

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ЛЕЙОМИОМАМИ

**Г.А. Маленьких**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург*

Целью исследования было определение типологии и структуры личности больных лейомиомами (ЛМ) и установление корреляционных связей личностных и клинико-биологических характеристик, ассоциированных с ЛМ. В контролируемом и корреляционном исследовании приняли участие 152 женщины, выполнившие Я-структурный тест Аммона; личностный опросник Г.Айзенка (ЕРІ). Основная группа представлена 101 пациенткой с клинически подтвержденным гиперпластическим процессом (миома, фибромиома или лейомиома матки); контрольная группа – 51 гинекологически здоровая женщина. В исследовании установлено, что для пациенток с ЛМ характерны значимые позитивные связи с оценками шкал дефицитарного нарциссизма и дефицитарного внутреннего Я-отграничения. Такое сочетание особенностей личностного развития снижает возможности регулирования собственных телесных процессов, обуславливает неприятие собственной телесности, сопровождается игнорированием телесных потребностей. В тоже время не обнаружено значимых отличий выборки женщин с ЛМ от здорового контроля по типологии (ЕРІ) и структуре (ІСТА) личности. Доказаны значимые корреляционные связи оценок ЕРІ только с одной субъективной клинико-биологической характеристикой ЛМ: субъективная интенсивность тазовой боли была позитивно ассоциирована с нестабильной экстраверсией.

*Ключевые слова:* миома матки, лейомиома матки, фибромиома матки, гиперпластические процессы матки, психологические черты, личностные черты, структура личности, репродуктивный возраст.

**Введение.** Лейомиомы матки (миомы, фибромиомы матки, ЛМ) – наиболее часто встречающиеся доброкачественные новообразования репродуктивной системы женщин (Вихляева, 2006), распространенность которых прогрессивно растет, достигая 77 % всех обнаруженных при гистерэктомии случаев (Сапаргалиева и др., 2013). Диагностика ЛМ в более ранние сроки ее формирования является актуальной существенной медицинской проблемой, поскольку это доброкачественное образование длительное время может не проявляться какими-либо симптомами нездоровья. Вышеизложенное дает основание предположить наличие более высокой частоты заболеваемости ЛМ (Taylor, 2015). Кроме того, формирование ЛМ на протяжении длительного периода часто также сопровождается присоединением различной сопутствующей патологии, в частности, до 25 % женщин с ЛМ тотально утрачивают функцию деторождения (Сапаргалиева и др., 2013; Ryan et al, 2005).

Этиология ЛМ до сих пор неизвестна, однако в качестве основных факторов риска рассматриваются прежде всего биологические, в частности, наследственность, хромосомные повреждения, гормональные наруше-

ния, тканевые повреждения миометрия, избыточная масса тела, особенности питания, а также некоторые клинические и поведенческие факторы, например, прием гормональных контрацептивов или отсутствие физической нагрузки (Taylor, 2015). Единичные исследования личности больных ЛМ обычно проводятся в смешанных выборках, а их результаты дают мало оснований тому, чтобы считать обнаруженные особенности личности таких больных психологическими факторами риска ЛМ (Володин, 2008; Потемкина, 2012).

**Цель исследования.** Определение типологии и структуры личности больных ЛМ и их корреляционных связей с клинико-биологическими характеристиками, ассоциированными с ЛМ.

**Дизайн, материалы и методы исследования.** Выборку экспериментально-психологического контролируемого рандомизированного корреляционного исследования составили 152 женщины в возрасте от 20 до 54 лет, в том числе 101 женщина с верифицированным в условиях гинекологического стационара диагнозом лейомиомы матки (основная группа, средний возраст  $37,9 \pm 1,5$  г.) и 51 гинекологически здоровая женщина (контрольная груп-

па; женщины в возрасте  $35,9 \pm 2,8$  лет). В выборке преобладали пациентки с продолжительностью заболевания ЛМ более 2 лет (83,2 %), в то время как диагноз ЛМ с давностью менее 6 мес. выявлялась лишь у 4 % женщин основной группы. Поскольку различия по среднему возрасту между обследованными женщинами в основной и в контрольной группами оказались существенными ( $t=1,300$ ,  $p=0,194$ ), для целей настоящего исследования была предпринята рандомизация выборки методом подбора пар по возрасту (Эренштайн, 2006). В результате этой статистической процедуры были сформированы две эквивалентных по объему ( $n_1 = n_2 = 33$ ) и сопоставимых по среднему возрасту ( $37,4 \pm 3,2$ ; размахом от 24 до 54 лет) группы рандомизированного контролируемого исследования. Расчеты показателя углового преобразования Фишера (Сидоренко, 2003) при сравнении данных основной и контрольной группами, сформированными методом подбора пар, свидетельствуют об отсутствии в равночисленных выборках значимых различий по месту проживания (город/село), по семейному положению, по количеству детей и по используемым методам контрацепции ( $p > 0,05$ ).

Для экспериментально-психологического исследования типологии и структуры личности использованы русскоязычный вариант методики (EPI) Г. Айзенка (Личностный опросник (адаптированный вариант методики Айзенка, 1994) и русскоязычная версия опросника «Я-структурный тест Г. Аммона» (ISTA). Выбор методики EPI для настоящего исследования был обоснован многочисленными указаниями на доказательства высокой наследуемости экстраверсии и нейротизма и их связь с нейробиологическими феноменами (Ziomkiewicz A., et al., 2012; Wright C.I., et al., 2006; Kim S.H., et al., 2008). В свою очередь, использование ISTA обосновалось указаниями его создателей и результатами исследований, свидетельствующими, что оценки параметров ISTA остаются стабильными во времени, поскольку улавливаемая этим инструментом структура личности («гуманструктура») отчасти биологически предопределена и формируется в раннем детском симбиозе на основе развития «Я» и идентичности ребенка в первичной группе (Ammon, 1994; Очерки динамической психиатрии, 2003).

