

**БЪЛГАРСКА АКАДЕМИЯ НА НАУКИТЕ**  
**Институт за изследване на населението и човека**  
**Департамент „Психология”**

---

**ЛИЧНОСТНИ ОСОБЕНОСТИ НА ЖЕНИ С РЕПОДУКТИВНИ  
НАРУШЕНИЯ**

**МИЛЕНА БОЖИЛОВА**

**Дисертация за присъждане на образователна  
и научна степен „Доктор”**

**Научен ръководител:**  
**Проф., д-р Красимира Байчинска**

**Научно жури:**

**Проф., д-р Надежда Витанова**  
**Проф., д-р Наталия Александрова**  
**Проф., д-р Красимира Байчинска**  
**Доц., д-р Румяна Божинова**  
**Доц., д-р Вержиния Боянова**

**София**  
**2013**

## **УВОД**

Изборът на тема за настоящата дисертация, бе породен от опита ми като клиничен психолог в ин витро клиника и консултант на организация, работеща по проблемите на репродуктивните нарушения. Психологичната работа с двойките с безплодие е неразривно свързана с вярата и надеждата, и често те са единственото, което остава на прага на онази тънка граница с божественото. Защото, самият процес на зачатие, е може би най-неразгаданото чудо и най-голямото природно вълшебство.

И когато в един прекрасен ден, смътното и неясно притегляне към майчинството, което живее във всяко женско сърце, започне да се надига и израства в непреодолимо желание за дете, мисълта: “Искам бебе” се превръща в най-съкровенията мечта на всяка жена. Понякога се получава неочаквано, друг път закъснява. А понякога? Понякога, поредния тест за бременност предателски показва само една розова чертичка. Тогава се срещаме лице в лице с безплодието.

По данни на Световната Здравна организация от 60 до 80 милиона двойки в света страдат от безплодие. Семействата с репродуктивни проблеми в България надхвърлят 270 000 – факт, който ни кара да се замислим за разширяване на подходите и методите в неговото преодоляване, а също така го прави актуален за съвременната българска психология.

Освен социален и медицински, безплодието е и психологически проблем. Ролята на психологическият фактор при възникване на безплодието може да е решаваща и до голяма степен да предопределя благоприятния изход на лечението. Това прави настоящето изследване особено актуално.

### ***РЕЗЮМИРАНО СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД***

Настоящата дисертация е структурирана в три глави: теоретичен обзор на литературата, постановка на изследването, резултати от изследването и интерпретация, с увод, заключение, цитирана литература и приложения.

***Първа глава*** „Основни проблеми на Репродуктивната психология” се състои от 6 параграфа.

**Първият параграф** „Перинатална и Репродуктивна психология” включва преглед на възникването и развитието на Перинаталната и Репродуктивна психология.

Репродуктивната психология е зараждащо се ново направление в рамките на перинаталната психология. Теоретичните основи на психология на репродуктивната сфера са съвременните подходи и концепции на системния подход, класическа и съвременна психоанализа, психосоматика, клинична психология, като по този начин се оформя една нова интердисциплинарна област (Moreno-Rosset, 1999, 2000, 2004; Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro & Gumez, 2008; Jurado, 2008). Инициатор на създаването на направлението е швейцарският психоанаритик Густав Грабер, който през 1971 г. формира във Виена Международна изследователска група по перинатална психология. През 1986 г. е създадена и Международна асоциация по пренатална перинатална психология и медицина (International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine — ISPPM).

Много са учените допринесли за обособяването и развитието на този клон от психологията. Тук ще споменем само някои от тях. Станислав Гроф формулира внушителна теоретична рамка с анализи на пре- и перинаталните опитности, конвергираща около четирите конструкта, които той нарича Базовии Перинатални Матрици. Холотропната Терапия на Станислав Гроф, както и Ребъртинг Терапията на Ленард Ор, въвеждат клиента в повторно преживяване и освобождаване от родовата травма. Общественото внимание е привлечено към важността на пренаталния опит с книгата на Томас Верни: “Тайният Живот на Нероденото дете” (Verny, 1981). Верни създава Асоциацията за пре и перинатална психология и здраве (APPPAH). Президентът на фондацията (1991-1999) Дейвид Чембърлейн публикува популярната книга “Бebetата помнят раждането”, като представя експерименталните си изследвания, доказващи съществуването на пренатална памет.

С **вторият параграф** „Някои основни понятия в Репродуктивната психология” са въведени понятията „психологическо безплодие”, „репродуктивна травма”, както и емоционалните реакции при безплодие.

Във **третият параграф** „Формиране на психологическа готовност за майчинство и майчинска компетентност”, са разгледани: личностна готовност, мотивация за бременност, изграден адекватен модел на родителстване,

сформираност на майчинска компетентност, сформираност на майчинска сфера (по Г. Г. Филипова) и женски архетипни образи. От незапомнени времена умовете и емоциите на милиони хора по света са били завладени от образа на „*архетипната майка*”. За много жени създаването на дете е кулминацията на жизнения опит, смисъла на битието. Личностната сензитивност към архетипа на майката обаче е различен при всяка жена. При някои жени той е изявен, докато при други няма идентификация с него. Това би могло да наруши някои етапи във формирането на психологическата готовност към майчинство.

Установено е, че голяма част от репродуктивните нарушения при жените се дължат именно на недостатъчното приемане на женската идентичност или на конфликт в майчинската сфера. Смятаме, че по-задълбоченото изучаване на тези женски първообрази, ще помогне, както за по-доброто разбиране и анализиране на психологическите причини за безплодие, така и за разработване и прилагане на адекватни психотерапевтични интервенции при тези жени.

В *четвъртият параграф* е разгледан конфликта в майчинската сфера и неговите прояви. Вътрешният конфликт в майчинската сфера психологически се проявява в деструктивна представа за майчинската роля и неадекватен образ на детето.

Освен това при жени имащи такива нарушения са установени проблемни отношения със собствената майка (Агнаева, Леус, Филипова, 2002). Конфликтът, води до нарушение на репродуктивните функции не сам по себе си, а само в съчетание с някои неадекватни способности за разрешаването му. От психологическа гледна точка репродуктивната функция, може да бъде нарушена под формата на отказ от дете, изобщо от майчинство или психологически отказ от майчинско отношение.

*Петият параграф* „Психологически особености на жени с репродуктивни нарушения”, разглежда връзката между репродуктивните нарушения и психосоматиката и връзката между репродуктивните нарушения и тревожността. Също така, тук място е отделено и на личностните особености на жени с репродуктивни нарушения. Представени са и изследвания в световен мащаб, които показват, че жените с нарушена репродукция имат специфични личностни характеристики. Те не признават своята женственост (Deutsch, 1945), имат вътрешно противоречив Аз образ, емоционална неустойчивост и повишени нива на личностна и ситуативна тревожност (Ardenti, 1997; Bringhenti, Ardenti, &

La Sala, 1997), подтисната агресия (Oddens, den Tunkelaar, & Nieuwenhuise, 1999; Fido & Zahid, 2004; Wang et al., 2007), чувство на загуба на сексуална привлекателност и нарушена полово-ролева идентификация (Raval, Slade, Buck & Lieberman, 1987), себенеувереност, неустойчива самооценка зависеща от мнението на околните, неудовлетвореност от себе си (Patt, 1973, Колчин , 1995, Менделевич & Макаричева 1996, Абрамченко, 2001).

**Шестият параграф** „Репродуктивни нарушения и отношения в двойката” е посветен на взаимоотношенията между партньорите. Безплодието освен индивидуална е и партньорска травма, която може сериозно да повлияе на отношенията в двойката. Продължителното безплодие и нарушена репродукция, често довеждат до развод. Според някои източници 70% от тези бракове се разтрогват (Анохин, 1998). Наличието или липсата на диагноза, причините и продължителността на безплодието, също оказват отрицателно влияние върху сексуалните отношения в двойката (Raval, Slade, Buck & Lieberman, 1987).

**Втора глава** „Постановка на изследването” включва 5 параграфа, посветени на изследването на личностните особености на жени с репродуктивни нарушения.

**Трета глава** „Резултати”, включва получените резултати, тяхната интерпретация и обобщение.

## **ГЛАВА 2. ПОСТАНОВКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

### **2.1. ПСИХОСОМАТИЧЕН ПОДХОД КЪМ ПСИХИКАТА И ЛИЧНОСТТА**

Представена е идеята за единството между психичното и телесното. Терминът „*психосоматика*” е въведен за пръв път от немския психиатър Кристиан Хейнрот. Теорията за специфичната личностна предиспозиция се свързва с името на Дънбар. Терминът „психологична констелация” въведен от нея е в отговор на противоречията във възприемането на термина „личностен профил” на болестта (F. Dunbar, F.). В съвременната психология се диференцират личностните характеристики на хора с различни типове заболявания. Разгледани са и характеристиките на: *личностен „Тип А”, личностен „Тип В”, личностен „Тип С”, личностен „Тип D”*.

Като психолози се придържахме към психосоматичния подход, който убедително показва, че репродуктивните нарушения, безплодието и неъзможността

за износване на бременността, са особени състояния, при които винаги са налице и нарушения в психичната сфера. Те в различна степен могат да бъдат съпроводени от нарушения във физиологичната сфера. Ето защо за оказването на ефективна терапия винаги е необходим комплексен подход..

Следва да отбележим, че вместо „безплодие“, в нашата експериментална част ще говорим предимно за репродуктивни нарушения (РН). Смятаме, че от психологическа гледна точка терминът репродуктивни нарушения е по-приемлив. Безплодието е диагноза, която стоварва върху засегнатите тежестта на стигмата, с която е свързано. За много хора, безплодието е равностойно на присъда. За част от двойките, то става необратимо. Но за някои от тях се намира решение.

## **2.2 ТЕОРЕТИЧЕН МОДЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

Настоящото изследване е позиционирано в рамките на психосоматичния подход към репродуктивните нарушения. Замисълът е да постигне по-голяма прецизност по отношение на описанието на личностните особености на жените с репродуктивни нарушения, като за целта сме избрали сравнителния метод. Смятаме, че той ще ни позволи да дадем отговор на въпросите:

➤ *Съществуват ли различия между жените с репродуктивни нарушения и жените майки от гледна точка на техния емоционален контрол и полово-ролева идентификация?*

➤ *Можем ли да кажем, че фактора майчинство е свързан с определени личностни особености?*

➤ *Съществуват ли различия в реалния и идеалния Аз образ при жени с РН и жени майки?*

➤ *Какви са различията между жените с РП и жените майки от гледна точка на Аз-образа на техния реален и идеален партньор?*

### **2.2.3. РЕПРОДУКТИВНИ НАРУШЕНИЯ И ЕМОЦИОНАЛЕН КОНТРОЛ**

В нашата работа, емоционалната регулация на поведението се разглежда, в нейните общи проявления – състояние на емоционална устойчивост или неустойчивост. Един от показателите за състояние на емоционална устойчивост е отсъствието на тревожност. В този случай емоционалните ресурси на личността

са достатъчни за компенсация на разсъгласуваните потребности и възможностите за тяхната реализация, които могат да възникнат в нови или непредсказуеми ситуации, каквито са например тези свързани с репродуктивните нарушения, като поставянето на диагнозата „безплодие“, неуспешни ин витро опити, неуспешна бременност и всички свързани с тези кризисни моменти неблагоприятия.

Състоянието на емоционална неустойчивост, се характеризира с повишени нива на тревожност, което е показател за неспособност за справяне с нови ситуации. При тях могат да се нарушат първичните способности за удовлетворяване на потребностите, постигане на комфорт или поддържане на определен социален статус. Показателите за емоционален контрол, които сме използвали в нашето проучване са личностната и ситуативна тревожност.

Тези понятия идват от концепцията за тревожността на Спилбъргър. Според него понятието “състояние на тревожност“ трябва да се използва за обозначаване на емоционалното състояние или определена съвкупност от реакции, които възникват при възприемане на дадена ситуация, като заплашваща личността, независимо от това дали в конкретната ситуация е налице обективна опасност.

#### ***2.2.4. РЕПРОДУКТИВНИ НАРУШЕНИЯ И ПОЛОВО-РОЛЕВА ИДЕНТИФИКАЦИЯ. МЪЖЕСТВЕННОСТ, ЖЕНСТВЕННОСТ И АНДРОГИННОСТ***

Темата за мъжкото и женското начало е вълнувал хората от хилядолетия. Всяко древно учение прелива една в друга идеите за тяхната противоположност и едновременно единство. От философите тук ще споменем Аристотел, според който в процеса на зачатие, мъжът се приема, за носител на активното, творческо начало, а жената, като пасивна, природна сила.

Наред с принципите на противоположност обаче широко е представена и идеята за андрогинността – съвместяваща мъжкото и женското в едно лице. В много митологии двуполови са се считали предците на първите хора, с което се е подчертавало тяхното единство и цялостност.

Женственост и мъжественост или *полова идентичност*, се отнася до степента, в която лица, които виждат себе си като мъжки или женски като се има предвид, какво означава да бъдеш мъж или жена в определена култура (Burke, 1988; Peter, Stets, & Maureen 1988; William & Drass, 1989). Стереотипите за полите

на половете, създадени от една култура определят начина ни на живот през нашето съществуване. Тези стереотипи варират между различните култури, както и сред различните етнически групи (Franklin, 1984; Landrine, 1985; Harris, 1994).

