$). Это означает, что чем выше уровень ситуативной тревожности у людей с психологическим бесплодием, тем более высокий у них уровень проявления тревоги. А также обнаружена сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем тревоги и уровнем личностной тревожности у респондентов с психологическим бесплодием ($r= -0,811$). Это говорит о том, что чем выше уровень тревоги у таких людей, тем выше уровень проявления личностной тревожности, и наоборот.

Тревога в психологии – это переживание эмоционального дискомфорта, которое связано с ожиданием неблагоприятия, предчувствием грозящей опасности. Тревожность же, как эмоционально-личностное образование, имеющее когнитивный (мышление, память, восприятие), эмоциональный и операциональный (поведение) аспекты, характеризуется чувством тревоги, находящимся в одном ряду предвосхищающих эмоций, таких, как страх и надежда. Таким образом, при повышении уровня тревоги, у людей с психологическим бесплодием, повышается и уровень ситуативной тревожности, возникают невротические эмоциональные реакции на окружающие ситуативные раздражители.

Согласно многочисленным исследованиям в данной области, люди с психологическим бесплодием склонны испытывать тревожные эмоциональные реакции (тревога, отрицание, гнев, горе, депрессия, чувство вины). Под влиянием хронического стресса от напряжения и постоянных мыслей о зачатии ребенка, от постоянных неудач в зачатии, могут возникать околодепрессивные состояния. От околодепрессивных состояний ослабевает иммунитет, появляются сбои в регуляторной деятельности нервной системы, вследствие чего могут иметь место кратковременные всплески гормональных сдвигов, которые очень сложно объективно зафиксировать, происходят функциональные

изменения организма, что на физиологическом уровне также оказывает влияние на уровень тревожности.

Также в ходе исследования была обнаружена сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем тревоги и уровнем депрессии у людей, которые страдают от психологического бесплодия ($r = -0,786$). Взаимосвязь статистически значима на уровне 0,01. Это означает, что чем выше уровень тревоги у людей с психологическим бесплодием, тем выше уровень депрессии, и наоборот. Это можно объяснить тем, что чем выше уровень тревоги, который связан с неудачными попытками иметь детей, с постоянной заикленностью на этом, постоянные стрессовые ситуации, которые непосредственно следуют за постоянной напряженностью, тем больше вероятность того, что данное состояние приведет к депрессивным симптомам и возможно к депрессии как таковой.

А также обнаружены статистически значимые взаимосвязи между уровнем невротической депрессии и уровнем ситуативной и личностной тревожности ($r = -0,611$ и $r = -0,759$ соответственно).

Так, например, Э. Домар и другие исследователи рассматривали распространение и предсказуемость депрессии у женщин с психологическим бесплодием. Их результаты показали, что в целом для таких женщин характерно существование депрессии, которая иногда достигает субклинического уровня. Исследователи доказывают, что реакция индивида на своё бесплодие отражается как последовательность шагов, с преобладанием возможных эмоциональных реакций: шок, отрицание, тревога, гнев, изоляция, вина, депрессия, горе. Таким образом, данный результат согласуется с результатами многочисленных исследований, которые доказывают, что повышенный уровень тревоги и тревожности, который непосредственно сопровождает психологическое бесплодие, а также является одним из психологических факторов его возникновения, в конечном итоге приводит к развитию различных форм депрессии.

Соответственно, если уменьшается уровень тревоги и тревожности, происходят обратные процессы на нервном уровне у индивида, уровень депрессии и проявление депрессивных симптомов снижается.

Обнаружена статистически значимая сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем астении и уровнем невротической депрессии у людей с психологическим бесплодием ($r = -0,634$, $p < 0,01$). Это нам говорит о том, что чем выше уровень проявления невротической депрессии, тем выше уровень астении у людей с психологическим бесплодием, и, соответственно, наоборот. Чем ниже уровень невротической депрессии, тем ниже уровень астении.

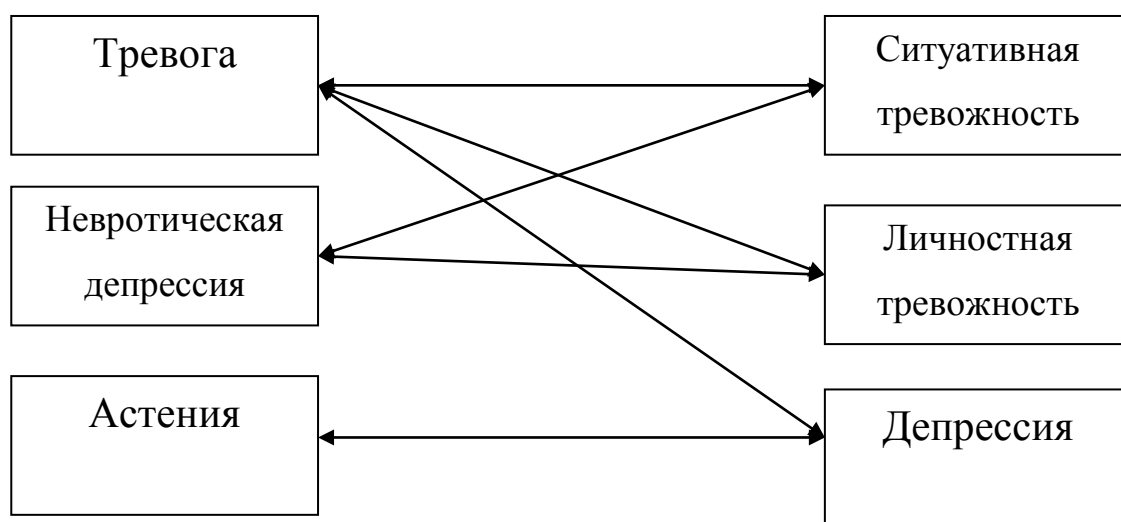
Невротическая депрессия – это разновидность [невроза](#), для которого характерны следующие симптомы: постоянная подавленность, нарушение работоспособности, апатичность, проблемы со сном, вегетативные расстройства. Он обычно развивается на фоне острой стрессовой ситуации, какой и является психологическое бесплодие. Астения же – это психопатологическое расстройство, которое сопровождается утомляемостью, для него также характерна истощаемость внимания, при этом наблюдаются лабильность эмоций с неустойчивостью и значительными скачками настроения. У астенизированных людей ослаблено самообладание, они нетерпеливы и часто раздражаются.

В ситуации психологического бесплодия, которое является длительным стрессовым состоянием, сопровождается постоянной тревожностью, остро проявляется эмоциональная лабильность, навязчивые мысли, чувство вины, которые со временем могут привести к эмоциональному и физическому истощению организма. Так же, для психологически бесплодных людей характерно подавление эмоций, отказ от общения об этом из-за страха быть непонятыми или неадекватными в восприятии окружающих, что приводит человека к состоянию хронического стресса.

Очень часто люди, которые переживают психологическое бесплодие, испытывают стыд, горе, печаль, тоску. Женщины с бесплодием по не понятной причине зачастую испытывают стыд перед окружающими из-за неясной болезни, перед своими родителями и супругами из-за неопределенности бу-

душего, перед самими собой из-за болезни. Это может приводить их к апатичному состоянию, из-за постоянных мыслей об этом у них нарушается сон и появляются проблемы с социумом. Таким образом, обнаруживаю тесную взаимосвязь между данными факторами, мы можем говорить о том, что чем выше уровень невротической депрессии у людей с психологическим бесплодием, тем выше у них уровень астеничности. И соответственно, при снижении уровня невротической депрессии, уровень астеничности также снижается.

Описанные выше взаимосвязи мы графически представили на рисунке 2.3.



↔ Двусторонняя сильная статистически значимая взаимосвязь

Рисунок 2.3 – Взаимосвязь личностных и эмоциональных детерминант психологического бесплодия

Также в ходе нашего исследования была выявлена статистически значимая сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем астении и эмоциональным тонусом у людей с психологическим бесплодием ($r = -0,651$, $p < 0,01$). Согласно результатам нашего исследования, чем выше уровень астении у людей, которые не могут иметь детей по психологическим причинам, тем выше уровень нарушений их эмоционального тонуса.

Высокий уровень астении, которая сопровождается утомляемостью, истощаемостью внимания, лабильностью эмоций с неустойчивостью и значительными скачками настроения, повышает уровень нарушений эмоционального тонуса. У астенизированных людей начинаются проблемы с самообладанием, они нетерпеливы и часто раздражаются, что также оказывает влияние на их эмоциональный тонус и вызывает некоторые расстройства.

Как мы уже выяснили, астения часто наблюдается у людей с психологическим бесплодием при депрессивных настроениях и непосредственно депрессия, при которых также наблюдаются нарушения настроения и расстройства эмоционального тонуса. Люди с диагнозом психологическое бесплодие обычно высказывают значительный уровень критичного отношения к себе, не принимают себя, имеют пониженную самооценку, низкий уровень доверия своим чувствам, эмоциям и мыслям., что оказывает непосредственное влияние на их эмоциональный тонус. Нередко такие люди теряют способность ощущать удовольствие от жизни, имеют пониженный уровень жизненного самоопределения, что может привести к астеническим проявлениям.

