

© С. И. Знаменская ¹,
А. Г. Киселев ², Е. А. Шаповалова ²,
И. М. Максимова ²

¹Национальный государственный
университет физической культуры, спорта
и здоровья им. П. Ф. Лесгафта,
Санкт-Петербург;

²ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО
РАМН,
Санкт-Петербург

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН ПО ТРИМЕСТРАМ БЕРЕМЕННОСТИ

УДК: 618.2:616.89

■ Исследована структура психоэмоциональной сферы у 153 женщин по триместрам беременности. В качестве контроля обследовано 48 небеременных женщин. Оценивалось эмоциональное восприятие самочувствия, активности, настроения, напряжения, тревоги, уверенности, возбудимости, одиночества, депрессивности, невротизации, агрессивности, фрустрации. Полученные результаты показывают, что первый триместр беременности является значительным эмоциональным стрессом. Ко второму триместру психоэмоциональные изменения носят позитивный характер, в третьем триместре значительно повышается уровень самочувствия при стабилизации психоэмоциональной сферы. Таким образом, специфические особенности нервной системы оказывают довольно сильное влияние на эмоциональное состояние беременных женщин. Очевидно, что беременные с высокими значениями тревожности, психотизма, нейротизма и интроверсии нуждаются в повышенном внимании акушеров-гинекологов, анестезиологов и психологов для проведения дополнительных мероприятий по коррекции эмоциональных состояний при психопрофилактической подготовке и выборе метода обезболивания родов.

■ **Ключевые слова:** беременность; психика; эмоции; эмоциональные состояния; психологическое тестирование.

Введение

Эмоциональное состояние женщины в родах важно учитывать при выборе метода обезболивания родов и определения качества болеутоления.

Особый интерес для специалистов, сопровождающих беременность, представляют изменения структуры психоэмоциональной сферы у женщины по триместрам беременности [9, 2, 3, 11, 13, 4].

Такие показатели эмоциональной сферы женщины как самочувствие, активность, настроение, эмоциональное напряжение, тревога, уверенность, возбудимость, ощущение одиночества, состояние депрессивности, нейротизма, агрессии и фрустрации играют существенную роль в формировании материнства, как части личностной сферы женщины, что особо значимо при психологической подготовке к родам и предстоящему материнству. Начиная с конца прошлого века, ведутся исследования в этом направлении как в отечественной, так и в зарубежной науке [1, 4, 5, 6, 8, 12, 10]. Современная статистическая обработка материала исследования с построением многомерной корреляционной модели причинно следственных отношений в форме иерархического кластера или дендрограммы позволяет наглядно видеть структуру и причинно-следственные связи изменений эмоционального состояния женщины. Безусловно, что знания особенностей психоэмоционального состояния женщин в конце беременности и анализ динамики этих изменений от состояния до беременности и далее по триместрам беременности позволяют выстроить адекватную модель психопрофилактической подготовки к родам, включающую в себя аспекты обезболивания предстоящих родов, психокоррекцию эмоциональных изменений. Это позволит скорректировать как эмоциональное состояние женщины во время беременности, так и оптимизировать эмоциональное реагирование в процессе обезболивания родов.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе отделения гинекологической эндокринологии, оперативной гинекологии и НПО ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН.

Обследовано 48 соматически неотягощенных женщин вне беременности, 56 женщин в первом триместре беременности, 54 во втором триместре, 53 в третьем триместре беременности, непосредственно перед родами при доношенном сроке беременности. Использован модифицированный опросник САН (Доскин В. А.) и САННТУВ (Николаев А. Н.). Степень позитивности или негативности эмоционального состояния оценивалась по шкале депрессии. Уровень невротизации оценива-

ли с помощью экспресс диагностики по Хеку-Хесу. Такие эмоциональные характеристики личности как нейротизм определяли по Айзенку опросник PEN.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного исследования нами выявлено, что самочувствие существенно снижается в первом триместре, улучшается во втором и снижается в третьем (рис. 1.1, 1.2).

Активность снижается в начале беременности, повышается в середине и снижается в конце.

Настроение значительно снижается в первом триместре, значительно улучшается во втором и несколько снижается в третьем.

