

ОСОБЕННОСТИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Лохина Е. В.

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Н. Новгород, Россия, (603600, Н. Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1)
e-mai: e_v_lohina@mail.ru*

В статье рассмотрены особенности психо-эмоционального состояния беременных и формирование психологического компонента гестационной доминанты в третьем триместре беременности. Установлено, что уровень личностной и ситуационной тревожности у беременных в третьем триместре возрастает по сравнению с уровнем тревожности в начале срока гестации. В структуре тревожности как в ранние сроки, так и в третьем триместре преобладали случаи, когда личностная тревожность преобладала над ситуационной. Нами выявлена зависимость типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) от уровня личностной тревожности: при низком уровне личностной тревоги – преобладают благополучные типы ПКГД, при высоком уровне – неблагополучные типы ПКГД. Психологический компонент гестационной доминанты у беременных в третьем триместре беременности изменяется, преобладают неблагополучные варианты в сравнении с ранними сроками беременности, что создает предпосылки для развития тех или иных осложнений во время беременности и в родах.

Ключевые слова: гестационная доминанта, личностная тревожность, ситуационная тревожность, психологический компонент гестационной доминанты.

PECULIARITIES OF PSYCHO-EMOTIONAL CONDITION OF THE PREGNANT AND THE FORMATION OF THE PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF GESTATIONAL DOMINANTS IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY

Lokhina E. V.

Nizhniy Novgorod State Medical Academy Ministry for Public Health Development of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, Russia, (603600, Nizhny Novgorod, PL. Minin and Pozharsky, 10/1) e-mai: e_v_lohina@mail.ru

The article considers the peculiarities of psycho-emotional condition of the pregnant and the formation of the psychological component of gestational dominants in the third trimester of pregnancy. It is established that the level of personal and situational anxiety in pregnant women in the third trimester increases in comparison with the level of anxiety in the beginning of the period of gestation. In the structure of anxiety, as in the early periods, and in the third trimester have dominated the cases when the personal anxiety prevailed over the situation. We are revealed the dependence types psychological component of gestational dominants (PCGD) from the level of personal anxiety: at the low level of personal anxiety prevailed successful types of PCGD, with a high level of -dysfunctional types of PCGD. The psychological component of gestational dominants in pregnant women in the third trimester of pregnancy changes, are disadvantaged options in comparison with the early stages of pregnancy, creates prerequisites for the development of those or other complications during pregnancy and labor.

Key words: gestational dominant, personal anxiety, situational anxiety, psychological component of gestational dominants.

Введение

Важнейшей проблемой акушерства является охрана здоровья матери и ребенка, профилактика осложнений беременности и родов, разработка и внедрение новых передовых технологий в области охраны здоровья женщин и новорожденных детей [9,с.3]. В последние годы отмечено, что ни внедрение в акушерскую практику новейших диагностических приборов, ни усложнение и совершенствование технологий родоразрешения не приводят к

желаемому снижению осложнений беременности и родов, и практически не отражаются на статистике перинатальной и материнской заболеваемости и смертности [2,с.6; 6,с.437]. Одной из причин данной ситуации считается то, что из внимания акушеров-гинекологов нередко выпадают психологические аспекты состояния беременной: её начальный психоэмоциональный статус, отношение к беременности, предстоящим родам и к ребенку, взаимоотношения в семье, на работе. Психоэмоциональное состояние беременной, по данным клинических психологов и психотерапевтов, может явиться этиологическим фактором возникновения различных акушерских осложнений [1,с.286; 2,с.98; 3,с.110; 5,с.54; 8,с.266; 10,с.5].