По результатам исследования также обнаружена сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем истерического реагирования и уровнем депрессии у людей, которые переживают психологическое бесплодие ($r = -0,760$, $p < 0,01$). Таким образом, люди с психологическим бесплодием, при повышении уровня депрессии, отмечают и повышение уровня истерического реагирования, и наоборот.

Истерическая форма реагирования на события заключается в превышении требований и ожиданий от окружения над требованиями к себе. Показательность и демонстративность проявлений является ключевой особенностью такой формы реагирования. Как правило, исследователи отмечают, что появление таких форм реагирования свойственно после переживания стрессовых ситуаций, какой и является психологическое бесплодие. Травмирующая ситуация, которая сопровождает психологически бесплодных людей, приводит к повышению как истерических форм реагирования, так и к повышению депрес-

сивных настроений, ведь вся ситуация постоянного ожидания, напряжения и неизвестности оказывают негативное воздействие на поведение, социальное взаимодействие, эмоциональное состояние и личность людей, с бесплодием неясной этиологии.

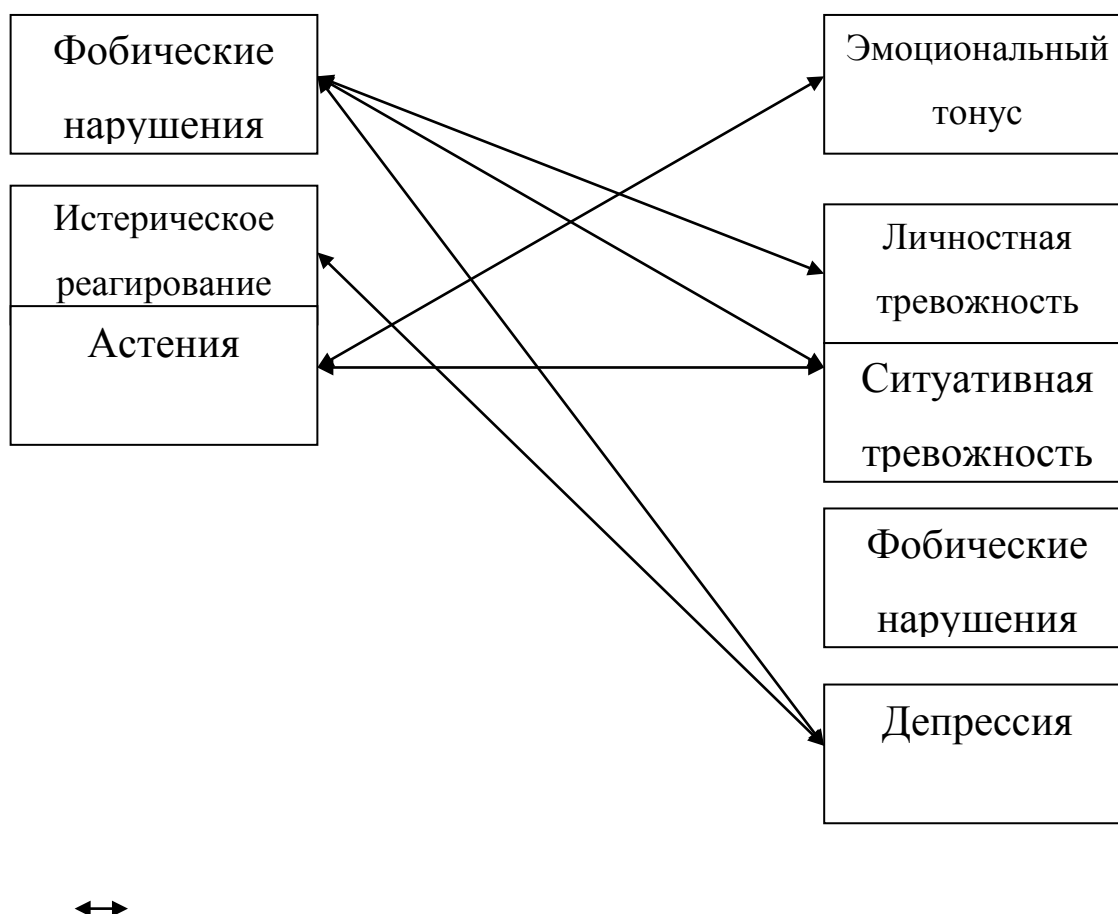
Также в ходе нашего исследования была выявлена статистически значимая сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем личностной и ситуативной тревожности и уровнем фобических нарушений у людей с психологическим бесплодием ($r = -0,528$ и $r = -0,687$ соответственно). Мы можем говорить о том, что чем выше уровень ситуативной и личностной тревожности у людей с психологическим бесплодием, тем больше у них проявляются фобические нарушения, а также наоборот. Жизнь в постоянном страхе невозможности зачать, выносить и родить ребенка, фобии, связанные с зачатием и рождением, а также фобии, связанные с принятием бесплодности в обществе, повышают уровень тревожности внутри личности, и провоцируют повышение уровня ситуативной тревожности, а также тревожные реакции на внешние ситуативные факторы.

Бесплодные люди часто определяют свое состояние как близкое к утрате смысла жизни, при этом для них характерно испытывать тревогу, депрессию, страх несостоятельности как продолжателя рода, чувство подавленности, агрессивности. Личностная тревожность порождает страхи, которые связаны у людей с таким диагнозом с невозможностью иметь потомство и продолжить свой род. Соответственно в ситуации, когда уровень тревожности понижается, снижается и уровень фобических нарушений.

Существует также статистически значимая взаимосвязь между уровнем фобических нарушений и уровнем депрессии, у людей, страдающих психологическим бесплодием ($r = -0,740$). Чем больше выражены фобические нарушения у таких людей, тем больше у них проявляется депрессии и связанные с ней симптомы. Бесплодный брак сам по себе является серьезным травмирующим фактором, оказывающим влияние на качество жизни супругов как социальном, так и в психологическом смысле. Постоянное нахождение в

травмирующей психику ситуации может вызывать возникновение различных фобий, которые были описаны нами выше, а также, соответственно, чем меньше наблюдается у таких людей расстройства фобического характера, тем меньше у них уровень депрессии и проявления ее симптомов.

Описанные нами взаимосвязи графически изображены на рисунке 2.4.



Двусторонняя сильная статистически значимая взаимосвязь

Рисунок 2.4 – Взаимосвязь личностных и эмоциональных детерминант психологического бесплодия

Таким образом, по результатам изучения корреляционных связей между переменными, которые могут оказывать влияние на психологическое бесплодие, мы можем сделать вывод о том, что описанные нами факторы находятся в

тесной взаимосвязи друг с другом. Для людей с психологическим бесплодием в основном характерны общий пониженный фон настроения, эмоциональная неустойчивость, тревожность, которые могут привести к ситуации хронического стресса.

У таких людей наблюдается концентрация на идее «родительства», что тесно связано со страхом не оставить после себя потомство, а данные страхи постоянно вызывают негативные эмоции у бесплодных людей. Отсутствие четкого понимания причин и методов лечения нарушенной репродуктивной функции влечет за собой потерянность и подавленное состояние супружеских пар, с психологическим бесплодием, что, в свою очередь, тесно связано с истерическими формами реагирования, повышением личностной и ситуативной тревожности, развитием астенически проявлений.

Далее в ходе исследования с помощью исследования корреляций между супругами в семейных парах, нам удалось выделить некоторые значимые различия взаимосвязи психологического бесплодия и личностных детерминант у мужчин и женщин в паре.

Нами были проведены корреляционные исследования в парах у мужчин и женщин, в следствие чего нами были обнаружены различия и способы взаимовлияние супругов друг на друга. Подробные статистические данные представлены в таблице 2.4.

Так, по результатам исследования, мы можем говорить о том, что существует взаимосвязь между вегетативными нарушениями и уровнем депрессии и женщин в супружеской паре ($r = -0,743$). Это значит, что чем выше уровень депрессии у женщины, которая переживает психологическое бесплодие, тем больше проявляются вегетативные нарушения. Такой корреляции не наблюдается у мужчин, в следствие чего, мы можем сделать вывод о том, что при стрессовой ситуации психологического бесплодия, женщина переживает депрессию, которая сопровождается вегетативными симптомами, что также усугубляет ситуацию.

