

В. С. Зыбайло, В. Ю. Филимоненкова, А. В. Копытов

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Проблема психогенного бесплодия приобретает всё более актуальное значение в современном обществе. В статье рассматриваются социально-психологические паттерны, которые могут выступать в роли психогенных факторов, влияющих на инфертильность. Было обследовано 60 женщин с диагнозом идиопатическое бесплодие, неоднократно имевших в анамнезе безуспешные попытки забеременеть, и 30 женщин, находящихся на различных сроках беременности. Представлены результаты сравнительного анализа личностно-психологического статуса женщин обеих изучаемых групп. В процессе исследования установлено, что у лиц, страдающих бесплодием, имеются личностно-психологические и особенности межличностных семейных отношений, которые могут выступать в качестве вероятностных патогенетических факторов. Акцентировано внимание на том, что их следует учитывать при проведении профилактических мероприятий и комплексного лечения бесплодия.

Ключевые слова: бесплодие, женщины, психологические, семейно-социальные факторы, удовлетворенность браком, сексуальный профиль.

V. S. Zybailo, V. Yu. Filimonenkova, A. V. Kopytov

STUDY OF INDIVIDUAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INFERTILE WOMEN

Psychogenic infertility is a very actual modern problem. The article deals with the social and psychological patterns that can serve as psychogenic factors affecting infertility. We examined 60 women with idiopathic infertility, who had unsuccessful attempts to get pregnant, and 30 women at different stages of pregnancy. The article contains results of the comparative analysis of personal and psychological status of women of both groups. The study found that women suffering from infertility have some personal, psychological and interpersonal family features that can act as a probabilistic pathogenetic factors. These features should be taken into account in prevention and comprehensive treatment of infertility.

Key words: infertility, women, psychological, family and social factors, marital satisfaction, sexpersonality test.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), проблема бесплодия в современном обществе является одной из актуальных медико-социальных проблем. Ежегодно регистрируется 2–2,5 млн новых случаев мужской и женской инфертильности и этот показатель не имеет тенденции к снижению [5]. Отечественные и зарубежные исследователи, занимающиеся изучением бесплодия как социальной проблемой, считают, что бесплодие является причиной уменьшения народонаселения и трудовых резервов, способствует повышению числа разводов и снижению социальной активности личности. В совокупности это представляет проблему общемирового значения [1]. В Республике Беларусь частота бесплодных браков составляет 14,5%, что приближается к критическому уровню установленному ВОЗ [2]. Прогрессирующее ухудшение репродуктивного здоровья населения и демографическая ситуация в нашей стране, позво-

ляет отнести проблему фертильности к приоритетным клиническим и социальным направлениям [6].

По определению ВОЗ, брак считается бесплодным, если беременность не наступает в течение одного года активной половой жизни без использования контрацепции [8]. Следует учитывать, что бесплодный брак может быть обусловлен как мужским, так и женским фактором. Среди многообразия форм женского бесплодия особую группу представляют пациентки с так называемым бесплодием «неясной этиологии». По данным, приведенным в различных источниках, количество женщин с таким диагнозом колеблется от 4 до 40% от общего количества инфертильных. Диагноз «неустановленное» («психогенное», «идиопатическое») бесплодие ставится в том случае, если пациентка и ее постоянный партнер прошли определенное стандартное медицинское обследование на предмет выявления биологических причин нарушения репродуктивной

функции и результаты данного обследования говорят о биологической фертильности пары [3].

Невозможность рождения ребенка – одна из самых тяжелых хронических психотравмирующих ситуаций в семье [6]. Такое явление как материнство необходимо рассматривать не только с физиологической, но и психологической и социальной сторон. Материнство является уникальной ситуацией развития личности женщины, необходимой для ее самореализации, обеспечивающая выполнение важнейших социальных ролей и становление идентичности женщины в целом. Усвоенные в течение жизни пренатальные ценности и специфические ролевые предписания обуславливают психотравмирующее восприятие женщиной бесплодного брака, переживание фрустрации, особое ее отношение с миром и своей личностью [4]. Кроме того общество имеет свои устойчивые социальные установки и ценности, превозносящие роль материнства, утверждающие обязательное родительство – «пронатализм» [10]. Формированию негативного образа «Я» и развитию чувства неполноценности в связи с бесплодием так же способствуют такие индивидуальные особенности женщин как ориентация на мнения и оценки социального окружения, когнитивная недифференцированность в социальной перцепции, наличие в субъективной картине мира иррациональных представлений о женственности и материнстве. Бесплодие заставляет менять жизненные установки, требует переоценки ценностей, вносит элемент стресса в отношения между партнерами. Каждая пятая супружеская пара страдающая бесплодием нуждается в психологической помощи, переживает трудности, а порой и отчаяние от невозможности родить ребенка [1].

