

## ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ИДЕНТИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ИХ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ

Кузьмин М.Ю.,  
Марьянян А.Ю.,  
Сутурина Л.В.

ФГБНУ «Научный центр проблем  
здоровья семьи и репродукции  
человека» (664003, г. Иркутск,  
ул. Тимирязева, 16, Россия)

Автор, ответственный за переписку:  
Кузьмин Михаил Юрьевич,  
e-mail: mirroy@mail.ru

### РЕЗЮМЕ

**Обоснование.** При значительной распространённости синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) дискуссионным остаётся вопрос о его влиянии на идентичность женщин, о специфике такой идентичности, а также о её динамике.

**Цель исследования.** Изучение особенностей динамики идентичности у женщин с синдромом поликистозных яичников и социально-демографических факторов, обуславливающих эти особенности.

**Методы исследования.** Ретроспективное когортное исследование проводилось при помощи методик «СЭИ-тест» и русскоязычных версий методик «Life Line», «Twenty Statements Test» на выборке в 110 женщин репродуктивного возраста (58 женщин с СПКЯ и 52 женщины без СПКЯ; два среза в течение года).

**Результаты.** Было показано, что женщины с диагнозом СПКЯ демонстрируют меньше признаков кризиса идентичности, чем женщины без такого диагноза, однако их идентичность более изменчива. Такие женщины реже характеризуют себя при помощи понятий, относящихся к гендерной и семейной сферам, в пользу качеств личности. Анализ влияния социально-демографических факторов показал, что их идентичность определяет большее число внешних факторов, чем у женщин без СПКЯ. Эго-идентичность таких женщин зависит от семейного статуса и места проживания.

**Заключение.** Идентичность женщин с диагнозом СПКЯ оказывается более изменчивой, однако обнаруживает меньше признаков кризиса. Представляется необходимым учитывать фактор наличия или отсутствия детей при планировании дальнейшего исследования. Полученные результаты могут быть использованы при консультации женщин с СПКЯ.

**Ключевые слова:** идентичность, СПКЯ, женщины репродуктивного возраста, динамика идентичности, Линия жизни

Статья поступила: 21.02.2022

Статья принята: 26.04.2022

Статья опубликована: 05.07.2022

**Для цитирования:** Кузьмин М.Ю., Марьянян А.Ю., Сутурина Л.В. Особенности динамики идентичности у женщин с синдромом поликистозных яичников и их социально-демографические детерминанты. *Acta biomedica scientifica*. 2022; 7(3): 229-241. doi: 10.29413/ABS.2022-7.3.23

## FEATURES OF DYNAMICS OF IDENTITY IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME AND THEIR SOCIO-DEMOGRAPHIC DETERMINANTS

**Kuzmin M.Yu.,  
Marianian A.Yu.,  
Suturina L.V.**

Scientific Centre for Family Health  
and Human Reproduction Problems  
(Timiryazeva str. 16, Irkutsk 664003,  
Russian Federation)

Corresponding author:  
**Mikhail Yu. Kuzmin,**  
e-mail: mirroy@mail.ru

### ABSTRACT

---

*With a significant prevalence of polycystic ovary syndrome (PCOS), the question of its impact on the identity of women, the specifics of such identity, as well as its dynamics remain debatable.*

**The aim.** *To study the features of identity dynamics in women with PCOS and the socio-demographic factors that determine these features.*

**Research methods.** *A retrospective cohort study was conducted using the SEI-test methods and the Russian language versions of the Life Line, Twenty Statements Test methods on a sample of 110 women of reproductive age (58 women with PCOS, 52 women without PCOS; two surveys during the year).*

**Results.** *Had been shown that women diagnosed with PCOS show fewer signs of an identity crisis than women without such diagnosis, but their identity is more variable. Such women are less likely to characterize themselves with the help of concepts related to gender and family spheres in favor of personality traits. An analysis of the influence of socio-demographic factors showed that their identity determines a greater number of external factors than in women without PCOS. The ego-identity of such women depends on marital status and place of residence.*

**Conclusion.** *The identity of women diagnosed with PCOS is more variable, but shows fewer signs of a crisis. It seems necessary to take into account the presence or absence of children when planning further research. The results obtained can be used in the consultation of women with PCOS.*

**Key words:** *identity, PCOS, women of reproductive age, identity dynamics, lifeline*

Received: 21.02.2022  
Accepted: 26.04.2022  
Published: 05.07.2022

**For citation:** Kuzmin M.Yu., Marianian A.Yu., Suturina L.V. Features of dynamics of identity in women with polycystic ovarian syndrome and their socio-demographic determinants. *Acta biomedica scientifica*. 2022; 7(3): 229-241. doi: 10.29413/ABS.2022-7.3.23

## ВВЕДЕНИЕ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) как одно из полиэндокринных расстройств изучается с различных точек зрения [1, 2], в том числе и как фактор, влияющий на различные стороны жизни женщины. Наряду с риском развития депрессивных и тревожных расстройств [3, 4], снижения качества жизни [5] женщина с СПКЯ испытывает проблемы с социализацией и зачастую подвергается стигматизации [6], поскольку не каждое общество готово принять её статус. Проблема принятия социальных ролей – как биологических («действительно ли я являюсь женщиной, если у меня гирсутизм?»), так и социальных («если я не могу родить, являюсь ли я настоящей женщиной?») [7] – приводит к нарушениям гендерной идентичности и идентичности в целом.

Современные исследования расходятся в том, насколько, с одной стороны, СПКЯ влияет на идентичность женщин и, с другой стороны, какова специфика идентичности женщин с СПКЯ. В ряде исследований [8–10] отмечается, что женщины с СПКЯ ощущают себя менее привлекательными физически, склонны описывать себя как андрогинов). В других исследованиях (например, E. Morotti et al. [11]) женщины с СПКЯ не испытывают чувства утраты гендерной идентичности и не проявляют специфики самоуважения и удовлетворённости своей сексуальной сферой.

Сравнивая идентичность женщины с СПКЯ с таковой при других расстройствах (при синдроме полной нечувствительности к андрогенам (CAIS, complete androgen insensitivity syndrome) или при синдроме Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаузера (MRKHS, Mayer – Rokitansky – Küster – Hauser syndrome), F. Brunner et al. [12] и K. Krupp et al. [9] отмечали, что такие женщины имеют больше трудностей с типично женскими ролями, считая, например, для себя важной роль матери и страдая от невозможности её реализовать.

В целом H.A. Manlove et al. отмечают противоречивость в трактовке особенностей идентичности у женщин с СПКЯ: преобладает ли у них мужской тип поведения или, наоборот, они переживают утрату своей женственности [13].

В наших исследованиях [14] мы обнаружили, что женщины репродуктивного возраста с СПКЯ обладают более сформированной эго-идентичностью и демонстрируют меньше признаков кризиса идентичности, однако менее склонны использовать при самоописании категории, относящиеся к семейной сфере и больше обращают внимание на сферы, связанные с социальной идентичностью (карьера, саморазвитие и т. п.). Анализ влияния социально-демографических факторов на идентичность женщин с СПКЯ показал, что большее количество внешних факторов определяет их идентичность по сравнению с женщинами без этого диагноза. Эго-идентичность таких женщин зависит от их семейного положения и места проживания [15]. При этом мы ранее не рассматривали идентичность женщин с диагнозом СПКЯ в динамике. Соответственно, нельзя было сделать вывод

о том, насколько устойчивы выявленные особенности и насколько эта устойчивость обусловлена социально-демографическими факторами.

