Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра общей и клинической психологии**

|  |  |
| --- | --- |
| Зав. кафедрой общей  и клинической психологии  д.пс.н., профессор  Исаева Е.Р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Председатель ГАК  д.пс.н., профессор  Соловьева С.Л.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Выпускная квалификационная работа

на тему:

***Эмоциональные и личностные особенности женщин с болевым синдромом при эндометриозе***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:

Студентка 6 курса

Факультета клинической психологии

Череповская Вероника Андреевна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Научный руководитель:

Ассистент кафедры

общей и клинической психологии

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Пахомова Фетиса Васильевна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Санкт-Петербург

2019

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ3

Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭНДОМЕТРИОЗЕ И БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ7

1.1 Эндометриоз: характеристика заболевания7

1.2 Болевой синдром в гинекологии…………..........................................15

1.3 Болевой синдром при эндометриозе……….......................................21

1.4 Социальные особенности женщин с эндометриозом……………....23

1.5 Психологические особенности женщин с эндометриозом…...........25

Глава 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ29

2.1 Характеристика выборки29

2.2 Методы экспериментально-психологического исследования33

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ………………….............................39

3.1 Исследование эмоционально-личностных особенностей и удовлетворенностью качеством жизни………………….........................39

3.2 Исследование особенностей восприятия болевого синдрома…......46

Глава 4. ОБСУЖДЕНИЕ (ИНТЕРПРЕТАЦИЯ) РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ……………………………………………………………51

ВЫВОДЫ……………………………………………………………………...54

ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………………………………………………………….....56СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ…………………………….....................................58

ПРИМЕЧАНИЯ……………………………………………………………….62

**ВВЕДЕНИЕ**

Эндометриоз признан самым распространенным и тяжелым заболеванием женщин репродуктивного возраста, отрицательно влияющим на общее состояние, работоспособность и качество жизни больных. Данные популяционных исследований Всемирного исследовательского фонда эндометриоза (WERF) показывают, что в настоящее время эндометриозом болеют более 176 млн женщин в мире в возрасте от 15 до 49 лет (до 10% женщин репродуктивного возраста), а стоимость лечения, компенсации потери трудоспособности и реабилитации составляет около 76 миллиардов долларов в год, при этом большая часть средств уходит на компенсацию потери трудоспособности и менее чем в два раза – на само медицинское обслуживание. Число этих пациенток неуклонно растет, поэтому данное заболевание относят к разряду современных эпидемий (В.А. Руженков, К.Н. Швец, 2016).

Это сложное заболевание, как полагают, возникает от взаимодействия различных факторов – генетических, экологических, иммунных и т.д. Но, несмотря на многочисленные исследования, однозначный этиопатогенез до сих пор не ясен. Основные клинические проявления заболевания – болевой синдром, бесплодие, диспареуния снижают активность и работоспособность женщин, оказывая влияние на их психоэмоциональное состояние. Психологические особенности и их роль особенно важны при заболеваниях, касающихся интимной стороны, поскольку они могут выступать мощным психотравмирующим фактором.

**Актуальность.** При гинекологических заболеваниях, включая эндометриоз, возможны возникновения психоэмоциональных нарушений, нарушения системы значимых отношений, сужение круга контактов с людьми, изменения женской и социальной роли, позиции по отношению ко всем жизненным ситуациям. Тяжесть течения гинекологического заболевания, его хронизация, отношение к лечению во многом зависят от психологических особенностей пациенток и для более эффективной помощи гинекологическим больным необходимы исследования психологических аспектов проблемы. Также, до сих пор не установлены точные причины разной степени выраженности боли при эндометриозе, и зачастую даже после устранения очагов поражения болевой синдром остается, что усугубляет дезадаптацию пациенток и требует участия психологов и психотерапевтов в их реабилитации. Установление конкретных психологических особенностей, свойственных той или иной гинекологической патологии, их связи с восприятием болевого синдрома необходимо для определения мишеней психокоррекции и разработки эффективных мероприятий психологической помощи этому контингенту пациенток.

**Гипотеза:** 1) женщины с болевым синдромом при эндометриозе имеют отличные от гинекологически здоровых женщин эмоционально-личностные особенности; 2) субъективное восприятие болевого синдрома связано с индивидуально-личностными особенностями женщин, страдающих эндометриозом, а также со снижением удовлетворенности качеством жизни.

**Цель исследования:** выявление особенностей восприятия болевого синдрома, а также личностных, эмоциональных особенностей и удовлетворенности качеством жизни у женщин с эндометриозом.

В соответствии с целью и предметом исследования были сформированы следующие **задачи:**

1. Проанализировать и сравнить восприятие себя у женщин с эндометриозом и женщин без гинекологической патологии.
2. Определить и сравнить особенности стиля межличностного взаимодействия у женщин с эндометриозом и у женщин без гинекологической патологии.
3. Выявить и сравнить особенности эмоционального состояния (уровень тревоги и депрессии) у женщин с эндометриозом и у женщин без гинекологической патологии.
4. Исследовать и сравнить удовлетворенность качеством жизни женщин с эндометриозом и женщин без гинекологической патологии.
5. Изучить особенности восприятия болевого синдрома у женщин с эндометриозом, а выявить связь выраженности болевого синдрома с эмоционально-личностными особенностями и удовлетворенностью качеством жизни.

**Объект исследования**: женщины с болевым синдромом при эндометриозе фертильного возраста.

**Предмет исследования:** особенности восприятия болевого синдрома, отношения к себе и стиль в межличностных отношениях, эмоциональное состояние, а также удовлетворенность качеством жизни у женщин фертильного возраста с болевым синдромом при эндометриозе.

Для реализации цели и задач исследования использовались следующие методы:

* «Болевой опросник Мак Гилла».
* «Визуальная аналоговая шкала боли».
* «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни» (в адаптации Н.Е. Водопьяновой).
* «Гиссенский личностный опросник».
* «Метод диагностики межличностных отношений» (ДМО Л.Н. Собчик).
* «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)».

**Глава 1. Современные представления об эндометриозе и болевом синдроме в отечественных и зарубежных исследованиях**

* 1. **Эндометриоз: характеристика заболевания**

Одно из самых распространенных в наше время гинекологических заболеваний, эндометриоз, представляет собой патологический процесс развития и роста ткани, схожей по своему строению с внутренним слоем матки (эндометрием) за пределами границ ее локализации в нормальном состоянии. В 1994 году Филипп Конинкс (Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации, 2013) предложил называть термином «эндометриоз» именно анатомический субстрат, а симптомокомплекс, связанный с этим субстратом называют «эндометриоидной болезнью» и в последнее время данная точка зрения получает все большее распространение. В таком случае, эндометриоидная болезнь - дисгормональное, иммунозависимое и генетически обусловленное заболевание, характеризующееся доброкачественным разрастанием ткани, аналогичной по морфологическому строению и функции с эндометрием, но находящейся за пределами полости матки. (Баскаков В.П., 2002) Эндометриоидная болезнь является тяжелым, хроническим и рецидивирующим заболеванием, главными клиническими проявлениями которого выступают хронический болевой синдром, расстройства тазовых органов, диспареуния (боль непосредственно до, во время или после полового акта), нарушения менструального цикла, а также бесплодие (Линде В.А., Татарова Н.А., 2010). В ряде случаев эндометриоз может протекать бессимптомно. Несмотря на многолетние клинические и экспериментальные исследования эндометриоза, достоверных сведений об этиологии и патогенезе заболевания известно достаточно мало. Разброс теорий может быть обусловлен различными формами данного заболевания, каждая из которых может иметь отличный этиопатогенез.

Существует множество классификаций эндометриоза (Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации, 2013):

1. по происхождению;
2. по глубине поражения;
3. локализациям экстрагенитального эндометриоза;
4. анатомическим проявлениям;
5. по морфофункциональным особенностям и этиопатогенезу;
6. по анатомическим характеристикам и необходимому объему вмешательства, т.е. клиническая классификация эндометриоза и другие.

Более подробно будет рассмотрена классификация по расположению очагов эндометриоидного поражения, поскольку различные формы эндометриоза в данной классификации могут вызывать разные последствия – в одних случаях это могут быть только болевые ощущения также различной локализации и степени выраженности, в других – бесплодие, в третьих – сочетание нескольких симптомов и т.д., вследствие чего и влияние на психоэмоциональное состояние женщин они оказывают разное.

Прежде всего, эндометриоз делят на *генитальный*, очаги которого располагаются во внутренних и наружных половых органах, и *экстрагенитальный*, при котором локализация патологического процесса располагается в других органах и системах организма женщины (Даубасова И.Ш., 2013). Генитальный эндометриоз в свою очередь подразделяется на *внешний* (поражение шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления) и *внутренний* (поражение тела матки), который также называют аденомиозом. Согласно некоторым исследованиям, перитонеальный эндометриоз, эндометриоз яичников и аденомиоз могут представлять 3 отдельных заболевания с разным происхождением. (Красильникова Л.В., 2015)

**Эпидемиология.** Будучи одним из самых распространенных гинекологических заболеваний эндометриоз занимает третье место среди заболеваний женских половых органов (после воспалительных заболеваний и лейомиомы матки). Данные эпидемиологических исследований Всемирного исследовательского фонда эндометриоза (WERF) показывают, что в наши дни эндометриозом болеют более 176 млн женщин в мире в возрасте от 15 до 49 лет (до 10% женщин репродуктивного возраста). Согласно современной точке зрения, эндометриоз может возникнуть в любом возрасте независимо от этнической принадлежности и социально-экономических условий. У женщин фертильного возраста, страдающих бесплодием, эндометриоз выявляют в 45-50% случаев и 70% больных с жалобами на боли в малом тазу (Радзинский В.Е., 2007). В постменопаузе заболевание выявляют у 2–5%. Наибольшее распространение имеет генитальный эндометриоз – 92-94%, в то время как экстрагенитальный встречается всего в 6-8% случаев (Руженков В.А., Швец К.Н., 2016).

