

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004

## ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПИЧНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЗДНИМ ГЕСТОЗОМ БЕРЕМЕННОСТИ

ЛЫСЕНКО О.В.\*, ЗАНЬКО С.Н.\*, ЛЫСЕНКО С.В.\*\*

*Витебский государственный медицинский университет\*,  
кафедра акушерства и гинекологии;  
Международный институт трудовых и социальных отношений\*\**

**Резюме.** Проведено комплексное психологическое обследование 80 женщин с физиологическим течением беременности и 80 женщин, беременность которых осложнилась поздним гестозом. Установлен тип психологического компонента гестационной доминанты у женщин обеих групп. Определена роль психологического компонента гестационной доминанты в формировании позднего гестоза.

**Ключевые слова:** беременность, психологическое состояние, гестационная доминанта.

**Abstract.** We examined 80 women with physiological pregnancy and 80 women with gestosis using complex psychological methods of investigation. The type of psychological component of gestational dominant in women of both groups was established. The role of psychological component of gestational dominant in the development of late gestosis was determined.

В современных условиях, когда ограничены резервные возможности медикаментозной терапии такого грозного осложнения беременности, как поздний гестоз, не хватает новых немедикаментозных подходов к решению этой проблемы, особую актуальность приобретает вопрос о психопрофилактической помощи женщинам в этом периоде жизни и корректировка плана ведения беременности. Появилась необходимость во внедрении в акушерскую практику более совершенных методов психопрофилактической подготовки, изыскании новых методологических подходов в изучении психосоматического состояния беременной и роженицы, выявлении психологических факторов болезни.

*Адрес для корреспонденции: 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии - Лысенко О.В.*

При разработке новых подходов в ведении беременности мы учитывали различные свойства и характеристики личности (волевые, интеллектуальные, эмоциональные и др.), которые позволяют глубже познать природу заболевания. Углубленный анализ и интерпретация психологической проблематики в акушерстве и гинекологии с современных научных позиций приобретает особую актуальность, так как в возникновении, течении и исходе многих заболеваний одно из ведущих мест занимает психический фактор. Многими авторами доказано, что при органическом изменении структур лимбико-ретикулярного комплекса возникают различные личностные изменения, которые носят характер истерических расстройств, в то время как при патологии височных структур преобладают депрессивные расстройства. При изучении соотношения психогенного и со-

матогенного компонента болезни важно учитывать все его многообразие и не допускать переоценки и недооценки каждого из компонентов в этиологии, патогенезе, клинике болезни, эффективности проводимой терапии, а особенно – в профилактике.

В результате анализа различных методик психологического обследования беременной и роженицы, мы пришли к выводу о том, что далеко не все возможности психологического обследования используются в акушерской практике. До настоящего времени недостаточно разработана проблема изучения роли психических факторов в психопрофилактической подготовке беременной к родам.

У беременных и рожениц имеется ряд изменений в психическом состоянии, которые носят специфический характер и могут быть обусловлены переживаниями, связанными с беременностью и предстоящими родами, не изучена реализация психологического компонента в формировании позднего гестоза беременных. Кроме того, состояние беременной в критические периоды существенно влияет на особенности формирования психических функций будущего ребенка, а значит, и определяет во многом его жизненный сценарий.

На основе учения А.А. Ухтомского о доминанте И.А. Аршавским было предложено понятие «гестационная доминанта». Она более полно отражает протекание физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Различают физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты. Они определяются биологическими и психическими изменениями, происходящими в организме женщины, и направлены на вынашивание, рождение ребенка. Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) вызывает особый интерес перинатальных психологов и психотерапевтов, акушеров-гинекологов. Он представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности. Эти механизмы направлены на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ре-

бенка, формируют положительное отношение женщины к своей беременности и ее поведенческие стереотипы.

Целью работы было изучить ПКГД при беременности, осложненной поздним гестозом и определить его роль в формировании этой патологии.

## Методы

Для определения типа ПКГД мы использовали тест отношений беременной ТОО(б) (И.В. Добряков, 1996), согласно которому женщин можно разделить на пять групп, в зависимости от типа ПКГД: оптимального, гипогестозического, эйфорического, тревожного и депрессивного ПКГД.