Таблица 2.4 – Взаимосвязи между эмоциональными и личностными показателями в парах у мужчин и женщин

Шкала			Личностная тревожность	Ситуативная тревожность	Депрессия	Эмоциональный тонус
Тревога	М	r	-0,746	-0,572	-0,707	-0,669
		p	0,060	0,051	0,003	0,006
	Ж	r	-0,565	-0,669	-0,748	-0,519
		p	0,063	0,055	0,001	0,047
Невротическая депрессия	М	r	-0,362	-0,478	-0,515	-0,198
		p	0,184	0,072	0,050	0,479
	Ж	r	-0,662	-0,390	-0,713	-0,589
		p	0,257	0,150	0,003	0,121
Астения	М	r	-0,173	-0,360	0,679	-0,263
		p	0,537	0,187	0,005	0,343
	Ж	r	-0,588	-0,317	0,876	-0,683
		p	0,031	0,249	0,000	0,105
Истерическая форма реагирования	М	r	0,547	-0,452	0,673	-0,560
		p	0,502	0,154	0,056	0,445
	Ж	r	-0,591	-0,088	-0,705	-0,208
		p	0,020	0,382	0,058	0,137
Фобические	М	r	-0,238	0,084	-0,705	0,027

нарушения	Ж	p	0,067	0,405	0,061	-0,793
		r	0,655	0,004	-0,546	0,165
		p	0,055	0,971	0,003	0,101
Вегетативные нарушения	М	r	-0,841	-0,027	-0,745	0,754
		p	0,065	0,788	0,066	0,057
	Ж	r	-0,704	-0,168	-0,743	-0,468
		p	0,051	0,095	0,027	0,074

Так, мы можем сделать вывод, что психологически бесплодные женщины при переживании своего стрессового состояния и возрастании депрессивных проявлений испытывают нарушения сна, аппетита, изменение массы тела, снижение либидо, чувствуют постоянную слабость, утомляемость, у них проявляется снижение интереса к окружающему, чего мы не можем сказать о мужчинах.

Данный результат можно использовать в профилактике вегетативных нарушений в паре, зная о том, что в большей степени данным симптомам при депрессии подвержены женщины.

Также особенно интересным является полученный нами результат о том, что есть взаимосвязь между уровнем депрессии и возникновением фобических нарушений в паре конкретно у женщин ($r = -0,546$). Данный результат получен на высоком уровне статистической значимости. Это нам может говорить о том, что в паре непосредственно женщины, при переживании депрессии на фоне психологического бесплодия, склонные формировать страхи и фобии касательно своего положения. Данный результат у мужчин отсутствует, что может нам говорить также о том, что психологически бесплодные мужчины при возрастании уровня депрессии и не склонны больше формировать страхи.

У психологически бесплодных женщин также была обнаружена взаимосвязь между уровнем личностной тревожности и истерической формой реагирования на ситуацию ($r = -0,588$). Это говорит о том, что в паре непосредственно женщина склонна при возрастании уровня личностной тревожности больше проявлять истерические тенденции проявлять демонстративность.

Остальные взаимосвязи, которые являются статистически значимыми, характерны для обоих супругов в паре, а именно взаимосвязь между тревогой и депрессией, тревогой и эмоциональным тонусом, астенией и депрессией. Данные взаимосвязи были рассмотрены нами ранее.

Таким образом, обнаруженные особенности реагирования на стрессовую ситуацию мужчин и женщин в паре, могут быть использованы для профилактики и коррекции ситуации эмоционального бесплодия у мужчин и женщин.

По результатам эмпирического исследования мы можем обобщить полученные результаты. Так, нам удалось установить, что существуют статистически значимые различия в уровне ситуативной тревожности у респондентов с психологическим бесплодием и респондентов, которые имеют детей, а также что у респондентов из контрольной группы уровень личностной тревожности выше, чем у респондентов из тестируемой группы. Мы можем говорить о том, что люди с психологическим бесплодием в большей степени склонны испытывать тревогу независимо от ситуативных внешних факторов. Исследование также показало, что у людей с психологическим бесплодием выше уровень депрессии, нежели у людей, которые имеют детей. Что же касается эмоционального тонуса, то в группе респондентов, которые не имеют детей, выявлена большая склонность к нарушениям эмоционального тонуса, нежели у респондентов с детьми. Также по результатам исследования у респондентов, которые имеют детей, в меньшей степени присутствуют симптомы невротической тревоги, нежели, у респондентов, которые страдают психологическим бесплодием. Такие результаты могут нам говорить о том, что психологическое бесплодие является стрессовой ситуацией, и существенно повышает уровень тревоги и тревожности, респонденты с этим диагнозом склонные испытывать

данные симптомы в большей степени. Это можно объяснить также личностными особенностями респондентов .

Также нами было проведено исследование различий по шкале «истерическая форма реагирования» между двумя группами респондентов. Мы можем говорить о том, что мужчины и женщины с психологическим бесплодием в большей степени склонны к истерической форме реагирования, в отличие от людей, у которых есть дети. То же самое касается фобических и вегетативных нарушений, люди, которые имеют детей, в меньшей степени склонны иметь вегетативные и фобические нарушения, чего нельзя сказать о респондентах с психологическим бесплодием. Таким образом, можно сделать небольшой вывод о том, что существуют статистически значимые различия между парами с психологическим бесплодием и парами, которые имеют ребенка. Это проявляется в повышенной тревожности и тревоге, нарушениях эмоционального тонуса, ситуативной и личностной тревожности, фобических и вегетативных нарушениях. Респонденты, которые имеют ребенка, также в меньшей степени склонны к проявлению невротической депрессии, что в свою очередь может проявляться в астенических, фобических и тревожных состояниях, которые сопровождаются также вегетативными нарушениями.

Также нам удалось изучить корреляционные связи между переменными, которые могут оказывать влияние на психологическое бесплодие, и здесь мы делаем вывод о том, что описанные нами факторы находятся в тесной взаимосвязи друг с другом. Для людей с психологическим бесплодием в основном характерны общий пониженный фон настроения, эмоциональная неустойчивость, тревожность, которые могут привести к ситуации хронического стресса. У таких людей наблюдается концентрация на идее «родительства», что тесно связано со страхом не оставить после себя потомство, а данные страхи постоянно вызывают негативные эмоции у бесплодных людей. Отсутствие четкого понимания причин и методов лечения нарушенной репродуктивной функции влечет за собой потерянность и подавленное состояние супружеских пар, с психологическим бесплодием, что, в свою очередь, тесно связано с истериче-

скими формами реагирования, повышением личностной и ситуативной тревожности, развитием астенически проявлений.

В ходе исследования мы также изучили различия и взаимосвязи эмоциональных и личностных детерминант у мужчин и женщин в семейной паре и сделали вывод о том, что у мужчин и женщин психологическое бесплодие проявляется по разному.

Согласно полученным результатам, психологически бесплодные женщины при переживании своего стрессового состояния и возрастании депрессивных проявлений испытывают нарушения сна, аппетита, изменение массы тела, снижение либидо, чувствуют постоянную слабость, утомляемость, у них проявляется снижение интереса к окружающему, чего мы не можем сказать о мужчинах. Также в паре непосредственно женщина склонна при возрастании уровня личностной тревожности больше проявлять истерические тенденции проявлять демонстративность.

Данный результат можно использовать в профилактике вегетативных нарушений в паре, зная о том, что в большей степени данным симптомам при депрессии подвержены женщины.

На основе полученных результатов нами были разработаны практические рекомендации для пар, которые переживают психологическое бесплодие. Практические рекомендации основаны на разрешении основных причин психологического бесплодия, а именно:

1. Боязнь беременности и тяжелых родов.
2. Несохранившееся зачатие и безуспешные роды в прошлом.
3. Недоговоренность в семье.
4. Страх остаться бесформенной, лишиться стройной фигуры.
5. Чрезмерное желание быть матерью.
6. Страх упущенного времени и детородных возможностей.
7. Постоянный натиск со стороны близких людей.
8. Боязнь будущих болей и непредвиденных травм.
9. Неуверенность в выполнении материнских задач.

10. Психологические нарушения из детства.
11. Боязнь предстоящих перемен.
12. Негативный опыт общения с родителями.
13. Осуждение обществом и знакомыми появление малыша.

Для разрешения психологических проблем, необходимо подробное изучение данного вопроса парой и осознание наличие имеющей проблемы психологического характера.

Практические рекомендации парам с психологическим бесплодием.

Обобщая имеющиеся практические рекомендации, а также учитывая результаты нашего исследования и особенности имеющейся выборки, мы разработали следующие шаги и рекомендации по разрешению проблемы психологического бесплодия.

1) **Изучить семейную историю.** В семейной истории может быть скрыто много разных причин, почему именно сейчас именно в эту пару не приходит ребенок. Это может быть связано со старшим поколением или с историей самой пары. Например, бывает так, что женщина потеряла ребенка или сделала аборт когда-то раньше. До этих отношений или в этих отношениях. И не оплакала, не отпустила. Психолог может помочь ей это сделать. Или ее мама получила травму, связанную с родами – например, это совпало с уходом супруга или смертью кого-то из родных. Тогда работа психолога идет на прояснение и проживание травматического опыта, а после - на гармонизацию семейной ситуации. Прояснение – это именно от слова «ясность», то есть мы делаем скрытый, забытый уже опыт, старые травмы сначала явными, понятными, и потом проявляем застывшие не прожитые когда-то чувства. Тогда «настоящее» становится светлее, легче, свободнее. Тогда боль перестает блокировать тело и появляется возможность зачать ребенка естественным путем.