Особой проблемой в достоверности исследований по распространенности эндометриоза является его «упущенность» - заболевание диагностируется в более отдаленных периодах с момента его манифестации. По общим данным, с появления первых признаков эндометриоза (тазовых болей) и до постановки диагноза проходит в среднем около 7–8 лет (Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации, 2013). К тому моменту, многие случаи переходят в тяжелые стадии заболевания и требуют хирургического вмешательства.

**Этиология и патогенез**. Несмотря на высокую распространенность эндометриоза и множество исследований в этой области вопрос о его этиопатогенезе до сих пор остается дискутабельным. Теорий развития данного заболевания несколько (Ищенко А.И., Кудрина Е.А., 2002):

* метапластическая теория (возникновение метаплазии эпителия брюшины) (Мэйер, 1903; Иванов Н.С., 1897);
* имплантационная теория (гипотеза ретроградной менструации и диссеминации) (Сэмпсон Д.А., 1927);
* дизонтогенетическая (эмбриональная) теория;
* нарушение гормональной регуляции в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе органов-мишеней (недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), гиперпролактинемия, нарушение экспрессии рецепторов стероидных гормонов эстрадиола, прогестерона);
* иммунная теория возникновения эндометриоза (Попеско С., Йонеско М., 1975);
* развитие эндометриоза как генетически обусловленной патологии.

При этом наиболее популярными из них являются первые три, поэтому их описание будет более подробным.

Согласно имплантационной теории, получившей наибольшее распространение в наши дни, жизнеспособные клетки эндометрия при ретроградном продвижении менструальной крови (через маточные трубы, а также во время гинекологических операций) попадают в другие органы и ткани, в результате чего происходит их дальнейшая имплантация и образование очагов эндометриоза. Кроме того, перенос частиц эндометриоидной ткани возможен по лимфатическим и кровеносным путям с последующей имплантацией в органах, что объясняет появление очагов заболевания в легких, коже, мышцах, в лимфатических сосудах и узлах. Однако имеются случаи, когда эндометриоз развивался в препубертатном периоде, при врожденном отсутствии матки и в постменопаузе, что свидетельствует о более сложных механизмах этого сложного заболевания.

Данные случаи могли бы объясняться эмбриональной теорией. Суть данной точки зрения на развитие эндометриоза заключается в том, что эндометриоидная ткань может развиться из аномально расположенных эмбриональных зачатков, в частности мюллерова канала. Доказательством данной теории служат не только случаи эндометриоза у детей и подростков 11–12 лет, но и частое сочетание эндометриоза с аномалиями развития половой системы. Кроме того, в последние годы все большее значение имеют генетические и эпигенетические факторы. Во время эмбриональной дифференцировки женского генитального тракта различные неблагоприятные экологические или генетические факторы могут вызывать эпигенетические изменения в эндометриальных стволовых клетках, предназначенных для формирования различных органов и тканей малого таза, оказывающие негативное влияние на экспрессию генов, что в конечном итоге запускает процессы патогенеза эндометриоза и может приводить к развитию эндометриоидной болезни у женщин в любом возрасте.

Сторонники метапластической теории полагают, что эндометриоидно-подобная ткань способна развиваться из эпителия канальцев почек, мезотелия брюшины и плевры, эндотелия лимфатических сосудов и ряда других тканей под влиянием гормональных изменений, воспалений, механических травм и других воздействий. Однако строго научных доказательств данной теории нет.

Есть исследователи (Адамян Л.А., Кулаков В.И., 2006; Татарчук Т.Ф., 2007), которые полагают, что эндометриоз может возникать вследствие иммунодефицита и аутоиммунизации, приводящих к ослаблению иммунного контроля, которые создают условия для имплантации и развития функциональных очагов эндометрия вне их нормальной локализации. Существование данной точки зрения объясняется еще и тем, что ретроградные менструации являются довольно распространённым явлением и имеется у 70-90% женщин, но эндометриоз развивается только в 10% случаев. Помимо общих признаков иммунодефицита и аутоиммунизации, влияние оказывают и другие факторы, а именно – дисфункция имунной и репродуктивной систем. Сочетание данных нарушений приводит к тому, что частицы эндометриоидной ткани в брюшине малого таза не опознаются как чужеродные и не уничтожаются, создаются условия для их имплантации.

Существуют три клинически различные формы заболевания: эндометриоидные очаги на поверхности брюшины малого таза и яичников (перитонеальный эндометриоз), кисты яичников (эндометриомы) и солидные образования сложной структуры, включающие наряду с эндометриоидной тканью жировую и мышечно-фиброзную (ректовагинальные эндометриоидные узлы); каждый из трех вариантов может быть склонен к проникновению и скоплению в окружающих тканях. И перитонеальный эндометриоз, и эндометриомы, и узлы могут быть результатом одного и того же патологического процесса или же развиваться по различным механизмам формирования, однако их общими гистологическими характеристиками являются присутствие эндометриальных стромальных и эпителиальных клеток, хронические кровоизлияния в очаге и признаки воспаления.

Несмотря на различные теории развития данного заболевания всеми авторами подтверждается то, что эндометриоз – это мультифакторное заболевание. Как минимум два главных патогенетических звена играют ключевую роль в развитии эндометриоидной болезни: 1) для эндометриодной ткани, схожей с эндометрием матки, характерны патологические каскады синтеза эстрогенов, цитокинов, простагландинов и металлопротеиназ, которые приводят к снижению процессов спонтанного апоптоза; 2) иммунные нарушения на разном уровне модулируют разрастание клеток эндометриоидной ткани путем деления и их локализацию, процессы апоптоза, механизмы формирования новых микрососудов из эндотелиальных клеток, что в целом нарушает физиологические процессы разрушения эндометриоидных клеток (Линде В.А., Татарова Н.А., 2010).

В патогенезе эндометриоза играют важную роль также следующие механизмы и факторы.

Локальная гиперэстрогения увеличивает агрессивность очагов эндометриоза и клиническую симптоматику, что подтверждается также при терапии, когда уменьшение синтеза эстрогенов вызывает обратный эффект (Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации, 2013).

Эндометриодная ткань характеризуется резистентностью к прогестерону. В здоровом организме прогестерон активирует защитные механизмы при возникновении воспалений, способствует распаду и расщеплению клеток, однако в пораженных эндометриозом тканях подобного не происходит. (Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации, 2013).

Автономный рост очагов эндометриоза говорит об отсутствии контроля за пролиферацией и дифференцировкой клеток гетеротопий со стороны организма женщины. Известно, что очаги эндометриоза становятся непосредственными продуцентами рецепторов факторов роста цитокинов, онкогенов при отсутствии экспрессии генасупрессора р53, инициируя нарушения равновесия органов и тканей брюшной полости, усугубляя имеющийся иммунодефицит (Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации, 2013).

В результате формируется некий стойкий порочный круг патологических процессов. Он способствует приживлению новых частиц эндометриоидной ткани, распространению уже имеющихся эктопий, формированию глубокоинвазивных и распространенных форм эндометриоза.

Помимо данных факторов, согласно некоторым исследованиям (Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации, 2013), определенное влияние на развитие эндометриоидной болезни оказывает загрязнение окружающей среды. Эндометриоз широко распространен в высокоразвитых странах США, Бельгии, Италии, Израиле, для которых характерна неблагоприятная экология, загрязнение побочными продуктами промышленного производства и т.д., что, в конечном счете, приводит к нарушению антиоксидантного действия в условиях оксидативного стресса и хронической воспалительной реакции, характерных для эндометриоза.

Также в последнее время стала распространяться точка зрения о влиянии на развитие эндометриоза поздней реализации репродуктивной функции современными женщинами. Если в прошлом женщины находились в так называемой физиологической аменорее (беременность и лактация) довольно продолжительное время вследствие частой реализации репродуктивной функции, то в наши дни для женщин характерно стремление реализации себя в творческом и профессиональном плане, и только после этого при наступлении 30 лет большинство задумываются о создании семьи и продолжении рода. Данное явление увеличивает количество менструальных циклов в десятки раз по сравнению с прошлым, что в свою очередь повышает риск развития эндометриоза из-за более частого попадания эндометриальных клеток в брюшную полость через маточные трубы при обратном забросе менструальной крови (Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации, 2013).

* 1. **Болевой синдром в гинекологии**

Согласно определению международной ассоциации по изучению боли (International Association of Study of Pain – IASP), «боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, которое связано с реальным или возможным повреждением тканей и описывается в терминах такого повреждения» (Яроцкая Е.Л., 2016). Боль является одним из наиболее частых симптомов различных заболеваний и изначально несет в себе сигнальную функцию – информирует о повреждении тканей или такой возможности, что в свою очередь вызывает рефлекторные и поведенческие реакции, позволяющие свести повреждающее воздействие к минимуму. По задумке эволюции данный механизм был предназначен для повышения выживания, обучения и адаптации живых организмов к изменениям внешних условий среды.

Боль по характеру ее течения и действия на организм можно подразделить на два основных типа – острую и хроническую, которые в свою очередь могут иметь разные патологические механизмы образования.

Острая боль характеризуется внезапностью и относительной непродолжительностью – от нескольких часов до недели. Именно острая боль в большей степени несет в себе сигнальную функцию для организма, сообщая о наличии патологического процесса при воспалении, травме, инфекции, и зачастую сопровождается повышением температуры, тошнотой, повышенной потливостью и другими вегетативными проявлениями, а также усиливается после физической нагрузки. В данном случае основным механизмом формирования болевых ощущений выступает раздражение болевых рецепторов внешними раздражителями (механические, химические, воспаление и т.п.) – это ноцицептивная боль. Помимо этого, выделяют также нейропатическую боль, которая возникает при патологическом изменении в центральной или периферической нервных системах. Этот механизм образования характерен для хронического болевого синдрома (ХТБ), и в данном случае можно уже говорить об утрате сигнальной функции боли, так как она может сохраняться даже при отсутствии острого повреждения (Кузнецова И.В., 2013; Шульпекова Ю.О., 2011).