Кроме теста отношений беременной (при помощи которого определялся тип ПКГД), нами использованы следующие психологические опросники: 1. Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной и роженицы (Немчин Т.А., 1976); 2. Методика «САН» (самочувствие, активность, настроение); 3. Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина (1966, 1972, 1984); 4. Опросник нервно-психического напряжения; 5. Тест «Самооценка психических состояний» (по Айзенку, 1967); 6. Тест «Склонны ли Вы к фрустрации»; 7. Тест «Склонны ли Вы к аффективным состояниям»; 8. Опросник EPQ; 9. Опросник EPI; 10. Самооценка экстравертности, ригидности, тревожности; 11. Шкала самооценки; 12. Метод исследования субъективного контроля психической стабильности (УСК); 13. Шкала «Сила Я» MMPI (1985).

У женщин исследуемых групп нами определялся уровень стрессорных гормонов АКГГ, кортизола радиоиммунологическим методом, связь между выбросом их в кровь и психологическим статусом беременных.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы Statistica.

## Результаты и обсуждение

Определен тип ПКГД у 80 женщин с осложненным течением беременности (контрольная группа) и у 80 женщин, беременность

которых осложнилась поздним гестозом (основная группа).

У 85% женщин контрольной группы был выявлен оптимальный тип ПКГД, у 15% женщин этой группы – тревожный.

При наличии позднего гестоза чаще выявлялся тревожный (65% случаев) и гипогестогнозический (16% случаев) типы ПКГД. И лишь в 19% случаев у беременных этой группы был отмечен оптимальный тип ПКГД (рис. 1).

отмечались отношения, свойственные эйфорическому типу ПКГД (эйфорическое отношение к своей беременности и будущему ребенку) и тревожному типу ПКГД (в области предстоящих обязанностей матери и предстоящих родов). На наш взгляд это было обусловлено тем, что этим женщинам предстояли первые роды.

При беременности, осложненной поздним гестозом, преимущественно тревожном типе ПКГД и преимущественно гипогес-

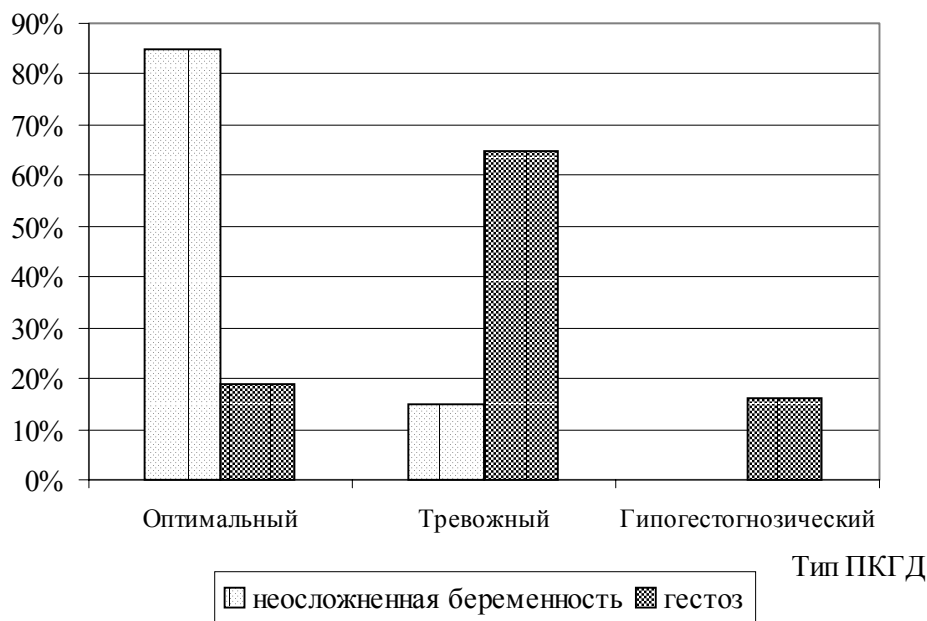


Рис. 1. Типы ПКГД при нормально протекающей беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом.

При гестозе тяжелой степени оптимальный тип ПКГД не встречался. У 67% беременных женщин, страдающих поздним гестозом был выявлен тревожный тип ПКГД, у 33% – гипогестогнозический.

При гестозе средней степени тяжести также преобладали женщины с тревожным типом ПКГД (50%). В 25% случаев встречался гипогестогнозический тип ПКГД и в 25% случаев был выявлен оптимальный тип ПКГД.

При гестозе легкой степени также преобладали женщины с тревожным типом ПКГД (68%). В 13% случаев был выявлен гипогестогнозический тип ПКГД и в 19% случаев – оптимальный.