Две от най-известните разработки, които са опит за създаване на мярка за мъжественост и женственост като отделни и независими променливи в областта на психологията са тези на Сандра Бем „Секс роля” BSRI (Bem Sex Role Inventory) и личен въпросник за атрибути PAQ (Bem, 1974; Spence & Helmreich, 1978). Съгласно теорията на Бем, съществуват т. нар „gender shemes” – полово-ролеви схеми, по които става обработката на информацията от околния свят. Според тази теория всеки индивид преминава през няколко етапа в своето развитие. Във възможностите на всеки е да формира възприятието си в следните четири насоки – мъжка, женска, недиференцирана или андрогинна. В следствие на социализацията на поведението ни, на знанията ни се определят и схемите организиращи информацията ни за мъжественост и женственост.

Някои автори пък, говорят за нарушена полово-ролева идентичност, която е изместена от т. нар „безплодна” идентичност (Menning, 1982; Olshansky, 1987; Dunnington & Glazer, 1991; Nachtigall, Becker & Wizny, 1992). Това прави актуален проблема за връзката на репродуктивните нарушения с полово-ролевата схема.

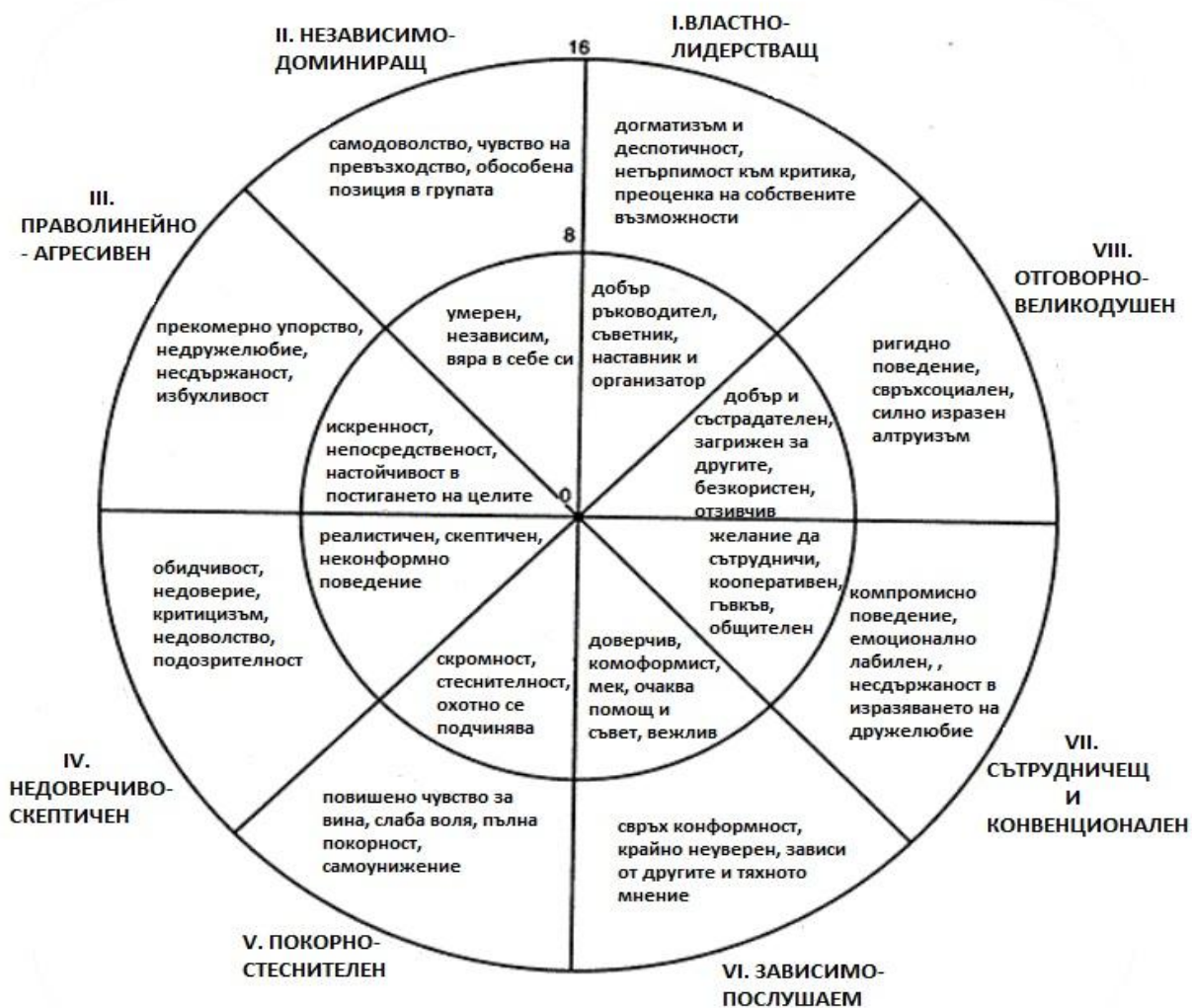
### ***2.2.5. СЕБЕВЪЗПРИЕМАНЕ И РЕПРОДУКТИВНИ НАРУШЕНИЯ***

В настоящото проучване, се фокусирахме и върху себевъзприемането при жени с репродуктивни нарушения, чрез изследване на техния реален и идеален Аз образ, както и възприемането на Аза на реалния и идеалния им партньор. За основна теория сме използвали интерперсоналната методика на Лири, която напълно отговаря на нуждите на нашето изследване. Тя се основава върху извода, че поведението на хората се осъществява чрез рефлектирането на взаимодействията между тях с цел достигане и поддържане на собствената самооценка и избягване на тревожността (Leary, 1957; Sullivan, 1953). Характеристиките на начините, чрез които хората постигат тези цели се наричат от Лири интерперсонални рефлексии (interpersonal reflexes). Според интерперсоналната теория личността представлява набор от всички тези интерперсонални рефлексии. В процеса на взаимодействието си с околните, личността изработва своя поведенчески стил.



Циркуларната таксономия на променливите позната като интерперсонален кръг (interpersonal circle), съдържа двуизмерна област организирана около осите на доминиране срещу подчинение и доброжелателност, срещу враждебност (Freedman, Leary, Ossorio, Coffey, 1951). В пространството между осите се разполагат 8 поведенчески тенденции. В резултат на множество изследвания са установени техните основни характеристики. Те са (виж. фигура 1):

- *Властно лидерстващ – 1-ва поведенческа тенденция.*
- *Независимо доминиращ – 2-ра поведенческа тенденция.*
- *Праволинейно агресивен - 3-та поведенческа тенденция.*
- *Недоверчиво скептичен – 4-та поведенческа тенденция.*
- *Покорно стеснителен – 5-та поведенческа тенденция.*
- *Зависимо послушаем – 6-а поведенческа тенденция.*
- *Сътрудническо конвенционален – 7-ма поведенческа тенденция.*
- *Отговорно великодушен – 8-ма поведенческа тенденция.*



Фигура 1. Кръгов модел на интерперсоналната теория на Лири (Leary, 1957)

### 2.3 ПРЕДМЕТ, ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И ХИПОТЕЗИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

**ПРЕДМЕТ** на настоящето изследване са някои личностни особености при жени с репродуктивни нарушения и жени майки – личностна и ситуативна тревожност, полово-ролева схема (ПРС) и реалния и идеален Аз образ - на себе си и на партньора.

**ОБЩАТА ЦЕЛ** на изследването е да се установи съществуват ли различия между жени с различен статус по майчинство – жени с репродуктивни нарушения и жени майки, по посочените личностни особености.

**ОБЩАТА ХИПОТЕЗА** е, че в двете групи личностните характеристики – тревожност, полово-ролева схема, себевъприятието и въприятието на партньора, ще показват определени различия. По-конкретно, очаквахме, че в сравнение с жените майки, ЖРН ще показват по-висока тревожност, различна доминираща ПРС, и редица особености в себевъприятието и възприятието на партньора.

### **ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО:**

**1. Да се изследва личностната и ситуативна тревожност при жени с репродуктивни нарушения и жени майки.**

1.1. Да се направи сравнителен анализ на личностната и ситуативна тревожност в групата на жените с РН и жените майки. Нашето предположение е, че репродуктивните нарушения са особена стресова ситуация, която води до повишаване на нивото на ситуативна и личностна тревожност.

**По-конкретно, очаквахме нивата на личностна и ситуативна тревожност да са по-високи при групата на жените с репродуктивни нарушения** в сравнение с групата на жените майки. Предполагаме, че тревожността се повишава, от една страна от наличието на диагнозата ”безплодие”, а от друга от медицинските процедури, които са тежки не само физически, но и емоционално (Pearson, 2008; Anvar & Kokabi, 2006; Guerra, Llobera, Veiga & .Barrí, 1998; Seibel & Taymor, 1982).

1.2. Да се установи влиянието на някои специфични и неспецифични фактори, върху личностната и ситуативна тревожност при жени с репродуктивни нарушения. Фокусирахме се върху влиянието на възрастта, продължителността на репродуктивните нарушения, наличието на неуспешни бременности и факторите за безплодие.

**Очакваме, че възрастта ще оказва влияние върху личностната и ситуативната тревожност при жени с репродуктивни нарушения.** Предположихме, че с преминаването на границата от 39 години, ще започнат да се повишават и нивата на тревожност, тъй като се увеличава времето на безплодие и нарушена репродукция и времето за медицински процедури, което е свързано с допълнително емоционално натоварване, стрес и надежди, които често пъти биват неосъществени.

***Очакваме, че по-висока ситуативна и личностна тревожност имат жени със:***

- ***неуспешна бременност.*** Репродуктивната загуба и непреработените емоции свързани с нея оказват негативно влияние върху цялостния емоционален фон, както на жената така и върху двойката, като цяло.

- ***по-продължително във времето нарушена репродукция.*** „Тиктакането на биологичния часовник” (Connolly, Edelman & Cooke, 1987; Raval, 1987; Slade, Buck, & Lieberman 1987; Ramezanzadeh, Aghssa, Abedinia, & Mina Jafarabadi, 2004).

- ***мъжки и неясен фактор за безплодие.*** Причината за безплодието и нарушената репродукция, често се крие в отношенията в двойката. Ако за жената раждането на дете е средство да задържи партньора или да съхрани отношенията си, то наличието на мъжки или неясен фактор е нещо, което пряко не зависи от нея. Ето защо, това би довело и до по-висока тревожност (Lykeridou, & Gourounti, 2008; Loutradis & Vaslamatzis, 2008).

***Очакваме, че личностната и ситуативната тревожност на жени в детеродна възраст, зависят от фактора майчинство, а също така и от полово-ролевата им схема.***

***2. Да се установи полово-ролевата идентификация при жени с репродуктивни нарушения и жени майки.***

2.1. Да се направи сравнителен анализ между водещите типове полово-ролева идентификация при жените с РН и жените майки.

***Очакваме жените с репродуктивни нарушения да са с водещи мъжка и недиференцирана схеми на полово-ролева идентификация, а жените майки - с водещ андрогинен тип.***

От психоаналитична гледна точка, за да може една жена да роди биологично дете, е необходимо първо то да се появи в нейното психично пространство като архетипен образ, на сливане на мъжкия и женския аспекти на психиката. Ето защо очакваме, че жените, които успешно са осъществили своите репродуктивните си функции ще имат и по-добра връзка между собственото си женско и мъжко начало, което ще се изрази в андрогинна полово-ролева идентификация. Също така е известно че, изопачената полово-ролевата идентификация или смяната на мъжка и женска роля, може да блокира репродуктивните функции, както при жената така и при мъжа (Miles & Keitel, 2009; Jackson, Harris & Licciardi, 2009).

**3. Да се изследва себевъзприемането на жените с репродуктивни нарушения и жените майки.** Много богати възможности за анализ на това дава използваната от нас интерперсонална методика на Лири. По-конкретните задачи свързани със сравнителния анализ на себевъзприятието на жените от двете групи са следните.

3.1 Да се изследва наличието и отсъствието на различия в осемте поведенчески тенденции в междуличностните отношения на Аз реално в двете групи жени.

3.2 Да се изследват приликите и разликите в осемте поведенчески тенденции в междуличностните отношения на идеалното Аз в двете групи.

3.3 Да се сравнят разминаванията в Аз реално и Аз идеално поотделно в двете групи, като се фокусира върху конфликтите които лежат зад тези разминавания.

**4. Да се изследва възприемането на партньора при жените с репродуктивни нарушения и жените майки.**

4.1 Да се изследва наличието и отсъствието на различия в Аз реално на партньора като се сравнят осемте поведенчески тенденции.

4.2 Да се изследват приликите и разликите в осемте поведенчески тенденции на идеалното Аз в двете групи.

4.3 Да се сравнят разминаванията в Аз реално и Аз идеално на партньора поотделно в двете групи като се фокусира върху конфликтите, които лежат зад тези разминавания.