Напряженность очень сильно возрастает в первом триместре, немного снижается во втором и в некоторой степени повышается в конце бере-

менности.

Тревожность несколько возрастает в начале беременности, снижается до исходных значений в ее середине и снова обостряется в конце, превышая значения первого триместра.

Уверенность снижается в первом триместре, слегка повышается во втором (не достигая исходного уровня) и незначительно снижается в третьем.

Возбудимость существенно возрастает в первом триместре, значительно снижается во втором и возрастает, достигая значений первого триместра, в третьем триместре беременности.

Чувство одиночества плавно снижается в процессе вынашивания беременности.

Депрессивность резко возрастает в начале беременности, существенно снижается во втором, достигая исходных значений в третьем.

Нейротизм резко возрастает в первом триместре.

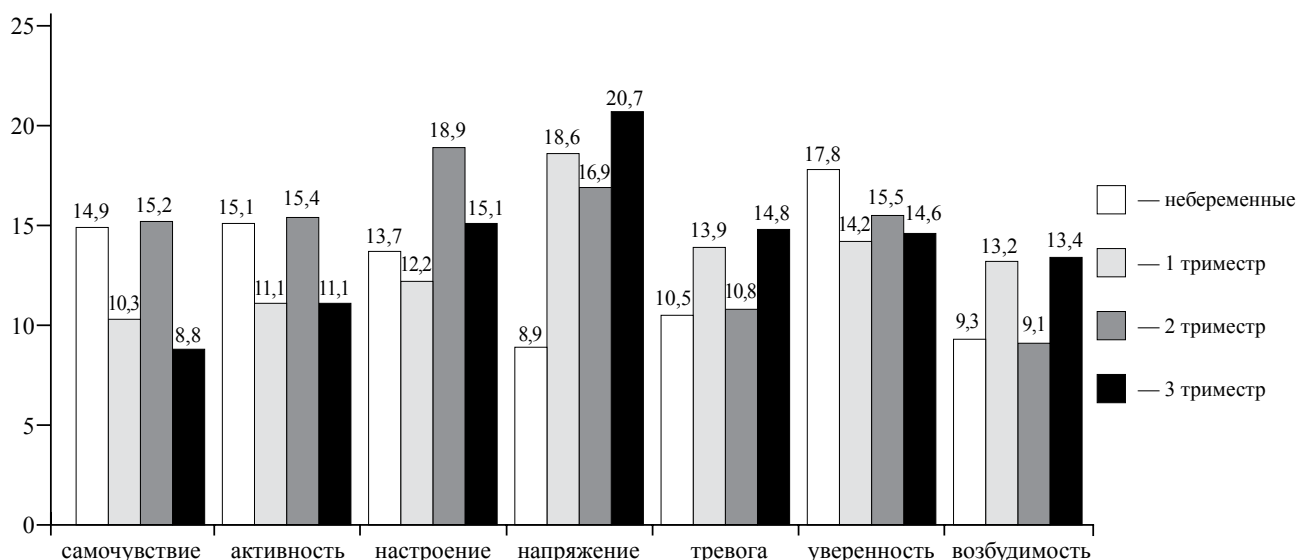


Рис. 1.1. Параметры эмоционального состояния женщин по триместрам беременности и вне беременности

