

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:

***Психологические аспекты болевого синдрома при эндометриозе***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:  
Студентка 6 курса  
Отделения клинической психологии  
Книжникова Анастасия Александровна  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:  
Ассистент кафедры общей и  
клинической психологии  
Пахомова Фетиса Васильевна  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Санкт-Петербург  
2024

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. ЭНДОМЕТРИОЗ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ПОДХОД .....	8
1.1. Общая характеристика, причины, симптомы и стадии развития эндометриоза .....	8
1.2. Хроническая тазовая боль при эндометриозе .....	12
1.3. Распространённость эндометриоза .....	14
1.4. Индивидуально-психологические особенности женщин с эндометриозом.....	15
2. ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТА, МЕТОДОВ И ПРОЦЕДУРЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	23
2.1. Характеристика выборки .....	23
2.2. Методы экспериментально-психологического обследования .....	28
3. ОПИСАНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	31
3.1. Сравнительный и дисперсионный анализ .....	35
3.1.1. Сравнительный анализ женщин с эндометриозом и женщин без гинекологической патологии (условно здоровых) .....	36
3.1.2. Сравнительный анализ женщин с эндометриозом в зависимости от продолжительности течения заболевания .....	39
3.1.3. Дисперсионный анализ женщин с эндометриозом с разной степенью выраженности болевого синдрома .....	42
3.2. Корреляционный анализ.....	45
3.2.1. Корреляционный анализ взаимосвязей между показателями шкал эмоционально-личностных методик и субъективного восприятия болевого синдрома в группе женщин с эндометриозом .....	45

3.2.2. Корреляционный анализ взаимосвязей между показателями шкал эмоционально-личностных методик и субъективного восприятия болевого синдрома в группе женщин с эндометриозом со слабой болью .....	50
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ .....	55
ВЫВОДЫ .....	60
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	62
ЛИТЕРАТУРА .....	63
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	68

## ВВЕДЕНИЕ

Эндометриоз представляет собой сложное, многофакторное гинекологическое заболевание, при котором отмечаются хроническая тазовая боль (ХТБ), нарушения менструального цикла, аномальные тазовые кровотечения и другие серьёзные нарушения, нередко приводящие к формированию бесплодия у женщин.

По данным Всемирной организации здравоохранения по состоянию на 2023 год во всём мире от эндометриоза страдает около 190 миллионов женщин и девушек репродуктивного возраста (это 10% от всего женского населения планеты).

С точки зрения психоэмоционального статуса, женщины, страдающие болевым синдромом при эндометриозе, имеют выраженные сложности в адаптации, тенденцию к тревожным переживаниям, низкий уровень удовлетворённости качеством жизни и др.

*Актуальность* написания данной работы заключается в обосновании необходимости привлечения к работе с данной группой пациенток специалистов психологического профиля, так как на сегодняшний день этиология и патогенез развития эндометриоза изучены недостаточно (Сухих Г. Т., 2023), а отдельные теории возникновения и развития данного заболевания не в силах удовлетворить запросы современной клинической практики. Эндометриоз продолжает оставаться хроническим заболеванием, которое снижает возможности социальной адаптации и удовлетворённость качеством жизни женщин. Всё чаще поднимается вопрос о взаимосвязи симптомов и проявлений эндометриоза с психологическими особенностями пациенток. Отдельные публикации, в попытке обозначить важность изучения психологического компонента, определяют эндометриоз как «болезнь адаптации», «болезнь деловых и активных женщин» (Дамиров М. М., 2010).

Таким образом, недостаточная изученность данного заболевания, высокий процент распространённости среди женского населения, выраженное влияние эндометриоза на репродуктивное здоровье пациенток определяют необходимость в изучении всех факторов, взаимосвязанных с ним, в том числе и психологических.

***Гипотезы исследования:***

1. Женщины с болевым синдромом при эндометриозе имеют эмоциональные и личностные особенности, которые отличают их гинекологически здоровых женщин (условно).
2. Субъективное восприятие болевого синдрома при эндометриозе взаимосвязано с эмоциональными и личностными особенностями пациенток.

***Цель исследования:*** выявить особенности восприятия болевого синдрома, а также эмоциональные и личностные особенности женщин с эндометриозом.

***Задачи исследования:***

1. Выявить особенности восприятия болевого синдрома у женщин с эндометриозом.
2. Определить степень выраженности тревожных и депрессивных тенденций у женщин с эндометриозом и сравнить со степенью выраженности у гинекологически здоровых женщин.
3. Выявить стиль межличностного взаимодействия женщин с эндометриозом и сравнить со стилем гинекологически здоровых женщин.
4. Оценить уровень социально-психологической адаптации женщин с эндометриозом и сравнить с уровнем гинекологически здоровых женщин.

5. Определить эмоциональные и личностные особенности женщин с эндометриозом с разной продолжительностью течения заболевания и разной степенью выраженности болевого синдрома.
6. Охарактеризовать эмоциональные и личностные особенности женщин с эндометриозом с разной степенью выраженности болевого синдрома.
7. Выявить взаимосвязь эмоционально-личностных особенностей женщин с эндометриозом с особенностями субъективного восприятия болевого синдрома.

**Объект исследования:** женщины фертильного возраста с диагнозом «Эндометриоз» (N80.0 – N80.9). Численность выборки составила 126 человек. Из них 78 женщин с диагнозом «Эндометриоз» (N80.0 – N80.9; основная группа), 48 гинекологически здоровых женщин (условно; группа сравнения).

**Предмет исследования:** тревожные и депрессивные тенденции, стиль межличностного взаимодействия, особенности социально-психологической адаптации и особенности восприятия болевого синдрома у женщин с эндометриозом.

В ходе проведения исследования респонденткам предлагалось заполнить анкетной формы для уточнения биографических и общих медицинских данных (сопутствующие заболевания, отягощённая наследственность и т.п.).

**Методики исследования:**

1. «Болевой опросник Мак –Гилла».
2. «Визуальная аналоговая шкала».
3. «Метод диагностики межличностных отношений» (ДМО Л.Н. Собчик).
4. «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS).
5. «Социально-психологическая адаптация» (К. Роджерс)

Статистическими методами исследования выступали определение нормальности распределения (критерий Колмогорова-Смирнова), сравнительный анализ (критерий Стьюдента), дисперсионный анализ

(критерий Фишера) и корреляционный анализ (критерий Пирсона). Также для анализа данных применялись методы описательной статистики. При определении статистической значимости результатов использовалась вероятность случайной ошибки 5% ( $p < 0,05$ ).

# 1. ЭНДОМЕТРИОЗ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ПОДХОД

## 1.1. Общая характеристика, причины, симптомы и стадии развития эндометриоза

Эндометриоз представляет собой гинекологическое заболевание, которое характеризуется выраженным хроническим болевым синдромом, а также разрастанием эндометрия (внутренней стенки матки) как в самих половых органах, так и в другие системы организма. Клетки эндометрия при этом могут обнаруживаться в желудке, кишечнике и даже глазном яблоке, что вызывает дополнительный дискомфорт и отягощающие состояние симптомы у данной группы пациенток.

Если говорить о *разновидностях эндометриоза*, то в клинической литературе он делится на генитальный и экстрагенитальный. Первый же подразделяется на:

- внутренний (аденомиоз; поражение тела матки)
- наружный (поражение шейки матки, влагалища, промежности, яичников, маточных труб и др. органов половой системы женского организма).

*Этиология возникновения эндометриоза.* На сегодняшний день в гинекологии отсутствует чёткое понимание о причинах и факторах возникновения эндометриоза. В литературе встречается множество различных теорий и концепций развития данного патологического процесса, однако ни одна из них не позволяет полностью удовлетворить запросы и нужды современной клинической практики. Так, например, наиболее распространёнными теориями являются эмбриональная, дисгормональная, теория нарушения иммунного баланса, имплантационная (теория ретроградной менструации, Ж.А. Сэмпсон, 1921) и др.



Стоит отметить тот факт, что в клинических рекомендациях и медицинских источниках всё чаще делается акцент на том, что эндометриоз стоит рассматривать как «*болезнь адаптации*» или, используя более красноречивый термин, «*болезнь деловых женщин*» (Дамиров М.М., 2010). Подобные научные взыскания ставят вопрос о том, что эндометриоз, возможно, стоит рассматривать в контексте парадигмы психосоматических расстройств, ведь на сегодняшний день успехов в изучении этиологии и патогенеза данного патологического процесса не достигнуто. На факт того, что психологические факторы могут оказывать определённое влияние на развитие эндометриоза и субъективное восприятие болевого синдрома, указывает и абсолютно несогласованная клиническая картина болезни. Так, например, отсутствуют чёткие корреляции между степенью развития заболевания и степенью выраженности болей у пациенток данной группы. Указанные данные повышают актуальность психологических исследований в контексте изучения особенностей рассматриваемого нами заболевания.

В Международной классификации болезней 10 пересмотра выделяются следующие *разновидности эндометриоза в зависимости от очага поражения* патологическим процессом:

- N80.0 – Эндометриоз матки;
- N80.1 – Эндометриоз яичников;
- N80.2 – Эндометриоз маточных труб;
- N80.3 – Эндометриоз тазовой брюшины;
- N80.4 – Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища;
- N80.5 – Эндометриоз кишечника;
- N80.6 – Эндометриоз кожного рубца;
- N80.8 – Другой эндометриоз;
- N80.9 – Эндометриоз неуточненный.

Также в медицинской литературе выделяются следующие четыре *стадии развития эндометриоза*:

- стадия I – разрастание эндометрия не выходит за пределы слизистой оболочки тела матки;
- стадия II – эндометрий встречается в мышечных слоях тела матки;
- стадия III – развитие эндометриоза распространяется на весь мышечный слой матки вплоть до её серозного слоя;
- стадия IV – в патологический процесс вовлекаются органы малого таза и близлежащие отделы желудочно-кишечного тракта, мочевой системы и др.

Если говорить об иных *клинических проявлениях эндометриоза*, то к ним относится хроническая тазовая боль, возникающая во время менструального цикла, полового акта, мочеиспускания и т.д. Наблюдаются также частые нарушения самого менструального цикла, аномальные кровотечения, наличие эндометриоидных кист в органах малого таза. К менее частым симптомам, но нередко сопровождающими развитие эндометриоза относятся запоры, диарея, кишечные боли и др. При отсутствии своевременного лечения эндометриоз может приводить к формированию бесплодия у женщин.

Также выделяются следующие, так называемые, «*красные флажки*», при наличии которых в клинической практике можно заподозрить у женщины эндометриоз:

- обильные менструальные кровотечения;
- недостаточный эффект при приёме КОК (оральные контрацептивы) и НПВС (противовоспалительные препараты) для купирования тазовых болей;
- частые пропуски учебы/работы во время менструального цикла из-за плохого самочувствия;

- наследственная предрасположенность: наличие эндометриоза и других гинекологических заболеваний у близких родственниц женского пола (мама, бабушка и др.);
- различного рода аллергии;
- частые мочеиспускания;
- мигрени, хроническая усталость.

Если говорить о *лечении эндометриоза*, то традиционно можно выделить две разновидности терапевтических мероприятий: консервативный и хирургический. В качестве препаратов «первой линии» рекомендуется использование гормональных лекарственных средств, в частности, комбинированные оральные контрацептивы, прогестерон, агонисты гонадотропин релизинг-гормона и др. Подбор и использование перечисленных медикаментов производится с учётом индивидуальных особенностей каждой отдельной пациентки в зависимости от переносимости, имеющихся дополнительных симптомов, фактора доступности в ценовом обороте и т.д. Применение данных лекарственных средств нередко является своеобразной подготовкой к хирургическому вмешательству, что подтверждает необходимость начала лечения именно с консервативных методов терапии. В дальнейшем, даже после проведения операции, отмечается улучшение состояния пациенток, снижение выраженности болевого синдрома при постоянном приёме оральных контрацептивов.

Хирургические вмешательства производятся с целью полного удаления очагов поражения разросшейся ткани эндометрия в различных органах и системах организма. Из-за того, что нередко требуется проведение операции за пределами половой системы женщины, то подобного рода вмешательства производятся только в специализированных гинекологических центрах с привлечением специалистов соответствующих профилей (уролог, колоректальный хирург и др.). В редких случаях проводится удаление тела матки или её отдельных частей, однако современная клиническая практика

руководствуется принципом максимально возможного сохранения анатомии и функционирования женской половой системы. В связи с этим практически любая операция направлена на устранение исключительно очагов поражения эндометриозом, а также восстановление нормальной анатомии органов малого таза.

## **1.2. Хроническая тазовая боль при эндометриозе**

Хроническая тазовая боль (ХТБ) при эндометриозе – это постоянная или эпизодически возникающая боль, которая локализуется в области малого таза у женщин и длится более чем 6 месяцев. Перманентное переживание подобного дискомфорта сопровождается различного рода эмоциональными, поведенческими и сексуальными нарушениями. Данная боль усиливается во время менструаций, мочеиспускания, полового акта и т.п.

Хроническая тазовая боль является одной из основных жалоб пациенток с эндометриозом. Она заметно ухудшает качество жизни женщин, оказывает сильное влияние на работоспособность и ограничивает возможности оптимального функционирования в повседневной жизни.

В зависимости от формы проявления ХТБ выделяются следующие разновидности:

- дисменорея – боль при менструации у женщин;
- диспареуния — болезненные ощущения при совершении полового акта;
- непосредственная тазовая боль – боль, которая возникает в области малого таза, паха, нижних отделов спины. Является постоянной и усиливающейся во время менструаций, повышенных нагрузках и воспалительных процессах.

Важно отметить тесную связь любого хронического болевого синдрома с возникновением психологических и психических нарушений. Так, постоянное поступление болевых импульсов в кору головного мозга приводит

к её чрезмерному возбуждению, повышению лабильности во взаимоотношениях с подкорковыми структурами и, как следствие, к возникновению невротических состояний у пациенток (Старцева и др., 2002).

Довольно большое количество психологических феноменов могут обуславливать более выраженное субъективное восприятие болевого синдрома. Так, например, постоянная фиксация на болевых ощущениях, тревожное ожидание того, что боль может вернуться приводят к тому, что болевые ощущения воспринимаются как сенсорно, так и эмоционально более сильно, нежели в действительности.

В литературе указывается необходимость мультидисциплинарного подхода не только в лечении женщин с болью при эндометриозе, но и вообще при любых вариантах возникновения ХТБ. Так, по мнению Рачина С.А. (2022 г.), к терапии ХТБ требуется привлечение таких специалистов как психолог/психотерапевт, невролог, физиотерапевт, врач реабилитационной медицины и т.д.

Опыт лечения болевого синдрома при эндометриозе показал, что устранение исключительно болевых ощущений с помощью анальгетиков оказывает лишь временный эффект и не приводит к улучшению состояния пациенток. Оптимальным решением в терапии ХТБ при эндометриозе являются следующие мероприятия:

- Снижение или полное устранение собственно болевого синдрома;
- Психологическая коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений;
- Снижение выраженности или полное устранение мышечно-тонического синдрома.

Из лекарственных средств для вышеперечисленных нужд используются противовоспалительные препараты, антидепрессанты и миорелаксанты. Также, как отмечается в множественных клинических рекомендациях, важную роль в терапии ХТБ играют физические упражнения (ЛФК). В рамках данных

занятий используются дыхательные техники и упражнения, направленные на расслабление мышц промежности и малого таза.

### 1.3. Распространённость эндометриоза

Как уже отмечалось ранее, эндометриозом во всём мире страдает около 190 миллионов женщин (статистические показатели ВОЗ за 2021 г.), однако точная распространённость данного заболевания остаётся неизвестной, так как большое количество женщин и девушек репродуктивного возраста считают тазовые боли во время менструаций нормальным явлением и не обращаются за помощью к специалистам. Стоит также отметить наличие серьёзных трудностей в рамках доклинической и ранней диагностики, с целью выявления эндометриоза, связанных как с вариантами бессимптомного протекания заболевания, так и с многоликостью клинических признаков, в которых не всегда удаётся распознать разрастание клеток эндометрия. По данным Российской федеральной статистической службы (Росстат), заболеваемость эндометриозом выросла в 2 раза по сравнению с данными 15-летней давности.

В различных литературных источниках отмечается, что средний возраст пациенток с эндометриозом 25-30 лет, однако патологические разрастания эндометрия диагностируются у женщин вплоть до 50 лет. Отмечается, что намного реже данное заболевание встречается у женщин в постменопаузе (возраст 65 и старше).

Среди других гинекологических заболеваний эндометриоз занимает третье место после воспалительных заболеваний женских органов и миомы матки, поражая около 50% всех женщин фертильного возраста. Также, имеются данные, свидетельствующие о том, что эндометриоз в несколько раз чаще встречается у женщин европеоидной расы, нежели иных.

Эндометриоз является одной из наиболее частых причин как хронических тазовых болей, включающих в себя дисменорею, диспареунию, боль в кишечнике, боль при мочеиспускании, так и бесплодия у женщин. В группе пациенток с диагностированным бесплодием доля женщин с эндометриозом достигает 55-75%.

Наиболее распространёнными разновидностями эндометриоза являются эндометриоз яичников (56%) и ретроцервикальный эндометриоз (34%).

#### **1.4. Индивидуально-психологические особенности женщин с эндометриозом**

В литературе встречается множество данных, свидетельствующих о том, что эндометриоз у женщин, с одной стороны, вызывает определённые психологические нарушения в эмоциональной, личностной, социальной и сексуальной сферах жизни, а с другой, непосредственно связан и проявляется у пациенток со схожими преморбидными индивидуально-психологическими особенностями, семейным анамнезом и полоролевой идентичностью. Вместе данные нарушения формируют определённую психологическую картину (портрет) женщин, страдающих от эндометриоза.