Углубленный анализ типов ПКГД у женщин контрольной группы показал, что даже при преимущественно оптимальном типе ПКГД,

тогностическом типе ПКГД, отмечались отношения, относящиеся к оптимальному типу ПКГД.

Нами изучен психосоматический индекс у беременных обеих групп. Количественный показатель психосоматического индекса отражает оценку отрицательных переживаний обследуемой и позволяет оценить, в какой именно области переживаний имеются наиболее травмирующие переживания. У беременных контрольной группы отмечено снижение индекса по разделу «отношение к ребенку», что созвучно с данными Абрамченко В.В., Каплун И.Б., 1996. Это подтверждает тезисы о том, что госпитализация является стрессогенным фактором, который отрицательно влияет на нервно-психическое состояние беременной женщины. Зависимости между возрастом беременной женщины и психосоматическим индексом мы не ус-

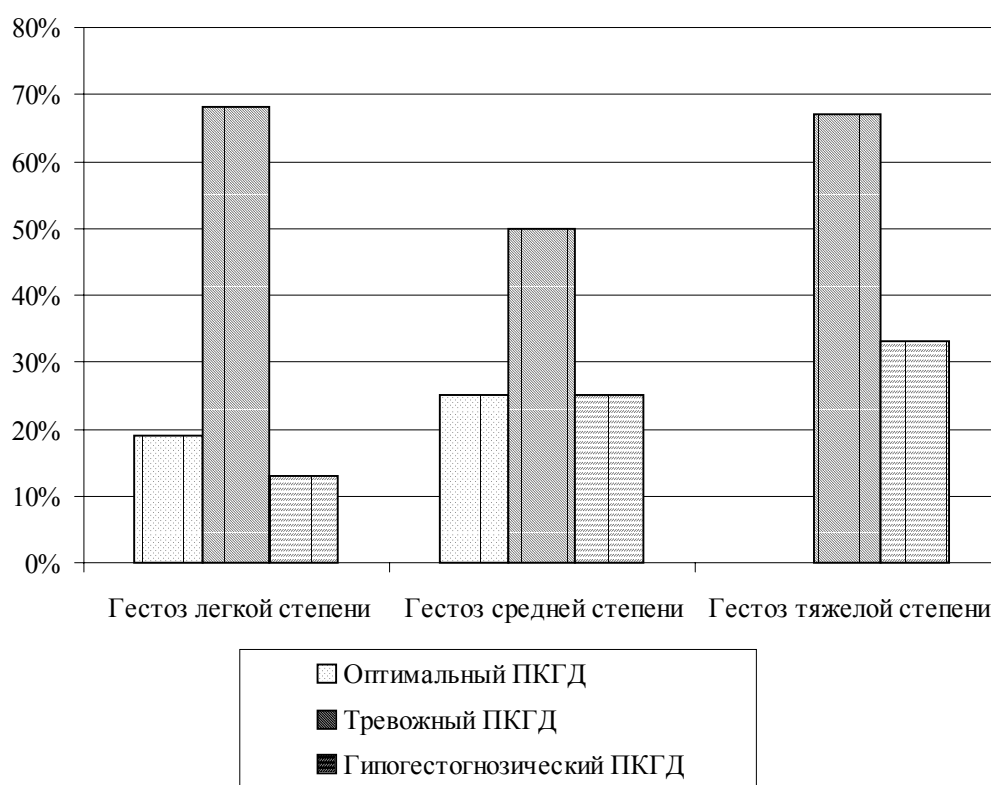


Рис. 2. Распределение типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) при беременности, осложненной поздним гестозом.

тановили. Среднее его значение в контрольной группе составило  $19,1 \pm 3,3$  балла.

В основной группе среднее значение психосоматического индекса составило  $19,8 \pm 4,6$  балла ( $p > 0,05$ ). У беременных женщин, страдающих поздним гестозом, общее значение психосоматического индекса возросло за счет второго (соматическое здоровье) и четвертого (отношение к ребенку) разделов, что созвучно с полученными нами данными при исследовании и детальном изучении типов ПКГД.

Проводя тестирование по методике САН, мы установили, что при неосложненном течении беременности отмечается хорошее настроение, умеренно выраженная активация и умеренно выраженное напряжение. В основной группе (беременные с поздним гестозом) отмечается нормальный уровень настроения, но высокий уровень напряжения в сочетании с умеренно выраженной активацией.