Таким образом, **целью нашего исследования** стало изучение особенностей развития идентичности у женщин с СПКЯ в зависимости от социально-демографических факторов. К последним были отнесены этническая принадлежность, место проживания, уровень образования и семейное положение.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в период с сентября 2017 по декабрь 2020 г. Первоначально в нем участвовали 140 женщин репродуктивного возраста, проходивших ежегодный профилактический осмотр на базе ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ) (Иркутск): 70 из них – с подтверждённым диагнозом СПКЯ на основании Роттердамского консенсуса [16], 70 – без СПКЯ. Спустя год этим женщинам было предложено повторно заполнить бланки психодиагностических методик. В результате были получены повторно полностью заполненные бланки методик 110 женщин (58 из них – с подтверждённым диагнозом СПКЯ, 52 – без СПКЯ).

Всеми женщинами было подписано информированное согласие на участие в исследовании. При проведении исследования соблюдались принципы, изложенные в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1961); исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ.

Для проведения исследования использовались стандартизированная методика «СЭИ-тест» Е.Л. Солдатовой и соавт. [17] и русскоязычные версии методик «Life Line» [18] и «Twenty Statement Test (TST)» с авторским способом её обработки [19]. При анализе результатов методики «Life Line» учитывалось, какое пространство отводит испытуемая на временной шкале для субъективной репрезентации своего прошлого и будущего (в сантиметрах), а также количество жизненных событий, указываемое в каждом из периодов. При анализе результатов методики «Twenty Statement Test» учитывалась доля самоописаний, относящихся к тому или иному компоненту идентичности.

### Статистический анализ

Для статистического анализа использовалось программное обеспечение IBM SPSS Statistics 23.0 (IBM Corp., США). Для описания количественных данных, имеющих нормальное распределение, использовались показатели среднего арифметического и стандартного отклонения в формате  $M (SD)$ , для прочих – медиана и квартили  $Q1$  и  $Q3$  в формате  $Me (Q1; Q3)$ . Результаты методики СЭИ-теста с учётом её стандартизации рассматривались как количественные. D-статистика Колмогорова – Смирнова оказалась статистически незначимой для шкал данной методики. Соответственно, при сравнении полученных при помощи методики «СЭИ-тест» результатов у женщин с СПКЯ и без СПКЯ исполь-

зовался t-критерий Стьюдента для зависимых и независимых групп, а для изучения различий в идентичности женщин с СПКЯ и без него в зависимости от этнической принадлежности, места проживания, уровня образования, семейного статуса – многофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) и многофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с повторными измерениями. При этом из-за неэквивалентного размера подгрупп мы использовали критерий «след Пиллая». Данные, полученные при помощи методики «Твоя линия жизни», рассматривались как условно количественные. Соответственно, при сравнении полученных при помощи неё результатов у женщин с СПКЯ и без СПКЯ использовались U-критерий Манна – Уитни и T-критерий Вилкоксона (указывались нормализованные z-значения, т. к. выборка превосходила 50 испытуемых). Для сравнения доли, занимаемой тем или иным компонентом идентичности у женщин с СПКЯ и без него, использовались критерий  $\chi^2$  (с поправкой Йетса) и критерий ф Фишера. Критической величиной уровня статистической значимости считалось  $p = 0,01$ , статистической значимости на уровне тенденции –  $p = 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании приняли участие женщины с СПКЯ (основная группа) и без СПКЯ (контрольная группа), практически эквивалентные по полу, семейному статусу, этнической принадлежности, месту проживания и уровню образования (табл. 1).

Сначала мы проанализировали различия в показателях эго-идентичности женщин с СПКЯ (основная группа) и без него (контрольная группа) по методике «СЭИ-тест» (табл. 2).

Согласно полученным данным, на первом году исследования у женщин основной группы более выраженной оказалась Шкала достигнутой идентичности ( $t = 2,52$ ;  $p = 0,01$ ), менее выраженной – Шкала спутанной идентичности ( $t = -2,2315$ ;  $p = 0,03$ ), в сравнении с женщинами из контрольной группы. Это было связано с разницей в следующих субшкалах: Ответственность за выбор ( $t = 2,61$ ,  $p = 0,01$  – для Достигнутой идентичности;  $t = -2,12$ ,  $p = 0,049$  – для Спутанной идентичности); Сила эго ( $t = 2,51$ ,  $p = 0,01$  – для Достигнутой идентичности;

ТАБЛИЦА 1  
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБОРКИ

TABLE 1  
SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE SAMPLE

Шкалы	Женщины с СПКЯ (основная группа) (n = 58)	Женщины без СПКЯ (контрольная группа) (n = 52)
Семейный статус, n (%)		
Не замужем	16 (27,5 %)	14 (26,9 %)
Замужем	30 (51,7 %)	29 (55,7 %)
Гражданский брак	9 (15,6 %)	7 (13,5 %)
В разводе	3 (5,2 %)	2 (3,9 %)
Вдовы	0 (0 %)	0 (0 %)
Этническая принадлежность, n (%)		
Русские	38 (65,5 %)	37 (71,2 %)
Бурятки	14 (24,1 %)	12 (23,1 %)
Метисы	6 (10,4 %)	3 (5,7 %)
Место проживания, n (%)		
Город	36 (62 %)	30 (57,6 %)
Село	22 (38 %)	22 (42,4 %)
Уровень образования, n (%)		
Средняя школа	2 (3,5 %)	3 (5,8 %)
Средняя полная школа	8 (13,8 %)	5 (9,6 %)
Среднее специальное образование	4 (6,9 %)	3 (5,8 %)
Высшее образование	39 (67,2 %)	36 (69,2 %)
Послевузовское образование	5 (8,6 %)	5 (9,6 %)

**ТАБЛИЦА 2**  
**РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ «СЭИ-ТЕСТ» –**  
**ПЕРВЫЙ И ВТОРОЙ СРЕЗЫ<sup>#</sup>**

**TABLE 2**  
**RESULTS OF THE SEI-TEST TECHNIQUE –**  
**FIRST AND SECOND SURVEYS<sup>#</sup>**

Шкала	Первый срез					Второй срез				
	Основная группа (n = 58)		Контрольная группа (n = 52)		t	Основная группа (n = 58)		Контрольная группа (n = 52)		t
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Достигнутая идентичность	26,22	7,50	23,68	5,72	2,52**	23,64	5,35	23,39	4,91	-0,12
Спутанная идентичность	12,40	7,02	15,56	6,29	-2,23*	12,45	4,67	16,35	5,54	2,71**
Предрешённая идентичность	11,97	3,47	12,23	3,90	-0,35	13,91	3,75	11,26	4,47	-2,66**

**Примечание.** <sup>#</sup> – сравнение при помощи t-критерия Стьюдента; \* – различия статистически значимы при p = 0,05; \*\* – различия статистически значимы при p = 0,01.