Все результаты подсчета полученных клинических и психодиагностических данных

в основной и контрольной группе ( $n=151$ ) были внесены в базу статистического пакета Vortex 8.0.7, имеющего необходимый сервисы для расчетов средних величин со стандартными отклонениями, определения нормальности распределения, сравнения средних на основе t-критерия Стьюдента. В случае необходимости сравнения выборок с распределением, отличающимся от нормального, использовался U-критерий Манна – Уитни. Все переменные, внесенные в электронную базу, в дальнейшем использовались при корреляционном анализе. Вместе с тем, по описанным выше основаниям сравнительный анализ средних оценок по тестам EPI и ISTA в основной и контрольной группе проводился по статистикам базы данных рандомизированной выборки ( $n=66$ ). В свою очередь, результаты по нерандомизированной выборке ( $n=152$ ) в целом использовались при корреляционном анализе, в котором в качестве зависимых переменных были избраны показатели наличия/отсутствия ЛМ и некоторые ассоциированные с ЛМ клиничко-биологические характеристики:

- Объективные, например, продолжительность заболевания; наличие сопутствующих ЛМ эндометриоза, бесплодия и соматических заболеваний (учитываемых отдельно);
- Субъективные, например, жалобы на соматические боли; на боли в тазовой области; на боли при половом акте; жалобы на другие (неболевые) симптомы ЛМ и жалобы на другие физические симптомы, а также субъективная оценка интенсивности тазовой боли.

Объективные клиничко-биологические данные были получены из историй болезни стационарных больных, субъективные – из материалов полуструктурированного интервью, проводимого врачом-психиатром (автором настоящей публикации).

В качестве независимых переменных в корреляционном исследовании принимались оценки по шкалам EPI (кроме результатов по шкале Лжи) и данные по методике ISTA.

С помощью опросников EPI и ISTA был исследованы личностные особенности 101 пациентки основной группы и 51 женщины контрольной группы. В качестве значимых учитывались результаты со степенью достоверности различий не ниже 95 % ( $p < 0,05$ ).

**Результаты и обсуждение.** Результаты рандомизированного контролируемого исследования средних оценок EPI у женщин с ЛМ представлены в табл. 1.

Между результатами по методике EPI в сравниваемых группах значимых различий не обнаружено ( $p > 0,05$ ). Дополнительно была проведена процедура качественного анализа, при котором вся нерандомизированная выборка ( $n=152$ ) была разделена по составу личностных типов (Блейхер В.М., и соавт., 2002): на подгруппы экстравертов и интровертов (набравших соответственно 13 и более баллов и 11 и менее баллов по шкале Экстраверсии EPI) и 11 и менее баллов по шкале Экстраверсии EPI), а также на подгруппу «нейротиков» (13 и более баллов по шкале Нейротизма EPI). Распределение респондентов по личностным типам на основе оценок EPI представлено в табл. 2.

Анализ распределения респонденток показывает, что численность экстравертов незначительно больше в контрольной группе, а интровертов и «нейротиков» – в основной группе. Каких либо корреляций наличия ЛМ и принадлежности к тому или иному выделенному типу личности не обнаружено (экстравертированность / интровертированность:  $F = -0,043$ ;  $p = 0,7$ ; нейротизм:  $F = 0,044$ ;  $p = 0,7$ ). Незначительное различие в числе испытуемых с показателями более 4 баллов по шкале Лжи EPI (3 респондентки в основной группе

(3,2 % ее численности) и 6 (12,8 %) в контрольной – 6 (12,8 %) не сопровождалось какими-либо значимыми корреляциями «лживости» с наличием заболевания ЛМ ( $F = 0,185$ ;  $p = 0,7$ ).

В последующих процедурах корреляционного анализа использованы данные нерандомизированной выборки, включающей в себя обе группы ( $n=152$ ), представленные как клиничко-биологическими характеристиками (в виде объективных и субъективных данных), так и данными по опроснику EPI. Результаты корреляционного анализа, в котором оценки шкал Экстраверсии и Нейротизма EPI рассматривались в качестве независимых переменных, а клиничко-биологические переменные – в качестве зависимых, представлены в табл. 3.

Обнаружены значимые положительные связи субъективной интенсивности тазовой боли с оценками по шкалам Экстраверсии и Нейротизма EPI; а также жалоб на другие не связанные с ЛМ физические симптомы, и жалоб на наличия сопутствующего ЛМ эндометриоза – только со шкалой Экстраверсии EPI. Эти данные, с учетом доказанной другими авторами (Kim S.H., et al., 2008) первичности оценок EPI, следует интерпретировать сле-

Сравнительные характеристики шкальных оценок по методике EPI у обследованных женщин основной и контрольной группы

Таблица 1

Шкала EPI	Группы сравнения	Статистика линейного распределения							Значимость разницы МО и МК	
		min	max	M	SD	KB (%)	$\chi^2$	ОГ (%)	U, t	p
Экстраверсия	О (n=33)	6,0	21,0	12,5	3,6	28,8	3,4	80,0	U=506	>0,05
	К (n=33)	4,0	17,0	11,7	3,5	30,5	8,6	20,0		
Нейротизм	О (n=33)	5,0	21,0	12,3	4,2	34,4	4,6	70,0	U=496	>0,05
	К (n=33)	3,0	19,0	11,4	4,4	38,2	11,3	10,0		
Ложь	О (n=33)	1,0	4,0	2,0	1,0	51,5	41,0	0,1	U=467	>0,05
	К (n=33)	0,0	5,0	2,4	1,4	59,0	39,0	0,1		

*Примечание.* О – основная группа; К – контрольная группа; min – минимальное значение переменной; max – максимальное значение переменной; M – среднее; SD – стандартное отклонение; KB – коэффициент вариации;  $\chi^2$  – значения статистики  $\chi^2$  для нормального распределения; ОГ – Ошибка гипотезы «Отличается от нормального распределения»; t – значения критерия Стьюдента (для сравнения выборок с нормальным распределением); U – значения критерия Манна – Уитни.

