



Н.В. Кухтова

## Психологические особенности протекания беременности

В последнее время возрастает внимание к изучению особенностей психических процессов, свойств и состояний личности беременных женщин и увеличению роли психогенных факторов в возникновении психосоматических заболеваний. Данные обстоятельства акцентируют внимание на необходимости изучения психических состояний беременных женщин и оказания им специализированной поддержки в данный период (Н.Л. Мамышева, Г.Б. Мальгина, Н.В. Рымашевский, М.А. Кочнева, В.Н. Прохоров, Н.П. Коваленко и др.) [1].

Однако на сегодняшний момент данная проблема изучена более полно только с психофизиологической точки зрения, по всем остальным отраслям психологической науки имеются лишь отдельные теоретические разработки и практические рекомендации по адаптации и коррекции психического состояния женщины в период беременности. Многоплановость этой проблемы указывает на необходимость ее комплексного и системного изучения на индивидуально-психологическом, психолого-педагогическом и социально-психологическом уровнях [2–4].

Ряд научных исследований последних лет позволяет по-новому взглянуть на указанные проблемы. Это, прежде всего, работы зарубежных исследователей – Р. Ассаджиоли, Ж.К. Грабер, С. Гроф, Ф. Бертин, Т. Верни, Х. Нинель, Л. Нильсон, С. Фанти и др. [3, 5–6]. Зарубежные авторы затрагивают вопрос психологической подготовки к родам (но не протекание беременности в целом). Однако, британский врач Г. Дик-Рид указывает на страх и тревогу, которые мешают нормальному протеканию третьего триместра беременности и родов. В свою очередь, французский врач Мишель Оден также отмечает важность психологического комфорта для женщины в период подготовки к родам и самих родов [7].

Среди российских ученых схожей проблематикой занимались Э.К. Айламазян, В.В. Абрамченко, В.А. Ананьев, А.С. Батуев, Н.П. Бехтерева, В.В. Бойко, Г.И. Брехман, А.И. Брусиловский, Л.И. Вассерман, К. Гайдебран, Н.А. Гармашова, А.И. Захаров, Ю. Змановский, Д.Н. Исаев, Б.Д. Карвасарский, Н.Н. Константинова, В.А. Марченко, Б.Е. Микиртумов, Р.Ж. Мухамедрахимов, В.Н. Панферов, В.П. Потапов, В.Д. Рыжков, В.Ф. Сержантов, Л.И. Спивак, Д.Л. Спивак, А.П. Федоров, Г.Г. Филиппова, Э.Г. Эйдемиллер и др. [2, 8–12].

Таким образом, анализ литературы показал, что большинство книг, статей, материалов и документов по родовспоможению посвящены патологии беременности, психотерапевтическим и психологическим осложнениям после родов, в то время как психологические особенности протекания беременности (психические состояния беременной женщины и факторы, влияющие на состояние беременных) являются малоизученными.

Целью исследования явилось изучение психологических особенностей протекания беременности, в частности факторов и психических состояний, влияющих на беременную женщину.

**Материал и методы.** Для достижения цели исследования были выбраны: анализ и обобщение литературных источников по теме исследования, наблюдение, анализ анамнестических данных, анализ медицинской документации, психодиагностики (анкетирование, опрос), количественно-качественный анализ данных. При этом статистическая обработка данных осуществлялась с использованием прикладной программы SPSS 11: ранговая корреляция Спирмена.

Для этого были использованы следующие методики: анкета, которая позволила получить анамнестические данные о беременных женщинах и факторах, влияющих на их психические состояния; методика измерения личностной и ситуативной тревожности, разработанная Ч.Д. Спилбергом и адаптированная Ю.Л. Ханиным; с целью определения уровня тревожности для диагностики уровня депрессии использовалась методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Бека; опросник психосоматического состояния беременной [13].

Выборка привлеченных к исследованию лиц составила 30 женщин на сроках беременности 9–36 недель в возрасте 16–40 лет.

**Результаты.** Описательная статистика анкетных данных позволяет констатировать, что в 1-м триместре беременности на момент исследования находилось 2 женщины, во 2-м триместре 11 женщин и в 3-м 17 женщин.