Если говорить об общих закономерностях формирования эмоциональных и поведенческих нарушений, то, безусловно, огромную роль в этом играет наличие и степень выраженности болевого синдрома. Хронические боли негативно сказываются на ежедневном самочувствии женщин, на их семейной жизни, работоспособности, удовлетворённости собой и своим здоровьем. Всё это тесно связано с таким понятием как «качество жизни». Во многих исследованиях женщин с эндометриозом показано, что для данной группы пациенток характерен постоянный психологический дискомфорт, негативно сказывающийся как на удовлетворённости качеством жизни, так и на уровне социально-психологической адаптации в целом. Важно

заметить, что при такой ситуации формируется некий «порочный круг», когда уже само психологическое состояние начинает постепенно сказываться и ухудшать течение первичного заболевания - эндометриоза.

В литературе нередко встречается тезис о том, что эндометриоз – это «болезнь адаптации», его также называют «болезнью деловых женщин». Данные утверждения проистекают из того факта, что наиболее часто данное заболевание встречается у работающих женщин, которые проживают в больших городах и у которых в структуре полоролевой идентичности, по некоторым данным (Шао, Ц. Д., 2016), преобладают черты маскулинности: стремление к независимости, дух соперничества, повышенная агрессивность. Всё это лишь доказывает тезис о том, что в формировании развития эндометриоза большая доля приходится именно на преморбидные особенности пациенток.

Важным аспектом является также тот факт, что эндометриоз в среднем у 65% пациенток вызывает нарушение репродуктивной функции и приводит к бесплодию. Это наносит не только физический, но и моральный ущерб, который связан с комплексом других симптомов, которые могут отягощать течение эндометриоза: фиксация на мысли о продолжении рода, тревожные тенденции, депрессия и т.п. С точки зрения личностных особенностей может иметь место формирование ипохондрического типа отношения к болезни, когда пациентки регулярно посещают лечебные учреждения, ищут новые (не всегда традиционные) способы лечения, сдают множество анализов и т.д.

**Эмоциональные нарушения.** По данным Богатовой И. К., Семеновой О. К. (2008 г.) у женщин с генитальным эндометриозом отмечаются явления невротической симптоматики, в частности, повышенная тревога (у 31% пациенток), страхи (у 32%) и выраженная эмоциональная лабильность (у 47%). Полученные результаты схожи с данными другого исследования (Гуменюк Л.Н., Симачева С.А., 2017 г.), где отмечалось наличие психологической



дезадаптации в контексте невротических нарушений, связанных со стрессом (67%), а также повышенная депрессивность (23%).

В ряде других исследований выявлены статистически значимые различия при сравнении пациенток с эндометриозом и здоровых испытуемых, где у первых отмечалось повышение как ситуативной, так и личностной тревожности. Как отмечает Сандакова, Е. А. (2013 г.), тревожно-депрессивная симптоматика является доминирующим аспектом психологических проблем в эмоциональной сфере у женщин с эндометриозом. Пациентки испытывают значительное моральное напряжение, связанное с болезнью, снижается настроение, имеет место усталость, астения, апатия различной степени выраженности. В рабочей среде они становятся менее продуктивными, быстро утомляются, нередко терпят болевые ощущения прямо во время трудовой активности. В семейной сфере тревога нередко переносится на отношения с близкими, детьми, возрастают конфликты и бытовая напряжённость, труднее справляться с домашними обязанностями. Всё это приводит к нарастанию неудовлетворённости качеством жизни и социальной дезадаптации.

Зарубежное исследование Zarbo С. (2021 г.) показало, что женщины с эндометриозом более склонны к появлению депрессивной симптоматики, переживают выраженный дистресс, в особенности связанный с сексуальной жизнью, а также имеют склонность к катастрофизации в различных жизненных событиях.

**Личностные особенности.** В исследовании Богатовой И. К. и Семеновой О. К. (2008 г.) личность женщин с генитальным эндометриозом изучалась с помощью опросника СМИЛ. Были обнаружены статистически значимые различия в сравнении со здоровой выборкой. У женщин с эндометриозом отмечается:

- высокий уровень невротизации;
- преобладание ипохондрических тенденций и психологической защиты по типу «бегство в болезнь»;

- личностная сенситивность;
- в стрессовых ситуациях отмечается склонность к депрессивным реакциям;
- признаки эмоциональной незрелости;
- эмоциональная лабильность.

Также в данном исследовании проводился анализ психологического состояния в динамике, и у женщин с тяжёлым течением заболевания в дальнейшем отмечалось нарастание выраженной дезадаптации, проявляющееся в сниженном настроении, тревожности, увеличении депрессивных расстройств, повышенной чувствительности к влиянию средовых факторов.

Кочарян А. С. и Макаренко А. А. (2015 г.) делают акцент на наличие у женщин с эндометриозом повышенной потребности в симбиотических отношениях с близкими людьми. Страх потерять человека, склонность к избеганию споров и конфронтаций, услужливость, повышенная тревожность, слабое развитие навыков ведения конструктивной дискуссии характеризуют стиль межличностного взаимодействия данной группы пациенток.

Самооценка женщин с эндометриозом характеризуется тенденцией к снижению: имеет место приуменьшение значимости собственной личности, неуверенность, пессимистичность, склонность к самообвинению и т.п. Интересным аспектом в рамках изучения психологических особенностей женщин с эндометриозом является отношение к собственному телу. Как показало исследование Шао, Ц. Д. (2016 г.), для данной группы пациенток характерно негативное восприятие своей телесности, женщины характеризовали её как нечто отталкивающее и нелюбимое. Также был отмечен факт, что несмотря на подобное эмоциональное отстранение от своего тела, женщины с эндометриозом склонны к ипохондрическим реакциям, постоянно прислушиваются к ощущениям, вследствие ожидания наступления болевых ощущений.

В зарубежном исследовании Federica Facchin (2016 г.) было показано, что группа пациенток с более выраженными тазовыми болями имели значимые отличия от женщин, у которых эндометриоз протекал бессимптомно. В частности, первые имели более высокую мотивацию на избегание вреда, более низкий уровень поиска новых ощущений и низкую познавательную активность в различных сферах жизни. Исследователи предположили, что данные особенности связаны со страхом выйти из зоны комфорта, вследствие постоянного ожидания наступления болевого синдрома.

В рамках изучения защитных механизмов у данной группы пациенток было показано, что преобладающими являются механизмы отрицания, вытеснения и подавления (Collins Mary Lou, 1979).

**Семейный анамнез и условия жизни.** В различных исследованиях указывается, что женщин с эндометриозом в большинстве случаев объединяет схожесть анамнеза семейной жизни в детском и подростковом возрасте, а также бытовые, рабочие и другие условия жизни. Так, например, Богатова И. К. и Семенова О. К. (2008 г.) отмечают, что в группе женщин с эндометриозом наблюдалось большее количество травмирующих и дестабилизирующих факторов, по сравнению со здоровыми респондентками. У 67% отмечались напряжённые и конфликтные ситуации дома, у 43% на рабочем месте и около 35% ситуаций, связанных с интимной жизнью, являлись травмирующими. С точки зрения семейного анамнеза, исследователи указывают на наличие у 70% женщин с эндометриозом требовательное воспитание в детские годы, у 32% выраженную привязанность к отцу и у 13% конфликтные отношения с матерью.

Известный исследователь в области гинекологических заболеваний М.Е. Блох отмечает, что наиболее частыми проблемами в семейном анамнезе пациенток с эндометриозом являлись злоупотребление алкогольными напитками отцом, частные измены со стороны супругов, смерть родственников и родителей. Однако, несмотря на неблагоприятную

домашнюю обстановку, будучи девочками, пациентки успевали в школе, были послушными и сдержанными в социальной среде. На момент обследования респондентки характеризовали свои отношения с родителями как «неудовлетворительные», отмечали эмоциональную холодность с их стороны и переживали из-за недостатка внимания, заботы и тепла в детские годы. Блох М.Е. также отмечает, что 90% женщин с эндометриозом родились вследствие нежеланной беременности, «случайных» обстоятельств и нередко слышали от родителей о желании иметь ребёнка другого пола.

**Полоролевая идентичность.** Данные в области изучения гендерных особенностей личности женщин с эндометриозом довольно противоречивы. С одной стороны, исследователи отмечают выраженное преобладание маскулинности у пациенток данной группы (Шао, Ц. Д., 2016): отмечались соревновательность, стремление к независимости, идентификация себя с мужским образом, трудности в построении женской идентичности. С другой стороны, некоторые исследования показывают, что у женщин с эндометриозом имеют место выраженные феминные черты: склонность к пассивности, зависимости, а также терпеливость, эмоциональная неустойчивость и эмпатичность (Петрова Е.А., 2019).

Суммируя имеющиеся данные, можно говорить о наличии определённых проблем в рамках полоролевой идентичности у женщин с эндометриозом, выраженных в незрелости и конфликтности имеющихся полоролевых структур.

**Проблемы в сексуальной сфере.** В большом количестве медицинских статей и исследований, связанных с особенностями профилактики и лечения эндометриоза, врачи нередко указывают на проблему сексуальной дисфункции у пациенток, страдающих данным заболеванием. Отмечается, что эта проблема является одной из наиболее острых с точки зрения не только физического, но и психологического здоровья пациенток. Так, например, указывается, что из-за хронических болей в тазовой области женщины

испытывают следующие трудности в сексуальной сфере: снижение полового влечения, боли при половом акте, аноргазмия, отсутствие удовлетворённости интимными аспектами сожителства и брака с партнёром.

Перечисленные сложности имеют большой круг последствий, связанных со снижением самооценки, утратой веры в свою сексуальность, потерей важного источника получения положительных эмоций и чувств. Нередко имеет место нарастание напряжённости и конфликтности в отношениях с партнёром, переживания за невозможность удовлетворить его потребности. Всё это приводит к выраженной дезадаптации в личной и семейной жизни пациенток с эндометриозом.

Проблема сексуальной дисфункции у женщин данной группы довольно давно обсуждается в научных кругах. Так, например, ещё в 1979 году исследование Collins Mary Lou показало, что, будучи подростками, женщины с эндометриозом переживают негативное отношение к себе и своему телу из-за частых случаев дисменореи и гиперменореи. В последствии, данная установка начинает распространяться и на сексуальную жизнь, что приводит к избеганию близких отношений, к негативизму по отношению к другому полу, к трудностям адаптации в браке.

Таким образом, на основе данного теоретического обзора можно сделать следующие выводы:

1. Эндометриоз – многофакторное гинекологическое заболевание, которое вызывает выраженные нарушения в жизнедеятельности женщин по всему миру (10% женского населения планеты страдает от эндометриоза).
2. Основная жалоба пациенток с эндометриозом – хроническая тазовая боль, вызывающая эмоциональные, поведенческие и сексуальные нарушения.
3. На сегодняшний день отсутствует чёткое понимание этиологии и патогенеза развития эндометриоза. Он продолжает оставаться

хроническим заболеванием, лечение которого направлено на устранение симптомов, но не причин.

4. Основными психологическими особенностями женщин с эндометриозом по данным исследований являются: повышенный уровень тревоги, склонность к переживанию депрессивных состояний, ипохондричность, сенситивность, эмоциональная лабильность. Выявляются тенденции к созданию симбиотических отношений с окружающими, зависимый тип поведения, травматичный семейный анамнез, различного рода сексуальные дисфункции.
5. Имеющиеся на сегодняшний день знания об эндометриозе указывают на необходимость использования мультидисциплинарного подхода в лечении и реабилитации пациенток с привлечением специалистов различных профилей, в том числе психологов/психотерапевтов.

## 2. ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТА, МЕТОДОВ И ПРОЦЕДУРЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Характеристика выборки

В исследовании приняли участие 126 женщин фертильного возраста: основная группа – 78 женщин с диагнозом «Эндометриоз» (N80.0-N80.9) и группа сравнения – 48 женщин без гинекологической патологии (условно).

Критериями включения в основную группу являлись:

- наличие диагноза «Эндометриоз» (N80.0-N80.9);
- возраст женщин от 20 до 50 лет;
- наличие болевого синдрома.

Критериями исключения из экспериментальной группы:

- возраст младше 20 лет и старше 50 лет;
- отсутствие болевого синдрома;
- наличие психических расстройств.

Критерии включения в группу сравнения:

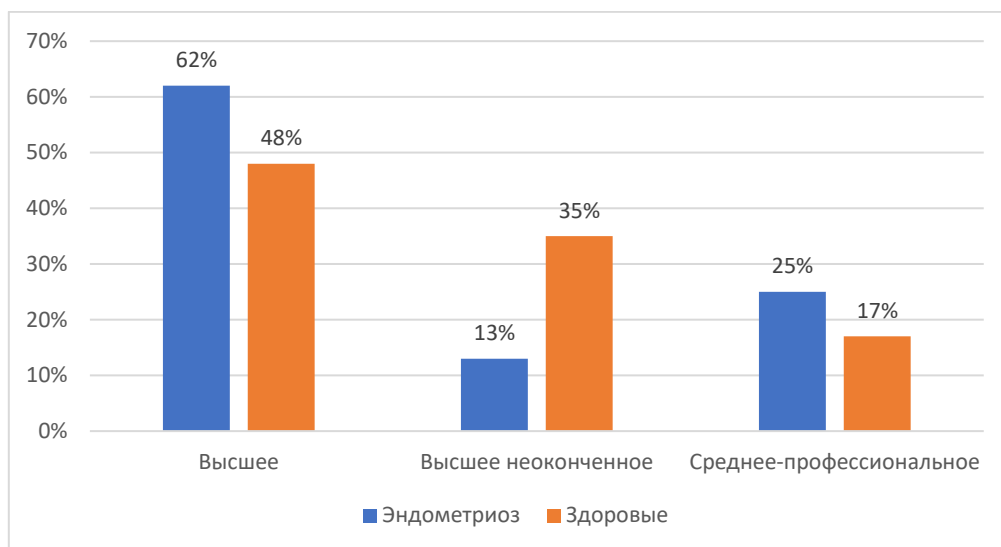
- отсутствие жалоб гинекологического характера;
- репондентка на момент исследования не состоит на учёте у врача-гинеколога;
- возраст женщин от 20 до 50 лет;

Критерии исключения из группы сравнения:

- возраст младше 20 лет и старше 50 лет;
- наличие болевого синдрома любой этиологии, патогенеза и др.;
- наличие психических расстройств.

Возраст выборки варьируется от 20 до 48 лет (средний возраст группы женщин с эндометриозом –  $31 \pm 7$  лет; средний возраст группы гинекологически здоровых женщин (условно) –  $25 \pm 6$  лет).

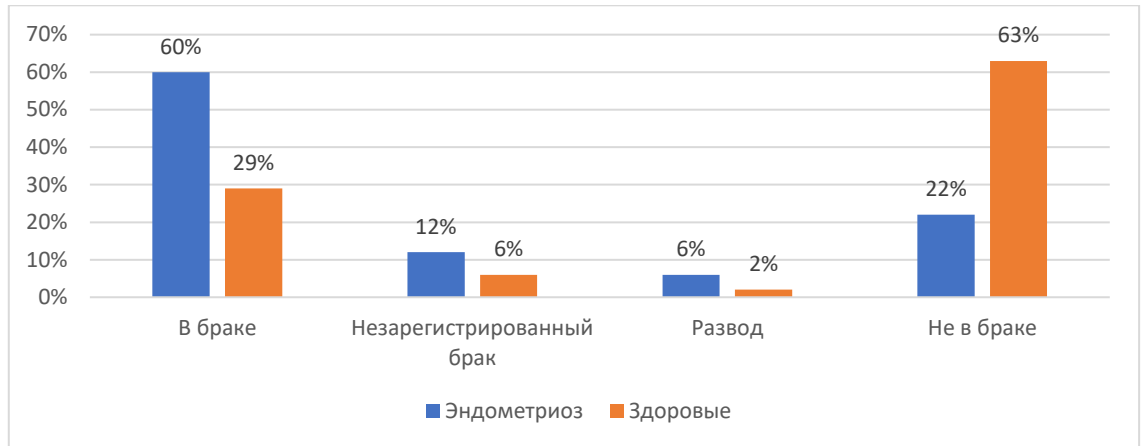
*Распределение по уровню образования.* В основной группе 62% женщин имеют высшее образование, 13% неоконченное высшее и 25% среднее профессиональное. В группе гинекологически здоровых женщин 48% закончили обучение в высшем учебном заведении, 35% закончили не полностью и 17% имеют среднее профессиональное образование (см.рис.1).



**Рис. 1. Распределение по уровню образования**

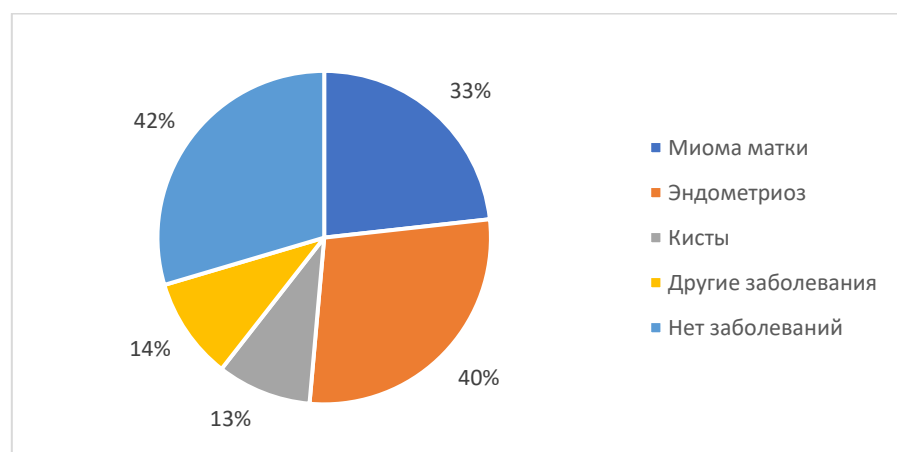
*Распределение по семейному положению.* В группе женщин с эндометриозом 60% пациенток замужем, 22% не состоят в браке, 6% разведены и 12% проживают в незарегистрированном браке. Детей не имеет 54% женщин, 16% имеют одного ребёнка и 30% от 2 и более. В гинекологически здоровой группе 63% не замужем, 29% состоят в официальном браке, 2% находятся в разводе и 6% проживают в гражданском браке. Детей не имеют 78% респонденток, 11% имеют 1 ребёнка и 11% от 2-х и более детей. (см.рис.2).