Применение методики Спилберга-Ханина в обеих группах, показало более высокую степень тревожности у женщин основной группы ( $49,1 \pm 5,6$  балла) в сравнении с женщинами контрольной группы ( $32,3 \pm 4,8$  балла,  $p < 0,05$ ).

При определении уровня нервно-психического напряжения (НПН) установлено, что в контрольной группе преобладают женщины со слабой степенью НПН ( $34 \pm 1,4$  балла). В то время как в основной уровень НПН был повышен (средняя степень НПН) и в среднем составил  $55 \pm 4,2$  балла ( $p < 0,05$ ).

Степень выраженности астенического состояния у беременных обеих групп была примерно одинаковой и составила в контрольной и основной группах  $32 \pm 1,0$  и  $31 \pm 1,0$ , соответственно. Эти цифры свидетельствуют об отсутствии астении.

При помощи теста «Самооценка психических состояний» нами оценивалось наличие и выраженность у беременных следующих состояний: тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности. Учитывалось, что каждое из состояний бывает трех степеней тяжести (низкая, средняя, очень выраженная).

Установлено, что  $43 \pm 1,1\%$  женщин контрольной группы имели низкий уровень тревожности (2–7 баллов), не имели высокой самооценки и были устойчивы к неудачам (фрустрация от 4 до 7 баллов); были устойчивы, выдержаны (агрессивность от 2 до 7 баллов) и

легко переключаемы (ригидность от 2 до 6 баллов). Тридцать два процента женщин этой группы имели средние показатели перечисленных состояний. Только у  $20 \pm 0,9\%$  женщин этой группы часть показателей была высокой степени выраженности (например, высокая тревожность отмечена у  $10 \pm 0,3\%$  беременных, при средней степени выраженности фрустрации и агрессивности).

Определен уровень стрессорных гормонов: АКТГ, кортизола в крови рожениц радиоиммунологическим методом.

Повышенная тревожность коррелировала с увеличением в крови концентрации стрессовых гормонов (АКТГ,  $r=0,4$ ; кортизол,  $r=-0,3$ ) во втором периоде родов, в сравнении с показателями таковых у женщин с низким уровнем тревожности ( $p<0,01$ ). Увеличение степени выраженности указанных признаков на концентрацию СТГ не влияло. Нами не отмечено положительных и отрицательных коррелятивных связей ( $r= \pm 0,01$ ) между показателями напряженности иммунитета, иммунологической резистентностью и повышением степени тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности.

У беременных, страдающих поздним гестозом, отмечено нарастание степени тревожности (у  $62 \pm 1,3\%$  – средняя степень выраженности,  $28 \pm 0,4\%$  – высокая степень выраженности) и только у  $10 \pm 1,0\%$  женщин не была отмечена тревожность. Пациентки отмечали страх за свою жизнь в  $31,2 \pm 1,1\%$  случаев (при гестозе средней степени тяжести и гестозе тяжелой степени), здоровье будущего ребенка ( $26,3 \pm 1,8\%$ ), исход родов для себя, новорожденного ( $33,6 \pm 2,3\%$ ) и за последствия для здоровья в результате перенесенной патологии (в  $16,8 \pm 0,9\%$  случаев).

Структура показателей фрустрации изменилась в сторону увеличения числа женщин, имеющих ее средний уровень ( $52 \pm 2,7\%$ ). Средние уровни агрессивности имели  $61 \pm 3,4\%$  и ригидности  $49 \pm 1,7\%$  женщин основной группы.

У той части беременных основной группы, где отмечалась высокая тревожность в сочетании с плохой переключаемостью, выраженной раздражительностью и агрессивностью (изменены все показатели у  $7 \pm 0,3\%$  женщин), выявлено снижение в крови концентрации

АКТГ, снижение концентрации кортизола, высокий уровень СТГ ( $p<0,01$ ), а также дисбаланс показателей напряженности и резистентности иммунитета.

При легком течении гестоза у женщин, как и в контрольной группе, мы не выявили положительных и отрицательных коррелятивных связей ( $r= \pm 0,01$ ) между показателями напряженности иммунитета, иммунологической резистентностью и повышением степени тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности.

Более глубоко изучить тревожность, ригидность и экстравертность позволяет тест «Самооценка экстравертности, ригидности, тревожности», который более трудоемок при обработке результатов, но позволяет произвести более четкую балльную градацию этих состояний.