По результатам анкеты у первородящих женщин были выявлены следующие стрессогенные факторы (рис.): изменение собственного самочувствия – 62,5%; непонимание со стороны мужа (родителей, родственников, друзей) – 25%; конфликты на работе (учебе) – 37,5%; изменение фигуры – 75%; повышенная утомляемость, усталость – 62,5%; тревога за малыша – 87,5%; плохой сон – 62,5%; страх перед родами – 87,5%.

У повторнородящих – это изменение собственного самочувствия – 35%; непонимание со стороны мужа (родителей, родственников, друзей) – 14%; конфликты на работе (учебе) – 7%; изменение фигуры – 70%; повышенная утомляемость, усталость – 85%; тревога за малыша – 85%; плохой сон – 71%; страх перед родами – 64% (рис.).

Так, у повторнородящих женщин отмечается в большей степени повышенная утомляемость и плохой сон в отличие от первородящих. Все остальные показатели выше у первородящих женщин.

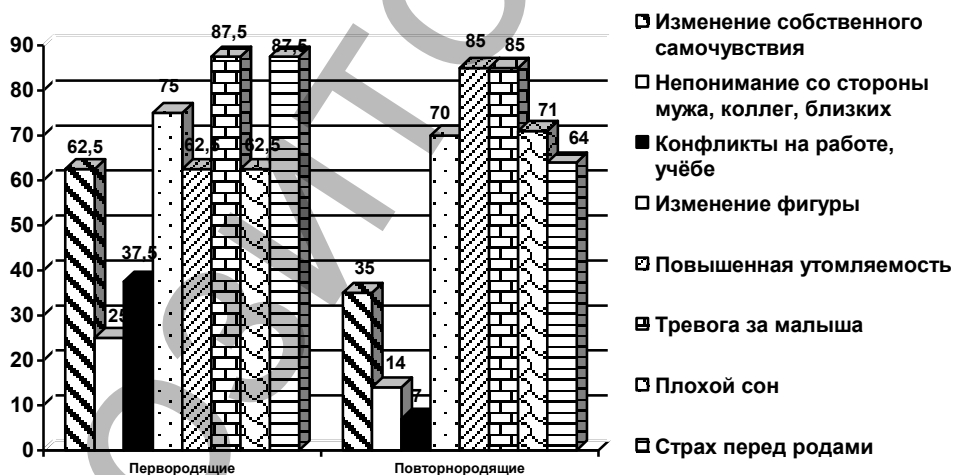


Рис. Распределение стрессогенных факторов у первородящих и повторнородящих женщин.

На основании предварительного анализа анамнестических данных и анкеты были выявлены также следующие особенности состояния здоровья бере-

менных женщин. Так, анализ анамнестических данных позволил установить, что из 30 беременных женщин у 6 имелись экстрагенитальные патологии до беременности, 20 женщин имели проблемы со здоровьем, связанные с настоящей беременностью и только 4 – полностью здоровы. Из проблем, возникших со здоровьем до беременности, были выявлены: заболевания эндокринной системы – 17% женщин, анемия беременных (возникающая у каждой второй женщины, чаще всего во 2–3 триместр) – 27%, инфекции мочеполовой системы наблюдаются у 23% беременных, миопия (различной степени тяжести) – в 14% случаев и заболеваний сердечно-сосудистой системы установлено 10% и у 15% – другие проблемы со здоровьем (заболевания дыхательной системы, угроза выкидыша и т.д.).

Также одной из характеристик исследуемой группы являются возрастные особенности. Средний возраст испытуемых составил 26 лет. Всю выборку беременных женщин можно разделить на 3 основные возрастные группы: юношеский возраст (менее 21 года) – 13,33%, средний возраст (22–30 лет) – 60%, зрелый возраст (более 30) – 26,66%. Так, в детородном периоде находятся женщины среднего возраста.

