

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРОГРАММА ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

© 2008 г. В. В. Васильева*, В. В. Авруцкая**

*Доктор биологических наук, психолог, ведущий научный сотрудник ФГУ НИИ акушерства и педиатрии, Ростов-на-Дону; e-mail : V.Vasiljeva@rniip.ru

** Кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог, там же

Психологическое обследование прошли 157 женщин с физиологическим течением беременности и 134 – с осложненным. Выявлены достоверные различия в психоэмоциональном статусе беременных обследованных групп. Предложена и реализована программа психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий. Полученные результаты позволяют сделать вывод о необходимости внедрения в деятельность акушерских служб программ психологического сопровождения беременных.

Ключевые слова: психоэмоциональный статус, беременность, программа психологического сопровождения.

Беременность является чрезвычайно сильным эмоциогенным фактором в жизни женщины, оказывающим влияние как на возникновение различных эмоций, так и на психосоматическую организацию [1, 16, 24]. Если физиологические процессы в организме женщины при беременности изучаются достаточно интенсивно, то психическая сфера, в частности особенности психоэмоционального статуса при физиологическом и осложненном течении гестации (беременности), требуют углубленных исследований.

В ряде работ показано, что различные нарушения психоэмоционального статуса беременных сопровождаются осложнениями беременности, а именно хронической фетоплацентарной недостаточностью и гипоксией плода [5, 11], с ранним и поздним гестозом (токсикозом беременности) [2–4, 10], с привычным невынашиванием беременности [12, 26].

Анализ литературы по данной проблематике выявил, что исследователями выделено более 700 психологических факторов, влияющих на процесс беременности и родов, психическое развитие ребенка и готовность к материнству. Сюда относятся личностные особенности беременной, история ее жизни [7], адаптация к супружеству, особенности адаптивности как свойства личности [15], модель материнства матери беременной [22], социокультурные факторы, такие как положение женщины в обществе и социальная значимость материнства [25]. Для анализа индивидуально-психологических особенностей женщины во время беременности использовались различные методы обследования с определением разно-

уровневых характеристик личности (темпераментальных, характерологических, атрибутивных, семейно-генетических и др.) [13, 14, 17, 19, 20, 23]. На наш взгляд, до настоящего времени недостаточно разработана проблема роли разных показателей психологического статуса в успешности вынашивания ребенка и различных видов патологии беременности, в частности одного из основных осложнений беременности – угрозы ее прерывания. Несмотря на широкий круг проблем, рассматриваемых в рамках психологии беременности, проводится недостаточно исследований, предполагающих количественный сравнительный анализ личностных и психоэмоциональных характеристик беременных при физиологической беременности и угрозе ее прерывания. Исследования, посвященные изучению влияния эмоционального стресса на беременную, использующие различные психологические тесты для определения психоэмоционального напряжения во время всего периода гестации, тоже представляют, на наш взгляд, особый интерес, поскольку позволяют обосновать применение разных психотерапевтических методов при работе с беременными.

Анализ литературы свидетельствует об актуальности и эффективности проведения психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с беременными и подтверждает необходимость синтеза и обобщения существующих методов для формирования комплексного подхода к подготовке к родительству и родам [1, 8, 16, 24].

Цель исследования – выявление различий и анализ динамики ряда личностных и психоэмоциональных особенностей женщин при физиологи-

чески протекающей беременности и угрозе ее прерывания.

Гипотезы:

1. Существуют различия в психоэмоциональном статусе женщин с физиологически протекающей беременностью и женщин, у которых в течение гестации выставляется клинический диагноз “угроза прерывания беременности”.

2. Разработка и реализация комплексной программы психопрофилактики и психокоррекции, психологическая подготовка беременных позволяют существенно снизить влияние стрессогенных факторов и улучшить показатели психоэмоционального статуса женщин.

Задачи:

1. Изучить личностные и психоэмоциональные особенности женщин с физиологической беременностью и угрозой ее прерывания с помощью опросника Кеттела.

2. Количественно оценить уровень психоэмоциональной напряженности, определить показатели ситуативной и личностной тревожности у женщин групп “норма” и “угроза”.

3. Определить тип психологического компонента гестационной доминанты, оценить самооценку самочувствия, активности и настроения у женщин с физиологической беременностью и угрозой ее прерывания.

4. Разработать практическую модель комплексной подготовки беременных к родам и изучить динамику показателей психологического статуса и клинических характеристик в результате реализации психопрофилактической программы.

Предмет исследования: психоэмоциональный статус женщин с физиологической беременностью и угрозой ее прерывания.

Объектом исследования, проходившего в течение всего периода гестации, были 560 беременных.

МЕТОДИКА

Участники исследования. Всего под наблюдением находилось 560 беременных, проходивших клиническое обследование в течение всего периода беременности, родов и раннего послеродового периода. Возраст беременных колебался от 18 до 40 лет, медиана составляла 24.5 года.