Для отнесения боли к типу хронической необходима ее продолжительность от 3-6 месяцев, а в качестве механизма образования, как уже описывалось выше, выступает патологическое изменение ПНС или ЦНС, к которым причисляют: 1) аллодинию (усиление восприятие, при котором обычные раздражители, в норме не вызывающие болевые ощущения, становятся болевыми); 2) гипералгезию (повышенная чувствительность к болевым раздражителям); 3) спонтанные болевые спазмы (боль, возникающая вообще в отсутствие каких–либо воздействий на чувствительные нервные окончания). При описании такого типа боли пациенты говорят, что боль то появляется, то исчезает, зачастую усиливается по ночам и носит характер «колющей, резкой», в отличие от ноцицептивной боли, которую описывают как «тупую, ноющую». Также для хронической тазовой боли характерна иррадация в различные органы, которые не отмечены поражением, поэтому боль носит разлитой характер. ХТБ может быть подразделена на два подтипа: 1) ХТБ, сопутствующая четко определенным гинекологическим заболеваниям; и 2) ХТБ неопределенного происхождения. Для первого варианта IASP предложено определение «тазовая боль, связанная с конкретным заболеванием», для второго «синдром хронической тазовой боли», который встречается у 30% гинекологических пациентов (Извозчиков С.Б. и другие, 2011).

Боль в области таза наиболее характерна для женщин и является самой распространенной жалобой в практике гинеколога. Данный симптом неспецифичен и сопровождает различные заболевания в гинекологии, такие как эндометриоз, злокачественные опухоли женских половых органов, миома матки, дисменорея и прочее. Парадоксально, что не у всех женщин, страдающих данными заболеваниями, формируется хроническая тазовая боль (Шульпекова Ю.О., 2011).

Анализ поврежденных тканей и их сопоставление с субъективным восприятием ощущений пациентов демонстрирует, что практически при любом гинекологическом заболевании происхождение боли мультифакторно, то есть обусловлено сочетанием действия нескольких раздражителей и условий – биологических, психологических, социальных, причем выделить главный представляется невозможным. Помимо этого, длительность и интенсивность болевых ощущений при ХТБ, наличие сопутствующих расстройств – диспареунии (боль во время полового акта), дизурии (боль во время мочеиспускания), синдрома раздраженной кишки - зачастую вызывает изменения эмоционального состояния больных, а также в значительной мере влияет на их качество жизни, социальную и трудовую активность (Васильева И.Ю., 2004).

В ряде исследований о факторах риска развития синдрома хронической тазовой боли у женщин отмечают взаимосвязь между появлением боли и патологиями таза (медико-биологические факторы), самопроизвольными абортами в анамнезе, обильной менструацией и психологическими факторами. Среди последних выделяют наркотическую и алкогольную зависимость, тревожность, депрессивное состояние, склонность к соматизации. В отношении сексуального и физического насилия данные исследований расходятся: согласно некоторым этот фактор влияет на появление боли и степень ее выраженности, однако более надежно спрогнозированные исследования свидетельствуют об отсутствии достоверной корреляции (Fall M., Baranowski A.P., 2011).

Наличие более высокой тревоги вплоть до тревожных расстройств среди больных с хронической тазовой болью подтверждается во множестве исследований (Грек Л.П, Гончаренко В.Н., 2008; Извозчиков С.Б. и другие, 2011; Багин В.М., 2008). Такие пациентки опасаются недиагностированной патологии при обследовании, неблагоприятного прогноза и неопределенного лечения, невозможности выздоровления. Любая лечебная манипуляция и консультация приводят к изменениям эмоционального фона и повышению тревожности у пациенток, а отсутствие объективной соматической причины хронической тазовой боли заставляет их чувствовать себя отвергнутыми и неудовлетворенными лечением.

Еще одним характерным изменением эмоционального состояния пациенток с ХТБ является депрессия. У них значительно чаще отмечают депрессивное состояние, нежели у пациенток гинекологического профиля без болевого синдрома. При этом стоит учитывать, что депрессия может возникать у пациенток перед оперативным вмешательством как реакция на заболевание в целом, нахождение в больнице и хирургическое лечение. Группа исследователей во главе со Стоунс полагает, что «психологический стресс может служить следствием, но не причиной персистирующих болей: выявление наличия депрессии является неотъемлемой частью лечения, однако при этом следует быть осторожным при установлении причинно-следственных связей» (Fall M., Baranowski A.P., 2011).

Работ в области изучения личностных особенностей пациенток с хронической тазовой болью существует довольно мало. Согласно данным исследования Савицкого Г.А. и др. (2015), у большинства женщин с синдромом тазовых болей отмечается высокий уровень тревоги и депрессии, лабильность настроения, ранимость, сензитивность, склонность к ипохондрии. Большинство больных с синдромом тазовых болей обладают резко выраженной низкой толерантностью к стрессу. Помимо этого, существует мнение, что хронические тазовые боли могут выступать в роли гинекологической «маски» таких психических расстройств, как депрессия, истерия, ипохондрия и соматоформного болевого расстройства, что исходит из идеи о психологической модели боли (Васильева И.Ю, 2004).

Согласно психологической модели боли, отдельные взаимосвязанные биологические и психологические процессы приводят к возникновению боли. Подтверждением являются пациенты, которые жалуются на боль, но при этом никаких объективных причин для болевого синдрома нет, и соматическое заболевание отсутствует. В особенности это характерно для женщин. Также есть психофизиологическая модель, в основе которой лежит представление о формировании болевого синдрома в результате длительного стресса, вызывающего состояние напряжения и функциональные изменения в организме. В когнитивно-поведенческой психологической модели боли особое внимание уделяют представлениям человека, его типом поведения и испытываемым эмоциям, взаимосвязь которых может влиять на субъективно воспринимаемую более высокую степень выраженности боли, на более яркие аффективные реакции и переживания, вызванные ими самоограничения и длительность лечения (Яроцкая Е.Л., 2016).

Исходя из всего вышеперечисленного, лечение хронической тазовой боли будет эффективным только в том случае, если прибегать к разностороннему рассмотрению всех возможных его причин и использовать специалистов разного профиля, включая гинекологов, неврологов, психологов и психотерапевтов. В качестве дополнительных методов лечения в данном случае может выступать психотерапия и применение психотропных веществ. В ряде исследований отмечаются более высокие результаты лечения при одновременном использовании психотропных препаратов и методов психотерапии. При когнитивно-поведенческой терапии боли основной целью является изменение отношения к боли, поскольку восприятие ее как чего-то ужасного и безнадежного способствует возникновению чувства беспомощности, тревоги, усиливать самоизоляцию, способствовать напряжению, что способно в свою очередь увеличивать болезненные ощущения и ухудшать удовлетворенность качеством жизни. Если же пациентка воспринимает боль как один из симптомов болезни, знает ее причины, способы совладания с болью, верит в то, что наступит облегчение и что она найдет поддержку у родных и близких, то боль воспринимается более объективно, эмоциональное состояние становится более устойчивым и сохраняется высокая комплаентность. Помимо этого, психотерапия болевого синдрома может включать в себя дыхательные техники, упражнения на снятие тревоги, релаксацию (устранение мышечного напряжения), методы визуализации, медитативные техники и мотивационное интервью.

Вышеописанные методы могут не снижать болевые ощущения напрямую, но способствовать улучшению качества сна, снижению чувствительности к боли, повышению активности в жизни, что улучшает качество жизни и способствует нормализации состояния пациенток с болевым синдромом.

Таким образом, боль может иметь как ноцицептивную природу, так и нейропатическую, быть острой и кратковременной или формироваться в хронический болевой синдром. Выделить один главный фактор способствующий возникновению боли, ее интенсивности и хронизации невозможно, поскольку задействуется целое сочетание взаимосвязанных причин и условий, включая психологические. Именно поэтому в изучении болевых синдромов в гинекологии так важно учитывать психологические аспекты и использовать методы психотерапии при реабилитации пациенток.

* 1. **Болевой синдром при эндометриозе**

Болевой синдром является наиболее ярким симптомом и признаком эндометриоза. Именно при наличии сильных болей в области таза женщины обращаются к врачу для установления причины, и впоследствии довольно часто диагностируется эндометриоз. При этом характеристика болевого синдрома при эндометриозе довольна вариабельна.

Боль может быть циклической, связанной с менструальным циклом (алгодисменорея) или же с овуляторным циклом, а может быть представлена хронической тазовой болью. Выраженность болевого синдрома, по имеющимся на данный момент исследованиям, не зависит от степени тяжести самого заболевания и площади распространения очагов, а скорее связана с формой эндометриоза, то есть местом расположения очагов. Так, например, даже крупные эндометриоидные очаги в яичниках могут не вызывать боль, в то время как небольшое поражения тканей в области тазовой брюшины, крестцово-маточных связок и/или прямокишечно-влагалищной перегородки часто проявляется выраженным болевым синдромом. Особая степень выраженности болевого синдрома наблюдается у женщин с глубоким инфильтративным эндометриозом. Оценка степени выраженности боли всегда субъективна, но, тем не менее, именно субъективное представление о тяжелой, умеренной или легкой боли определяет тактику ведения пациентки (Ефименко Т.О., 2016; Овакимян А.С. и другие, 2015).

По данным исследований настроения (Васильева И.Ю., 2004; Беда Ю.В.. 1999), именно выраженность болевого синдрома и его продолжительность в наибольшей степени влияют на состояние пациентки. Так, у женщин с болевой формой эндометриоза отмечается более высокий уровень тревоги и депрессии, снижение общего самочувствия, активности и. Все эти изменения приводят к формированию определенных личностных и поведенческих особенностей. Как, например, болевое поведение, когда пациент всячески акцентирует внимание на своей боли, все его переживания связаны со страданием от физических ощущений, контакты и активность ограничиваются и т.п. В конечном счете, длительное переживание сильной боли приводит к социальной дезадаптации женщин с эндометриозом, аффективным расстройствам, снижению удовлетворенностью качеством жизни. Пациентки с выраженным болевым синдромом испытывают наименьшее удовлетворение в сфере семейных отношений, социального взаимодействия, в отношении собственного положения в обществе, здоровья и трудовой деятельности. (Беда Ю.В., 1999). Стоит учитывать, что нередки случаи, когда даже после полного устранения очагов поражения болевой синдром остается, поскольку длительность заболевания могла вызвать патологические изменения в ЦНС, в результате которых боль становится нейропатической, то есть существует без непосредственного воздействия раздражителя, в данном случае эндометриоидных очагов (M. Fall, A.P. Baranowski и др., 2011; Н.В. Старцева, М.В. Швецов, Ю.В. Беда, 2002). Поэтому так важно включать в ведение и реабилитацию пациенток с болевым синдромом при эндометриозе специалистов психологического профиля для повышения удовлетворенности качеством жизни, стабилизации эмоционального состояния и научения методам совладания с болью.