Для уточнения выраженности фрустрации применялся тест «Склонны ли Вы к фрустрации». Степень выраженности агрессивности в нашем понимании, мог бы дополнить тест: «Склонны ли Вы к аффективным состояниям». А метод исследования уровня субъективного контроля психической стабильности (УСК) помог нам разделить обследуемых на две большие группы: интерналов и экстерналов, что также подтверждают тесты EPQ и EPI, но дают дополнительную возможность оценить эмоциональную устойчивость беременных женщин.

Анализируя данные, полученные при использовании этой группы тестов, мы установили, что при определении «Склонности к фрустрации» у беременных контрольной группы устойчивая тенденция к фрустрации выявлена в  $38 \pm 2,3\%$  случаев (по Айзенку –  $32 \pm 2,1\%$ ). Это может быть связано со смысловым содержанием предлагаемых вопросов, так как современные социальные условия жизни, особенно для государственных служащих (педагоги, медработники, сфера искусства, обслуживания) и неработающих, резко ухудшились. У женщин основной группы фрустрация стала неотъемлемой чертой характера в  $12,5 \pm 1,2\%$  случаев.

Отвечая на вопросы тестов: «Склонны ли Вы к аффективным состояниям», здоровые беременные женщины в  $51 \pm 3,6\%$  случаев отнесли себя к группе, которой не свойственны дисфункциональные аффективные состояния (ос-

новая группа –  $53 \pm 2,0\%$  женщин). У  $42 \pm 3,0\%$  женщин контрольной группы аффективность достигла уровня тенденции (основная группа –  $40 \pm 2,1\%$  женщин). И только у  $7,1 \pm 0,3\%$  женщин контрольной группы (основная группа –  $6,2 \pm 1,8\%$  женщин) аффективность стала неотъемлемой чертой характера.

По «Шкале самооценки» большинство пациенток обеих групп отнесло себя к лицам, имеющим средний уровень самооценки, не имеющим «комплекса неполноценности» и лишь время от времени старающимся подстроиться под мнение других ( $64 \pm 2,7\%$ ). Тридцать два процента женщин высоко оценивают свои возможности и не отягощены «комплексом неполноценности». Только  $4 \pm 0,1\%$  беременных имеют низкий уровень самооценки, часто страдают от «комплекса неполноценности».

Используя шкалу «Сила Я» ММРІ, мы определяли степень личностной зрелости, реалистичности, рациональности суждений и поступков, объективности оценок. Исследуя данные тестирования по этой методике мы установили, что  $94 \pm 3,4\%$  женщин в обеих группах имеют средние показатели оценки.

После углубленного психологического обследования и определения типа ПКГД, беременные основной группы были разделены на 2 подгруппы.

С женщинами 1 подгруппы (40 человек), у которых были диагностированы тревожный и гипогестогнозический типы ПКГД, проведена индивидуальная психопрофилактическая беседа согласно тем позициям (по преобладанию выбранных утверждений), которые нуждались в коррекции. Кроме того, психопрофилактическая беседа была основана на теории С. Грофа о перинатальных матрицах, для лучшего понимания беременной женщиной состояния плода во время беременности и родов. У них нами не отмечено усугубления тяжести гестоза, а в 15% случаев состояние пациенток улучшилось. Пребывание на койке сократилось на 7-9 дней.

С беременными 2 подгруппы (40 человек) с тревожным и гипогестогнозическим типами ПКГД психопрофилактическая работа не проводилась. Отмечено усугубление тяжести гестоза в 44% случаев. Пребывание на койке по сравнению с 1-ой подгруппой увеличилось на 7-9 дней.

## Выводы

1. Для прогнозирования течения беременности и родов необходимо комплексное клинико-психологическое обследование беременных женщин, а также обязательное определение типа психологического компонента гестационной доминанты, согласно которому женщин можно отнести к группам, требующим различной тактики проведения дородовой подготовки.

2. Наличие тревожного и гипогестогнозического типа ПКГД у беременных может указывать на риск развития такого осложнения беременности, как гестоз. Пациентки этой группы нуждаются в ранней помощи психолога для формирования здоровых механизмов саморегуляции, снижения личностной и ситуативной тревожности, что будет способствовать наиболее эффективной адаптации к ситуациям, связанным с беременностью и родами.

3. У женщин, беременность которых осложнилась поздним гестозом, отмечается более высокий психосоматический индекс, а также возрастание балльного показателя нервно-психического напряжения (средняя степень нервно-психического напряжения) в сравнении с контрольной группой женщин.

4. Увеличение ПСИ при позднем гестозе отмечается по второму (соматическое здоровье) и четвертому (отношение к ребенку) разделам.