Результаты исследования соотношения между эмоциональным состоянием и фертильностью носят противоречивый характер, соответственно, предложены две модели. Первая заключается в том, что бесплодие представляет собой причину нервно-психических расстройств, которые появляются после осознания женщиной своей бесплодности, другая же напротив, рассматривает факт бесплодия, как следствие нервно-психических нарушений. Психогенная теория бесплодия отрицается некоторыми авторами в связи с отсутствием заметной разницы уровня стресса у лиц с бесплодием и контрольной группой здоровых женщин. В то же время, многие авторы считают, что психо-эмоциональные расстройства можно считать патогенетическим звеном бесплодия, причем психическое состояние рассматривается как результат взаимодействия нескольких факторов: соматических, индивидуальных психологических особенностей и генитальной патологии [10]. Сторонники психосоматического направления рассматривают неспособность женщины к зачатию и вынашиванию как конфликт между сознательным желанием забеременеть и неосо-

знанным отказом от беременности и материнства. L. W. Cox (1975) считал, что необъяснимое бесплодие может быть связано с конфликтными детством, неудачными взаимоотношениями в семье, боязни беременности, материнства, страха перед родами, и послеродовыми психозами, противоречием между стремлением к профессиональной деятельности и материнством [9].

Пребывание в постоянном напряжении действительно снижает вероятность наступления беременности. На физиологическом уровне длительный стресс накладывает отпечаток на деятельность всех органов и систем, в том числе происходят изменения в яичниках, маточных трубах и в шейке матки, ослабевает иммунитет. Постоянный стресс затрагивает и высшие центры мозга, что провоцирует гормональные сдвиги, резко снижающие вероятность зачатия. Кроме того, для женщин с диагнозом неясного бесплодия характерны дезадаптивные формы переживания стрессовых ситуаций в форме соматизации.

Распознать психологический фактор при благоприятной обстановке возможно лишь при доверительном контакте женщины с лечащим врачом и опытным психологом. Часто психогенное бесплодие не диагностируется или такой фактор возникновения бесплодия игнорируется врачом или пациенткой, после чего начинаются поиски альтернатив естественному зачатию [7].

В настоящее время эффективным методом решения проблемы бесплодия считается использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в частности, метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), однако эффективность данной методики, едва приближается к 30%. Переживание бесплодия само по себе вызывает сложные психологические состояния, а использование ВРТ сопровождается дополнительными специфическими переживаниями, связанными с процессом лечения. По данным некоторых исследований женщинам, подвергшимся лечению методом ВРТ, свойственны высокий уровень тревожности, наличие депрессивных расстройств, психическая дезадаптация. В свою очередь, это может отрицательно влиять на результат ЭКО. Ряд авторов указывает на целесообразности организации специализированной психологической помощи бесплодным женщинам, в том числе при лечении методом искусственного оплодотворения, что будет способствовать повышению эффективности лечения бесплодия в программах ВРТ [8].

Цель исследования: установить социально-психологические паттерны, выступающие в качестве вероятностных патогенетических факторов у лиц, страдающих бесплодием, для оптимизации и повышения эффективности терапии infertility.

Материалы и методы. В ходе работы было обследовано 90 женщин, обратившихся в «Центр

Оригинальные научные публикации

репродуктивной медицины» города Минска. Основную группу (ОГ) составили 60 женщин, страдающих бесплодием. В контрольную группу (КГ) вошли 30 беременных женщин, находящихся на разных сроках беременности. Анализ личных анкет пациенток позволил выявить некоторые основные социально-демографические характеристики для основной и контрольной группы. Данные приведены в таблице 1.