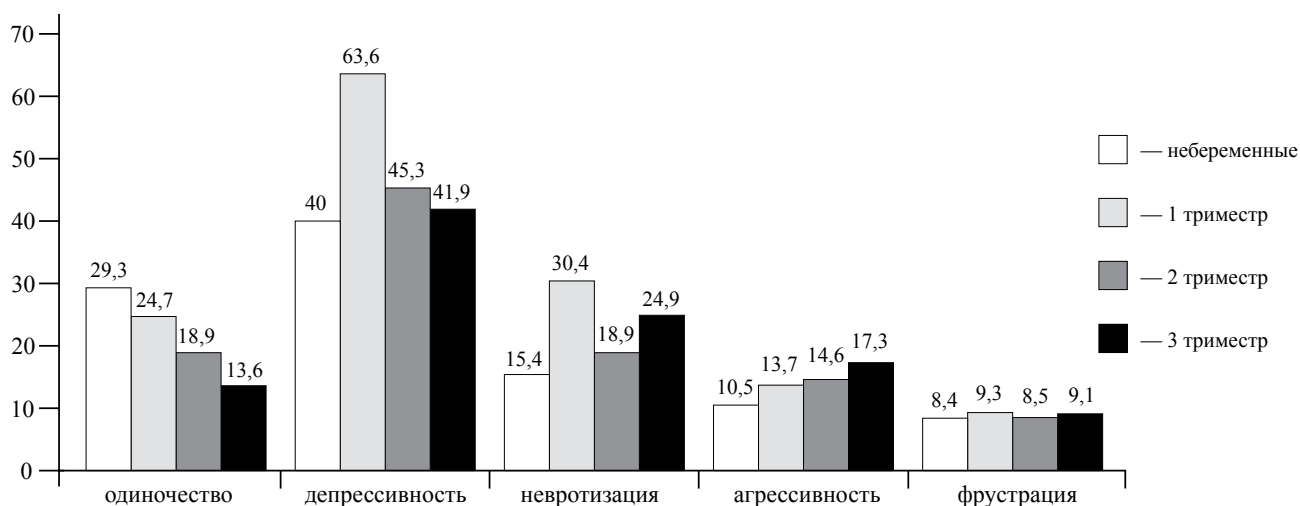


Рис. 1.2. Параметры эмоционального состояния женщин по триместрам беременности и вне беременности

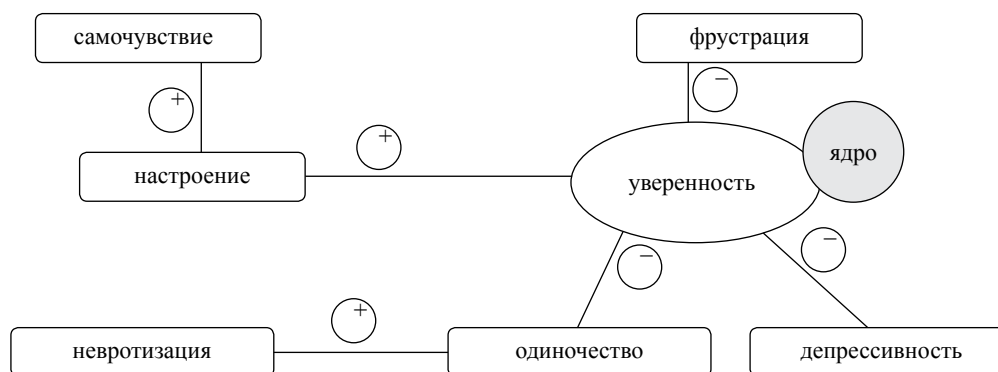


Рис. 2. Дендрограмма корреляционных связей между показателями эмоциональной сферы небеременных женщин

стре, затем снижается во втором и снова повышается в третьем (но не так сильно, как в первом). Агрессивность возрастает на протяжении всей беременности. Фрустрированность незначительно колеблется в течение всей беременности.

В группе небеременных женщин наиболее выраженными оказались состояния: уверенности, самочувствия, активности. Наименее — напряженности, возбуждения, невротизации и фрустрации.

Возможность современной статистической обработки материала исследования с построением многомерной модели причинно следственных отношений в форме иерархического кластера или дендрограммы позволяет наглядно видеть структуру и взаимосвязи отдельных компонентов эмоционального состояния женщины [7].

Для небеременных женщин (рис. 2) ядро

эмоционального состояния состоит в ощущении уверенности (4 связи). Чем выше состояние уверенности, тем лучше настроение и ниже уровень фрустрации, депрессивности и чувства одиночества. Ощущение одиночества положительно связано с вероятностью невроза, а настроение находится в прямой корреляции с самочувствием.