Методики. Диагностический комплекс психологического обследования женщин проводился на 11–12-й неделях беременности и включал следующие методики: шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина, опросник Р. Кеттела [1], цветовой тест М. Люшера, определение типа психологического компонента гестационной доминанты И.В. Добрякова [13], опросник нервно-психиче-

ского напряжения Т.А. Немчина [21], опросник “Самочувствие, активность, настроение” (САН).

Для решения поставленных задач обследования по методикам Спилберга–Ханина, САН и Немчина проводились в два этапа: до проведения психопрофилактической и психокоррекционной работы (11–12 недель беременности) и после (36–37 недель). Тестирование методиками Кеттела, Люшера, Спилберга–Ханина, САН проводилось в компьютерном варианте. Расчет значений факторов в тесте Кеттела, уровня ситуативной и личностной тревожности, балловых значений по отдельным шкалам методики САН осуществлялся автоматически в рамках программ тестирования. Интерпретация результатов тестирования проводилась на основании стандартных описаний [1]. Полученные при использовании методики Кеттела значения факторов нормировались, т.е. переводились в стеновые с помощью таблиц с учетом полового и возрастного признаков. Интерпретация результатов осуществлялась на основании рассчитанных стенов для каждого фактора. Средние значения стенов означают среднюю выраженность соответствующего свойства, тогда как крайние – его гипо- или гипервыраженность. При анализе показателей методики Спилберга–Ханина учитывалось, что итоговые показатели могут находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При интерпретации результатов использовались следующие оценки: до 30 баллов – низкая тревожность, 31–45 баллов – умеренная, 46–60 баллов – высокая, выше 61 балла – очень высокая тревожность. Итогом анализа результатов исследования по методике САН является сумма значений баллов по отдельным шкалам: “Самочувствие”, “Активность”, “Настроение”. Полученная по каждой шкале сумма находится в пределах от 10 до 70 и позволяет выявить функциональное состояние человека в данный момент времени по принципу: меньше 30 баллов – низкая оценка; 30–50 баллов – средняя оценка; больше 50 баллов – высокая оценка. Тест Люшера, использующий феномен цветопредпочтения для диагностики нервно-психических состояний и выявления внутриличностных конфликтов, использован как индикатор психоэмоционального состояния женщин. Рассчитывались показатели суммарного отклонения от аутогенной нормы (СО) и вегетативный коэффициент (ВК). Показатель СО является эталонным индикатором нервно-психического благополучия. Численная оценка степени удаленности цветовых предпочтений обследуемой от аутогенной нормы отражает ее энергетическую установку и свидетельствует о состоянии вегетативной нервной системы. Использование методики цветовых предпочтений позволяет исследовать индивидуальные особенности эмоционально-личностного резерва, объективизировать эмоциональное состояние беременной. Для расчета коэф-

фициента суммарного отклонения от аутогенной нормы (СО) по тесту Люшера использовались стандартные таблицы. Величина вегетативного коэффициента (ВК) определялась по формуле: $BK = (18 - (3 + 4)/(18 - (1 + 2)))$. На место цифр, обозначающих номера цветowych эталонов, ставятся порядковые номера позиций, занимаемых указанным цветом. Результаты дроби, превышающие единицу, интерпретируются как преобладание эрготропного тонуса. Значение меньше единицы расценивается как доминирование трофотропных тенденций. Речь идет о готовности к затрате энергии, когда яркие цвета находятся на первых позициях, и о перевозбуждении и потребности в покое, когда яркие цвета передвигаются в конец ряда (особенно это касается красного цвета). Уровень нервно-психического напряжения определялся в соответствии с классификацией Т.А. Немчина [21], где слабая степень нервно-психического напряжения оценивается в диапазоне от 30 до 50 баллов, средняя – 51–70, резко выраженное нервно-психическое напряжение – 70–90 баллов.

С помощью опросника для определения типа психологического компонента гестационной доминанты [13] было выделено пять психотипов: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный.

Статистическую обработку результатов психологических обследований проводили с использованием методов параметрической и непараметрической статистики [9]. Методы дескриптивной статистики включали в себя оценку среднего арифметического и ошибки среднего значения частот встречаемости признаков. Статистический анализ полученного комплекса данных проводился с использованием стандартного пакета прикладного статистического анализа *Statistica 5.0* [6]. В целях выявления артефактов и исключения их из массива обрабатываемых данных использовались критерий Шовене [18]. Для сравнения средних значений применялся критерий Стьюдента в двух модификациях (для сравнения выборок равного и неравного объема) [9]. Различия полагали достоверными при величине $p \leq 0.05$.

Для формирования комплексного подхода к подготовке к родительству и родам нами была разработана **“Программа психологического сопровождения беременных”**. На основе анализа и систематизации существующих методов обследования и психокоррекции беременных женщин [1, 16, 24] предложена структура программы психологического сопровождения, включающая информационную, развивающую и физическую составляющие.