**Хипотеза бе формулирана преди всичко относно 3.3. Очакваме жените с репродуктивни нарушения, да имат големи различие между образите на Аз реален и Аз идеален, което би означавало че те преживяват редица невротични конфликти.** Това е така, защото знаем, че жените с РН, често се чувстват виновни, неспособни и имат снижена самооценка. Това от една страна, блокира репродуктивните функции на жената, а от друга страна, тези блокирани функции са често причина за значимото разминаване в реално и идеално Аз.

**Очаквахме още по- големи различия между образите на реалния и идеалния партньор при жени с РН отколкото при жените майки.**

Тази хипотеза е базирана върху факта, че безплодието дава отрицателно отражение в сексуалните връзки между партньорите, което води до невротични конфликти. При това причините за нарушената мъжка репродукция може да бъде

отхвърлянето на партньорката на несъзнавано ниво. При наличие на мъжки фактор за безплодие, обикновено при жената има съществено разминаване между очаквания и реалност за партньора (Mai, Munday, & Rump, 1972; Tarlatzis, 1993; Diakogiannis, 1993; Bontis, Lagos, Gavriilidou & Mantalenakis, 1993).

## **2.4. МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

### **2.4.1. ТЕСТ НА СПИЛБЪРГЪР**

Обобщавайки всички направени изследвания и теоретични съображения авторите на българския вариант на въпросника (Димитър Щетински и Иван Паспаланов, БАН – Институт по Психология, София, 1989 г.), правят извода, че S и T скалите за тревожност на българската форма на STAI представляват надеждни и валидни мерки за диагностика на тревожността, като преходно емоционално състояние и на склонността към тревожност, като относително стабилна личностна черта.

За диагностика на показателите – Личностна (T) и Ситуативна (S) тревожност сме използвали методиката за работа с българската норма на въпросника.

### **2.4.2. МЕТОДИКА ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПОЛОВО-РОЛЕВА ИДЕНТИФИКАЦИЯ**

Съгласно теорията на Сандра Бем (Sandra Bem 1974, 1976, 1979, 1981), съществуват т. нар. полово-ролеви схеми (gender schemes), по които става обработката на информацията от околния свят. Тя твърди, че мъжкото и женското измерения могат да бъдат разделени на две сфери. Лица със силна мъжка и слаба женска идентификация, могат да бъдат категоризирани като „мъжествен” тип, а лица с висока женска и слаба мъжка идентификация могат да бъдат категоризиран като „женствен” тип. Лица с високи наличности и по двете характеристики могат да бъдат категоризирани, като „андрогинен” тип, а лица, които имат ниска идентификация с двете измерения ще се считат за "недиференциран” тип. Във възможностите на всеки човек е да формира възприятието на света в следните четири насоки – *мъжка, женска,*

### ***недиференцирана или андрогинна.***

Тестът, който използваме в нашето проучване, е модифициран за български условия от Панайот Рандев. Това е въпросник за самооценка, който включва 32 човешки качества, като „независим”, „амбициозен”, „помагач”, „чувствителен към нуждите на другите” и пр. Изследваното лице оценява с помощта на пет степенна скала, доколко даденото качество се отнася за него. Скалата е: 1- в много малка; 2- в малка; 3- в средна; 4- в голяма; 5- в много голяма степен. Изчислява се общият точков бал по съответната скала и се сравнява със съответния шаблон. В зависимост от резултатите се диференцират 4 схеми полово-ролева идентификация:

I. Схема ***Мъжественост*** включва черти, като: ”защитаващ убежденията си”, „амбициозен”, „лесно вземащ решения”, „настойчив”, „силен” и др.

II. Схема ***Женственост***, която се описва от следните качества: „състрадателен(а)”, „учтив”, „нежен”, „склонен да утешава”, „съчувстващ” и т.н.

III. Схема ***Недиференцираност*** се характеризира с черти като „приспособяващ се”, „артистичен”, „ревнив”, „искрен”, ”с променливо настроение” и др.

IV. Схема ***Андогинност*** се характеризира с високи стойности, както по скалата за мъжественост, така и по тази за женственост. Андрогинността се основава на мъжествеността и на женствеността, като включва положителните им аспекти.

Тестът който използвахме, бе проверен за вътрешна съгласуваност на айтемите. В групата на жени с безплодие, Алфа на Кронбах е съответно 0,86 за мъжественост и 0,85 за женственост, което показва добра вътрешна съгласуваност.

При направената проверка за вътрешна съгласуваност на айтемите в групата на жените майки, Алфа на Кронбах е съответно 0,88 за мъжественост и 0,88 за женственост, което също показва добра вътрешна съгласуваност.

### ***2.3.3. МЕТОДИКА ЗА ДИАГНОСТИКА НА МЕЖУЛИЧНОСТНИ ОТНОШЕНИЯ НА ЛИРИ***

Методиката е разработена, като средство за операционализиране на интерперсоналната система за личностно развитие от Kaiser Foundation research group през 1950г. (Freedman, Leary, Ossorio, & Coffey, 1951; LaForge & Suczek,

1955) и обобщена от Тимоти Лири (Leary, 1957).

**Техника на изследването:** Въпросникът съдържа 128 въпроса. Те се предоставят на изследваното лице, със задачата да им се отговори положително или отрицателно в зависимост от изследването на конкретния аспект. Ние изучихме четири конкретни аспекта: I аспект – оценка за себе си - Аз реално, II аспект - Аз идеално, III аспект – оценка на реалния партньор и IV аспект- оценка на идеалния партньор.

Въпросникът на Лири представлява самооценъчен инструмент, измерващ интерперсоналните взаимоотношения. Съдържа 128 айтема. Айтемите във всеки октант са структурирани по начин, който позволява съответното интерперсонално взаимодействие да се ранжира от адаптивно към дезадаптивно (виж фиг. 1). За всеки от октантите са предвидени 16 прости характеристики-твърдения. Осем от тях съответстват на едно пластично и адаптивно поведение на личността, а осем очертават поведенческа дезадаптация на личността. При това първите 64 твърдения в теста оформят едно адаптивно, а следващите от 65 до 128 - едно дезадаптивно поведение. Максималната оценка за всяка скала (октант) е 16 точки, като тя се разделя на 4 степени на изразеност на съответната скала.

**Таблица 1. Степен на изразеност на скалите и тип поведение (по Лири).**

степен на изразеност	точки	поведение
ниска	0-4 точки	адаптивно поведение
умерена	5-8 точки	
висока	9-12 точки	екстремно поведение
много висока	13-16 точки	патология

Във зависимост от инструкцията, може да се получат оценки за Аз-реално, Аз-идеално, реалния партньор и идеалния партньор. Аз реално и Аз идеално, са част от структурата на цялостното Аз. Може да се твърди, че околните по-често възприемат индивида съобразно неговото Аз идеално, тъй като поведенчески човек съзнателно се стреми към него.

Взаимоотношенията между *Аз-реално* и *Аз-идеално* са важен фактор при интерпретацията на резултатите. В норма обикновено не се наблюдава голямо разминаване на Аз-реално и Аз-идеално, умереното несъвпадение се разглежда



като стремеж за самоусъвършенстване. Когато водещите тенденции в Аз реално и Аз идеално, са едни и същи и са налице незначителни количествени разлики, се счита, че това е израз на стабилна и устойчива личност, оценяваща себе си положително, доволна от самореализацията си. При нея отсъстват определени вътреличностни конфликти. Значителното разминаване между образите на Аз реално и Аз идеално, е предпоставка за възникването на вътрешно личен конфликт и нарушение във себевъзприемането. Описаните по-горе възможности за анализ на себевъзприятието на себе си и на партньора, които дава методиката на Лири е използвано в настоящето изследване.

**Валидността на скалата** е потвърдена в повече от 300 студии обобщени от Таулби и Кларк (Taulbee & Clark, 1982). Като заслужаващи най-голямо внимание си остават ранните валидации на Тимоти Лири (Leary, 1957; Leary & Coffey, 1955). Тестът е проверен за конструктивна валидност чрез съпоставяне на данните му с тези на ММРІ. Установена е достоверна връзка между типовете интерперсонално поведение в теста на Лири с някои клинично диагностицирани състояния, характеризиращи аналогично поведение в ММРІ.

#### **4. ОПИСАНИЕ НА ИЗВАДКАТА**

В изследването са включени общо 300 жени на възраст между 20 и 49 години от различни градове в България. В съответствие с целите на изследването бяха обособени две извадки, всяка с по 150 жени: *група на жени с репродуктивни нарушения* и *група на жени майки на биологично родени деца*. За целите на сравнителния анализ двете извадки са изравнени по възраст, семеен статус и образование. Така например средните стойности за възраст в групата на жените с РН са 33.54, а за жените майки е 33.47. Разпределението на изследваните жени по семеен статус е много сходно - 68,7% от жените с РН и 73,3% от жените майки са семейни. От жените с РН 62% са с висше образование и 38% са със средно образование. При жените майки 65,3% са с висше и 34,7% - със средно образование. Жените с репродуктивни нарушения са изследвани и от гледна точка на някои специфични за тази група променливи:

- продължителност на репродуктивното нарушение;
- фактори на репродуктивното нарушение (мъжки, женски, неясен);

- брой ин витро опити;
- брой настъпили бременности;

## **ГЛАВА 3. РЕЗУЛТАТИ**

### **3.1. ТРЕВОЖНОСТ И МАЙЧИНСТВО**

#### **3.1.1. Сравнителен анализ на личностна и ситуативна тревожност при жените с репродуктивни нарушения и жените майки**

В следващата таблица са представени данните за личностна и ситуативна тревожност при жените с РН и жените майки.

**Таблица 2. Средни стойности и стандартни отклонения на нивата на личностна и ситуативна тревожност при двете групи изследвани жени. Приведени са още и резултатите от Т теста и нивата на значимост.**

тревожност	група	брой изследвани лица	средна стойност	стандартно отклонение	Т	нива на значимост
ситуативна тревожност	жени с РН	150	45,6	11,5	7,2	0,003
	жени майки	150	36,8	9,5		
личностна тревожност	жени с РН	150	46,5	10,4	5,1	0,008
	жени майки	150	40,8	8,6		

Стойностите на Т-теста позволяват да се отхвърли нулевата хипотеза. С други думи, налице са статистически значими различия в тревожността в двете групи. *При жените с РН се наблюдават по-високи стойности както на ситуативната, така и на личностната тревожност.* Това потвърждава нашата хипотеза.

Процентното разпределение на жените с РН и жените майки в три нива на ситуативна тревожност – нормална, умерена и висока е отразено в таблица 3.

**Таблица 3. Разпределение на жените с РН и жените майки в трите нива на ситуативна тревожност (в %).**

нива на ситуативна тревожност	жени с РН	жени майки
нормална тревожност	2,0	14,0
умерена тревожност	52,0	74,7
висока тревожност	45,3	12,0
общо в %	100,0	100,0

Както се вижда от данните, само 2% от жените с РН имат нормални нива на ситуативна тревожност. Жените майки, които попадат в това ниво, са седем пъти повече или 14%. Умерени нива на ситуативна тревожност имат 52% от жените с РН и 72,4% от жените майки. С високи нива на ситуативна тревожност са 45,3% от жените с РН, което е около три пъти повече от жените майки, от които само 12% съобщават за високи нива на ситуативна тревожност.

*Тези резултати, подкрепят нашата хипотеза, че жените с РН имат по-висока ситуативна тревожност*, като при тях доминират умерени и високи нива на тревожност. Това най-вероятно се дължи на стреса от диагнозата "безплодие", а също и от медицинските процедури и неизвестността от крайния изход на лечението.

Подобни са и резултатите за разпределението на жените, според нивата на личностна тревожност.

**Таблица 4. Разпределение на жените с РН и жените майки според нивата на личностна тревожност (в %).**

Нива на личностна тревожност	жени с РН	жени майки
нормални	8,7	19,5
умерени	54,0	65,1
високи	37,3	15,4
общо %	100,0	100,0

Както се вижда от таблица 4, 8,7% от жените с РН и 19,5% от жените майки имат нормални нива на личностна тревожност. Умерени нива на личностна тревожност се наблюдават при 54% от жените с РН и 65,1% от жените майки.

Накрая, жени с РН имат 37,3% или два пъти повече високи нива на личностна тревожност от жените майки, при които се наблюдават 15,4%.

Получените резултати, изцяло подкрепят нашата хипотеза, **че нивата на личностна тревожност, са по-високи в групата на жените с РН** в сравнение с групата на жените майки. При това при жените с РН доминират умерени и високи нива на личностна тревожност, а при жените майки – умерени. Можем да предположим, че между двата типа тревожност, личностна и ситуативна е налице определено взаимодействие и че високите нива на ситуативна тревожност при жените с РН, постепенно водят до фиксиране на тревожността като черта на личността.

### ***3.1.2. Влиянието на специфичните фактори върху тревожността на жени с РН***

***Влиянието на възрастта, върху личностната и ситуативната тревожност при жените с РН.*** За да проследим влиянието на възрастта направихме еднофакторен дисперсионен анализ. Данните са представени в таблица 5.

