

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В КОНТЕКСТЕ ЛИЧНОСТНЫХ ПРОТИВОРЕЧИЙ (ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)**

.....

**Г.Ю. Фоменко<sup>1</sup>**

Женское бесплодие является особо эмоционально значимым, поскольку социальная роль женщины неразрывно связана с материнством. Бесплодный брак в первую очередь фрустрирует человека в любви и продолжении рода. Б.И. Меннинг отмечает, что бесплодная пара испытывает постоянную неудовлетворенность в связи с нереализованным родительским потенциалом [24]. А.Д. Крафт и его коллеги описали бесплодие как сложное и болезненное состояние адаптации женщины к этой ситуации (цит. по: [10]). Пары, безрезультатно лечившиеся от бесплодия, в конце концов осознают, что они не смогут иметь ребёнка. Это состояние называют кризисом бесплодия [18] и связывают его прежде всего с проблемой неполноценности.

В психологическом плане бесплодие угрожает также целостности личности и актуализирует проблемы личностной идентичности в первую очередь со стороны «нарушения самооимости и телесного образа». Чувства личной дефектности, потери сексуальной привлекательности и «социальной незаконченности» часто сопровождают этот диагноз.

Применительно к проблеме женского бесплодия МакЭван выделяет ряд ситуаций, при которых следует ожидать у пациенток развития психических нарушений: 1) молодые женщины исповедуют религию, трактующую бесплодие как грех; 2) женщины не имеют нормальных отношений с супругом; 3) женщины подвергались в течение своей жизни различным стрессам; 4) женщины, для которых диагноз инфертильности – неожиданность (например, при отсутствии соматических жалоб) (цит. по [10]).

---

<sup>1</sup> Фоменко Галина Юрьевна – доктор психологических наук, профессор кафедры психологии личности и общей психологии Кубанского государственного университета. Эл. почта: fomgal27@mail.ru

Л.В. Кокс [21], С.А. Морс [25] установили, что «необъяснимое» бесплодие может быть связано с конфликтным детством, различными социальными факторами, неудачными взаимоотношениями в семье, боязнью беременности, материнства, страха перед родами и послеродовыми психозами, противоречием между стремлением к профессиональной деятельности и материнством.

Зарубежные исследователи В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад подчёркивают сложность отграничения и дифференциации применительно к бесплодию личностных факторов, партнёрских конфликтов и отягощающих жизненных ситуаций, поэтому вместо психогенной или психосоматической невозможности беременности они теперь говорят о «функциональной стерильности» [6].

Ф. Александер подчёркивает *решающее значение внутреннего конфликта* и связанной с ним тревожности. Более того, по его мнению, именно бесплодие спасает этих женщин от осознания своих конфликтов, связанных с деторождением [1]. При ретроспективном исследовании 2 000 пар, желающих иметь детей, М. Шаубер [26] обнаружил, что сознательно демонстрируемое желание иметь детей не было убедительно обоснованным и представляло собой скорее симптом, в котором проявлялась разрядка конфликта.

Многие зарубежные исследователи склонны объяснять происхождение бесплодия, особенно психосоматического, с точки зрения психоанализа. Некоторые из них пытаются найти причину бесплодия ещё в раннем детстве. В ходе психосексуального развития различные прямые или косвенные влияния способны выстроить в структуре личности нежелательные схемы, которые позже могут стать причиной *«торможения женской роли»*. При этом существенны особенности представления о беременности и материнстве, сформированные в результате воспитания. Они могут глубоко нарушать их психическое равновесие, и какие-либо отклонения и конфликты в этой сфере приводят к тому, что эти женщины испытывают сильный страх перед беременностью, и *бесплодие* возникает у них как *психологическая защита*. У этих женщин возможно обнаружение *конфликта* между *сознательным желанием забеременеть* и *неосознанным отказом от беременности и материнства*.