**ТАБЛИЦА 3**  
**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭГО-ИДЕНТИЧНОСТИ**  
**ОСНОВНОЙ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУПП<sup>#</sup>**

**TABLE 3**  
**DYNAMICS OF INDICATORS OF EGO-IDENTITY**  
**OF THE MAIN AND CONTROL GROUPS<sup>#</sup>**

Шкалы	Основная группа					Контрольная группа				
	Первый срез (n = 58)		Второй срез (n = 58)		t	Первый срез (n = 52)		Второй срез (n = 52)		t
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Достигнутая идентичность	26,22	7,50	23,64	5,35	-2,44**	23,68	5,72	23,39	4,91	-0,49
Спутанная идентичность	12,40	7,02	12,45	4,67	0,35	15,56	6,29	16,35	5,54	1,28
Предрешённая идентичность	11,97	3,47	13,91	3,75	2,36**	12,23	3,90	11,26	4,47	-1,76

**Примечание.** <sup>#</sup> – сравнение при помощи t-критерия Стьюдента; \* – различия статистически значимы при p = 0,05; \*\* – различия статистически значимы при p = 0,01.

t = -2,49, p = 0,01 – для Спутанной идентичности); Эмоциональная зрелость (t = 2,94, p = 0,01 – для Достигнутой идентичности; t = -3,12, p = 0,01 – для Спутанной идентичности).

На втором году исследования оказалось, что, хотя по уровню выраженности статуса Достигнутой идентичности между женщинами основной и контрольной групп различий при повторном срезе не обнаружено, они сохраняются по уровню выраженности Спутанной идентичности (t = 2,71; p = 0,01). Более того, они появились в отношении статуса Предрешённой идентичности (t = -2,66; p = 0,01). Таким образом, спустя год после основного исследования женщины с СПКЯ уже не демонстрируют статистически значимо более выраженный статус Достигнутой эго-идентичности по сравнению с женщинами без СПКЯ, однако по-прежнему демонстрируют меньше проявлений кризиса идентичности, связанного со статусом Спутанной идентичности. Кроме того, различия появились в статусе Предрешённой идентичности: женщины с СПКЯ обнаружили тенденцию принимать статусы идентичности под влиянием внешних обстоятельств, нежели по своей собственной воле. Дополнительный анализ показал, что к основным субшкалам, с которыми связаны отмеченные различия, относятся субшкалы: Сила эго (t = 2,47, p < 0,02 – для Спутанной идентичности; t = -2,16, p < 0,05 – для Предрешён-

ной идентичности), Эмоциональная зрелость (t = -1,97, p < 0,05 – для Предрешённой идентичности), Соответствие себе (t = -1,99, p < 0,05 – для Спутанной идентичности).

На втором этапе мы проанализировали динамику эго-идентичности женщин основной и контрольной групп (табл. 3).

Согласно полученным данным, можно говорить о снижении статуса Достигнутой идентичности (t = -2,44; p < 0,01) и росте уровня Предрешённой идентичности (t = 2,36; p < 0,01); изменения в уровне Спутанной идентичности оказались статистически не значимыми, хотя сам он повысился.

При этом различия в основном пришлось на такие субшкалы, как Ответственность за выбор (t = -2,61, p < 0,01 – для Достигнутой идентичности; t = 2,83, p < 0,01 – для Предрешённой идентичности), Принятие настоящего (t = -2,55, p < 0,01 – для Достигнутой идентичности; t = 2,74, p < 0,01 – для Спутанной идентичности; t = 2,61, p < 0,01 – для Предрешённой идентичности), Осознанность собственных ценностей (t = -2,38, p < 0,01 – для Достигнутой идентичности; t = 1,92, p < 0,01 – для Спутанной идентичности; t = 2,72, p < 0,01 – для Предрешённой идентичности). Таким образом, по сравнению с первоначально полученными результатами женщины с СПКЯ продемонстрировали несколько

более низкий уровень статуса Достигнутой идентичности при одновременном росте уровня Преддрешённой идентичности. Причём основная динамика была связана с принятием ответственности за свои действия, осознанием своих ценностей и принятием настоящего.

При этом показатели эго-идентичности женщин контрольной группы оказались более устойчивыми: анализ их результатов спустя год после первого не обнаружил существенных изменений. Согласно полученным данным, статистически значимые различия зафиксированы только для статуса Преддрешённой идентичности по ряду субшкал, а их динамика является противоречивой ( $t = 2,05, p < 0,01$  – для субшкалы «Ответственность за выбор»;  $t = -1,99, p < 0,01$  – для субшкалы «Эмоциональная зрелость»).

В целом по результатам анализа изменения параметров эго-идентичности у женщин с СПКЯ и без него можно сделать следующий вывод. Хотя эго-идентичность женщин с диагнозом СПКЯ при повторном исследовании демонстрирует меньше признаков кризиса, однако она оказывается более изменчивой, чем у женщин без СПКЯ. По-видимому, идентичность у женщин с СПКЯ более подвержена внешним обстоятельствам (рост выраженности Преддрешённой идентичности). Возможно, это как раз и является проявлением влияния культуры и социума на идентичность при невозможности воспроизводить некоторые из предписываемых социальных ролей.

Далее мы проанализировали динамику структуры ответов женщин основной и контрольной групп на вопрос методики «TST». Было обнаружено следующее. Женщины с диагнозом СПКЯ продемонстрировали статистически значимый рост такого компонента идентичности, как Личностный (48,45 % и 54,48 %;  $\varphi = 2,938; p < 0,01$ ), и снижение таких компонентов, как Деятельностный (5,26 % и 3,71 %;  $\varphi = 1,878; p = 0,05$ ) и Экзистенциальный (14,83 % и 8,26 %;  $\varphi = 4,696; p = 0,01$ ). Таким образом, можно сделать следующие выводы. По результатам первого среза мы обнаружили, что женщины с диагнозом СПКЯ реже используют при самоописании понятия, относящиеся к гендерной и семейной сфере, и чаще указывают качества своей личности («уверенная», «добрая», «активная») и абстрактные самоописания («человек», «житель планеты Земля»). По результатам второго среза видно, что тенденция женщин с СПКЯ описывать себя в терминах качеств своей личности усилилась, а вот стремление использовать абстрактные самоописания («человек», «житель планеты Земля») снизилось.

Наоборот, по сравнению с первым срезом у женщин без СПКЯ статистически значимая динамика зарегистрирована только по такому компоненту идентичности, как Профессиональный: доля самоописаний, относящихся на него, снизилась с 5,58 % до 3,27 % ( $\varphi = 2,577; p < 0,01$ ) (табл. 4).