***Таблица 5. Резултати от еднофакторният дисперсионен анализ на тревожността при жени с РН в зависимост от фактора възраст.***

	F	ниво на значимост
ситуативна тревожност	2,85	0,061
личностна тревожност	1,48	0,230

Както се вижда от таблица 5, резултатите показват, че възрастта не оказва влияние върху ситуативната и личностна тревожност. Очакването ни, че с преминаването на границата на средната възраст, нивата на личностна и ситуативна тревожност при жените с РН ще започнат да се повишават, не се потвърждава. ***Възрастта не оказва влияние върху личностната и ситуативната тревожност на жените с репродуктивни нарушения.***

***Влиянието на наличие или отсъствие на неуспешна бременност върху личностната и ситуативна тревожност при жени с РН.*** В таблицата по-

долу са представени средните стойности и стандартни отклонения на личностна и ситуативна тревожност в зависимост от фактора наличие или отсъствие на бременност.

**Таблица 6. Средни стойности и стандартни отклонения за личностна и ситуативна тревожност при наличие или отсъствие на бременност при жени с РН. Представени са и резултатите от ANOVA.**

жени с РН	наличие на бременност	отсъствие на бременност	F	ниво на значимост
ситуативна тревожност	46,0	45,4	0,084	0,772
	12,3	11,2		
личностна тревожност	47,0	46,2	0,220	0,640
	10,6	10,4		

Е

Еднофакторният дисперсионен анализ показва, че няма връзка между нивата на тревожност и наличието или отсъствието на бременност при жените с РН. Очакванията ни, че репродуктивната загуба и емоциите, свързани с нея, оказват негативно влияние върху цялостния емоционален фон и повишават нивата на тревожност, не се потвърдиха. Жените с РН, които са имали неуспешна бременност, и тези при които отсъства бременност, имат еднакви високи нива на личностна и ситуативна тревожност.

**Влияние на продължителността на репродуктивното нарушение върху личностната и ситуативната тревожност.** Еднофакторният дисперсионен анализ показва, че продължителността на репродуктивно нарушение, също не оказва влияние нито върху личностната, нито върху ситуативната тревожност.

**Таблица 7. Средни стойности, стандартни отклонения и F стойности за личностната и ситуативната тревожност в зависимост от продължителността на РН.**

жени с РН	1-4 год.	5- 10 год.	над 10 год.	F	ниво на значимост
ситуативна тревожност	46,9	45,3	43,3	0,684	0,506
	12,5	11,2	10,0		
личностна тревожност Р	47,1	46,1	46,3	0,130	0,878
	10,4	10,3	11,7		

Резултатите от еднофакторния дисперсионен анализ, показват, че няма различие в личностната и ситуативната тревожност в зависимост от продължителността на РН. Очакванията ни, че с увеличаване продължителността на РН, ще се наблюдават по-високи стойности на ситуативна и личностна тревожност, не се потвърди. *Продължителността на РН, не оказва влияние както върху личностната, така и върху ситуативната тревожност.*

***Влияние на факторите на РН върху тревожността.*** В таблица 8 по-долу, са представени средните стойности и стандартни отклонения на ситуативната и личностна тревожност при жени с различни причини за нарушена репродукция. Приведени са още и резултатите от еднофакторния дисперсионен анализ.

***Таблица 8. Средни стойности и стандартни отклонения при жени с РН, разпределени в три групи според причината за РН.***

жени с РН	женски фактор	мъжки фактор	неясен фактор	F	ниво на значимост
ситуативна тревожност	45,4	47,8	44,4	0,918	0,402
	12,2	12,0	10,2		
личностна тревожност	47,1	46,8	45,3	0,441	0,644
	11,5	9,5	9,6		

Еднофакторният анализ не позволява да се отхвърли нулевата хипотеза. *Факторите на РН не оказват диференцирано влияние върху нивата на личностна и ситуативна тревожност.*

### ***ИНТЕРПРЕТАЦИЯ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ЗА ВЛИЯНИЕТО НА ТРЕВОЖНОСТТА ВЪРХУ ЖЕНИТЕ С РН***

Нашите резултати, потвърждават хипотезата, че жените с РН имат по-високи нива на ситуативна и личностна тревожност отколкото жените майки. Това показва, че емоционалният контрол при жени с репродуктивни проблеми е по-нисък. Възможно е да допуснем, че повишената тревожност оказва негативно влияние върху процеса на забременяване – със или без ин витро опити, а също така влошава цялостната адаптация на жената. Създава се порочен кръг. От една страна, тревожността служи като неблагоприятен фактор, пречатстващ забременяването, а от друга – диагнозата безплодие вдига нивото на тревожност.

Получените резултати, показват още, че *възрастта, наличието или отсъствие на бременност, продължителността на РН и факторите на РН, не оказват влияние върху ситуативната и личностната тревожност на жени с репродуктивни нарушения.*

Това противоречи на хипотезите и ни води към предположението, че ***диагнозата „безплодие“ е изключително силен травматичен фактор, на фона на който останалите фактори нямат особено значение.***

Така ситуативната тревожност на жените с РН има еднакви стойности, не зависещи от възрастта на жената. Репродуктивното нарушение (безплодието), се изразява в еднакви нива на тревожност при жени, които успяват да забременеят, и при жени, на които това не се отдава. То се изразява в еднаква тревожност независимо от продължителността на РН. Безплодието очевидно води до тревожност независимо от неговата причина, независимо от това дали диагнозата го свързва с причини в състоянието на жената или на мъжа, или със смесени причини. Всичко това ни насочва към идеята, че психологически репродуктивното нарушение е винаги травматично за жената и води до по-високи стойности на тревожност.

С други думи, диагнозата „бесплодие“ сама по себе си е най-важния фактор, определящ емоционалното състояние на тези жени. Тази диагноза вдига нивата на ситуативна тревожност.

Жените с РН имат по-високи нива на тревожност в сравнение с жените майки. Диагнозата „бесплодие“, обаче влияе върху емоционалния контрол не само ситуативно. Жените с РН имат също така и по-висока личностна тревожност. С други думи, тревожността при тях е не само ситуативно състояние. *Тревожността е личностна черта на жените с РН, която е по-силно изразена при тях отколкото при жените майки.*

### 3.2. ПОЛОВО-РОЛЕВА ИДЕНТИФИКАЦИЯ И МАЙЧИНСТВО

#### 3.2.1. Сравнителен анализ на типа полово-ролева идентификация в двете групи изследвани жени

Разпределението на типа полово-ролевата идентификация при двете групи жени е показано в следващата таблица.

**Таблица 9. Разпределение на жените в зависимост от полово-ролевата им идентификация.**

тип полово-ролева идентификация	жени с РН		жени майки	
	брой	%	брой	%
Андрогинен	35	23,3	<b>62</b>	<b>41,3</b>
Мъжествен	41	27,3	21	14,0
Женствен	26	17,3	27	18,0
Неопределен	<b>48</b>	<b>32,0</b>	40	26,7
Общо	150	100,0	150	100,0

Както се вижда от представените в таблица 9 данни, при жените с РН доминира неопределения тип полово-ролева идентификация. Той се среща при една трета от тези жени (32%). Следват жени с мъжествен тип полово ролева идентификация - 27,3%. Малко по-слабо е представен андрогинен тип, той е характерен за 23,3% от жените с РН. При жените с РН, най-слабо е представен женски тип полово-ролева идентификация – 17.3%.



При жените майки се наблюдава по-различно разпределение. При тях доминира андрогинния тип т.е. при 41,3% от жените майки се наблюдава еднаква степен на изразеност на мъжественост и женственост. При 26,7% от жените майки е налице неопределен тип полово-ролеви тип. Значително по-рядко се наблюдават мъжествен и женствен тип полово-ролева идентификация, респ. 14% и 18 % от жените майки.

Сравнителният анализ на разпределението в двете групи също е показателен. *Андрогинният тип се среща два пъти по-често при жените майки в сравнение с жените с РН.* Предполагаме, че такива жени са по-отворени и склонни за приемане на мъжкото – те го ценят повече както в себе си, така и в партньорите си. Това най-вероятно означава, че андрогинният тип полово-ролева идентификация е благоприятен фактор в настъпването на бременност.

Прави впечатление разликата в честотата на мъжествения тип полово-ролева идентификация в двете групи. *Този тип се среща два пъти по-често в групата на жените с РН.* Сравнението на неопределения тип полово-ролева идентификация в двете групи показва, че той се наблюдава при 32% от жените с РН и при 27% от жените майки. При този тип полово-ролева идентификация, както мъжествеността, така и женствеността, са слабо изразени. Нашите резултати показват, че неопределеният тип полово-ролева идентификация не оказва влияние върху репродуктивните функции.

Резултатите показват още, че женския тип полово-ролева идентификация е еднакво представен в двете извадки. Той се наблюдава при 17,3% за жените с РН и 18% за жените майки. Жени с този тип полово-ролева идентификация, имат развити женски качества, а мъжките са им по-чужди. Този тип идентификация очевидно не влияе върху репродуктивната функция.

Следва обаче да подчертаем, че полово-ролевата идентичност сама по себе си не е причина за репродуктивни нарушения. В комбинация с други фактори обаче тя може подпомага или да затруднява появата на репродуктивни проблеми при жената. Както показват нашите резултати, андрогинният тип идентификация благоприятства майчинството, а мъжественият – го пречатства.

*Можем да заключим, че по-доброто познаване на полово-ролевите типове би могло да бъде полезно при създаването на по-ефективни консултативни, тренировъчни и психотерапевтични програми, подпомагащи жени и двойки с репродуктивни нарушения в България.*

### 3.2.2. ПОЛОВО-РОЛЕВА ИДЕНТИФИКАЦИЯ, ТРЕВОЖНОСТ И МАЙЧИНСТВО

Целта на този параграф е да се изследва влиянието на двата фактора полово-ролевата схема и майчинство върху личностната и ситуативната тревожност на жени в детеродна възраст.

*Хипотезата бе, че личностната и ситуативната тревожност на жени в детеродна възраст, зависят както от фактора майчинство, а също така и от полово-ролевата схема.*

***Влияние на полово-ролевата схема и майчинството върху личностната тревожност на жени с РН и жени майки.*** Това влияние бе уточнено с помощта на двуфакторен дисперсионен анализ. Факторът майчинство е репрезентиран на две нива – жени майки и жени с РН, а полово-ролевата схема на 4 нива. По-долу са показани резултатите:

***Таблица 10. Резултати от двуфакторният дисперсионен анализ на личностната тревожност с фактори полово-ролева схема и извадка.***

фактори	степени на свобода	F	ниво на надеждност
полово-ролева схема	3	6,95	0,000
извадка	1	21,46	0,000
взаимодействие на 2-га фактора	3	3,04	0,029

Както се вижда от таблица 10, ***личностната тревожност се влияе, както от фактора майчинство, така и от полово-ролевата схема.*** Налице е още взаимодействие между двата фактора. С цел да уточним влиянието на двата фактора върху личностната тревожност, сме направили още еднофакторен дисперсионен анализ на всеки фактор поотделно. Първо изследвахме влиянието на полово-ролевата схема върху тревожността при фиксиран фактор майчинство.

**Таблица 11. Средни стойности и стандартни отклонения при жени майки с различна полово-ролева схема. Посочени са още и резултатите от еднофакторния дисперсионен анализ.**

<i>променлива</i>	андрогинна	мъжествена	женствена	неопределена	<i>F</i>	<i>ниво на значимост</i>
личностна тревожност	39,60	39,30	43,37	41,47	0,59	0,622
	8,74	9,53	8,72	7,60		
ситуативна тревожност	36,48	34,76	38,07	37,60	1,50	0,216
	9,97	10,28	8,83	9,05		

Както се вижда от данните приведени в таблица 11, еднофакторният анализ показва, че полово-ролевата схема не оказва влияние върху личностната и ситуативна тревожност на жените майки ( $F=0,59$ ;  $p=0.6$  респ.  $F= 1.50$ ;  $p=0.2$ ). Тя обаче влияе върху тревожността на жени с РН (таблица 12).

**Таблица 12. Средни стойности и стандартни отклонения на личностната и ситуативна тревожност при жени с РН с различна полово-ролева схема. Посочени са още и резултатите от еднофакторния дисперсионен анализ.**

<i>променлива</i>	андрогинна	мъжествена	женствена	неопределена	<i>F</i>	<i>ниво на значимост</i>
личностна тревожност	43,54	42,39	46,54	52,04	<b>7,32</b>	<b>0,000</b>
	9,21	9,88	11,17	9,00		
ситуативна тревожност	41,48	43,00	44,46	51,52	<b>8,77</b>	<b>0,000</b>
	9,10	9,99	12,83	11,55		

Получените резултати от еднафакторния анализ показват, че **полово-ролевата схема на жените с РН оказва влияние както върху ситуативната, така и върху личностната тревожност.** Направихме още и множество сравнение на средните с теста на Бонферони. Той показва **съществени различия в личностната тревожност на жени с неопределена полово-ролева схема, в сравнение с жени с андрогинна респ. мъжка полово-ролева схема.**

За личностната тревожност тестът на Бонферони показва стойности респ. 6.90 и 4.96,  $p < 0.000$  и  $p < 0.02$ . **Жените с неопределена схема имат по-високи нива на личностна, а също и ситуативна тревожност в сравнение с тези с андрогинна или мъжка полово-ролева схема.**

За да уточним влиянието на фактора майчинство върху личностната тревожност, по-долу сме направили и еднофакторен анализ на личностната тревожност при жени от двете извадки, при фиксирана полово-ролева схема.