Учитывая, что одной из ведущих причин психоэмоциональной напряженности беременных является возникновение состояния неопределен-

ности вследствие отсутствия необходимой информации, программа включает обширный курс лекций с видеоматериалами, снятыми на базе поликлиники, родильного отделения, детского отделения. В случае акушерских осложнений женщины информировались об их причинах, стратегии лечения и прогнозе родоразрешения при данной патологии. Как известно, именно такой подход является основой когнитивной психотерапии. Разъяснение снимает тревогу и эмоциональную напряженность, уменьшает масштаб переживаний, делает отношение женщины к патологии беременности более гармоничным, препятствует “уходу в болезнь”. Как правило, это приводит к изменению поведенческих и эмоциональных реакций, позволяя женщине осознать значимость болезненных проявлений, необходимость медицинской помощи.

Программа психологического сопровождения беременных включает три блока.

Информационный блок содержит информацию о физиологических механизмах деторождения, возможных осложнениях гестации, особенностях режима, питания, выполнения правил гигиены во время беременности, родов и в послеродовом периоде, эмоциональных и поведенческих особенностях, характерных для женщин в период вынашивания ребенка, правилах ухода за ребенком, принципах грудного вскармливания. Форма реализации программы – лекционные занятия с использованием видео- и аудиоматериалов собственного производства, плакаты, пособия.

Развивающий модуль предусматривает проведение занятий с психологом по формированию и развитию материнской сферы. Данный модуль реализуется в форме групповых и индивидуальных занятий. Форма проведения занятий (группы встреч) основывается на теории клиент-центрированной психотерапии. Используются методы пренатального обучения и налаживания взаимодействия матери с ребенком в течение беременности. Проводится обучение эмоциональной саморегуляции (техники релаксации и регуляции эмоций, ресурсные техники), тренинг взаимодействия с ребенком, эмоционального сопровождения, тактильного контакта. В ряде случаев целью психокоррекции является преодоление когнитивного и эмоционального избегания, опровержение убеждений, связанных со страхом родов, уменьшение социальной тревоги, и тогда рационально применение эффективных когнитивных и бихевиоральных техник. В некоторых случаях используется метод гештальттерапии.

Модуль физического развития предполагает обучение техникам дыхания и самомассажа в родах, специальному комплексу гимнастических упражнений при беременности.

В комплексной программе психологического сопровождения участвовали 200 беременных (ос-

Таблица 1. Распределение беременных по клиническим группам (в абс., %)

Клинические группы	Норма	Угроза	Смешанная	Гестоз	НИ
Абс.	157	134	222	30	17
%	28.1	23.9	39.6	5.4	3.0

Таблица 2. Распределение беременных по возрасту (в %)

Группы	Возраст (лет)				
	18–20	21–25	26–30	31–35	36–40
Норма	22.0	40.0	22.0	14.1	1.9
Угроза	20.2	38.9	26.8	9.7	4.4
Смешанная	21.1	40.1	24.7	9.9	4.2
Гестоз	13.4	26.6	36.6	13.4	10.0
НИ	11.0	29.4	35.2	17.6	6.8

новая группа). Группу сравнения составили 210 женщин, не посещающих занятия по психопрофилактической подготовке.

Ретроспективный анализ течения гестации позволил условно разделить всех женщин на пять клинических групп. В первую группу (“норма”) вошли женщины, у которых отсутствовали клинические признаки угрозы прерывания беременности в течение всего периода гестации. Во вторую группу (“угроза”) были выделены те беременные, у которых угроза прерывания беременности диагностировалась во всех трех триместрах гестации. Третью группу (“смешанная”) составили беременные, у которых диагноз угрозы прерывания беременности устанавливался в одном из триместров. В отдельные группы были выделены беременные с поздним гестозом – группа “гестоз” и женщины, у которых после первичного обследования произошло самопроизвольное прерывание беременности – группа “неблагоприятный исход”

(“НИ”). В силу наличия ряда особенностей течения гестации из анализа были исключены женщины с многоплодной беременностью. Распределение обследованных женщин по клиническим группам представлено в табл. 1. Распределение беременных по возрасту представлено в табл. 2. Средний возраст женщин группы “норма” составил 25.02 ± 0.65 , группы “угроза” равнялся 24.94 ± 0.46 , “смешанной” группы составил 24.98 ± 0.54 , группы “гестоз” равнялся 24.48 ± 0.54 , группы “НИ” был 25.86 ± 0.78 года. Статистические различия по этому показателю между всеми группами отсутствовали. Анамнестические данные, характеризующие детородную функцию женщин обследованных групп, представлены в табл. 3. Результаты анализа анамнестических данных по различным нозологиям приведены в табл. 4.