Во время беременности в организме женщины происходят многочисленные физиологические изменения, способствующие правильному функционированию фетоплацентарного комплекса, развитию плода, подготовке к родам и лактации [7,с.63]. В 1960-е годы И. А. Аршавский применил принцип доминантности для объяснения изменений, происходящих в организме беременной, возникающего после оплодотворения яйцеклетки и имплантации её в слизистую матки, и впервые ввел термин «материнская доминанта». Она включает в себя последовательно сменяющие друг друга доминанты беременности (гестационная доминанта), родов (родовая доминанта) и лактационная доминанта. Гестационная доминанта имеет два компонента: физиологический и психологический [8,с.40]. Они оказывают влияние друг на друга, причем эти воздействия могут быть как положительными, так и отрицательными. Доминанта беременности трансформирует характер, поведение, эмоциональный фон будущей матери, определяя её психическое состояние, которое, в свою очередь, влияет на течение беременности, развитие плода, а также на течение родов и лактационного периода, возникновение родовой боли [1,с.224; 4,с.47].

Цель исследования: оценить особенности психо-эмоционального статуса беременных и формирование психологического типа гестационной доминанты в третьем триместре беременности.

Материалы и методы. Обследовано 150 женщин, которые были разделены на 3 группы:

1 основная группа – 50 беременных, состоящих на учете по беременности и начавшие посещать специальные медико-психологические тренинги с 30 недель беременности.

2 основная группа – 50 беременных в сроке 36–39 недель, состоящие на учете, но не посещающие дородовую медико-психологическую подготовку.

3 контрольная группа – 50 беременных, состоящих на учете по беременности и посещающие специальные медико-психологические тренинги для беременных с ранних сроков в течение всей беременности.

Все беременные, участвующие в исследовании, наблюдались участковыми врачами акушерами-гинекологами ГБУЗ НО «Женская консультация №20 ГЦ ПЛАСИР» г. Нижнего Новгорода. Они обследовались в динамике гестации по стандартам, общепринятым в акушерстве (приказ № 808 от 02.02.2003) и стандартам оказания акушерско-гинекологической помощи на территории Нижегородской области.

Для определения психо-эмоционального состояния беременных в третьем триместре (30–39 недель), степени тревожности были использованы индивидуальные беседы, анкетирование, тестирование среди беременных, которые начали подготовку к родам в сроке 30 недель, а также среди пациенток в сроке 36–39 недель без подготовки к родам. Для сравнения показателей тревожности мы использовали исходные показатели тревожности личностной (ЛТ) и ситуационной (СТ) в ранние сроки беременности. В исследовании применялись следующие методики: тест Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина и клинико-психологический метод определения типа психологического компонента гестационной доминанты (ПТГД) И. В. Добрякова.

Возраст обследованных женщин колебался от 20 до 39 лет (средний возраст – $27,26 \pm 3,64$ года в 1 группе, $27,78 \pm 4,82$ года в 2 группе и $26,40 \pm 3,46$ года в контрольной). Группы по данному показателю сопоставимы, разница недостоверна ($p > 0,05$). Среди беременных, посещавших занятия, были преимущественно первородящие. Подготовка к родам уделяли большее внимание беременные с высшим образованием ($p < 0,001$).

Статистический анализ полученных данных выполнялся с использованием статистических программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение

Мы провели сравнительный анализ показателей тревожности у беременных в 30 недель и 36–39 недель с исходными показателями тревожности в ранние сроки беременности. При оценке тревожности в третьем триместре беременности по тесту Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина оказалось, что отмечается более высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) у женщин, начавших подготовку в 30 недель по сравнению с беременными, которые не проходили ранее психологическую подготовку и по сравнению с уровнем тревожности в начале срока гестации. Полученные данные представлены на рисунке 1.