* 1. **Социальные особенности женщин с эндометриозом**

Эндометриоз представляет из себя сложное и неоднозначное заболевание, этиопатогенез которого до сих пор до конца не выяснен. Но помимо медицинских, биологических аспектов данного заболевания изучают и социальные особенности женщин с эндометриоидной болезнью.

Согласно имеющимся данным для женщин с эндометриозом характерен высокий уровень образования и умственный характер труда. К примеру, в исследовании Тихоновой Е.С.(2013) сказано, что 84,6% всех больных наружным генитальным эндометриозом закончили высшие учебные заведения, а в другом исследовании (Игенбаева Е.В.и другие, 2016) медико-социального портрета женщин с эндометриозом указывается, что 74,5 % имели умственный характер труда, 6 % – физический труд, 16,5 % – пациенток не работали и 3 % были учащимися. Это свидетельствует о том, что женщины с эндометриозом преимущественно принадлежат к интеллектуальному потенциалу общества, с высокой степенью образования и способны выполнять высококвалифициованный труд.

В анамнезе пациенток часто отмечают маленький процент женщин, имеющих семью. В исследовании Тихоной Е.С. (2013) подчеркивается, что из 280 женщин имели семью только 35% обследованных больных. Многие не заинтересованы в беременности, половую жизнь начинают в позднем юношеском периоде (Старцева Н.В., 2000). Данное явление согласуется с теорией о том, что современные женщины довольно поздно стремятся реализовать репродуктивную функцию, отдавая предпочтение вначале творческой и профессиональной сфере жизни. Впрочем, данные других исследований вступают в противоречие. В исследовании (Закирова Е.Р. и другие) 2016 года среди 85 обследованных женщин с наружным генитальным эндометриозом 70,6 % состояли в браке, хотя и отмечают ухудшения взаимоотношений в семье на период обострения болевых симптомов.

Нередко отмечаются особенности воспитания и состава в родительской семье женщин с эндометриозом. Период детства сопровождается психическими травмами вследствие напряженной обстановке в семье: алкоголизм отца, ссоры, супружеские измены, смерть родителей. Отношения с родителями характеризуются деструктивностью и недостатком внимания. Около 90% пациенток оказались нежеланным ребенком в семье в результате случайной беременности или же родились не того пола, который хотели родители. Кроме того, у 75% отмечалось неправильное воспитание – «по типу мальчика». Также большинство пациенток отмечали в прошлом наличие длительных разлук с матерью по различным причинам (неработающий отец, воспитание бабушками и т.д.), что порождало ощущение брошенности и ненужности (Руженков В.А., Швец К.Н., 2016).

На социальное положение и особенности женщин с эндометриозом большое влияние оказывает такая клиническая характеристика заболевания, как болевой синдром. Сильная боль нередко приводит к снижению активности, «выпадению» из профессиональной деятельности из-за вынужденных больничных и отпусков, уменьшаются социальные контакты. Также боль и кровотечения во время и после полового акта влияют на личные отношения женщин, нередко служат поводом для расставания и одиночества, что в конечном итоге в совокупности всех этих особенностей проявления заболевания приводит к сниженному уровню социабельности, социальной закрытости, социальному избеганию и социальной фрустрации.

Таким образом, прослеживается влияние на нынешнее состояние женщин с эндометриозом не только особенностей их социальной сферы в прошлом, но и само болезненное состояние в настоящее время.

* 1. **Психологические особенности женщин с эндометриозом**

В исследовании эндометриоза значительное внимание уделяют и психологическим особенностям женщин, которые отличают их от женщин с другими гинекологическими заболеваниями или без гинекологических патологий.

Наиболее часто среди таких характеристик фигурирует выраженная тревожность и наличие депрессивных состояний (Богатова И.К., Семенова О.К., 2008). Отмечается, что продолжительное воздействие таких симптомов эндометриоза, как боли во время менструации, во время мочеиспускания, сексуального акта и т.д., способствуют развитию нервно-психических нарушений: личностной и ситуативной тревожности, депрессивного состояния. Степень выраженности тревоги взаимосвязана с неудовлетворенностью в детско-родительских отношениях, авторитарным стилем воспитания со стороны матери, искажением полоролевой и незрелостью возрастной идентичности. При нарастании тяжести симптоматики, в особенности при усилении болевого синдрома, присоединяется депрессивный компонент, ипохондрическая фиксация на собственных ощущениях. Женщины с эндометриозом испытывают тревогу в отношении состояния своего здоровья и будущего. В иных случаях формируются состояния неврастении, что выражается в слабодушии, раздражительности на фоне слабости, повышенной утомляемости и слезливости. Также подчеркивается, что при терапевтическом вмешательстве по прошествии времени личностная и ситуативная тревожность, депрессивные состояния различной степени выраженности значительно уменьшались при снижении, исчезновении симптоматики заболевания.

Относительно самоотношения женщин с эндометриозом отмечается некоторая конфликтность: враждебная агрессивность, ригидность, бесчувственность, повышенная обидчивость сочетается с жертвенностью, потребностью производить приятное впечатление. Данное явление может объясняться характерным для таких женщин стремлением к силовому решению проблем, мстительностью и цинизмом, но в то же время страхом разрыва симбиоза в отношениях и как следствие - склонность к избеганию конфликтов. По другим данным, у женщин с эндометриозом наблюдается негативное самовосприятие и самооценка, нарушение психической целостности, утрата целеполагания и снижение самоконтроля. Для женщин с эндометриозом характерны сомнения в ценности своей личности. Тело женщин с эндометриозом негативно оценивается, воспринимается отталкивающим и нелюбимым (Кочарян А.С. и другие, 2015; Блох М.Е.. 2012) .

Помимо самоотношения конфликтность также отмечается в полоролевой сфере. По данным некоторых исследований у женщин с эндометриозом в восприятии себя наблюдается тенденция к феминности, в то время как в поведении больше проявляются маскулинные черты. Другие исследования свидетельствуют об отнесении женщин с эндометриозом к группе с андрогинными чертами, но также отмечают тенденцию к большей выраженности маскулинных черт по сравнению с женщинами без гинекологической патологии.

У категории женщин с заболеваниями в сфере гинекологии, включая эндометриоз, наблюдаются неуверенность в себе, эмоциональная неустойчивость, сниженная толерантность к испытываемому стрессу, что прямо взаимосвязано с трудностями в построении прочных социальных отношений, со снижением физического, социального функционирования, нарушением сексуальной функции и в целом приводит к снижению качества жизни. Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Самые низкие показатели качества жизни отмечены у больных с выраженным болевым синдромом. Имеются данные, что женщины с бессимптомным эндометриозом не имеют различий по уровню качества жизни, в сравнении с общей популяцией (Чупрынин В.Д., Языкова О.И и другие, 2016). Помимо этого, отмечают интересный факт, что у женщин с эндометриозом оценка качества жизни ниже, чем у женщин с аналогичными симптомами, но без данного заболевания (Енькова Е.В., 2015). Также влияние оказывает возраст пациенток: молодые женщины имеют более низкий уровень качества, а также наличие большего количества симптомов, чем женщины других возрастных групп. По наблюдениям специалистов, эндометриоз оказывает влияние на следующие аспекты жизни женщин: физическое и психологическое здоровье; взаимоотношения с друзьями, коллегами по работе, членами семьи; сексуальное здоровье; образование; трудовая деятельность; возможность развития и реализации жизненных целей; возможность вести привычный образ жизни (Енькова Е.В., 2015). Несмотря на то, что многие женщины отмечают возможность «перетерпеть» боль и продолжать функционировать в том же режиме, данное состояние, по-видимому, в конечном итоге приводит к истощению физических и моральных сил, что подтверждается наличием депрессивных состояний и нервно-психических расстройств.

**Глава 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**2.1 Характеристика выборки**

В соответствии с поставленной целью и задачами экспериментальную выборку в данном исследовании составили пациентки с болевым синдромом при эндометриозе гинекологического отделения клиники акушерства и гинекологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. Акад. И.П.Павлова и группа женщин фертильного возраста без гинекологической патологии.

Всего в исследовании приняло участие 56 испытуемых: 27 женщин с эндометриозом (группа 1) и 29 женщин без гинекологической патологии (группа 2). Средний возраст пациенток с эндометриозом составил – 32 года и группы сравнения – 25 лет.

Распределение по уровню образования выглядит следующим образом:

Эндометриоз связан с больим количеством проблем и способстуует снижению насрроения, качества жизни, вызывает стойки е нарушения психоэмоуционального состояния, различные неврочтические состояиния и прочие проблем. Для его лечения необходимо зайдействовать комплекс мер, которые включают в себя психологов, терапевтов и прочих специалистов. Для определения мишеней необходимо проведение ряда исследовнаий в отношщении психологических особеннойстей, социальных характеристиксоматического здоровья и т.д.

Рисунок 1. Уровень образования группы 1 (эндометриоз)

Как видно из диаграммы женщины с эндометриозом в основном имели высшее образование – 20 человек (74%); средне-специальное 6 человек (22%) и 1 испытуемая имела неоконченное высшее образование (4%).

Рисунок 2. Уровень образования группы 2 (здоровые)

В группе женщин без гинекологической патологии высшее образование имели 12 человек (41%), средне-специальное – 6 человек (21%) и неоконченное высшее – 11 человек (38%).

