

СТАТЬИ

УДК 159.9:616-05

**ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН,
СТРАДАЮЩИХ ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ****Маленьких Г.А.***ООО «ПЕАН», Екатеринбург, e-mail: malga74@bk.ru*

Поведение – определённый сложившийся образ взаимодействия с окружающей средой, оно имеет огромное приспособительное значение. В разных условиях у одного и того же человека, может быть разное поведение. На поведение влияют внешние и внутренние факторы. Работая с женщинами, появились наблюдения, что женщины, например, с гинекологическими заболеваниями имеют особенности в поведенческих реакциях. Приспосабливаясь к состоянию болезни, поведенческое реагирование разных женщин, становится похожим. Поведение женщин, страдающих лейомиомой, отличалось от поведения здоровых женщин (без лейомиомы). В медицинской психологии в настоящее время все больше исследований посвящено роли психосексуальной сферы в возникновении, развитии и лечении разных гинекологических заболеваний женщин. Поведенческие и сексуальные расстройства не могут быть целиком приписаны любым другим психическим и поведенческим нарушениям, что исключает возможность диагностики сексуальной патологии как самостоятельного психического и поведенческого расстройства у пациенток, если не исключается возможность объяснения имеющихся сексуальных нарушений иными психическими и поведенческими нарушениями. Учитывая достаточно высокую распространенность в выборках женщин с гинекологическими заболеваниями поведенческих нарушений, еще более актуализирует настоящее исследование. В данном исследовании приняла участие 101 женщина, страдающая лейомиомой матки и 51 здоровая женщина.

Ключевые слова: особенности поведения, сексуальные расстройства, лейомиома, миома, фибромиома матки, женщины, страдающие лейомиомой матки

**PECULIARITIES OF BEHAVIOR OF WOMEN AFFECTING
LEIOMYOMA UTERINE****Malenkikh G.A.***LLC Medical Center «PEAN», Yekaterinburg, e-mail: malga74@bk.ru*

Behavior is a certain established way of interacting with the environment; it has great adaptive value. In different conditions, the same person may have different behaviors. Behavior is influenced by external and internal factors. When working with women, observations appeared that women, for example with gynecological diseases, have features in behavioral reactions. Adapting to the state of the disease, the behavioral response of different women becomes similar. The behavior of a woman suffering from leiomyoma was different from the behavior of healthy women (without leiomyoma). In medical psychology, at present, more and more research is devoted to the role of the psychosexual sphere in the emergence, development, and treatment of various gynecological diseases of women. Behavioral and sexual disorders cannot be completely attributed to any other mental and behavioral disorders, which excludes the possibility of diagnosing sexual pathology as an independent mental and behavioral disorder in patients, unless the possibility of explaining existing sexual disorders with other mental and behavioral disorders is ruled out. Given the rather high prevalence of behavioral disorders in the samples of women with gynecological diseases, this study is even more relevant. This study involved 101 women suffering from uterine leiomyoma and 51 healthy women.

Keywords: behavioral features, sexual disorders, leiomyoma, fibroids, uterine fibroids, women suffering from uterine leiomyoma

ЛМ (фибромиома, миома) – гиперпластический процесс матки, гинекологическое заболевание женщин с частотой оперативного вмешательства 50–60% [1], при этом в четверти случаев с потерей репродуктивной функции женщины [1, 2]. В современном мире это заболевание не выявляется лишь у двух третей женщин и выявляется у четверти женщин детородного возраста [3, 4]. Эволюция данного заболевания, имеет тревожный характер. Если в конце прошлого столетия лейомиомой страдали женщины в возрасте от 40 до 42 лет [5], то в начале нашего столетия, лейомиомой страдают женщины

чаще в возрасте 32–33 лет [4], а при операциях на матке обнаруживается 77% заболеваемости [3, 6], а существующая проблема в нашей стране, проблема сниженной первичной диагностики лейомиомы, предполагает более высокую частоту заболеваемости лейомиомой [7]. Этиология лейомиомы до сегодняшнего дня точно не изучена. Причины обращения за медицинской помощью женщин, страдающих лейомиомой в поздние сроки разные. Заболевание часто диагностируется случайно, на медицинских осмотрах и консультациях гинекологом, а также при ультразвуковой диагностике [4]. При этом ранняя диагностика, явля-

