

*Психологические науки***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ИНФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН, В РАКУРСЕ
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМАТИКИ**

Ермошенко Б.Г., Крутова В.А., Фоменко Г.Ю.

*Кубанский государственный медицинский**университет, Базовая акушерско-**гинекологическая клиника**Краснодар, Россия*

Бесплодный брак в первую очередь фрустрирует человека в любви и продолжении рода. Женское бесплодие является особо эмоционально значимым, поскольку социальная роль женщины неразрывно связана с материнством. В психологическом плане бесплодие угрожает также целостности личности и актуализирует проблемы личностной идентичности, прежде всего, со стороны «нарушения самостоимости» и телесного образа». Чувства личной дефектности, потери сексуальной привлекательности и «социальной незаконченности» и неполноценности часто сопровождают этот диагноз. В связи с этим бесплодие, как медицинская и одновременно психологическая проблема, требует комплексного подхода к ее решению с изучением не только клинических аспектов заболевания, но и психологического состояния, семейной ситуации и социальной адаптации бесплодных пациентов.

Переосмысливая теоретические посылы и исследовательскую фактологию в рамках формирующегося нового направления психологии – психологии человеческого бытия, можно высказать предположение, что устойчивость и трудность преодоления инфертильного состояния заключена в феноменах сложной взаимосвязи и взаимовлияния особенностей личностного бытия пациентов и специфики их организмичности. Вероятно, в случае идеопатического бесплодия мы можем рассматривать факт бесплодия как звено в цепи сложных взаимных влияний модуса бытия личности на внутриличностную проблематику и особенности организмических проявлений. В свете сказанного целесообразно рассмотреть данную проблему в следующем ракурсе: *комплексный подход – рассмотрение бесплодия в плане психосоматического заболевания и психогении*, особенно в случаях необъяснимого бесплодия - обращение к *внутренней картине болезни (ВКБ)*, последовательно разрабатываемом в отечественной психологии – изучение *специфики способов существования пациентов до возникновения заболевания и после его диагностирования*.

Как известно, особую значимость в анализе ВКБ приобретает переживание факта болезни самим больным, которое часто выступает в качестве ведущей причины последующих изменений социально-психологического статуса и во многом

может определять лечебный и реабилитационный потенциал. Это позволяет продуктивно рассматривать психологию пациентов не только как *субъекта болезни*, но и как *субъекта лечебного процесса*, участвующего в нём, переживающего и влияющего на его эффективность. Но не надо забывать, что пациент является *субъектом жизни* в целом.

Согласно нашим исследованиям, за всеми возможными индивидуальными вариациями реагирования просматриваются два основных предпоставляемых способа существования в условиях психотравмирующих аспектов реальности. Один из них мы назвали «экстремальным» – в плане поглощённости негативными аспектами происходящего и невозможности выйти за пределы наличных обстоятельств. В его рамках мы имеем различного рода непродуктивные, а часто ущербные типы жизнедеятельности. Второй, оппозиционный первому, назван нами «предельным», поскольку здесь наблюдается стремление преобразовать имеющиеся ограничения в пространство внутренней свободы, трансцендировать проблему применительно к жизни в целом и взять на себя ответственность за происходящее. Этот способ существования способствует продуктивному преодолению возникающих проблемных ситуаций.

В зависимости от выбранного способа существования коренным образом будет различаться *качество жизни* пациентов в случае одинакового соматического диагноза и одного и того же медицинского прогноза. Способ существования является сложной психологической категорией, однако в практических целях удобно его анализировать через выделение и анализ ценностно-смысловых личностных противоречий в различных жизненных сферах. Анализ этих противоречий позволяет выявить проблемные моменты, требующие психокоррекционного вмешательства и определить направления работы с психологом. Нами обследовано 125 больных с первичной и вторичной формами бесплодия по методике «незаконченные предложения», модифицированной нами применительно к данной категории больных, полученные данные по которой уточнялись в процессе беседы. Было выявлено, что преобладающее количество пациенток – 86,4% (n=108) предпочитают «экстремальный» способ существования и только 13,6% (n=17) – «предельный». Указанные способы существования не являются строго фиксированными, возможны их флуктуации и взаимопереходы, что будет влиять на качество жизни этих пациентов.

