

у 1/3 плодов с удлинением верхней части ДК, причем такая деформация приходилась почти на 1/3 всех подковообразных ДК. Я также находил такие связки у 44,5% плодов с V-образной ДК и у 23,6% плодов с полукольцевидной ДК. Эти формы ДК встречались у плодов 14-36 нед. с почти одинаковой частотой, но на них приходилось только 19% от всего изученного материала. Иначе говоря, описанные 23 брюшинные связки были мной обнаружены у 22 плодов человека со значительными деформациями ДК – у 8 плодов с удлинением верхней части ДК в виде подковы (и только у 2 плодов с типичной «подковой»), у 5 плодов с V-образной ДК, у 2 плодов с ромбовидной ДК (удлинение верхней части V-образной ДК), у 2 плодов с U-образной ДК, у 3 плодов с полукольцевидной ДК (персистенция эмбрионального состояния в связи с задержкой задних сращений корня брыжейки ДК). Представленные данные позволяют сделать следующие выводы:

1) отклонения в морфогенезе ДК у плодов, связанные с нарушением обычного хода вторичных сращений брюшины, сочетаются со значительным учащением образования перечисленных выше брюшинных связок;

2) указанные выше деформации ДК связаны с торможением (удлинение верхней ча-

сти) или запаздыванием ее задних сращений (V-образная и U-образная формы, а также полукольцевидная форма у плодов 10 нед и старше).

В 7 случаях с ЖПДС (2) и с ЖПОС (5) ДК имела U-образную форму (2 из 2 случаев ее обнаружения), полукольцевидную форму (2 из 3 случаев), V-образную форму (1 из 5 случаев), подковообразную форму с удлинением верхней части (2 из 8 случаев), в т.ч. в 1 случае – со складчатой деформацией ДК, которая возникает при нарушении (прерывистом образовании) ее задних сращений.

Заключение. Непостоянные брюшинные связки между печенью, желчным пузырем, ДК и ОбК возникают у плодов в процессе вторичных сращений брюшины, причем с нарушением их обычного хода (локальные задержка или отсутствие задних сращений с избыточным морфогенезом передних сращений). Отклонения в развитии вторичных сращений брюшины в сторону ускорения темпов и объема передних сращений отражаются на морфогенезе ДК, сопровождаются ее выраженными деформациями, что связано с изменениями обычных взаимодействий (анатомотографических взаимоотношений) органов брюшной полости.

Психологические науки

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Дроздикова – Зарипова А.Р.

Татарский государственный гуманитарно-педагогический университет, Казань, e-mail: bina1976@rambler.ru

Проблема бесплодия является одной из самых актуальных проблем современных наук о человеке. В России проблема бесплодия приобретает особую актуальность в связи с резким падением рождаемости в последние годы. На данном этапе развития общественной мысли бесплодие уже не только медицинская, но и социально-психологическая проблема. Бесплодный брак приводит к тяжелой моральной травме и самих супругов, и их родственников, вызывая серьезную личностную, семейную и социальную дезадаптацию.

Благодаря достижениям медицинской науки второй половины XX и начала XXI веков, в медицинской практике активно применяют методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), дающую реальную возможность иметь детей многим супружеским парам, ранее обреченных на бездетность. Одним из наиболее перспективных методов лечения бесплодия является метод экстракорпорального опло-

дотворения (ЭКО) и все ее модификации, к которым относятся ИКСИ (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоидов), криоконсервация эмбрионов, донорские программы, суррогатное материнство, а также искусственная инсеминация спермой (внутриматочная инсеминация) мужа или донора (ВМИ). Выбор метода лечения зависит, во-первых, от причины бесплодия, а во-вторых, от возраста пациентки.

В настоящее время результативность ЭКО – достигает максимально 30-35%, а количество детей, родившихся в результате применения этого метода, исчисляется уже миллионами. Вместе с тем, по мнению ряда авторов (Domar, 1992; Matsubayashi, 2001; Fassino, 2002 и др.), большое влияние на фертильность и соответственно на результат лечения бесплодия имеет психическое состояние пациенток и в большей степени их психоэмоциональные особенности. В связи с этим, все большую актуальность приобретает проблема психоэмоциональных реакций женщин с бесплодием, что обусловлено как широкой распространённостью этих особенностей в популяции, так и недостаточной изученностью особенностей психоэмоциональных нарушений у женщин в процессе лечения бесплодия с использованием методов ЭКО и ВМИ с учетом количества циклов лечения.

Отбор женщин для проведения исследования осуществлялся на базе Республиканского

Центра Планирования Семьи и Репродукции (РЦПСИР), г. Казнь, в период с апреля 2009 г. по январь 2010 г.

В обследовании приняли участие 79 женщин, обратившихся для проведения лечения бесплодия вспомогательными репродуктивными технологиями. Было определено четыре группы, из них: 22 женщины, получивших медицинскую помощь по программе внутриматочная инсеминация спермой мужа, число попыток от 1 до 3 (ВМИ-1); 24 женщины, получивших медицинскую помощь по программе внутриматочная инсеминация спермой мужа, число попыток от 4 до 10 (ВМИ-2); 15 женщин составили группу, включенную в первичную программу ЭКО (ЭКО-1); 18 человек – в повторную программу ЭКО (ЭКО-2).