В обеих группах женщин (в основной и в группе сравнения) были парциально представлены все (кроме “НИ”) выделенные клинические группы (табл. 5).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Психологическое обследование показало, что женщины с физиологическим течением беременности (“норма”) и женщины с осложнениями гестации (“угроза”) различаются по личностным и психоэмоциональным особенностям. Согласно методике Кеттелла, наиболее существенные различия между выделенными группами обнаружены по следующим шкалам: *A* ($t = 3.23$; $p \leq 0.05$) (замкнутость–общительность), *L* ($t = 2.73$; $p \leq 0.05$) (доверчивость–подозрительность), *O* ($t = 2.45$; $p \leq 0.05$) (уверенность в себе–тревожность), *Q3* ($t = 2.96$; $p \leq 0.05$) (уровень самоконтроля), *Q4* ($t = 3.16$; $p \leq 0.05$) (расслабленность–напряженность). У всех беременных обнаруживались сниженные значения по фактору *C* (эмоциональная неустойчивость–эмоциональная устойчивость). Значения средних показателей стенов факторов

Таблица 3. Распределение беременных по состоянию генеративной функции (в абс., %)

Группы		Роды		Первоберемен.	Повторно берем.		Прерывание беременности			Осложнения
		в срок	преж.		первород.	повт. род.	С/А	М/А	НР	
Норма	Абс.	88	7	62	36	59	9	25	–	9
	%	56	4.5	39.5	22.9	37.6	5.7	16	–	5.7
Угроза	Абс.	80	6	48	35	51	11	20	4	13
	%	59.7	4.4	35.9	26.1	38	8.2	14.9	2.9	9.7
Смешан.	Абс.	118	11	93	56	73	17	31	7	22
	%	53.2	4.9	41.9	25.3	32.8	76	13.9	3.1	9.9
Гестоз	Абс.	15	3	12	11	7	4	4	3	5
	%	50	10	40	36.6	23.4	13.3	13.3	10	16.6
НИ	Абс.	9	2	6	8	3	5	3	4	4
	%	52.9	11.8	35.3	47	17.7	39.4	17.6	23.5	23.5

Таблица 4. Перенесенные и хронические заболевания (в абс.)

Группы	Заболевания		
	гинекологиче-ские	эндокриноло-гические	экстрагени-тальные
Норма	29	21	100
Угроза	46	23	88
Смешанная	71	35	151
Гестоз	11	6	19
НИ	7	3	11

Таблица 5. Распределение беременных по группам (в абс.)

Группы	Норма	Угроза	Смешанная	Гестоз
Основная	57	62	76	5
Сравнения	60	57	85	8

A, C, L, O, Q3, Q4 у женщин исследуемых групп представлены в табл. 6.

Усредненный профиль личности группы “норма” находился в рамках “условной середины”, при этом разброс результатов был невелик. Обращает на себя внимание относительно высокий уровень профиля по шкале *A* (открытость–замкнутость) при относительном понижении шкалы *C*, отражающей эмоциональную стабильность, и *Q3*, отмечающейся при недисциплинированности и спонтанности поведения. Из описания следует, что женщины с физиологической беременностью более общительны, открыты для взаимодействия с окружающими, активны, доверчивы, благожелательны, терпимы, нетребовательны, уверены в себе, однако эмоционально неустойчивы и недисциплинированы.

Интерпретируя форму усредненного профиля личности беременных группы “угроза”, следует отметить доминирование шкал *O, Q4, L* при понижении шкал *A, C*. Сочетание пика по шкале *L* с низкими значениями профиля по шкалам *A* и *C* свидетельствует о выраженном нарушении межличностных отношений и в свою очередь порождает амбивалентность отношений с окружающими. С одной стороны, это ожидание внимания и заботы окружающих (медперсонала, родственников), а с другой – холодность, недоброжелательность, бескомпромиссность. На основании качественного анализа профиля можно утверждать,

что в группе “угроза” сравнительно больше женщин замкнутых, обращенных на себя, собственные переживания, характеризующихся некоторой ригидностью, излишней строгостью в оценке людей, скептически настроенных. Женщины с угрозой прерывания беременности характеризуются подозрительностью, неуверенностью в себе, эмоциональной неустойчивостью, низкой толерантностью по отношению к фрустрации, наличием возбуждения и беспокойства. Подводя итог описанию усредненных профилей личности, следует отметить, что для беременных обеих групп было характерно относительное понижение шкалы *C*, свидетельствующее о некоторой эмоциональной неустойчивости.

Использование в обследовании многоцветового теста Люшера помимо качественного описания позволило количественно оценить уровень психоэмоциональной напряженности беременных обследуемых групп. Анализ полученных данных показал, что женщины с физиологической и осложненной гестацией отличаются по показателям аутогенной нормы и вегетативному коэффициенту. Для беременных группы “норма” среднее значение суммарного отклонения от аутогенной нормы (*CO*) равнялось 18 ± 3.5 , а у женщин с осложнениями гестации – 28.1 ± 4.3 . Согласно интерпретации теста, чем выше значение этого коэффициента, тем более выражены непродуктивная напряженность, зажатость, нестабильность, утомляемость, преобладание негативных переживаний. Значения вегетативного коэффициента (*BK*) у 92% беременных группы “норма” отмечалось в диапазоне 0.85–1.25. У женщин группы “угроза” наблюдались либо низкие значения *BK* в интервале 0.31–0.78 (54%), либо высокие: 1.35–3.2 (37%). По данным интерпретации, значения 0.9–1.2 (как в нашем случае в группе “норма”) указывают на оптимальное функциональное состояние, ориентацию на действия, трату энергии вовне. Низкие значения указывают на преобладание энергосберегающих форм поведения, тенденцию к минимизации усилий, потребность в отдыхе, неготовность к действию, трудности мобилизации. Высокие значения свидетельствуют о перевозбуждении. Качественный анализ данных теста выявил ряд характерных особенностей. В группе женщин с нормальным течением беременности на первой и второй позициях чаще встречались зеленый (25%), красный (22%), а также желтый (18%) цвета. В группе женщин