2) **Осознать есть ли давление социума.** Бывает, что общество, родные и социум в целом хотят одного, а женщина другого. И социум очень любит давить на то, что ребенка уже пора и когда же и надо еще одного и т.д. В

нашей стране такое давление очень распространено. Женщина без детей к определенному возрасту часто воспринимается как «недоженщина». Сопротивление женщины в этом случае может быть даже не связано напрямую с ребенком, а больше с давлением окружения. Но сила протеста может быть так сильна, что у ребенка нет шансов появиться, пока этот конфликт не разрешен. Тогда психологическая работа идет про то, с чем на самом деле не согласна женщина – с ее статусом бездетной, с нарушением ее свободы, с давлением в отношениях, с отсутствием уважения к ее позиции и пр. Когда женщина ощущает, что она получила то, что было важно или изменила внутреннее решение «не рожать, пока должна», то ребенок может прийти после такой работы, даже если не делать темой само по себе бесплодие.

3) **Разобраться в отношениях с партнером.** В данном случае работа может идти на проявление скрытого недовольства в отношениях, темных мест (о чем никто не говорит, но всех волнует), иногда достаточно прояснить глубинные ожидания супругов по поводу семьи и детей. Хорошо узнать у партнера – сколько детей он бы хотел (или она), кто с ними должен сидеть, кто будет отвечать за их развитие, обеспечивать материально – в том числе и беременную женщину. Чем больше ясности, тем меньше проблем. Тайны, секреты, непроговоренные в семьях важные вещи искривляют отношения, делают их напряженными.

4) **Разобраться в своем внутреннем мире и потребностях.** Бесплодие может свидетельствовать о том, что какие-то потребности человека не удовлетворены или поставлены в зависимость от появления детей. Например, если забеременеть или выносить не может женщина: возможно, с помощью материнства вы собрались откусить от своей жизни такой объемный и важный кусок, что это слишком? Возможно, вы считаете, что с самореализацией придется «завязать»? Возможно, вы подсознательно уверены, что с рождением детей жизнь женщины «закончится»? Близкая тема – это страхи. Опасения потери статуса, фигуры, здоровья, страх бедности, одиночества и пр. и т.д. Психология отлично работает с такими состояниями. Можно и самостоятельно

выписать на лист ответ на вопрос: «Что самое страшное бывает, когда рождаются дети»? - отвечайте не думая, а «что в голову придет». Потом может быть интересно перечитать такую запись. А ведь страх, на который пролит свет ясности, наполовину уже и не страх, а информация к размышлению.

5) **Групповой аутотренинг.** Коллективные встречи на фоне одинаковой проблемы создадут опору и возможность посмотреть на ситуацию с другой стороны. Иногда такой взгляд помогает реально оценить трудности и получить уверенность в завтрашнем дне. Командная борьба лучше, чем сражение в одиночестве.

6) **Самовнушение.** Ежедневно повторяющиеся фразы имеют фундаментальную силу. Психолог обязательно составит нужные предложения, дающие стойкую веру для исполнения сокровенных желаний.

7) **Визуализация проблемы.** Врач предлагает женщине представить себе, что плод уже находится внутри её. Создавая видимость зачатия, человек продумывает ощущения радости и счастья. Происходит внушение и мозг начинает думать в этом направлении, чтобы сохранить полученные эмоции и впечатления.

8) **«Расслабиться».** Необходимо «отпустить» ситуацию, и просто перестать думать о ней. Это значительно снизит уровень тревожности, вы перестанете находиться в состоянии хронического стресса и усталости, уйдут навязчивые мысли. Расслабиться помогают путешествия, активные занятия хобби, веселое времяпровождение с семьей, романтические свидания с мужем, занятия спортом. Физические нагрузки заставляют организм вырабатывать эндорфины, которые помогают людям быть счастливыми. Можно посещать бассейн, заниматься фитнесом или аэробикой, практиковать медитацию и йогу. Нередки случаи, когда у пар, едва усыновивших ребенка, наступает долгожданная беременность. А все потому, что женщина переполняется хорошими эмоциями, с головой погружается в заботу о ребенке и невольно забывает о проблеме. Если вы чувствуете, что «зациклены» на беременности, самый стандартный совет в этой ситуации прекратить постоянно думать о ней. Для

этого стоит, например, вникнуть в какие-то проблемы близких людей и попытаться им помочь (когда мы реально вникаем в проблемы окружающих, остается меньше времени на тревогу о себе), поставить себе какую-то цель (никак не связанную с размножением) и думать постоянно о ней, идти к ней

9) Самостоятельно справиться с психологическим бесплодием практически невозможно. В решении этой проблемы могут помочь перинатальный психолог и акушер-гинеколог, которые будут совместно с женщиной «работать» над наступлением долгожданной беременности.

10) Если вы, наоборот, постоянно заняты на работе, решаете кучу проблем и не можете подумать о себе, расслабиться, то в период планирования беременности нужно постараться больше отдыхать, и не взваливать на себя кучу проблем. По возможности, избегайте психотравмирующих, стрессовых ситуаций.

11) Если бесплоден мужчина, то, учитывая российские реалии, он может думать, что не сможет обеспечить семью, может также бояться «конца свободной жизни», может опасаться принять «судьбоносное» решение завести детей. Можно воспользоваться семейной психотерапией.

12) Попробуйте увидеть привычный вариант – что само просится на ум. Вот вы беременны. А теперь вы уже сильно беременны. Как себя чувствуете, где ваш мужчина, красиво ли вы одеты, что вы едите – что хочется или так? Как вы выбираете, где рожать, здоровы ли вы, что вас волнует. Страхи беременных – это нормально. Ненормально, когда они сильнее нас, эти страхи. И вот вы в родах – кто вам помогает, доверяете ли вы себе и окружающим, ощущаете заботу или нет? Ребенок родился. Все хорошо, он здоров? А вы? А где ваш муж, что говорит ваша мама, где вы живете, все ли есть у ребенка и у вас? Эта техника проявляет основные проблемы в ситуации бесплодия. Если вы проделали ее целиком и у вас получилась отличная история, где вам все нравится – есть три варианта. Или «вы себе наврали» или «все хорошо и малыш скоро будет» или «проблема глубже, чем вы думали».

В заключении нашей работы и обобщая результаты нашего эмпирического исследования мы можем сделать выводы и подвести итоги.

2.4 Выводы по эмпирической главе

Нами было проведено эмпирическое исследование эмоциональных и личностных детерминант психологического бесплодия мужчин и женщин в супружеских парах. Основываясь на предмете исследования, была поставлена цель: выявить личностные и эмоциональные детерминанты, ведущие к психологическому бесплодию в супружеских парах.

В работе были применены методики:

1. Опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина;
2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич);
3. Шкала депрессии Бека;
4. Шкала оценки эмоционального тонуса.

В результате проведения эмпирического исследования мы получили следующие результаты:

1) Существуют статистически значимые различия в уровне ситуативной тревожности у респондентов с психологическим бесплодием и респондентов, которые имеют детей). Так, у мужчин и женщин, которые имеют детей уровень ситуативной тревожности ниже, чем у респондентов с психологическим бесплодием.

2) Также по результатам исследования было обнаружено, что у респондентов из контрольной группы уровень личностной тревожности ниже, чем у респондентов из тестируемой группы. Так, мы можем говорить о том, что люди с психологическим бесплодием в большей степени склонны испытывать тревогу независимо от ситуативных внешних факторов.

3) У людей с психологическим бесплодием выше уровень депрессии, нежели у людей, которые имеют детей. Что же касается эмоционального тонуса, то в группе респондентов, которые имеют детей, выявлена меньшая склонность к нарушениям эмоционального тонуса, нежели у респондентов с психологическим бесплодием

4) Согласно полученным результатам, для группы респондентов, у которых есть дети, в меньшей степени характерна склонность к тревоге (так как согласно методике, чем меньше значение, тем больше склонность к болезненному характеру расстройств). Пары, у которых есть проблемы с зачатием и рождением, испытывают повышенный уровень тревоги, так как они постоянно находятся в состоянии напряженности и давления, испытывают чувство стыда, вины.

5) У респондентов, которые имеют детей, в меньшей степени присутствуют симптомы невротической тревоги, нежели, у респондентов, которые страдают психологическим бесплодием .

6) Респонденты с психологическим бесплодием в большей степени склонны к проявлению астенической слабости и утомлению, чего нельзя сказать о группе респондентов, которые имеют детей.

7) Мужчины и женщины с психологическим бесплодием также в большей степени склонны к истерической форме реагирования, в отличие от людей, у которых есть дети.

8) Согласно статистическому анализу, были обнаружены статистически значимые различия по шкалам «фобические нарушения» и «вегетативные нарушения». Это означает, что люди, которые имеют детей, в меньшей степени склонны иметь вегетативные и фобические нарушения, чего нельзя сказать о респондентах с психологическим бесплодием.

9) Существуют статистически значимые различия между парами с психологическим бесплодием и парами, которые имеют ребенка. Это проявляется в повышенной тревожности и тревоге у пар с психологическим бесплодием, нарушениях эмоционального тонуса, ситуативной и личностной тревожно-

сти, фобических и вегетативных нарушениях. Респонденты, которые не имеют ребенка, также в большей степени склонны к проявлению невротической депрессии, что в свою очередь может проявляться в астенических, фобических и тревожных состояниях, которые сопровождаются также вегетативными нарушениями.