В.Д. Менделевич также подчёркивает, что одним из важных вопросов при диагностике состояния бесплодных пациенток считают оценку их *мотивов* иметь ребёнка. У бесплодных супружеских пар мотивы несколько отличаются от традиционных мотивов деторождения. Э. Эриксон предложен термин «генеративность», который отражает не только процесс воспроизводства, но и потребность человека в заботе о ребёнке и ответственность за его воспитание. Имеются и другие причины иметь ребёнка – «удержать мужа», «заполнить пустоту», поддержать семейные традиции и т.д. Для многих пациенток с бесплодием вопрос о мотиве иметь ребёнка оставался неясным и неосознаваемым. Ими приводятся рациональные доводы о том, что ребёнок нужен, например, для «более полной жизни» или для «хорошего партнёрства» [10].

По утверждению ряда авторов [3; 4; 6; 9; 16; 20; 22; 26] в последние десятилетия интерес к проблеме психологических факторов при бесплодии возрос по следующим причинам:

- остаются большие трудности при прояснении генеза идеопатического бесплодия;
- учащаются случаи нарушения эмоциональной сферы и сексуальных расстройств при бесплодном браке;
- ухудшается качество жизни каждого супруга из бесплодной пары.

В связи с этим бесплодие как медицинская и одновременно психологическая и социальная проблема требует комплексного подхода к ее решению с изучением не только клинических аспектов заболевания, но и психологического состояния, семейной ситуации и социальной адаптации бесплодных пациентов [2; 19].

Дискуссионным остаётся вопрос о значении психологических факторов и механизмах их влияния на возникновение этого заболевания.

Очень свежо и по-новому применительно к проблеме женского бесплодия звучат положения концепции личности В.Н. Мясищева, а также реализованные в его исследованиях и работах его учеников попытки рассмотрения организмических изменений личности на всём протяжении онтогенеза. Концепцию В.Н. Мясищева характеризовало целостное понимание человека как единства организма и личности. Функциональные, организменные состояния формируются как следствие события, происходящего в пространстве психической жизни индивида и занимающего определённое место в иерархии системы ценностей личности. Таким образом, в концепции В.Н. Мясищева отношения-связи организма и личности характеризуются двойной направленностью, взаимными зависимостями [12].

Переосмысливая рассмотренные теоретические посылы и исследовательскую фактологию в рамках нового формирующегося направления психологии – психологии человеческого бытия, можно высказать предположение, что устойчивость и сложность преодоления этих состояний заключена в феноменах сложной взаимосвязи и взаимовлияния особенностей личностного бытия пациентов (предпочитаемых способов существования, а в более привычной формулировке – типов жизнедеятельности) и специфики их организмичности. Вероятно, в случае идеопатического бесплодия мы можем интерпретировать факт бесплодия как результат влияния внутриличностной проблематики на особенности организмических проявлений.

В свете сказанного целесообразно рассматривать данную проблему как комплексную (учёт биологических, психологических, социальных факторов), что предполагает рассмотрение бесплодия в плане психосоматического заболевания и психогении, особенно в случаях необъяснимого (идеопатического)

бесплодия, обращение к внутренней картине болезни (ВКБ)<sup>2</sup>, изучение специфики способов существования пациентов до возникновения заболевания и после его диагностирования. Этот глобальный замысел предполагает его поэтапную реализацию в процессе решения более узких и конкретных исследовательских задач.

В данной статье мы ставим перед собой цель проанализировать особенности личностных противоречий и связанных с ними психологических проблем пациентов, предпочитающих разные способы существования (модусы бытия) на этапе диагностирования и лечения бесплодия. Данные жизненные обстоятельства являются для них глубоко психотравматичными и субъективно расцениваются как *экстремальные*.

Как известно, особую значимость в анализе ВКБ приобретает переживание факта болезни самим больным, которое часто выступает в качестве ведущей причины последующих изменений социально-психологического статуса и во многом может определять лечебный и реабилитационный потенциал. Это позволяет продуктивно рассматривать психологию пациента как *субъекта лечебного процесса*, участвующего в нём, переживающего и влияющего на его эффективность. Новая социальная ситуация, в центре которой оказывается возникающая проблема со здоровьем, становится предметом активной внутренней работы самой пациентки, вследствие которой формируется её новая внутренняя позиция, содержание и динамика которой отражают основные изменения в структуре личности [13].