По семейному положению распределение в группах выглядит следующим образом:

Рисунок 3. Семейное положение в группе 1 (эндометриоз)

Как видно из диаграммы в группе женщин с эндометриозом 11 замужем (41%), 13 в гражданском браке (48%), а 3 женщины (11%) не состояли в отношениях на момент исследования.

Рисунок 4. Семейное положение в группе 2 (здоровые)

В группе женщин без гинекологической патологии 5 испытуемых были замужем (17%), 10 женщин – в гражданском браке (35%) и практически половина группы (14 человек – 48%) не состояла в отношениях на момент исследования.

По наличию детей распределение в группах выглядит следующим образом:

Рисунок 5. Наличие детей в группе 1 (эндометриоз)

Как видно из рисунка 5, в группе женщин с эндометриозом 8 женщин имеют детей (30%), 19 испытуемых не имели детей на момент обследования (63%).

Рисунок 6. Наличие детей в группе 2 (здоровые)

В рисунке 6 показано, что в группе женщин без гинекологической патологии только 4 женщины имели детей (14%), остальные 25 испытуемых не имели детей на момент обследования (86%).

В группе женщин с эндометриозом все женщины имели болевой синдром. По результатам визуальной аналоговой шкалы, женщины данной группы имели умеренно и сильно выраженный болевой синдром – 9 (33%) и 18 (67%) испытуемых соответственно (см. рис.7).

Рисунок 7. Выраженность болевого синдрома у женщин с эндометриозом

* 1. **Методы экспериментально-психологического исследования**

Для изучения эмоционально-личностных особенностей, удовлетворенности качеством жизни и субъективного восприятия болевого синдрома использовались следующие методики:

* Болевой опросник Мак –Гилла;
* Визуальная аналоговая шкала боли;
* Методика «Маскулинность-фемининность» С. Бэм;
* Методика диагностики межличностных отношений (ДМО) Л.Н.Собчик;
* Гиссенский личностный опросник (Я/ОН);
* Методика оценки уровня удовлетворенности качеством жизни (Н. Е. Водопьянова);
* Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

1. Болевой опросник МакГилл (Бывальцев В.А., Белых Е.Г., Алексеева Н.В., Сороковиков В.А., 2013)

В опроснике боли МакГилла и его кратком варианте содержатся шкалы по описанию болевого синдрома с сенсорным, аффективным и эвалюативным аспектами для количественной оценки ХБ. Данная анкета была разработана профессором Р. Мелзаком в 1975г. в университете МакГилл (Монреаль, Канада), переведена и апробирована во многих странах.

В структуру анкеты входят 11 сенсорных и 4 аффективных вербальных характеристик: 78 наиболее часто употребляемых прилагательных, описывающих боль, распределены по двадцати классам и по нарастанию смыслового значения. В результате выявляются три параметра боли: сенсорный, аффективный и эвалюативный. Также высчитываются два основных показателя: 1-й – ранговый индекс боли (среднеарифметическое количество слов в подклассах) и 2-й – число выбранных слов.

1. Визуальная аналоговая шкала боли (Бывальцев В.А., Белых Е.Г., Алексеева Н.В., Сороковиков В.А., 2013)

ВАШ представляет собой прямую линию длиной 10 см. Пациент описывает свою боль в количественной оценке в иде отметке на линии, которая соответствует интенсивности его болевого синдрома. Левый крайний полюс (0 баллов) соответствует отсутствию боли, к правому полюсу идет увеличение интенсивности боли соответственно - слабая, умеренная, сильная, конечная, невыносимая боль. Длина линии равна 100 мм, что облегчает измерение боли в количественной оценке.

1. Методика «Маскулинность-фемининность» С. Бэм (Реан А. А., 1999)

Методика была предложена Сандрой Бем (Sandra L. Bern, 1974) для диагностики психологического пола и определяет степень андрогинности, маскулинности и фемининности личности. Опросник содержит 60 утверждений (качеств), на каждое из которых испытуемый отвечает «да» или «нет», оценивая тем самым наличие или отсутствие у себя названных качеств.

На основании полученных данных выделяют четыре полоролевых типа:

1. Маскулинный – высокие показатели маскулинности и низкие – фемининности;

2. Фемининный – высокие показатели фемининности и низкие – маскулинности;

3. Андрогинный – высокие показатели как маскулинности, так и фемининности;

4. Недифференцированный – низкие показатели и маскулинности, и фемининности.

1. Методика диагностики межличностных отношений (ДМО) (Собчик Л.Н., 1990).

Метод диагностики межличностных отношений (ДМО) Л.Н.Собчик представляет собой модифицированный вариант интерперсональной диагностики Лири, автор которой является последователем идей Салливэна. В структуру методики входят характеристики, по которым испытуемый оценивает свое актуальное Я – то, каким он себя видит на данный момент. После проводится подсчет баллов, которые распределяются по 8 октантам психограммы. Данные октанты соответствуют тому или иному варианту поведения в межличностных отношениях, а именно: властно-лидирующий, независимо-доминирующий, прямолинейно-агрессивный, недоверчиво-скептический, покорно-застенчивый, зависимо-послушный, сотрудничающий-конвенциальный, ответственно-великодушный.

1. Гиссенский личностный опросник (Карвасарский Б.Д. и др., 1993).

Гиссенский личностный опросник (Гиссенский тест — ГТ) был разработан в 1968 г. коллективом немецких ученых на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета и получил широкое распространение как диагностический инструмент в клинике, удобный для решения различных вопросов индивидуальной и групповой диагностики. В последующие годы была проведена повторная стандартизация теста с учетом новых данных, поскольку методика стала использоваться не только в клинических, но и социально-психологических исследованиях.

Преимущество методики над другими психологическими тестами состоит в учете социальных установок и реакций личности, что повышает его достоверность и делает пригодным не только для исследования личности, но и для анализа социальных отношений, в особенности межличностных отношений в малых группах.

Используемый в исследовании вариант содержит 2 варианта одних и тех же 40 биполярных утверждений. Каждое утверждение ГТ оценивается по 7-балльной шкале.

Интерпретация данных состоит из 6 шкал, каждая из которых имеет два полюса: шкала социального одобрения, шкала доминантности, шкала контроля, шкала преобладающего настроения, шкала открытости-замкнутости, шкала социальных способностей.

1. Методика оценки уровня удовлетворенности качеством жизни (Н. Е. Водопьянова) (Практикум по психологии здоровья, 2005)

Опросник для оценки качества жизни был разработан в Институте медицины стресса (США) в 1993 г., чтобы помочь пациентам справиться с воздействиями стресса и выбрать способы поведения для его преодоления. Методика построена на основе экзистенциального подхода к определению стресса. Адаптированный вариант опросника содержит 36 вопросов, относящихся к удовлетворенности в следующих категориях индивидуальной жизни: работа, личные достижения, здоровье, общение с близкими людьми, поддержка (внутренняя и внешняя – социальная), оптимистичность, напряженность (физический и психологический дискомфорт), самоконтроль, негативные эмоции (настроение).

1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Смулевич А.Б., 2002).

Шкала разработана Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. При формировании шкалы авторы исключали симптомы тревоги и депрессии, которые могут быть интерпретированы как проявление соматического заболевания (например, головокружения, головные боли и проч.). Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и личном клиническом опыте авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

**Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ**

**3.1 Исследование эмоционально-личностных особенностей и удовлетворенностью качеством жизни**

В соответствии с поставленными целями и задачами исследования все испытуемые были поделены на следующие группы: женщины с эндометриозом (группа 1) и женщины без гинекологической патологии (группа 2) фертильного возраста.

Для выявления различий между группами по параметрам, измеряемыми использованными методиками, использовался t-критерий Стьюдента, u-критерий Манна-Уитни. Для выявления взаимосвязей между эмоционально-личностными особенностями, удовлетворенностью качеством жизни с особенностями субъективного восприятия боли у исследуемых женщин с болевым синдромом при эндометриозе осуществлялся расчет коэффициента корреляции по Пирсону.

Результаты различий между группой женщин с эндометриозом и группой без гинекологической патологии представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели средних значений в «Шкале оценки качества жизни» Н.Е. Водопьяновой

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Шкала** | ***Группа 1***  ***(эндометриоз)*** | ***Группа 2***  ***(здоровые)*** | ***Уровень значимости*** |
| Шкала оценки работы | 27.85 ± 6.34 | 25.93 ± 6.20 | 0.136 |
| Шкала оценки личных достижений | 27.26 ± 7.21 | 26.48 ± 6.49 | 0.6745 |
| Шкала оценки здоровья | **22.59** ± **7.62** | **27.14** ± **6.59** | **0.02106\*** |
| Шкала оценки общения с близкими людьми | 27.56 ± 6.69 | 27.76 ± 7.23 | 0.9135 |
| Шкала оценки поддержки | 24.96 ± 5.63 | 24.72 ± 7.31 | 0.8911 |
| Шкала оценки оптимистичности | 23.48 ± 4.30 | 23.97 ± 4.53 | 0.6833 |
| Шкала оценки напряженности | **22.59** ± **5.60** | **25.52** ± **7.92** | **0.03879\*** |
| Шкала оценки самоконтроля | 22.56 ± 4.93 | 22.86 ± 7.68 | 0.8588 |
| Шкала оценки отсутствия негативных эмоций | 22.04 ± 6.99 | 23.45 ± 7.36 | 0.4649 |
| Индекс качества жизни | 24.44 ± 4.03 | 25.24 ± 5.43 | 0.5338 |

p≤0,05 (\*)

Рисунок 8. «Шкала оценки качества жизни» (Н.Е. Водопьяновой)

Согласно полученным данным (см. табл.1 и рис.8), на достоверном уровне статистической значимости у женщин с болевой формой эндометриоза наблюдается меньшая удовлетворенность по шкалам оценки здоровья и напряженности. Средний показатель по шкале здоровья у пациенток с эндометриозом находится в пределах низких значений (до 25б.), что может объясняться наличием гинекологического заболевания. Средний показатель по шкале напряженности находится на границе между низким и средним значениями (до 22б. – низкий уровень). При этом показатели средних значений по обеим шкалам в группе здоровых женщин соответствуют среднему уровню (по шкале здоровья от 26 б.; по шкале напряженности от 23 б.). Средний индекс качества жизни находится в пределах средних значений (21-29 баллов – средний уровень), что говорит об общей средней удовлетворенности качеством жизни.