При этом, если сравнивать структуру ответов женщин основной и контрольной групп, повторно ответив-

**ТАБЛИЦА 4**  
**ПОКАЗАТЕЛИ ВЫПОЛНЕНИЯ ИСПЫТУЕМЫМИ ОСНОВНОЙ (ПЕРВЫЙ И ВТОРОЙ СРЕЗЫ, ОБЩЕЕ ЧИСЛО ОТВЕТОВ ДЛЯ КАЖДОЙ ГРУППЫ – 1160) И КОНТРОЛЬНОЙ (ПЕРВЫЙ И ВТОРОЙ СРЕЗЫ, ОБЩЕЕ ЧИСЛО ОТВЕТОВ ДЛЯ КАЖДОЙ ГРУППЫ – 1040) ГРУПП ПО МЕТОДИКЕ «TST»#**

**TABLE 4**  
**INDICATORS OF PERFORMANCE BY THE SUBJECTS OF THE MAIN (FIRST AND SECOND SECTIONS, THE TOTAL NUMBER OF ANSWERS FOR EACH GROUP IS 1160) AND CONTROL (THE FIRST AND SECOND SECTIONS, THE TOTAL NUMBER OF ANSWERS FOR EACH GROUP IS 1040) GROUPS ACCORDING TO THE TST METHOD#**

Компонент (% от общего числа ответов)	Основная группа, первый срез (n = 58)		Основная группа, второй срез (n = 58)		φ	Контрольная группа, первый срез (n = 52)		Контрольная группа, второй срез (n = 52)		φ
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Поло-ролевой	49	4,22 %	54	4,66 %	0,57	67	6,44 %	56	5,38 %	0,98
Профессиональный	60	5,17 %	70	6,03 %	0,84	58	5,58 %	34	3,27 %	2,57**
Семейный	97	8,36 %	100	8,62 %	0,16	159	15,29 %	180	17,31 %	1,23
Этнический	18	1,55 %	19	1,64 %	0	37	3,56 %	41	3,94 %	0,36
Личностный	565	48,45 %	632	54,48 %	2,93**	445	42,79 %	456	43,85 %	0,45
Коммуникативный	44	3,79 %	58	5,00 %	1,42	37	3,56 %	25	2,40 %	1,61
Деятельностный	61	5,26 %	43	3,71 %	1,87	49	4,71 %	44	4,23 %	0,54
Перспективный	7	0,60 %	4	0,34 %	1,87*	2	0,19 %	1	0,10 %	0,59
Групповой	87	7,50 %	80	6,90 %	0,55	67	6,44 %	76	7,31 %	0,79
Экзистенциальный	172	14,83 %	100	8,62 %	4,69**	119	11,44 %	127	12,21 %	0,57

Примечание. # – сравнение при помощи φ-критерия; \* – различия статистически значимы при  $p = 0,05$ ; \*\* – различия статистически значимы при  $p = 0,01$ .

ших на вопрос методики «TST», можно увидеть следующее. Женщины с диагнозом СПКЯ демонстрируют меньшую выраженность таких компонентов идентичности, как семейный (8,62 % и 17,31 %;  $\chi^2 = 37,256$ ;  $p = 0,01$ ), этнический (1,64 % и 3,94 %;  $\chi^2 = 10,976$ ;  $p = 0,01$ ) и экзистенциальный (8,62 % и 12,21 %;  $\chi^2 = 7,641$ ;  $p = 0,01$ ). При этом у женщин с СПКЯ больше выражены профессиональный (6,03 % и 3,27 %;  $\chi^2 = 9,31$ ;  $p = 0,003$ ), личностный (54,48 % и 43,85 %;  $\chi^2 = 24,819$ ;  $p = 0,001$ ), коммуникативный (5 % и 2,4 %;  $\chi^2 = 10,181$ ;  $p = 0,001$ ) компоненты идентичности (табл. 5).

Таким образом, женщины с диагнозом СПКЯ по сравнению с женщинами без СПКЯ стабильно реже используют при самокатегоризации понятия, относящиеся к семейной сфере, что компенсируется более частным использованием качеств личности («уверенная», «добрая», «активная») при самоописании. Остальные особенности в самоописании оказываются менее устойчивыми (поло-ролевой компонент), а зачастую меняются на прямо противоположные (экзистенциальный, этнический компоненты).

В целом можно заключить следующее. Женщины с диагнозом СПКЯ, имеющие затруднение в принятии роли женщины, как её воспринимает основная часть социума (роль матери, возлюбленной, имеющей внешность, традиционно воспринимаемую как «красивую»), избегают описывать себя в соответствующих категориях, делая при этом акцент на личностных качествах. При этом, как и в случае с показателями эго-идентичности, наблюдается более выраженная динамика структуры идентичности, чем у женщин контрольной группы; женщины с СПКЯ, таким образом, обнаруживают менее устойчивую и более динамичную структуру идентичности.

Наконец, мы проанализировали результаты повторного выполнения методики «Life Line». Учитывались такие параметры методики, как фиксация своего «здесь и сейчас» предложенной линии, количество событий, относимых испытуемым к своему прошлому и будущему. События оценивались при помощи авторского классификатора для изучения идентичности, первоначально разработанного для анализа методики «TST» [19].

При первом срезе оказалось, что репрезентация своего «прошлого» как более насыщенного событиями, а «будущего» как более неопределённого выше у испытуемых с СПКЯ. Показатели выполнения испытуемыми основной и контрольной групп методики «Твоя линия жизни» были следующими. По сравнению с первым срезом статистически значимыми оказались различия по репрезентации прошлых событий: женщины с СПКЯ репрезентируют его как больший отрезок своей жизни ( $Me = 5,2$  (3,5; 7,1) см против  $Me = 3,2$  (2,5; 6) см;  $U = 1011$ ;  $p = 0,03$ ), а также указывают большее число событий ( $Me = 4$  (3; 6) против  $Me = 2$  (1; 3);  $U = 983$ ;  $p = 0,01$ ). При этом при репрезентации будущего различия приходятся только на отрезок, отводимый ему ( $Me = 5,4$  (2,3; 8,5) см против  $Me = 7,1$  (4,5; 10) см;  $U = 992$ ;  $p = 0,01$ ) (табл. 6).

Сравнивая структуру ответов женщин основной и контрольной групп при первом и втором срезах можно отметить следующую тенденцию. Женщины с диагнозом СПКЯ по сравнению с женщинами без СПКЯ стабильно больше внимания отводят реконструированию прошлых событий своей жизни и – отчасти – продолжительности будущего периода своей жизни. Остальные особенности в репрезентации своей жизни оказались менее устойчивыми.

**ТАБЛИЦА 5**  
**СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСНОВНОЙ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУПП (ВТОРОЙ СРЕЗ) ПО МЕТОДИКЕ «TST»#**

Компоненты (% от общего числа ответов)	Основная группа (n = 58)		Контрольная группа (n = 52)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Поло-ролевой	54	4,66 %	56	5,38 %	0,614	> 0,05
Профессиональный	70	6,03 %	34	3,27 %	9,310	0,003
Семейный	100	8,62 %	180	17,31 %	37,256	< 0,001
Этнический	19	1,64 %	41	3,94 %	10,976	< 0,001
Личностный	632	54,48 %	456	43,85 %	24,819	< 0,001
Коммуникативный	58	5,00 %	25	2,40 %	10,181	0,002
Деятельностный	43	3,71 %	44	4,23 %	0,396	> 0,05
Перспективный	4	0,34 %	1	0,10 %	1,495	> 0,05
Групповой	80	6,90 %	76	7,31 %	0,141	> 0,05
Экзистенциальный	100	8,62 %	127	12,21 %	7,641	0,006

Примечание. # – сравнение при помощи критерия  $\chi^2$ .