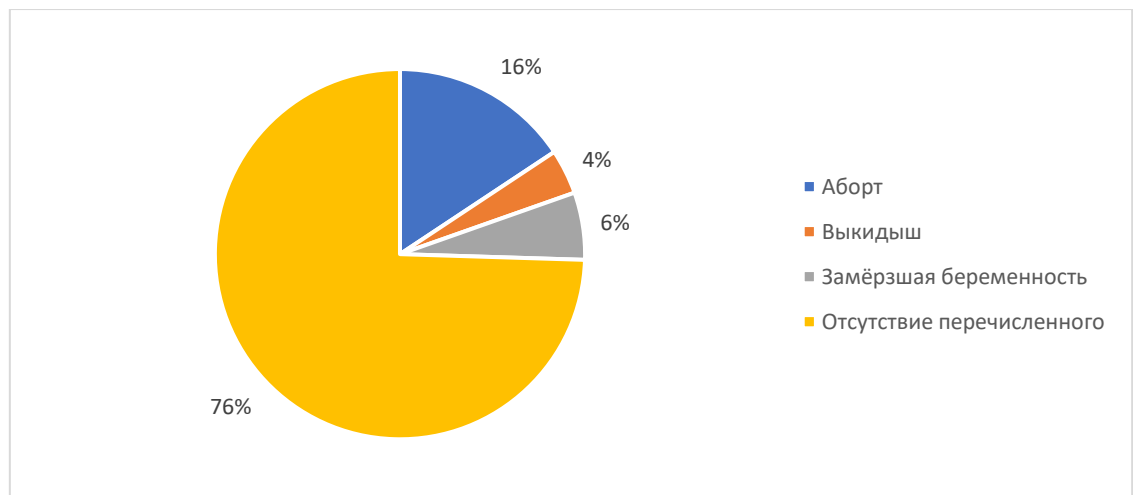
**Рис. 2. Распределение по семейному положению**

*Фактор наследственности в группе женщин с эндометриозом.* В 58% случаев наследственность исследуемых пациенток отягощена гинекологическими заболеваниями, которые имели место у ближайших родственников по женской линии (мама, бабушка). У 40% пациенток в гинекологическом анамнезе семьи встречается заболеваемость эндометриозом, у 33% миомой матки, у 13% имело место образование кист в половых органах и 14% других заболеваний женской половой системы (см.рис.3).



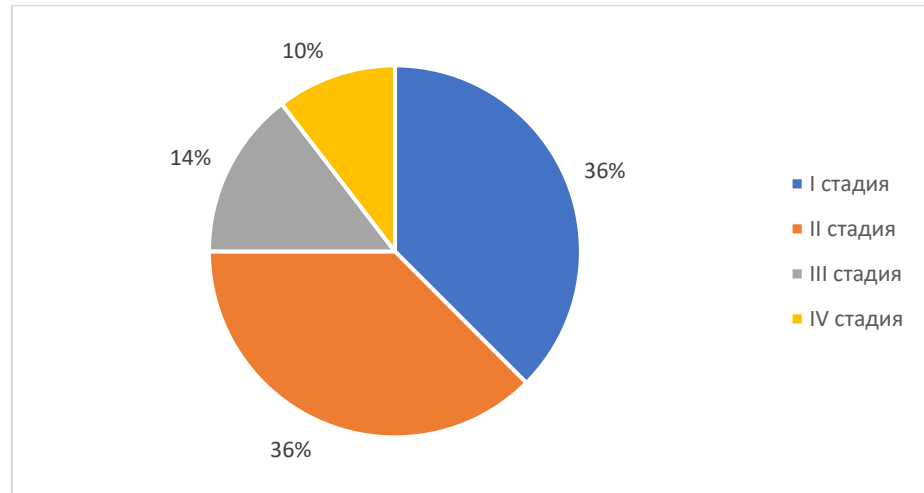
**Рис. 3. Фактор наследственности в группе женщин с эндометриозом**

*Гинекологический анамнез женщин с эндометриозом.* У 12% помимо эндометриоза имеются кисты в различных частях половой системы, у 9% женщин миома матки, у 7% синдром поликистозных яичников, у 14% другие заболевания (хроническая молочница, варикоз матки, эрозия шейки матки и др.). Коморбидных гинекологических заболеваний не наблюдается у 38% женщин с эндометриозом. У 16% женщин из основной группы хотя бы раз в течение жизни был аборт, у 6% замёрзшие беременности и у 4% выкидыши (см.рис.4).



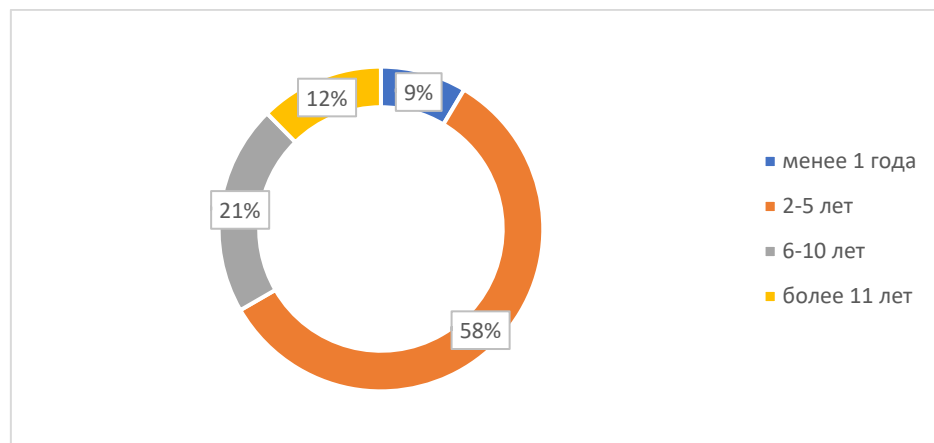
**Рис. 4. Гинекологический анамнез женщин с эндометриозом**

*Распределение по стадиям развития эндометриоза.* Эндометриоз подразделяется на 4 стадии в зависимости от степени поражения женских половых органов и количества имеющихся очагов. Распределение в основной группе выглядит следующим образом: I стадия – у 38% пациенток, II стадия – 38%, III стадия – 14%, IV стадия – 10% (см.рис.5)



**Рис. 5. Распределение по стадиям развития эндометриоза**

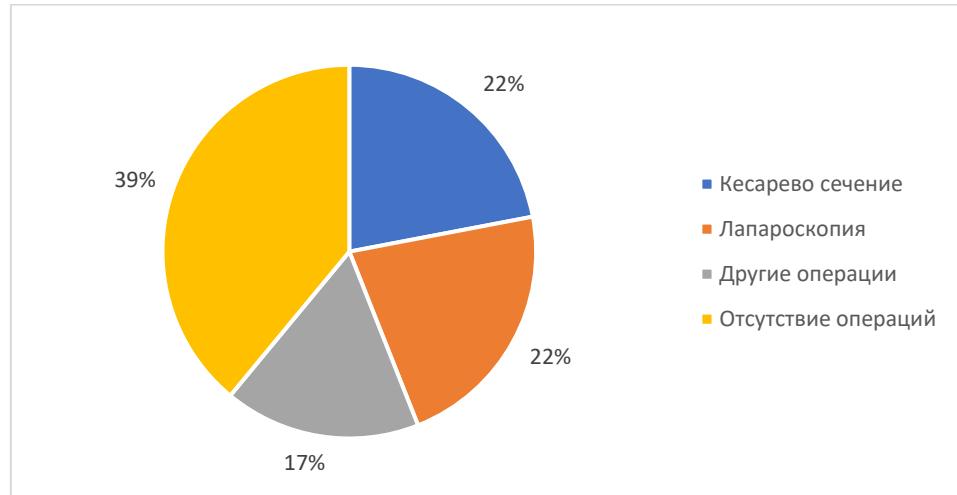
*Распределение по продолжительности течения эндометриоза. У 9% пациенток с эндометриозом продолжительность течения заболевания не превышает 1 года, у 61% длится от 2 до 5 лет, у 22% от 6 до 10 лет и у 13% эндометриоз диагностируется уже более 11 лет (см.рис.6).*



**Рис. 6. Распределение по продолжительности течения эндометриоза**

*Распределение по количеству и типу операционных вмешательств в органы женской половой системы у женщин с эндометриозом. У 39% пациенток с эндометриозом в анамнезе отсутствуют сведения о проведении операций на женских половых органах, у 22% имело место кесарево сечение, у 22% лапароскопия и у 17% другие гинекологические операции*

(гистероскопия, выскабливание, прижигание эрозии шейки матки и др.; см.рис.7).



**Рис. 7. Распределение по количеству и типу операционных вмешательств в органы женской половой системы у женщин с эндометриозом**

## 2.2. Методы экспериментально-психологического обследования

Процедура проведения исследования включала в себя заполнение анкетных данных (см. Приложение) и бланка с психологическими опросниками. Перед проведением исследования испытуемые были ознакомлены с содержанием исследования, было получено информированное согласие на участие в нём.

Методиками изучения особенностей восприятия болевого синдрома и эмоционально-личностных особенностей женщин с эндометриозом являлись:

**«Болевой опросник Мак–Гилла».** Методика предназначена для выявления особенностей восприятия болевого синдрома. Имеются 3 шкалы: сенсорная (перечень ощущений боли), аффективная (воздействие боли на психику) и эвалюативная (оценка интенсивности боли). По результатам опроса происходит оценка числа выбранных дескрипторов по каждой шкале,

выводится общее количество дескрипторов по всем шкалам, а также расчёт рангового индекса боли (модификация Кузьменко В.В. и др., 1986).

**«Визуальная аналоговая шкала».** Предназначена для оценки уровня выраженности болевого синдрома. Испытуемым предлагалось на прямой шкале от 0 до 10, где «0» - это отсутствие боли, а «10» - невыносимая боль, отметить то число, которое, по их мнению, отражает степень выраженности у них болевого синдрома в данный момент времени (Visual analog scale (VAS). Clark, W. Crawford).

**«Метод диагностики межличностных отношений» (ДМО Л.Н. Собчик).** Происходит оценка индивидуального стиля взаимодействия человека с окружающими его людьми. В ходе проведения методики анализ производится по следующим октантам: властно-лидирующий, ответственно-великодушный, сотрудничающий-конвенциональный, зависимый-послушный, покорно-застенчивый, недоверчивый-скептический, прямолинейно-агрессивный, независимый доминирующий, индекс лидерства, индекс доброжелательности (Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений, 1990).

**«Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS).** Методика предназначена для выявления тревожных и депрессивных тенденций. Испытуемому предлагается по 7 утверждений на каждое из вышеуказанных состояний, где необходимо оценить степень выраженности тех или иных симптомов и проявлений. В дальнейшем определяется уровень наличия тревоги и депрессии: отсутствует, субклинический уровень, клинический уровень (Prisnie JC, Validating screening tools for depression in stroke and transient ischemic attack patients, 2016).

**«Социально-психологическая адаптация» (Роджерс).** Методика выявляет степень адаптированности-дезадаптированности личности в социальной сфере. В результате опроса выводятся интегральные показатели уровня адаптации, самопринятия, принятия других, эмоциональной

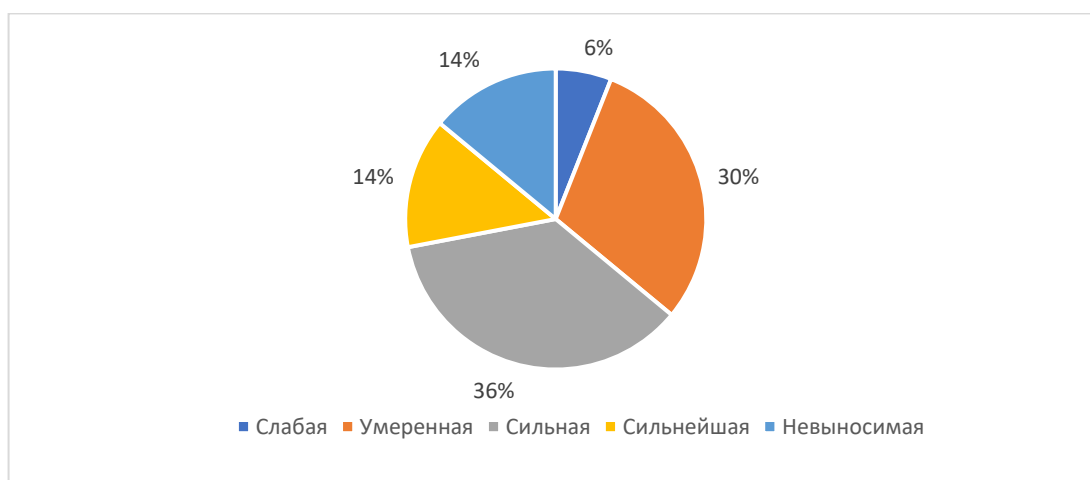
комфортности, интернальности, стремления к доминированию и эскапизм (Н. П. Фетискин и др. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: ИИП, 2009).

Статистический анализ полученных данных производился в программе «STATISTICA 10». Полученные результаты соответствуют закону нормального распределения (по критерию Колмогорова-Смирнова), поэтому сравнительный анализ в исследовании проводился с помощью параметрического критерия Стьюдента, дисперсионный анализ с помощью параметрического критерия Фишера, а корреляционный с помощью параметрического критерия Пирсона. Также для анализа данных применялись методы описательной статистики. При определении статистической значимости результатов использовалась вероятность случайной ошибки 5% ( $p < 0,05$ ).

### 3. ОПИСАНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Описание полученных результатов начнём с характеристики субъективного восприятия болевого синдрома женщинами с эндометриозом (n=78). Так, в методике «Болевой опросник Мак-Гилла» среднее количество слов-дескрипторов, которые обозначают различные свойства испытываемой боли, составило  $16,4 \pm 5$  слов из 20 возможных. Отмечается преобладание выбора аффективных характеристик при описании болевых ощущений (вызывает ужас, тревогу и др.) над сенсорными (тянущая, режущая и др.): среднее количество слов по аффективной шкале  $5,3 \pm 1,4$  (максимальное значение по шкале 6), среднее количество слов по сенсорной шкале  $10,2 \pm 3,8$  (максимальное значение по шкале 13).

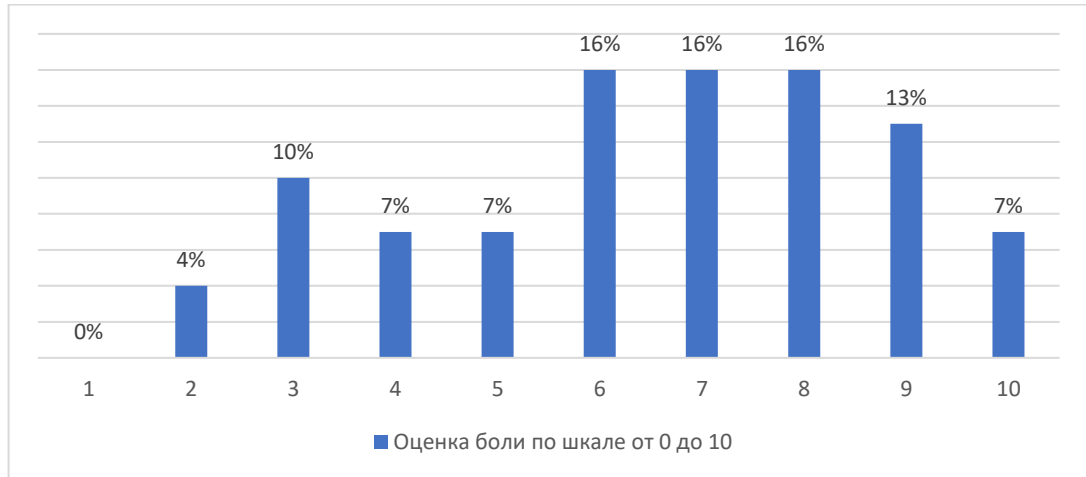
Распределение по эволюативной шкале указанной методики выглядит следующим образом (см. рис. 8): 30% женщин оценивают свою боль как «умеренную», 36% как «сильную», 14% как «сильнейшую», 14 % как «невыносимую» и лишь 6% как «слабую».



**Рис.8. Распределение по степени выраженности болевого синдрома женщин с эндометриозом («Болевой опросник Мак-Гилла»; проценты)**

По результатам методики «Визуальная аналоговая шкала» (n=78) средняя оценка степени выраженности болевого синдрома от 0 до 10 составила

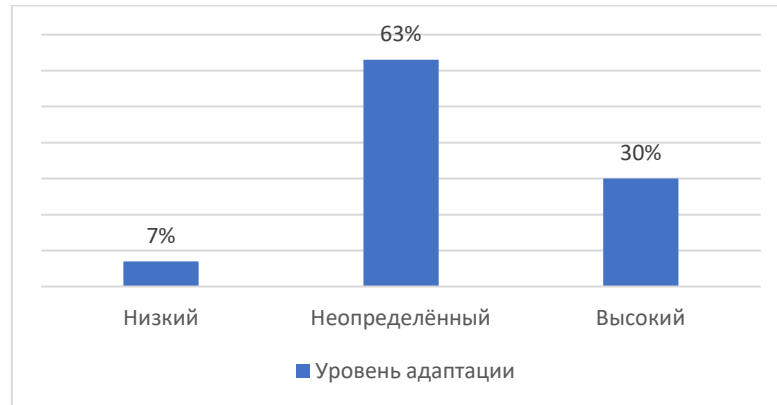
6,5 ± 2,3 балла. Распределение оценок по вышеупомянутой шкале указано ниже (см. рис.9).