Средний возраст пациенток группы ВМИ-1 составил $29 \pm 4,5$ года; группы ВМИ-2 – $32,5 \pm 4,7$ года; группы ЭКО-1 – $32,3 \pm 5,9$ года; группы ЭКО-2 – $33,4 \pm 4,6$ года.

Принимая во внимание, что одним из важных факторов, влияющих на эффективность применения ВРТ, является исходное здоровье женщины, было изучено особенности их гинекологического анамнезов. Анализ долей различных нозологических форм бесплодия выявил, что наиболее часто встречались в 1 и 2 группе поликистоз яичников, иммунные нарушения; в 3 и 4 группе – трубный фактор, поликистоз яичников, хронический эндометриоз. Продолжительность заболевания в группе ВМИ-1 составило $4,5 \pm 2,5$ года; в группе ВМИ-2 – $6,9 \pm 3,8$ года; в группе ЭКО-1 – $3,5 \pm 2,2$ года; в группе ЭКО-2 – $8,2 \pm 5,1$ года.

При сравнении инфертильных пациенток разных групп по пребыванию в брачных узах и наличию полового партнера обнаружено, что продолжительность брака у женщин 1 группы составляет $4,7 \pm 1,9$ года; у женщин 2 группы – $7,4 \pm 3,8$ года; у женщин 3 группы – $6,8 \pm 5,3$ года; у пациенток 4 группы – $10,2 \pm 5,6$ года.

При обследовании больных были использованы: экспериментально-психологические методы (методика самооценки психических состояний (по Г. Айзенку); опросник нервно-психического напряжения (по Т.А. Немчину); шкала астенического состояния (адаптирована Т.Г. Чертовой); автопортрет) и методы статистического анализа данных.

На основе полученных результатов, можно утверждать, что пациентки, получающие лечение по программе ЭКО имеют более выраженные психоэмоциональные нарушения (тревожность, фрустрация, ригидность), чем пациентки по программе ВМИ, за исключением агрессивности. При этом выявлена динамика увеличения психоэмоциональных нарушений умеренного характера в зависимости от количества попыток и сложности проведенных вспомогательной репродуктивной технологии по состояни-

ям фрустрации (от 18,2 до 66,7%) и ригидности (от 45,5 до 77,7%), что обусловлено повышением боязни следующих неудач и неизменности убеждений и поведения.

Обнаружены следующие закономерности: чрезмерная тревожность и фрустрация выявлены у женщин, которые только приступили к получению лечения по программе ВРТ; уменьшается количество женщин, испытывающих нервно-психическое напряжение в зависимости от количества попыток лечения и сложности процедуры вспомогательной репродуктивной технологии (от 25% (ВМИ-2) – 20% (ЭКО-1) – до 11,1% (ЭКО-2)).

Интересен факт, что женщины всех групп отмечали развитие напряжения только при наличии реально трудных ситуаций. Испытуемые группы ЭКО-1 и ЭКО-2 субъективно испытывают умеренно-выраженное напряжение, пациентки группы ВМИ-1 – приподнятое и повышенное настроение, а из группы ВМИ-2 – болевые ощущения, которые периодически появляются, но быстро исчезают и не мешают работе.

Результаты опроса показали, что наиболее частое проявление слабого астенического состояния наблюдается у пациенток группы ВМИ-1 (27,2%) и ЭКО-1 (26,6%).

В изучаемых группах также выявлены различные психоэмоциональные состояния:

1) выраженность фобий: ВМИ-1 (28,6%), ВМИ-2 (49,9%), ЭКО-1 (33,3%), ЭКО-2 (14,3%);

2) демонстративность: ВМИ-2 (66,7%), ЭКО-1 (33,3%), ЭКО-2 (28,6%);

3) выражение сексуальности: ВМИ-1 (42,9%), ВМИ-2 (66,7%), ЭКО-1 (44,4%), ЭКО-2 (14,3%). При этом также обнаружено, что в гр. ЭКО-2 28,6% женщин испытывают наличие сексуальных проблем, что может быть обусловлено и трудностями в общении – 28,6%;

4) эмоциональная лабильность: ЭКО-1 (44,4%), ЭКО-2 (28,6%).

С целью получения более полной картины проводился корреляционный анализ связей между характеристиками психоэмоциональных состояний. При этом отдельно были выделены высоко значимые и значимые корреляции сильной и средней силы в инвариантных структурах характеристик у женщин, получающих помощь по различным программам ВРТ.

Проверка значимости коэффициента корреляции осуществлялась по критическим значениям выборочного коэффициента линейной корреляции на уровне достоверности при $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$.

На основе анализа корреляционных плеяд было выявлено:

Структура психоэмоциональных состояний женщин, получающих лечение по различным программам ВРТ, различна.