Рассматривая динамику эмоциональных состояний в зависимости от срока гестации, мы обнаружили, что в первом триместре (рис. 3) ядром эмоционального состояния является чувство напряжения (4 связи). Напряжение положительно коррелирует с уровнем эмоционального возбуждения, самочувствия, агрессивностью и нейротизмом. В свою очередь, самочувствие прямо связано с настроением. Чем выше уровень нейротизма тем выше тревожность. Центром эмоциональной

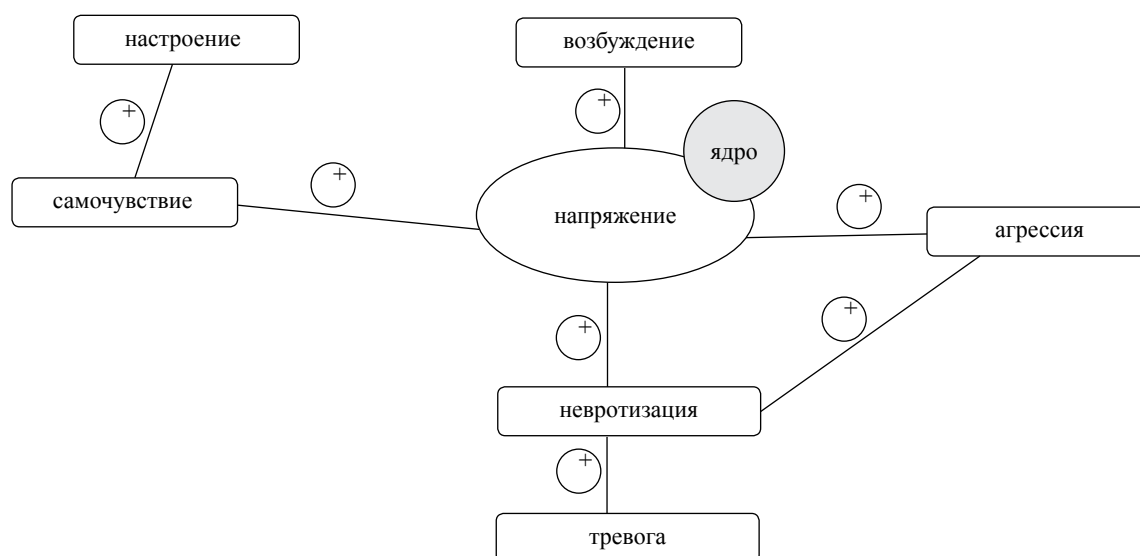


Рис. 3. Дендрограмма корреляционных связей между показателями эмоциональной сферы женщин в первом триместре беременности

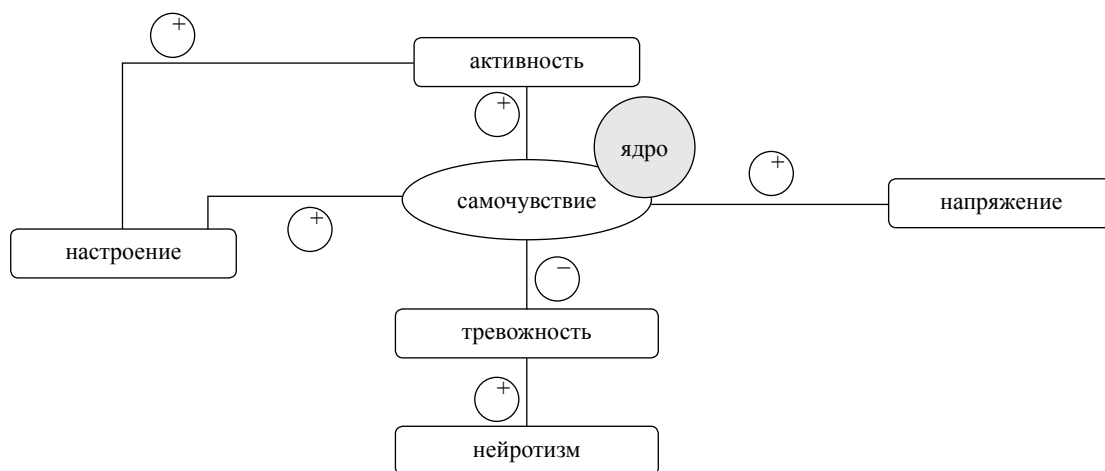


Рис. 4. Дендрограмма корреляционных связей между показателями эмоциональной сферы женщин во втором триместре беременности

сферы беременных в первом триместре является уровень напряженности. Чем лучше самочувствие, тем выше активность, лучше настроение и ниже тревожность. Уровень тревожности способствует повышению напряженности, а она, в свою очередь, связана с уровнем невротизации.