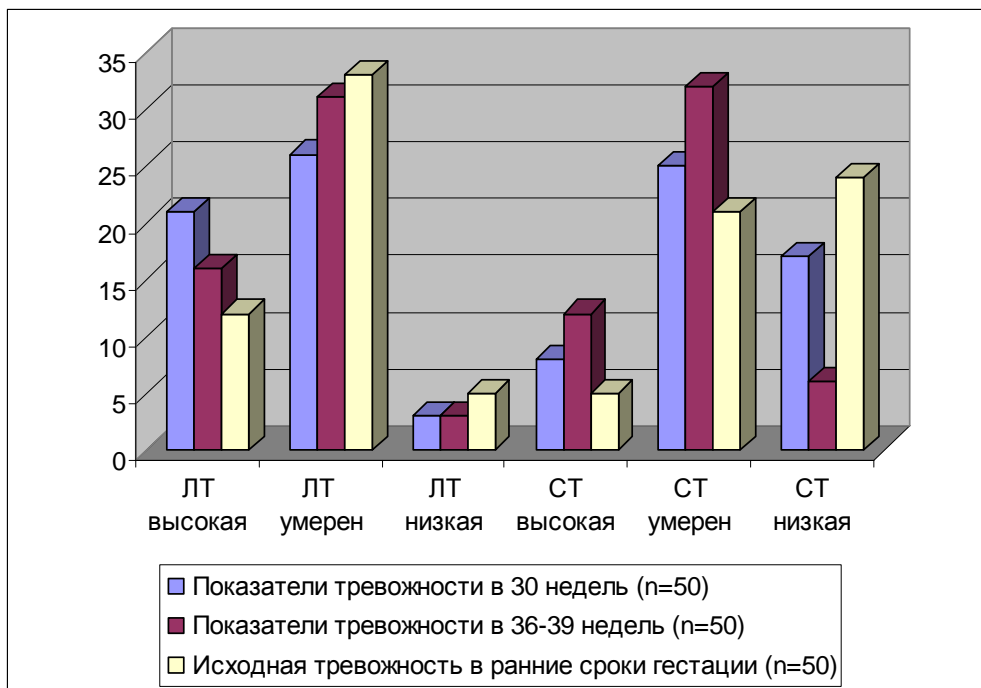


Рис. 1. Показатели тревожности беременных в третьем триместре

Уровень ситуационной тревожности (СТ) в 3 триместре по сравнению с уровнем

тревожности в начале срока гестации также выше, разница достоверная ($p=0,03$), по сравнению же с уровнем ситуационной тревожности во 2 основной группе она оказалась ниже. У всех беременных в группах наблюдения преимущественно встречалась умеренная личностная и ситуационная тревожность. В структуре личностной тревожности во всех группах высокий уровень преобладал над низким, причем во 2 основной группе он был выше в 7 раз, во 2 основной – в 5 раз, а в ранние сроки гестации – всего в 2,4 раза. В структуре ситуационной тревожности в 1 основной группе низкий уровень оказался выше высокого в 2 раза, в ранние сроки беременности в 5 раз.

В группе беременных, которые не посещали занятия, в сроке 36–39 недель высокая СТ оказалась выше низкой в 2 раза. Как в ранние сроки, так и в третьем триместре в структуре тревожности преобладали случаи, когда личностная тревожность преобладала в тесте над ситуационной. По-видимому, именно личностная тревожность является ведущим фактором, определяющим необходимость посещения беременными занятий по подготовке к родам.

Далее мы оценивали формирование психологического компонента гестационной доминанты у беременных в третьем триместре беременности. В результате тестирования выявлено, что чистые типы ПКГД практически не встречались, в связи с чем была предпринята попытка разделить обследуемых беременных на группы по количеству преобладания утверждений, характеризующих преимущественно те или иные признаки типа ПКГД (оптимального, гипогестогнозического, эйфорического, тревожного или депрессивного). ПКГД были разделены на 2 группы по предполагаемому прогнозу течения

беременности: благополучные и неблагополучные. Мы полагали, что преобладание оптимального компонента создает благоприятные условия для благополучного течения беременности, и наоборот, наличие тревожного компонента создает предпосылки для развития тех или иных осложнений во время беременности и в родах.

К благополучным вариантам ПКГД нами были отнесены: преимущественно оптимальный тип ПКГД (не менее 7 баллов по шкале оптимального типа и отсутствие тревожного и депрессивного компонента ПКГД), оптимально-эйфорический подтип ПКГД (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 – по эйфорическому типу ПКГД), оптимальный с преобладанием эйфорического компонента ПКГД (5–6 баллов по эйфорическому типу ПКГД и 4–3 – по оптимальному типу ПКГД) и оптимально-гипогестогнозический подтип ПКГД (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 – по гипогестогнозическому типу ПКГД).