**TABLE 5**  
**COMPARISON OF THE RESULTS OF THE MAIN AND CONTROL GROUPS (SECOND SURVEY) ACCORDING TO THE TST METHOD#**

Динамика самих показателей оказалась при этом незначительной (табл. 7). По сравнению с первым срезом статистически значимо изменился только средний возраст, после которого испытуемые перестают планировать свою жизнь – т. н. конец событийного периода: он вырос с 55,1 до 59,1 года ( $T = 1,99; p = 0,05$ ). При этом у женщин без диагноза СПКЯ, повторно выполнивших методику «Life Line», статистически значимых изменений в показателях обнаружено не было.

Таким образом, можно сделать следующий вывод. В целом женщины с диагнозом СПКЯ по сравнению с женщинами без СПКЯ стабильно больше внимания отводят реконструированию прошлых событий своей жизни и –

отчасти – продолжительности будущего периода своей жизни. Это согласуется с ростом у них статуса Предреши́нной эго-идентичности, который, по мнению Е.Л. Солдатовой и соавт., отличается попыткой пересмотра своего прошлого и/или идеализацией будущего без внимания к настоящему [17].

На заключительном этапе мы проанализировали влияние различных социально-демографических факторов на идентичность женщин репродуктивного возраста с диагнозом СПКЯ и без него в динамике. Мы использовали многофакторный дисперсионный анализ с повторными измерениями, чтобы установить, влияют ли этническая принадлежность, место проживания, уровень

**ТАБЛИЦА 6**  
**СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСНОВНОЙ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУПП (ВТОРОЙ СРЕЗ) ПО МЕТОДИКЕ «LIFE LINE»#**

Показатели			Основная группа (n = 58)	Контрольная группа (n = 52)	U	p	
Субъективная репрезентация прошлого	Расстояние	Me	5,2	3,2	1011	0,03	
		Q1; Q3	3,5; 7,1	2,5; 6			
	Число событий	Me	4	2	984	0,01	
		Q1; Q3	3; 6	1; 3			
Субъективная репрезентация будущего	Расстояние	Me	5,4	7,1	992	0,01	
		Q1; Q3	2,3; 8,5	4,5; 10			
	Число событий	Me	5,5	6	1688	> 0,05	
		Q1; Q3	2,5; 7,5	3; 8			
Конец событийного периода			Md	59,1	66,5	1454	> 0,05

Примечание. # – сравнение при помощи U-критерия Манна – Уитни.

**TABLE 6**  
**COMPARISON OF THE RESULTS OF THE MAIN AND CONTROL GROUPS (SECOND SURVEY) ACCORDING TO THE LIFE LINE METHOD#**

**ТАБЛИЦА 7**  
**ПОКАЗАТЕЛИ ВЫПОЛНЕНИЯ ИСПЫТУЕМЫМИ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ МЕТОДИКИ «LIFE LINE» (ПЕРВЫЙ И ВТОРОЙ СРЕЗЫ)#**

Показатели			Основная группа			Контрольная группа			
			первый срез	второй срез	W	первый срез	второй срез	W	
Субъективная репрезентация прошлого	Расстояние	Me	5,5	5,2	1,08	3,2	3,8	1,21	
		Q1; Q3	4; 6,7	3,5; 7,1		2,5; 6	3; 7		
	Число событий	Me	4	4	0,34	2	3	0,87	
		Q1; Q3	3; 6	4; 6		1; 3	1,5; 4		
Субъективная репрезентация будущего	Расстояние	Me	5,1	5,4	0,67	7,1	7,3	0,69	
		Q1; Q3	2,5; 8,5	2,3; 8,5		4,5; 10	4; 9		
	Число событий	Me	5	5,5	0,95	6	6	0,44	
		Q1; Q3	2; 7	2,5; 7,5		3; 8	3; 9		
Конец событийного периода			Md	55,1	59,1	1,99*	66,5	67,1	0,94

Примечание: # – сравнение при помощи T-критерия Вилкоксона; \* – различия статистически значимы при  $p = 0,05$ ; \*\* – различия статистически значимы при  $p = 0,01$ .

образования и семейный статус на уровень идентичности женщин. При этом из-за неэквивалентного размера подгрупп мы использовали критерий «след Пиллая».

Согласно полученным данным, не было обнаружено какого-либо влияния этнической принадлежности на уровень выраженности эго-идентичности (след Пиллая = 0,324;  $p = 0,1$ ). Уровень образования также не влияет на выраженность эго-идентичности (след Пиллая = 0,10;  $p = 0,1$ ).

Вместе с тем оказалось, что, как и при первом срезе, статус идентичности зависит от семейного положения женщин (след Пиллая = 2,11;  $p = 0,01$ ). Апостериорный анализ с поправкой Бонферрони также показал, что основные различия связаны с женщинами, находящимися в браке: у незамужних женщин с диагнозом СПКЯ сохраняются большая выраженность Спутанной идентичности ((I-J) = -2,44;  $p = 0,015$ ) и меньшая выраженность Достигнутой идентичности ((I-J) = -2,08;  $p = 0,03$ ), чем у замужних женщин. При этом, хотя на всей выборке испытуемых женщин с СПКЯ произошло изменение выраженности Предрешиённой идентичности, мы не обнаружили влияния семейного положения на данный статус идентичности.

Устойчивым оказалось и различие в выраженности статуса Достигнутой идентичности у городских женщин с диагнозом СПКЯ по сравнению с женщинами из сельской местности ( $t = 2,8$ ;  $p = 0,01$ ). При этом выраженность у последних Спутанной идентичности при повторном срезе оказалась статистически не значимой.

Мы не обнаружили влияния фактора повторных измерений на показатели эго-идентичности женщин ни самого по себе (след Пиллая = 0,38;  $p = 0,08$ ), ни в связи с факторами этнической принадлежности, уровня образования и семейного статуса.

Анализ влияния социально-демографических факторов на особенности эго-идентичности у женщин репродуктивного возраста без СПКЯ, относящихся к контрольной группе, при повторном срезе показал, что различие между женщинами в зависимости от их этнической принадлежности сохраняется и приходится на шкалы Достигнутой и Спутанной идентичности ( $t = 2,6$  и  $t = 2,4$  соответственно;  $p = 0,01$ ) для представительниц русской и бурятской национальностей: у последних уровень Спутанной идентичности оказался выше, а уровень Достигнутой – ниже. При этом, как и в случае с женщинами с подтверждённым диагнозом СПКЯ мы не обнаружили влияния фактора повторных измерений на показатели эго-идентичности женщин как самого по себе (след Пиллая = 0,39;  $p = 0,08$ ), так и в связи с другими факторами.

Таким образом, подтвердилась тенденция, согласной которой у женщин репродуктивного возраста с диагнозом СПКЯ на уровень эго-идентичности влияют место проживания и семейный статус, а у женщин без соответствующего диагноза – этнический статус.