Ядром системы эмоциональных состояний во втором триместре (рис. 4) является самочувствие (3 связи).

Ядром эмоционального состояния беременных в третьем триместре (рис. 5) являются состояния невротизации и агрессивности (по 3 связи).

Чем выше уровень напряжения, тем выше невротизация и тревожность и хуже самочувствие. Самочувствие связано с активностью. Тревожность, связана с уровнем невротизации и агрессии.

Безусловный интерес представляет исследование особенностей нервной системы и их влияние на эмоциональные переживания. В качестве переменных, оказывающих влияние на переживания беременных, рассматривались эмоциональные характеристики их личности. Средняя выраженность силы возбуждения составила для общей выборки $M=42,7$ $S=7,9$. Силы торможения ($M=45,1$; $S=8,3$) и уравновешенности процессов ($M=46,9$; $S=7,5$) соответственно. Обращают на себя внимание достаточно высокие значения стандартных ошибок уровня выраженности данных показателей, что свидетельствует о большой вариативности в их проявлении.

В наибольшей степени на показатели эмоциональных состояний беременных оказывает влияние сила нервной системы по возбуждению (8

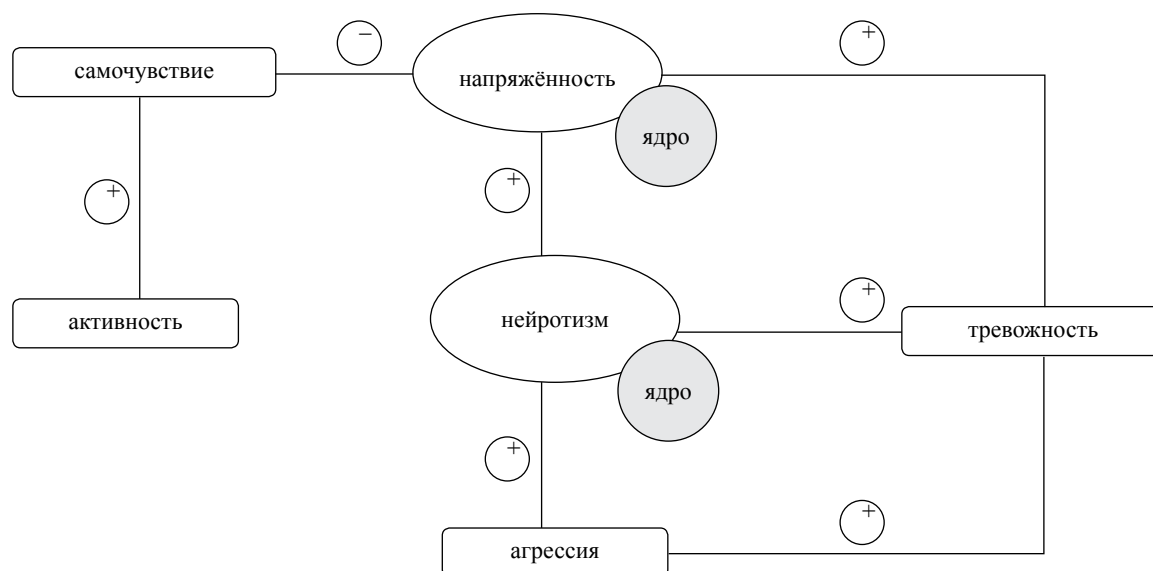


Рис. 5. Дендрограмма корреляционных связей между показателями эмоциональной сферы женщин в третьем триместре беременности

связей при $r=0,27$ $p=0,05$, а при $r=0,35$ $p=0,01$), самочувствие $r=0,29$, активность $r=0,61$, тревожность $r=-0,55$, уверенность $r=0,52$, возбуждение $r=-0,51$, ощущение одиночества $r=-0,32$, депрессивность $r=-0,30$, нейротизм $r=-0,44$. Далее — сила по торможению (5 связей при $p=0,05$ и 1 при $p=0,01$). Настроение $r=0,47$, тревожность $r=-0,52$, возбуждение $r=-0,28$, депрессивность $r=-0,32$, нейротизм $r=-0,35$. Уровновешенность процессов возбуждения и торможения (5 связей при $p=0,05$ и 1 при $p=0,01$) самочувствие $r=0,32$, настроение $r=0,34$, напряженность $r=-0,42$, возбуждение $r=-0,36$, нейротизм $r=-0,53$.