10) Существует сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем тревоги и проявлением ситуативной тревожности у людей, которые страдают от психологического бесплодия. Это означает, что чем выше уровень ситуативной тревожности у людей с психологическим бесплодием, тем более высокий у них уровень проявления тревоги. А также обнаружена сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем тревоги и уровнем личностной тревожности у респондентов с психологическим бесплодием. Это говорит о том, что чем выше уровень тревоги у таких людей, тем выше уровень проявления личностной тревожности, и наоборот.

11) Существует сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем тревоги и уровнем депрессии у людей, которые страдают от психологического бесплодия. Это означает, что чем выше уровень тревоги у людей с психологическим бесплодием, тем выше уровень депрессии, и наоборот. Это можно объяснить тем, что чем выше уровень тревоги, который связан с неудачными попытками иметь детей, с постоянной заикленностью на этом, постоянные стрессовые ситуации, которые непосредственно следуют за постоянной напряженностью, тем больше вероятность того, что данное состояние приведет к депрессивным симптомам и возможно к депрессии как таковой.

12) Обнаружены статистически значимые взаимосвязи между уровнем невротической депрессии и уровнем ситуативной и личностной тревожности

13) Обнаружена статистически значимая сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем астении и уровнем невротической депрессии у людей с психологическим бесплодием. Это нам говорит о том, что чем выше уровень проявления невротической депрессии, тем выше уровень астении у людей с

психологическим бесплодием, и, соответственно, наоборот. Чем ниже уровень невротической депрессии, тем ниже уровень астении.

14) По результатам исследования также обнаружена сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем истерического реагирования и уровнем депрессии у людей, которые переживают психологическое бесплодие). Таким образом, люди с психологическим бесплодием, при повышении уровня депрессии, отмечают и повышение уровня истерического реагирования, и наоборот.

15) Существуют статистически значимая сильная отрицательная взаимосвязь между уровнем личностной и ситуативной тревожности и уровнем фобических нарушений у людей с психологическим бесплодием. Мы можем говорить о том, что чем выше уровень ситуативной и личностной тревожности у людей с психологическим бесплодием, тем больше у них проявляются фобические нарушения, а также наоборот.

16) Описанные нами факторы находятся в тесной взаимосвязи друг с другом. Для людей с психологическим бесплодием в основном характерны общий пониженный фон настроения, эмоциональная неустойчивость, тревожность, которые могут привести к ситуации хронического стресса.

17) Существует взаимосвязь между вегетативными нарушениями и уровнем депрессии и женщин в супружеской паре. Это значит, что чем выше уровень депрессии у женщины, которая переживает психологическое бесплодие, тем больше проявляются вегетативные нарушения. Такой корреляции не наблюдается у мужчин, в следствие чего, мы можем сделать вывод о том, что при стрессовой ситуации психологического бесплодия, женщина переживает депрессию, которая сопровождается вегетативными симптомами, что также усугубляет ситуацию.

18) Есть взаимосвязь между уровнем депрессии и возникновением фобических нарушений в паре конкретно у женщин. Это нам может говорить о том, что в паре непосредственно женщины, при переживании депрессии на фоне психологического бесплодия, склонные формировать страхи и фобии ка-

сательно своего положения. Данный результат у мужчин отсутствует, что может нам говорить также о том, что психологически бесплодные мужчины при возрастании уровня депрессии и не склонны больше формировать страхи.

19) У психологически бесплодных женщин также была обнаружена взаимосвязь между уровнем личностной тревожности и истерической формой реагирования на ситуацию. Это говорит о том, что в паре непосредственно женщина склонна при возрастании уровня личностной тревожности больше проявлять истерические тенденции проявлять демонстративность.

20) На основе полученных результатов нами были разработаны практические рекомендации для пар, которые переживают психологическое бесплодие. Практические рекомендации основаны на разрешении основных причин психологического бесплодия.

21) Самостоятельно справиться с психологическим бесплодием практически невозможно. В решении этой проблемы могут помочь перинатальный психолог и акушер-гинеколог, которые будут совместно с женщиной «работать» над наступлением долгожданной беременности.

22) Необходимо «отпустить» ситуацию, и просто перестать думать о ней. Это значительно снизит уровень тревожности, вы перестанете находиться в состоянии хронического стресса и усталости, уйдут навязчивые мысли. Расслабиться помогают путешествия, активные занятия хобби, веселое времяпровождение с семьей, романтические свидания с мужем, занятия спортом. Физические нагрузки заставляют организм вырабатывать эндорфины.

23) Результаты нашего исследования могут быть использованы практическими психологами, психотерапевтами, психиатрами и врачами, которые работают с психологическими проблемами бесплодия с супружескими парами, семейными психологами, а также для разработки программ коррекции детерминант и последствий психологического бесплодия в супружеских парах.

3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью этого исследования являлось выявление личностных и эмоциональных детерминант, ведущих к психологическому бесплодию в супружеских парах. Одной из задач исследования выступало теоретическое обоснование понятия «психологическое бесплодие» с точки зрения различных исследователей, определение понятия личностные и психологические детерминанты.

Так, подводя итоги теоретическому анализу можно отметить, что исследователями изучается психологическое состояние женщин и мужчин, переживающих диагноз бесплодия неясной этиологии с различных позиций. В целом, для описания состояния больных характерно наличие тревоги, чувства вины, горя, ощущения потери контроля и ухудшение отношений с партнёром. Анализируя сущность феномена личностных детерминант и понятия эмоциональных детерминант (их функции и задачи), следует отметить, что понятие личностные детерминанты исследуется в рамках диспозиционного подхода, в котором жизненные события зависят от личностных образований. Также, опираясь на принцип детерминизма следует отметить, что личность является систематизирующим фактором развития. Человек задействует личностные качества, способности, мотивацию и иные ресурсы, изменяет ситуацию, уменьшает уровень несоответствия своей личности и социума. Так, эмоциональные детерминанты систематизируют деятельность человека, создают его эмоциональное отношение к ситуации и актуальные переживания.

Учитывая, то что нами была установлена гипотеза – о том, что существует взаимосвязь между личностными и эмоциональными детерминантами и психологическим бесплодием партнёров в супружеских парах, то мы поставили перед собой следующие эмперические задачи:

-Провести эмперическое исследование личностных и эмоциональных детерминант, ведущих к психологическому бесплодию в супружеских парах.

- Провести анализ эмперических данных, описать результаты и сделать выводы.

В результате проведения эмпирического исследования с помощью выбранных нами методик:

1. Опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина;
2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич);
3. Шкала депрессии Бека;
4. Шкала оценки эмоционального тонуса

а так же , с помощью методов мат.статистики (критерию Стьюдента и корреляционный метод сравнения выборок), мы пришли к следующим выводам: что существует взаимосвязь между личностными и эмоциональными детерминантами и психологическим бесплодием партнёров в супружеских парах.

Гипотеза доказана.

На основе полученных результатов нами были разработаны практические рекомендации для пар, которые переживают психологическое бесплодие. Практические рекомендации основаны на разрешении основных причин психологического бесплодия, а именно: боязнь беременности и тяжелых родов, несохраненное зачатие и безуспешные роды в прошлом, недоговоренность в семье, страх остаться бесформенной, лишиться стройной фигуры, чрезмерное желание быть матерью, страх упущенного времени, постоянный натиск со стороны близких людей, боязнь будущих болей и непредвиденных травм и другие.

Но бесплодие, тем более психологическое -это не приговор, и очень важно за решением этой проблемы обратиться к специалистам- перинатальным акушерам гинекологам и психологам. И часто бывает достаточно одной-двух консультаций, чтобы данная проблема исчезла навсегда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ананьев В. А. Психология здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья //СПб.: Речь. – 2016. – Т. 384.
2. Бабич Е.Г. Совладающее поведение в семье. Социально-психологические особенности совладающего поведения родителей, воспитывающих детей-инвалидов/ Е.Г. Бабич, В.Г. Тактаров. – М. – Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 179 с.
3. Бадагина Л.П. Основы общей психологии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие / Л.П. Баданина. – 2-е изд., стер. – М.: Флинта, 2013. – 448 с.
4. Бежина Х.В. Структура социальной идентичности женщин с нарушениями репродуктивной функции: автореферат канд. псих. наук. Ярославль, 2013.
5. Белинская Е.В. Психологические особенности женщин, страдающих бесплодием/ Е.В. Белинская// Педагогика и психология: актуальные вопросы теории и практики: материалы междунар. Науч.-практ.конф./ редкол.: О.Н. Широков [и др.]. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс». 2013. – С. 148 – 151.
6. Богдан Н.А. Психологические проблемы, сопровождающие проблему бесплодия и возможности оказания психологической помощи в процессе его лечения методом ЭКО// Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: Матер. Всерос. конф.— Иваново, 2014, С. 98–101.
7. Бодров В.А. Личностная детерминация развития и преодоления психологического стресса // Совладающее поведение: современное состояние и перспективы / Под. ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. — М.: Изд-во «Ин-т психологии РАН», 2013.
8. Борисова Н.М. Факторы и детерминанты совладающего поведения (по результатам эмпирических исследований) // Научный форум: Педагогика и психология: сб. ст. по материалам VI междунар. науч.-практ. конф. — № 4(6). — М., Изд. «МЦНО», 2017. — С. 92-96.