**Рис.9. Распределение по степени выраженности болевого синдрома женщин с эндометриозом («Визуальная аналоговая шкала»; проценты)**

Для исследования уровня адаптации женщин с эндометриозом (n=46) применялся опросник «Социально-психологическая адаптация» (К. Роджерс). По результатам методики получены средние значения уровня адаптации, свидетельствующие об её неопределённом и неравномерном уровне, тенденции к изменчивости и непостоянству по всем исследуемым аспектам: принятие других людей (среднее  $57 \pm 13,2$ ), самопринятие (среднее  $59 \pm 13,8$ ), эмоциональный комфорт (среднее  $49 \pm 13,5$ ), интернальность (среднее  $58,3 \pm 7,5$ ), стремление к доминированию (среднее  $49 \pm 13,4$ ), эскапизм (уход от действительности; среднее  $17,4 \pm 4,9$ ), интегральный индекс адаптации (среднее  $55,3 \pm 9,7$ ). Распределение по уровню адаптации представлено ниже (см.рис.10).





**Рис. 10. Распределение по уровню адаптации женщин с эндометриозом («Социально-психологическая адаптация»; проценты)**

Для оценки эмоционального статуса женщин с эндометриозом (n=78) использовалась методика «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)». По её результатам средний уровень тревожных тенденций в группе соответствует субклиническому уровню, депрессивные тенденции не обнаружены (см. табл.1), однако значения по данной шкале расположены на пограничном уровне.

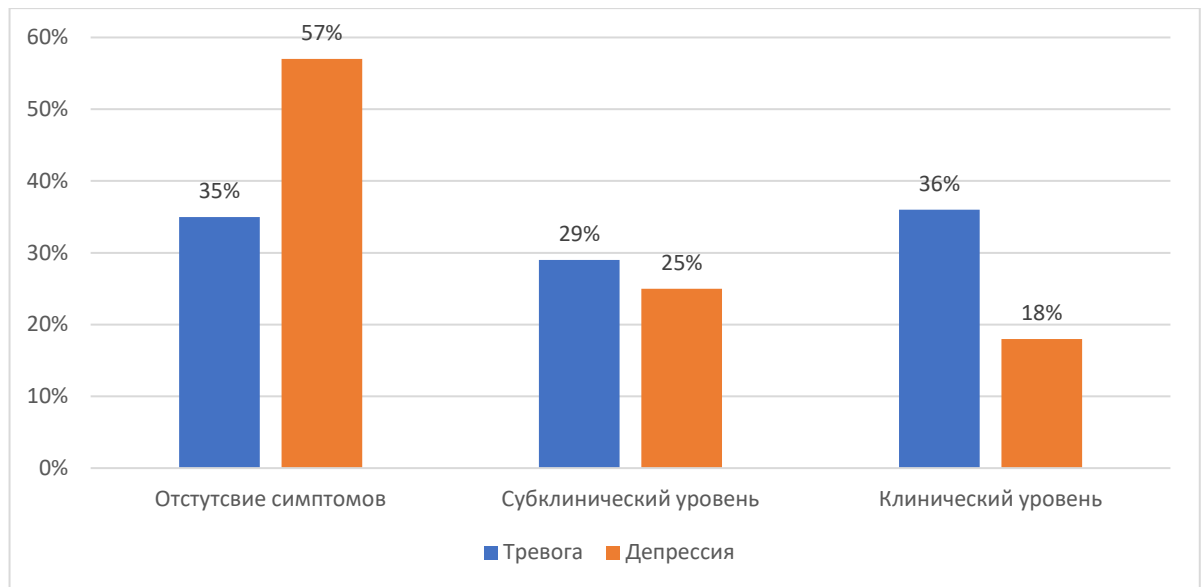
**Таблица 1**

**Средние значения уровня тревоги и депрессии женщин с эндометриозом («Госпитальная шкала тревоги и депрессии»; баллы методики)**

	<i>Тревога</i>	<i>Депрессия</i>
М	9,7 (субклин.ур.)	7,4 (норма)
SD	4,4	3,7

Процентное распределение степени выраженности тревожных тенденций выглядит следующим образом: у 35% симптомы тревоги не выявлены, у 29% симптомы выражены на субклиническом уровне, у 36% на клиническом уровне. Распределение степени выраженности депрессивных тенденций представлено следующим образом: у 57% пациенток симптомы

депрессии не выявлены, у 25% симптомы выражены на субклиническом уровне, у 18% на клиническом (см. рис.11).



**Рис. 11. Распределение по уровню выраженности тревожных и депрессивных тенденций («Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS; проценты))**

Для исследования особенностей и стилей межличностного общения женщин с эндометриозом (n=78) применялся «Метод диагностики межличностных отношений» (ДМО Л.Н. Собчик). По результатам его проведения выявлены следующие особенности:

- доминирующими стилями межличностного взаимодействия женщин с эндометриозом являются такие типы как «ответственно-великодушный» (среднее  $9,5 \pm 3,6$ ) и «покорно-застенчивый» (среднее  $8,8 \pm 3,5$ ), которые выражены на уровне акцентуации поведения;
- наименее предпочитаемый стиль взаимодействия для женщин с эндометриозом - «независимый-доминирующий» (среднее  $6,3 \pm 3,1$ ).

Средние значения по стилям межличностного взаимодействия, предпочитаемых экспериментальной группой представлено ниже (см.табл.2).

Таблица 2

**Средние значения результатов стилей межличностного взаимодействия женщин с эндометриозом («Метод диагностики межличностных отношений»); баллы методики)**

<b>Стиль межличностного взаимодействия</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Властно-лидирующий	7,9	3,7
Независимый-доминирующий	6,3	3,1
Прямолинейно-агрессивный	7,8	3,2
Недоверчивый-скептический	8,4	4,1
Покорно-застенчивый	8,8	3,5
Зависимый-послушный	7,4	3,1
Сотрудничающий-конвенциональный	8,4	3,5
Ответственный-великодушный	9,5	3,6

### 3.1. Сравнительный и дисперсионный анализ

В рамках нашего исследования было проведено несколько сравнительных анализов по следующим критериям (между следующими группами): 1) женщины с болевым синдромом при эндометриозе и гинекологически здоровые женщины (условно); 2) женщины с эндометриозом с продолжительностью течения заболевания менее 3 лет и более 3 лет; 3) женщины с эндометриозом при слабом, умеренном и сильном болевом синдроме.

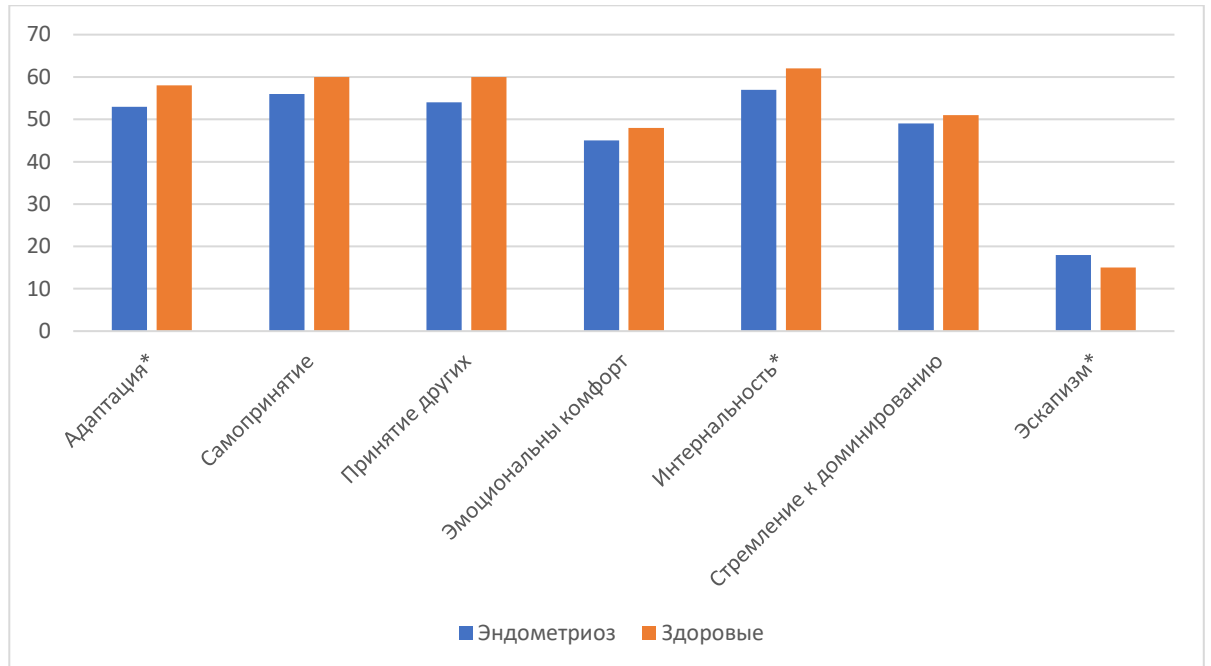
Также в рамках проведения сравнительного анализа были предприняты попытки разделения выборки женщин с эндометриозом на группы по демографическим показателям (возраст, семейное положение и т.д.), в зависимости от стадии развития эндометриоза, характера, количества операционных вмешательств гинекологического характера и др. Сравнение по данным критериям выносится на перспективу исследования, так как требует расширения выборки и добора определённого количества респонденток.

### 3.1.1. Сравнительный анализ женщин с эндометриозом и женщин без гинекологической патологии (условно здоровых)

В ходе сравнительного анализа женщин с эндометриозом ( $n=30$ ) и женщин без гинекологической патологии (условно;  $n=30$ ) по методике «Социально-психологическая адаптация» (К. Роджерс) получены статистически значимые различия в следующих аспектах:

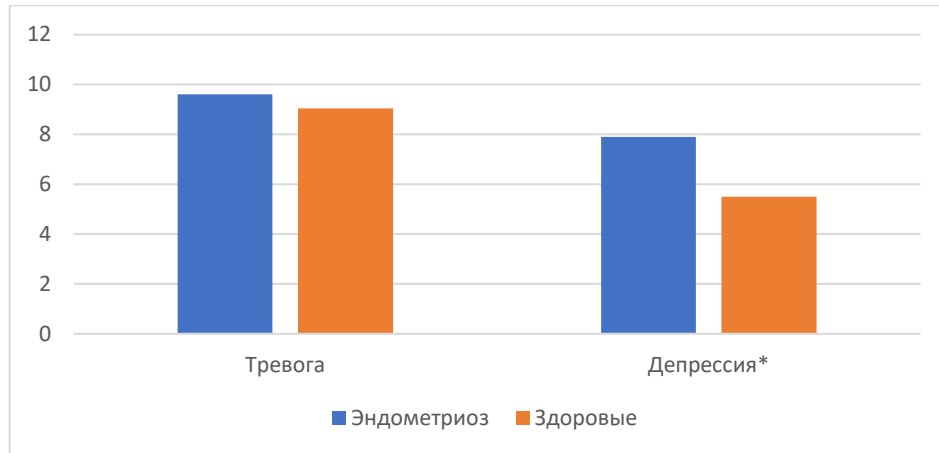
- у женщин с эндометриозом интегральных индекс адаптации ниже (среднее  $52,6 \pm 9,5$ ), чем у гинекологически здоровых респонденток (среднее  $58,7 \pm 10,4$ ), что свидетельствует о трудностях преодоления у них имеющихся жизненных препятствий, сложностях при столкновении с новыми/нестандартными ситуациями, наличии определённых эмоциональных и поведенческих нарушений в повседневной жизни ( $t= -2,31$ ,  $p<0,05$ );
- у женщин с эндометриозом статистически значимо снижен уровень интернальности (среднее  $56,9 \pm 7$ ), что свидетельствует о трудностях принятия ответственности за происходящие в жизни события и снижении веры в собственные силы ( $t= -2,31$ ,  $p<0,05$ ). У гинекологически здоровых респонденток данный показатель значимо выше (среднее  $61,8 \pm 9,3$ );
- для женщин с эндометриозом в большей степени характерен эскапизм (среднее  $18 \pm 4,2$ ), который представляет собой механизм ухода от проблем в виде бегства от действительности с помощью фантазий и мечтаний ( $t= 2,51$ ,  $p<0,05$ ), нежели чем для здоровой группы респонденток (среднее  $15,1 \pm 4,5$ ).

Сравнительный анализ по методике К. Роджерса представлен на диаграмме ниже (см.рис.12).



**Рис.12. Сравнение женщин с эндометриозом и гинекологически здоровых респонденток по критерию Стьюдента («Социально-психологическая адаптация»); баллы методики;  $p < 0,05$ )**

Сравнительный анализ между женщинами с эндометриозом ( $n=48$ ) и гинекологически здоровыми респондентками (условно;  $n=48$ ) по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) получено статистически значимое различие по показателю выраженности депрессивных тенденций ( $t=2,91$ ,  $p < 0,05$ ). Женщины с болевым синдромом при эндометриозе характеризуются большей склонностью к снижению настроению, потере интереса к хобби и привычной деятельности, пессимизму, нарушениям сна и аппетита (среднее  $7,9 \pm 4$ ), по сравнению с гинекологически здоровыми женщинами (среднее  $5,5 \pm 3,9$ ). Полученный результат свидетельствует об отягощённости эмоционально-психологического состояния пациенток с эндометриозом, что может значимо ухудшать как качество их жизни, так и характер течения заболевания и степень выраженности болевого синдрома (см. рис. 13).



**Рис.13. Сравнение женщин с эндометриозом и гинекологически здоровых респонденток по критерию Стьюдента («Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)»); баллы методики;  $p < 0,05$ )**

При проведении сравнительного анализа данных групп по методике «Диагностика межличностных отношений» были выявлено, что для женщин с болевым синдромом при эндометриозе ( $n=48$ ) в большей степени характерно использование такого стиля межличностных отношений как «недоверчивый-скептический» (среднее  $8,8 \pm 4,1$ ), по сравнению с гинекологически здоровой группой ( $n=48$ ; среднее  $7,2 \pm 3,7$ ). Поведение индивида в рамках данного стиля характеризуется чертами обидчивости, недоверчивости, склонностью к критицизму, недовольством окружающими и подозрительностью по отношению к ним ( $t= 2$ ,  $p < 0,05$ ). При этом также характерна реалистичность суждений и поступков, скептицизм и неконформность (см. табл. 3).

**Таблица 3**

**Сравнение женщин с эндометриозом и гинекологически здоровых респонденток по критерию Стьюдента («Метод диагностики межличностных отношений»); баллы методики;  $p < 0,05$ )**

Стиль межличностного взаимодействия	Эндометриоз		Здоровые	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Властно-лидирующий	7,7	3,8	8	4,4
Независимый-доминирующий	6,1	3,1	6,3	2,3

Прямолинейно-агрессивный	7,8	3,3	8,1	3
<b>Недоверчивый-скептический*</b>	<b>8,8*</b>	<b>4,1</b>	<b>7,2*</b>	<b>3,7</b>
Покорно-застенчивый	8,5	3,6	7,6	3,6
Зависимый-послушный	6,9	3	6,4	3,4
Сотрудничающий-конвенциональный	7,8	3,5	8	3,5
Ответственный-великодушный	6,9	3,7	7,2	3,6

Таким образом, по результатам данного сравнительного анализа женщин с эндометриозом и женщин без гинекологической патологии (условно) можно сделать следующие выводы:

- Женщины с эндометриозом в большей степени склонны к переживанию депрессивных тенденции в сравнении с гинекологически здоровой группой;
- Женщины с эндометриозом характеризуются преобладанием черт скептицизма, раздражительности, недовольства по отношению к окружающим в сравнении со здоровыми респондентками;
- Женщины при эндометриозе характеризуются снижением уровня адаптации, утраты веры в собственные силы и склонность к уходу от действительности в сравнении с гинекологически здоровой группой.

### **3.1.2. Сравнительный анализ женщин с эндометриозом в зависимости от продолжительности течения заболевания**

В рамках данного сравнительного анализа группа женщин с эндометриозом была разделена на две подгруппы: женщины с эндометриозом, продолжительность которого с момента диагностики составляет менее 3 лет (n=31), и женщины с эндометриозом, продолжительность которого с момента диагностики составляет более 3 лет (n=31). Основной целью данного анализа являлось установление различий в эмоционально-личностных особенностях

женщин, которые только проходят адаптацию к жизни в ситуации «болезнь» и которые уже имеют определённый опыт в данной сфере жизнедеятельности. Выбор временного отрезка в 3 года обусловлен средним значением продолжительности течения эндометриоза в выборке нашего исследования (среднее 3,5 лет).

По результатам сравнительного анализа получены статистически значимые различия по методике «Диагностика межличностных отношений», которые свидетельствуют о том, что для женщин с продолжительностью течения эндометриоза менее 3 лет, характерно использование таких стратегий поведения как «недоверчиво-скептический» ( $t= 2,1, p<0,05$ ) и «покорно-застенчивый» ( $t= -2,2, p<0,05$ ) в большей степени, чем для женщин с эндометриозом с продолжительностью заболевания более 3 лет.

«Недоверчиво-скептический» стиль межличностного взаимодействия характеризуется чертами обидчивости, недоверчивости, склонностью к критицизму, недовольством окружающими и подозрительностью по отношению к ним. При этом также характерна реалистичность суждений и поступков, скептицизм и неконформность. «Покорно-застенчивый» стиль межличностного взаимодействия демонстрируют лица склонные к скромности, застенчивости, повышенному чувству вины. В рамках данного стиля индивиды часто берут на себя дела и ответственность других лиц, а также склонны к застойным переживаниям чувства собственной несостоятельности.

Отметим, что описанные стили по своей природе и по параметрам интерпретации методики Собчик Л.Н., принадлежат к разнополярным октантам в межличностном взаимодействии, что говорит о сочетании в поведении женщин с эндометриозом на начальных этапах развития заболевания противоположных личностных тенденций и, вероятно, о наличии определённого внутриличностного конфликта. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице № 4.