Неблагополучные варианты ПКГД: оптимально-тревожный подтип ПКГД (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 балла по тревожному типу ПКГД, или допускается при высоком балле по оптимальному типу 7–8 баллов, один балл по тревожному типу ПКГД и 1–2 балла по эйфорическому и/или гипогестогнозическому типу ПКГД), тревожно-оптимальный подтип ПКГД (5–6 баллов по тревожному типу ПКГД и 4–3 балла по оптимальному типу ПКГД), смешанные типы ПКГД с преобладанием оптимального типа (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 2–3 – по эйфорическому типу ПКГД и обязательно один балл по тревожному типу ПКГД), смешанные типы ПКГД с преобладанием эйфорического типа (5–6 баллов по эйфорическому типу ПКГД и 2–3 – по оптимальному типу ПКГД и обязательно один балл по тревожному типу ПКГД), варианты с депрессивными переживаниями (имеющие 1–2 балла по депрессивной шкале ПКГД).

Распространенность типов ПКГД в каждой группе представлена в таблице 1.

Таблица 1

Распространенность типов психологического компонента гестационной доминанты в 3 триместре

Варианты ПКГД.	Показатели тревожности		
	в 30 недель (n=50)	в 36–39 недель (n=50)	в ранние сроки гестации (n=50)
Благополучные варианты ПКГД:	20*	16**	24
Преимуществ. оптимальный	3	5	5
Оптимально-эйфорический	16	11	16
Эйфорически-оптимальный	-	-	1
Оптимально-гипогестогнозический	1	-	2
Неблагополучные варианты ПКГД:	30	34	26***

Оптимально-тревожный	9	6	11
Тревожно-оптимальный	1	3	1
Тревожно-эйфорический	-	1	-
Смешанные типы с преоблад. оптимального типа	13	20	8
Смешанные с преобладанием эйфорического типа	3	1	4
Типы с депрессивными переживаниями	4	3	2
* – отличие благополучных и неблагополучных вариантов в 30 недель (p<0,001), ** – отличие благополучных и неблагополучных вариантов в 36-39 недель (p=0,005), *** – отличие неблагополучных вариантов в ранние сроки и в 36-39 недель (p<0,001).			

Как следует из таблицы, в третьем триместре беременности в отличие от ранних сроков преобладали неблагополучные варианты, причем в сроке 36–39 недель в 2 раза (p=0,005), а в группе беременных начавших подготовку к родам в 30 недель в 1,5 раза (p<0,001).

В структуре благополучных вариантов в сроке 30 недель и в контрольной группе было больше беременных с оптимально-эйфорическим типом ПКГД, а среди неблагополучных вариантов преимущественно встречались смешанные типы с преобладанием оптимального компонента, где обязательно был один балл по тревожному типу ПКГД, т. е. тревога присутствовала, хотя не являлась доминирующей, но, возможно, оказывала влияние и на течение беременности.

Мы определили зависимость уровня тревожности беременной от выявленного типа ПКГД (таблица 2).

Таблица 2

Зависимость типов ПКГД от уровня личностной тревожности в 3 триместре

	Варианты ПКГД.	Показатели тревожности в 30 недель (n=50)	Показатели тревожности в 36- 39 недель (n=50)	Исходная тревожность в ранние сроки гестации (n=50)
ЛТ высокая	Благополучные варианты ПКГД	7	4	3
	Неблагополучные варианты ПКГД	14	12	9
ЛТ умеренная	Благополучные варианты ПКГД	13	10	18
	Неблагополучные варианты ПКГД	13	21	15
ЛТ низкая	Благополучные варианты ПКГД	-	2	4
	Неблагополучные варианты ПКГД	3	1	1

Как следует из таблицы, при высоком уровне личностной тревоги преобладали неблагополучные типы ПКГД, чаще выявлялись типы с депрессивными переживаниями. При низком же уровне тревожности благополучные варианты ПКГД в группе начавших подготовку к родам после 30 недель не встречались. При умеренной тревожности частота благополучных и неблагополучных вариантов ПКГД одинакова как в 30 недель, так и в ранние сроки гестации, а в сроке 36–39 недель в 2 раза чаще выявлены неблагополучные варианты.