Рассмотрим в синтетическом виде особенности личностной бытийности пациентов, предпочитающих *предельный способ существования*. Женщины воспринимают сообщение о своём бесплодии, как выпавшее им испытание,

являющееся совместной семейной проблемой и пытаются убедить себя в его преходящем характере ввиду возможной преодолемости. В то же время уже на первой стадии заболевания ими рассматривается широкий спектр вариантов решения этой проблемы при невозможности самостоятельно родить ребёнка: ЭКО, усыновление, способы организации и упрочения семьи в случае невозможности иметь ребёнка, реализация себя в иных жизненных сферах. Одновременно эти женщины пытаются осмыслить это сообщение в рамках своей судьбы в целом и женской судьбы, в частности. Задумываются о своей ответственности за существующее положение дел, упрекают себя, прежде всего за халатное отношение к своему здоровью и несвоевременное начало лечения. При этом достаточно быстро отдают себе отчёт в том, что несвоевременное начало лечения, также иные причины в прошлой жизни, были их собственным решением, а следовательно, они сами ответственные за то, что ранее ребёнок не вписывался в их жизненные планы (например, считала возможным иметь ребёнка только в случае «узаконенных» отношений, а также различного рода социально-экономические моменты). Кроме того, чувство ответственности распространяется как на прошлое, так на настоящее и будущее, является выстраданным, эмоциональным, а не просто внешне декларируемым рациональным решением. Центральным звеном решения проблемы видят самих себя, мобилизуют свои эмоционально – волевые, интеллектуальные ресурсы. Их убеждённость в благополучном исходе решения проблемы подпитывается широким спектром достижений всего предшествующего жизненного периода, умением преодолевать возникающие трудности. При этом любопытно, что настоящая ситуация не расценивается как безнадежная и трагическая. Для них характерно чувство состоявшейся жизни и ощущение счастья, которое не может поколебать данное сообщение и необходимо возможно длительного лечения. При этом оптимизм сочетается с трезвой, реалистичной оценкой ситуации на фоне значительных эмоциональных переживаний. Проблема рождения ребёнка для этой категории пациентов является приоритетной, но не сверхценной. Она не ограничивает их социальную активность, не сказывается отрицательно на семейной жизни, взаимоотношениях с близкими, на карьерных устремлениях. Они не отмечают негативного влияния данного обстоятельства на их характер, а в ряде случаев указывают только на положительное воздействие: *«После того, как я заболела, мой характер стал более твёрдым и настойчивым»*. В прошлом эти пациентки ничего не хотят изменить, хотя иногда хотели бы забыть о допущенных ошибках. Дорожат своим настоящим. Отмечается гармония в семейных отношениях, восприятие мужа как заботливого, любящего, понимающего. Выявляются также гармоничные отношения в родительской семье, добрые отношения с деть-

ми знакомых. Эта категория пациенток способна к значительной самоотдаче, они социально активны, не замыкаются на своих проблемах и стремятся помочь окружающим.

Анализ рассмотренного материала позволяет выделить основания, по которым можно судить о том, что женщина предпочла предельный способ существования в условиях диагностирования бесплодия: - воспринимает ситуацию на уровне экзистенциальных противоречий и их заострения. При этом отмечается попытка выйти за пределы наличного существования, трансцендируя проблему; - умение продуктивно разрешать возникающие противоречия в различных жизненных сферах; - согласованность бытийных пространств, отвечающая субъективным представлениям личности об их приоритетности и соподчинённости; субъектная позиция, согласующаяся с характеристиками истинной субъектности, действенная активность, адекватная сущностным характеристикам личности, а также содержанию и сути актуальной проблемы; - стремление и умение превратить внешние ограничения в пространство внутренней свободы; - гибкое самоопределение в рамках дихотомий «жизнь – смерть», свобода – детерминизм»; - модус служения.

В характеристике группы пациентов с *экстремальным способом существования* на первый план выступают многочисленные противоречия в различных жизненных сферах. Причём пациентки не вычленяют и не воспринимают их как проблему и оказываются неспособными к их продуктивному разрешению. С одной стороны, выявляется отвержение самого факта наличия болезни, с другой – постоянные ссылки на заболевание как основу тех или иных жизненных ограничений, неудач, неприятностей и невезения. Семейные отношения конфликтны давно и хронически, хотя сами пациентки субъективно связывают начало семейного разлада с фактом своего заболевания. Они не видят себя в качестве психологической причины семейных деструкций, перекладывая всю вину на мужа. Считают, что для укрепления семьи и оптимизации семейной атмосферы необходимо воздействовать именно на супруга. По мнению этих пациенток, бесплодие стало причиной изменения характера и эмоционального фона. В то же время, практически все эти женщины отвергают необходимость получения квалифицированной психологической помощи. Отмечается также разлад в сфере профессиональных отношений, впечатление неудачно выбранной профессиональной ниши, неумение наладить продуктивные отношения с коллегами и руководством. Пациенты этой группы, как правило, эгоцентричны и считают, что именно окружающие должны подстраиваться под них, подчиняться их желаниям и указаниям. Данная категория пациентов не отличается верой в себя, а скорее, в чудо, Бога, счастливые стечения обстоятельств. Для многих больных характерна переоценка себя, перфекционизм,