Изучая специфику данного явления (идеопатического бесплодия) в контексте предпочитаемого женщиной модуса бытия личности, мы обращаемся к личности пациента как к *субъекту жизни*. Отношение к новым для себя вопросам не формируется изолированно от всего предшествующего жизненного багажа и характерологических особенностей пациентки, что оказывает влияние на выбор способа существования в данной психотравмирующей ситуации.

По данным наших исследований, за всеми возможными индивидуальными вариациями реагирования просматриваются два основных предпочитаемых способа существования в условиях психотравмирующих аспектов реальности. Один из них мы назвали *экстремальным* – в плане поглощённости негативными аспектами происходящего и *невозможности выйти за пределы* наличных обстоятельств. В его рамках мы имеем различного рода непродуктивные, а часто ущербные типы жизнедеятельности. Второй, в известной степени оппозиционный первому, назван нами *предельным*, поскольку здесь наблюдается *стремление преобразовать имеющиеся ограничения* в пространство внутренней свободы, трансцендировать проблему применительно к жизни в целом и взять на себя ответственность за происходящее. Этот способ существования

<sup>2</sup> Данное понятие последовательно разрабатывается в отечественной психологии [8; 13; 15 и др.].

способствует продуктивному преодолению возникающих проблемных ситуаций.

Выбранный способ существования будет значительно влиять на *качество жизни* пациентов в случае одинакового диагноза и одного и того же прогноза.

Обсуждаемые и анализируемые два модуса бытия личности в условиях болезни являются конкретизацией выделяемых С.Л. Рубинштейном двух основных способов существования человека [14] применительно к *экстремальным условиям жизнедеятельности*. Основными критериями различения двух модусов бытия в этих условиях являются (в плане второго – предельного – модуса бытия) субъектная позиция личности в отношении дихотомии «свобода – детерминизм», рефлексия и ответственность [17].

Модус бытия личности – сложная психологическая категория, однако в практических целях удобно его анализировать через выделение и анализ ценностно-смысловых личностных противоречий в различных жизненных сферах. Анализ этих противоречий позволяет выявить проблемные моменты, требующие психокоррекционного вмешательства, и определить направления работы с психологом.

Нами совместно с врачом БАГК КГМУ, кандидатом медицинских наук В.А. Крутовой были обследованы 125 больных с первичной и вторичной формами бесплодия по методике «незаконченные предложения», модифицированной нами для этой категории больных, полученные данные уточнялись в процессе беседы.

Было выяснено, что 108 пациенток предпочитают экстремальный модус бытия и только 17 чел. – предельный. Сразу же подчеркнём, что указанные модусы бытия личности не являются строго фиксированными, между ними возможны взаимопереходы. Критические точки, служащие основанием подобных флуктуаций, хорошо выделяются с помощью анализа полученного материала.

Сначала рассмотрим в синтетическом виде особенности личностной бытийности пациентов, предпочитающих *предельный способ существования*.

Женщины воспринимают сообщение о своём бесплодии как выпавшее им испытание, совместную семейную проблему и пытаются убедить себя в ее преходящем характере ввиду возможной преодолемости: «Мне кажется, мой диагноз “бесплодие” – это данное мне испытание» (У); «Мне кажется, что диагноз “бесплодие” – это семейный диагноз – мой и мужа», «По сравнению с другими больными бесплодием, я считаю, что у меня всё получится» (Б); «Мне кажется, что мой диагноз “бесплодие” это только временный диагноз» (И.). В то же время уже на первой стадии рассматривается широкий спектр вариантов решения этой проблемы при невозможности самостоятельно родить ребёнка: ЭКО, усыновление, организация и упрочение модели семьи в случае невозможности иметь ребёнка, реализация себя в иных жизненных сферах.