Таблица 1. Общая характеристика выборки

	ОГ	КГ
Средний возраст женщин, лет	33,0 ± 5,1	27,8 ± 3,7
Средняя длительность брака, лет	7,2 ± 3,9	4,9 ± 2,6
Средний возраст начала половой жизни, лет	17,2 ± 1,9	18,2 ± 1,9

Критерии исключения: из исследования были исключены субъекты с наличием органических причин бесплодия.

Критерии включения: женщины, неоднократно имевшие в анамнезе безуспешные попытки забеременеть.

Для обследования использовались следующие методики: личная анкета, пятифакторный опросник личности, опросник удовлетворенности браком, тест-опросник сексуального профиля, шкала депрессии Бека, шкала ситуативной и личностной тревожности Спилберга–Ханина. Все пациентки дали добровольное согласие на участие в исследовании. Для анализа и обработки полученных данных использовалась программа SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных исследований установлено, что в ОГ достоверно меньше лиц, которые оценивают брак своих родителей как удавшийся – 58,3%, КГ – 73,3% ($\chi^2 = 8,038$; $p < 0,05$).

Следует отметить, что в КГ все субъекты, которые считали брак родителей неудачным, также оценивали свой собственный брак несостоятельным. В ОГ количество лиц, которые считали свой брак неудачным, было больше, тех кто оценивал родительский брак несостоятельным ($\chi^2 = 9,8$; $p < 0,05$). Поэтому, можно предполагать в ОГ некоторые когнитивные особенности взглядах на брак и механизмы переноса системы семейных отношений в родительской семье на уклад в своей собственной.

Было рассчитано отношение шансов риска инфертильности при наличии негативной оценки брака родителей. Установлено, что при наличии негативной оценки брака родителей, более чем в 3 раза повышается риск неудачной беременности (OR = 10,4; 95% CI [3,75–28,78]; AUC = 0,75; $p < 0,05$).

На вопрос, о наличии у себя переживания по поводу будущей беременности/родов, положительный ответ дали 85,0% женщин ОГ и только 13,3% женщин КГ ($\chi^2 = 43,223$; $p < 0,05$).

В таблице 2 представлены данные опросника сексуального профиля.

Таблица 2. Данные опросника сексуального профиля

	ОГ	КГ	p
Экспрессивность	5,2 ± 0,29	7,5 ± 0,32	$p < 0,05$
Смелость	5,7 ± 0,29	5,1 ± 0,41	–
Корысть	3,3 ± 0,28	1,3 ± 0,33	$p < 0,05$
Избирательность	7,2 ± 0,21	5,5 ± 0,39	$p < 0,05$
Гиперсексуальность	2,4 ± 0,28	5,4 ± 0,51	$p < 0,05$
Щепетильность	7,1 ± 0,26	4,8 ± 0,34	$p < 0,05$
Нежность	6,3 ± 0,19	7,6 ± 0,26	$p < 0,05$
Жертвенность	5,8 ± 0,28	7,9 ± 0,42	$p < 0,05$
Ответственность	6,0 ± 0,20	8,4 ± 0,23	$p < 0,05$
Любовь как высшая ценность	6,5 ± 0,19	7,9 ± 0,15	$p < 0,05$
Ревность	5,3 ± 0,40	3,9 ± 0,30	$p < 0,05$
Разнообразие	4,5 ± 0,25	4,7 ± 0,34	–
Фемининность	5,3 ± 0,27	7,3 ± 0,24	$p < 0,05$
Нежелательность сексуальных контактов на службе	6,2 ± 0,31	4,0 ± 0,28	$p < 0,05$

Исходя из представленных данных установлено, что у лиц ОГ по сравнению с КГ достоверно выше такие показатели как: «корысть» – ориентация на материальную выгоду в сексуальном общении; «избирательность» – строгие критерии в оценке сексуального партнера, высокая избирательность; «щепетильность» – чрезмерное внимание к обстановке, в которой осуществляются интимные контакты, брезгливость к неряшливости партнера; «ревность» – сильное чувство ревности, неумение справиться с подозрительностью, конфликты на почве ревности; «нежелательность сексуальных контактов на службе».