Далее мы проанализировали то, каким образом влияют социально-демографические факторы на результаты женщин репродуктивного возраста с диагнозом СПКЯ, по методике «Двадцать утверждений». По резуль-

татам первого среза оказалось, что на структуру самоописаний женщин с СПКЯ и без него влияют как этническая принадлежность и место проживания, так и уровень образования и семейное положение, однако различным образом. При анализе результатов повторного среза у женщин репродуктивного возраста с диагнозом СПКЯ, полученных по методике «Двадцать утверждений», подтвердились не все ранее выявленные тенденции. Так, женщины-бурятки сравнительно чаще указывают на свою этническую принадлежность (4 % и 0,6 %;  $\chi^2 = 16,6$ ;  $p = 0,01$ ) и подчёркивают свой семейный статус (10,8 % и 5,2 %;  $\chi^2 = 9,68$ ;  $p = 0,02$ ). Однако при этом мы не зафиксировали статистически значимой динамики данного компонента идентичности: доля ответов, относящихся к статусу семейной идентичности, несколько снизилась у женщин русской национальности и осталась неизменной у женщин-буряток.

Как и в первом срезе, женщины с высшим образованием чаще отмечают свою профессиональную принадлежность (7,1 % и 3,7 %;  $\chi^2 = 4,88$ ;  $p = 0,02$ ), чем испытуемые с более низким его уровнем, и указывают сравнительно больше личностных характеристик (61,2 % и 45,1 %;  $\chi^2 = 26,8$ ;  $p = 0,01$ ). При этом в последнем случае у женщин с СПКЯ с высшим образованием статистически значимо повысилась доля ответов, относящихся к личностным характеристикам (с 55,1 % до 61,2 %;  $\chi^2 = 30,2$ ;  $p = 0,01$ ). Получается, что уровень образования влияет на динамику структуры идентичности в этом аспекте.

Сохраняются и различия в выраженности семейной идентичности у женщин в браке и вне его (12,2 % против 5,6 % для холостых женщин;  $\chi^2 = 12,8$ ;  $p = 0,01$ ), однако динамики показателей мы не зафиксировали; при этом особенности, присущие женщинам в гражданском браке, оказываются статистически не значимы. Наконец, при повторном срезе не обнаружили различия в самоописании женщин, проживающих в городской и сельской местности.

Анализ результатов повторного среза подтвердил, что женщины, входящие в контрольную группу, в зависимости от принадлежности к русскому или бурятскому этносу отличаются по выраженности этнического (1,8 % против 4,9 % у представительниц бурятского этноса;  $\chi^2 = 7,15$ ;  $p = 0,01$ ) и личностного (46,8 % против 41,7 % у представительниц бурятского этноса;  $\chi^2 = 5,04$ ;  $p = 0,03$ ) компонентов. При этом, как и в случае с женщинами, относящимися к основной группе, мы не обнаружили различий в самоописании, связанных с местом проживания – в городе или в сельской местности. Статистически значимой динамики в показателях структуры идентичности мы также не обнаружили.

Таким образом, у женщин репродуктивного возраста с диагнозом СПКЯ особенность самоописания определяет большее число внешних факторов, чем у женщин без соответствующего диагноза. В первую очередь, они затрагивают семейный и личностный компоненты, характеризуя, на наш взгляд, сферы, наиболее важные для женщин. У женщин репродуктивного возраста без диагноза СПКЯ самокатегоризации в терминах семейной принадлежности также оказывается детерми-

нированной социально-демографическими факторами, однако в меньшей степени.

Выявленные особенности присутствуют в обоих проведенных срезах, что позволяет сделать вывод об их устойчивости. Однако при этом нельзя сделать однозначного вывода, что социально-демографические факторы существенно определяют динамику идентичности.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В данном исследовании изучались особенности динамики идентичности у женщин с СПКЯ и их социально-психологические детерминанты. При этом изучалась идентичность как система, а не какой-либо один из её компонентов. Во всех известных нам работах обычно исследуется гендерный компонент либо семейные роли женщин и не обсуждается, чем они заменяются в случае невозможности их исполнения.

Нами были установлены особенности динамики идентичности женщин с диагнозом СПКЯ по сравнению с их сверстницами без соответствующего диагноза. Эго-идентичность таких женщин оказывается более подвижной и, предположительно, менее устойчивой за счёт того, что они меньше, чем обычные женщины, склонны описывать себя в традиционных ролях – гендерных и семейных. Однако при этом выраженность кризисных проявлений в идентичности у них меньше. При этом нельзя однозначно заключить, какие социально-демографические факторы влияют на динамику идентичности женщин с СПКЯ: мы зафиксировали различия, связанные с уровнем образования и затрагивающие существенный, но не единственный компонент в структуре идентичности – личностный.

Наши результаты расходятся с другими работами (например, [20]): так, мы не обнаружили обеднения, временной перспективы таких женщин, снижение восприятия их будущего. Хотя при репрезентации последнего женщины репродуктивного возраста с диагнозом СПКЯ отводят будущему сравнительно меньше места, однако при этом различий в насыщенности его событиями не наблюдается. Данная особенность сохраняется и при повторном изучении особенностей идентичности, проведённом спустя год. Возможно, такое несоответствие связано с тем, что мы не рассматривали только бесплодных женщин с СПКЯ, хотя именно женское бесплодие являлось ключевым в исследовании Х.В. Бежиной.

Мы, вслед за F. Nasiri Amiri et al. [8], обнаружили, что у женщин с СПКЯ происходит снижение гендерной роли. Однако это не означает каких-либо переживаний женщин с СПКЯ по данному вопросу – во всяком случае, на уровне выраженности проявления кризиса идентичности.

Вслед за F. Brunner et al. [12], K. Krupp et al. [9] мы также можем сделать вывод, что женщины с СПКЯ имеют трудности с ролью матери: это выражается в снижении выраженности семейного компонента

в структуре идентичности. Однако мы не можем сделать вывод, насколько сильно данный опыт переживается женщинами.

Безусловно, женщины с СПКЯ переживают дополнительную психологическую нагрузку на свою идентичность, поскольку, очевидно, не могут реализовывать весь спектр социальных ролей, предписываемых женщинам. Однако «тяжесть» этой нагрузки будет зависеть от ряда социально-демографических факторов. Если в традиционной культуре, согласно S. Buddhavarapu [6], такая женщина будет стигматизирована, то в культурах более светских, согласно E. Morotti et al. [11], она, наоборот, может и не почувствовать каких-либо нарушений своей самооценки. Значение имеют, очевидно, доступный репертуар ролей: чем он шире, тем больше возможностей для формирования позитивной идентичности есть у женщин.

Современное российское общество при всей его неоднородности и сложности, очевидно, обеспечивает женщинам широкий набор возможностей для реализации. Это объясняет выявленные нами особенности идентичности женщин-россиянок с СПКЯ, где, с одной стороны, кризисные проявления выражены даже меньше, чем у женщин без СПКЯ, и нет обеднения временной перспективы. Однако мы исследовали преимущественно женщин с высшим и послевузовским образованием; такой уровень образования позволяет претендовать на различные общественные статусы, а не только на традиционные для женщин роли жены и матери. Можно предположить, что женщины с более низким образованием и меньшими возможностями реализации (например, проживающие в сельской местности), демонстрировали бы другую динамику идентичности, хотя этого и не было обнаружено в нашем исследовании.