Одновременно эти женщины пытаются осмыслить сообщение о бесплодии в рамках своей судьбы в целом и женской судьбы в частности, задумываются о своей ответственности за существующее положение дел, упрекают себя, прежде всего за халатное отношение к своему здоровью и несвоевременное начало лечения. При этом они достаточно быстро отдают себе отчёт в том, что несвоевременное начало лечения и иные причины в прошлой жизни (например, аборт) были их собственным решением, а следовательно, они сами ответственны за то, что ранее ребёнок не вписывался в их жизненные планы (например, женщина считала возможным иметь ребёнка только в случае узаконенных отношений; ребёнок, рождённый вне брака, рассматривался как препятствие для дальнейшей семейной жизни): *«Мне кажется, что причиной моего заболевания являюсь я сама и необдуманное решение»*; *«В связи с моим заболеванием я столкнулась с проблемой времени»* (Л.).

Кроме того, чувство ответственности распространяется как на прошлое, так и на настоящее и будущее, является выстраданным, эмоциональным, а не просто внешне декларируемым рациональным решением. Центральным звеном решения проблемы пациентки видят самих себя, мобилизуют свои эмоционально-волевые, интеллектуальные ресурсы. Их убеждённость в благополучном исходе решения проблемы подпитывается широким спектром достижений всего предшествующего жизненного периода, умением преодолевать возникающие трудности. При этом любопытно, что настоящая ситуация не расценивается как безнадежная и трагедийная. Для них характерно чувство состоявшейся жизни и ощущение счастья, которое не может поколебать данное сообщение и необходимость длительного лечения: *«Наступит тот день, когда всё будет ещё лучше»* (Б.); *«Считаю, что, несмотря на заболевание, я вполне состоявшаяся женщина»*; *«Горжусь тем, что в большинстве случаев не опускаю руки»* (У.); *«Будущее кажется мне ещё счастливее, чем настоящее, а потому что у меня будет ребёнок, а, может, и два»*; *«Я думаю, что достаточно способна сделать свою жизнь счастливой, интересной и помогать близким мне людям»*; *«Я могла бы быть счастливой. Я обязательно буду очень счастливой»* (И.).

При этом оптимизм сочетается с трезвой, реалистичной оценкой ситуации на фоне значительных эмоциональных переживаний, которые в наиболее отчётливом виде могут быть проиллюстрированы следующими высказываниями: *«Заболевание ограничивает меня в возможности полностью реализоваться как женщине»* (У.); *«В связи с моим заболеванием я столкнулась с проблемой, скорее всего, психологического плана (чувство неполноценности)»*. Пациентка хорошо осознаёт ожидания и значительное давление социального окружения: *«Хотелось бы мне перестать бояться осуждения со стороны людей»*. Она активно пытается разрешить указанную проблему как самостоятельно, так и с помощью близких людей, прежде всего мужа и матери, считает,

что для повышения уверенности в своих силах ей необходимо обратиться за консультацией к психологу. Её также интересует, как относятся к этим психологическим аспектам бесплодия другие больные.

Проблема рождения ребёнка для этой категории пациентов приоритетна, но не сверхценна. Она не ограничивает их социальную активность, не сказывается отрицательно на семейной жизни, взаимоотношениях с близкими, на карьерных устремлениях. Женщины не отмечают негативного влияния данного обстоятельства на их характер, а в ряде случаев указывают только на положительное влияние: *«После того как я заболела, мой характер, я не думаю, что поменялся»* (У); *«После того как я заболела, мой характер стал наиболее твёрдым и настойчивым»* (И.).

О прошлом эти пациентки не сожалеют, однако иногда хотят забыть о допущенных ошибках. Они дорожат своим настоящим, активно строят счастливое будущее.

Отмечается гармония в семейных отношениях, восприятие мужа как заботливого, любящего, понимающего. *«Мои семейные отношения мне очень нравятся, мы с мужем очень любим друг друга и понимаем»*; *«Мой супруг научил меня любить не только его, но и всё сделал для того, чтобы я любила себя»* (И.); *«Мои семейные отношения не страдают от моего заболевания»*; *«Мой супруг относится с пониманием к моей проблеме»* (У); *«Мои семейные отношения стабильные, без потрясений»*; *«Мой супруг любящий, заботливый, добрый, порядочный»* (Б.).