Таблица 4

**Сравнение женщин с эндометриозом в зависимости от продолжительности течения заболевания по критерию Стьюдента («Метод диагностики межличностных отношений»); баллы методики;  $p < 0,05$ )**

Стиль межличностного взаимодействия	Менее 3 лет		Более 3 лет	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Властно-лидирующий	7,4	3,6	8,3	3,4
Независимый-доминирующий	6,2	2,9	6,5	3,5
Прямолинейно-агрессивный	8,2	2,8	7,9	3,2
<b>Недоверчивый-скептический*</b>	<b>10,2*</b>	<b>3,6</b>	<b>6,7*</b>	<b>4,04</b>
<b>Покорно-застенчивый*</b>	<b>9,6*</b>	<b>3,2</b>	<b>7,7*</b>	<b>3</b>
Зависимый-послушный	8,01	3,4	7,3	3
Сотрудничающий-конвенциональный	8,2	3,8	8,6	3,4
Ответственный-великодушный	9,7	3,7	8,3	3,1

Статистически значимых результатов по методикам «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS), «Социально-психологическая адаптация», «Болевой опросник Мак-Гилла» и «ВША» в рамках данного анализа выявлено не было.

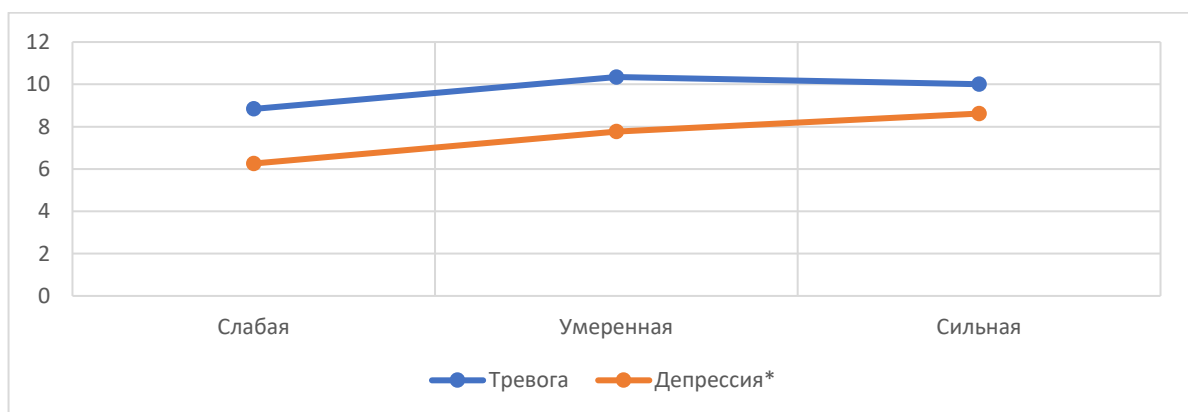
Таким образом, по результатам сравнительного анализа женщин с разной продолжительностью течения заболевания можно сделать следующий вывод:

- Женщины с болевым синдромом при эндометриозе на ранних сроках развития заболевания характеризуются наличием внутриличностного конфликта, где черты раздражительности и недоверия по отношению к окружающим противоречиво сочетаются с ориентацией на них, покорностью и застенчивостью.

### 3.1.3. Дисперсионный анализ женщин с эндометриозом с разной степенью выраженности болевого синдрома

В рамках исследования был проведён дисперсионный анализ между женщинами с эндометриозом с разной степенью выраженности болевого синдрома: слабой, умеренной и сильной. Критерием для разделения группы женщин с эндометриозом являлся ответ по Эвалюативной шкале методики Мак-Гилла. В группу пациенток со слабой болью были отнесены ответы «слабая боль» и часть ответов «умеренная боль» (n=26), в группу пациенток с умеренной болью ответы «умеренная боль» и часть ответов «сильная боль» (n=26), а в группу с сильной болью ответы «сильная боль», «сильнейшая боль», «невыносимая боль» (n=26).

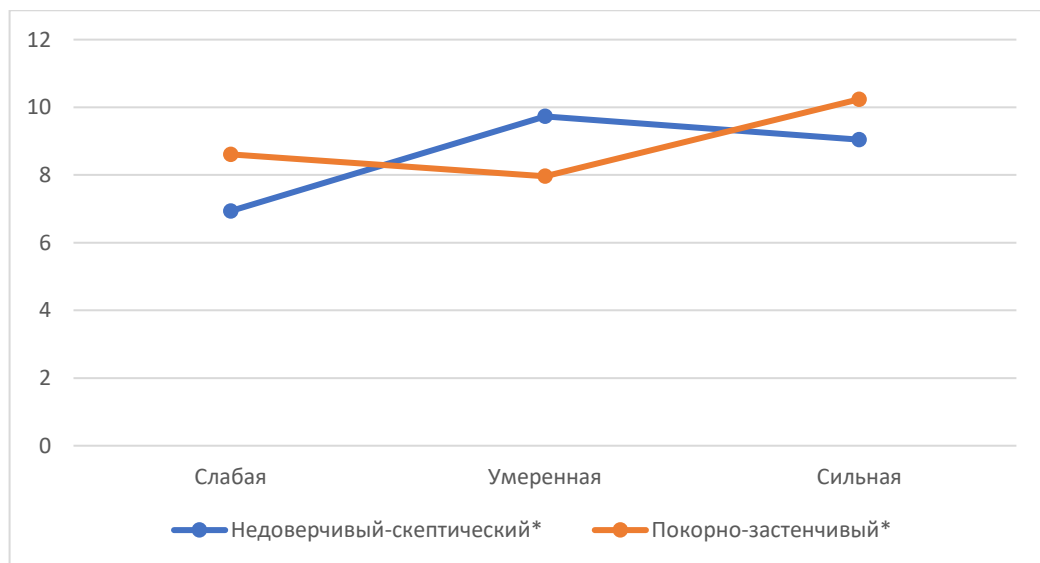
По методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) у женщин при эндометриозе по мере увеличения выраженности болевого синдрома средние значения уровня депрессивных тенденций ( $F=3,52$ ,  $p=0,03$ ) постепенно значимо нарастают, что является закономерным и внутренне непротиворечивым результатом (см. рис. 14). Стоит также отметить, что при сильной боли оба показателя методики выражены на субклиническом уровне, что указывает на значимые трудности в эмоциональной сфере для женщин с сильным болевым синдромом.



**Рис. 14. Дисперсионный анализ женщин с эндометриозом со слабой, умеренной и сильной болью по критерию Фишера («Госпитальная шкала тревоги и депрессии»; баллы методики;  $p<0,05$ )**

Далее при анализе результатов по методике «Диагностика межличностных отношений» были получены статистически значимые различия по таким стилям как «недоверчиво-скептический» ( $F=4,22$ ,  $p=0,01$ ) и «покорно-застенчивый» ( $F=3,78$ ,  $p=0,03$ ), которые также по мере увеличения болевого синдрома нарастают (см. рис.15).

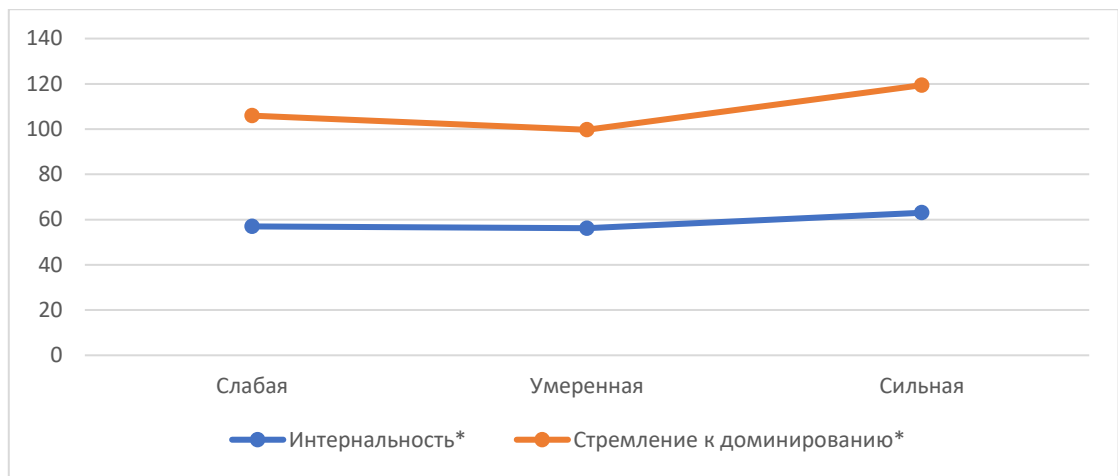
Стоит отметить, что с увеличением интенсивности болевых ощущений происходит сочетанное повышение данных стратегий взаимодействия, выраженных на уровне акцентуации поведения при том, что по своей психологической структуре данные стили являются особенно конфликтными и, вероятнее всего, определяют внутриличностную дисгармоничность данной группы пациенток при сильном болевом синдроме.



**Рис.15. Дисперсионный анализ женщин с эндометриозом со слабой, умеренной и сильной болью по критерию Фишера («Метод диагностики межличностных отношений»; баллы методики;  $p<0,05$ )**

При анализе по методике «Социально-психологическая адаптация» (К. Роджерс) также были выявлены значимые различия по таким показателям как «интернальность» ( $F=3,59$ ,  $p=0,04$ ) и «стремление к доминированию» ( $F=3,57$ ,  $p=0,04$ ), что свидетельствует об увеличении веры в собственные силы и

возможности контроля за происходящими событиями при одновременно возрастающей тенденции к доминированию над другими, склонности к приказам и контролю за окружающими, что может являться одним из механизмов психологической защиты в ответ на жизнь с сильным хроническим болевым синдромом, контроль над которым значительно ограничен (см.рис.16).



**Рис.16. Дисперсионный анализ женщин с эндометриозом со слабой, умеренной и сильной болью по критерию Фишера («Социально-психологическая адаптация»; баллы методики;  $p < 0,05$ )**

Таким образом, на основе данного статистического анализа женщин со слабой, умеренной и сильной болью при эндометриозе можно сделать следующие выводы:

- Женщины по мере увеличения болевых ощущений при эндометриозе характеризуются возрастанием склонности к депрессивным переживаниям;
- Женщины по мере увеличения болевых ощущений при эндометриозе характеризуются нарастанием внутриличностного конфликта, где черты раздражительности и недоверия по отношению к окружающим, сочетаются с покорностью и ориентацией на социум;

- Женщины по мере увеличения болевых ощущений при эндометриозе склонны к увеличению степени контроля за своей жизнью и окружающими людьми, что может являться защитным механизмом психики в ответ на жизнь с хроническим болевым синдромом, контроль над которым значимо ограничен.

### **3.2. Корреляционный анализ**

В рамках нашего исследования наиболее значимые результаты были получены в рамках прослеживания взаимосвязей между шкалами эмоционально-личностных методик и шкал болевых опросников, оценивающих особенности восприятия болевого синдрома женщинами с эндометриозом.

#### **3.2.1. Корреляционный анализ взаимосвязей между показателями шкал эмоционально-личностных методик и субъективного восприятия болевого синдрома в группе женщин с эндометриозом**

При проведении корреляционного анализа ( $n=78$ ) между шкалами методики «Диагностика межличностных отношений» (ДМО) и болевыми опросниками («Болевой опросник Мак-Гилла», «ВША») были получены следующие результаты:

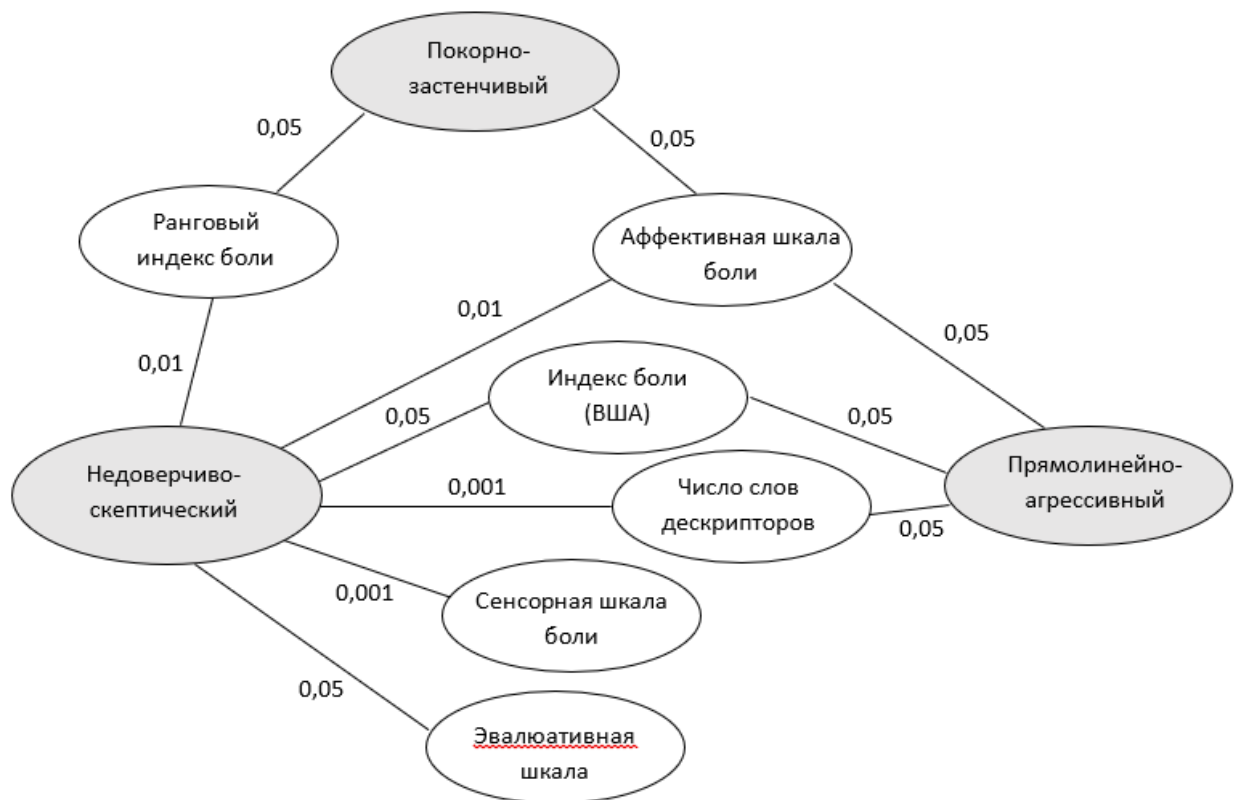
- «прямолинейно-агрессивный» стиль межличностного взаимодействия у женщин с эндометриозом положительно коррелирует с такими показателями как аффективное восприятие болевого синдрома ( $r=0,23$ ,  $p \leq 0,05$ ), количество слов дескрипторов ( $r=0,22$ ,  $p \leq 0,05$ ), и индекс боли ВША ( $r=0,25$ ,  $p \leq 0,05$ ), выбираемых женщинами для описания субъективных ощущений от тазовых болей;

- «недоверчивый-скептический» стиль межличностного взаимодействия у женщин с эндометриозом положительно коррелирует с такими показателями как ранговый индекс боли ( $r=0,37$ ,  $p \leq 0,01$ ), сенсорное восприятие болевого синдрома ( $r=0,35$ ,  $p \leq 0,01$ ), аффективное восприятие болевого синдрома ( $r=0,4$ ,  $p \leq 0,001$ ), количество слов дескрипторов ( $r=0,38$ ,  $p \leq 0,001$ ), эвалюативная шкала боли ( $r=0,25$ ,  $p \leq 0,05$ ) и индекс боли ВША ( $r=0,23$ ,  $p \leq 0,05$ ), выбираемых женщинами для описания субъективных ощущений от тазовых болей;
- «покорно-застенчивый» стиль межличностного взаимодействия у женщин с эндометриозом положительно коррелирует с такими показателями как ранговый индекс боли ( $r=0,26$ ,  $p \leq 0,05$ ), аффективное восприятие болевого синдрома ( $r=0,22$ ,  $p \leq 0,05$ ), выбираемых женщинами для описания субъективных ощущений от тазовых болей;

Таким образом, мы можем говорить о том, что женщины, страдающие от эндометриоза и от хронического болевого синдрома тазовой области с более интенсивным восприятием боли с точки зрения её силы, сенсорных ощущений и эмоциональных реакций, в большей степени будут характеризоваться такими личностными чертами как обидчивость, неконформность, склонность к критицизму и подозрительности, а также прямолинейностью, настойчивостью, чрезмерным упорством и вспыльчивостью. Корреляционная плеяда полученных результатов представлена ниже (см.рис.17).

При проведении корреляционного анализа ( $n=78$ ) между шкалами методик «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и болевыми опросниками («Болевой опросник Мак-Гилла», «ВША») были получены следующие результаты:

- уровень тревоги у женщин с эндометриозом положительно коррелирует ранговым индексом боли ( $r=0,26$ ,  $p \leq 0,05$ ) и аффективной шкалой ( $r=0,25$ ,  $p \leq 0,05$ ) методики Мак-Гилла.



**Рис.17. Корреляционная плеяда взаимосвязей по критерию Пирсона между результатами методик «ДМО», «Болевого опросника Мак-Гилла» и «ВША»**

- уровень депрессии у женщин с эндометриозом положительно коррелирует с индексом боли по шкале «ВАШ» ( $r=0,26$ ,  $p \leq 0,05$ ), а также с ранговым индексом боли ( $r=0,3$ ,  $p \leq 0,01$ ), аффективной ( $r=0,32$ ,  $p \leq 0,01$ ) и эвалюативной ( $r=0,32$ ,  $p \leq 0,01$ ) шкалами методики Мак-Гилла (см.рис.18).

Таким образом, более интенсивное восприятие болевого синдрома с точки зрения его силы, степени выраженности и эмоциональных реакций взаимосвязано с проявлениями тревожных и депрессивных тенденций.