Выводы

В результате проведенного исследования структуры психоэмоциональной сферы у женщин по триместрам беременности в первом триместре выявлено снижение таких параметров, как самочувствие, активность, настроение и уверенность, повышение возбудимости, депрессивности, невротизации. Очевидно, осознание беременности является значительным эмоциональным стрессом для женщины. Первый триместр характеризуется возрастанием негативных тенденций в эмоциональном состоянии женщины. Получено 36 из 112 возможных взаимосвязей показателей эмоциональных состояний. Специфика взаимосвязей психических состояний для не беременных по числу корреляционных связей составляет 21 с 95%-й достоверностью и 15 с 99%-й достоверностью.

Степень изменения в эмоциональной сфере во втором триместре беременности выражена не так ярко, как в первом. Можно сделать вывод, что в своем большинстве эти изменения носят позитивный характер — у беременных улучшается самочувствие, повышается активность, снижается тревожность, эмоциональное возбуждение, депрессивность и невротизация. Чем лучше самочувствие, тем выше активность, лучше настроение и ниже тревожность. Уровень тревожности способствует повышению напряженности, а она связана с уровнем невротизации.

В третьем триместре беременности очень существенно снижается уровень самочувствия. Причем значение стандартной ошибки снижается — следовательно, проблемы с самочувствием отмечают большинство беременных. Степень активности также снижается до средней величины. Фон настроения у женщин в конце беременности также несколько снижается, составляя $15,1 \pm 1,3$ балла при $P=0,05$. Однако оно попрежнему в позитивных значениях. Вероятно, это

связано с радостью ожидания рождения ребенка. Уровень напряженности беременных существенно возрастает ($P=0,05$). Видимо, это связано с мобилизацией всех сил на предстоящие роды и переживаниями за их исход. Состояние тревожности существенно возрастает ($P=0,01$). Возрастание тревожности может быть связано с появлением страхов перед родами (страх боли, патологического течения родов, их неблагоприятного исхода, неизвестности модели поведения в род доме и др.). Уверенность снижается, состояние одиночества недостоверно снижается, депрессивность также несколько снижается. Уровень эмоционального возбуждения возрастает, уровень невротизации несколько повышается ($P=0,05$). Агрессивность снова возрастает ($P=0,05$). Беременные женщины склонны активизироваться в защите себя и своего ребенка, причем зачастую в ситуациях отсутствия непосредственной угрозы.

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что эмоциональные характеристики личности беременных оказывают весьма существенное влияние на их предродовые доминирующие эмоциональные состояния. Следовательно, свойства нервной системы оказывают довольно сильное влияние на эмоциональное состояние беременных женщин в третьем триместре беременности. Очевидно, что беременные с высокими значениями тревожности, психотизма, нейротизма и интроверсии нуждаются в повышенном внимании акушеров-гинекологов, анестезиологов и психологов для проведения дополнительных мероприятий по коррекции эмоциональных состояний при психопрофилактической подготовке к родам, в том числе и выборе метода обезболивания в родах.

Литература

1. Знаменская С. И. Коррекция эмоциональных состояний беременных женщин средствами физических упражнений: автореф. дис... канд. психол. наук. — СПб., 2007.
2. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. — М.: Эксмо., 2007.
3. Комплексное психологическое исследование в акушерстве: методические рекомендации / Киселев А. Г. [и др.] ; ред. Айламазян Э. К. — СПб., 2003. — 24 с.
4. Психика и роды / ред. Э. К. Айламазян. — СПб.: Яблочко, 1996. — 117 с.
5. Рабовалюк Л. Н. Структура ценностных ориентаций беременных женщин с разными группами типов психологического компонента гестационной доминанты // Молодой ученый. — 2012. — Т. 2, № 1. — С. 53–56.
6. Сергеенко Е. А. Контроль поведения во время беременности // Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов: ежегодник Российского психологического общества. Т 7. — СПб.: СПбГУ, 2003. — С. 131–134.