Таблица 2.

Показатели средних значений в методике «Маскулинность-фемининность» С. Бэм

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Шкала** | ***Группа 1***  ***(эндометриоз)*** | ***Группа 2***  ***(здоровые)*** | ***Уровень значимости*** |
| Шкала феминности | 94.52 ± 10.87 | 90.17 ± 13.26 | 0.1844 |
| Шкала маскулинности | 83.89 ± 11.05 | 88.41 ± 13.04 | 0.1661 |
| Шкала андрогинности | 89.70 ± 9.22 | 88.76 ± 9.86 | 0.7124 |

Рисунок 9. Методика «Маскулинность-феминность» С. Бэм

Как видно из гистограммы (см. рис.9) и результатов средних значений (см. табл. 2), у пациенток с эндометриозом преобладает феминность, т.е. они относят к себе такие черты, как пассивность, мягкость, эмоциональность, способность к сочувствию и т.п. В то время как группа здоровых женщин более склонна к описанию у себя черт маскулинности – агрессивности, жесткости, целеустремленности, самоуверенности, сдержанности. Однако различий на статистически достоверном уровне значимости обнаружено не было.

Таблица 3.

Показатели средних значений в «Гиссенском личностном опроснике»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Шкала** | ***Группа 1***  ***(эндометриоз)*** | ***Группа 2***  ***(здоровые)*** | ***Уровень значимости*** |
| «Я» - социальное одобрение | 28.93 ± 5.59 | 28.83 ± 6.17 | 0.9503 |
| «Я» - доминантность (обратная шкала) | **23.63** ± **4.89** | **21.48** ± **5.11** | **0.04797\*** |
| «Я» - контроль | 25.89 ± 3.77 | 25.86 ± 4.11 | 0.9798 |
| «Я» - преобладающее настроение | 30.15 ± 7.29 | 28.93 ± 8.15 | 0.4002 |
| «Я» - открытость | 22.33 ± 5.14 | 20.59 ± 5.66 | 0.1344 |
| «Я» - социальные способности | 17.04 ± 5.12 | 16.52 ± 5.58 | 0.5746 |

p≤0,05 (\*)

Рисунок 10. «Гиссенский личностный опросник»

Статистически достоверно подтверждено, что женщины с болевой формой эндометриоза обладают большей выраженностью черт пассивности, терпения, зависимостью, склонностью к подчинению, нежели женщины без гинекологической патологии (см. табл. 3 и рис. 10).

Таблица 4.

Показатели средних значений в ДМО Л.Н. Собчик

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Шкала** | ***Группа 1***  ***(эндометриоз)*** | ***Группа 2***  ***(здоровые)*** | ***Уровень значимости*** |
| Властно-лидирующий | 7.22 ± 3.13 | 6.97 ± 3.81 | 0.7835 |
| Независимо-доминирующий | 5.44 ± 2.10 | 4.97 ± 2.46 | 0.4354 |
| Прямолинейно-агрессивный | 6.30 ± 2.87 | 7.07 ± 3.34 | 0.3559 |
| Недоверчиво-скептический | 6.33 ± 2.45 | 6.34 ± 3.87 | 0.9894 |
| Покорно-застенчивый | 7.26 ± 3.86 | 6.28 ± 3.53 | 0.2711 |
| Зависимо-послушный | 6.26 ± 3.50 | 5.86 ± 3.50 | 0.7353 |
| Сотрудничающе-конвенцильный | 7.67 ± 3.35 | 7.45 ± 3.79 | 0.8198 |
| Ответственно-великодушный | **9.67** ± **3.17** | **7.83** ± **4.67** | **0.04093\*** |

p≤0,05 (\*)

Рисунок 11. ДМО Л.Н. Собчик

Женщин с эндометриозом отличает склонность к ответственно-великодушному стилю межличностного поведения, что проявляется выраженной готовностью помогать окружающим, развитым чувством ответственности. Средний показатель в группе соответствует высокому уровню (до 8 – умеренный, от 9 до 16 – высокий уровень выраженности), что свидетельствует о наличии мягкосердечности, сверхобязательности, гиперсоциальности установок и подчеркнутого альтруизма у женщин с болевой формой эндометриоза (см. табл. 4 и рис.11). В отношении остальных показателей статистический достоверных различий не обнаружено, однако можно отметить более высокий средний показатель по шкале покорно-застенчивого типа межличностного поведения, что проявляется в скромности, застенчивости, склонности брать на себя чужие обязанности, и показатель по шкале сотрудничающе-конвенциального типа, который находится на границе средних значений и свидетельствует о тенденции к конформности, стремлении к сотрудничеству с референтной группой, к дружелюбным отношениям с окружающими.

Таблица 5.

Показатели средних значений в «Госпитальной шкале тревоги и депрессии»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Шкала** | ***Группа 1***  ***(эндометриоз)*** | ***Группа 2***  ***(здоровые)*** | ***Уровень значимости*** |
| H-D (шкала депрессии) | 5.41 ± 3.32 | 4.41 ± 2.44 | 0.2109 |
| H-T (шкала тревоги) | 8.96 ± 3.56 | 7.55 ± 3.46 | 0.1387 |

Рисунок 13. «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»

Статистически достоверных результатов различий между женщинами с эндометриозом и женщин без гинекологической патологии по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» обнаружено не было, однако можно отметить более высокую степень выраженности тревоги и депрессии у женщин с болевой формой эндометриоза. Средний показатель по шкале тревоги соответствует субклинически выраженному уровню (8-10 баллов). При этом оба средних показателя у женщин без гинекологической патологии находятся в пределах нормы.

* 1. **Исследование особенностей восприятия болевого синдрома**

Пациентки с эндометриозом описывали свои болевые ощущения с помощью предложенных в анкете «Болевого опросника Мак-Гилла» характеристик. Они делились на три блока:

А) Сенсорная шкала (острая, жгучая, ноющая, тупая);

Б) Аффективная шкала (изматывает, вызывает тревогу, приводит в отчаяние);

Г) Эвалюативная шкала (Варианты: слабая, умеренная, сильная, сильнейшая, невыносимая).

Рисунок 14. Сенсорная шкала

Рисунок 15. Аффективная шкала

Рисунок 16. Эвалюативная шкала

По результатам исследования пациентки с эндометриозом в оценке болевых ощущений основной акцент делают на силу болевого синдрома (см. рис. 16), описывая боль как умеренную – 11% (6 человек), сильную – 41% (11 человек), сильнейшую – 26% (7 человек), невыносимую – 22% (3 человека), а также они в большей степени акцентируют внимание на эмоциональной стороне боли (см. рис. 15), нежели на физическом аспекте (см. рис.14).

По визуальной аналоговой шкале средний показатель у пациенток с эндометриозом составил 7.06±1.52, что соответствует сильной боли, а общее количество употребленных слов в среднем составило 13 при максимально возможном количестве 20 слов.

Таблица 6.

Корреляционная матрица взаимосвязей между шкалами эмоционально-личностных методик и шкалами оценки боли

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **D.6R** | **D.7R** | **D.8R** | **B.F** | **V.IKT** | **V.NE** | **V.LD** | **V.P** | **V.OP** |
| **KS** | 0.47\*\* | 0.41\* | 0.47\*\* |  |  |  |  |  |  |
| **KA** |  | 0.38\* |  |  |  |  |  |  | 0.41\* |
| **KE** |  |  |  |  |  | 0.38\* |  | 0.38\* |  |
| **ORB** | 0.47\*\* | 0.41\* | 0.38\* |  |  |  |  |  |  |
| **NS** | 0.47\*\* | 0.44\* | 0.45\* |  |  |  |  |  |  |
| **SHK** |  |  |  | 0.39\* | 0.45\* |  | 0.38\* |  |  |