Распределение респондентов по подгруппам личностных типов, определенных на основе оценок по методике EPI (n=152)

Таблица 2

Личностные типы респондентов по оценкам EPI	Вся выборка (n=152)		ОГ (n=101)		КГ (n=51)	
	n	%	n	%	n	%
Экстраверты	65	49,2	41	47,7	24	52,2
Интроверты	66	50,04	45	52,3	22	47,8
«Нейротики»	66	46,8	45	48,4	21	43,8

Матрица корреляций оценок шкал EPI с клинико-биологическими переменными в смешанной выборке женщин с лейомиомой (n=101) и здоровых женщин (51)

Шкалы EPI	Клинико-биологические переменные										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Экстраверсия	Eta=0,1 p=0,5	Eta=0,2 p=0,1	V=0,2 p=0,5	V=0,3 p=0,2	+V=0,6 p=0,001	V=0,3 p=0,3	V=0,3 p=0,2	+V=0,4 p=0,01	+V=0,4 p=0,02	V=0,4 p=0,05	Eta=0,01 p=1,0
Нейротизм	Eta=0,1 p=0,2	Eta=0,3 p=0,3	V=0,2 p=0,7	V=0,2 p=0,9	+V=0,4 p=0,001	V=0,2 p=0,8	V=0,3 p=0,1	$\gamma$ =0,4 p=0,177	V=0,3 p=0,5	V=0,4 p=0,2	V=0,3 p=0,3

*Примечание.* ЛМ – лейомиома; 1 – наличие ЛМ; 2 – продолжительность заболевания ЛМ; 3 – жалобы на боли; 4 – жалобы на тазовые боли; 5 – интенсивность тазовой боли; 6 – жалобы на боли при половом акте; 7 – жалобы на другие симптомы ЛМ; 8 – жалобы на другие физические симптомы; 9 – сопутствующий ЛМ эндометриоз; 10 – сопутствующее ЛМ бесплодие; 11 – сопутствующие ЛМ соматические заболевания; в ячейках таблицы указаны коэффициенты корреляции: Eta – Эта, V – V Крамера,  $\gamma$  – гамма; знак «+» условно указывает положительный характер связи.

дующим образом: чем выше экстраверсия и нейротизм у пациентки с ЛМ, тем выше у нее интенсивность тазовой боли, и чем выше у нее только экстраверсия – тем в большей мере она высказывает жалобы на физические симптомы, не связанные с ЛМ, а также тем более вероятно у нее может быть эндометриоз как коморбидное заболевание.

Таким образом, женщины с высокими баллами по шкале экстраверсии и нейротизма, описываемые как нестабильные экстраверты (Eysenck H.J., Eysenck S.B.G., 1964), с характерной для них эмоциональной неустойчивостью и высокой частотой истерических черт личности, значимо более склонны отмечать сопутствующую ЛМ тазовую боль, как более интенсивную. Больные ЛМ с более выраженной экстраверсией, ассоциированной с позитивной аффективностью, характеризующиеся как общительные, импульсивные, с большей гибкостью поведения, инициативностью и социальной приспособляемостью (McGae et al., 1999), отличались большей склонностью к развитию у них эндометриоза и к жалобам на экстрагенитальные и иные физические симптомы. Возможно, эти особенности личности способствовали не столько заболеванию эндометриозом, сколько высокому уровню активности пациенток в поиске медицинской помощи. С учетом описанное выше ситуации

с низкой выявляемостью ЛМ, эти личностные особенности можно считать адаптивными и полезными с точки зрения раннего выявления гинекологической патологии и, соответственно, возможности более раннего получения необходимой медицинской помощи (Jonason P.K., et al., 2011).

В сравнительном исследовании Я-структуры в гуманструктурной модели личности по ISTA рассматривались результаты обследования рандомизированной выборки (66 женщин, в том числе 33 из них – с ЛМ). Первичные статистические характеристики полученных данных по методике ISTA представлены в табл. 4.

Значимых различий между статистическими данными в группах сравнения ни по одной из 18 шкал ISTA не обнаружено ( $p > 0,05$ ).

В дальнейших процедурах корреляционного анализа оценок по методике ISTA вновь использовались данные общей нерандомизированной выборки обследованных женщин (n=152), включающей основную и контрольную группу, а также ранее описанные клинико-биологические характеристики, использованные в корреляционном анализе данных теста EPI. Результаты корреляционного анализа, в котором оценки шкал ISTA принимались в качестве независимых переменных, а клинико-биологические переменные – как зависимые, представлены в табл. 5.