При анализе структуры различных компонентов гестационной доминанты, которые были выбраны беременными в качестве ответов на предлагаемые утверждения и наиболее соответствовали ее состоянию на момент проведения теста в третьем триместре, выявлено, что в целом эйфорические ответы беременные давали реже (84 и 89 соответственно), чем в начале гестации, когда таковых было 108. Оказалось, что у женщин в 3 триместре чаще отмечалось эйфорическое отношение к образу жизни во время беременности. Более эйфорично в 4 раза в ранние сроки по сравнению с третьим триместром беременные относятся к предстоящим родам, что вполне логично («до родов ещё далеко»). Такие показатели структуры эйфорического компонента гестационной доминанты, как отношение к беременности, отношение к себе как к матери, отношение к ребенку практически не изменялись на протяжении гестации.

Тревожные утверждения чаще выбирали беременные в группе со сроком 36–39 недель (64 ответа против 43 по сравнению со сроком 30 недель и ранними сроками, где отмечено 36 ответов). Это не удивительно, так как они не посещали занятия для беременных.

При анализе структуры тревожного компонента гестационной доминанты выявлено, что во всех группах как в начале гестации, так и в 3 триместре преобладали утверждения, отражающие отношение к своему ребенку и к предстоящим родам. Однако утверждение «отношение к своему ребенку» было тревожным достоверно чаще в начале третьего триместра ($p < 0,01$), а отношение к предстоящим родам в этой группе оказалось в 1,4 раза реже, чем в ранние сроки беременности ($p < 0,05$), чаще в третьем триместре было тревожными и отношение к вскармливанию ребенка грудью. Возможно, эти сочетания тревожности и являются причинами выбора в пользу подготовки к родам на специальных курсах.

Выводы

1. Психологическое тестирование по тесту Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина показало, что уровень личностной и ситуационной тревожности у беременных в третьем триместре возрастает по сравнению с уровнем тревожности в начале срока гестации. В структуре личностной тревожности во всех группах высокий уровень преобладал над низким. Как в

ранние сроки, так и в третьем триместре в структуре тревожности было больше случаев, когда личностная тревожность преобладала в тесте над ситуационной.

2. Выявлена зависимость типов ПКГД от уровня ЛТ: при низком уровне личностной тревоги преобладали благополучные типы ПКГД, при высоком уровне – неблагополучные типы ПКГД.

3. Формирование психологического компонента гестационной доминанты у беременных в третьем триместре беременности изменяется, преобладают неблагополучные варианты в сравнении с ранними сроками беременности.

Список литературы

1. Абрамченко В. В., Коваленко Н. П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 350 с.
2. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: СОТИС, 2001. – 320 с.
3. Васильева В. В., Авруцкая В. В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения // Психологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 110-119.
4. Добряков И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. материалов конф. – СПб., 2001. – С. 39-48.
5. Захаров А. И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов // Перинатальная психология в родовспоможении: Сб. материалов конф. – СПб., 1997. – С. 54-57.
6. Кулаков В. И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии // Мать и дитя: Матер. IV Всеросс. научного форума. – М., 2002. – С.437-443.
7. Сидельникова В. М. Эндокринология беременности в норме и при патологии. – М.: МЕД пресс-информ, 2007. – 352 с.
8. Сорокина Т. Т. Роды и психика: Практическое руководство. – Минск: Новое знание, 2003. – 351 с.
9. Сухих Г. Т. Внедрение достижений современной науки в акушерско-гинекологическую практику. Мать и дитя: Матер. XI Всеросс. научного форума. – М., 2010. – С.3-4.
10. Филиппова Г. Г. Материалы к утверждению перинатальной психологии и перинатальной психотерапии в качестве модальности // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. – № 2. – С.5-26.

Рецензенты:

Боровкова Людмила Васильевна, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПКВ ИПО ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Нижний Новгород.

Гречканев Геннадий Олегович, д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Нижний Новгород.