Таблица 6. Значения средних показателей стенов факторов (по методике Кеттелла), имеющих достоверные отличия в группах беременных “норма” и “угроза”

Группы/Факторы	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>L</i>	<i>Q3</i>	<i>O</i>	<i>Q4</i>
Норма	7.1 ± 0.20	4.6 ± 0.15	5.8 ± 0.13	4.8 ± 0.16	6.1 ± 0.12	5.6 ± 0.16
Угроза	4.5 ± 0.17	4.3 ± 0.14	6.9 ± 0.15	5.6 ± 0.18	7.4 ± 0.13	7.6 ± 0.15

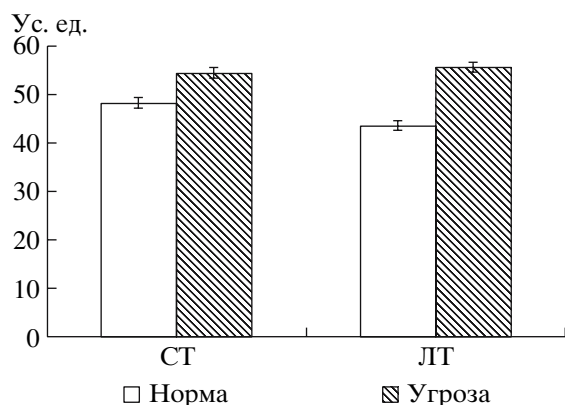


Рис. 1. Графическое изображение значений показателей тревожности у беременных групп “норма” и “угроза”. Обозначения: СТ – ситуационная тревожность, ЛТ – личностная тревожность.

“угроза” на первой и второй позициях доминировали серый (25%), фиолетовый (23%), коричневый (20%) цвета.

Анализ результатов тестирования ситуативной тревожности, проводимого с использованием теста Спилбергера–Ханина, показал, что в среднем по группе “норма” значение этого показателя составило 48.2 ± 4.5 ус. ед., для группы “угроза” – 54.3 ± 4.8 (рис. 1). Полученные значения позволяют говорить о высоком (по существующей классификации) уровне ситуативной тревожности у всех беременных. Сопоставление усредненных по группам показателей личностной тревожности, полученных с помощью того же теста, свидетельствует о статистически значимых различиях. В группе “норма” показатель личностной тревожности равнялся 43.8 ± 5.1 (средний уровень тревожности), а в группе “угроза” – 55.2 ± 3.0 (высокий уровень тревожности) ($t = 2.49$; $p \leq 0.05$).

При определении типа психологического компонента гестационной доминанты выявлена следующая закономерность. Группа “норма”: у 58%

женщин доминировал оптимальный тип, 8% – эйфорический, 7% – тревожный, 7% – гипогестогнозический, для 20% беременных характерен смешанный тип (тревожный, гипогестогнозический, эйфорический, оптимальный). Группа “угроза”: у 37% женщин доминировал тревожный тип, 9% – эйфорический, 15% – гипогестогнозический, 18% – оптимальный, 2% – депрессивный, для 19% беременных характерен смешанный тип (рис. 2).

Уровень нервно-психического напряжения (по Немчину) при осложненном течении беременности (группа “угроза”) составил 51.1 ± 8.2 балла против 44.2 ± 4.5 при физиологическом течении беременности. В группе “угроза” наблюдается достоверное ($t = 3.47$; $p \leq 0.05$) повышение нервно-психического напряжения, кроме того, показатель характеризуется большим разбросом (минимальное значение 39 баллов, максимальное – 85 баллов).

Результаты теста на самооценку своего самочувствия, активности и настроения (САН) показали, что самооценка самочувствия и настроения достоверно различались в клинических группах. Данные показатели были занижены в группе “угроза”. А самооценка активности в указанных группах не различалась (табл. 7).

Сравнение групп беременных, прошедших и не прошедших программу психологического сопровождения, выявило достоверные различия по ряду психологических факторов. Обобщение данных о динамике параметров психоэмоционального статуса послужило основанием для заключений об общих тенденциях в развитии психологического состояния женщины с позиции нормы (табл. 8). Выделены следующие варианты оценок: положительная динамика (наблюдаются положительные сдвиги показателей); отрицательная динамика (наблюдаются отрицательные сдвиги показателей); незначительная динамика (изменения не существенны); неустойчивая динамика (наблюдается противоречивая картина: по одним параметрам

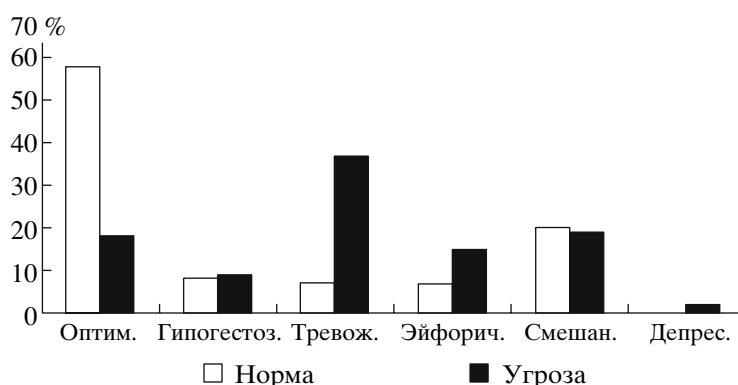


Рис. 2. Распределение беременных групп “норма” и “угроза” по типам психологического компонента гестационной доминанты.