Выявляются также гармоничные отношения в родительской семье, добрые отношения с племянниками, детьми знакомых (без какого-либо эмоционального надрыва): *«Моя семья обращается со мной как с любимой дочерью, любимой женой, любимой сестрой и любимой тёткой»* (И.). Наблюдались также случаи тяжёлых отношений в родительской семье: *«Сделать бы всё, чтобы забыть унижения и издевательство над собой мачехи»* (Л.). Однако данные переживания в основном относятся к прошлому и в достаточной степени эмоционально отреагированы (в частности, не существует предвзятого или завистливого отношения к сводным братьям и сестрам, а также к их детям: *«Считаю, что, несмотря на моё заболевание, я состоялась как любимая тётка своих племянников»*; *«Наибольшую эмоциональную поддержку я получаю от своей семьи (мужа, сестры и подруг)»*).

Это люди, способные к значительной самоотдаче, стремящиеся помочь окружающим, социально активные: *«Я думаю, что достаточно способна сделать свою жизнь счастливой, интересной и помогать близким мне людям»* (И.); *«Моя наибольшая слабость заключается в том, что я хочу по мере возможности всем помочь и сделать приятные сюрпризы»* (Б.); *«Самое главное в жизни – быть нужным и востребованным»*; *«Горжусь тем, что я востребованная»* (Л.).

Анализ рассмотренного материала позволяет выделить основания, по которым можно судить, что женщина предпочла предельный способ существования в условиях диагностирования бесплодия:

1) восприятие ситуации на уровне экзистенциальных противоречий и их заострения, при этом отмечается попытка выйти за пределы наличного существования, трансцендируя проблему;

2) умение продуктивно разрешать возникающие противоречия в различных жизненных сферах (бытийных пространствах);

3) согласованность бытийных пространств, отвечающая субъективным представлениям личности об их приоритетности и соподчинённости;

4) субъектная позиция, отвечающая характеристикам истинной субъектности, действенная активность, адекватная сущностным характеристикам личности, а также содержанию и сути актуальной проблемы;

5) стремление и умение превратить внешние ограничения в пространство внутренней свободы;

6) гибкое самоопределение в рамках дихотомий «жизнь – смерть», «свобода – детерминизм»;

7) модус служения – социальная активность, ориентация на других, способность к значительной самоотдаче, потребность в социальной востребованности.

В характеристике группы пациентов с *экстремальным способом существования* на первый план выступают многочисленные противоречия, характеризующие их ценностно-смысловую и мотивационную сферы в различных жизненных пространствах бытия. Причём пациентки не улавливают и не вычленяют самого факта их наличия и оказываются неспособными к их продуктивному разрешению.

Разберём характер и содержание этих противоречий последовательно.

С одной стороны, выявляется отвержение самого факта наличия болезни, с другой – постоянные ссылки на заболевание как основу тех или иных жизненных ограничений, неудач, неприятностей и невезения: «*Мне кажется, что мой диагноз “бесплодие”... не осознаю себя бесплодной, не вижу проблемы в этом*»; «*Если бы я не заболела, давно родила ребёнка*»; «*Если бы не моя болезнь, не было бы ссор с мужем*» (Ш.).

Семейные отношения конфликтны, причём имелись даже случаи, когда женщина на фоне разлада в семейных отношениях имеет любовника, от которого и получала, по ее словам, эмоциональную поддержку: «*По сравнению с большинством семей моя семья – формальность*»; «*Супружеская жизнь мне кажется неконтролируемой, проходящей*»; «*Мои семейные отношения нестабильны*»; «*Мой супруг живёт своей жизнью*»; «*Моя семья обращается*