Таблица 4

Первичные статистические характеристики шкальных оценок по методике ISTA у женщин основной и контрольной групп (n=66)

Шкалы ISTA	Группы сравнения	Статистика линейного распределения							Значимость различий статистик М		
		min	max	М	SD	КВ (%)	X2	ОГ (%)	Критерий	р	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Агрессия	Кон	О (n=33)	2,0	13,0	8,0	2,9	36,8	16,3	1,0	U=443,5	>0,05
		К (n=33)	2,0	13,0	7,0	2,7	38,3	7,5	20,0		
	Дес	О (n=33)	0,0	11,0	5,7	2,7	47,9	7,9	20,0	t=1,635	0,2
		К (n=33)	1,0	11,0	4,6	2,8	61,4	7,6	20,0		
	Деф	О (n=33)	0,0	10,0	3,9	3,0	76,9	19,2	0,1	U=401,5	0,05
		К (n=33)	0,0	8,0	3,4	2,2	65,0	11,1	5,0		
Тревога	Кон	О (n=33)	0,0	11,0	7,3	2,2	30,1	9,3	10,0	U=401,5	0,05
		К (n=33)	3,0	12,0	6,5	2,6	40,3	26,7	0,1		
	Дес	О (n=33)	0,0	8,0	3,0	2,4	81,2	10,7	10,0	t=2,098	0,05
		К (n=33)	0,0	6,0	1,9	1,6	81,5	8,2	20,0		
	Деф	О (n=33)	0,0	7,0	3,2	2,1	65,0	10,0	10,0	U=439	>0,05
		К (n=33)	0,0	8,0	2,6	2,4	89,4	28,7	0,1		
Нарциссизм	Кон	О (n=33)	0,0	11,0	7,3	2,6	35,7	5,1	50,0	t=0,391	0,7
		К (n=33)	3,0	11,0	7,1	2,4	34,5	7,8	20,0		
	Дес	О (n=33)	0,0	10,0	3,3	2,6	77,1	16,1	1,0	U=436	>0,05
		К (n=33)	0,0	9,0	2,8	2,7	97,2	29,0	0,1		
	Деф	О (n=33)	0,0	11,0	3,1	2,9	93	11,3	5,0	U=368	0,05
		К (n=33)	0,0	9,0	1,9	2,2	116,7	0,3	0,1		
Сексуальность	Кон	О (n=33)	0,0	13,0	7,1	3,9	55,6	42,8	0,1	U=464	>0,05
		К (n=33)	0,0	12,0	8,1	3,3	41,2	7,7	30,0		
	Дес	О (n=33)	0,0	8,0	3,4	2,3	68,0	8,7	10,0	U=485	>0,05
		К (n=33)	1,0	10,0	3,8	2,0	53,4	14,6	1,0		
	Деф	О (n=33)	0,0	5,0	1,5	1,3	85,9	37,7	0,1	U=526,5	>0,05
		К (n=33)	0,0	5,0	1,4	1,3	92,9	31,9	0,1		
Внешнее Я-отгран.	Кон	О (n=33)	4,0	10,0	7,1	1,5	20,4	3,6	80,0	U=505	>0,05
		К (n=33)	3,0	12,0	6,8	2,4	35,8	16,0	2,0		
	Дес	О (n=33)	0,0	10,0	3,9	2,5	65,7	4,4	50,0	t=1,387	0,2
		К (n=33)	0,0	8,0	3,1	2,2	73,0	9,6	5,0		
	Деф	О (n=33)	1,0	11,0	4,9	2,6	52,8	4,4	50,0	t=2,015	0,05
		К (n=33)	0,0	8,0	3,7	2,5	68,7	9,5	10,0		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Внутр. Я-отг	Кон	О (n=33)	0,0	12,0	8,5	2,6	30,2	10,7	10,0	t=1,011	0,4
		К (n=33)	2,0	11,0	7,8	2,6	32,5	6,9	30,0		
	Дес	О (n=33)	1,0	9,0	4,1	2,0	50,0	5,6	50,0	t=2,21	0,05
		К (n=33)	0,0	8,0	2,9	2,2	75,6	6,1	50,0		
	Деф	О (n=33)	0,0	9,0	4,3	2,6	59,3	16,1	2,0	t=1,284	0,3
		К (n=33)	0,0	9,0	3,5	2,4	68,0	11,2	10,0		

Примечание. О – основная группа; К – контрольная группа; min – минимальное значение переменной; max – максимальное значение переменной; М – среднее; SD – стандартное отклонение; t-критерий Стьюдента (для сравнения выборок с нормальным распределением); U – критерий Манна – Уитни.

Наименования шкал: Агрессия; Тревога; Нарциссизм; Сексуальность; Внешнее Я-отграничение; Внутреннее Я-отграничение. Кон – Конструктивная (агрессия, тревога и т. д.); Дес – Деструктивная (агрессия, тревога и т. д.); Деф – дефицитарная (агрессия, тревога и т. д.).

Значимые связи оценок по шкалам ISTA обнаружены для 14 шкал из 18 методики, не обнаружено значимой связи клинико-биологических переменных только для шкал АгДеф, НарДес), СексДес и Внешн.Я-отгрДес.

Из клинико-биологических переменных лишь наличие ЛМ не имело ни одной значимой ассоциации со шкалами ISTA, но продолжительность заболевания ЛМ имела значимые позитивные связи с оценками шкал НарДеф и Внутр.Я-отгрДеф. Такого рода ассоциации подразумевают, что бóльший стаж ЛМ имели пациентки с дефицитарным потенциалом развития личности, характеризующегося недостаточной интеграцией внутреннего опыта, обеспечивающего отграничение и связи сознания и элементов бессознательного. Итогом такого сочетания задержек личностного развития, по мнению G. Ammon, является снижение возможности регулирования собственных телесных процессов, неприятие своей телесной организации, сопровождающееся игнорированием реальных телесных нужд и постоянной потребностью в поддержке и помощи. Подобный паттерн сочетания психических и поведенческих проявлений действительно может способствовать и более раннему обращению к врачам, и длительному удержанию потребности в медицинской помощи.