## Литература

1. Абрамченко В.В. Принципы психопрофилактической подготовки беременных групп высокого риска к родам // Перинатальная психология и медицина: профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств: Сб. научных работ по матер. II-й Международной конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта, Межрегиональная Ассоциация перинатальной психологии и медицины, Международный институт психологии и управления, Ассоциация «Психотерапевты Санкт-Петербурга», Санкт-Петербургское психологическое общество. – СПб.: Издательство «Знаменитые Университеты», 2003. – С.59–61.
2. Абрамченко В.В., Багрунов В.П. Первый опыт применения новой психоакустической технологии беременными с целью положительного влияния на психическую сферу будущего новорожденного // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. матер. конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии

- РАМН им. Д.О. Отта. – СПб., 2000.– С.15.
3. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт.– СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2001.– 348 с.
  4. Абрамченко В.В., Немчин Т.А. Методика экспериментально-психологического исследования беременной женщины. В кн.: Проблемы медицинской психологии. - Л., 1976. - С.5-7.
  5. Батуев А.С. Психофизиологические основы доминанты материнства // Перинатальная психология и медицина: профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств: Сб. научных работ по матер. II-й Международной конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта, Межрегиональная Ассоциация перинатальной психологии и медицины, Международный институт психологии и управления, Ассоциация «Психотерапевты Санкт-Петербурга», Санкт-Петербургское психологическое общество. – СПб.: Издательство «Знаменитые Университеты», 2003. – С.12–16.
  6. Батуев А.С. У истоков перинатальной психологии / Перинатальная психология и медицина: Материалы конференции по перинатальной психологии, Санкт-Петербург, 25-27 мая 2001 г. / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта. – СПб., 2001.– С. 10–13.
  7. Боровникова Н. В., Посохова С. Т. Психологическая помощь беременным // РМЖ. – 2000.– №3.– С.10-14.
  8. Боровникова Н. В. Психолого-акмеологический тренинг зрелого отцовствования и материнства. Тренинг адаптации к беременности.– М., 2001. – 18 с.
  9. Добряков И.В. Психотерапия и перинатальная психология знаний // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. матер. конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта. – СПб., 2000.– С. 11.
  10. Коваленко Н.П. Арт-терапевтические методики в психопрофилактической программе «Глория» // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. матер. конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта. – СПб., 2000.– С. 19.
  11. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: Перинатальная психология, медико-социальные проблемы.–СПб, 2002.– 318 с.
  12. Коваленко Н.П. Эволюция Я-концепции беременной женщины при формировании роли матери // Перинатальная психология и медицина: Материалы конференции по перинатальной психологии, Санкт-Петербург, 25-27 мая 2001 г. / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта. – СПб., 2001.– С. 36–39.
  13. Коваленко Н.П., Николаева Ю.А. Исследование «Доминанты материнства» // Перинатальная психология и медицина: Материалы конференции по перинатальной психологии, Санкт-Петербург, 25-27 мая 2001 г. / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта. – СПб., 2001.– С. 70–74.
  14. Ханин Ю.Л., Терещенков А.В. К объективизации эффективности психотерапевтических воздействий. В кн.: Медицина и психология. - М., 1978. - С. 236-239.
  15. Ruiz R.J., Fullerton J.T. The measurement of stress in pregnancy // Nurs-Health-Sci. – 1999. – Vol. 1, № 1. – P. 19-25.
  16. Villanueva L.A., Perez-Fajardo M.M., Fernando-Iglesias L. Sociodemographic factors associated with depression in pregnant adolescents // Ginecol-Obstet-Mex. – 2000. – Vol. 68, №4. – P. 143-148.

*Поступила 09.03.2004 г.  
Принята в печать 26.03.2004 г.*

---



---

**Издательство Витебского государственного  
медицинского университета**

Ищенко В.И. **Промышленная технология лекарственных средств.** - Витебск: изд-во ВГМУ, 2003. - 568 с.

Крапивко И.И., Рождественский Д.А., Воронов Г.Г., Садикова В.К., Кириллов В.М., Кудловская Н.М. **Фармакология. Учебное пособие.** - Витебск: изд-во ВГМУ, 2003. - 220 с.

Кунцевич З.С., Морозова Э.Я. **Учебно-методические разработки по самоподготовке к занятиям и выполнению лабораторных работ по общей химии. Часть 2.** - Витебск: изд-во ВГМУ, 2004. - 102 с.