Женщин из КГ отличают от лиц ОГ более высокие цифры по показателям: «экспрессивность» – бурное проявление своих чувств, эмоциональная выразительность, раскованность в реакциях; «гиперсексуальность» – высокая степень сексуальной активности; «нежность» – проявление нежности, чуткости, ласки по отношению к сексуальному партнеру и его окружению; «жертвенность» – свои интересы отодвигаются на второй план, использование своих сил, возможностей для решения проблем сексуального партнера, большая самоотдача в любви; «ответственность» – высокое чувство долга, стремление взять на себя ответственность за сексуального партнера и последствия сексуальных отношений; «любовь как высшая ценность» – вера в любовь как в высшее чувство, умение сохранить его даже при неблагоприятных условиях; «фемининность» – женственность, тонкость, изысканность, интуитивность, проявление деятельности, свойственной женщинам.

Показатели «смелость» и «разнообразие» не имели достоверных различий.

Было рассчитано отношение шансов риска инфертильности при наличии беспокойства о предстоящих беременности/родах. Установлено, что при наличии данного рода беспокойства, более чем

в 10 раз повышается риск неудачной беременности (OR = 10,4; 95% CI [3,75–28,78]; AUK = 0,75; p < 0,05).

С помощью опросника сексуального профиля так же были выявлены следующие достоверные данные: в ОГ достоверно больше лиц не способных испытывать сильные страдания от неразделенной любви или потери любимого человека – 86,7%, КГ – 56,7% ($\chi^2 = 18,720$; p < 0,05); женщины ОГ более склонны к потребности быть любимой, нежели любить самой – 50%, КГ – 10% ($\chi^2 = 13,780$; p < 0,05); показатель удовлетворенности сексуальной жизнью в ОГ составил 63,3%, в КГ – 86,7% ($\chi^2 = 5,300$; p < 0,05).

Данные полученные при оценке особенностей личностного статуса по пятифакторному опроснику личности отражены в таблице 3.

По вторичным факторам опросника у лиц с бесплодием наблюдается преобладание таких качеств как: «отделенность» (стремление быть независимым и самостоятельным; холодное отношение к другим

людям, часто не понимают тех, с кем общаются; свои интересы ставят превыше интересов других людей; для достижения целей используют все доступные им средства); «эмоциональная сдержанность» (самодостаточность, уверенность в своих силах, спокойствие, постоянны в своих планах); «практичность» (вера в материальные ценности больше, чем в отвлеченные идеи; такие люди не любят резких перемен в своей жизни, предпочитая постоянство и надежность; проявляют завидную настойчивость, воплощая в жизнь свои планы).

По первичным факторам в ОГ более выражены такие черты как: доминирование, замкнутость, равнодушие, соперничество, подозрительность, непонимание, самоуважение, безответственность, тревожность, беззаботность, напряженность, депрессивность, эмоциональная лабильность, консерватизм, реалистичность, неартистичность, нечувствительность, ригидность.