**Рис.18. Корреляционная плеяда взаимосвязей по критерию Пирсона между результатами методик «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Болевого опросника Мак-Гилла» и «ВША»**

При проведении корреляционного анализа ( $n=46$ ) между шкалами методик «Социально-психологическая адаптация» (К. Роджерс) и болевыми опросниками («Болевой опросник Мак-Гилла» и «ВША») были получены следующие результаты:

- уровень самопринятия у женщин с эндометриозом отрицательно коррелирует с ранговым индексом боли ( $r = -0,38$ ,  $p \leq 0,01$ ), а также с аффективной ( $r = -0,35$ ,  $p \leq 0,05$ ) шкалой методики Мак-Гилла;
- интегральный индекс адаптации отрицательно коррелирует с ранговым индексом боли ( $r = -0,41$ ,  $p \leq 0,01$ ), количеством слов-дескрипторов болевых ощущений ( $r = -0,30$ ,  $p \leq 0,05$ ), а также с аффективной ( $r = -0,38$ ,  $p \leq 0,01$ ) шкалой методики Мак-Гилла;
- уровень принятия других людей отрицательно коррелирует с ранговым индексом боли ( $r = -0,33$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Корреляционная плеяда взаимосвязей описанных результатов представлена ниже (см.рис.19).





**Рис.19. Корреляционная плеяда взаимосвязей по критерию Пирсона между результатами методик «Социально-психологическая адаптация» и «Болевой опросник Мак-Гилла»**

Также, при проведении корреляционного анализа между показателями вышеуказанных методик были получены отрицательные взаимосвязи между уровнем эмоционального комфорта и ранговым индексом боли ( $r = -0,33$ ,  $p \leq 0,05$ ), аффективной шкалой методики Мак-Гилла ( $r = -0,35$ ,  $p \leq 0,05$ ), а также между уровнем интернальности и ранговым индексом боли ( $r = -0,35$ ,  $p \leq 0,05$ ). Корреляционная плеяда взаимосвязей описанных результатов представлена ниже (см.рис.20).



**Рис.20. Корреляционная плеяда взаимосвязей по критерию Пирсона между результатами методик «Социально-психологическая адаптация» и «Болевой опросник Мак-Гилла»**

Таким образом, можно говорить о том, что у женщин с эндометриозом повышение шкал болевых опросников взаимосвязано со снижением способности к принятию себя, своей личности, своего тела, со снижением уровня адаптации, принятием особенностей и толерантных отношениях к поведенческим проявлениям окружающих, а также с низким уровнем эмоционального комфорта в повседневной жизни и утратой веры в собственные силы для контроля над ней.

Полученные результаты в рамках данного корреляционного анализа можно охарактеризовать как закономерные и логически непротиворечивые, что свидетельствует об искренности ответов женщин с эндометриозом, а также на определённую достоверность полученных данных в рамках нашего исследования.

### **3.2.2. Корреляционный анализ взаимосвязей между показателями шкал эмоционально-личностных методик и субъективного восприятия болевого синдрома в группе женщин с эндометриозом со слабой болью**

Целью проведения корреляционного анализа взаимосвязей между показателями шкал эмоционально-личностных методик и субъективного восприятия болевого синдрома в группе женщин с эндометриозом со слабой болью являлось определение тех черт, которые, с высокой долей вероятности, могут являться значимыми с точки зрения составления психологического портрета данной группы пациенток. В данную группу вошли женщины с эндометриозом, имеющие значение по Эвалюативной шкале «Болевого опросника Мак-Гилла» значение «слабая боль» и «умеренная боль» (n=29).

По результатам данного корреляционного анализа методик «Диагностика межличностных отношений» и болевых опросников («Болевой опросник Мак-Гилла», «ВША») были получены следующие результаты:

- «недоверчивый-скептический» стиль межличностного взаимодействия у женщин с эндометриозом со слабой болью положительно коррелирует с такими показателями как ранговый индекс боли ( $r=0,45$ ,  $p \leq 0,05$ ), сенсорное восприятие болевого синдрома ( $r=0,44$ ,  $p \leq 0,05$ ), аффективное восприятие болевого синдрома ( $r=0,57$ ,  $p \leq 0,001$ ), количество слов дескрипторов ( $r=0,51$ ,  $p \leq 0,01$ ), выбираемых женщинами для описания субъективных ощущений от тазовых болей.
- уровень тревоги у женщин с эндометриозом со слабой болью положительно коррелирует ранговым индексом боли ( $r=0,46$ ,  $p \leq 0,05$ ) и аффективной шкалой ( $r=0,45$ ,  $p \leq 0,05$ ), сенсорной шкалой ( $r=0,41$ ,  $p \leq 0,05$ ) и количеством слов дескрипторов ( $r=0,45$ ,  $p \leq 0,05$ ) методики Мак-Гилла;
- уровень депрессивных тенденций у женщин с эндометриозом со слабой болью положительно коррелирует ранговым индексом боли ( $r=0,41$ ,  $p \leq 0,05$ ), аффективной шкалой ( $r=0,45$ ,  $p \leq 0,05$ ), и количеством слов дескрипторов ( $r=0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ) методики Мак-Гилла.

Корреляционная плеяда взаимосвязей описанных результатов представлена ниже (см.рис.21).



**Рис.21. Корреляционная плеяда взаимосвязей по критерию Пирсона между результатами методик «Социально-психологическая адаптация» и «Болевой опросник Мак-Гилла» у женщин с эндометриозом со слабой болью**

Таким образом, по результатам данного корреляционного анализа можно говорить о том, что у женщин со слабой болью при эндометриозе будет иметься взаимосвязь с такими эмоционально-личностными особенностями как тревожность, депрессивность, обидчивость, недоверчивость, склонность к критицизму, недовольство окружающими и подозрительность по отношению к ним. При этом также характерна реалистичность суждений и поступков, скептицизм и неконформность.

### **3.2.3. Корреляционный анализ взаимосвязей между показателями шкал эмоционально-личностных методик и субъективного восприятия болевого синдрома в группе женщин с эндометриозом со сильной болью**

Целью проведения корреляционного анализа взаимосвязей между показателями шкал эмоционально-личностных методик и субъективного восприятия болевого синдрома в группе женщин с эндометриозом с сильной болью являлось определение тех черт, которые, с высокой долей вероятности, могут являться значимыми с точки зрения составления психологического портрета данной группы пациенток. В данную группу вошли женщины с эндометриозом, имеющие значение по Эвалюативной шкале «Болевого опросника Мак-Гилла» значения «сильнейшая боль» и «невыносимая боль» (n=21).

По результатам данного корреляционного анализа методик «Диагностика межличностных отношений» и болевых опросников («Болевой опросник Мак-Гилла», «ВША») были получены следующие результаты:

- «зависимый-послушный» стиль межличностного взаимодействия у женщин с эндометриозом с сильной болью положительно коррелирует с эвалюативной ( $r=0,62$ ,  $p \leq 0,01$ ) и аффективной шкалой боли ( $r=0,48$ ,  $p \leq$

0,05) методики Мак-Гилла и индексом боли методики ВАШ ( $r=0,46$ ,  $p \leq 0,05$ );

- «покорный-застенчивый» стиль межличностного взаимодействия у женщин с эндометриозом с сильной болью положительно коррелирует с таким показателем как аффективная шкала боли методики Мак-Гилла ( $r=0,4$ ,  $p \leq 0,05$ );
- «сотрудничающий-конвенциональный» стиль межличностного взаимодействия у женщин с эндометриозом с сильной болью положительно коррелирует с таким показателем как индекс боли «ВША» ( $r=0,47$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Корреляционная плеяда взаимосвязей описанных результатов представлена ниже (см.рис.22).



**Рис.22. Корреляционная плеяда взаимосвязей по критерию Пирсона между результатами методик «Социально-психологическая адаптация» и «Болевой опросник Мак-Гилла» у женщин с эндометриозом с сильной болью**

Таким образом, по результатам данного корреляционного анализа можно говорить о том, что у женщин с сильной болью при эндометриозе будет иметься взаимосвязь с такими эмоционально-личностными особенностями как зависимость от мнения окружающих, трудности в отстаивании собственных

границ, сверхконформность, склонность к компромиссному поведению и потребность в помощи и доверии со стороны окружающих.

#### 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Обсуждение полученных результатов в ходе проведённого исследования хочется начать с рассмотрения особенностей субъективного восприятия болевого синдрома женщинами с эндометриозом. Как уже отмечалось ранее, у данной группы пациенток отмечается преобладание описания характеристик боли с точки зрения эмоционально насыщенных слов (аффективная шкала методики Мак-Гилла), нежели сенсорных ощущений (сенсорная шкала методики Мак-Гилла). Выявленная особенность может свидетельствовать о высокой эмоциональной вовлечённости женщин с эндометриозом в переживание болезненных ощущений, о наличии психоэмоционального стресса в связи с имеющимся заболеванием.

В изученной нами научной литературе отмечается, что эндометриоз следует относить к «болезням адаптации» или, как ещё его называют, к «болезни деловых женщин» (Дамиров М. М., 2010). В рамках нашего исследования была проведена своеобразная проверка высказанного утверждения, где в результате было подтверждено снижение уровня адаптации у данной группы пациенток в сравнении со здоровыми женщинами. Снижение уровня интернальности в рамках изучения адаптации может свидетельствовать о том, что пациентки утрачивают веру в собственные силы, в возможность что-то изменить, в связи со своим заболеванием. Данный результат взаимосвязан также и с тем, что эндометриоз представляет собой хроническое заболевание, которое, на сегодняшний день, считается неизлечимым, а его терапия направлена, в большей степени, на остановку распространения эндометриоидных очагов в другие органы и системы организма. Нельзя также не упомянуть о наличии практически у всех пациенток с эндометриозом в нашем исследовании (98%) такого психологического механизма защиты как эскапизм. Уход от действительности представляет собой попытку избежать имеющихся трудностей и конфликтов,

однако эта попытка не приводит к разрешению каких-либо проблем, что обуславливает их накопление и снижение уровня социально-психологической адаптации в целом. В литературе эскапизм нередко описывается как один из механизмов совладания с хроническим стрессовым состоянием, в связи с кризисными ситуациями, тяжёлой профессиональной деятельностью и психологическими травмами. Учитывая данные факты, можно предположить, что женщины с эндометриозом склонны к консервированию своих внутренних проблем и конфликтов, к откладыванию имеющихся трудностей, что, безусловно, может приводить к накоплению энергии и напряжения в организме и, в свою очередь, обуславливать собственно психосоматический механизм возникновения как эндометриоза, так и других нарушений в соматической сфере данной группы пациенток.

Полученные результаты по выявлению доминирующего стиля межличностного взаимодействия, который имеет значимые взаимосвязи с более выраженным восприятием болевого синдрома при эндометриозе, практически идентичны результатам исследования, проводившегося на базе кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Так, в нём были обнаружены корреляционные взаимосвязи таких стилей межличностного взаимодействия как «зависимый-послушный», «сотрудничающий-конвенциональный» и «ответственный-великодушный» с показателями по аффективной, сенсорной шкале болевого опросника Мак-Гилла, с ранговым индексом боли и количеством слов-дескрипторов, которые женщины с эндометриозом при сильных болях выбирают для описания своих ощущений (Е. А. Петрова, В. А. Череповская, Ф. В. Пахомова и др., 2019 г.). С учётом того, что наше и упомянутое исследование проводились в разные годы, на разных выборках пациенток и в разных регионах страны, можно говорить о наличии стабильной и чёткой тенденции женщин с эндометриозом с определёнными личностными особенностями (скромность, застенчивость, высокое чувство ответственности, компромиссность, и т.д.) к более



интенсивному субъективному восприятию болевого синдрома в рамках данного заболевания.

Если говорить об эмоциональных характеристиках женщин с эндометриозом, при исследовании которых мы выявили субклинический уровень выраженности тревожных тенденций, то данный результат можно охарактеризовать как закономерный и внутренне не противоречивый, ведь жизнь с хроническими тазовыми болями, безусловно, приносит сильный дискомфорт, ограничивает трудоспособность данной группы пациенток и существенно снижает качество жизни. Полученные данные согласуются с множественными исследованиями эмоциональных особенностей женщин с эндометриозом (Богатова И. К., Семенова О. К., 2008 г.; Сандакова, Е. А., 2013 г.; Zarbo С., 2021 г.).

Обращаясь к сравнительному анализу женщин с эндометриозом с разной продолжительностью течения заболевания, где было показано, что пациентки, у которых первые симптомы эндометриоза были выявлены менее 3 лет назад до момента исследования, характеризуются одновременным использованием двух противоположных стратегий в межличностном взаимодействии таких как «недоверчивый-скептический» и «покорный застенчивый». То есть, черты обидчивости, недовольства окружающими, подозрительности по отношению к ним (среднее  $10,4 \pm 4,05$  - акцентуация поведенческого стереотипа) сочетаются со скромностью застенчивостью, повышенным чувством вины и самоуничижительными тенденциями (среднее  $9,5 \pm 3,5$  - акцентуация поведенческого стереотипа). Сочетание подобных черт может приводить к выраженной внутриличностной дисгармонии, а также к формированию внутренних конфликтов, что, возможно, может обуславливать дебют различного рода как психологических, так и соматических расстройств, включая и эндометриоз. Примечательно также, что данные стили для женщин с эндометриозом, по сути, на ранних этапах развития заболевания (первые 3 года) являются доминирующими и по результатам описательной статистики.

Отдельного внимания заслуживает полученный результат в рамках дисперсионного анализа женщин со слабой, умеренной и сильной болью, в рамках которого мы также обнаружили нарастание внутриличностного конфликта, обусловленного теми же стратегиями взаимодействия (сочетание недоверчивости и недовольства окружающими с ориентацией на них, покорностью и застенчивостью) у женщин по мере увеличения выраженности болевого синдрома. Полученный результат указывает на наличие значимого психогенного фактора, который, возможно, играет одну из основных ролей в рамках развития и переживания болевого синдрома данной группой пациенток.

Суммируя результаты сравнительного и корреляционного анализа в рамках изучения женщин с эндометриозом с разной степенью выраженности болевого синдрома, нами была предпринята попытка составления психологического портрета женщин со слабой и сильной болью. По её результатам можно говорить о том, что женщины со слабой болью при эндометриозе характеризуются такими чертами как тревожность, реалистичность суждений и поступков, склонность к скептицизму, обидчивости и недовольством окружающими. При этом адаптационные возможности сохранены лучше и степень выраженности эмоциональных нарушений незначительна. У женщин с сильной болью при эндометриозе выявлена склонность к конформному поведению, застенчивости, повышенному чувству ответственности, пассивности. Данные черты сочетаются также с возможностью появления как тревожной, так и депрессивной симптоматики, которая будет достигать субклинического уровня выраженности. Адаптивные возможности со временем становятся ограничены, что несёт за собой дальнейшие негативные последствия, влияющие на общее качество жизни данной группы пациенток.

Таким образом, большинство полученных результатов являются внутренне непротиворечивыми, а также, в контексте психологического

анализа и интерпретации, согласуются с предположениями и данными других исследовательских и научных работ в рамках исследования особенностей женщин с эндометриозом.

## ВЫВОДЫ

1. Женщины с болевым синдромом при эндометриозе характеризуются *высокой эмоциональной вовлечённостью* в переживании болезненных ощущений.
2. У женщин с эндометриозом *тревога выражена на субклиническом уровне*, у гинекологически здоровых респонденток (условно) симптомы тревоги не выявлены. Явные депрессивные тенденции при эндометриозе не обнаружены, однако при сравнении с условно здоровой группой имеется значимая склонность к снижению настроению, упадку сил и утрате интереса к окружающему миру.
3. Женщины с эндометриозом в межличностном взаимодействии в сравнении с гинекологически здоровыми женщинами (условно) более *обидчивы, критичны и склонны к проявлению недовольства по отношению к окружающим*.
4. Женщины с эндометриозом характеризуются *снижением уровня адаптации, утратой веры в собственные силы и склонностью к уходу от действительности* в сравнении с гинекологически здоровыми женщинами (условно).
5. Женщины с эндометриозом, продолжительность течения которого менее 3 лет, характеризуются одновременным использованием противоположных стилей в межличностном взаимодействии: черты критицизма, подозрительности и недовольства окружающими сочетаются с покорностью, повышенным чувством вины и гиперсоциальностью, что указывает на *наличие внутренних конфликтов и подавляемую враждебность на начальных сроках заболевания*. У женщин с продолжительностью эндометриоза более 3 лет данных тенденций не обнаружено.

6. Женщины с сильным болевым синдромом при эндометриозе также характеризуются одновременным использованием противоположных стилей в межличностном взаимодействии: черты критицизма, подозрительности и недовольства окружающими сочетаются с покорностью, повышенным чувством вины и гиперсоциальностью, что указывает на *наличие внутренних конфликтов и подавляемую враждебность по сравнению с пациентками со слабой болью.*
7. У женщин с болевым синдромом при эндометриозе имеется взаимосвязь эмоционально-личностных характеристик с особенностями субъективного восприятия болевого синдрома:
- *Психологический портрет женщин со слабой болью при эндометриозе включает:* реалистичность суждений и поступков, неконформность, склонность к скептицизму, развитое чувство ответственности, готовность помогать окружающим.
  - *Психологический портрет женщин с сильной болью при эндометриозе включает:* скромность, застенчивость, повышенное чувство вины, сверхобязательность, гиперсоциальность установок и поведения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты в рамках исследования свидетельствуют о том, что лечение и реабилитация пациенток с эндометриозом требует учёта их психологических особенностей, а также мультидисциплинарного подхода с привлечением к работе специалистов психологического профиля.