Специфика выделенных возрастных групп выражается в том, что:

– 1-я группа представлена девушками, у которых данная беременность была первая. Процент беременных в этой группе мал, так как в этом возрасте недостает ни жизненного опыта, ни необходимых знаний о протекании беременности и особенностях функционирования организма женщины в этот период;

– 2-я группа в подавляющем большинстве представлена женщинами, которые имели опыт предыдущих беременностей, но их беременность по тем или иным причинам не закончилась рождением ребенка. Среди причин называются: медицинское прерывание беременности, самопроизвольное прерывание беременности. Некоторые из них ожидают рождения своего первого ребенка, а остальные относятся к повторнородящим женщинам. В этой группе женщины уже были осведомлены в вопросах протекания беременности и родов, более сознательно подходят к своему состоянию и лучше владеют методами регуляции своего психического состояния;

– 3-я группа по возрастному критерию потенциально может быть отнесена к группе риска, что предполагает разного рода осложнения, способные вызывать повышенный уровень опасений, связанных с беременностью и родами. Стоит отметить, что у части женщин данной группы эта беременность была первой.

Следующий важный фактор – семейное положение испытуемых. Большинство женщин замужем или находятся в гражданском браке – 27 человек (90%), 7 (23,33%) из них замужем повторно, 3 (10%) – не состоят в браке. Таким образом, видно, что подавляющее большинство всех опрошенных беременных женщин замужем. Это представляется вполне закономерным, поскольку нормы морали и условия жизни в нашем обществе диктуют как условие для благополучного развития ребенка наличие в семье обоих родителей и большинство женщин решаются на беременность лишь при условии наличия постоянного брачного партнера.

По «уровню образования» выборка беременных женщин разделяется на следующие группы:

– наименее представлена группа, имеющая среднее образование (и незаконченное среднее), – 20% выборки, что можно объяснить тем, что женщинам, не имеющим достаточно высокого образовательного уровня, трудно найти постоянное место работы, что приводит к нестабильному социальному положению, что может являться причиной отсрочки рождения ребенка;

– опрошенные женщины, имеющие среднеспециальное образование (33%), имеют, как правило, достаточно узкую и востребованную рынком специализацию, т.е. имеют стабильный доход;

– женщины с высшим образованием (и незаконченным высшим) – 47% – сочетают сразу несколько критериев: возрастной, социальный, образовательный.

Кроме всех вышеприведенных характеристик в анкету входили такие критерии, как «количество беременностей у женщин», «наличие детей в семье», «дети от предыдущих браков», «тревога за малыша» и др. Также была предпринята попытка учесть еще ряд факторов социального порядка, таких, как благополучность–неблагополучность женщины, наличие–отсутствие нормальных жилищных условий.

Большинство обследованных женщин (77%) могут рассматриваться как вполне благополучные, т.е. они положительно стабильны в своем поведении, ответственны. Женщин, которых можно рассматривать как неблагополучных, т.е. имеющих материально-бытовые проблемы, оказалось достаточно мало (13%). Именно у этих женщин могут быть негативные эмоции, так как нерешенность жилищного вопроса в большинстве случаев накладывает определенный отпечаток как на планирование беременности, так и на сам процесс ее протекания и провоцирует возникновение конфликтного фона отношений, что неблагоприятным образом может отразиться на психическом состоянии женщины и плода.

На основании проделанного теоретического анализа, анкетных данных и анализа анамнестических сведений были выделены следующие факторы, влияющие на протекание беременности:

- факторы биологического порядка: возраст, состояние здоровья женщины, наличие–отсутствие осложнений в процессе протекания беременности и т.д.;
- факторы, связанные с личным опытом: наличие–отсутствие предыдущих беременностей, если были, то какая эта по счету, и какова успешность–неуспешность предыдущих;
- факторы, связанные с эмоционально-волевой сферой: какие эмоции и чувства вызывает беременность, в каком психическом состоянии находится будущая мать, какие ее доминирующие эмоциональные реакции, а также какие переживания вызывает у женщины еще не родившийся ребенок, какие есть опасения, страхи и тревоги, связанные с беременностью и т.д.;
- факторы, связанные с межличностными отношениями: наличие или отсутствие партнера, каковы отношения с этим партнером, как воспринимается партнером беременность, обсуждаются ли с ним вопросы, связанные с процессом протекания беременности, также должны учитываться и характер отношения с близкими родственниками, и их отношение к беременности;
- факторы социального порядка: социальное благополучие–неблагополучие женщины, наличие–отсутствие стабильных источников дохода и т.д.