9. Василенко Т.Д., Блюм А.И. Бесплодие неясной этиологии как особая кризисная ситуация неопределенности в жизни женщины// Научный электронный журнал INNOVA №1(6) 2017 (предпечатная версия). С. 17 – 19.
10. Грон Е.А. Психологические детерминанты невынашивания беременности. // Журн. практ. психол. 2013. № 4-5 – С. 109 – 119.
11. Дементьева Н. О., Бочаров В. В. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» //Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Социология. – 2014. – №. 1.
12. Дьячкова Е.С. Психологические особенности семей с нарушениями репродуктивного здоровья// Вестник ТГУ, выпуск 9 (125) , 2013. – С. 199 – 207.
13. Ермошенко Б. Г., Крутова В. А. Роль психологических факторов при бесплодии // Успехи современного естествознания. 2015. № 8. С. 17–20.]
14. Земзюлина И.Н. Личностные детерминанты переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции у женщин с привычным невынашиванием беременности // «Семья в современном мире», Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием [Электронный ресурс] / Лазаренко В.А., Шульгина Т.А., Василенко Т.Д. – Текстовое (символьное) электронное издание (4 Мб). – Курск: КГМУ, 2017. – С. 249 – 254.
15. Зинченко В. П. Толерантность к неопределенности: новость или психологическая традиция? Вопросы психологии, 2012, № 6. – С. 3–20.
16. Зыбайло В. С., Филимонова В. Ю., Копытов А. В. Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием // оа – о . С. 82 – 87., - 2013.
17. Карымова О. С. Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин // Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – СПб, 2015.
18. Карымова О.С. Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин / О.С. Карымова// Автореф. дис. канд. псих. наук. – Оренбург: 2014. – 241 с.

19. Краснощеков А.С., Печерский А.В. Эмоциональные факторы в системе личностных детерминант девиантного поведения подростков и юношей // Вестник ТГУ, выпуск 10 (90), 2015. – С. 80 – 84.
20. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. – Кострома, 2014
21. Крюкова Т.Л. Человек как субъект совладающего поведения // Под ред. А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. М.: Ин-т психологии РАН, 2015. – с. 55 – 65.
22. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы, эмоции // Психология эмоций: Тексты. Под ред. В.К Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М., 2014. – С. 162–171.
23. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии - СПб: Издательство «Питер», 2014- 712 с.
24. Литвинова Н. Ю. Психологические ресурсы совладающего поведения в жизнедеятельности человека : монография / Н. Ю. Литвинова; Владим. гос. ун-т им. А. Г. и Н. Г. Столетовых. – Владимир : Изд-во ВлГУ, 2015. – 88 с.
25. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2014. №5 С.18-27.
26. Психологическая и психотерапевтическая коррекция психоэмоциональных расстройств у мужчин с нарушением репродуктивной функции. Научно-информационный материал под руков. Ж.Р. Гарданова. – Москва, 2016. – 21 с.
27. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие// Социальная и клиническая психиатрия. 2006. №3. – С.20-22.
28. Сборник докладов/материалов: Земзюлина И.Н., Особенности телесного опыта беременности у женщин с патологией беременности. Материалы 81-й Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 81-летию КГМУ «Молодежная наука и современность». В 3 частях., КГМУ, КУРСК, 2016, 3, 123 - 123- Русский.

29. Селин А. В. и др. Психологические особенности социального опыта беременных женщин с психосоматическими расстройствами //Международный студенческий научный вестник. – 2015. – №. 6. – С. 96-96.

30. Филиппова, Г.Г., Матушевская Н.В. Взаимосвязь качества привязанности беременной женщины к своей матери в детстве и к мужу во время беременности[Текст]/Г.Г. Филиппова // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2014. – №1-2(2). – с.159-182.

31. Филиппова, Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика[Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. - 2014.- № 6. Режим доступа: <http://medpsy.ru>

32. Филиппова, Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными[Электронный ресурс]/Г.Г. Филиппова. – Режим доступа:<http://www.psymama.ru/articles/f8.html>.

33. Филиппова, Г.Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы[Текст]/Г.Г. Филиппова // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. - 2016. - №1.- С. 101-119.

34. Филиппова, Г. Г. Психология материнства[Текст]: учебное пособие / Г. Г. Филиппова. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2012. - 240 с.

35. Филоненко, А.Л. Становление пренатальной психологической общности как условие здоровой беременности[Электронный ресурс]: автореферат диссертации канд. психол. наук/ А.Л. Филоненко. – Режим доступа:http://www.medpsy.ru/mprj/text/t12_3_16.pdf

36. Шibaева К.С. Психологические детерминанты совладающего поведения мужчин в бесплодном браке: автореферат канд. псих. наук. Москва, 2012. – 150 с.

37. Эйдемиллер, Э.Г., Добряков, И.В., Никольская, И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия[Текст]:учебное пособие для врачей и психоло-

гов. Изд. 2-е, исправленное и дополненное/ Э.Г. Эйдемиллер. - СПб, Речь. 2016. -352 с.

38. Annette L. Stanton,ChristineDunkel-Schetter (1999). Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research. Plenum Press.

39. Domar, A., Seibel, M. (1990). Emotional aspects of infertility. In M. Seibel (Ed.), Infertility: A comprehensive text – pp. 23 – 35.

40. Matthews R., Matthews, A. Infertility and involuntary childlessness: The transition to non- parenthood. Journal of Marriage and the Family, 48, – p. 641 – 649.

41. Mahlstedt P. P. The psychological components of infertility. FertilityandSterility, 43. –pp. 335 – 346.

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Методы статистической обработки экспериментальных данных.

1.Тест Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности

Бланк 1. Шкала ситуативной тревожности (СТ)

№	Суждение	Нет, это не так	Пожа- луй, так	Верно	Совер- шенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4

5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжённости	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбуждён, и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Бланк 2. Шкала личностной тревожности (ЛТ)

№	Суждение	Нико-гда	Почти нико-гда	Часто	Поч-ти все-гда
1	У меня бывает приподнятое на-строение	1	2	3	4

2	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
3	Я легко могу расстроиться	1	2	3	4
4	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
5	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
6	Я чувствую прилив сил, желание работать	1	2	3	4
7	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
8	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
9	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
10	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
11	Я всё принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
12	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
14	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
15	У меня бывает хандра	1	2	3	4
16	Я бываю доволен	1	2	3	4
17	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
19	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
20	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и работах	1	2	3	4

Ключ

Ситуативная тревожность					Личностная тревожность				
СТ	Ответы				ЛТ	Ответы			
№	1	2	3	4	№	1	2	3	4
1	4	3	2	1	1	4	3	2	1
2	4	3	2	1	2	1	2	3	4
3	1	2	3	4	3	1	2	3	4
4	1	2	3	4	4	1	2	3	4
5	4	3	2	1	5	1	2	3	4
6	1	2	3	4	6	4	3	2	1
7	1	2	3	4	7	4	3	2	1
8	4	3	2	1	8	1	2	3	4
9	1	2	3	4	9	1	2	3	4
10	4	3	2	1	10	4	3	2	1
11	4	3	2	1	11	1	2	3	4
12	1	2	3	4	12	1	2	3	4
13	1	2	3	4	13	1	2	3	4
14	1	2	3	4	14	1	2	3	4
15	4	3	2	1	15	1	2	3	4
16	4	3	2	1	16	4	3	2	1
17	1	2	3	4	17	1	2	3	4
18	1	2	3	4	18	1	2	3	4
19	4	3	2	1	19	4	3	2	1
20	4	3	2	1	20	1	2	3	4

2. Шкала депрессии Бекка

ОПРОСНИК:

1

0. Я не чувствую себя расстроенным, печальным.

1. Я расстроен.

2. Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.

3. Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2

0. Я не тревожусь о своем будущем.

1. Я чувствую, что озадачен будущим.

2. Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.

3. Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3

0. Я не чувствую себя неудачником.

1. Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.

2. Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.

3. Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4

0. Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

1. Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

2. Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.

3. Я полностью не удовлетворен жизнью и мне все надоело.

5

0. Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.

1. Достаточно часто я чувствую себя виноватым.

2. Большую часть времени я чувствую себя виноватым.

3. Я постоянно испытываю чувство вины.

6

0. Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.

1. Я чувствую, что могу быть наказан.

2. Я ожидаю, что могу быть наказан.

3. Я чувствую себя уже наказанным.

7

0. Я не разочаровался в себе.

1. Я разочаровался в себе.

2. Я себе противен.

3. Я себя ненавижу.

8

0. Я знаю, что я не хуже других.

1. Я критикую себя за ошибки и слабости.

2. Я все время обвиняю себя за свои поступки.

3. Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9

0. Я никогда не думал покончить с собой.

1. Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.

2. Я хотел бы покончить с собой.

3. Я бы убил себя, если бы представился случай.

10

0. Я плачу не больше, чем обычно.

1. Сейчас я плачу чаще, чем раньше.

2. Теперь я все время плачу.

3. Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11

0. Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.

1. Я более легко раздражаюсь, чем раньше.

2. Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.

3. Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12

0. Я не утратил интереса к другим людям.

1. Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.

2. Я почти потерял интерес к другим людям.

3. Я полностью утратил интерес к другим людям.

13

0. Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.

1. Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.

2. Мне труднее принимать решения, чем раньше.

3. Я больше не могу принимать решения.

14

0. Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.

1. Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.

2. Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.

3. Я знаю, что выгляжу безобразно.

15

0. Я могу работать так же хорошо, как и раньше.

1. Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.

2. Я с трудом заставляю себя делать что-либо.

3. Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16

0. Я сплю так же хорошо, как и раньше.

1. Сейчас я сплю хуже, чем раньше.

2. Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.

3. Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17

0. Я устаю не больше, чем обычно.

1. Теперь я устаю быстрее, чем раньше.

2. Я устаю почти от всего, что я делаю.
3. Я не могу ничего делать из-за усталости.

18

0. Мой аппетит не хуже, чем обычно.
1. Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
2. Мой аппетит теперь значительно хуже.
3. У меня вообще нет аппетита.

19

0. В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
1. За последнее время я потерял более 2 кг.
2. Я потерял более 5 кг.
3. Я потерял более 7 кг.

20

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

Да _____ Нет _____

0. Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
1. Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
2. Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
3. Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21

0. В последнее время я не замечал изменения своего интереса к близости.
1. Меня меньше занимают проблемы близости, чем раньше.
2. Сейчас я значительно меньше интересуюсь межполовыми отношениями, чем раньше.
3. Я полностью утратил либидо интерес.

Интерпритация:

При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

- 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов
- 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)
- 16-19 – умеренная депрессия
- 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)
- 30-63 – тяжелая депрессия

Градуально оценивается выраженность 21 симптома депрессии.

- Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А)
- Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

3. Шкала оценки эмоционального тонуса (ШОЭТ)

Никогда / изредка; Иногда; Часто ; Почти всегда; Постоянно

1. Бывает, что я чувствую беспокойство, не могу усидеть на месте
2. Бывает, я плохо сплю по ночам (не могу уснуть, вижу кошмары)
3. Я слишком критично воспринимаю свои слабости и ошибки
4. Я обеспокоен состоянием своего здоровья
5. Я оптимистично смотрю в будущее
6. Я считаю, что реже достигаю успеха, чем другие люди
7. Я испытываю бодрость
8. Я утомляюсь быстрее, чем раньше
9. Бывает, что, глядя на себя со стороны, я понимаю, что достоин осуждения
10. Я умею радоваться жизни
11. Бывает, что я значительно теряю в весе
12. Я раздражаюсь и досажую больше, чем обычно
13. Я способен рассмеяться и увидеть в том или том событии смешное
14. Бывает, что я говорю, думаю и действую медленнее, чем обычно
15. Мне требуются дополнительные усилия чтобы начать что-либо делать.
16. Мне легко принимать решения
17. Бывает, я испытываю физическое неблагополучие (боли в животе, головные боли и пр.)
18. В некоторых случаях мне трудно собраться с мыслями
19. У меня бывают нарушения аппетита, я не чувствую вкуса того, что ем
20. Мне интересно, что происходит с окружающими меня людьми
21. Бывают ситуации, когда я не принимаю себя таким, какой я есть

22. По утрам я чувствую, что не выспался

23. Бывают ситуации, когда я готов заплакать или плачу без видимых причин

24. Я не слежу за своей внешностью

25. Обычно я спокоен и расслаблен

26. Я живу достаточно полной жизнью

Обработка:

Соматическая субшкала: 2, 4, 8, 11, 14, 17, 19, 22, 23, 24. Никогда – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла, почти всегда – 4 балла.

Психоэмоциональная шкала (прямые вопросы): 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21. Никогда – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла, почти всегда – 4 балла.

Психоэмоциональная шкала (обратные вопросы): 5, 7, 10, 13, 16, 20, 25, 26. Никогда – 4 балла, иногда – 3 балла, часто – 2 балла, почти всегда – 1 балл.

Нормативные показатели:

Установлены следующие тестовые нормы:

до 49 баллов – высокий эмоциональный тонус,

50-56 – ситуативные нарушения эмоционального тонуса,

57-63 – выраженные нарушения эмоционального тонуса,

более 63 – критическое состояние, требующее применения клинических методик для оценки степени выраженности депрессивной симптоматики

4. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич);

1. Ваш сон поверхностный и беспокойный?
2. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
3. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неотдохнувшим)?
4. У Вас плохой аппетит?
5. У Вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Вам трудно бывает заснуть, если Вас что-либо тревожит?
7. Чувствуете ли Вы себя подавленным и угнетенным?
8. Чувствуете ли Вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
9. Замечаете ли Вы. Что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?
10. Замечаете ли Вы, что стали более рассеянным и невнимательным: забываете куда положили какую-нибудь вещь или не можете вспомнить, что только собирались делать?
11. Вас беспокоят навязчивые воспоминания?
12. Бывает ли у Вас ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет?
13. У Вас возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)?
14. Вы не можете сдерживать слезы и плачете?
15. Замечаете ли Вы, что потребность в интимной жизни для Вас стала меньше или даже стала Вас тяготить?
16. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы?
17. Приходит ли Вам мысль, что в Вашей жизни мало радости и счастья?
18. Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?

19. Проверяете ли Вы многократно выполненные действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.?
20. Беспокоят ли Вас боли или неприятные ощущения в области сердца?
21. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает так плохо с сердцем, что Вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «скорую помощь»?
22. Бывает ли у Вас звон в ушах или рябь в глазах?
23. Бывают ли у Вас приступы учащенного сердцебиения?
24. Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают Вас?
25. Испытываете ли Вы в пальцах рук и ног, или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?
26. У Вас бывают периоды такого беспокойства. Что Вы даже не можете усидеть на месте?
27. Вы к концу работы так сильно устаете, что Вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?
28. Ожидание Вас тревожит и нервирует?
29. У Вас кружится голова и темнеет в глазах, если Вы резко встанете или наклонитесь?
30. При резком изменении погоды у Вас ухудшается самочувствие?
31. Вы замечали как у Вас непроизвольно подергиваются голова и плечи, или веки, скулы, особенно, когда Вы волнуетесь?
32. У Вас бывают кошмарные сновидения?
33. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?
34. Ощущаете ли Вы комок в горле при волнении?
35. Бывает ли у Вас чувство, что к Вам относятся безразлично, никто не стремится Вас понять и посочувствовать, и Вы ощущаете себя одиноким?
36. Испытываете ли Вы затруднения при глотании пищи, особенно Вы волнуетесь?

37. Вы обращали внимание на то. Что руки или ноги у Вас находятся в беспоконном движении?
38. беспокоит ли Вас, что вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей(мелодия, стихотворение, сомнения)?
39. Вы легко потеете при волнениях?
40. Бывает ли у Вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?
41. Чувствуете ли Вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?
42. У Вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?
43. Вы плохо переносите транспорт (Вас «укачивает» и Вам становится дурно)?
44. Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?
45. Легко ли Вы обижаетесь?
46. У Вас бывают навязчивые сомнения в правильности Ваших поступков или решений:
47. Не считаете ли Вы, что Ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?
48. Вам часто хочется побыть одному?
49. Вы замечаете, что Ваши близкие относятся к Вам равнодушно или даже неприязненно?
50. Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе?
51. Бывают ли у Вас головные боли?
52. Замечаете ли Вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?
53. Совершаете ли Вы машинально ненужные действия (потирате руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т.д.)?
54. Вы легко краснеете или бледнеете?
55. Покрывается ли Ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнениях?

56. Приходят ли Вам на работе мысли, что с Вами может неожиданно что-то случиться и Вам не успеют оказать помощь?
57. Возникают ли у вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда Вы расстраиваетесь?
58. Приходят ли Вам мысли, что Ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем Вы?
59. Бывают ли у Вас запоры или поносы?
60. Когда Вы расстраиваетесь у Вас бывает отрыжка или тошнота?
61. Прежде чем принять решение Вы долго колеблетесь?
62. Легко ли меняется Ваше настроение?
63. При расстройствах у Вас появляется зуд кожи или сыпь?
64. После сильного расстройства Вы теряли голос или у Вас отнимались руки или ноги?
65. У Вас повышенное слюноотделение?
66. Бывает ли, что Вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?
67. бывает ли, что Вы испытываете сильное чувство голода, а едва начав есть, быстро насыщаетесь?
68. У Вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты Вы сами?

Бланк опросника:

№ вопроса	Оценка	№ вопроса	Оценка	№ вопроса	Оценка	№ вопроса	Оценка
1		18		35		52	
2		19		36		53	
3		20		37		54	
4		21		38		55	
5		22		39		56	
6		23		40		57	
7		24		41		58	
8		25		42		59	

Ключ к тесту: Проставленные испытуемыми баллы переводятся в соответствующие диагностические коэффициенты.