7. Современные подходы к статистическому анализу экспериментальных данных / Шитиков В. Н. [и др.]. — М.: Наука, 2009.
8. Филиппова Г. Г. Психология материнства: учебное пособие. — М.: Издательство института психотерапии, 2002. — 228 с.
9. Chandra P. S., Ranjan S. Psychosomatic obstetrics and gynecology — a neglected field? // Curr. Opin. Psychiatry. — 2007. — Vol. 20, N 2. — P. 168–173.
10. Lal M. Psychosomatic approaches to obstetrics, gynaecology and andrology // J. Obstet. Gynaecol. — 2009. — Vol. 29, N 1. — P. 1–12.
11. Persistent hyperemesis gravidarum as a psychosomatic dysfunction / Bjelica A. [et al.] // Med. Pregl. — 2003. — Vol. 56, N 3–4. — P. 183–186.
12. Psychiatric consultation of patients with hyperemesis gravidarum / Kim D. R. [et al.] // Arch. Womens Ment. Health. — 2009. — Vol. 12, N 2. — P. 61–67.
13. Tam W. H., Chung T. Psychosomatic disorders in pregnancy // Curr Opin. Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 19, N 2. — P. 126–132.

Статья представлена М. Е. Блох
ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

THE PECULIARITIES OF CHANGES IN THE STRUCTURE OF PSYCHOEMOTIONAL SPHERE IN WOMEN DURING THE GESTATION FLAVORS OF PREGNANCY

Znamenskaya S. I., Kiselev A. G., Shapovalova E. A.,
Maksimova I. M.

■ **Summary:** We examined the structure of psychoemotional sphere of 153 pregnant patients in different terms of pregnancy and 48 non-pregnant women. Our data demonstrated that first-term pregnancy is accompanied by a significant emotional stress. In second-term pregnancy those changes are more positive, at third-term pregnancy the level of the patients feels is significantly increased and the psychoemotional sphere is stabilized. Thereby the specific features of nervous system are influence the status of the pregnant women. Evidently pregnant patients with the high level of anxiety, introversion, psychotic and nevrotic characteristics are in need of the increased attention of the obstetric-gynecologic specialists, anaesthesiologists and psychologists to make correction of the psychoemotional sphere when preventive preparation of birth and the choice of anesthesia delivery.

■ **Key words:** pregnancy; psyche; emotions; emotional states; psychological examination.

■ Адреса авторов для переписки

Знаменская Светлана Ивановна — к. п. н., психолог. Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта. 190121, Россия г. Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35.
E-mail: igmail@mail.ru.

Киселев Андрей Геннадьевич — к. м. н., врач анестезиолог-реаниматолог, доцент. ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН. 199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.
E-mail: igmail@mail.ru.

Шаповалова Елена Андреевна — к. м. н., врач, акушер-гинеколог, старший научный сотрудник. ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН. 199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.
E-mail: igmail@mail.ru.

Максимова Ирина Михайловна — клинический ординатор. ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН. 199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.
E-mail: igmail@mail.ru.

Znamenskaya Svetlana Ivanovna — psychologist, PhD. Federal State Educational Institution of Higher Professional Education «Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health, Saint-Petersburg». Dekabristov St., 35, Saint-Petersburg, Russia, 190121.
E-mail: igmail@mail.ru.

Kiselev Andrey Gennadyevich — anesthesiologist-resuscitator, PhD, associate professor. D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS. Mendelevskaya Line, 3, Saint-Petersburg, Russia, 199034.
E-mail: igmail@mail.ru.

Shapovalova Elena Andreyevna — obstetrician-gynecologist, PhD, senior staff scientist. D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS. Mendelevskaya Line, 3, Saint-Petersburg, Russia, 199034.
E-mail: igmail@mail.ru.

Maksimova Irina Mikhaylovna — resident. D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS. Mendelevskaya Line, 3, Saint-Petersburg, Russia, 199034.
E-mail: igmail@mail.ru.