**Обсуждение.** Для установления взаимосвязи общего психосоматического состояния женщин с особенностями протекания беременности был проведен корреляционный анализ (ранговая корреляция Спирмена). Вне зависимости от триместра беременности была обнаружена положительная взаимосвязь качественной оценки психосоматического состояния беременной (области переживаний, наиболее выраженных и травмирующих женщину в период беременности) со следующими особенностями: образованием ( $r=0,37$ ;  $p \leq 0,05$ ), личностной тревожностью ( $r=0,43$ ;  $p \leq 0,05$ ), ситуативной тревожностью ( $r=0,43$ ;  $p \leq 0,05$ ), депрессией ( $r=0,66$ ;  $p \leq 0,01$ ), соматическим статусом ( $r=0,62$ ;  $p \leq 0,01$ ), социальным статусом ( $r=0,47$ ;  $p \leq 0,01$ ), отношением к ребенку ( $r=0,61$ ;  $p \leq 0,01$ ), нервно-психическим статусом ( $r=0,61$ ;  $p \leq 0,05$ ); и отрицательная корреляционная связь со страхом за ребенка ( $r=-0,42$ ;  $p \leq 0,05$ ) и утомляемостью ( $r=-0,41$ ;  $p \leq 0,05$ ), страхом перед родами ( $r=-0,42$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Таким образом, при высокой общей оценке отрицательных переживаний беременной (психосоматическом состоянии) наблюдается высокий уровень образования, что свидетельствует о том, что эти женщины имеют незаконченное высшее или высшее образование, которое позволяет им быть эрудированными по многим вопросам. Беременные женщины с высокой оценкой сво-

его психосоматического состояния характеризуются повышенным уровнем личностной тревожности. В том числе у них наблюдается и повышенный уровень ситуативной тревожности, который может определять эмоциональное состояние беременной женщины. При этом следует учитывать тот факт, что позднородящие женщины и женщины, состоящие на особом учете, имея проблемы со здоровьем (по анамнестическим данным), формируют у себя устойчивую доминанту на возможность неблагоприятного исхода беременности, следствием которой и являются повышение уровня тревоги, депрессивные состояния и т.д. В работах Т.Г. Герасимовой выявлены корреляционные связи уровня ситуативной и личностной тревожности с образовательным уровнем, однако в данном исследовании это подтверждено не было.

Также следует отметить, что у беременных женщин с высокой оценкой своего психосоматического состояния выражен соматический статус, который проявляется в особенностях протекания беременности, связанных с состоянием их здоровья и касающихся перенесенных заболеваний беременной и других особенностей ее соматического состояния. В том числе у них обнаруживаются недостаточная контактность, смена настроения; депрессия, эйфория, тоска; выражены страх, тревога, раздражительность, напряженность, безразличие и апатия. Также у таких женщин может наблюдаться непонимание со стороны коллег по работе, мужа и других близких людей (при степени значимости  $p \leq 0,05$ ), отношения беременной к будущему ребенку. В том числе следует отметить, что при высокой утомляемости могут наблюдаться изменения сна и бодрствования, а также увеличивается страх перед родами.

Более детальный анализ корреляционных связей отдельно по каждому из триместров показал, что во втором триместре психосоматическое состояние беременных взаимосвязано со следующими показателями положительной корреляционной связью: личностной тревожностью ( $r=0,65$ ;  $p \leq 0,05$ ), ситуативной тревожностью ( $r=0,65$ ;  $p \leq 0,05$ ), депрессией ( $r=0,74$ ;  $p \leq 0,01$ ), нервно-психическим статусом ( $r=-0,91$ ;  $p \leq 0,01$ ) и отрицательной корреляционной связью: сном ( $r=-0,69$ ;  $p \leq 0,05$ ), страхом перед родами ( $r=-0,65$ ;  $p \leq 0,05$ ).