Таблица 7. Результаты теста САН при обследовании в первом триместре беременности

Группы/Шкалы	Самочувствие	Активность	Настроение
Норма	48.0 ± 2.2	50.2 ± 4.4	55.4 ± 2.2
Угроза	36.1 ± 2.8	48.2 ± 4.1	45.4 ± 3.3

Таблица 8. Динамика показателей психоэмоционального статуса беременных после проведения программы психологического сопровождения (в абс., %)

Динамика/Группы	Основная (200 чел.)	Сравнения (210 чел.)
Положительная	158 (79%)	24 (11%)
Отрицательная	5 (2.5%)	60 (29%)
Незначительная	20 (10%)	64 (30%)
Неустойчивая	17 (8.5%)	62 (30%)

Таблица 9. Показатели психоэмоционального статуса у беременных выделенных групп

Показатель		Основная группа	Контрольная группа
САН	Тревожность	42.4 ± 1.02	51.8 ± 1.07
	Личностная	41.2 ± 0.98	53.4 ± 1.02
	Ситуативная	47.8 ± 2.5	40.5 ± 1.8
	Самочувствие	49.3 ± 1.4	41.9 ± 1.5
	Активность	56.8 ± 2.5	46.4 ± 2.3
Настроение		46.2 ± 1.92	54.1 ± 1.52
Уровень нервно-психического напряжения (по Немчину)			

Таблица 10. Частота осложнений родового процесса и послеродового периода у женщин наблюдаемых групп (в %)

Параметры/Группы	Основная	Контрольная
Дискоординация родовой деятельности	0.4	3.9
Слабость родовой деятельности	6.8	26.8
Гипоксия плода в родах	3.1	15.4
Разрывы шейки матки и тканей влагалища	15.8	54.8
Неэффективное поведение женщины в родах (отсутствие правильного дыхания, техник расслабления и т.п.)	2.5	92
Медикаментозное обезболивание	15.8	42.5
Нарушение сна в послеродовом периоде	4.5	25.0
Нарушение лактации	5.4	15.7

рам динамика положительная, по другим – отрицательная или незначительная). При сравнении абсолютных значений психологических факторов (табл. 9) выявилась безусловная эффективность программы психопрофилактического сопровождения беременных с точки зрения оптимизации их психоэмоционального статуса.

Обнаружено совпадение тенденций по обеим шкалам тревожности теста Спилберга–Ханина, свидетельствующее о понижении базовой тревоги и напряженности беременных в результате проведения психопрофилактических мероприятий. Согласно анализу динамики показателей САН, у женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку, в целом наблюдается повышение настроения, активности и улучшение самочувствия к 36 неделям беременности. Кроме того, показано снижение уровня нервно-психической напряженности (по Немчину).

В табл. 10 представлены результаты сравнительного анализа течения родов у женщин основной группы, прошедших комплексную психологическую подготовку по указанной программе, и у женщин группы сравнения. Анализ клинических результатов течения родов убедительно свидетельствует о том, что у женщин, прошедших комплексную подготовку к родам, существенно реже наблюдались осложнения родового процесса. При адекватном эмоциональном состоянии в полной мере включались естественные механизмы регуляции интенсивности родовой деятельности, поэтому и осложнения, и медикаментозная помощь роженицам основной группы встречались намного реже. Значительно реже применялись анальгетики (в два раза) и наркотические препараты (в три раза), что свидетельствует об обезболивающем эффекте применяемых роженицами навыков дыхания и расслабления, освоенных в период подготовки.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Показано, что состояние беременности сопровождается специфическими психологическими проявлениями, которые наблюдаются у всех женщин, но уровень их выраженности индивидуален и отражает нормальное или осложненное протекание беременности. Сравнительный анализ позволил установить достаточно широкий спектр психологических критериев риска течения гестации, что может способствовать дальнейшему расширению действий, направленных на прогнозирование и раннюю диагностику разных форм нарушений психоэмоционального статуса беременных.

Анализ полученных нами результатов позволил показать, что женщины групп “угроза” и “норма” отличаются по ряду индивидуально-личностных параметров. Наши результаты хорошо согласуются и в то же время дополняют данные, полученные в работах других исследователей [3, 7, 11, 12, 15, 20].