подчёркивание своей исключительности и индивидуальности. Суждения по типу: «всё – или ничего»; «чёрное или белое», нежелание и неумение видеть жизнь во всей многогранности с полукнами, сложностями и противоречиями. При этом любые неудачи, невезение, неприятности приводят к крайностям в эмоциональных способах реагирования. Заявляя, что рождение ребёнка является наиболее актуальной и острой проблемой, тем не менее, приоритеты жизненных ценностей, как в беседе, так и по результатам методики «незаконченные предложения» выстраиваются этими пациентками совсем по-другому. У данной категории пациенток отмечается нежелание «ворочить прошлое», связанное с неприятными психотравмирующими моментами, а также со случаями своего ошибочного или недостойного поведения. Фиксированы на ощущении собственной неполноценности именно из-за невозможности осуществит родительскую функцию. Таким образом, по отношению к этой категории больных мы имеем дело с невротической ограниченностью бытийности. Пациентки, предпочитающие экстремальный способ существования устанавливают причинно-следственную зависимость от заболевания к различного рода последующим жизненным неприятностям и несчастьям. Пациентки – с предельным способом существования пытаются достойно ответить на этот «вызов» судьбы. Предельное существование по сравнению с экстремальным даёт возможность более гибкого и продуктивного самоопределения в плане экзистенциальных дихотомий «жизнь – смерть», «свобода – детерминизм». На уровне экстремального существования человек либо не поднимается до осмысления данной проблематики, либо осмысляет её неконструктивно.

По результатам наших исследований относительно психологических оснований женского бесплодия на первый план выступили проблемы бытия личности в аспекте выбираемых ею способов существования, как до возникновения заболевания, так и в связи с осознанием факта его наличия. В ситуации сообщения диагноза «бесплодие» пациентке необходимо определиться в дихотомиях: «жизнь – смерть» (продолжение себя, личное бессмертие в детях; необходимость выработки собственной «личной религии»), а также «свобода – детерминизм» (необходимость определиться со степенью своей личной ответственности за сложившуюся ситуацию и возможность собственного влияния на преодоление внешних и внутренних ограничений). *Критерием успешности психологического сопровождения пациентов с бесплодием можно считать ряд показателей: субъективное «принятие» факта заболевания и личностное самоопределение с учётом его наличия при сохранении целостности жизни и без ущерба для её жизнедеятельности; способность к продуктивному разрешению противоречий в различных личностных бытийных пространствах;*

ответственность за принятие жизненных решений. Повышается вероятность выбора предельного способа существования, когда самостоятельно происходит обращение к экзистенциальным дихотомиям и своя проблема вводится в круг более высоких смысловых образований. Благодаря способу существования, отвечающему по своим параметрам «предельному», увеличивается возможность достижения и сохранения высокого качества жизни, даже в том случае, если в процессе лечения не наступила беременность. С другой стороны, повышение степени осознания мотивационных оснований и содержания своего способа существования через анализ и продуктивное разрешение ценностно-смысловых противоречий способствует адекватному самоопределению личности не только по отношению к своему заболеванию, но и жизни в целом.

САМОПРЕЗЕНТАЦИЯ: СУЩНОСТЬ И ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Некрасова Н.А., Некрасова У.С.
РГАУ-МСХА им. К.А. Тимирязева,
Москва, Россия

Самопрезентация весьма мало изучена, особенно в нашей стране. Основная часть теоретических разработок принадлежит зарубежным учёным таким, как И. Гофман, М. Снайдер, Р. Чалдини, И. Джонс и Т. Итман.

Понятие самопрезентация происходит от латинского слова, что в переводе означает «самоподача», то есть представление себя другим людям. В английском толковом словаре оно буквально означает управление впечатлением о себе у других людей с помощью бесчисленных стратегий поведения, заключающихся в предъявлении своего внешнего образа другим людям. В американской традиции самопрезентация рассматривается несколько иначе – как форма социального поведения, демонстративно акцентированная субъектом в процессе межличностного общения. Наиболее ёмко определение самопрезентации дано Ж. Тедеш и М. Риессом, где самопрезентация характеризуется как намеренное и осознаваемое поведение, направленное на создание определённого впечатления о себе у окружающих. Поэтому часто синонимами самопрезентации становятся «самоподача», «самопредъявление», «управление впечатлением» [6. 38].

Мы определяем самопрезентацию как умение подавать себя, привлекать к себе внимание при помощи акцентирования внимания на своих качествах, которые актуализируются на основе использования особых технологий и стратегий.

С феноменом самопрезентации мы сталкиваемся каждый день, зачастую, даже не подозревая, что в своём подсознании у нас сформирован проект собственной презентации. Такого рода