Также сохраняется вопрос о большей изменчивости идентичности женщин с СПКЯ. Это может быть связано с особенностями переживания такими женщинами своей идентичности, что, безусловно, сложно зафиксировать простыми замерами кризисных явлений в идентичности. Можно предположить, что женщины с СПКЯ, по сравнению с обычными женщинами, используют определённые защитные механизмы и стратегии совладания. В таком случае представляется целесообразным изучить связь стратегий совладающего поведения и идентичности женщин с СПКЯ.

Полученные в данном исследовании результаты могут быть использованы при консультации женщин с СПКЯ со стороны как клинических психологов, так и других медицинских специалистов. Как показывают результаты исследований, в ряде случаев женщины испытывают психологический дискомфорт при невозможности реализации определённых социальных ролей («действительно ли я являюсь женщиной, если у меня гирсутизм?», «если я не могу родить, являюсь ли я настоящей женщиной?») [7]. Разъяснение женщинам с СПКЯ возможностей использования других ролей для самореализации, а также факторов, способствующих или препятствующих реализации таких ролей, может быть сделано по результатам данного исследования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### Ограничения

Следует отметить ряд особенностей данного исследования, которые не позволяют считать его окончательным. Прежде всего, на момент начала исследования у нас не было данных о том, является ли постановка диагноза СПКЯ для женщин первичной либо они уже были знакомы с данным диагнозом. Такая информация, безусловно, может повлиять на самооценку и привести к пересмотру идентичности. Не вычленив на первом этапе группу женщин, которым диагноз СПКЯ был поставлен впервые, мы не могли таким образом проследить динамику идентичности именно таких испытуемых – предположительно, она отличалась бы большей изменчивостью.

Кроме того, проводя исследование, на данном этапе мы ограничились только двумя срезами, проведёнными с интервалом в 1–1,5 года. Такой промежуток времени, с одной стороны, может позволить сделать вывод об устойчивости тех или иных особенностей идентичности, однако не вполне позволяет проследить именно динамику идентичности и, возможно, её зависимость от социально-демографических факторов. Мы планируем провести ещё один срез в рамках данного исследования, чтобы точнее установить, как развивается идентичность у женщин с СПКЯ в зависимости от социодемографических факторов. Мы также планируем добавить ещё один фактор – наличие либо отсутствие детей у женщин с СПКЯ, что, по нашему мнению, позволит точнее понять особенности и динамику семейного компонента идентичности женщин. Наконец, представляется целесообразным изучить связь стратегий совладающего поведения и идентичности женщин с СПКЯ.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы.

1. Женщины с диагнозом СПКЯ устойчиво демонстрируют меньше признаков кризиса идентичности, чем женщины без СПКЯ. Это достигается за счёт принятия большей ответственности за свой выбор, а также за счёт лучшего понимания своих эмоций и контроля над ними.

2. Устойчивой особенностью идентичности женщин с диагнозом СПКЯ является использование при самокатегоризации понятий, относящихся к качествам личности, а не к гендерной и семейной сферам.

3. У женщин с СПКЯ особенность самоописания определяет в целом большее число внешних факторов, чем у женщин без соответствующего диагноза. В первую очередь, различия затрагивают семейный и личностный компоненты, характеризуя, на наш взгляд, сферы, наиболее важные для женщин. У женщин репродуктивного возраста без диагноза СПКЯ самокатегоризация в терминах семейной принадлежности также оказывается детерминированной социально-демографическими факторами, однако в меньшей мере.

### Конфликт интересов

Авторы данной статьи сообщают об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

- Lizneva D, Kirubakaran R, Mykhalchenko K, Suturina L, Chernukha G, Diamond MP, et al. Phenotypes and body mass in women with polycystic ovary syndrome identified in referral versus unselected populations: Systematic review and metaanalysis. *Fertil Steril*. 2016; 106(06): 1510-1520. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.07.1121
- Lizneva D, Suturina L, Walker W, Brakta S, Gavrilova-Jordan L, Azziz R. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2016; 106(01): 6-15. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.05.003
- Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild R. Increased risk for abnormal depression scores in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and metaanalysis. *Obstet Gynecol*. 2011; 117: 145-152. doi: 10.1097/AOG.0b013e318202b0a4
- Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild R. Increased prevalence of anxiety symptoms in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2012; 97: 225-230. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.10.02
- Chaudhari A, Mazumdar K, Mehta P. Anxiety, depression, and quality of life in women with polycystic ovarian syndrome. *Indian J Psychol Med*. 2018; 40(3): 239-246. doi: 10.4103/ijpsym.ijpsym\_561\_17
- Buddhavarapu S. Bearding, balding and infertile: Polycystic ovary syndrome (PCOS) and nationalist discourse in India. *J Med Humanit*. 2020; 41: 411-427. doi: 10.1007/s10912-019-09567-9
- Kowalczyk R, Skrzypulec V, Lew-Starowicz Z, Nowosielski K, Grabski B, Merk W. Psychological gender of patients with polycystic ovary syndrome. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012; 91(6): 710-714. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01408.x
- Nasiri Amiri F, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Mohammadpour Thamtan RA, Shiva N. Female gender scheme is disturbed by polycystic ovary syndrome: A qualitative study from Iran. *J Iran Red Crescent Med*. 2014; 16(2): e12423. doi: 10.5812/ircmj.12423
- Krupp K, Brunner F, Fliegner M, Rall K, Brucker S, Briken P, et al. Fragebogen zum Erleben der eigenen Weiblichkeit (FB-W): Ergebnisse von Frauen mit Mayer – Rokitsansky – Küster – Hauser Syndrom und Frauen mit polyzystischem Ovarsyndrom. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 2013; 63(08): 334-340. doi: 10.1055/s-0032-133328
- Williams S, Sheffield D, Knibb RC. "Everything's from the inside out with PCOS": Exploring women's experiences of living with polycystic ovary syndrome and co-morbidities through Skype™ interviews. *Health Psychol Open*. 2015; 2(2): 205510291560305. doi: 10.1177/2055102915603051
- Morotti E, Persico N, Battaglia B, Fabbri R, Meriggiola MC, Venturoli S, et al. Body imaging and sexual behavior in lean women with polycystic ovary syndrome. *J Sex Med*. 2013; 10(11): 2752-2760. doi: 10.1111/jsm.12284
- Brunner F, Fliegner M, Krupp K, Rall K, Brucker S, Richter-Appelt H. Gender role, gender identity and sexual orientation in CAIS ("XY-Women") compared with subfertile and infertile 46, XX Women. *J Sex Res*. 2015; 53(1): 109-124. doi: 10.1080/00224499.2014.1002124
- Manlove HA, Guillermo C, Gray PB. Do women with polycystic ovary syndrome (PCOS) report differences

in sex-typed behavior as children and adolescents: Results of a pilot study. *Ann Hum Biol.* 2008; 35(6): 584-595. doi: 10.1080/03014460802337067

14. Кузьмин М.Ю., Сутурина Л.В. Особенности идентичности у женщин с синдромом поликистозных яичников. *Acta biomedica scientifica.* 2018; 3(3): 155-159. doi: 10.29413/ABS.2018-3.3.24

15. Marianian AY, Kuzmin MY, Markova DP. Ego-identity of women in the reproductive age with PCOS and their socio-demographic determinants. *J Pharm Res Int.* 2020; 32(23): 93-101. doi: 10.9734/jpri/2020/v32i2330794

16. Fauser BC, Tarlatzis BC, Rebar RW, Lergo R. Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod.* 2011; 27(1): 14-24.