*(расшифровка значений представлена в разделе Примечания)*

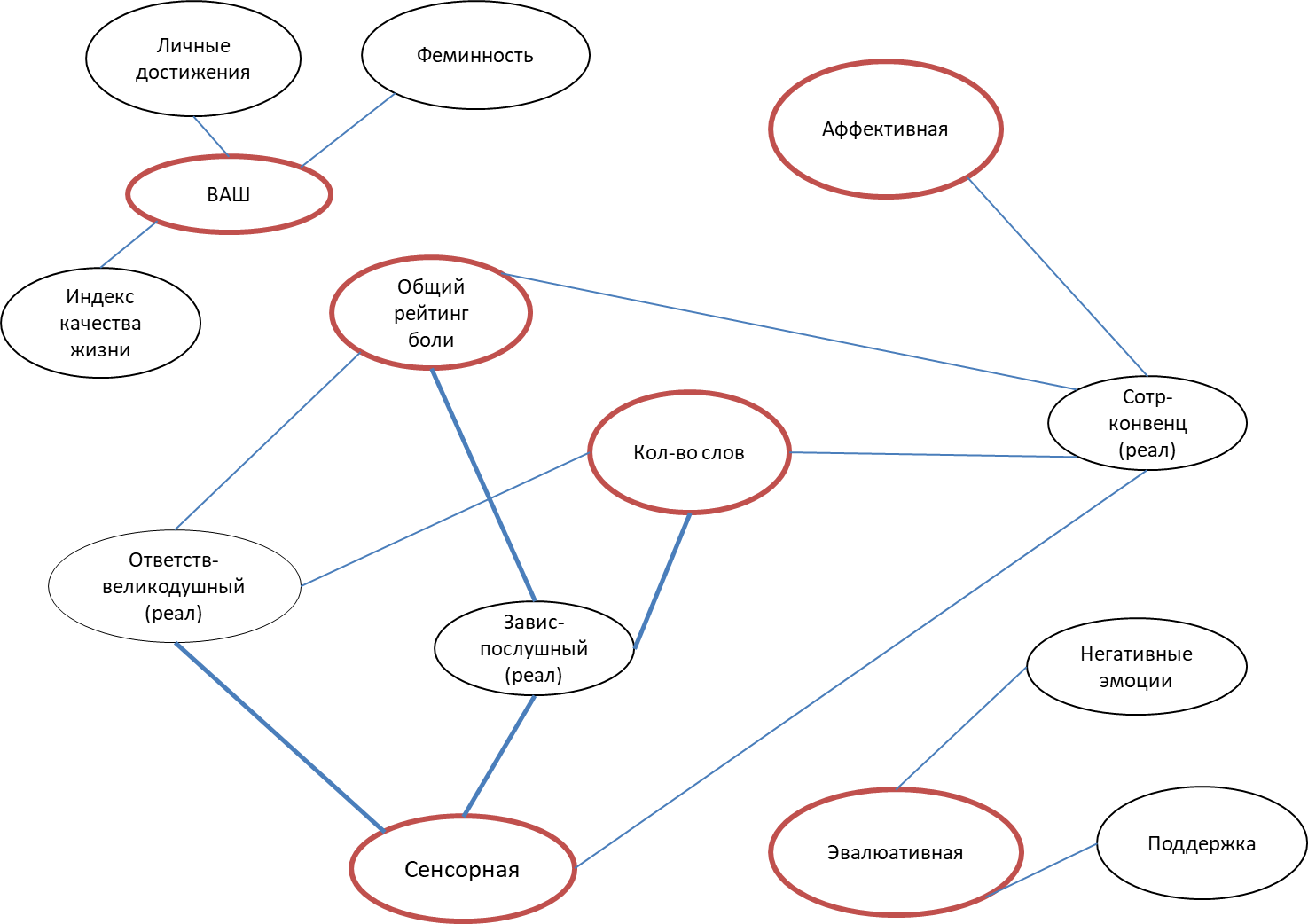


Рисунок 17. Корреляционная плеяда показателей шкал личностных особенностей, качества жизни и болевых шкал

По результатам корреляционного анализа были получены следующие результаты: на болевые ощущения в большей степени жалуются пациентки с чертами ответственно-великодушного типа личности (см. рис. 17).

Наблюдается умеренная положительная связь зависимо-послушного и ответственно-великодушного стиля поведения в межличностных отношениях с общим рейтингом боли (r = 0.47, р ≤ 0,01; r = 0.38, р ≤ 0,05), сенсорной оценкой (r = 0.47, р ≤ 0,01; r = 0.47, р ≤ 0,01) и общим количеством слов, использованных для описания болевых ощущений (r = 0.47, р ≤ 0,01; r = 0.38, р ≤ 0,05).

Выявлена умеренная положительная связь между сотрудничающе-конвенциальным стилем поведения в межличностных отношениях и общим рейтингом боли (r = 0.41, р ≤ 0,05), сенсорной (r = 0.41, р ≤ 0,05) и аффективной (r = 0.38, р ≤ 0,05) оценками, а также общим количеством слов описания болевых ощущений (r = 0.44, р ≤ 0,05).

Умеренная положительная взаимосвязь получена между эвалюативной оценкой боли и шкалами негативных эмоций (r = 0.38, р ≤ 0,05) и поддержки (r = 0.38, р ≤ 0,05).

Также отмечается умеренная положительная связь между визуальной аналоговой шкалой боли и шкалой феминности (r = 0.39, р ≤ 0,05), индексом качества жизни (r = 0.45, р ≤ 0,05) и шкалой личных достижений (r = 0.38, р ≤ 0,05).

**Глава 4. ОБСУЖДЕНИЕ (ИНТЕРПРЕТАЦИЯ) ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ**

Согласно полученным данным, женщины с болевой формой эндометриоза в описании себя выделяют преимущественно черты феминности по сравнению с женщинами без гинекологической патологии (по шкале феминность в методике С. Бэм результаты 94.52±10.87 и 90.17±13.26 соответственно). Им присущи такие черты как пассивность, мягкосердечность, повышенная эмоциональность, зависимость от других, что проявляется и в их стиле поведения в межличностных отношениях. Они придерживаются социальных норм и правил, сверхобязательны, альтруистичны - по шкале ответственно-великодушного стиля поведения в методике ДМО Л.Н. Собчик выявлены достоверные различия на высоком уровне значимости (уровень значимости p0,05). Данное описание частично соотносится с результатами других исследований. В нашем исследовании и в самовосприятии, и в поведении женщин с болевым синдромом при эндометриозе преобладает феминный тип. В то время как Кочарян А.С., Макаренко А.А., Шао Цзе Дин (2015), в своей работе сообщают о выявленном конфликте гендерной идентичности у женщин с эндометриозом, который проявляется в восприятии себя как женственной личности и в поведении, характерном больше для маскулинного типа.

Анализ более ранних работ показывает нарушения эмоциональной сферы женщин с эндометриозом, что проявляется в виде выраженного депрессивного состояния и высокой тревожности, однако результаты нашего исследования демонстрируют другую картину. В обследованной группе женщин с эндометриозом средний показатель тревоги достигает субклинически выраженного уровня, а показатель уровня депрессии укладывается в рамках нормы, несмотря на то, что выраженность болевого синдрома субъективно оценивается пациентками как высокая. Данные других исследований свидетельствуют о выраженных психоэмоциональных расстройствах и неврозоподобных состояниях в особенности у женщин с сильным болевым синдромом (Руженков В.А., Швец К.Н., 2016; Богатова И.К., Семенова О.К., 2008).

Согласно анализу различных источников (M. Fall, A.P. Baranowski и др., 2011; De Graaff AA1, D'Hooghe TM и др., 2013; Fourquet J1, Báez L, Figueroa M и др., 2011; Чупрынин В.Д., Языкова О.И и др, 2016), наличие заболевания, выраженность его клинических проявлений негативно сказывается на качестве жизни женщин с эндометриозом, вызывая впоследствии их социальную и личностную дезадаптацию. Снижается удовлетворенность качеством жизни в сфере здоровья, взаимоотношений, трудовой деятельности. Однако по данным нашего исследования, у женщин с болевой формой эндометриоза наблюдается средняя удовлетворенность качеством жизни в целом и существенно не отличается от среднего показателя группы гинекологически здоровых женщин. При этом действительно отмечаются достоверные различия в удовлетворенности здоровьем (уровень значимости p≤0,05), у женщин с эндометриозом она значительно меньше и находится в пределах низких значений, а также меньшая удовлетворенность по шкале напряженности, что свидетельствует о наличии состояния повышенного физического и психологического возбуждения, сопровождаемого неприятными внутренними чувствами и дискомфортом. Повышенная напряженность и неудовлетворенность здоровьем могут быть связаны с необходимостью преодолевать болезненные ощущения, которые могут носить довольно выраженный характер, что может негативно сказываться на профессиональной и социальной деятельности, на взаимоотношениях с окружающими и способствовать появлению психоэмоциональных нарушений (Руженков В.А., Швец К.Н., 2016). Также исследования женщин с эндометриозом свидетельствуют об отрицательных связях между выраженностью болевого синдрома и удовлетворенностью качеством жизни, однако результаты проведенного исследования выявили положительные связи между визуальной аналоговой шкалой и удовлетворенностью личными достижениями, индексом качества жизни, между эвалюативной шкалой в методике Мак-Гилла и удовлетворенностью поддержкой (внутренней и внешней), отсутствием негативных эмоций. Это может быть признаком действия защитных механизмов у женщин с эндометриозом, которые компенсируют негативное влияние болевого синдрома на их жизнь, однако данная точка зрения требует дальнейшего изучения и проверки.

Установлено, что для пациенток, обладающих такими личностными чертами как мягкосердечность, склонность к альтруизму, конформность и гиперсоциальность, зависимость и послушность характерна более высокая выраженность болевого синдрома, при этом больший акцент делается на физическом аспекте боли. Для пациенток, помимо этого обладающих такими личностными чертами, как высокая тревожность, тактичность и дружелюбность, склонность к компромиссам, также характерна высокая выраженность болевого синдрома, но, помимо физического аспекта, выделяется еще и эмоциональная сторона боли. Исследования в данной области (Руженков В.А., Швец К.Н., 2016; Богатова И.К., Семенова О.К., 2008; Кочарян и др, 2015; Блох М., 2015) в личности женщин с эндометриозом выделяют сочетание конфликтных черт: агрессивность, бесчувственность, стремление к силовому решению проблем вместе с жертвенностью, потребностью производить приятное впечатление, стремлением избегать конфликты. Наше исследование не показало наличие конфликта в личности женщин с эндометриозом, агрессивных тенденций не было выявлено, но так же, как и в более ранних работах, отмечается конформность, стремление к избеганию конфронтаций, ориентация на референтную группу и подавление личных потребностей в угоду другим людям.

**ВЫВОДЫ**

Таким образом, в результате проведенного исследования были сформулированы следующие выводы:

1. В восприятии себя у женщин с эндометриозом преобладает феминный тип, они склонны подчеркивать в себе черты пассивности, терпения, зависимости, стремления к подчинению, повышенной эмоциональности, способности к сочувствию в отличие от женщин без гинекологической патологии.
2. Женщины с болевой формой эндометриоза отличаются ответственностью, пренебрежением собственными потребностями в угоду других и гиперсоциальностью в межличностных отношениях по сравнению с женщинами без гинекологической патологии.
3. По сравнению со здоровыми женщинами, пациентки с эндометриозом испытывают более выраженную тревогу, которая достигает субклинически выраженного уровня.
4. Качество жизни в отношении своего здоровья и эмоционального и физического комфорта пациентки с эндометриозом субъективно оценивают как более низкое по сравнению с женщинами без гинекологических заболеваний, при этом индекс качества жизни в обеих группах в пределах среднего уровня.
5. У пациенток с эндометриозом с ответственно-великодушным и зависимо-послушным стилями поведения в межличностных отношениях восприятие боли носит более выраженный характер со слабой эмоциональной реакцией на боль. Их больше беспокоят физические ощущения, которые вызывают боль. У пациенток с эндометриозом с сотрудничающе-конвенциальным стилем восприятие боли также носит более выраженный характер, их беспокоят физические ощущения, которые вызывает боль, ее характер, но при этом оно еще и эмоционально окрашено. Высокая выраженность болевого синдрома сочетается с удовлетворенностью в личных достижениях, редко возникаемыми негативными эмоциями и более высоким качеством жизни.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Эндометриоз является мультифакторным, распространенным заболеванием у женщин репродуктивного возраста. Основная его симптоматика в виде хронического болевого синдрома, бесплодия, дисменореи, диспареунии приводит к формированию эмоциональной неустойчивости, наличию депрессивных состояний, повышенной тревоге. Многие исследования свидетельствуют, что женщины с эндометриозом в своей личности подчеркивают преобладание феминных черт, а в поведении более склонны к проявлениям маскулинности – жесткости, властности, авторитарности, контролю, независимости, сдержанности. Также, отмечаются более выраженные аффективные нарушения и снижение качества жизни у женщин именно с болевой формой эндометриоза.