Недостаточная изученность этиологии и патогенеза заболевания, симптоматический характер лечения, высокий процент рецидивов, влияние эндометриоза на репродуктивное здоровье женщин обуславливают необходимость психологического сопровождения данной группы пациенток, повышения уровня информированности о заболевании и приверженности лечению. Жизнь с хроническим болевым синдромом значительно влияет на качество жизни пациенток, вызывая эмоциональные и поведенческие нарушения, которые требуют профилактики и коррекции со стороны специалистов соответствующего профиля.

Основными задачами в работе психолога с женщинами с эндометриозом будут являться:

- психологическая диагностика;
- обучение навыкам снижения выраженности болевого синдрома с помощью техник саморегуляции;
- снижение психоэмоционального напряжения;
- психокоррекционные мероприятия, направленные на профилактику социальной дезадаптации и повышение удовлетворённости качеством своей жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Гаспарян С.А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему. Ставрополь.: Ставрополье, 2004. 214 с.
2. Адамян Л.В. и др. Эндометриоз. Клинические рекомендации // ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ), 2020 г.
3. Блох М.Е. Психосоциальные особенности женщин с нарушением репродуктивного здоровья, ассоциированных с гинекологической патологией / М.Е. Блох, В.В. Русановский, И.Н. Удодова, А.И. Красавин, Г.В. Русановский. НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта СЗО РАМН НОУ ВПО «Санкт-Петербургский университет управления и экономики», СПб.
4. Богатова И. К., Семенова О. К. Психологические особенности женщин с генитальным эндометриозом // ВНМТ. 2008. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-zhenschin-s-genitalnym-endometriozom> (дата обращения: 08.03.2022).
5. Водопьянова Н. Е. Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни // Практикум по психологии здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2005. С. 148–155.
6. Гуменюк Л.Н., Симачева С.А. Психокоррекция психической дезадаптации в комплексном лечении женщин с генитальным эндометриозом // ТМБВ. 2017. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihokorreksiya-psihicheskoy-dezadaptatsii-v-kompleksnom-lechenii-zhenschin-s-genitalnym-endometriozom> (дата обращения: 08.03.2022).
7. Дамиров М. М., Генитальный эндометриоз – болезнь активных и деловых женщин. М.: Бином, 2010.190 с.
8. Кочарян Александр Суренович, Макаренко Амалия Алексеевна, Дин Шао Цзе Психологические особенности женщин с гинекологической патологией // ПНиО. 2015. №5 (17). URL:

- <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-zhenschin-s-ginekologicheskoy-patologией> (дата обращения: 08.03.2022).
9. Мария И.Я., Хобец В.В. Роль окситоцина в патогенезе эндометриоза: различные грани проблемы // Ж. акуш. и жен. болезн.. 2019. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-oksitotsina-v-patogeneze-endometrioza-razlichnye-grani-problemy> (дата обращения: 13.03.2022).
  10. Марченко Л.А., Ильина Л.М. 2010. Эндометриоз: современный взгляд на этиопатогенез и перспективы медикаментозной терапии. Русский медицинский журнал, 18 (4): 171-175.
  11. Межлумова Н.А., Бобров М.Ю., Адамян Л.В. Биомаркеры эндометриоза: проблемы и возможности ранней диагностики рецидивов заболевания. Проблемы репродукции. 2018;24(6):139-148. URL: <https://doi.org/10.17116/repro201824061139>
  12. Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С., Новицкий В.В., Жукова Н.Г., Байков А.Н., Кривощёкова Г.В. Состояние вегетативной регуляции при эндометриозе у женщин репродуктивного возраста с тревожно-депрессивными расстройствами. Бюллетень сибирской медицины, 2009, 8 (3): 58-63.
  13. Оразов М.Р., Носенко Е.Н., Покуль Л.В., Шкрели И., Токаева Э.С., Барсегян Л.К., Закирова Я.Р., Новгинов Д.С. Сексуальная функция женщин с эндометриозом. «Когда любовь причиняет боль»: систематический обзор влияния хирургического и медикаментозных методов лечения эндометриоза на сексуальную функцию женщин // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2017. №3 (17). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/seksualnaya-funktsiya-zhenschin-s-endometrio-zom-kogda-lyubov-prichinyaet-bol-sistematicheskiy-obzor-vliyaniya-hirurgicheskogo-i> (дата обращения: 08.03.2022).
  14. Петрова Е.А., Череповская В.А., Пахомова Ф.В., Круглов С.Ю., Белоногова В.В., Исаева Е.Р., Беженарь В.Ф. Эмоциональные и личностные особенности восприятия боли у женщин при эндометриозе // Ученые



- записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. 2019. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnye-i-lichnostnye-osobennosti-vozpriyatiya-boli-u-zhenschin-pri-endometriioze> (дата обращения: 08.03.2022).
15. Руженков В.А., Швец К.Н. Медико-психологические характеристики и психические расстройства при генитальном эндометриозе (распространенность, клиника и терапия) // Актуальные проблемы медицины. 2016. №19 (240). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-psihologicheskie-harakteristiki-i-psihicheskie-rasstroystva-pri-genitalnom-endometriioze-rasprostranennost-klinika-i-terapiya> (дата обращения: 08.03.2022).
16. Сандакова, Е. А. Тревожно-депрессивные акцентуации в оценке качества жизни больных генитальным эндометриозом / Е. А. Сандакова, И. В. Чернышова // Лечение и профилактика. – 2013. – № 2(6). – С. 54-58.
17. Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений. Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири. Методическое руководство. М.: Московский кадровый центр при Главном управлении по труду и социальным вопросам Мосгорисполкома. Консультационная фирма, 1990.
18. Сухих Г. Т., Серов В. Н., Адамян Л. В., Баранов И. И., Беженарь В. Ф., Габидуллина Р. И., Дубровина С. О., Козаченко А. В., Подзолкова Н. М., Сметник А. А., Тапильская Н. И., Уварова Е. В., Ших Е.В., Ярмолинская М.И. Алгоритмы ведения пациенток с эндометриозом: согласованная позиция экспертов Российского общества акушеров-гинекологов. Акушерство и гинекология. 2023(5): 159–176.
19. Токаева Э.С., Оразов М.Р., Барсегян Л.К. Особенности коморбидного статуса у пациенток с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью. Хирургическая практика. 2016;(3): 24-26 с.
20. Н. П. Фетискин и др. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: ИИП, 2009.

21. Чернышова, И. В. Состояние серотонинтранспортной системы у больных генитальным эндометриозом / И. В. Чернышова, Е. А. Сандакова, А. А. Шутов // Уральский медицинский журнал. – 2013. – № 4(109). – С. 70-75.
22. Шао, Ц. Д. Психологические особенности женщин с гинекологической патологией / Ц. Д. Шао // Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты, Чита, 29 февраля – 05 2016 года / Ответственный редактор С. Т. Кохан. – Чита: Забайкальский государственный университет, 2016. – С. 1015-1023.
23. Щукина Н.А., Буянова С.Н. Современный взгляд на диагностику и лечение эндометриоза. Русский медицинский журнал. 2014, 22 (14): 1002-1005.
24. Юренева С.В. Эндометриоз – заболевание «вне возраста»: от пубертатного периода до постменопаузы. Проблемы репродукции, 2011, 4: 67-74.
25. Collins, Mary Lou, "Personality Correlates of Endometriosis" (1979). Dissertations. 2677.
26. Bitzer J. Psychosomatic aspects of endometriosis. JEPPD, 2011, 3 (3): 166-170.
27. Federica Facchin, Giussy Barbara, Emanuela Saita, Stefano Erzegovesi, Riccardo Maria Martoni, Paolo Vercellini, Personality in women with endometriosis: temperament and character dimensions and pelvic pain, *Human Reproduction*, Volume 31, Issue 7, July 2016, Pages 1515–1521.
28. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods // *Pain*. – 1975. – Vol. 1. – P. 277–299.
29. Poliakova J.M., Sorokova M.G., Garanyan N.G. Factor Structure and Reliability of Dyadic Adjustment Scale (DAS) in Russian Population. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 105–126. doi:10.17759/cpp.2018260306. (In Russ., abstr. in Engl.)
30. Prinsie JC, Fiest KM, Coutts SB, Patten SB, Atta CA, Blaikie L, et al. Validating screening tools for depression in stroke and transient ischemic attack patients. *Int J Psychiatry Med*. (2016) 51: 262-77.

31. Zarbo C, Brugnera A, Compare A, et al. Psychological and cognitive factors implicated in pain experience in women with endometriosis. *Health Care Women Int.* Published online September 10, 2021.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Анкета для основной группы (женщины с эндометриозом)

Уважаемый респондент, Вам предлагается заполнить анкету для исследования. Опрос анонимный, фамилию и имя Вы можете указать по желанию, если хотите получить обратную связь по окончании исследования.

1. Укажите Ваши ФИО \_\_\_\_\_
2. Укажите Ваш возраст \_\_\_\_\_
3. Укажите Ваше образование \_\_\_\_\_
4. Укажите Ваше семейное положение \_\_\_\_\_
5. Укажите, есть ли у Вас дети (если есть, то сколько?) \_\_\_\_\_
6. Укажите Вашу профессию на данный момент \_\_\_\_\_
7. Как давно Вы работаете по данной профессии? \_\_\_\_\_
8. Укажите Вашу должность на данный момент \_\_\_\_\_
9. Как давно Вы работаете на данной должности? \_\_\_\_\_
10. Когда последний раз Вы меняли место жительства (сколько лет/месяцев/дней назад)? \_\_\_\_\_
11. Когда последний раз Вы меняли место работы (сколько лет/месяцев/дней назад)? \_\_\_\_\_
12. Какая на данный момент у Вас стадия развития эндометриоза? (I, II, III или IV) \_\_\_\_\_
13. Укажите продолжительность течения Вашего заболевания – эндометриоза (сколько лет, месяцев и т.д. Вы болеете?) \_\_\_\_\_
14. Проводились ли Вам любого рода операции, связанные с гинекологической сферой? (если да, то какие?)  
\_\_\_\_\_
15. Болели ли Ваши близкие родственницы (мама, бабушка) гинекологическими заболеваниями? (если да, то какими?) \_\_\_\_\_

16. Есть ли у Вас какие-либо гинекологические заболевания кроме эндометриоза? (если есть, укажите какие) \_\_\_\_\_

17. Были ли у Вас выкидыши, аборт, замерзшие беременности и т.п.? (если да, укажите, что именно) \_\_\_\_\_

18. Имеются ли у Вас хронические заболевания? (если да, укажите какие) \_\_\_\_\_

**Анкета для группы сравнения (гинекологически здоровые женщины)****Анкета**

Уважаемый респондент, Вам предлагается заполнить анкету для исследования. Опрос анонимный, фамилию и имя Вы можете указать по желанию, если хотите получить обратную связь по окончании исследования.

1. Укажите Ваши ФИО \_\_\_\_\_
2. Укажите Ваш возраст \_\_\_\_\_
3. Укажите Ваше образование \_\_\_\_\_
4. Укажите Ваше семейное положение \_\_\_\_\_
5. Укажите, есть ли у Вас дети (если есть, то сколько?) \_\_\_\_\_
6. Укажите Вашу профессию на данный момент \_\_\_\_\_
7. Как давно Вы работаете по данной профессии? \_\_\_\_\_
8. Укажите Вашу должность на данный момент \_\_\_\_\_
9. Как давно Вы работаете на данной должности? \_\_\_\_\_
10. Когда последний раз Вы меняли место жительства (сколько лет/месяцев/дней назад)? \_\_\_\_\_
11. Когда последний раз Вы меняли место работы (сколько лет/месяцев/дней назад)? \_\_\_\_\_
12. Имеются ли у Вас жалобы гинекологического характера на сегодняшний день? \_\_\_\_\_
13. Состоите ли Вы на учёте у врача-гинеколога? \_\_\_\_\_

**Результаты описательной статистики группы женщин с эндометриозом  
по методике «Болевой опросник Мак-Гилла»**

	Среднее	Стандартная ошибка	Медиана	Мода	Стандартное отклонение
<i>Ранговый индекс боли</i>	38,24	1,73	41,50	48,00	15,25
<i>Число слов</i>	16,41	0,57	20,00	20,00	5,01
<i>Сенсорная</i>	10,17	0,43	13,00	13,00	3,78
<i>Аффективная</i>	5,26	0,16	6,00	6,00	1,41
<i>Эвалюативная шкала</i>	2,95	0,12	3,00	3,00	1,09
<i>Индекс боли</i>	6,47	0,26	7,00	8,00	2,29

	Дисперсия выборки	Эксцесс	Асимметричность	Интервал	Минимум	Максимум
<i>Ранговый индекс боли</i>	232,55	-0,50	-0,46	69,00	5,00	74,00
<i>Число слов</i>	25,08	-0,04	-1,17	16,00	4,00	20,00
<i>Сенсорная</i>	14,30	-0,48	-1,00	12,00	1,00	13,00
<i>Аффективная</i>	1,99	2,23	-1,84	5,00	1,00	6,00
<i>Эвалюативная шкала</i>	1,19	-0,50	0,35	4,00	1,00	5,00
<i>Индекс боли</i>	5,27	-0,93	-0,29	8,00	2,00	10,00

**Результаты описательной статистики группы женщин с эндометриозом  
по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)»**

	Среднее	Стандартная ошибка	Медиана	Мода	Стандартное отклонение
<i>Тревога</i>	9,65	0,49	9,00	9,00	4,34
<i>Депрессия</i>	7,40	0,42	7,00	4,00	3,71

	Дисперсия выборки	Эксцесс	Асимметричность	Интервал	Минимум	Максимум
<i>Тревога</i>	18,83	0,81	0,44	23,00	2,00	25,00
<i>Депрессия</i>	13,75	0,14	0,66	17,00	1,00	18,00

**Результаты описательной статистики группы женщин с эндометриозом  
по методике «Диагностика межличностных отношений» (ДМО)**

	Среднее	Стандартная ошибка	Медиана	Мода	Стандартное отклонение	Дисперсия выборки
<i>Властный-лидирующий</i>	7,87	0,42	8,00	11,00	3,70	13,70
<i>Независимый-доминирующий</i>	6,29	0,35	6,00	3,00	3,10	9,64
<i>Прямолинейный-агрессивный</i>	7,79	0,37	7,50	9,00	3,23	10,42
<i>Недоверчивый-скептический</i>	8,44	0,46	8,50	12,00	4,06	16,51
<i>Покорный-застенчивый</i>	8,83	0,39	8,50	7,00	3,46	11,98
<i>Зависимый-послушный</i>	7,47	0,35	7,50	5,00	3,12	9,73
<i>Сотрудничающий- конвенциональный</i>	8,36	0,40	8,00	8,00	3,49	12,21
<i>Ответственный- великодушный</i>	9,51	0,41	10,00	11,00	3,63	13,16

	Экссесс	Асимметричность	Интервал	Минимум	Максимум
<i>Властный-лидирующий</i>	-0,79	-0,11	15,00	1,00	16,00
<i>Независимый-доминирующий</i>	-0,79	0,19	12,00	1,00	13,00
<i>Прямолинейный-агрессивный</i>	-0,75	0,04	13,00	1,00	14,00
<i>Недоверчивый-скептический</i>	-1,34	-0,12	15,00	1,00	16,00
<i>Покорный-застенчивый</i>	-0,59	0,37	13,00	3,00	16,00
<i>Зависимый-послушный</i>	-0,61	0,35	13,00	2,00	15,00
<i>Сотрудничающий- конвенциональный</i>	0,10	0,15	16,00	0,00	16,00
<i>Ответственный- великодушный</i>	-0,81	-0,19	15,00	1,00	16,00

**Результаты описательной статистики группы женщин с эндометриозом  
по методике «Социально-психологическая адаптация»**

	Среднее	Стандартная ошибка	Медиана	Мода	Стандартное отклонение	Дисперсия выборки
<i>Адаптация</i>	55,30	1,43	57,00	57,00	9,71	94,35
<i>Самопринятие</i>	59,04	2,04	61,50	63,00	13,82	190,98
<i>Принятие других</i>	56,98	1,95	58,00	69,00	13,24	175,40
<i>Эмоциональный комфорт</i>	49,00	1,98	50,00	42,00	13,45	180,93
<i>Интернальность</i>	58,28	1,11	58,00	60,00	7,55	56,96
<i>Стремление к доминированию</i>	49,00	1,97	49,50	47,00	13,35	178,36
<i>Уход от проблем</i>	17,39	0,72	17,00	14,00	4,89	23,89



	Экссесс	Асимметричность	Интервал	Минимум	Максимум
<i>Адаптация</i>	-0,21	-0,31	42,00	32,00	74,00
<i>Самопринятие</i>	0,47	-0,76	59,00	21,00	80,00
<i>Принятие других</i>	-0,06	-0,70	56,00	23,00	79,00
<i>Эмоциональный комфорт</i>	-0,66	-0,11	54,00	20,00	74,00
<i>Интернальность</i>	-0,79	0,25	28,00	46,00	74,00
<i>Стремление к доминированию</i>	-0,55	-0,19	54,00	20,00	74,00
<i>Уход от проблем</i>	0,16	0,44	21,00	9,00	30,00

### Определение нормальности распределения по критерию Колмогорова-Смирнова группы с эндометриозом

	N	max D	K-S
<i>Ранговый индекс боли</i>	78	0,158316	p < ,05
<i>Число слов</i>	78	0,28891	p < ,01
<i>Сенсорная</i>	78	0,311637	p < ,01
<i>Аффективная</i>	78	0,419107	p < ,01
<i>Индекс боли</i>	78	0,131545	p < ,15
<i>Тревога</i>	78	0,096412	p > .20
<i>Депрессия</i>	78	0,108404	p > .20
<i>Властно-лидирующий</i>	78	0,127621	p < ,20
<i>Независимый-доминирующий</i>	78	0,112122	p > .20
<i>Прямолинейно-агрессивный</i>	78	0,09723	p > .20
<b><i>Недоверчивый-скептический</i></b>	<b>78</b>	<b>0,155961</b>	<b>p &lt; ,05</b>
<i>Покорно-застенчивый</i>	78	0,137693	p < ,15
<b><i>Зависимый-послушный</i></b>	<b>78</b>	<b>0,17076</b>	<b>p &lt; ,05</b>
<i>Сотрудничающий</i>	78	0,143481	p < ,10
<i>Ответственный</i>	78	0,094965	p > .20
<i>Адаптация</i>	46	0,105989	p > .20
<i>Самопринятие</i>	46	0,114548	p > .20
<i>Принятие других</i>	46	0,110114	p > .20
<i>Эмоциональный комфорт</i>	46	0,078529	p > .20
<i>Интернальность</i>	46	0,081238	p > .20
<i>Стремление к доминированию</i>	46	0,074248	p > .20
<i>Уход от проблем</i>	46	0,097123	p > .20