Наиболее характерные для больных ЛМ субъективные симптомы – жалобы на тазовые боли значимо позитивно сочетались с оценками по шкалам АгДес и всех трех шкал Тревоги (ТрК, ТрДес и ТрДеф). Такая констелля-

ция указывает на деформацию ядерной гуман-функции (Я-функции) агрессии, обеспечивающей потенциал активности взаимодействия с миром, и акцентирование этой гуман-функции, обеспечивающей способность совладания с тревогой независимо от характера ее сформированности в развитии. Изначально такие личности несут в себе разрушительный потенциал самоотношения и отношений с другими людьми, и не склонны к конструктивному преодолению трудностей. Столкновение с угрожающей ситуацией болезни, по-видимому, побуждает их к сверхмобилизации адаптивности, что в случае деформации гуман-функции тревоги, сопровождается либо повышением тревожности с ростом дезинтеграции Я-идентичности и снижением ощущения контроля над ситуацией, либо, ведет к недооценке угрозы и росту дефицита Я-идентичности со снижением эмоциональной глубины переживаний (в случае дефицита способности совладания с тревогой). Факт действительной связи особенностей личности со спецификой болевого синдрома при ЛМ, подтверждается сравнением корреляций тазовой боли и жалоб на боли без акцента пациентками на телесной проекции угрозы репродуктивной функции – такого рода жалобы значимо сочетались только с показателями шкалы ТрКонс. Последнее означает лишь увеличение способности совладания с тревогой, способствующее лучшей адаптивности и оптимальной Я-идентичности.

При этом субъективная интенсивность тазовой боли имеет максимальное число значимых корреляций в описываемой корреляционной

Таблица 5

Таблица значимых значений коэффициентов корреляций оценок шкал ISTA  
с клинико-биологическими переменными в смешанной выборке больных и здоровых женщин

КБХ	Шкалы ISTA								
	Агрессия (Аг)			Тревога (Тр)			Нарциссизм (Нар)		
	К	Дес	Деф	К	Дес	Деф	К	Дес	Деф
1		V=0,36 p=0,05		V=0,32 p=0,05				V=0,34 p=0,05	
2									+V=0,42 p=0,02
3				+Eta=0,35 p=0,01		Eta=0,32 p=0,05			
4		+Eta=0,54 p=0,001	Eta=0,35 p=0,05	+Eta=0,35 p=0,01	+V=0,39 p=0,01	+V=0,34 p=0,02			
5	- $\gamma$ =0,9 p=0,001	+Eta=0,54 p=0,01				+Eta=0,39 p=0,002	+Eta=0,4 7 p=0,001		
6				+Eta=0,4 p=0,01			+Eta=0,3 5 p=0,01		
7		Eta=0,36 p=0,05		Eta=0,31 p=0,05	+ $\gamma$ =0,4 p=0,03				V=0,35 p=0,05
10		+V=0,46 p=0,02			-Eta=0,44 p=0,01			Eta=0,42 p=0,05	
11	Eta=0,4 1 p=0,05				+V=0,36 p=0,01				
	Сексуальность (Секс)			Внешнее Я-отграничение (Внешн. Я-отгр)			Внутреннее Я-отграничение (Внутр.Я-отгр.)		
	К	Дес	Деф	К	Дес	Деф	К	Дес	Деф
1	V=0,33 p=0,05			V=0,36 p=0,05				V=0,32 p=0,05	
2									+V=0,46 p=0,01
5						+V=0,43 p=0,01	+Eta=0,33 p=0,02		
7							Eta=0,31 p=0,05	+V=0,37 p=0,01	
8			+V=0,4 p=0,01			+V=0,38 p=0,02			
9	+Eta=0,9 p=0,001								
10	+Eta=0,6 p=0,001		-Eta=0,4 p=0,01	+Eta=0,44 p=0,02					

Примечания: 1. Индексы клинико-биологических характеристик (КБХ): 1 – Наличие лейомиомы (ЛМ). 2. Продолжительность заболевания ЛМ; 3 – Жалобы на боли; 4 – Жалобы на тазовые боли; 5 – Интенсивность тазовой боли; 6 – Жалобы на боли при половом акте; 7 – Жалобы на другие симптомы ЛМ; 8 – Жалобы на другие физические симптомы; 9 – Сопутствующий ЛМ эндометриоз; 10 – Сопутствующее ЛМ бесплодие; 11 – Сопутствующие ЛМ соматические заболевания. Строки с КБХ, по которым отсутствуют значимые корреляции, из таблицы исключены.

2. В ячейках таблицы указаны коэффициенты корреляции: Eta – Эта, V – V Крамера,  $\gamma$  – Гамма; знаки «+/-» условно указывают положительный / отрицательный характер связи. Значения коэффициентов корреляции при  $p > 0,05$  исключены.

3. Условные обозначения видов шкал ISTA: К – конструктивный; Дес – деструктивный; Деф – дефицитный.