Внимание многих ученых привлекает проблема повышения тревожности беременных [1, 10, 11, 14]. Как показано нами, у всех беременных данные ситуативной тревожности существенно

превышали норму. Личностная тревожность рассматривается нами как отражение склонности индивида переживать состояние тревоги, а ситуативная – как состояние тревоги, связанное с актуальной жизненной ситуацией, например беременностью. Другими словами, сама беременность, по-видимому, является фактором, способствующим повышению ситуативной тревожности, что само по себе является следствием включения нормальных механизмов адаптации. Причин, по которым повышается тревожность при беременности, достаточно много: это и физические, и психологические, и микросоциальные факторы. Но в случае формирования правильной мотивации и родительской компетентности при беременности уровень тревожности ко второму триместру снижается, тогда как в обратном случае в динамике гестации тревога нарастает. И тогда беременные часто преодолевают сомнения по поводу нормальности будущего ребенка, благополучия вынашивания и родов, изменений в себе и жизненной ситуации и т.п. Многие из этих и других тревог происходят от незнания некоторых аспектов, связанных с беременностью и родами, развитием ребенка. Одной из ведущих причин тревоги может быть возникшее у беременных чувство одиночества, непохожести на других женщин, субъективное ощущение отсутствия понимания. Все это может приводить к тому, что, как было показано нами, у женщин с неблагоприятным течением беременности уровень как личностной, так и ситуативной тревоги достоверно выше, чем у женщин с нормальным протеканием этого процесса.

Таким образом, сама беременность естественно оказывает существенное влияние на психоэмоциональное состояние женщины, даже при физиологическом ее течении. С этих позиций представляется обоснованным рассматривать повышение ситуативной тревожности как процесс “адаптивный”, а значит, необходимый. В то же время высокая личностная тревожность может расцениваться как проявление индивидуальной недостаточности адаптивных механизмов психики. Женщины с высоким уровнем личностной тревожности чаще находятся в состоянии стресса, который затрагивает как соматический, так и психический уровни. Выраженную тревожность, раздражительность, страх перед родами в сочетании с некритичной оценкой своего соматического состояния и трудностями межличностного контакта у обследованных беременных женщин отмечали также В.В. Абрамченко [1] и Н.П. Коваленко [16].

Результаты, полученные нами при использовании методики Немчина, показали, что на повышение нервно-психического напряжения влияют осложнения беременности. Умеренное нервно-психическое напряжение, которое наблюдается

во время беременности, мобилизует адаптационные механизмы организма, активирует симпатические и парасимпатические отделы вегетативной нервной системы, способствует формированию гестационной доминанты. У женщин с осложненным течением гестации, по нашим данным, нервно-психическое напряжение усиливается, приводя к негативным последствиям.

Характеризуя результаты, полученные при обследовании беременных по методике САН, необходимо отметить низкий уровень самочувствия и настроения у беременных группы “угроза”. Использование теста Люшера показало значительное изменение количественных показателей у женщин с осложненным течением гестации в сторону неблагоприятного вегетативно-эмоционального состояния. Такие сведения могут являться дополнительным подтверждением высокого уровня психоэмоциональной напряженности у этих беременных. Следует учитывать, что от того, как складывается баланс взаимодействия факторов, предрасполагающих к различным формам нарушений поведения, используемых стратегий снятия стресса и затрат, благодаря которым индивид достигает этого баланса, в значительной степени зависит полнота и психического, и физического здоровья. Поэтому закономерен тот факт, что наиболее благоприятное сочетание личностных черт и эмоциональных особенностей наблюдается у женщин с физиологическим течением гестации. Таким образом, на наш взгляд, в работе установлено соотношение характера соматических осложнений беременности с сочетанием определенных индивидуально-психологических характеристик.

Резюмируя данные литературы, можно сделать вывод о том, что, с одной стороны, растет социальный запрос на психологическую помощь беременным женщинам, признается важность и необходимость ее проведения, а с другой – отсутствуют комплексные программы мониторинга беременных, которые включают психопрофилактическое сопровождение.

Основная цель психологической части программы – это подготовка женщины к материнству во всех аспектах этого вопроса. Практическая ценность разработанной программы заключается в заложенном в ней комплексном подходе к проблеме, содержательной и организационной интеграции ее составляющих, органичное встраивание в структуру официальной медицины.

Критериями эффективности реализации психологической программы являются снижение уровня нервно-психического напряжения беременных, оптимизация их психоэмоционального статуса, которое подтверждено результатами психологических обследований, а также снижение ряда осложнений гестации и родов. Предложенная

модель подготовки способствует формированию у женщин во время родов состояния спокойной уверенности, настроя на эмоционально-телесный контакт с ребенком, повышает уровень мотивированности на адекватное родовое поведение.

Полученные нами результаты позволяют сделать вывод о целесообразности и важности внедрения программ психологического сопровождения беременных. В контексте вышесказанного отметим, что на современном этапе развития здравоохранения одним из приоритетов следует считать широкое внедрение в деятельность акушерско-гинекологических служб психологических программ работы с беременными. С одной стороны, совместное сотрудничество психолога и врача акушера-гинеколога позволяет беременной женщине более эффективно адаптироваться к новому состоянию, создать оптимальный эмоциональный фон, позитивно осознать ценность и смысл рождения ребенка. С другой стороны, психологическая помощь в пренатальный период является первичной психопрофилактикой нарушений детско-родительских отношений. Создание и внедрение программ психопрофилактического сопровождения акушерского мониторинга беременных способствует снижению числа осложнений во время гестации и родов, рождению здоровых детей и в конечном итоге сохранению и укреплению здоровья нации.

