

© Е.В. Гросс<sup>1</sup>, А.О. Назарова<sup>2</sup>,  
В.Н. Никаноров<sup>5</sup>,  
Г.В. Моторная<sup>3</sup>,  
Т.А. Димитриенко<sup>4</sup>

Государственная медицинская академия, г. Иваново:  
кафедра психиатрии, психологии и наркологии<sup>1</sup>;  
кафедра акушерства и гинекологии, медицинской генетики<sup>2</sup>;  
педиатрический факультет VI курс<sup>3</sup>;  
лечебный факультет V курс<sup>4</sup>.  
НИИ Материнства и детства им. В.Н. Городкова, г. Иваново<sup>5</sup>

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕМАНТИЧЕСКОГО ДИФФЕРЕНЦИАЛА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

■ С целью исследования психологических конфликтов, представленных во «внутренней картине» беременности у женщин с угрозой невынашивания во II триместре впервые применен психодиагностический метод «семантический дифференциал». Данный подход позволил объективно оценить психологический статус будущих матерей с патологией беременности.

■ **Ключевые слова:** «семантический дифференциал»; уровень тревоги; психологический конфликт; «проблемная зона»; угроза невынашивания; «внутренняя картина беременности»; перинатальная патология

В последние годы наблюдается снижение рождаемости и увеличение патологии в репродуктивной системе человека. Особым разделом в репродуктивном здоровье стоит проблема невынашивания беременности. Учитывая достаточно высокую частоту встречаемости данной патологии в Российской Федерации (каждая пятая желанная беременность прерывается до срока, причем в 80 % случаев — в первые 12 недель), в настоящее время изучение новых патогенетических механизмов невынашивания является актуальным [4, 5, 8]. Ряд исследователей указывают на то, что психические и социальные нагрузки могут явиться причиной спонтанного аборта или преждевременных родов [1, 6, 7]. Наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, первородящие старшего возраста, поздний гестоз являются дополнительными стрессорными факторами, неблагоприятно влияющими на течение беременности и родов [2, 4, 6]. В связи с этим встает задача изучения закономерных связей психических и соматических факторов в формировании психического состояния у беременной женщины и их влиянии на процесс беременности и родов.

**Цель настоящей работы** заключается в исследовании наиболее важных психологических конфликтов у женщин с угрозой невынашивания беременности во II триместре. В связи с этим были поставлены следующие задачи:

- определить уровень тревожности у женщин с угрозой невынашивания беременности во II триместре;
- оценить разницу между идеальными представлениями беременной женщины и ее реальной самооценкой следующих параметров: «я как женщина», «я как мать», «мой ребенок», «отец ребенка»;
- изучить связь между выраженностью внутренних конфликтов и уровнем тревожности у женщин с угрозой невынашивания беременности;
- установить связь риска перинатальной патологии с уровнем тревожности;
- определить терапевтические мишени для психологической коррекции.

Нами было обследовано 30 беременных женщин с угрозой прерывания (основная группа), находящихся на лечении в отделении патологии беременности Ивановского НИИ Материнства и детства им. В.Н. Городкова. Контрольную группу составили 10 женщин с нормально протекающей беременностью, посещающих жен-

скую консультацию № 3 Иванова. Впервые для изучения «внутренней картины беременности» и раскрытия психологических конфликтов у женщин с угрозой невынашивания был применен психодиагностический метод «семантический дифференциал» (С. Osgood, 1957). Он позволяет количественно и качественно оценить эмоциональное отношение личности к разнообразным объектам, анализировать социальные установки, ценностные ориентации, субъективно-личностные смыслы, различить аспекты самооценки. Данный метод помогает выявить проблемы на подсознательном уровне. Испытуемый объект (стимул), в качестве которого может выступить слово, понятие, символ в вербальной и невербальной форме, оценивают по специальной шкале. Шкала представляет собой совокупность противоположных по смыслу характеристик исследуемого объекта, признака или понятия. Центр шкалы занимает нулевой уровень выраженности признака. С приближением по отношению к тому или иному признаку балл выраженности нарастает в положительной или отрицательной степени. Таким образом, испытание по тестовой методике представляет собой процедуру шкалирования значений (см. таблицу).

Женщинам предлагалось оценить следующие установки: «я как женщина до беременности», «я как женщина в настоящий момент», «я как женщина после беременности», «идеальная женщина», «я как реальная мать своего ребенка», «идеальная мать», «мой реальный ребенок», «идеальный ребенок», «мой муж как реальный отец ребенка», «идеальный отец».

Полученные результаты изображались с помощью семантического профиля — ломаной линии, соединяющей отмеченные точки (оценка установки) на шкалах. Осуществлялась интерпретация факторов «семантического дифференциала» при помощи компьютерных программ MS Word, MS Excel. Уровень тревожности беременных женщин в опытной и контрольной группах определялся при помощи методики измерения тревожности Тейлора [3].