плеяде: положительные связи с показателями по шкалам АгДес, ТрДеф, НарКонс, Внешн.Я-отгр.Деф и Внутр.Я-отгран.Конс и отрицательную – с оценкой по шкале АгКонс. Такое сочетание указывает на сложное сочетание повреждения и дефицитарности трех базовых гуман-функций, обеспечивающих потенциал активности взаимодействия с миром, способность совладания с тревогой и автономии, обеспечиваемой внешней к Я границей и способность ее контроля. Однако оптимальное развитие некоторых конструктивных гуман-функций – НарКонс (обеспечивающая базовый потенциал развития личности), АгКонс (обеспечивающая потенциал активности, конструктивное преодоление трудностей и отстаивание Я-идентичности); Внутр.Я-отгран. (обеспечивающее интеграцию внутреннего опыта, а также отграничение и связи сознания и элементов бессознательного), уравнивает деструктивные и дефицитарные гуман-функции личности. Такая констелляция дополнялась негативной связью жалоб на субъективную интенсивность тазовой боли с конструктивной агрессией, что выражалось активностью, общительностью, конструктивным преодолением трудностей, отстаиванием Я-идентичности и способности к компромиссу без ущерба для нее. По-видимому, такой сложный сплав сформированных в развитии личности свойств позволяет активно высказывать жалобы на специфические для ЛМ боли, привлекая помощь посредством демонстрации интенсивности страдания в большей мере, чем на переживании угрозы репродуктивной функции.

Значительно реже высказываемые пациентками с ЛМ жалобы на боли при половом акте обнаруживают значимые позитивные связи лишь с оценками по конструктивным шкалам тревоги и нарциссизма, что свидетельствует об оптимальной способности совладания с тревогой, способствующий лучшей адаптивности и оптимальной Я-идентичности, а также о позитивном самоотношении и целостном самопринятии, включая принятие сексуальных потребностей. Такие особенности гуман-структуры личности позволяли пациенткам воспринимать и передавать медицинским работникам свое восприятие реальности угрозы болезни, которую она несет не сколько репродуктивному, сколько сексуальному функционированию.

Еще один характерный для пациенток с

ЛМ неболевой симптом (проявляющийся чаще всего жалобами на кровотечения) имеет значимые положительные связи с оценками по деструктивным шкалам тревоги и внутреннего Я-отграничения. Такой характер констелляции указывает на определенную деформацию гуман-структуры у пациенток с ЛМ, высказывающих жалобы на трудности совладания с тревогой и на ригидность защиты Я от давления сферы бессознательного, что сопровождается повышением тревожности и ростом дезинтеграции Я-идентичности со снижением ощущения контроля над ситуацией. Кроме того, отмечается ухудшение возможности осознания внутренних побуждений, недифференцированность внутренних переживаний, телесных ощущений и собственной активности, низкая чувствительность к жизненным потребностям организма. Внешним проявлением подобной гуман-структуры личности является склонность к появлению вегетативных проявлений тревоги и неспособность обращаться за помощью и поддержкой в трудных жизненных ситуациях. Основной причиной описанных проявлений является невозможность идентифицировать и вербализовать свои эмоциональные состояния, а также недоверчивость и отсутствие стремления к теплым партнерским взаимоотношениям. Подобный паттерн позволяет ассоциировать генез неболевых симптомов ЛМ с психосоматическими механизмами соматизации тревоги, алекситимии и проекции.

Последнее предположение проверено анализом положительных связей оценок ISTA по дефицитарным шкалам СексДеф и Внешн.Я-отгр.Деф с субъективными жалобами на другие не связанные с ЛМ физические симптомы. (при том, что сопряженности с указанными гуман-функциями не встречалось в анализе других субъективных и объективных характеристик ЛМ), Кроме того, эти гуман-функции имели значимые позитивные связи с сопутствующими ЛМ другими гинекологическими заболеваниями – эндометриозом и (особенно) бесплодием. В то же время, сопутствующие ЛМ экстрагенитальными заболеваниями обнаружили значимые позитивные связи лишь с оценками по шкале ТрДес. Полученные результаты служат одним из доказательств неслучайности обнаруженных корреляций клинико-биологических характеристик, отражающих вклад в психосоматические связи гинекологической патологии, угро-



жающей репродуктивности в большей мере, чем ЛМ. Очевиден и вклад в реагирование на ЛМ такой гуман-функции, как сексуальность (единственной присущей биологически, обеспечивающей взаимообогащающее единение и интеграцию телесности в Я-идентичность) и внешнего Я-отграничения, (обеспечивающей внешнюю к Я границу и способность ее контроля). Вторым доказательством неслучайности обнаруженных корреляций является согласованность полученных нами данных с результатами исследования Е.А. Потемкиной (2012), установившей наличие связи бесплодия у женщин с нарушениями гуман-функций сексуальности и внешнего Я-отграничения, а также с материалами исследования Б.Ю. Володина (2008), обнаружившего, что у больных миомой матки функции деструктивной и дефицитарной сексуальности находятся в пределах нормативного диапазона.

### Заключение

В исследовании не обнаружено значимых отличий выборки женщин с ЛМ от здорового контроля по типологии (EPI) и структуре (ISTA) личности. Доказаны значимые корреляционные связи оценок EPI только с одной субъективной клинко-биологической характеристикой ЛМ: субъективная оценка интенсивности тазовой боли была позитивно ассоциирована с нестабильной экстраверсией.

Значимые связи клинко-биологических характеристик ЛМ обнаружены с оценками 14 шкал ISTA. В частности, продолжительность заболевания ЛМ была позитивно ассоциирована с дефицитарными нарциссизмом и внутренним Я-отграничением. Жалобы на тазовые боли позитивно ассоциировались деструктивной агрессией и всеми видами выявляемой методикой ISTA тревогой. Субъективная интенсивность тазовой боли связана многочисленными отношениями с деструктивной агрессией, дефицитарной тревогой, конструктивным нарциссизмом, дефицитарным внешним Я-отграничением и конструктивным внутренним Я-отграничением (положительно) и с конструктивной агрессией (отрицательно). Жалобы на боли при половом акте прямо связаны с конструктивными шкалами тревоги нарциссизма.