**Таблица 13. Средни стойности и стандартни отклонения на личностна тревожност при жени с еднаква полово-ролева схема.**

	F	ниво на значимост	жени с РН	жени майки
андрогинен тип	4,38	<b>0,039</b>	43,54	39,60
			9,21	8,74
мъжествен тип	1,34	0,251	42,39	39,30
			9,88	9,53
женствен тип	1,33	0,254	46,54	43,37
			11,17	8,72
неопределен тип	34,57	<b>0,000</b>	52,04	41,47
			9,00	7,60

Както се вижда от таблица 13 *личностната тревожност на жени с андрогинна и неопределена полово-ролева идентификация се влияе от фактора майчинство. Личностната тревожност на жени с мъжествена и женствена полово-ролева идентификация не се влияе от фактора майчинство.*

*Влияние на полово-ролевата схема и майчинството върху ситуативната тревожност на жени с РН и жени майки.*

Резултатите от двуфакторния дисперсионен анализ представен в табл. 14 позволява да се уточни влиянието на полово-ролевата схема и извадката също и върху ситуативната тревожност.

**Таблица 14. Резултати от двуфакторния дисперсионен анализ на ситуативната тревожност с фактори полово-ролева схема и извадка**

В	фактори	степени на свобода	F	ниво на надеждност
	полово-ролева схема	3	5.47	0.001
	извадка	1	45.12	0.000
	взаимодействие на 2-та фактора	3	3.10	0.03

За да уточним влиянието на фактора майчинство върху ситуативната тревожност, по-долу сме направили еднофакторен анализ на личностната тревожност при жени от двете извадки, при фиксирана полово-ролева схема.

**Таблица 15. Ситуативна тревожност на жени майки и жени с РН с еднакви полово-ролеви схеми.**

полово-ролеви тип	F	ниво на значимост	средни стойности и стандартни отклонения на ситуативната тревожност	
			жени с РН	жени майки
андрогинен	5,99	<b>0,016</b>	41,48	36,48
			9,10	9,97
мъжествен	9,26	<b>0,003</b>	43,00	34,76
			9,99	10,28
женствен	4,48	<b>0,039</b>	44,46	38,07
			12,83	8,83
неопределен	38,41	<b>0,000</b>	51,52	37,60
			11,55	9,05

Както се вижда от таблица 15 при фиксиране на полово-ролевата схема, жените майки и жените с РН, показват съществени различия в ситуативната си тревожност. Нулевата хипотеза се отхвърля за 4-те полово-ролеви схеми с надежност  $p < 0.05$ .

*При фиксирана полово-ролева схема, факторът майчинство оказва съществено влияние върху ситуативната тревожност. При една и съща полово-ролева схема, жените с РН показват неизменно по-висока ситуативна тревожност от жените майки.*

### **3.3 АЗ ОБРАЗ НА ЖЕНИ С РЕПРОДУКТИВНИ НАРУШЕНИЯ И ЖЕНИ МАЙКИ**

#### **3.3.1. АЗ РЕАЛНО В ДВЕТЕ ГРУПИ ИЗСЛЕДВАНИ ЖЕНИ**

По долу ще сравним резултатите за реалния Аз в двете групи жени. Представени са средните стойности и стандартни отклонения, както и стойностите от Т теста и нивата на значимост.

**Таблица 16. Средни стойности и стандартни отклонения за Аз реално в групите на жените с РН и жените майки. Приведени са и стойностите от Т тест и нивата на значимост.**

поведенческа тенденция Аз реално	1 властно лидерствац	2 независимо доминиращ	3 праволинейно агресивен	4 недоверчиво скептичен	5 покорно стеснителен	6 зависимо послушаем	7 сътруднически конвенционален	8 отговорно великодушен
жени с РН	7,28	<b>5,96</b>	6,59	5,19	5,27	7,90	9,45	8,55
	2,87	<b>2,19</b>	2,22	2,55	3,10	3,18	3,46	3,67
жени майки	6,83	<b>5,46</b>	6,59	5,05	5,03	7,44	8,96	8,47
	2,73	<b>2,24</b>	2,23	2,95	3,06	3,09	3,45	3,66
Т	-1,38	<b>-1,96</b>	-0,03	-0,44	-0,68	-1,27	-1,24	-0,19
нива на значимост	0,17	<b>0,05</b>	0,98	0,66	0,50	0,21	0,22	0,85

Както се вижда от даните в таблица 16, статистически значима разлика между двете групи жени се открива единствено по 2-ра поведенческа тенденция „Независимо доминиращ“, или наричан още „Нарцистичен“ тип, като жените с РН имат по-високи стойности по скалата.

Това бихме могли да коментираме в няколко посоки. От една страна, характеристиките на „Независимо доминиращ“ („Нарцистичен“) поведенческа тенденция са близки до някои описания на нарцистичното разстройство на личността, което съчетава подчертано нестабилно емоционално състояние с изкривена представа за собствена личност. Налице е и преувеличено себеуважение, чувство за превъзходство, пълно ангажиране на вниманието със собствените успехи и способности, убеденост във възможностите и едновременно пренебрежение към качествата и заслугите на околните.

По-високите средните стойности по 2-ра поведенческа тенденция „Независимо доминиращ“, при жените с репродуктивни нарушения, би могла в някои аспекти да се интерпретира в светлината на по-горе изброените характеристики. Може да се предположи, че психологически характеристики, като увереност, независимост, ориентираност към себе си, склонност към съперничество имат отношение към „нарцистичната рана“, която жените с нарушена репродукция носят в себе си. Невъзможността им да продължат рода, и прекъсването на трансгенерационните линии, кара тези жени да чувстват вина,

срам и отхвърляне. Поради крехкото си самочувствие, те не винаги могат да понесат, гласно или негласно изразяваната критика в това отношение към тях.

Тази вътрешна нестабилност в някои случаи, може да бъде компенсирана с омаловажаване или агресивни реакции. Понякога това може да е насочено към партньорите или най- близките им хора. Необходимо е да се отбележи, че при жените с РН много важно място заема „страхът от изоставяне” от страна на съпрузите или партньорите им, който е една от проявите на нарцистичното разстройство.

Нерядко жените с РН се възприемат като „уникални” или „специални медицински случаи”. Това усещане създава предпоставки за различно отношение към околните, особено що се касае за жени майки или бременни жени. Понякога това отношение носи агресивна оцветеност. Това пък от своя страна води към дистантност в отношенията с околните, егоцентричност, склонност към съперничество и конкурентност, всичко това по отношение на единствената тема, която е важна за жените с РН, а именно раждането на дете.

На базата на получените резултати можем да кажем, че реалният Аз образ на жените от двете групи съдържа психологически характеристики като: екстравертно приятелско поведение, желание за сътрудничество, конформизъм, кооперативност, гъвкавост при решаването на конфликти, спазване правилата и добрия тон, стремеж да се помага и да бъде център на вниманието. Да заслужи любовта и признанието на другите, да проявява топлота и дружелюбно отношение, загриженост за другите и отзивчивост. Като цяло, профилите на реално Аз и при двете групи е изместен към дименсията дружелюбие и подчинение, което би могло да се интерпретира и като прояви на женски тип поведение.

### ***3.3.2 АЗ ИДЕАЛНО ЗА ДВЕТЕ ГРУПИ ИЗСЛЕДВАНИ ЖЕНИ***

В таблицата по-долу са представени резултатите за Аз идеално. Представени са средните стойности и стандартни отклонения, а също така и резултатите от Т теста и нивата на значимост.

**Таблица 17. Средни стойности и стандартни отклонения за Аз идеално в групите на жените с РН и жените майки. Приведени са и стойностите от Т теста и нивата на значимост.**

поведенческа тенденция-Аз идеално	1 властно лидерстващ	2 независимо доминиращ	3 праволнейно агресивен	4 недоверчиво скептичен	5 покорно стеснителен	6 зависимо послушаем	7 сътруднически конвенционален	8 отговорно великодушен
жени с РН	7,04	6,01	5,59	2,10	2,35	5,17	<b>8,53</b>	<b>6,85</b>
	2,60	2,27	2,40	2,38	1,98	2,92	<b>3,47</b>	<b>3,27</b>
жени майки	6,87	5,73	5,32	1,99	2,27	4,77	<b>7,57</b>	<b>5,97</b>
	2,51	2,15	2,41	2,31	2,00	2,67	<b>3,46</b>	<b>3,03</b>
Т	-0,56	-1,12	-0,99	-0,39	-0,32	-1,24	<b>-2,40</b>	<b>-2,42</b>
нива на значимост	0,57	0,26	0,33	0,69	0,75	0,22	<b>0,02</b>	<b>0,02</b>

Както се вижда от таблица 17, статистически значими разлики се установяват в две от общо 8-те поведенчески тенденции. Това са 7-ма „Сътрудническо конвенционален” и 8-ма ”Отговорно великодушен” поведенчески тенденции, като средните стойности и на двете тенденции са по-високи в групата на жените с РН.

Ако се върнем към по-изразената нарцистична тенденция в реалния Аз образ на жените с нарушена репродукция и го свържем с повишените стойности в идеалния Аз на „Сътрудническо конвенционален” и ”Отговорно великодушен” поведенчески тенденции. Можем да предположим, че в идеалния Аз е налице определен компенсаторен механизъм и вътрешен конфликт.

В сравнение с жените майки, жените с нарушена репродукция се стремят да бъдат съзнателно по-конформни, да демонстрират прояви на топлина и дружелюбно отношение, загриженост за другите, отзивчивост. следвайки правилата на добрия тон с околните, да бъдат съпричастни и помагачи, като по този начин привличат вниманието върху себе си, ставайки център на това внимание, заслужаващ признание и любов. Може да предположим, че жените с РН се стремят към компенсация на своята „нарцистична рана”, като развиват социално желателни женски качества.



Както се вижда от данните в табл.17 не се установяват разлики между двете групи изследвани жени в образите на Аз идеално за поведенческите тенденции от 1-ва до 6-та.

Както се вижда от данните в табл. 17 в образа на Аз идеално и в двете групи изследвани жени има най-високи стойности са „Сътрудническо конвенционален” (7-ма), „Властно лидерстващ” (1-ва) и „Отговорно великодушен” (8-ма) поведенчески тенденции.

„Сътрудническо конвенционален” (7-ма) поведенческа тенденция, отразява стремежа за намиране на общност с другите, търсене на признание, утвърждаване и идентификация.

„Властно лидерстващ” (1-ва) е тенденцията, отразяваща желанието за лидерство и доминантност. В случая, това може да бъде свидетелство за болезнено преживяване на позицията на подчиненост на изследваните лица. При жените с РН тази позиция вероятно е резултат от преживяване на зависимостта от лекарите, а при жените майки – зависимостта им от семейната подкрепа, която е необходима за отглеждането на дете. Самооценката и самоуважението също страдат и от тук се появяват и компенсаторните механизми, които са насочени към повишаване на личния социален статус. Умерената изразеност на тази тенденция може да отразява и желанието на тези жени за по-висока активност, изразена поведенческа мотивираност и доминантност. Изграждане на умения за бързо и лесно взимане на решения, ориентация на базата на собствени мнения, минимална зависимост от външни влияния, на които жените като цяло са склонни да се подчиняват.

„Отговорно великодушен” (8-ма) поведенческа тенденция, изразява съответствието между личното поведение, общоприетите социални норми и стремежа към дейности полезни за всички хора.

### ***3.3.3 АЗ РЕАЛНО И АЗ ИДЕАЛНО ПРИ ЖЕНИ С РЕПРОДУКТИВНИ НАРУШЕНИЯ***

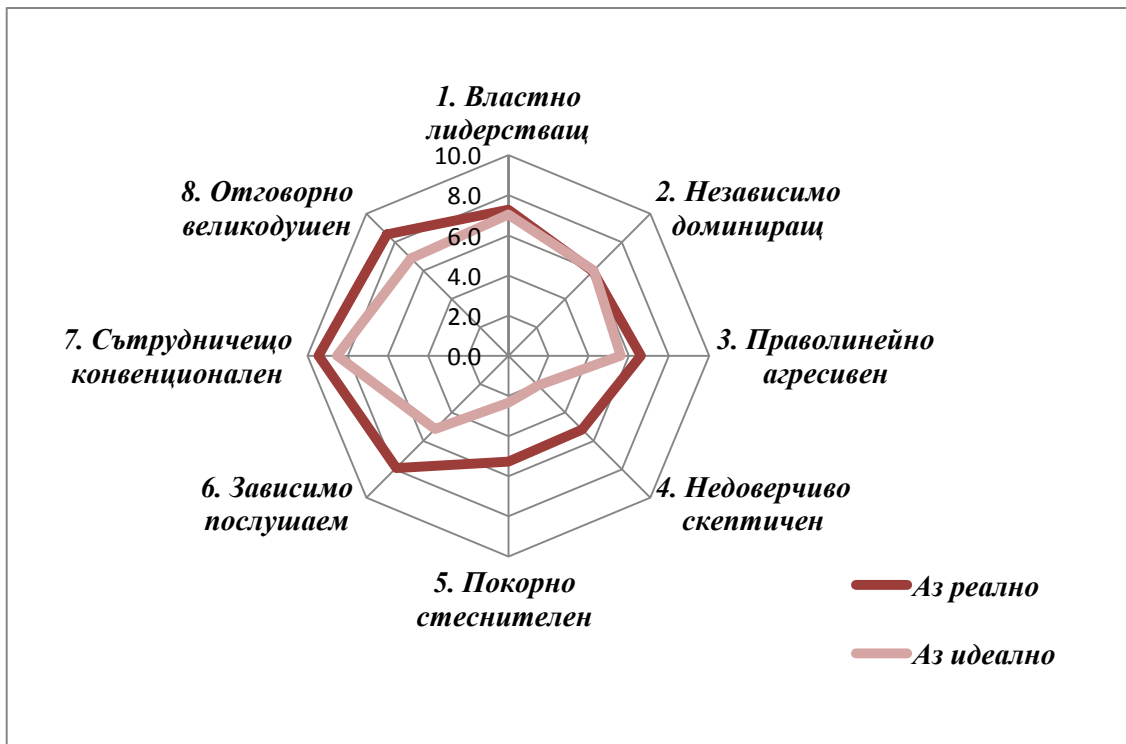
За проверка на разликите между Аз реално и Аз идеално в групата на жените с РН направихме сдвоен Т тест (Paired T test). Данните са представени в таблица 18.