Таблица 3. Данные пятифакторного опросника личности

Факторы	ОГ	КГ	p
<i>Вторичные факторы</i>			
Экстраверсия – Интроверсия	48,2 ± 1,11	49,3 ± 2,01	–
Привязанность – Отделенность	48,6 ± 1,37	62,0 ± 2,13	p < 0,05
Контролирование – Естественность	53,2 ± 1,30	55,9 ± 1,54	–
Эмоциональность – Сдержанность	55,0 ± 1,15	44,9 ± 2,15	p < 0,05
Игривость – Практичность	46,1 ± 1,10	56,0 ± 0,96	p < 0,05
<i>Первичные факторы</i>			
Активность – Пассивность	9,8 ± 0,32	9,2 ± 0,51	–
Доминирование – Подчиненность	11,5 ± 0,33	10,1 ± 0,58	p < 0,05
Общительность – Замкнутость	8,9 ± 0,38	10,6 ± 0,67	p < 0,05
Поиск впечатлений – Избегание	8,2 ± 0,31	9,1 ± 0,61	–
Привлечение внимания – Избегание	9,7 ± 0,37	10,6 ± 0,51	–
Теплота – Равнодушие	10,7 ± 0,36	13,5 ± 0,43	p < 0,05
Сотрудничество – Соперничество	10,0 ± 0,42	12,2 ± 0,50	p < 0,05
Доверчивость – Подозрительность	7,9 ± 0,32	11,9 ± 0,56	p < 0,05
Понимание – Непонимание	9,9 ± 0,37	12,2 ± 0,53	p < 0,05
Уважение других – Самоуважение	10,1 ± 0,39	12,5 ± 0,56	p < 0,05
Аккуратность – Неаккуратность	11,6 ± 0,29	11,9 ± 0,48	–
Настойчивость – Слабоволие	11,2 ± 0,36	11,4 ± 0,46	–
Ответственность – Безответственность	10,8 ± 0,35	12,4 ± 0,39	p < 0,05
Самоконтроль – Импульсивность	10,1 ± 0,32	10,1 ± 0,40	–
Предусмотрительность – Беспечность	9,6 ± 0,32	10,8 ± 0,39	p < 0,05
Тревожность – Беззаботность	11,9 ± 0,30	10,3 ± 0,59	p < 0,05
Напряженность – Расслабленность	11,5 ± 0,29	8,2 ± 0,60	p < 0,05
Депрессивность – Эмоциональная комфортность	11,0 ± 0,30	7,9 ± 0,60	p < 0,05
Самокритика – Самодостаточность	9,6 ± 0,33	9,7 ± 0,58	–
Эмоциональная лабильность – Эмоциональная стабильность	11,1 ± 0,35	8,8 ± 0,65	p < 0,05
Любопытство – Консерватизм	9,0 ± 0,32	11,4 ± 0,28	p < 0,05
Мечтательность – Реалистичность	10,0 ± 0,32	11,8 ± 0,54	p < 0,05
Артистичность – Неартистичность	9,2 ± 0,28	11,3 ± 0,45	p < 0,05
Сенситивность – Нечувствительность	9,6 ± 0,34	12,6 ± 0,40	p < 0,05
Пластичность – Ригидность	8,3 ± 0,21	9,7 ± 0,49	p < 0,05

■ Оригинальные научные публикации

Согласно данным полученным при анализе результатов тест-опросника Столина, степень удовлетворенности браком у лиц ОГ, в сравнении с КГ, достоверно ниже ($37,0 \pm 0,90$ баллов в ОГ и $44,0 \pm 0,61$ баллов в КГ, $p < 0,05$).

Также проводилась оценка ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергер–Ханина. В ОГ выявлен умеренный уровень ситуативной тревожности ($41,3 \pm 0,67$ баллов, $p < 0,05$) и повышенный уровень личностной тревожности ($49,2 \pm 0,81$ баллов, $p < 0,05$). В КГ ситуативная тревожность отсутствует ($25,1 \pm 0,99$ баллов, $p < 0,05$), личностная тревожность выражена умеренно ($33,7 \pm 1,17$ баллов, $p < 0,05$).

Общий уровень депрессии, при оценке по шкале Бэка, в группе бесплодных женщин оценивается как умеренный ($18,3 \pm 0,60$ баллов, $p < 0,05$), в контрольной группе депрессивные симптомы отсутствуют ($5,1 \pm 0,50$ баллов, $p < 0,05$).

В представленных опросниках по исследованию состояния тревожности и депрессии имеются соответствующие балльные оценки, определяющие наличие и отсутствие данных психологических феноменов. В зависимости от этих показателей субъектов ОГ и КГ разделили на подгруппы лиц с наличием или отсутствием личностной и ситуативной тревожности, а также депрессии. После выполнения данной процедуры произвели оценку влияния этих психологических феноменов на риск infertility. Установлено, что депрессивность (OR = 79,8; 95% CI [10,02–634,5]; AUK = 0,9; $p < 0,05$), ситуативная (OR = 383,5; 95% CI [40,8–3599,9]; AUK = 0,92; $p < 0,05$) и личностная (OR = 14,5; 95% CI [2,92–71,9]; AUK = 0,65; $p < 0,05$) тревожность повышают риск невозможности забеременеть.