со мной, словно они знают лучше меня, чего я хочу»; «Больше всего я хотела бы в жизни быть с любимым человеком»; «Наибольшую эмоциональную поддержку я получаю от любимого человека» (Ш.). К тому же выясняется, что так называемого любимого человека пациентка считает не тем человеком, который ей нужен в жизни, его образ она рисует в своих мечтах, в целом же взаимоотношения с мужчинами ее очень утомляют. Всё это наглядно отражается в следующих противоречивых утверждениях: «Мое скрытое желание в жизни – независимость от всех»; «Хотелось бы перестать бояться одиночества». Как выясняется в дальнейшей работе с пациенткой, ребёнок ей нужен «для себя, чтобы избежать одиночества в будущем». Любопытные результаты дало обсуждение утверждения «Наступит тот день, когда у меня будет сын». В ходе беседы выяснилось, что пациентка не готова психологически к рождению дочери, более того, активно не хочет иметь девочку. Кроме того, утверждение о желании иметь сына делается на фоне заявлений о том, что пациентка не собирается ради этого отказываться от привычного, нездорового образа жизни: «Моя наибольшая слабость заключается в том, что завишу от физических удовольствий»; «Мне трудно ограничивать себя в курении»; «Мне трудно ограничивать себя в развлечениях» (М.).

Причём и данная, и другие пациентки этой группы не видят себя причиной разлада семейных отношений, считая, что для их стабилизации необходимо воздействовать именно на мужа: «По сравнению с большинством семей, моя семья не идеальная»; «Мои семейные отношения не такие, как я хотела»; «Хотела бы поговорить с психологом, как можно влиять на мужа» (М.).

По мнению этих пациенток, именно бесплодие стало причиной изменения характера и эмоционального фона: «После того как я заболела, мой характер стал злобным и скрытым»; «После того как я заболела, мой характер стал капризным, неуравновешенным, эмоциональным» (М.); «После того как я заболела, мой характер стал нудным» (Д.); «В связи с моим заболеванием я столкнулась с проблемой депрессии». Дополнительно противоречие проявляется и в том, что отмечая это, а также утверждая, что «самое главное в жизни – понять себя, внутреннее равновесие», больная отвергает необходимость получения квалифицированной психологической помощи.

Отмечается также разлад в сфере профессиональных отношений, впечатление неудачно выбранной профессиональной ниши, неумение наладить продуктивные отношения с коллегами и руководством.

Пациенты этой группы, как правило, эгоцентричны и считают, что именно окружающие должны подстраиваться под них, подчиняться их желаниям и указаниям: «Больше всего люблю тех людей, которые чувствуют моё настроение». Болезнь для пациентки травматична в том отношении, что она наиболее явно нанесла удар по её стремлению «всё и всех контролировать».

Перспективы дальнейшей семейной жизни безрадостны и безнадежны ещё и потому, что, по мнению пациентки, все известные ей семьи также несчастны: *«Большинство известных мне семей несчастливы вместе».*

Рассмотренные позиции постараемся уточнить, усилить и дополнить на других наглядных примерах.

Данная категория пациентов не отличается верой в себя. У них часто имеются многочисленные страхи перед родами, наркозом и т.п.: *«Большинство моих знакомых не знают, что я боюсь рожать»;* *«Хотелось бы перестать бояться наркоза»* (А.); *«Большинство моих знакомых не знают, что я боюсь бесплодия и в то же время родов»* (Д.). Некоторые страшатся умереть в родах.

Для многих больных характерна переоценка себя, перфекционизм, подчёркивание своей исключительности и индивидуальности, суждения типа: «всё – или ничего», «чёрное или белое», нежелание и неумение видеть жизнь во всей многогранности с полутонами, сложностями и противоречиями: *«Я всегда хотела, чтобы у меня всё получалось»;* *«Думаю, что я достаточно способна во всём»;* *«Горжусь тем, что я индивидуальная»;* *«Мне нравятся, когда люди делают себя лучше всех»;* *«Мое скрытое желание в жизни – получить всё, что хочу»* (М.). При этом любые неудачи, невезение, неприятности приводят к крайностям в эмоциональных способах реагирования: *«Когда мне начинает не везти, я впадаю в депрессию»* (Б.М.); *«Когда мне начинает не везти, часто впадаю в панику, расстраиваюсь раньше времени»;* *«Когда мне начинает не везти, я теряюсь в мыслях и действиях»* (Д.).