**Таблица 18. Средни стойности и стандартни отклонения за Аз реално и Аз идеално в групата на жените с РН. Приведени са резултатите от Т тест и нивата на значимост.**

поведенческа тенденция	1 властно лидерствац	2 независимо доминиращ	3 праволинейно агресивен	4 недоверчиво скептичен	5 покорно стеснителен	6 зависимо послушаем	7 сътруднически конвенциона	8 отговорно великодушен
<i>Аз реално</i>	7,28	5,96	<b>6,59</b>	<b>5,19</b>	<b>5,27</b>	<b>7,90</b>	<b>9,45</b>	<b>8,55</b>
<i>Аз идеално</i>	7,04	6,01	<b>5,59</b>	<b>2,10</b>	<b>2,35</b>	<b>5,17</b>	<b>8,53</b>	<b>6,85</b>
разлика в средните	0,24	-0,05	<b>1,00</b>	<b>3,10</b>	<b>2,92</b>	<b>2,73</b>	<b>0,92</b>	<b>1,69</b>
стандартно отклонение	3,15	2,45	<b>2,37</b>	<b>2,72</b>	<b>3,04</b>	<b>3,13</b>	<b>3,35</b>	<b>3,42</b>
Т	0,93	-0,27	<b>5,16</b>	<b>13,95</b>	<b>11,75</b>	<b>10,71</b>	<b>3,39</b>	<b>6,07</b>
нива на значимост	0,35	0,79	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

Както се вижда от приложените данни в таблица 18 при жените с РН са налице статистически значими разлики между реален и идеален Аз, в следните поведенчески тенденции: 3-та „Праволинейно агресивен”, 4-та „Недоверчиво скептичен”, 5-та „Покорно стеснителен”, 6-та „Зависимо послушаем”, 7-ма „Сътруднически и конвенционален” и 8-ма „Отговорно великодушен”.

Не се наблюдават разминавания между Аз реално и Аз идеално в първите две поведенчески тенденции „Властно лидерствац” и „Независимо доминиращ”. Графично данните са представени на фигура 2:



**Фигура 2. Кръгов модел на образите на Аз реално и Аз идеално в групата на жените с РН.**

Редица изследователи, сред които и Лири считат, че разминаването между реален и идеален Аз образ свидетелства на „разцепване” и нарушения от невротичния спектър. Най- големи разминавания му Аз реално и Аз идеално се наблюдават в „Недоверчиво скептичен” (4-та), „Покорно стеснителен” (5-та) и „Зависимо послушаем” (6-та) поведенчески тенденции (вж фиг.2).

„Недоверчиво скептичен” (4-та) поведенческа тенденция характеризира неудовлетвореността от позицията в социалната група, свръхчувствителността към забележки, убедеността в недоброжелателното отношение на околните. Тези характеристики, са често срещани при жените с РН и се предполага, че са свързани с обществената стигма, с която живеят двойките с репродуктивни нарушения.

Невъзможността да родиш дете би могло да е сериозна причина една жена да има занижена самооценка да се чувства непълноценна и нереализирана, да търси одобрението на околните, за да не се чувства отхвърлена от обществото. Занижаването на средните стойности в Аз идеално по 4-та поведенческа тенденция, може да е израз на желанието на тези жени да намалят своето недоверие и скептичност към другите хора, като по този начин да облекчат

социалното си функциониране и да се почувстват по-добре приети от обществото. Тази тенденция изразява конфликта на жените с РН от една страна, реалността да са особени и отхвърлени и желанието им да бъдат, като другите жени майки. Реализацията на подобна тенденция в Аз идеално би довело до по-добро справяне с техните репродуктивни нарушения.

По-ниски са и резултатите в идеалният Аз и по „Покорно стеснителен” (5-та поведенческа тенденция). Това би могло да изразява стремеж за понижаване на себе неувереността и неудовлетвореността на жените с РН. Това е особено важно за справяне със стреса след неуспешен ин витро опит или прилагане на друг тип асистирана репродукция, както и при евентуална загуба на настъпила вече бременност. Реализирането на тази тенденция е особено важно при неуспешни ин витро, за да може да продължи борбата за преодоляване на репродуктивното нарушение.

Разминавания се установяват и в „Зависимо послушаем” тип (6-та) поведенческа тенденция в образа на Аз идеално на жените с РН. По-ниските стойности свидетелстват за стремеж към намаляване на чувствителността им спрямо въздействията на социалната среда и понижаване на контрола и зависимостта от медицинските процедури, които при ин витро опит са много точни като дни и часове на провеждане. Поставянето на инжекциите за стимулация, пункцията чрез която се изваждат яйцеклетките, самото оплождане, процедурите по трансфера на ембрионите, се правят в точно определени часове и минути. Нарушението дори само на един от тези елементи може да доведе до провал на ин витро опита.

Когато жените са в подобна процедура, те започват да упражняват контрол и върху останалата част от живота си т.е целият им останал живот и дейности са изцяло подчинен на процедурата. Ето защо, разминаванията по „Зависимо послушаем” тип (6-та) поведенческа тенденция, би могло да е свързано с желание за намаляване на тези негативни влияния върху живота на жените с РН.

Жените с РН, освен от медицинските процедури, явно не харесват и зависимостта си от значими за личността взаимоотношения. Много често, в значима фигура се превръща лекаря (и неговият екип), който те посещават. За голяма част от жените с РН лекаря се превръща в „гуру” или фигура, в която те силно се фиксират и привързват и са склонни „сляпо” да следват. За тази

тенденция са характерни и себенеувереност и неустойчива самооценка, която при жените с РН особено силно се влияе от успехите и неуспехите в лечението на репродуктивния проблем. Те очевидно, не биха искали да се самообвиняват за всеки неуспех и да преживяват толкова болезнено неосъществената мечта за собствено дете.

Тук според нас лежи един от основните, конфликти на жените с РН. Те се намират между принудата да са зависими от медицинските манипулации и желанието им за независимост. От една страна, решението за прилагане на ин витро, изисква стриктно спазване на правилата на медицинската процедура. Спазването на тези правила повишава шансовете за забременяване. Ето защо от една страна жената е принудена да се „подчини“ на медицинската процедура, която е много строго планирана и това доминира над всички останали аспекти от личния и социален живот. От друга страна това буквално роботизиране събужда желанието на жената да бъде независима. Всичко това обаче води до о към вътрешния конфликт между усещането за зависимост и независимост, който според нас още повече усилва влиянието на „нарцистичната рана“ от репродуктивното нарушение.

По-ниски са и стойностите за идеален Аз при „Сътрудническо конвенционален“ тип (7-ма поведенческа тенденция). Жените с РН искат да понижат степента на конформизма си, дружелюбното отношение и кооперативността си.

Понижаване на средните стойности е налице и в „Отговорно великодушен“ (8-ма) поведенческа тенденция. По-ниските средни стойности в 8-ма тенденция от Аз идеално, би могло да изразява желанието на жените с РН, да намалят потребността си от признание от страна на околните, да не идеализират хармонията в междуличностните отношения, да не са толкова състрадателни и загрижени за другите. Реализирането на тази поведенческа тенденция би могла да подпомогне за възстановяването на вътрешният им баланс, който често се нарушава в групата.

*Разминаванията между Аз реално и Аз идеално, които разгледахме по горе ни дават основание да твърдим, че при жените с нарушена репродукция е налице сериозен вътрешен конфликт, произлизащ от подчинената позиция, в която те са принудени да живеят и желанието им да са по-независими и сами*

да определят избора си. Жените с нарушена репродукция се бунтуват срещу тази зависимост и във фантазиите си искат да я променят.

Това съответства и на данните, според които, жените с нарушена репродукция, биха искали да запазят своята увереност, упоритостта и вярата в собствените си сили. Както видяхме по-горе, реалното и идеалното Аз съвпадат в 1-ва и 2-ра тенденции. - „Властно лидерстващ” и „Независимо доминиращ” (Нарцистичен) С други думи, жените с РН харесват тези свои качества и не биха искали да ги променят. В психологически аспект, това означава, че тези характеристики, помагат на жените с нарушена репродукция да поддържат връзката между техния реален и идеален Аз образ. Това, съвпадение е благоприятен фактор за преодоляване на репродуктивното нарушение.

### 3.3.4. АЗ РЕАЛНО И АЗ ИДЕАЛНО ПРИ ЖЕНИ МАЙКИ

За сравнение между образите на Аз реално и Аз идеално в групата на жените майки направихме двоен Т тест. Данните са представени в таблица 19.

**Таблица 19. Средни стойности и стандартни отклонения за Аз реално и Аз идеално в групата на жените майки. Приведени са и резултатите от двоеният Т тест и нивата на значимост.**

поведенческа тенденция	1 властно лидерстващ	2 независимо доминиращ	3 праволинейно	4 недоверчиво скептичен	5 покорно стеснителен	6 зависимо послушаем	7 сътруднически	8 отговорно великодуше
<i>Аз реално</i>	6,83	5,46	6,59	<b>5,05</b>	<b>5,03</b>	<b>7,44</b>	<b>8,96</b>	<b>8,47</b>
<i>Аз идеално</i>	6,87	5,73	5,32	<b>1,99</b>	<b>2,27</b>	<b>4,77</b>	<b>7,57</b>	<b>5,97</b>
разлика между средните	0,04	-0,26	1,26	<b>3,06</b>	<b>2,75</b>	<b>2,67</b>	<b>1,39</b>	<b>2,49</b>
стандартно отклонение	3,07	2,82	2,76	3,21	3,41	3,60	3,68	3,75
Т	-0,16	-0,16	5,62	11,69	9,90	9,09	4,64	8,14
нива на значимост	0,87	0,25	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

Както се вижда от данните представени в таблица 19 в групата на жените майки са налице статистически значими разлики между реален и идеален Аз по 3-та „Праволинейно агресивен”, 4-та „Недоверчиво скептичен”, 5-та „Покорно стеснителен”, 6-та „Зависимо послушаем”, 7-та „Сътруднивец и конвенционален” и 8-та „Отговорно великодушен” поведенчески тенденции.

Не се установяват разлики във „Властно лидерстващ” 1-ва и „Независимо доминиращ” 2-ра поведенчески тенденции. Липсата на разлики по първите две тенденции, биха могли да се интерпретират, като удовлетвореност от характеристиките и приемане на позициите, които жените майки имат спрямо тях. Те се изразяват в увереност в себе си, упоритост и настойчивост, склонност към съперничество, вяра в собствените сили и упоритост и настойчивост. Както и при жените с РН, смятаме, че тези съвпадения, помагат на жените майки да поддържат връзката между техния реален и идеален Аз образ.

Най-големи различия между Аз реално и Аз идеално се наблюдават по „Недоверчиво скептичен” 4-та поведенческа тенденция. Това означава, че жените майки биха искали да намалят ригидността в нагласите си и неудовлетвореността от позицията си в социална група. Предполагаме, че грижите и отговорностите за децата, и особено, ако те са все още малки, прави майките недоволни от социалния им статус и зависимостта, в която те често са поставени. Това може да означава, че жените майки искат да ограничат зависимостта си от значими фигури и да намалят потребността си от помощта на околните, или пък да заявят нуждата си от повече подкрепа от страна на партньора си при грижите за децата.

Разминаванията, които разгледахме означават, че жените майки не харесват своя реален Аз образ и са в състояние на невротичен конфликт. Ако при жените с РН, този конфликт е в резултат от зависимата им позиция от медицинските процедури, лекарите и партньорите, то при жените майки смятаме, че той е в резултат от зависимостта им от грижите за децата и недостатъчната подкрепа от страна на партньора им. Описаното желание за промяна е резултат от реалността, в която живеят жените майки. Те са ориентирани към промяната, отразена в разминаванията, които описахме.

Но има и психологически характеристики, които жените майки харесват (1-ва и 2-ра поведенчески тенденции). Те се изразяват в увереност в себе си,

упоритост и настойчивост, склонност към съперничество, вяра в собствените сили, упоритост и настойчивост. Както и при жените с РН, смятаме, че тези съвпадения, помагат на жените майки да поддържат връзката между техния реален и идеален Аз образ.