В результате корреляционного анализа 3 триместра беременности значимая положительная связь была обнаружена между психосоматическим состоянием женщины и особенностями протекания беременности, которая заключается в изменении фигуры ( $r=0,55$ ;  $p \leq 0,05$ ), депрессии ( $r=0,59$ ;  $p \leq 0,05$ ), нервно-психическом статусе ( $r=0,83$ ;  $p \leq 0,01$ ), соматическом статусе ( $r=0,54$ ;  $p \leq 0,05$ ), отношении к ребенку ( $r=0,68$ ;  $p \leq 0,01$ ).

**Заключение.** Таким образом, можно сделать вывод о том, что на протекание беременности влияют факторы биологического порядка, факторы, связанные с личным опытом, эмоционально-волевой сферой, межличностными отношениями и факторами социального порядка.

Также была установлена взаимосвязь качественной оценки психосоматического состояния беременной (области переживаний, наиболее выраженных и травмирующих женщину в период беременности) с такими показателями протекания беременности (в независимости от триместра), как образование, личностная и ситуативная тревожность, депрессия, соматический статус, социальный статус, отношение к ребенку, нервно-психический статус, страх за ребенка, перед родами и утомляемость.

Одинаковым в протекании беременности во 2 и 3 триместре является проявление депрессии и нервно-психического статуса у женщин. Однако беременным во втором триместре присущи личностная и ситуативная тревожность, изменения сна и страх перед родами. В свою очередь для третьего триместра характерно явное изменение фигуры, соматического статуса и отношения к будущему ребенку.

## ЛИТЕРАТУРА

1. **Коваленко, Н.П.** Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов (медико-социальные проблемы): дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04, 19.00.05 / Н.П. Коваленко. – СПб., 2002. – 492 л.
2. **Батуев, А.С.** Психофизиологические основы доминанты материнства / А.С. Батуев // Валеология. – 2003. – № 3. – С. 27–29.
3. **Бертин, А.** Воспитание в утробе матери / А. Бертин. – СПб., 1999.
4. **Каткова, И.П.** Проблемы рождаемости и совершенствование системы охраны материнства и детства / И.П. Каткова // Народонаселение. – 2004. – № 4. – С. 15–31.
5. **Фанти, С.** Микropsихоанализ / С. Фанти. – М.: ЦПП, 1997. – 350 с.
6. **Grof, S.** The adventure of self-discovery. Dimensionalness of consciousness and new perspectives in psychotherapy and inner exploration. – Albany: State University of Press, 1988. – 321 p.
7. **Психология и психоанализ беременности:** учеб. пособие по психологии материнства. – Самара: Издательский дом БАХРАХ. – М., 2003. – 784 с.
8. **Брусиловский, А.И.** Жизнь до рождения / А.И. Брусиловский. – М., 1991.
9. **Брутман, В.И.** Некоторые результаты обследования женщин, отказавшихся от своих новорожденных детей / В.И. Брутман // Вопросы психологии. – 1994. – № 5. – С. 31–36.
10. **Захаров, А.И.** Ребенок до рождения / А.И. Захаров. – СПб., 1996.
11. **Филиппова, Г.Г.** Психология материнства: учеб. пособие / Г.Г. Филиппова. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 240 с.
12. **Эйзенберг, А.** В ожидании ребенка: руководство для будущих матерей и отцов / А. Эйзенберг [и др.]; пер. с англ. – Минск: БАДППР, 1994. – 656 с.
13. **Малкина-Пых, И.Г.** Психосоматика: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.

## S U M M A R Y

*The problem of psychological peculiarities of pregnancy passing studying indicates the necessity of its complex and systematic study. Biological and social factors have been singled out based on theoretical analysis, data forms and anamnesis information. The biological factors are connected with personal experience, emotional and strong-willed sphere and interpersonal relations. Expectant mothers' psychological states connected with their general psychosomatic condition are also defined in this article. The author reveals that when an expectant mother is in the second or third term of her baby expectation depression and neuropsychic status take place.*

*Поступила в редакцию 1.09.2009*