**Определение нормальности распределения по критерию Колмогорова-Смирнова группы гинекологически здоровой группы (условно)**

	N	max D	K-S
<i>Тревога</i>	48	0,108166	p > .20
<b><i>Депрессия</i></b>	<b>48</b>	<b>0,153582</b>	<b>p &gt; .20</b>
<b><i>Властно-лидирующий</i></b>	<b>48</b>	<b>0,155165</b>	<b>p &lt; ,20</b>
<i>Независимый-доминирующий</i>	48	0,106896	p > .20
<b><i>Прямолинейно-агрессивный</i></b>	<b>48</b>	<b>0,137484</b>	<b>p &gt; .20</b>
<i>Недоверчивый-скептический</i>	48	0,096112	p > .20
<b><i>Покорно-застенчивый</i></b>	<b>48</b>	<b>0,149631</b>	<b>p &gt; .20</b>
<b><i>Зависимый-популярный</i></b>	<b>48</b>	<b>0,159540</b>	<b>p &lt; ,20</b>
<b><i>Сотрудничающий</i></b>	<b>48</b>	<b>0,142188</b>	<b>p &gt; .20</b>
<i>Ответственный</i>	48	0,119053	p > .20
<i>Индекс лидерства</i>	48	0,093883	p > .20
<b><i>Индекс доброжелательности</i></b>	<b>48</b>	<b>0,129130</b>	<b>p &gt; .20</b>
<i>Адаптация</i>	30	0,101053	p > .20
<i>Самопринятие</i>	30	0,065370	p > .20
<i>Принятие других</i>	30	0,081224	p > .20
<i>Эмоциональный комфорт</i>	30	0,134306	p > .20
<i>Интернальность</i>	30	0,149614	p > .20
<i>Стремление к доминированию</i>	30	0,139879	p > .20
<i>Уход от проблем</i>	30	0,142126	p > .20

**Сравнительный анализ группы женщин с эндометриозом и  
гинекологически здоровых женщин (условно)**

	Э	З	t-value	df	p	Valid N	Valid N	Std.Dev.	Std.Dev.	F-ratio	p
<i>Тревога</i>	9,85	9,04	0,91	94,00	0,36	48,00	48,00	4,58	4,16	1,21	0,51
<b><i>Депрессия</i></b>	<b>7,85</b>	<b>5,54</b>	<b>2,91</b>	<b>94,00</b>	<b>0,00</b>	<b>48,00</b>	<b>48,00</b>	<b>3,89</b>	<b>3,90</b>	<b>1,01</b>	<b>0,98</b>
<i>Властно-лидирующий</i>	7,69	8,00	-0,38	94,00	0,71	48,00	48,00	3,75	4,38	1,36	0,29
<i>Независимый-доминирующий</i>	6,15	6,25	-0,19	94,00	0,85	48,00	48,00	3,09	2,30	1,80	0,05
<i>Прямолинейно-агрессивный</i>	7,79	8,10	-0,49	94,00	0,63	48,00	48,00	3,27	3,02	1,17	0,59
<b><i>Недоверчивый-скептический</i></b>	<b>8,81</b>	<b>7,23</b>	<b>2,00</b>	<b>94,00</b>	<b>0,05</b>	<b>48,00</b>	<b>48,00</b>	<b>4,06</b>	<b>3,70</b>	<b>1,21</b>	<b>0,52</b>
<i>Покорно-застенчивый</i>	8,54	7,60	1,27	94,00	0,21	48,00	48,00	3,61	3,62	1,00	0,99
<i>Зависимый-послушный</i>	6,90	6,40	0,76	94,00	0,45	48,00	48,00	2,96	3,44	1,35	0,31
<i>Сотрудничающий-конвенциональный</i>	7,79	8,00	-0,29	94,00	0,77	48,00	48,00	3,53	3,53	1,00	1,00
<i>Ответственный-великодушный</i>	9,19	8,90	0,37	94,00	0,71	48,00	48,00	3,72	3,97	1,14	0,65

	Э	З	t-value	df	p	Valid N	Valid N	Std.Dev.	Std.Dev.	F-ratio	p
<b><i>Адаптация</i></b>	<b>52,63</b>	<b>58,73</b>	<b>-2,37</b>	<b>58,00</b>	<b>0,02</b>	<b>30,00</b>	<b>30,00</b>	<b>9,47</b>	<b>10,44</b>	<b>1,21</b>	<b>0,60</b>
<i>Самопринятие</i>	55,53	60,33	-1,32	58,00	0,19	30,00	30,00	14,76	13,26	1,24	0,57
<i>Принятие других</i>	53,63	60,10	-1,88	58,00	0,07	30,00	30,00	13,60	13,07	1,08	0,83
<i>Эмоциональный комфорт</i>	44,97	48,43	-1,03	58,00	0,31	30,00	30,00	12,82	13,28	1,07	0,85
<b><i>Интернальность</i></b>	<b>56,90</b>	<b>61,80</b>	<b>-2,31</b>	<b>58,00</b>	<b>0,02</b>	<b>30,00</b>	<b>30,00</b>	<b>6,98</b>	<b>9,26</b>	<b>1,76</b>	<b>0,13</b>
<i>Стремление к доминированию</i>	48,50	51,30	-0,78	58,00	0,44	30,00	30,00	13,88	13,78	1,02	0,97
<b><i>Уход от проблем</i></b>	<b>17,97</b>	<b>15,13</b>	<b>2,51</b>	<b>58,00</b>	<b>0,01</b>	<b>30,00</b>	<b>30,00</b>	<b>4,18</b>	<b>4,55</b>	<b>1,18</b>	<b>0,65</b>

**Сравнительный анализ группы женщин с эндометриозом с разной продолжительностью течения заболевания по методике «Диагностика межличностных отношений» (ДМО)**

	более 3 лет	менее 3 лет	t-value	df	p	Valid N	Valid N	Std.D ev.	Std.De v.	F-ratio	p
<i>Властно-лидирующий</i>	8,32	7,44	0,89	60,00	0,38	31,00	31,00	3,35	3,61	1,16	0,72
<i>Независимый-доминирующий</i>	6,52	6,24	0,31	60,00	0,76	31,00	31,00	3,54	2,91	1,48	0,34
<i>Прямолинейно-агрессивный</i>	7,92	8,16	-0,28	60,00	0,78	31,00	31,00	3,16	2,82	1,25	0,58
<b><i>Недоверчивый-скептический</i></b>	<b>6,73</b>	<b>10,18</b>	<b>2,12</b>	<b>60,00</b>	<b>0,05</b>	<b>31,00</b>	<b>31,00</b>	<b>4,05</b>	<b>3,58</b>	<b>1,28</b>	<b>0,71</b>
<b><i>Покорно-застенчивый</i></b>	<b>7,72</b>	<b>9,64</b>	<b>-2,22</b>	<b>60,00</b>	<b>0,03</b>	<b>31,00</b>	<b>31,00</b>	<b>2,95</b>	<b>3,16</b>	<b>1,15</b>	<b>0,74</b>
<i>Зависимый-послушный</i>	7,28	8,08	-0,88	60,00	0,39	31,00	31,00	3,01	3,44	1,31	0,52
<i>Сотрудничающий-конвенциональный</i>	8,64	8,20	0,43	60,00	0,67	31,00	31,00	3,40	3,76	1,22	0,62
<i>Ответственный-великодушный</i>	8,32	9,72	-1,46	60,00	0,15	31,00	31,00	3,08	3,69	1,44	0,38

**Дисперсионный анализ женщин с эндометриозом при слабой, умеренной и сильной боли по методикам «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и «Диагностика межличностных отношений» (ДМО)**

	SS - Effect	df - Effect	MS - Effect	SS - Error	df - Error	MS - Error	F	p
<i>Тревога</i>	32,15	2,00	16,08	1474,24	79,00	18,66	0,86	0,43
<b><i>Депрессия</i></b>	<b>89,39</b>	<b>2,00</b>	<b>44,70</b>	<b>1003,11</b>	<b>79,00</b>	<b>12,70</b>	<b>3,52</b>	<b>0,03</b>
<i>Властно-лидирующий</i>	42,86	2,00	21,43	1080,08	79,00	13,67	1,57	0,21
<i>Независимый-доминирующий</i>	42,14	2,00	21,07	724,11	79,00	9,17	2,30	0,11
<b><i>Прямолинейно-агрессивный</i></b>	<b>122,30</b>	<b>2,00</b>	<b>61,15</b>	<b>743,17</b>	<b>79,00</b>	<b>9,41</b>	<b>6,50</b>	<b>0,00</b>
<b><i>Недоверчивый-скептический</i></b>	<b>127,50</b>	<b>2,00</b>	<b>63,75</b>	<b>1190,99</b>	<b>79,00</b>	<b>15,08</b>	<b>4,23</b>	<b>0,02</b>
<b><i>Покорно-застенчивый</i></b>	<b>87,40</b>	<b>2,00</b>	<b>43,70</b>	<b>912,56</b>	<b>79,00</b>	<b>11,55</b>	<b>3,78</b>	<b>0,03</b>
<i>Зависимый-послушный</i>	48,89	2,00	24,44	756,14	79,00	9,57	2,55	0,08
<i>Сотрудничающий-конвенциональный</i>	24,00	2,00	12,00	1006,39	79,00	12,74	0,94	0,39
<i>Ответственный-великодушный</i>	62,05	2,00	31,02	1028,50	79,00	13,02	2,38	0,10

**Дисперсионный анализ женщин с эндометриозом при слабой, умеренной и сильной боли по методике «Социально-психологическая адаптация»**

	SS - Effect	df - Effect	MS - Effect	SS - Error	df - Error	MS - Error	F	p
<i>Адаптация</i>	354,05	2,00	177,03	3891,69	43,00	90,50	1,96	0,15
<i>Самопринятие</i>	641,53	2,00	320,77	7952,38	43,00	184,94	1,73	0,19
<i>Принятие других</i>	231,85	2,00	115,92	7661,13	43,00	178,17	0,65	0,53
<i>Эмоциональный комфорт</i>	419,58	2,00	209,79	7722,42	43,00	179,59	1,17	0,32
<b><i>Интернальность</i></b>	<b>366,89</b>	<b>2,00</b>	<b>183,44</b>	<b>2196,44</b>	<b>43,00</b>	<b>51,08</b>	<b>3,59</b>	<b>0,04</b>
<b><i>Стремление к доминированию</i></b>	<b>1144,14</b>	<b>2,00</b>	<b>572,07</b>	<b>6881,86</b>	<b>43,00</b>	<b>160,04</b>	<b>3,57</b>	<b>0,04</b>
<i>Уход от проблем</i>	59,66	2,00	29,83	1015,30	43,00	23,61	1,26	0,29

**Корреляционный анализ эмоционально-личностных особенностей женщин с эндометриозом и показателей болевых шкал по методикам «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и «Диагностика межличностных отношений» (ДМО)**

	Mean	Std.D	Ранговый индекс боли	Число слов	Сенсорная	Аффективная	Эвалюативная шкала	Индекс боли
<b><i>Тревога</i></b>	9,65	4,34	<b>0,27</b>	0,20	0,16	<b>0,25</b>	0,09	0,01
<b><i>Депрессия</i></b>	7,40	3,71	<b>0,30</b>	0,20	0,14	<b>0,32</b>	<b>0,32</b>	<b>0,26</b>
<i>Властно-лидирующий</i>	7,87	3,70	0,07	0,15	0,17	0,07	0,06	0,09
<i>Независимый-доминирующий</i>	6,29	3,10	-0,01	0,07	0,08	0,03	-0,06	-0,03
<b><i>Прямолинейно-агрессивный</i></b>	7,79	3,23	0,15	<b>0,22</b>	0,21	<b>0,23</b>	0,22	<b>0,25</b>
<b><i>Недоверчивый-скептический</i></b>	8,44	4,06	<b>0,37</b>	<b>0,38</b>	<b>0,35</b>	<b>0,40</b>	<b>0,25</b>	<b>0,23</b>
<b><i>Покорно-застенчивый</i></b>	8,83	3,46	<b>0,24</b>	0,16	0,12	<b>0,22</b>	0,21	0,16
<i>Зависимый-послушный</i>	7,47	3,12	0,20	0,21	0,21	0,16	0,21	0,07
<i>Сотрудничающий</i>	8,36	3,49	0,03	0,08	0,10	0,01	-0,02	-0,09
<i>Ответственный</i>	9,51	3,63	0,10	0,12	0,13	0,08	0,09	0,08

**Корреляционный анализ эмоционально-личностных особенностей  
женщин с эндометриозом и показателей болевых шкал по методике  
«Социально-психологическая адаптация»**

	Mea ns	Std.D ev.	Адапта- ция	Самопри- нятие	Приня- тие других	Эмоциональ- ный комфорт	Интернальн -ость	Стремление к доминирова- нию	Уход от проблем
<i>Ранговый индекс боли</i>	40,6 7	14,94	<b>-0,41</b>	<b>-0,38</b>	<b>-0,33</b>	<b>-0,33</b>	<b>-0,35</b>	-0,01	0,21
<i>Число слов</i>	16,9 6	4,87	<b>-0,30</b>	-0,27	-0,22	-0,25	-0,28	0,07	0,26
<i>Сенсорная</i>	10,6 3	3,65	-0,24	-0,22	-0,18	-0,19	-0,25	0,11	0,28
<i>Аффектив- ная</i>	5,35	1,42	<b>-0,38</b>	<b>-0,35</b>	-0,29	<b>-0,35</b>	-0,29	-0,01	0,17
<i>Эвалюатив- ная</i>	2,91	1,09	0,18	0,12	0,10	0,12	0,27	0,22	-0,11
<i>Индекс боли</i>	6,41	2,18	0,12	0,12	0,08	0,04	0,17	0,13	-0,05

**Корреляционный анализ эмоционально-личностных особенностей  
женщин с эндометриозом со слабой болью и болевых шкал по методикам  
HADS и ДМО**

	Mea ns	Std.D ev.	Ранговый индекс боли	Число слов	Сенсор ная	Аффекти вная	Эвалюативная шкала	Индекс боли
<i>Тревога</i>	9,03	3,99	<b>0,45</b>	<b>0,45</b>	<b>0,41</b>	<b>0,45</b>	0,00	-0,03
<i>Депрессия</i>	6,14	3,22	<b>0,41</b>	<b>0,40</b>	0,35	<b>0,45</b>	0,16	0,23
<i>Властно-лидирующий</i>	7,14	3,11	-0,18	-0,06	-0,07	-0,03	-0,16	-0,18
<i>Независимый- доминирующий</i>	6,21	3,23	-0,15	-0,05	-0,06	-0,02	0,06	-0,06
<i>Прямолинейно- агрессивный</i>	6,41	2,32	0,08	0,16	0,13	0,22	-0,12	-0,14
<i>Недоверчивый- скептический</i>	7,10	3,96	<b>0,45</b>	<b>0,51</b>	<b>0,44</b>	<b>0,57</b>	0,08	0,10
<i>Покорно-застенчивый</i>	8,59	3,51	0,33	0,28	0,25	0,31	0,10	0,27
<i>Зависимый-послушный</i>	7,24	2,92	0,34	0,33	0,36	0,23	-0,06	-0,06
<i>Сотрудничающий- конвенциональный</i>	8,90	3,38	0,30	0,28	0,34	0,12	-0,10	-0,19
<i>Ответственный- великодушный</i>	9,45	3,52	0,18	0,20	0,25	0,07	-0,31	-0,24

**Корреляционный анализ эмоционально-личностных особенностей  
женщин с эндометриозом со сильной болью и болевых шкал по  
методикам HADS и ДМО**

	Mean	Std.D	Ранговый	Число	Сенсор	Аффекти	Эвалюативная	Индекс
	ns	ev.	индекс боли	слов	-ная	-вная	шкала	боли
<i>Тревога</i>	10,00	5,48	0,15	-0,24	-0,24	-0,09	0,04	-0,32
<i>Депрессия</i>	8,62	4,28	0,03	-0,32	-0,35	0,01	0,31	0,10
<i>Властно-лидирующий</i>	8,10	4,00	-0,02	0,27	0,29	-0,03	-0,17	-0,12
<i>Независимый-доминирующий</i>	5,62	2,75	0,03	0,35	0,36	0,14	0,02	0,01
<i>Прямолинейно-агрессивный</i>	8,10	3,63	-0,15	0,18	0,19	0,01	0,17	0,16
<i>Недоверчивый-скептический</i>	9,05	4,44	0,16	0,12	0,14	-0,07	0,41	0,14
<b><i>Покорно-застенчивый</i></b>	10,24	3,24	0,42	0,12	0,08	<b>0,49</b>	0,21	0,24
<b><i>Зависимый-послушный</i></b>	8,43	3,06	0,28	0,38	0,35	<b>0,48</b>	<b>0,62</b>	<b>0,46</b>
<b><i>Сотрудничающий-конвенциональный</i></b>	8,52	3,01	-0,02	0,12	0,10	0,22	0,40	<b>0,48</b>
<i>Ответственный-великодушный</i>	10,38	3,65	0,08	-0,12	-0,15	0,17	0,26	0,43