Несмотря на заявления, что рождение ребёнка – наиболее актуальная и острая проблема, приоритеты жизненных ценностей как в беседе, так и по результатам методики «незаконченные предложения» выстраиваются этими пациентками совсем по-другому. В частности, это явствует из следующего блока утверждений: *«Если бы не моя болезнь, я бы занималась своей карьерой или семьёй»;* *«Заболевание ограничивает меня в обучении и карьерном росте»;* *«Если бы я не заболела, я бы училась, работала, строила планы на будущее в плане семьи»* (М.). Основная тематика М., затрагиваемая в беседе, – карьерные устремления и необходимость повышения своего профессионального и образовательного уровня, в частности, получение второго высшего образования.

У данной категории пациенток отмечается нежелание ворошить прошлое, связанное с неприятными психотравмирующими моментами, а также со случаями своего ошибочного или недостойного поведения. Они фиксированы на ощущении собственной неполноценности именно из-за невозможности осуществить родительскую функцию: *«Заболевание ограничивает меня в объективной оценке самой себя (считаю себя в какой-то мере неполноценной)»;* *«Если бы я не заболела, чувствовала себя более уверенной, сразу после замужества родила бы ребёнка, как мы и планировали»* (Д.).

В суммированном и кратком виде имеющиеся различия между пациентками с разным модусом бытия личности можно представить следующим образом.

Предельный модус бытия	Экстремальный модус бытия
Надеются на себя	Надеются на чудо и врачей
Обоснованная уверенность в собственной самоэффективности	Необоснованные декларации относительно своей самоэффективности Убежденность относительно своей невозможности конструктивно повлиять на ситуацию
Ощущение своей самооценности	Самоуничижительные тенденции
Гармоничные семейные отношения	Конфликтные отношения
Ничего не хотят изменить в прошлом	Полностью хотят изменить жизнь, начать всё сначала
Отношение к будущему: вариации от смутного, неопределённого до вполне счастливого, с конкретизацией планов и намерений, гибкой перспективой	Отношение к будущему: эйфоричное ожидание чуда и счастья (романтический герой, способный отдать жизнь и т.п.) и собственная пассивность, для которой оправданием является болезнь
Позитивно воспринимают себя, окружающих, другие семьи	Довольно негативно воспринимают окружающих и другие семьи

Пациентки с предельным способом существования воспринимают заболевание как жизненное испытание, вызов судьбы, на который надо ответить достойным образом. Пациентки, предпочитающие экстремальный модус бытия, устанавливают причинно-следственную зависимость от заболевания различного рода последующих жизненных неприятностей и несчастья.

Предельный модус бытия личности по сравнению с экстремальным даёт возможность более гибкого и продуктивного самоопределения в плане экзистенциальных дихотомий «жизнь – смерть», «свобода – детерминизм». В случае экстремального модуса бытия человек либо не поднимается до осмысления данной проблематики, либо осмысляет её неконструктивно.

Резюмируем изложенное.

Проведенное исследование психологических оснований идеопатического женского бесплодия показало, что на первом плане стоят проблемы бытия личности в аспекте предпочитаемых ею способов существования как до возникновения заболевания, так и в связи с осознанием факта его наличия.

В ситуации сообщения диагноза «бесплодие» пациентке необходимо определиться в дихотомиях: «жизнь – смерть» (продолжение себя, личное бессмертие в детях и т.п.); «свобода – детерминизм» (необходимость определиться со степенью своей личной ответственности за сложившуюся ситуацию и

возможность собственного влияния на преодоление внешних и внутренних ограничений).

*Условиями успешности* психологического сопровождения пациентов с бесплодием можно считать ряд показателей:

- субъективное принятие факта заболевания и личностное самоопределение с учётом его наличия при сохранении целостности жизни и без ущерба для её жизнедеятельности;
- способность к продуктивному разрешению противоречий в различных личностных бытийных пространствах;
- ответственность за принятие жизненных решений.