Можем да кажем, че при жените майки са налице разминавания между реален и идеален Аз, както и при жените с РН, но причините за възникването им и техния психологически смисъл са различни за двете групи изследвани жени.

### **3.4. ОБРАЗИ НА РЕАЛЕН И ИДЕАЛЕН ПАРТНЬОР НА ЖЕНИ С РЕПРОДУКТИВНИ НАРУШЕНИЯ И ЖЕНИ МАЙКИ**

#### **3.4.1. СРАВНЕНИЕ НА ОБРАЗИТЕ НА РЕАЛЕН ПАРТНЬОР В ДВЕТЕ ГРУПИ ИЗСЛЕДВАНИ ЖЕНИ**

В таблицата по долу са представени данните от сравнението на образите на реален и идеален партньор за двете групи изследвани жени.

**Таблица 20. Средни стойности, стандартни отклонения, T тест и нива на значимост за образа на реален партньор в групите на жените с РН и жените майки.**

поведенческа тенденция реален партньор	1 Властно лидерстващ	2 Независимо доминиращ	3 Праволнейно агресивен	4 Недоверчиво скептичен	5 Покорно стеснителен	6 Зависимо послушаем	7 Сътруднически конвенционален	8 Отговорно великодушен
жени с РН	7,17	5,96	6,15	3,97	3,12	4,87	<b>6,80</b>	5,57
	2,86	2,60	2,90	2,84	2,72	3,24	<b>4,08</b>	3,45
жени майки	7,71	6,22	6,14	3,89	2,55	4,59	<b>5,64</b>	5,21
	2,77	2,20	2,55	2,84	2,44	3,01	<b>3,74</b>	3,45
T	1,66	0,94	-0,02	-0,24	-1,92	-0,76	<b>-2,57</b>	-0,89
нива на значимост	0,10	0,35	0,98	0,81	0,06	0,45	<b>0,01</b>	0,38

Статистически значими разлики за образа на реален партньор се наблюдават в „Сътрудническо конвенционален” (7-ма поведенческа тенденция), за която в групата на жените с РН са налице по-високи средни стойности.



Тези по-високи стойности, най-вероятно означават, че жените с нарушена репродукция, се чувстват повече емоционално подкрепяни от жените майки от техните реални партньори. В сравнение с жените майки, те оценяват партньорите си като по-кооперативни, с по-изразено желание за сътрудничество, по-гъвкави при решаването на проблемни ситуации. Смятаме, че това е свързано най-вече с взаимодействието с партньора, насочено към разрешаване на репродуктивното нарушение. Очевидно жените с РН получават повече емоционална и психологическа подкрепа от страна на своя партньор.

По-ниските стойности на средните стойности по 7-ма „Сътруднически и конвенционален” поведенческа тенденция, за реалните партньори на жените майки, най-вероятно означават, че те се чувстват по-малко емоционално подкрепяни от своите реални партньори и ги оценяват, като по-малко кооперативни и желаещи да сътрудничат. Това най-вероятно се дължи на недостатъчната подкрепа, която партньорите им оказват при грижата за децата и особено, ако тези деца са на по-малка възраст.

Не се наблюдават разлики по седем от осемте поведенчески тенденции. Те са 1-ва ”Властно лидерстващ”, 2-ра „Независимо доминиращ”, 3-та ”Праволинейно агресивен”, 4-та ”Недоверчиво скептичен”, 5-та „Покорно стеснителен”, 6-та „Зависимо послушаем” и 8-ма ”Отговорно великодушен”.

Както се вижда от данните в таблицата и за двете групи изследвани жени, най-високи средни стойности за образа на реален партньор, се регистрират в 1-ва поведенческа тенденция „Властно лидерстващ”. И в двете групи средните стойности, са в границата до 8 точки, което е умерена изразеност на тенденцията. При такава умерена изразеност за водеща 1-ва тенденция, партньорите са оценявани като уверени в себе си, инициативни, с висока активност и поведенческа мотивираност, умения да бъдат добри съветници и организатори и с притежаващи качества на ръководител.

Това са типично доминиращи, лидерски мъжки качества, чрез които жените характеризират своите реални партньори. Тези характеристики са с най-голяма значимост, както за жените с РН, така и за жените майки.

Най-ниски средни стойности за реален партньор и при жените с РН и при жените майки, се отбелязват по 5-та „Покорен и стеснителен” поведенческа тенденция. Това означава, че жените и от двете групи не приемат напълно качества като покорност, подчиняемост, отстъпчивост, склонност да се

съобразяват предимно с чуждото мнение. Това от друга страна, корелира с високите стойности по 1-ва поведенческа тенденция „Властно лидерстващ” и още веднъж подкрепя факта, че жените описват своите партньори, като склонни към доминантен и лидерски тип поведение.

### **3.4.2. СРАВНЕНИЕ НА ОБРАЗИТЕ НА ИДЕАЛНИ ПАРТНЬОРИ НА ЖЕНИТЕ С РЕПРОДУКТИВНИ НАРУШЕНИЯ И ЖЕНИТЕ МАЙКИ**

В таблицата по-долу, са представени средните стойности и стандартни отклонения в съответствие с осемте поведенчески тенденции по теоретичния модел на Лири за идеален партньор в двете групи изследвани жени.

**Таблица 21. Средни стойности и стандартни отклонения за образа на идеален партньор в групите на жените с РН и жените майки. Приведени са резултати от Т тест и нива на значимост.**

поведенческа тенденция идеален партньор	1 Властно	2 Независимо доминиращ	3 Праволинейно агресивен	4 Недоверчиво скептичен	5 Покорно стеснителен	6 Зависимо послушаем	7 Сътруднически конвенционален	8 Отговорно великодушен
жени с РН	6,87	5,73	5,19	1,47	2,09	4,27	7,57	5,96
	2,57	2,24	2,41	2,00	1,87	2,77	3,73	3,10
жени майки	7,15	5,87	5,29	1,31	1,87	4,19	6,98	5,97
	2,01	1,47	1,96	1,78	1,35	2,30	3,39	2,70
T	1,05	0,67	0,42	-0,76	-1,17	-0,27	-1,43	0,02
нива на значимост	0,29	0,50	0,67	0,45	0,24	0,79	0,16	0,98

Както се вижда от данните представени в таблица 21, при сравнението на средните стойности по тенденциите за идеален партньор при двете групи изследвани жени, *няма статистически значими разлики между двете групи жени*. Стойностите по всички осем скали са в адаптивната граница до 8 точки, което означава умерена изразеност на тенденциите.

За жените с РН, най-изразена е 7-ма поведенческа тенденция „Сътрудническо конвенционален”. Това означава, че жените с РН искат техните

партньори да са по-конформни, с по-изразено желание за сътрудничество, да са по-кооперативни, гъвкави и компромисни при решаването на проблеми и конфликти, да проявяват повече топлина и дружелюбие в отношенията.

За жените майки образа на идеалният партньор е с най-изразени стойности по 1-ва поведенческа тенденция „Властно лидерстващ”. Това означава, че жените майки все пак, искат мъжете им да имат по-изразени лидерски качества, като увереност, упоритост и настойчивост в постигането на целите, енергичност и компетентност, авторитет основаващ се на собствените способности. Може би, това създава усещане у жените майки за по-голяма сигурност и стабилност, особено що се отнася за дейности свързани с отреждането на децата.

### **3.4.3. СРАВНЕНИЕ МЕЖДУ ОБРАЗИТЕ НА РЕАЛЕН И ИДЕАЛЕН ПАРТНЬОР НА ЖЕНИТЕ С РЕПРОДУКТИВНИ НАРУШЕНИЯ**

За проверка на разликите между реален и идеален партньор, беше направен сдвоен Т тест. Резултатите са представени в таблицата по-долу.

**Таблица 22. Сравнение по средни стойности между образите на реален и идеален партньор в групата на жените с РН. Приведени са и резултати от сдвоения Т тест и нива на значимост.**

поведенческа тенденция	1 Властно лидерстващ	2 Независимо доминиращ	3 Праволинейно агресивен	4 Недоверчиво скептичен	5 Покорно стеснителен	6 Зависимо послушаем	7 Сътруднически конвенционал	8 Отговорно великодушен
реален партньор	7,17	5,96	<b>6,15</b>	<b>3,97</b>	<b>3,12</b>	<b>4,87</b>	<b>6,80</b>	5,57
идеален партньор	6,87	5,73	<b>5,19</b>	<b>1,47</b>	<b>2,09</b>	<b>4,27</b>	<b>7,57</b>	5,96
разлика между средните стойности	0,29	0,23	<b>0,96</b>	<b>2,49</b>	<b>1,03</b>	<b>0,60</b>	<b>-0,77</b>	-0,39
T	1,59	1,17	<b>4,47</b>	<b>10,59</b>	<b>5,33</b>	<b>2,76</b>	<b>-3,00</b>	-1,73
нива на значимост	0,11	0,24	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,08

*Статистически значими разлики между образите на реалния и идеалния партньор на жените с РН, се откриват по 3-та „Праволинейно агресивен”, 4-та „Недоверчиво скептичен”, 5-та, „Покорно стеснителен”, 6-та „Зависимо послушаем” и 7-ма „Сътрудничещо конвенционален” поведенчески тенденции.*

Най-изразени са тези различия по 4-та поведенческа тенденция ”Недоверчиво скептичен”, в посока на по-ниски средни стойности в образа на идеалния партньор. Това означава, че жените с РН, искат да се намали влиянието на тази тенденция в образа на идеалния им партньор. Те си представят своите идеалните партньори, като по-конформни, по-оптимистични и по-доверяващи се. Смятаме, че това е свързано с желанието на жените с РН, партньорите да им повече да ги подкрепят и помагат при справянето със стреса по време на изследванията, по време на процедурата, по време на очакването на резултатите и след настъпване на бременност или неуспешен ин витро опит.

При сравнението на средните стойности по поведенческите тенденции за образите на реален и идеален партньор на жените с РН не се установяват различия по 1-ва „Властно лидерстващ”, 2-ра „Независимо доминиращ” и 8-ма „Отговорно великодушен” поведенчески тенденции. Това означава, че жените с РН харесват увереността, упоритостта и настойчивостта в постигането на целите, енергичността и компетентността (1-ва), независимостта, склонността към съперничество (2-ра) и отговорността, загрижеността за другите, умението да окуражава, отзивчивостта на своите партньори. С други думи, жените се чувстват добре с партньори, съчетаващи в себе си доминантност (1-ва и 2-ра поведенчески тенденции) и дружелюбие (8-ма поведенческа тенденция). В психологически аспект, това може да се коментира, като стремеж за обединение на поведенчески тенденции отразяващи мъжкото (доминиране) и женското (дружелюбие), което е добра предпоставка за поставяне на новото начало (зачеване).

Наличието на поведенчески тенденции, по които няма статистически значими различия - 1-ва „Властно лидерстващ”, 2-ра „Независимо доминиращ” и 8-ма „Отговорен и великодушен”, отразява поведенчески тенденции, които жените с РН харесват в своите партньори и не биха искали да променят. Смятаме, че това съвпадение на идеалното и реално Аз на партньора е благоприятен фактор за поддържане целостта на двойката, а също така и за разрешаване на репродуктивните нарушения..

На база на получените данни, съвпаденията и различията, които разгледахме, бихме могли да твърдим, че жените с РН, харесват някои качества и характеристики на своите партньори и не харесват други, които си биха искали да променя в представите си. Тези резултати подкрепят тезата, че репродуктивните нарушения често имат дълбоки психологически причини и могат да се дължат на разминаването на реалността и очаквания за партньора.

Като цяло жените с РН харесват и приемат качества като увереност, упоритост, независимост, склонност към съперничество, отговорност и загрижеността за другите. Жените се чувстват добре с партньори съчетаващи в себе си доминантност и дружелюбие т.е мъжки и женски характеристики. Те искат партньорите им да са по-съпричастни към интересите на двойката и в синхрон с женските им потребности.

#### **3.4.4. СРАВНЕНИЕ МЕЖДУ ОБРАЗА НА РЕАЛНИЯ И ИДЕАЛНИЯ ПАРТНЬОР НА ЖЕНИТЕ МАЙКИ**

В таблицата по-долу са представени резултатите от средните стойности в съответствие с осемте поведенчески тенденции по теоретичния модел на Лири.

**Таблица 23. Сравнение по средни стойности между образите на реален и идеален партньор в групата на жените майки. Приведени са и резултатите от сдвоения T тест и нива на значимост.**

поведенческа тенденция	1 Властно лидерстващ	2 Независимо доминиращ	3 Праволинейно агресивен	4 Недоверчиво скептичен	5 Покорно стеснителен	6 Зависимо послушаем	7 Съгрудничещ конвенционал	8 Отговорно великодушен
реален партньор	<b>7,71</b>	6,22	<b>6,14</b>	<b>3,89</b>	<b>2,55</b>	4,59	<b>5,64</b>	<b>5,21</b>
идеален партньор	<b>7,15</b>	5,87	<b>5,29</b>	<b>1,31</b>	<b>1,87</b>	4,19	<b>6,98</b>	<b>5,97</b>
разлика между средните стойности	<b>0,55</b>	0,35	<b>0,85</b>	<b>2,58</b>	<b>0,68</b>	0,41	<b>-1,34</b>	<b>-0,75</b>
T	<b>2,25</b>	1,82	<b>4,23</b>	<b>10,47</b>	<b>3,64</b>	1,75	<b>-4,99</b>	<b>-2,66</b>
нива на значимост	<b>0,02</b>	0,07	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,08	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

Както се вижда от табл. 23, при сравнение на средните стойности на реален и идеален партньор в групата на жените майки, няма разлики по 2-ра ”Независимо доминиращия” и 6-та „Зависимо послушаем” поведенчески тенденции. Това означава, че жените майки приемат в своите партньори качества, като увереност, независимост, склонност към съперничество, вяра в собствените сили (2-ра) и конформизъм, мекота в контактите, вежливост (6-та) и не искат те да се променят в това отношение.