В ходе написания исследовательской работы поставленная цель была достигнута, задачи выполнены. В результате было получено, что женщины с болевой формой эндометриоза имеют отличные от женщин без гинекологической патологии личностные особенности, более низкую удовлетворенность качеством жизни в определенных сферах, а также более выраженные тревогу и депрессивное состояние. Пациентки с эндометриозом в отношении себя подчеркивают преобладание феминных черт, но при этом и в поведении проявляют склонность к пассивности, уступчивости, зависимости от мнения окружающих, застенчивости, конформности. Субъективное восприятие болевого синдрома связано с личностными особенностями женщин с эндометриозом, негативно сказывается на их эмоциональном состоянии и удовлетворенности качеством жизни, поэтому в реабилитации данной категории пациенток важно задействовать специалистов психологического профиля для научения способам совладания с болью, повышения удовлетворенности качеством жизни, снятия напряжения и психопрофилактики социальной дезадаптации.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Адамян Л.А., Кулаков В.И. Эндометриозы. М.: Медицина, 1998.
2. Адамян Л.В и коллектив авторов Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных, Мск, 2013.
3. Акопян Р.А., Печеникова В.А. Клинико-морфологические особенности аденомиоза у женщин различных возрастных групп, 2005.
4. Багин В.Н. Диагностика и лечение синдрома тазовых болей у женщин репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями гениталий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Мск., 2008.
5. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриоидная болезнь. СПб.: НЛ, 2002.
6. Беда Ю.В. Психосоматические механизмы болевого синдрома при эндометриозе: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Ижевск, 1999.- 21с.
7. Блох М.Е. Личностные и социально-психологические характеристики женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией на этапе планирования беременности. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2012.
8. Богатова И. К., Семенова О. К. Психологические особенности женщин с генитальным эндометриозом // Вестник новых медицинских технологий № 1, 2008. С. 61-63.
9. Богатова И.К., Семенова О.К. Психологические особенности женщин с генитальным эндометриозом. Вестник новых медицинских технологий, 15 (1), 2008.
10. Болевой синдром при эндометриозе: клинико-морфологические и молекулярные механизмы / Овакимян А.С., Адамян Л.В., Коган Е.А., Козаченко И.Ф., Чернов Д.Н., Арсланян К.Н. // Проблемы репродукции. 2015;21(6):39-46.
11. Бывальцев В.А., Белых Е.Г., Алексеева Н.В., Сороковиков В.А. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации – Иркутск: ФГБУ "НЦРВХ" СО РАМН, 2013. – 32 с.
12. Васильева И.Ю. Соматоформные расстройства и качество жизни у пациенток гинекологического стационара: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2004.
13. Грек, Л.П. и Гончаренко, В.Н. Болевой синдром в гинекологии (обзор литературы) // Жіночий лікар (№ 4), 2008. С. 18-20
14. Даубасова И.Ш. Эндометриоз как частая патология в гинекологии // Вестник КазНМУ, №3 (2), 2013.
15. Енькова Е.В. Влияние наружного генитального эндометриоза на психоэмоциональное состояние и качество жизни пациенток // Журнал Медицинский совет №9, Группа Ремедиум, Мск, 2015. С.62-65.
16. Ефименко Т.О. Структура, характер и интенсивность болевого синдрома при различных формах наружного генитального эндометриоза // Журнал акушерства и женских болезней , 2016.-№ 2.-С.24-30.
17. Закирова Я.Р., Бабаева Э.И., Оразов М.Р., Арютин Д.Г. Комплексная оценка репродуктивного здоровья пациенток с наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения // Человек.Спорт.Медицина т.16, №4 – 2016.
18. Игенбаева Е.В., Узлова Т.В., Куренков Е.Л. Медико-социальный портрет пациенток с эндометриозом // Человек. Спорт. Медицина. №3, 2016. С. 13-18.
19. Извозчиков С.Б., Камчатнов П.Р., Селицкий Г.В., Каприн А.Д. Синдром хронической тазовой боли – современный взгляд на проблему. Клиницист. 2011;5(2):62-67.
20. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз: диагностика и лечение - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.
21. Карвасарский Б.Д., Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Малкова Л.Д., Мелик-Парсаданов М.В., Подсадный С.А., Трегубов И.Б. Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач). Методическое пособие. – СПб.: ПНИИ им. В.М. Бехтерева, 1993. – с.18.
22. Качество жизни женщины с инфильтративным эндометриозом / Чупрынин В.Д., Языкова О.И., Буралкина Н.А., Мельников М.В., Чурсин В.В., Вередченко А.В., Бурыкина П.Н., Хилькевич Е.Г., Яроцкая Е.Л. Акушерство и гинекология №5. 2016. С. 49-54.
23. Кочарян А.С., Макаренко А.А., Шао Цзе Дин Психологические особенности женщин с гинекологической патологией – Перспективы науки и образования № 5 (17) – 2015.
24. Красильникова Л.В. Эндометриоз: морфологические аспекты, диагностика, современная терапевтическая тактика, Современные проблемы науки и образования. – № 5, 2015.
25. Кузнецова И.В. Хроническая тазовая боль – женская проблема. Гинекология №3, 2017. С. 62-67.
26. Линде В.А., Татарова Н.А. Эндометриозы. Патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение. Линде В.А., Татарова Н.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 192 с.
27. Практикум по психологии здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб.: Питер, 2005. - 351 с: ил. - (Серия "Практикум по психологии"). С. 148-155
28. Реан А. А. Психология изучения личности: Учеб. пособие. — СПб., Изд-во Михайлова В. А., 1999. — 288 с.
29. Руженков В.А., Швец К.Н. Медико-психологические характеристики и психические расстройства при генитальном эндометриозе (распространенность, клиника, терапия) // Научные ведомости Серия Медицина. Фармация. № 19 (240). Выпуск 35, 2016.
30. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. - 2007.
31. Саидова Р.А. Болевой синдром в гинекологии // Регулярные выпуски «РМЖ» №18, 1999. С. 883.
32. Синдром хронической тазовой боли / Fall M., Baranowski A.P., Elneil S., Hughes J., Oberpenning F., A.C. de C. Williams. Европейская ассоциация урологов, 2011.
33. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей // М., 2002.
34. Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений. Модифицированный вариант интерперсональной диагностии Т. Лири. Методическое руководство. М.: Московский кадровый центр при Главном управлении по труду и социальным вопросам Мосгорисполкома. Консультационная фирма, 1990 – 48 с.
35. Старцева Н.В., Швецов М.В., Беда Ю.В. Современные аспекты болевого синдрома при эндометриозе // Журнал Акушерства и женских болезней. СПб, . Вып. 3, том LI, 2002. С. 94-97.
36. Татарчук Т.Ф. Эндометриоз: лица и маски // Международный эндокринологический журнал 3(9), 2007.
37. Тихонова Е.С. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Москва, 2013. - 26 с.
38. Шульпекова Ю.О. Хроническая тазовая боль у женщин // РМЖ. Мать и дитя №20, 2011. С. 1232.
39. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации. Москва, 2013.
40. Яроцкая Е.Л. Тазовые боли в гинекологии: современные подходы к обследованию, лечению и реабилитации больных // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2016. №2 (12). С. 82-94.
41. De Graaff AA1, D'Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L; WERF EndoCost Consortium, Simoens S. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey Hum Reprod. 28(10), 2013.
42. Fourquet J1, Báez L, Figueroa M, Iriarte RI, Flores I. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. Fertil Steril. 96(1), 2011.

**ПРИМЕЧАНИЯ**

\* – уровень достоверной значимости р0,05

\*\* – уровень достоверной значимости р0,01

D.6R – шкала зависимо-послушного типа в ДМО Л.Н. Собчик

D.7R – шкала сотрудничающе-конвенциального типа в ДМО Л.Н. Собчик

D.8R – шкала ответственно-великодушного типа в ДМО Л.Н. Собчик

D.3I – шкала прямолинейно-агрессивного типа (Я - идеальное) в ДМО Л.Н. Собчик

D.5I – шкала покорно-застенчивого типа (Я - идеальное) в ДМО Л.Н. Собчик

B.F – шкала феминности в Ф-М С. Бэм

B.M – шкала маскулинности в Ф-М С. Бэм

V.IKT – индекс качества жизни в методике Н.Е. Водопьяновой

V.NE – шкала негативных эмоций в методике Н.Е. Водопьяновой

V.LD – шкала личных достижений в методике Н.Е. Водопьяновой

V.P – шкала поддержки в методике Н.Е. Водопьяновой

V.OP – шкала оптимистичности в методике Н.Е. Водопьяновой

KS – сенсорная шкала оценки боли в методике Мак-Гилла

KA – аффективная шкала оценки боли в методике Мак-Гилла

KE – эвалюативная шкала оценки боли в методике Мак-Гилла

ORB – общий рейтинг боли в методике Мак-Гилла

NS – количество слов в методике Мак-Гилла

SHK – показатель в визуальной шкале боли