Шкала тревоги

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	-1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,41	1,3
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0,4
37	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1

Шкала невротической депрессии

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0,83
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	-1,18	0	0,46
58	-1,2	-1,26	-0,37	0,21	0,42
68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

Шкала астении

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
3	-1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	-1,18	0	0,79	1,18
14	-1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17
27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

Шкала истерического типа реагирования

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
5	-1,41	-1,25	-0,5	0,4	1,53
21	-1,2	-1,48	-1,26	-0,18	0,67
31	-1,15	-1,15	-0,87	-0,1	0,74
34	-1,48	-1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	-1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	-1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	-1,38	-1,08	-0,64	-0,1	0,52
49	-1,08	-1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	-1,08	-0,38	0,23

Шкала обсессивно-фобических нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
11	-1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	-1,53	-1,38	-0,74	0,23	0,9
19	-1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	-1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	-0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	-1,2	-1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1
66	-1	-0,78	-1,15	-0,52	0,18

Шкала вегетативных нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	-1,56	-1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	-1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	-1,08	-1,5	-0,71	0,19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22
25	-1,15	-1,48	-1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0,9
30	-1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	-1,11	-0,044	0	0,78	0,45

44	-1,51	-0,57	-0,26	0,32	0,63
51	-1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
59	-1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	-1,15	-1	-0,1	0,25
65	-1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

Интерпретация результатов теста:

Суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и выстраивают график. Показатели:

- больше +1,28 - указывает на уровень здоровья,
- меньше –1,28 – болезненный характер выявляемых расстройств.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Табличное представление эмпирических данных.

**Таблица с результатами исследования в
КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЕ.**

Имя	Тре- вога	де- прес- сия	астения	истери- ческий тип реа- гирова- ния	фобич нару- шения	вегета- тивные наруше- ния	ситуа- тивная тревож- ность	личност- ная тре- вожность	Уровень депрес- сии	Эмо- цио- наль- ный тонус
Пара 1(ж)	-0,99	-0,41	-0,34	-0,27	0,97	4,63	34	44	9	47
Пара 2(ж)	4,51	5,8	7,72	7,64	4,73	8,54	26	31	3	37
Пара 3(ж)	4,91	3,54	7,34	0,03	1,47	6,71	28	35	7	34
Пара 4(ж)	5,93	2,92	-2,06	2,08	3,74	2,78	30	39	10	46
Пара 5(ж)	-0,38	2,78	3,43	0,74	2,84	1,82	27	46	10	46
Пара 6(ж)	8,53	7,18	8,79	7,22	4,26	14,3	22	29	6	39
Пара 7(ж)	5,63	4,28	4,7	2,88	4,23	4,02	26	44	3	38
Пара 28(ж)	4,38	1,66	5,67	4,34	4,18	9,95	34	40	7	41

Пара 9(ж)	3,86	2,02	4,2	1,71	1,83	8,65	26	41	1	41
Пара 10(ж)	2,27	3,04	7,02	-0,94	3,69	2,64	39	49	4	43
Пара 11(ж)	2,59	-0,22	6,19	3,77	2,08	4,35	40	49	9	46
Пара 12(ж)	3,89	3,29	6,28	5,18	5,68	12,69	22	48	4	46
Пара 13(ж)	0,87	4,6	7,13	5,75	3,84	8,32	32	41	3	46
Пара 14(ж)	2,29	2,55	1,62	5,76	1,97	8,77	32	42	5	47
Пара 15(ж)	0,68	2,6	5,15	5,39	1,12	2,476	33	44	11	40
Пара 1(М)	5,37	5,64	5,71	3,05	5,01	8,51	27	30	4	39
Пара 2(М)	5,87	6,97	11,07	5,63	5,31	15,14	30	34	4	38
Пара 3(М)	7,32	2,16	5,72	3,69	3,72	7,19	33	38	11	43
Пара 4(М)	3,19	3,83	4,85	-0,44	4,18	2,06	37	36	0	37
Пара 5(М)	3,74	4,55	4,26	1,45	3,13	8,34	28	39	6	47
Пара 6(М)	0,23	-2,47	2,43	0,31	-1,31	7,82	41	60	14	64
Пара 7(М)	5,89	6,26	8,09	5,34	5,22	15,44	23	33	1	33

Пара 8(М)	6,38	6,89	3,61	2,31	1,8	15,94	48	56	10	63	
Пара 9(М)	-0,78	11,01	-2,13	-4,17	-0,36	3,18	64	63	29	70	
Пара 10(М)	2,82	2,52	5,8	4,68	3,37	7,93	32	42	1	47	
Пара 11(М)	4,83	-5,59	-3,2	-1,76	4,8	6,25	44	40	17	66	
Пара 12(М)	3,19	3,83	8,09	4,68	4,18	7,93	23	40	1	44	
Пара 13(М)	1,94	2,85	4,78	4,93	2,17	8,98	44	39	5	47	
Пара 14(М)	5,78	6,34	8,14	5,98	6,6	12,38	36	28	5	38	
Пара 15(М)	6,01	3,96	3,76	1,86	1,41	8,27	43	43	10	50	
Методики	Яхин менделеевич						Спилберг		Бек	ШОЭТ	
среднее зн-е. гр.	3,69	2,74	4,79	2,96	3,19	2,86	33,46	41,43	7	45,43	

хоро- ший	немно- го по- выше- но
нейтрал	плохо

**Таблица с результатами исследования
в ИСПЫТУЕМОЙ ГРУППЕ.**

Имя	тре- вога	депрес- сия	асте- ния	исте- риче- ский тип реаги- рова- ния	фо- бич нару- ше- ния	вегета- тивные нару- шения	ситуа- тивная тре- вож- ность	лично- стная тре- вож- ность	Уро- вень де- прес- сии	Эмоцио- нальный тонус
Па- ра 16(ж)	5,77	1,08	7,8	5,16	-0,01	14,27	37	37	4	48
Па- ра 17(ж)	-1,47	-2,7	0,41	-1,78	0,18	-2,38	52	53	16	66
Па- ра 18(ж)	-2,11	-4,1	-5,3	2,66	-0,45	-1,4	38	47	4	54
Па- ра 19(ж)	-2,7	-8,77	-3,36	-3,51	-3,45	-9,27	66	65	21	69
Па- ра 20(ж)	-0,99	-3,78	4,28	-1,06	-3,35	-0,374	58	57	22	51
Па- ра 21(ж)	2,09	4,33	8,35	3,1	4,37	6,61	54	55	13	54
Па- ра 22(ж)	2,09	4,33	8,35	3,1	4,37	6,61	53	50	13	54
Па- ра 23(ж)	0,81	-5,21	2,71	-12,52	0,53	-3,89	43	54	15	51
Па- ра 24(ж)	-8,92	-11,61	-8,07	-9,66	-10,54	-17,8	67	66	39	76
Па- ра 25(ж)	-1,12	-4,96	-2,28	-0,84	-6,57	-3,09	31	43	14	63

Па- ра 26(ж)	-8,44	-7,83	-5,88	-6,01	-7,28	-10,36	66	74	23	72
Па- ра 27(ж)	-4,1	-2,66	1,32	1,82	1,32	4,11	44	47	10	50
Па- ра 28(ж)	-2,68	-6,88	1,54	-1,79	-4,21	3,99	52	60	21	60
Па- ра 29(ж)	-3,45	-9,49	-2,79	0,43	-3,72	4,18	47	65	22	49
Па- ра 30(ж)	-4,82	-9,65	-5,33	-6,17	-8,5	-7,75	63	65	36	81
Па- ра 16(М)	7,46	3,09	4,34	4,64	1,23	8,21	31	35	8	47
Па- ра 17(М)	0,86	-1,79	4,96	4,02	4,02	3,59	38	43	10	50
Па- ра 18(М)	5,54	4,81	4,49	5,44	2,58	10,75	27	33	7	41
Па- ра 19(М)	6,3	2,88	7,05	7,64	5,4	11,68	35	43	6	41
Па- ра 20(М)	2,81	2,38	6,43	3,13	2,63	11,12	33	43	11	50
Па- ра 21(М)	5,59	6,67	5,93	3,83	3,26	10,27	43	47	4	54
Па- ра 22(М)	5,59	6,67	5,93	3,83	3,26	10,27	38	47	5	69
Па- ра 23(М)	4,67	3,63	6,07	4,52	4,62	5,4	23	29	8	40

Па- ра 24(М)	-2,51	0,84	4,36	-4,17	3,56	-10,6	65	52	23	60	
Па- ра 25(М)	3,51	1	2,7	-1,56	0,37	8,29	29	40	5	45	
Па- ра 26(М)	9,43	4,32	6,45	5,65	4,38	14,16	44	44	6	49	
Па- ра 27(М)	5,17	5,43	6,22	3,2	5,4	8,4	31	41	5	52	
Па- ра 28(М)	5,26	5,72	8,91	3,82	5,08	10,92	39	48	17	54	
Па- ра 29(М)	8,91	7,87	7,68	7,85	5,73	12,97	24	27	6	39	
Па- ра 30(М)	-1,76	-1,98	2,24	-4,12	2,03	1,1	64	52	19	67	
	Яхин мен- делее вич						Спил- берг		Бек	ШОЭТ	
сре дне е зн- е. гр.	1,22	-0,54	2,85	0,68	0,54	3,33	44,5	48,73	13,76	55,2	

хоро- ший
ней- траль ный
не- много повы- шено
плохо
критич