ется существенной медицинской проблемой, а все виды профилактики находятся в пределах лишь динамического наблюдения женщин гинекологами. Изучение проблемы выявило немногочисленные исследования, указывающие на связь детородной функции женщин, страдающих лейомиомой и их сексуальной функцией с их личностными особенностями, психическим и сексуальным функционированием. Несмотря на распространенность среди контингента женщин с ЛМ психических расстройств и нарушений сексуального функционирования, многие авторы отмечают сексуальное функционирование, важным интегральным показателем женского здоровья [8–10]. Поиск современных доказательств влияния психологических и психосоциальных и психосексуальных особенностей на риск развития, течение и исходы ЛМ с особым вниманием к сексуальному функционированию женщин, привел к изучению проблемы по значимым и актуальным 78 русскоязычным и 45 зарубежным научным источникам (поиск в электронных базах Федеральной электронной медицинской библиотеки МЗ РФ, и PubMed / Medline (по обновленной к маю 2016 г.)), опубликованные за последнее десятилетие. В проведенном поиске была выявлена высокая заболеваемость психическими расстройствами среди женщин с гинекологической патологией, но это были смешанные по нозологии выборки, что оставляет вопрос о психической заболеваемости при лейомиоме открытым. Одновременно библиографический поиск выявил немногочисленные исследования, указывающие на связи репродуктивного и сексуального функционирования женщин с лейомиомой с их личностными особенностями, психическим и сексуальным функционированием. Обращает внимание недостаточное внимание исследователей к сексуальному функционированию у больных ЛМ до начала заболевания, в период ее бессимптомного течения. Библиографический поиск обнаружил также существенный дефицит исследований психологических, поведенческих и психосоциальных факторов лейомиомы и коморбидной ей психической и сексуальной патологии, которые могли бы использоваться в поиске дополнительной диагностики, в программах ранней диагностики. Доказанные моменты могли бы выступать в роли психологических и психосоциальных диагностики и инструментом психотерапии.

С целью изучения влияния ЛМ на поведение и отношения женщин, страдающих данным заболеванием, было проведено настоящее исследование.

Материалы и методы исследования

В работе использовалось комплексное клинико-психологическое исследование, которое включало методы клинические, психодиагностические и статистические.

Клинические методы исследования: Необходимые клинические данные о гинекологическом здоровье женщин уточнялись в истории болезни женщин. ВУ исследование брались женщины с установленным диагнозом лейомиомы матки. У всех пациенток основной группы на момент исследования имелся данный диагноз.

Клинико-психиатрическое исследование проводилось с использованием клинического, анамнестического и психопатологического метода. В специально разработанное интервью, адресованное субъектам как основной, так и контрольной группы, вопросы включали в себя уточнения особенностей психического состояния, наличия до начала заболевания лейомиомой стрессогенных жизненных событий, особенностей семейной и сексуальной жизни. Заключение выразилось клиническим психиатрическим диагнозом в соответствии с критериями международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Методы психодиагностического исследования: психосоциальные особенности – изучались тестом Томаса «Определение способов регулирования конфликта», адаптирован Н.В. Гришиной; теста-опросника удовлетворенности браком В.В. Столина.

Психические расстройства устанавливались при беседе врачом с женщинами основной и контрольной группы, выявленные расстройства шифровались в соответствии с квалификационными требованиями Международной классификации болезней десятого пересмотра [8]. На вопросы тестов, дали ответ все 66 женщин, 33 женщины из которых имели диагноз лейомиомы матки. Все оформленные бланки тестов были признаны годными к анализу.

Результаты исследования и их обсуждение

В данном клиническом исследовании пациенток использовались, полуструктурированное интервью (взяты конституционально-биологические переменные), Тест Томаса «Определение способов регулирования конфликта»; теста-опросника удовлетворенности браком В.В. Столина. Так же проводилось РКИ и сравнение групп по конституционально-биологическим переменным, шкалам тестов показаны в табл. 1–3.

Таблица 1
Средние показатели групп сравнения ОГ (n = 33) и КГ (n = 33)

Группа сравнения	Возраст начала месячных	Возраст начала половой жизни	Возраст первого оргазма	Возраст наступления первой беременности	Вес.	Рост.	ИМТ
Основная	12,696 ± 0,432	18,666 ± 0,812	20,346 ± 1,492	21,551 ± 1,343	72,818 ± 6,080	163,272 ± 2,136	26,954 ± 2,280
Контрольная	13,060 ± 0,345	18,575 ± 0,788	20,066 ± 1,087	19,500 ± 2,714	67,242 ± 5,259	164,909 ± 2,254	24,030 ± 2,172
t	1,348	0,165	0,317	1,410	1,423	1,081	1,905
p	0,1	0,9	0,8	0,2	0,2	0,3	0,1

Примечание: t – критерий Стьюдента.