Для бесплодных женщин, получающих помощь по программе ВРТ, характерна закономер-

ность: повышение одного психоэмоционального нарушения приводит к повышению проявления другого эмоционального нарушения.

Выявлена общая для всех участниц вспомогательных репродуктивных технологий прямая связь между тревожностью и фрустрацией.

Корреляционные связи у женщин их группы ВМИ-2 гораздо жестче по сравнению с другими женщинами. Максимально интегрированная система, детерминирующая почти все состояния, не дает возможности для спонтанности.

Женщины из выборки ВМИ-2 в попытке уменьшить свою агрессивность пытаются усилить нервно-психическое напряжение, вовлекая при этом различные уровни нервно-психической и соматофизиологической организации.

В зависимости от сложности проведения процедуры ВРТ и увеличения количества циклов лечения снижается количество связей психоэмоциональных нарушений с другими эмоциональными проявлениями.

Таким образом, знание психоэмоциональных нарушений бесплодных женщин, получающих лечение по различным программам вспомогательных репродуктивных технологий и с учетом количества циклов лечения, может быть использовано в психотерапевтических работах для улучшения организации медицинской помощи по лечению бесплодия.

СПЕЦИФИКА СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ОСУЖДЕННЫХ (РЕЗУЛЬТАТЫ Т-КРИТЕРИЯ СТЬЮДЕНТА)

Харламова Т.М., Ахмедова Е.Ш.

*Пермский государственный педагогический
университет, Пермь,
e-mail: tanyahar@yandex.ru*

На современном этапе в рамках активно развивающейся в УИС России психологической службы использование методов изучения личности и среды осужденных осуществляется в нескольких направлениях: составляются психологические портреты осужденных, прогнозируется их индивидуальное и групповое поведение, разрабатываются рекомендации по исправительным воздействиям, осуществляется психологическая коррекция (Ю.А. Алфёров, Т.Ю. Базаров, И.П. Башкатов, В.Г. Деев, Ю.П. Зинченко, И.А. Кудрявцев, А.В. Наприс, Н.А. Ратинова, А.М. Столяренко, Г.Р. Трофимов, А.И. Ушатиков, В.В. Яковлев и мн. др.). Основная цель данного воздействия – достижение позитивных личностных изменений, в т.ч. во внутренних установках и ценностных ориентациях осужденных, а также приобщение их к освоению и выполнению ролей законопослушных, общественно полезных граждан. Знание психологического содержания личностных структур осужденных помогает не только определить

наиболее целесообразный путь позитивных изменений, выбрать оптимальные методы воздействия, обеспечить дифференцированный и индивидуальный подход к каждому осужденному, но и способствует профилактике нарушений со стороны отрицательно настроенных осужденных, формированию положительной психологической атмосферы в их коллективе, повышению эффективности деятельности самодеятельных организаций. Зная прошлое и настоящее осужденных, анализируя их отношение к совершенному преступлению, к наказанию, режиму, администрации колонии, трудовой деятельности, к окружающим людям, психолог прогнозирует поведение осужденного, как во время отбывания наказания, так и после освобождения.

Целью нашей работы стало изучение отдельных свойств личности осужденных. Исследование проводилось на базе пенитенциарного учреждения «Мужская исправительная колония общего режима». В качестве испытуемых выступили осужденные, отбывающие наказание в местах лишения свободы с приговором по статьям против имущества (воры, мошенники и т.д., первая выборка, 30 чел.) и по статьям против личности (убийцы, насильники и т.д., вторая выборка, 30 чел.). Всего 60 испытуемых, средний возраст – 36,5 лет. Для изучения ценностных ориентаций осужденных была применена методика Ш. Шварца (адаптация В.Н. Карандашева); смысловых ориентаций – тест Д.А. Леонова (СЖО); свойств личностного уровня индивидуальности – опросник Р. Кеттелла (16PF, № 187). Первичные данные были подвергнуты обработке с помощью t-критерия Стьюдента.

Сравнительный анализ средних значений исследуемых показателей позволил установить, что в выборке осужденных по статьям против имущества в большей степени, чем в выборке осужденных по статьям против личности, выражены показатели «традиции» (здесь и далее ценностные ориентации), «универсализм», «самостоятельность», «гедонизм» и «уверенность в себе – тревожность» (фактор «О» по Р. Кеттеллу). Полученные данные позволяют утверждать, что испытуемые первой выборки, в отличие от испытуемых второй выборки, ориентированы на традиционный способ поведения, на выработанные группой символы и ритуалы. Они придерживаются единых ценностей, принимают свою участь и тем самым повышают собственные шансы на выживание в достаточно агрессивной внешней среде. Более высокое значение второго показателя указывает на более выраженную ориентацию данных осужденных на понимание и терпимость в контактах с представителями новой для них социальной группы. Наибольшие различия в средних значениях обнаружены у показателя «самостоятельность», что позволяет характеризовать испытуемых первой выборки как более самостоятельных в