При проведении корреляционного анализа были выявлены следующие значимые взаимосвязи: в ОГ количество проведенных лет в браке находится в прямой взаимосвязи с такими показателями как «корысть» ($r = +0,301$; $p \leq 0,05$), «ревность» ($r = +0,273$; $p \leq 0,05$) и общим уровнем депрессии ($r = +0,795$; $p \leq 0,05$); в обратной корреляционной связи с показателями «экспрессивность» ($r = -0,303$; $p \leq 0,05$), «гиперсексуальность» ($r = -0,262$; $p \leq 0,05$), «нежность» ($r = -0,262$; $p \leq 0,05$), «жертвенность» ($r = -0,408$; $p \leq 0,05$); в КГ количество проведенных лет в браке находится в прямой взаимосвязи с показателями: «нежность» ($r = +0,364$; $p \leq 0,05$), «ответственность» ($r = +0,441$; $p \leq 0,05$) и уровнем удовлетворенности браком ($r = +0,427$; $p \leq 0,05$); и в обратной корреляционной связи с уровнем ситуативной ($r = -0,403$; $p \leq 0,05$) и личностной тревожности ($r = -0,374$; $p \leq 0,05$).

На основании полученных данных можно сделать следующие **выводы**:

1. У лиц, страдающих бесплодием, имеются личностно-психологические и межличностные семейные особенности, которые могут выступать в роли психогенных факторов влияющих на infertility.

2. Женщины, страдающие бесплодием, достоверно чаще оценивают собственный брак и брак своих родителей как неудавшийся, что повышает риск infertility.

3. Для бесплодных женщин характерны индивидуально-психологические особенности проявляющиеся в виде следующих личностных факторов: вторичных – отделенность, эмоциональной сдержанность и практичность; первичных – доминирование, замкнутость, равнодушие, соперничество, подозрительность, самоуважение, безответственность, тревожность, нечувствительность, напряженность, депрессивность, консерватизм и ригидность.

4. У женщин с бесплодием в сексуальных отношениях доминируют такие качества как: корысть, ревность, избирательность и щепетильность, которые усугубляются с увеличением стажа брака, а также уменьшается склонность к потребности быть любимой, экспрессивность, гиперсексуальность и нежность.

5. В группе женщин страдающих бесплодием значительно повышен уровень ситуативной/личностной тревожности и депрессии, что является базой для формирования соответствующих эмоциональных состояний личностных особенностей, повышающих риск несостоятельности иметь нормальную беременность.

6. Результаты данного исследования свидетельствуют о целесообразности организации специализированной психологической помощи в центрах ЭКО и реализации профессионального подхода к ведению таких пациенток, что будет способствовать повышению эффективности лечения бесплодия в программах ВРТ.

Литература

1. Апресян, С. В. Медико-психологические аспекты бесплодия / С. В. Априсян, А. А. Абашидзе, В. Ф. Аракелян // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2013. – № 1. – С. 8–9.
2. Барсуков, А. Н. Итоги работы организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям в 2009 году. Задачи на 2010 г. / А. Н. Барсуков // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2010. – № 2. – С. 12–25.
3. Дементьева, Н. О. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» / Н. О. Дементьева // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2010. – № 1. – С. 131–139.
4. Евсеева, М. Л. Некоторые специфические аспекты формирования половой идентичности / М. Л. Евсеева // Психическое здоровье. – 2012. – № 8. – С. 69–75.
5. Иванова, А. Р. Медико-психологические аспекты женского бесплодия: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / А. Р. Иванова. – Москва, 2010. – № 2. – 26 с.
6. Крутова, В. А. Причины женского бесплодия / В. А. Крутова, Б. Г. Ермошенко // Успехи современного естествознания. – 2005. – № 11. – С. 16–19.
7. Лесная, И. Н. Психогенное бесплодие / И. Н. Лесная // Здоровье Украины. – 2011. – № 3. – С. 61–67.

8. *Мурашко, О. О.* Психологические особенности переживания женщиной бесплодия и преодоления его с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / О. О. Мурашко // Социально-психологическое измерение развития семьи: материалы науч.-практ. семинара / Центр экологии семьи, Институт социальной и политической психологии. – Киев, 2005. – С. 133–139.

9. *Нозикова, Н. В.* Отношение к будущей беременности и родам в структуре сознания девушек 15–17 лет /

Оригинальные научные публикации

Н. В. Нозикова // Психическое здоровье. – 2012. – № 9. – С. 76–79.

10. *Петрова, Н. Н.* Особенности психического состояния и личностно-психологические характеристики женщин с бесплодием, подвергающихся лечению методом ЭКО / Н. Н. Петрова, Е. Н. Подольхов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – № 3. – С. 115–121.

Поступила 17.10.2014 г.