Таблица 2
Сравнение средних оценок по тесту Томаса в основной и контрольной группе (n = 66)

Шкалы	Группы сравнения	Тест Томаса		Критерий	p
		M	SD		
Избегание	ОГ	7,515	2,210	U = 422,5	>0,05
	КГ	6,606	2,076		
Компромисс	ОГ	6,970	1,811	t = 1,146	0,3
	КГ	7,485	1,840		
Приспособление	ОГ	5,576	2,398	U = 543,5	>0,05
	КГ	5,697	2,778		
Соперничество	ОГ	3,242	2,818	U = 450	>0,05
	КГ	4,121	2,998		
Сотрудничество	ОГ	6,667	1,744	t = 1,505	0,2
	КГ	6,0	1,854		

Примечание: M – среднее; SD – стандартное отклонение; t-критерий Стьюдента (для сравнения выборок с нормальным распределением); U – критерий Манна – Уитни.

Таблица 3
Средние оценки в сравнении по тесту Столина в ОГ и КГ (n = 66)

Шкалы	Группы сравнения	Тест удовлетворенности браком В.В. Столина		Критерий	p
		M	SD		
Общий балл	ОГ	20,576	8,825	U = 536,5	>0,05
	КГ	20,667	8,774		

Примечание: M – среднее; SD – стандартное отклонение; t-критерий Стьюдента (для сравнения выборок с нормальным распределением); U – критерий Манна – Уитни.

При сравнении данных показателей статистически значимых различий не выявлено (табл. 1).

В сравнении участвовали 66 женщин, из них половина – женщины, страдающие лейомиомой. Как показали результаты исследования, женщины страдающие лейомиомой и женщины без лейомиомы, значимых различий, по этим переменным и тестам, не имели ($p > 0,05$).

В исследовании по тесту Томаса (сравнительном) участвовало 66 женщин, из них 50% женщин, страдающих лейомиомой. В результате данного РКИ по средним оценкам теста «Определение способов регулирования конфликта» (Томаса), между группами основной (женщины, страдающие лейомиомой) и контрольной (здоровые женщины). По данному исследованию различий между здоровыми женщинами и женщинами, страдающими лейомиомами, выявлено не было ($p > 0,05$) (табл. 2).

В результате данного РКИ по средним оценкам обоих тестов, между группами основной (женщины, страдающие лейомиомой) и контрольной (здоровые женщины), ни одна из шкал данного теста не обнаружила значимых различий этих групп женщин ($p > 0,05$) (табл. 3).

Далее, ранее участвующие в сравнительном анализе женщин ОГ и КГ, для установления значимых корреляционных связей поведенческих особенностей этих женщин, были использованы в корреляционном анализе, с конституционально-биологическими переменными. Для всех шкал теста «Определение способов регулирования конфликта», кроме поведенческой характеристики в виде сотруднического поведения, связи с некоторыми переменными, были выявлены. С оценками теста «Определение способов регулирования конфликта» не было выявлено связей возрастных характеристик женщин с: началом половых контактов, появлением оргазмичности женщины (первого оргазма), на момент исследования и возраста наступления беременности (первой). Неожиданно определены связи (позитивные) наличия у женщин лейомиомы с поведением по принципу избегания; возраст начала месячных – положительные связи с оценками по поведенческому реагированию в компромиссах поведения; рост тела женщины – с оценками по реагированию в поведении по типу соперничество; и негативные связи возраста начала месячных – с оценками по поведенческому реагированию по типу приспособления; индекса массы тела – с оценками по поведенческому компромиссному и соперническому реагированию; массы

тела женщин – с оценками по поведенческому соперническому реагированию.

Полученные данные указывают на то, что женщины лейомиомой в конфликтных и кризисных ситуациях, чаще встают на путь поведенческого реагирования по типу избегания. Встретившись с ситуацией конфликта, стресса, конфликта интересов, или какого либо психологически кризисного состояния, женщины с лейомиомой как бы «сбегают, скрываются» от встречи с этой ситуацией или ситуациями. Уходят от ее решения, не достигая, а часто даже не имея своей цели. Не решив ситуацию «здесь и сейчас», на момент создавшейся проблемы, женщины с лейомиомой вынуждены будут к ней вернуться через некоторое время для того, чтобы все таки решить ее. Все это время они проживают с мыслями об этой ситуации, со своим эмоциональным реагированием, в состоянии дистресса и стресса. При этом усиливается тревожность и удлиняется период ожидания и проживания в конфликте. В межличностных отношениях, поведение по типу избегания приводит как бы с сглаживанию конфликта, то есть к снижению его эмоционального накала и реагирования, но в это время происходит накопление других полюсных эмоций, таких как обида, вина, и происходит их накопление. Длительность проживания в этих негативных эмоциях приводит к хронизации процесса и, возможно, переходу в диагностическую нозологическую группу других расстройств. Такое положение «терпеливой жертвы в побеге» приводит к соматизации, усилению тревожности и депрессивности, а конфликт не разрешается, более того, отношения в социуме и семье заходят в хроническую и эмоционально негативную форму сосуществования, а далее в эмоциональный и коммуникативный тупик общения.