Полученные в описываемом исследовании данные позволяют считать структуру личности пациенток с ЛМ преимущественно деформированной и дефицитарной. Тем не

менее, столкновение с угрожающей ситуацией болезни, по-видимому, побуждает этих больных к сверхмобилизации адаптивности, позволяя и побуждая к активному поиску медицинской помощи. С учетом низкой выявляемости ЛМ, эти личностные особенности можно считать адаптивными и полезными с точки зрения задач раннего выявления этой гинекологической патологии и, соответственно, возможности более раннего получения такими больными необходимой медицинской помощи. Сам факт личностного переживания продолжительного заболевания может способствовать как более раннему обращению к врачам, так и длительному удержанию пациенток в формате оказываемой им медицинской помощи. При этом неболевые появления ЛМ являются единственными из ее субъективных проявлений, которые, возможно, связаны с психосоматическими механизмами соматизации тревоги, алекситимии и проекции через специфическую организацию личностной структуры.

### Литература

1. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – Москва; Воронеж: Московский психолого-социальный институт, 2002. – 511 с.
2. Вихляева, Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2006. – 786 с.
3. Володин, Б.Ю. Психосоматические взаимоотношения и психотерапевтическая коррекция у больных раком молочной железы и опухолевой патологией матки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Б.Ю. Володин. – М., 2008. – 48 с.
4. Личностный опросник (адаптированный вариант методики Айзенка): форма Б: методические рекомендации / НИИ психиатрии им. Бехтерева. – Л., 1994. – 4 с.
5. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб.: Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.
6. Потемкина, Е.А. Особенности медико-психологических характеристик и симптоматика непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.А. Потемкина. – СПб., 2012. – 25 с.
7. Сапаргалиева, А.Д. Миома матки – вопросы эпидемиологии, диагностики и особенностей течения / А.Д. Сапаргалиева, И.К. Манасова, Э.Е. Искокова, И.Г. Ефименко // Вестник КазНМУ. – 2013. – № 3(2). – С. 15–18.

8. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб.: ООО «Речь». – 2003. – 350 с.
9. Эренштайн, В. Обсервационные исследования / В. Эренштайн // *Международ. журн. мед. практики*. – 2006. – № 3. – С. 18–30.
10. Я-структурный тест Г. Аммона. Руководство. Вып. 18. – СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2002. – 48 с.
11. Ammon, G. Man as a multidimensional being in health and illness / G. Ammon // *Dyn. Psychiat.*. – 1994. – 27. – S. 220–231.
12. Eysenck, H.J. Manual of the Eysenck personality inventory / H.J. Eysenck, S.B.G. Eysenck. – London: University of London Press, 1964. – 28 p.
13. Jonason, P.K. Avoiding the wash: extraversion provides a net fitness gain / P.K. Jonason, J.F. Cetrulo, O. Jesse // *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*. – 2011. – 5(2). – P. 146–154.
14. Kim, S.H. Resting brain metabolic correlates of neuroticism and extraversion in young men / S.H. Kim, J.H. Hwang, H.S. Park, S.E. Kim // *Neuro-Report*. – 2008. – Vol. 19. – P. 883–886.
15. McCrae, R.R. A five-factor theory of personality / R.R. McCrae, P.T. Costa // Pervin L., John O.(eds.) *Handbook of personality: theory and research*. – New York: Guilford Press, 1999. – P. 139–153.
16. Ryan, G.L. The role of epidemiology and natural history of benign uterine mass destruction / G.L. Ryan, C.H. Syrop, B.J. Van Voorhis // *Clin Obstet Gynecol*. – 2005. – V. 48. – P. 312–324.
17. Taylor, D.K. Recent scientific advances in leiomyoma (uterine fibroids) research facilitates better understanding and management / D.K. Taylor, K. Holthouser, J.H. Segars, P.C. Leppert // *F1000Research*. – 2015. – 4(F1000 Faculty Rev). – P. 183.
18. Wright, C.I. Neuroanatomical correlates of extraversion and neuroticism / C.I. Wright, D. Williams, E. Feczko et al. // *Cereb Cortex*. – 2006. – 16. – P. 1809–1819.
19. Ziomkiewicz, A. Temperament and ovarian reproductive hormones in women: evidence from a study during the entire menstrual cycle / A. Ziomkiewicz, S. Wichary, D. Bochenek et al. // *Horm Behav*. – 2012. – Vol. 61(4). – P. 535–540.

**Маленьких Галина Александровна**, аспирант кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии ФПК и ПП, Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ (Екатеринбург), malga74@bk.ru

*Поступила в редакцию 4 марта 2016 г.*

DOI: 10.14529/psy160208

## PERSONALITY TRAITS IN WOMEN WITH LEIOMYOMA IN REPRODUCTIVE AGE

**G.A. Malenkikh**, malga74@bk.ru

*Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russian Federation*

The aim of the study was to determine personality structure and types at patients with leiomyoma (LM) and establishment of correlations between personal, clinical and biological characteristics associated with LM. The study involved 152 women who accomplished Ammon Ego-structural test; Ajzenk personal questionnaire (EPI). The main group is made up of 101 patients with clinically proven hyperplastic process (myoma, fibromyoma or uterine leiomyoma); control group involved 51 gynecologically healthy woman. It was found that for patients with LM is characterized by significant positive relationship with estimates of deficient narcissism scales and deficient internal Ego-separating. This combination of features of personal development reduces the possibility of regulating their own bodily processes, lead to rejection of the own corporeality, accompanied by ignoring bodily needs. At the same time not detected significant differences between the sample of women with LM from healthy control group by typology (EPI) and personality structure (ISTA). There are proven significant correlation EPI estimates with only one subjective clinical and biological LM characteristic: subjective intensity of pelvic pain was positively associated with unstable extroversion.