ВЫВОДЫ

1. Показано, что женщины с физиологическим и осложненным течением гестации отличаются по психоэмоциональным и личностным особенностям.

2. Выявлены специфические сочетания индивидуально-психологических характеристик, таких как эмоциональная неустойчивость, высокое нервно-психическое напряжение и тревожность, низкая толерантность по отношению к фрустрации, которые могут являться факторами риска, затрудняющими адаптацию женщин к беременности.

3. Внедрение программ психологического сопровождения беременных способствует оптимизации их психоэмоционального статуса, снижению числа осложнений во время гестации и родов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абрамченко В.В.* Психосоматическое акушерство. СПб., 2001.
2. *Абрамченко В.В. и др.* Психические состояния как при физиологическом течении беременности, так и при гестозе в условиях применения метода подготовки беременных к родам // Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии. М., 2007. С. 83–84.
3. *Алифорова В.Ф.* Неврологические осложнения при поздних токсикозах беременности. Киев, 1982.
4. *Байлюк Е.Н. и др.* К вопросу обоснования применения экспериментально-психологических методов оценки психосоматического статуса беременных с поздним гестозом // Перинатальная психология и медицина. СПб., 2005. С. 99–101.
5. *Бодяжина В.И.* Вопросы медикаментозной и немедикаментозной терапии в период беременности // Акушерство и гинекология. 1983. № 10. С. 15–20.
6. *Боровиков В.Б.* Statistica. Искусство анализа данных на компьютере. СПб.: Питер, 2003.
7. *Брутман В.И., Радионова М.С.* Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. 1997. № 7. С. 38–47.
8. *Васильева В.В.* Психопрофилактическая работа с беременными в системе акушерского мониторинга // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. М., 2003. С. 41–42.
9. *Владимирский Б.М., Горстко А.Б., Ерусалимский Я.М.* Математика. Общий курс. СПб.: Лань, 2002.
10. *Волков А.Е.* Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 1995.
11. *Горемыкина В.И. и др.* Изменение психоэмоционального статуса у женщин с угрозой прерывания беременности и их коррекция // Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии и терапии. Иваново, 2001. Т. 1. С. 144–147.
12. *Грон Е.А.* Личностные особенности, показатели стресса и онтогенез материнской сферы у женщины с привычной потерей беременности // Перинатальная психология и медицина. СПб., 2003. С. 61–62.
13. *Добряков И.В.* Диагностика и лечение невротических расстройств у беременных женщин // Перинатальная психология в родовспоможении. СПб., 1997. С. 16–24.
14. *Ефремова О.Ю., Магденко О.В., Иглина Н.Г.* Изучение психосоматического состояния женщин при физиологической и осложненной беременности // Перинатальная психология и медицина. СПб., 2005. С. 88–89.
15. *Захарова Е.И.* Характер личностных изменений женщины в период беременности // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. М., 2001. С. 101–104.
16. *Коваленко Н.П.* Перинатальная психология. СПб., 2001.
17. *Мазурова М.Е., Хамошина М.Б.* Психоэмоциональный стресс как фактор формирования гинекологической патологии у женщин // Перинатальная психология и медицина. 2001. Т. 1. С. 35–38.
18. *Марченко Б.И.* Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования. Таганрог: Сфинкс, 1997.

19. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996.
20. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18–27.
21. Немчин Т.А. Состояние нервно-психического напряжения. Л.: Наука, 1983.
22. Пезешкиан Н.П. Позитивная семейная психотерапия. М., 1996.
23. Северный А.А., Баладина Т.А., Солоед К.В., Шалина Р.И. Психосоматические аспекты беременности // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. № 5. С. 17–22.
24. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М., 2002.
25. Хорни К. Невроз и личностный рост. М.: Медицина, 1997.
26. Швецов М.В. Новые методы психотерапии при невынашивании беременности. Пермь: Звезда, 2001.

PSYCHO-EMOTIONAL PECULIARITIES OF WOMEN' STATUS DURING NORMAL AND COMPLICATED PREGNANCY AND THE PROGRAM OF THEIR PHYSIOLOGICAL SUPPORT

V. V. Vasiljeva*, V. V. Avrutskaya**

* *Sc.D. (biology), psychologist, leading research assistant, Research Institute of Obstetrics and Pediatrics, Rostov-on-Don*

** *PhD, obstetrician-gynecologist, the same place*

157 pregnant women with normal gestation and 134 women with complicated gestation have passed the psychological observation. It was observed that pregnant women had significant differences in psycho-emotional status. Creation and introduction of psychological supportive program has been promoted. The data allows us to make a conclusion that it is necessary to promote the psycho-preventive support programs in obstetrics services.

Key words: psycho-emotional status, pregnancy, the program of psychological support.