Женщины, страдающие лейомиомой и имеющие более позднее начало месячных, в поведении не терпят и приспособляются, а приспособляются, меняя отношение к данному конфликту. Они не хотят приносить себя и свои интересы в жертвенную позицию и тем самым либо приспособляются, но не жертвуют, либо начинают отстаивать свои личностные границы.

Высокие женщины, страдающие лейомиомой, находясь в конфликтных ситуациях, принимают позицию конкурентную с другой стороной конфликта, отстаивая свои интересы, они старательно их защищают. Часто после отстаивания ощущают свою ущербность, но потом снова и снова отстаивают. Женщины с низкими характеристиками в росте, страдающие лейомио-

мой, в меньшей степени стремятся к конкуренции. У них недостаточно уверенности для отстаивания своих интересов, позиций, что приводит к тому, что они, уступая, проигрывают конфликт или спор.

Женщины, страдающие лейомиомой, ожирением разной степени и низким ростом, страдают от заниженной самооценки, они неуверенны, не способны защищать себя и отстаивать свои интересы, они избегают и даже боятся ссор, споров, конфликтов и разных конфронтаций, соперничества и борьбы.

Чем выше это соотношение роста и массы тела, тем ниже способность женщины вступать и находить компромисс, вступать в соперничество. Женщины, страдающие лейомиомой имеют предрасположенность к повышению массы тела, в то же время избыточная масса тела, является однозначным фактором риска развития лейомиомы.

Выводы

Исследование поведенческих особенностей с помощью теста «Определение способов регулирования конфликта» (Томаса), у женщин, страдающих лейомиомой в сравнении со здоровыми женщинами (контрольная группа), во всех критериях измерений (по тестам) не проявляли разницы при сравнительном анализе средних конституциональных и биологических переменных.

Таким образом, поведенческих особенностей женщин с ЛМ выявлено (по тесту Томаса и В.В. Столина) не было, но выявлены корреляционные связи с конституционально-биологическими переменными.

Список литературы

1. Ryan G.L., Syrop C.H., Van Voorhis B.J. The role of epidemiology and natural history of benign uterine mass destruction. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2015. V. 48. P. 312–324.
2. Сапаргалиева А.Д., Манасова И.К., Искакова Э.Е., Ефименко И.Г. Миома матки вопросы эпидемиологии, диагностики и особенностей течения // *Вестник КазНМУ.* 2013. № 3 (2). С. 15–18.
3. Igarashi M., Saito H., Morioka Y., Oiji A., Nadaoka T., Kashiwakura M. Stress vulnerability and climacteric symptoms: life events, coping behavior, and severity of symptoms. *Gynecol. Obstet. Invest.* 2000. Vol. 49. N 3. P. 170–178.
4. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 786 с.
5. Louie A.R., Armstrong J.A. Findeiss L.K., Goodwin S.C. Comparison of Sexual Dysfunction Using the Female Sexual Function Index following Surgical Treatments for Uterine Fibroids. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology.* 2012. Article ID 368136. 6 p.
6. Маленьких Г.А. Поведенческое реагирование женщин с лейомиомой в конфликтных ситуациях, в зависимости от коморбидной сексологии // *Современные проблемы науки и образования.* 2016. № 3. [Электронный ресурс]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24738> (дата обращения: 21.09.2019).
7. Taylor D.K., Holthouser K., Segars J.H., Leppert P.C. Recent scientific advances in leiomyoma (uterine fibroids) research facilitates better understanding and management. *F1000Research*, 2015; 4(F1000 Faculty Rev):183.
8. Ziolkiewicz A., Wichary S., Bochenek D., Pawlowski B., Jasienska G. Temperament and ovarian reproductive hormones in women: evidence from a study during the entire menstrual cycle. *Horm. Behav.* 2012. Vol. 61 (4). P. 535–540.
9. Потемкина Е.А. Особенности медико-психологических характеристик и симптоматика непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2012. 25 с.
10. Jonason P.K., Cetrulo J.F., Jesse O. Avoiding the wash: extraversion provides a net fitness gain. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology.* 2011. Vol. 5 (2). P. 146–154.