*Keywords: uterine myoma, uterine leiomyoma, uterine fibromyoma, hyperplastic processes, psychological characteristics, personality traits, personality structure, reproductive age.*

## References

1. Bleykher V.M., Kruk I.V., Bokov S.N. *Klinicheskaya patopsikhologiya: Rukovodstvo dlya vrachey i meditsinskikh psikhologov* [Pathopsychology Clinical Guide for Physicians and Medical Psychologists]. Moscow, Voronezh, Moskovskiy psikhologo-sotsial'nyy institut Publ., 2002. 511 p.
2. Vikhlyayeva E.M. *Rukovodstvo po endokrinnoy ginekologii* [Manual Endocrine Gynecology]. Moscow, Medical News Agency Publ., 2006. 786 p.
3. Volodin B.Yu. *Psichosomaticheskie vzaimootnosheniya i psikhoterapevticheskaya korrektsiya u bol'nykh rakom molochnoy zhelezy i opukholevoy patologiyey matki. Avtoref. diss. doct. med. nauk* [Psychosomatic Relationships and Psychotherapeutic Correction in Patients with Breast Cancer and Uterine Tumor Pathology. Abstract of doct. diss. (Medicine)]. Moscow, 2008. 48 p.
4. *Lichnostnyy oprosnik (adaptirovanny variant metodiki Ayzenka): forma B* [Personality Inventory (Ayzenk Method Adapted Version): Form B]. Leningrad, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 1994. 4 p.
5. Kabanov M.M., Neznanov N.G. (Eds.) *Ocherki dinamicheskoy psikhiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie* [Essays on Dynamic Psychiatry. Transcultural Study]. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 2003. 438 p.
6. Potemkina E.A. *Osobennosti mediko-psikhologicheskikh kharakteristik i simptomatika nepsikhoticheskikh psikhicheskikh rasstroystv pri khronicheskikh ginekologicheskikh zabelevaniyakh. Avtoref. diss. kand. med. nauk* [Features of the Medical-psychological Characteristics and Symptoms of Non-psychotic Mental Disorders, Chronic Gynecological Diseases. Abstract of kand. diss. (Medicine)]. St. Petersburg, 2012. 25 p.
7. Sapargalieva A.D., Manasova I.K., Iskakova E.E., Efimenko I.G. *Mioma matki – voprosy epidemiologii, diagnostiki i osobennostey techeniya* [Uterine Fibroids – Epidemiology, Diagnosis and Features of Current]. Vestnik KazNMU, 2013, no. 3(2), pp. 15–18.
8. Sidorenko E.V. *Metody matematicheskoy obrabotki v psikhologii* [The Methods of Mathematical Processing in Psychology]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2003. 350 p.
9. Erenshayn V. [Observational Studies]. *Mezhdunarodnyy zhurnal meditsinskoy praktiki* [International Journal of Medical Practice]. 2006, no. 3, pp. 18–30. (in Russ.)
10. *Ya-strukturnyy test G. Ammona. Rukovodstvo* [Ego-structural Test G. Ammon. Guide.]. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 2002, iss. 18, 48 p.
11. Ammon G. Man as a multidimensional being in health and illness. *Dyn. Psychiat.*, 1994, vol. 27, pp. 220–231.
12. Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. *Manual of the Eysenck personality inventory*. London, University of London Press, 1964. 28 p.
13. Jonason P.K., Cetrulo J.F., Jesse O. Avoiding the wash: extraversion provides a net fitness gain. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 2011, vol. 5(2), pp. 146–154. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0099268>.
14. Kim S.H., Hwang J.H., Park H.S., Kim S.E. Resting brain metabolic correlates of neuroticism and extraversion in young men. *NeuroReport*. 2008. vol. 19. pp. 883–886. DOI: 10.1097/WNR.0b013e328300080f.
15. McCrae R.R., Costa P.T. A five-factor theory of personality. In: Pervin L., John O., editors. *Handbook of personality: theory and research*. New York, Guilford Press, 1999. pp. 139–153.
16. Ryan G.L., Syrop C.H., Van Voorhis B.J. The role of epidemiology and natural history of benign uterine mass destruction. *Clin Obstet Gynecol*, 2005. vol. 48, pp. 312–324. DOI: 10.1097/01.grf.0000159538.27221.8c.
17. Taylor D.K., Holthouser K., Segars J.H., Leppert P.C. Recent scientific advances in leiomyoma (uterine fibroids) research facilitates better understanding and management. *F1000Research*, 2015, 4 (F1000 Faculty Rev):183. DOI: 10.12688/f1000research.6189.1.
18. Wright C.I., Williams D., Feczko E., Barrett L.F., Dickerson B.C., Schwartz C.E., et al. Neuroanatomical correlates of extraversion and neuroticism. *Cereb Cortex* 2006; vol. 16, pp. 1809–1819. DOI: 10.1093/cercor/bhj118.
19. Ziomkiewicz A., Wichary S., Bochenek D., Pawlowski B., Jasienska G. Temperament and ovarian reproductive hormones in women: evidence from a study during the entire menstrual cycle. *Horm Behav*, 2012, vol. 61(4), iss. 4, pp. 535–540. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2012.01.017.

Received 4 March 2016

## ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Маленьких, Г.А. Личностные особенности женщин репродуктивного возраста, страдающих лейомиомами / Г.А. Маленьких // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2016. – Т. 9, № 2. – С. 71–81. DOI: 10.14529/psy160208

## FOR CITATION

Malenkikh G.A. Personality Traits in Women with Leiomyoma in Reproductive Age. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2016, vol. 9, no. 2, pp. 71–81. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy160208