По останалите шест поведенчески тенденции 1-ва ”Властно лидерстващ”, 3-та ”Праволинейно агресивен”, 4-та ”Недоверчиво скептичен”, 5-та „Покорно стеснителен”, 7-ма „Сътруднически и конвенционален” и 8-ма ”Отговорно великодушен” са налице статистически значими разлики.

Най-изразени са тези разлики в 4-та поведенческа тенденция „Недоверчиво скептичен”. Тук средната стойност за идеалния партньор е по-ниска от средната стойност за реалния партньор. Тенденцията е същата, както и при жените с РН. Това, изразява желанието на жените майки, техните партньори да повишат оптимизма си, доверието в околните, както и конформната си нагласа.

Жените майки харесват у своите партньори качества като увереност, независимост, склонност към съперничество, конформизъм, мекота в контактите, вежливост. От друга страна, те си представят своите партньори като по-отговорни, повече социално ориентирани, по-конформни, по-оптимистични и алтруистични.

*Бихме могли да кажем, че и при двете групи изследвани жени е налице стремеж за известна промяна на образа на реалния партньор. Това означава, че не зависимо дали имат репродуктивно нарушение или не, на жените, , им е необходима повече топлина в отношенията, повече съпричастност и проява на разбиране и подкрепа от страна на партньора им.*

## ОБОЩЕНИЕ

Настоящата дисертация е първият научен труд в областта на репродуктивната психология в България. Тя е опит да се установят някои от основните психологически характеристики на жените с репродуктивни нарушения. В настоящия момент в българското общество и научните среди, няма достатъчно информираност за психологическите особености на двойките засегнати от безплодие

В настоящата дисертация създадохме модел на изследването, който ни позволи да изучим нивата на личностна и ситуативна тревожност, полово-ролева идентификация, реалния и идеалния Аз образ и реален и идеален образ на партньора на жени с РН. За контролна група използвахме жени майки на биологично родени деца. При жените с РН изследвахме и влиянието на някои неспецифични фактори като продължителност на безплодието, респ. репродуктивното нарушение, брой ин витро опити, наличие или отсъствие на бременност и фактори за РН.

При сравнителен анализ на *личностна и ситуативна тревожност*, установихме статистически значими различия в тревожността в двете групи. При жените с РН се наблюдават по-високи стойности, както на ситуативната, така и на личностната тревожност.

Установихме още, че възрастта, наличието или отсъствие на бременност, продължителността на безплодие и факторите на безплодие, не оказват влияние върху ситуативната и личностната тревожност на жени с репродуктивни нарушения.

*Това ни води към предположението, че диагнозата „безплодие“ е изключително силен травматичен фактор, на фона на който останалите фактори нямат особено значение.*

Сравнителният анализ на разпределението на полово-ролевите схеми в двете групи показва определени различия. *Андрогинният тип се среща два пъти по-често при жените майки в сравнение с жените с РН. Мъжествения тип полово-ролева идентификация се среща два пъти по-често в групата на жените с РН.*

Резултатите показват още, че женския тип полово-ролева идентификация е еднакво представен в двете извадки. Сравнението на неопределения тип

полово-ролева идентификация в двете групи също показва незначителни различия между групите.

Установихме още определени различия в идеалния Аз образ на двете групи жени. В сравнение с жените майки жените с нарушена репродукция изразяват стремеж да бъдат по-конформни, да демонстрират прояви на топлота и дружелюбно отношение, загриженост, отзивчивост, да бъдат съпричастни и помагачи, като по този начин привличат вниманието върху себе си, чувствайки се център на това внимание, заслужаващ признание и любов. Може да предположим, че по този начин жените с РН се стремят към компенсация на своята „нарцистична рана”, като полагат усилия за развитие на социално желателни женски качества.

Сравнителният анализ на данните за разминаванията на реален и идеален Аз на жени с РН свидетелства за наличие на невротични конфликти. Един от основните невротични конфликти при жените с РН може да бъде определен като конфликт между стремежа им към независимост, и преживяването им на зависимост. Дължи се на подчинената позиция, в която те са принудени да живеят и желанието им да са по-независими и сами да определят избора си. От една страна, при прилагането на ин витро процедурата, жената трябва да й се „подчини” т.е да спазва строго установените медицински правила. А от друга страна, това я „роботизира” и събужда желанието й да бъде независима и да не се съобразява с множеството ограничения, които са наложени от лечението и. Това желание за независимост разгаря вътрешния конфликт. Нашите резултати показват, че жените с нарушена репродукция се бунтуват срещу тази зависимост и във фантазиите си искат да я променят.

Анализът на идеалния образ и неговите разминавания с реалния Аз образ, показва, че жените с РН искат: да намалят чувствителността си спрямо въздействията на социалната среда, да понижат зависимостта си от медицинските процедури, да намалят интензитета на съпреживяване на емоциите на групата, да повишат вътрешната си стабилност, което от своя страна би намалило тревожността им и повишила тяхната стресоустойчивост, не биха искали да се самообвиняват за всеки неуспех и да преживяват толкова болезнено неосъществената мечта за собствено дете.

В същото време, жените с нарушена репродукция се стремят и към укрепване на своята независимост. Това личи от съвпаденията между реален и



идеален Аз. В психологически аспект, наличието на характеристики, които жените с РН не искат да променят помага за укрепване на Аза.

Нашите резултати разкриват интересни особености във оценката, която жените с РН дават на Аза на реалния и идеалния си партньор. Установихме, че в сравнение с жените майки, жените с нарушена репродукция, се чувстват повече емоционално подкрепяни от техните реални партньори. Те възприемат своите реални партньори като по-кооперативни, с по-изразено желание за сътрудничество, по-гъвкави при решаването на проблемни ситуации.

Смятаме, че това е свързано най-вече с общата цел на двойката - взаимодействията вътре в нея в голяма степен са насочени към обща цел - разрешаване на репродуктивното нарушение. Успешната реализация на теза цел изиска жените с РН да получават повече емоционална и психологическа подкрепа от страна на партньора.

При сравнение на Аз образа на реален и идеален партньор на жените с РН, установихме друг важен невротичен конфликт, който оказва съществено влияние върху жените с РН и отношенията в двойката. Нашите резултати подкрепят и тезата на много изследователи, според които, репродуктивните нарушения често имат дълбоки психологически причини и могат да се дължат на разминаването на реалността и очакванията за партньора. Нашите резултати показват, че жените с РН се намират в невротичен конфликт, защото реалния Аз на партньора не съвпада с неговия идеален Аз. На базата на разминаванията, жените осъзнато или неосъзнато, биха могли да отхвърлят своите партньори. Аз образа на идеалния партньор, който жените с РН изграждат, включва следните характеристики на партньора: по-малко раздразнителен и агресивен, по-сътруднически, по-гъвкав, по-компромисен при решаването на конфликти, по-съпричастен към интересите на двойката;

По този начин жените с РН заявяват и желанието си идеалните им партньори да заменят доминантния и лидерстващ стил на поведение, с една по-емоционална и чувствителна нагласа в синхрон с женските им потребности. Установихме също, че жените с РН се чувстват добре с партньори, съчетаващи в себе си доминантност и дружелюбие. Може да се предположи, че това има дълбок психологичен смисъл, тъй като би улеснило разрешаването на проблемите свързани с безплодието и репродуктивните нарушения.

Следва обаче да се отбележи, че има и поведенчески тенденции, които жените с РН харесват в своите партньори и не биха искали те да се променят. Това са: увереност, упоритост, отговорност, състрадателност, загриженост. Смятаме, че наличието на подобни съвпадения между Аз образа на реален и идеален партньор е благоприятен фактор за поддържане целостта на двойката, а също така и за разрешаване на репродуктивните нарушения.

В светлината на нашия изследователски подход и парадигмата на психосоматиката, смятаме, че безплодието и репродуктивните нарушения, са не само медицински, но и тежък социално-психологически проблем. Вярваме, че настоящата дисертация осветлява някои липсващи части в подхода за неговото разрешаване. Тя може да е полезна на психолозите работещи по темата, на медицинските екипи, които ежедневно се сблъскват с емоциите, придружаващи нарушената репродукция и не на последно място на засегнатите от проблема двойки.

Убедени сме, че получените резултати в нашето проучване, могат да помогнат за разработване на един по-цялостен подход за комплексно лечение на жените и двойките с репродуктивни нарушения в България. Смятаме, че идентифицираните от нас невротични конфликти, могат да бъдат поставени във фокуса на бъдещи психотерапевтични програми. Това може да превърне репродуктивните нарушения в обратим и преходен етап по пътя за осъществяване на мечтата на много двойки за собствено дете.

## ***ПРИНОСИ:***

1. Настоящата дисертация е първият научен труд в областта на репродуктивната психология в България. Тя е опит да се установят някои личностни характеристики на жени с репродуктивни нарушения (РН) като личностна и ситуативна тревожност, полово-ролева идентификация, реален и идеален Аз образ и Аз образа на реалния и идеалния партньор. Използван е сравнителния метод, като тези характеристики са изучени при 150 жени майки и 150 жени с репродуктивни проблеми.

2. Изследвана е личностната и ситуативната тревожност на жени с репродуктивни нарушения и жени майки. Показано е, че при жените с РН се наблюдават по-високи стойности, както на ситуативната, така и на личностната тревожност. Установено е още, че възрастта, наличието или отсъствие на бременност, продължителността на безплодие и факторите на безплодие, не оказват влияние върху ситуативната и личностната тревожност на жени с репродуктивни нарушения.

3. Изучена е полово-ролевата идентификация при жени майки и жени с РН. Резултатите показват определени различия в двете групи. При жените майки доминира андрогинния и неопределен тип полово-ролева идентификация, а при жените с РН - неопределения и мъжкия тип полово-ролева идентификация. Показано е още, че полово-ролевата схема оказва влияние върху личностната тревожност на жените с РН, но не оказва влияние върху тази на жени майки.

4. Анализирани са особеностите в Аз реално и Аз идеално в двете групи жени, като са посочени различията в двете групи. Особено внимание се обръща на разминаванията в образите на Аз реално и идеално, които позволяват да се опишат невротичните конфликти на жени с репродуктивни проблеми.

5. Изучени са още особеностите в образа на реалния и идеалния партньор в двете групи изследвани жени. Идентифицирани са основните разминавания в двата образа, което може да бъде използвано в практическата работа със семейни двойки с репродуктивен проблем

6. Получените резултати могат да бъдат използвани в създаване на психопрофилактичните и психотерапевтични програми, насочени към жените и двойките с РН. Тя може да е полезна на психолозите работещи по темата, на медицинските екипи, които ежедневно се сблъскват с емоциите, придружаващи репродуктивните нарушения и не на последно място на засегнатите от проблема двойки.

## **ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД:**

1. **Байчинска К., Божилова М.**, (2012) „Полово-ролева идентификация на жени с безплодие”, Сборник с научни доклади. **Първи национален конгрес по клинична и консултативна психология, 2012, 426-438.**
2. **Байчинска К., Божилова М.**, (2012) „Тревожност, майчинство и полово-ролева схема”, Доклади на БАН. Акад. Изд. "Проф. Марин Дринов", кн. 4, с. 10-15
3. **Байчинска К., Божилова М.**, (2012) „Ситуативна и личностна тревожност на жени с репродуктивни нарушения”, „Психологични изследвания”, 1, с. 51-70
4. **Божилова М.**, (2012) „Психологическа адаптация на двойки с репродуктивни проблеми. Програма за групова терапия”, „Психологични изследвания”, 1, с.165-172
5. **Божилова М.** (2008). „Арт терапията- чрез изкуството към душата. Национална програма за социална и психологическа адаптация на двойки с репродуктивни проблеми”, Сборник с научни доклади, V Национален Конгрес по психология, Българско списание по психология, 1-4, с. 715-720
6. **Божилова М.**, (2008). „Психологическото безплодие”, сп. „Българска медицинска практика” 5, с. 14-15
7. **Божилова М., Стаменов Г.**, (2008). „Надеждата за дете” , АВ Дизайн Груп, София
8. **Божилова М.** (2008), ”Ролята на психологичния фактор при възникване на репродуктивните нарушения”, Сборник. IX Конгрес по стерилитет, контрацепция, хормонозаместителна терапия и гинекологична ендоскопия с международно участие, с. 26-28.
9. **Божилова М.** (2007), „Диагноза – психологическо безплодие”, Сборник XVI Годишна конференция на Българска Психиатрична Асоциация, с. 37