17. Солдатова Е.Л., Шевченко А.А. Динамика профессиональных деструкций в соотношении с динамикой идентичности у представителей социальной и производственной сфер деятельности. *Вестник ЮЖГУ. Серия «Психология».* 2012; 45: 32-37.

18. Лидерс А.Г. *Психологическое обследование семьи.* М.: Академия; 2008.

19. Кузьмин М.Ю., Гусев А.Н., Конопак И.А. Связь гендерной идентичности и жизнестойкости у студенток, обучающихся в ВУЗе. *Вестник Забайкальского государственного университета.* 2011; 1: 58-62.

20. Бежина Х.В. Социальная идентичность женщин в ситуации бесплодия. *Известия Уральского государственного университета. Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры.* 2010; 6(85, Ч 2): 117-121.

## REFERENCES

1. Lizneva D, Kirubakaran R, Mykhalchenko K, Suturina L, Chernukha G, Diamond MP, et al. Phenotypes and body mass in women with polycystic ovary syndrome identified in referral versus unselected populations: Systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2016; 106(06): 1510-1520. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.07.1121

2. Lizneva D, Suturina L, Walker W, Brakta S, Gavriloja-Jordan L, Azziz R. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2016; 106(01): 6-15. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.05.003

3. Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild R. Increased risk for abnormal depression scores in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and metaanalysis. *Obstet Gynecol.* 2011; 117: 145-152. doi: 10.1097/AOG.0b013e318202b0a4

4. Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild R. Increased prevalence of anxiety symptoms in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2012; 97: 225-230. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.10.02

5. Chaudhari A, Mazumdar K, Mehta P. Anxiety, depression, and quality of life in women with polycystic ovarian syndrome. *Indian J Psychol Med.* 2018; 40(3): 239-246. doi: 10.4103/ijpsym.ijpsym\_561\_17

6. Buddhavarapu S. Bearding, balding and infertile: Polycystic ovary syndrome (PCOS) and nationalist discourse in India. *J Med Humanit.* 2020; 41: 411-427. doi: 10.1007/s10912-019-09567-9

7. Kowalczyk R, Skrzypulec V, Lew-Starowicz Z, Nowosielski K, Grabski B, Merk W. Psychological gender of patients with polycystic ovary syndrome. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012; 91(6): 710-714. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01408.x

8. Nasiri Amiri F, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Mohammadpour Thamtan RA, Shiva N. Female gender scheme is disturbed by polycystic ovary syndrome: A qualitative study from Iran. *J Iran Red Crescent Med.* 2014; 16(2): e12423. doi: 10.5812/ircmj.12423

9. Krupp K, Brunner F, Fliegner M, Rall K, Brucker S, Briken P, et al. Fragebogen zum Erleben der eigenen Weiblichkeit (FB-W): Ergebnisse von Frauen mit Mayer – Rokitansky – Küster – Hauser Syndrom und Frauen mit polyzystischem Ovarsyndrom. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie.* 2013; 63(08): 334-340. doi: 10.1055/s-0032-133328

10. Williams S, Sheffield D, Knibb RC. "Everything's from the inside out with PCOS": Exploring women's experiences of living with polycystic ovary syndrome and co-morbidities through Skype™ interviews. *Health Psychol Open.* 2015; 2(2): 205510291560305. doi: 10.1177/2055102915603051

11. Morotti E, Persico N, Battaglia B, Fabbri R, Meriggiola MC, Venturoli S, et al. Body imaging and sexual behavior in lean women with polycystic ovary syndrome. *J Sex Med.* 2013; 10(11): 2752-2760. doi: 10.1111/jsm.12284

12. Brunner F, Fliegner M, Krupp K, Rall K, Brucker S, Richter-Appelt H. Gender role, gender identity and sexual orientation in CAIS ("XY-Women") compared with subfertile and infertile 46, XX Women. *J Sex Res.* 2015; 53(1): 109-124. doi: 10.1080/00224499.2014.1002124

13. Manlove HA, Guillerme C, Gray PB. Do women with polycystic ovary syndrome (PCOS) report differences in sex-typed behavior as children and adolescents: Results of a pilot study. *Ann Hum Biol.* 2008; 35(6): 584-595. doi: 10.1080/03014460802337067

14. Kuzmin MY, Suturina LV. Investigation of identity's peculiarities of the women with PCOS. *Acta biomedica scientifica.* 2018; 3(3): 155-159. (In Russ.). doi: 10.29413/ABS.2018-3.3.24

15. Marianian AY, Kuzmin MY, Markova DP. Ego-identity of women in the reproductive age with PCOS and their socio-demographic determinants. *J Pharm Res Int.* 2020; 32(23): 93-101. doi: 10.9734/jpri/2020/v32i2330794

16. Fauser BC, Tarlatzis BC, Rebar RW, Lergo R. Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod.* 2011; 27(1): 14-24.

17. Soldatova EL, Shevchenko AA. The dynamics of professional destruction in relation to the dynamics of identity among representatives of the social and industrial spheres. *Bulletin of the South Ural State University. Series "Psychology".* 2012; 45: 32-37. (In Russ.).

18. Lidars AG. *Psychological examination of the family.* Moscow: Akademiya; 2008. (In Russ.).

19. Kuzmin MYu, Gusev AN, Konopak IA. The relation of gender identity and hardness of the girls-students at a higher school. *Transbaikal State University Journal.* 2011; 1: 58-62. (In Russ.).

20. Bezhina CV. Social identity of women in the infertility situation. *Izvestia of Ural Federal University journal. series 1. issues in education, science and culture.* 2010; 6(85, Ч 2): 117-121. (In Russ.).

**Сведения об авторах**

**Кузьмин Михаил Юрьевич** – кандидат психологических наук, доцент, и. о. научного сотрудника лаборатории социально значимых проблем репродуктологии, ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», e-mail: mirroy@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7538-8375>

**Марьяня Анаит Юрьевна** – доктор медицинских наук, доцент, руководитель лаборатории социально значимых проблем репродуктологии, ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», e-mail: anait\_24@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9544-2172>

**Сутурина Лариса Викторовна** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья, ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», e-mail: lsuturina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6271-7803>

**Information about the authors**

**Mikhail Yu. Kuzmin** – Cand. Sc. (Psychol.), Docent, Acting Research Officer at the Laboratory of Socially Significant Problems of Reproductive Medicine, Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, e-mail: mirroy@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7538-8375>

**Anait Yu. Marianian** – Dr. Sc. (Med.), Docent, Head of the Laboratory of Socially Significant Problems of Reproductive Medicine, Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, e-mail: anait\_24@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9544-2172>

**Larisa V. Suturina** – Dr. Sc. (Med.) Professor, Head of the Department of Reproductive Health Protection, Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, e-mail: lsuturina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6271-7803>