Повышается вероятность выбора предельного модуса бытия, когда самостоятельно происходит обращение к экзистенциальным дихотомиям и своя проблема вводится в круг более высоких смысловых образований.

Благодаря модусу бытия, отвечающему по своим параметрам предельному, увеличивается возможность достижения и сохранения высокого качества жизни даже в том случае, если в процессе лечения не наступила беременность. Повышение степени осознания мотивационных оснований и содержания своего способа существования через анализ и продуктивное разрешение ценностно-смысловых противоречий способствует адекватному самоопределению личности не только по отношению к своему заболеванию, но и жизни в целом.

### **Библиографический список**

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004.
2. Анохин Л.В., Коновалов О.Е. Бесплодие в браке // Мед. ун-т им. И.П. Павлова. Рязань, 1995.
3. Анохин Л.В., Коновалов О.Е. Индивидуальное прогнозирование риска первичного и вторичного женского бесплодия // Акушерство и гинекология. 1992. № 3.
4. Братусь Б.С. Смысловая сфера личности // Психология личности в трудах отечественных психологов / сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. СПб.: Питер, 2001.
5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: краткий учебник / пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предисл. В.Г. Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
6. Веропотвелян П.Н., Тимошенко Л.В. Возможности диагностики бесплодного брака в амбулаторно-поликлинических условиях в крупном промышленном центре (женское бесплодие) Малиенко Н.Д. [и др.] // Журнал экспериментальной и клинической медицины. 1981. Т. 21, № 2.
7. Дейнека Н.В. Психологические проблемы женского бесплодия: диагностика и пути коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2001.
8. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М.: Медицина, 1982.

9. Кулаков В.И., Пшеничникова Т.Я., Вихляева Е.М. Проблемы и перспективы исследований по проблеме «Бесплодный брак» // Акушерство и гинекология. 1989. № 7.
10. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М.: «МЕДпресс», 1999.
11. Менеgetti А. Психосоматика. М.: ННБФ «Онтопсихология», 2004.
12. Мясищев В.Н. Основы общей и медицинской психологии. Л.: Изд-во ЛГУ, 1969.
13. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во МГУ, 1987.
14. Рубинштейн С.А. Бытие и сознание. Человек и мир. СПб.: Питер, 2003.
15. Ташлыкoв В.А. Клинико-психологическое исследование «внутренней картины болезни» при неврозах в процессе их психотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии. 1981. Вып. 11.
16. Филиппов О.С., Радионченко А.А. Эпидемиологическое изучение индивидуального риска развития бесплодия // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1999. № 4.
17. Фоменко Г.Ю. Личность в экстремальных условиях: два модуля бытия. Краснодар: КубГУ, 2006.
18. Шенкер Дж. Стресс и бесплодие // Акушерство и гинекология. 1993. № 2.
19. Abbey A., Halman L.J., Andrews F.M. Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility // Fertil. Steril. 1992. Vol. 57, № 1.
20. Behrman S.J., Kisther R.W. A rational approach to the evaluation of infertility // Progress in infertility. 1975.
21. Cox L.W. Infertiliti: a comprehensive programme / L.W. Cox // Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1975. Vol. 82, № 1.
22. Harrison R.F. [et al] Stress profiles in normal infertile couples // Advances in Diagnoses and Treatment of infertility. Amsterdam: Elsevier, 1987.
23. Kerr J. Опыт лечения бесплодных супружеских пар в Великобритании: результаты исследования, выполненного в 1997 году / J. Kerr // Проблемы репродукции. 1999. № 4.
24. Menning B.E. The emotional needs of infertile couples // Fertil. Steril. 1980. Vol. 34, № 3/4.
25. Morse C.A., Van Hall E.V. Psychosocial aspect of infertility: A review of current concept // Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1987. Vol.6, № 3.
26. Stauber M. Psychosomstischen Untersuchungen zur sterilen Partnerschaft // Gynaekologie. 1982. Vol. 15, № 4.
27. Zech H. Психологическая диагностика и терапия при бесплодии // Проблемы репродукции. 1995. № 1.