Для определения степени риска перинатальной патологии использовалась таблица факторов риска О.Г. Фроловой. Состояние родившегося ребенка оценивалось по шкале Апгар. Степень риска выражалась в баллах: низкий риск от 0 до 4 баллов, средний от 5 до 9 баллов, высокий риск — 10 баллов и более.

При проведении метода Тейлора в основной группе было обнаружено, что каждая третья жен-

Таблица

Метод «Семантический дифференциал»

Характеристика признака	Степень выраженности качества							Характеристика признака
	Сильная	Средняя	Слабая	Неопределенная	Слабая	Средняя	Сильная	
Кислое	3	2	1	0	1	2	3	Сладкое
Быстрое	3	2	1	0	1	2	3	Медленное
Тупое	3	2	1	0	1	2	3	Острое
Чистое	3	2	1	0	1	2	3	Грязное
Маленькое	3	2	1	0	1	2	3	Большое
Громкое	3	2	1	0	1	2	3	Тихое
Шершавое	3	2	1	0	1	2	3	Гладкое
Сильное	3	2	1	0	1	2	3	Слабое
Пассивное	3	2	1	0	1	2	3	Активное
Ясное	3	2	1	0	1	2	3	Смутное
Робкое	3	2	1	0	1	2	3	Решительное
Открытое	3	2	1	0	1	2	3	Замкнутое
Жестокое	3	2	1	0	1	2	3	Ласковое
Доминирующее	3	2	1	0	1	2	3	Подчиняющееся
Спокойное	3	2	1	0	1	2	3	Подвижное
Привлекательное	3	2	1	0	1	2	3	Отталкивающее
Зависимое	3	2	1	0	1	2	3	Самостоятельное
Энергичное	3	2	1	0	1	2	3	Вялое
Враждебное	3	2	1	0	1	2	3	Дружелюбное
Уверенное	3	2	1	0	1	2	3	Тревожное
Статичное	3	2	1	0	1	2	3	Динамичное

щина имела высокий уровень тревоги, каждая вторая — средний уровень тревоги с тенденцией к высокому, остальные — средний уровень с тенденцией к низкому, а низкая тревожность обнаружена у 1 будущей матери. Тестирование контрольной группы показало более высокие результаты. Так, высокий и очень высокий уровни тревожности наблюдались у 2 женщин, средний уровень с тенденцией к высокому отмечены у половины обследованных, средний уровень тревожности с тенденцией к низкому — у каждой третьей женщины. Полученные данные свидетельствуют о том, что тревожность в целом выше у беременных с угрозой невынашивания. Этот факт мог быть связан с переживаниями по поводу неблагоприятного течения беременности, «госпитальных условий пребывания», приемом широкого спектра медикаментов, возможных неблагоприятных исходов беременности и др.

Психодиагностический метод «семантический дифференциал» позволил раскрыть внутренние проблемы будущих мам. Этого удалось достичь, обходя сознательные установки беременных женщин. Для субъективной оценки беременным были предложены следующие образы: женщины, хорошей матери, ребенка, хорошего отца. Разница между идеальными образами и оценкой реальной действительности была различной и определяла наличие конфликтной зоны во «внутренней картине беременности».

Разница оценок образов «идеальная женщина — я как женщина в настоящее время» в основной группе составила 9 баллов, что достоверно выше, чем в контрольной группе (2,6 балла). Это говорит о том, что в настоящий момент беременные с угрозой невынашивания находятся в условиях «психологического кризиса» и сниженной самооценки. Этому соответствует подавленное настроение, неуверенность в завтрашнем дне, высокая тревожность. Вместе с этим анализ различий образов «я в настоящее время — я после беременности» показал, что чаще всего будущая мать надеется приблизиться к идеальному образу после разрешившейся беременности, напряженно ожидая его во времени. Можно предположить, что бессознательно женщина стремится избавиться от данной беременности (угроза невынашивания). Этой проблемы нет у женщин в контрольной группе. Для них статус женщины во время беременности максимально приближен к статусу идеальной женщины, который они хотят сохранить и после родов. Об этом свидетельствует малая разница в конфликтных зонах: «идеальная женщина — я как женщина в настоящее время» (2,6 балла), «я как женщина в на-

стоящее время — я как женщина после родов» (2,3 балла). Интересен факт наличия разницы в группе установок «идеальная женщина — я как женщина до беременности». В основной группе этот показатель равен 8,6 балла, что в два раза выше, чем в контрольной группе. Можно предположить, что самооценка женщин до беременности в основной группе была ниже, чем у женщин контрольной группы, а тревожность выше. Следовательно, зачатие происходило на фоне неблагоприятного психологического статуса будущей мамы. Разница оценок образов «я в настоящее время — я как женщина после родов» в основной группе была отрицательной, а разница «идеальная женщина — я как женщина после родов» незначительной. Это говорит о том, что по представлению беременной родившая женщина автоматически приближается к идеалу. Поэтому для женщин основной группы мотив рождения ребенка является стремлением к самосовершенствованию, обретению нового, лучшего статуса. К сожалению, можно отметить, что в этой ситуации в центре внимания оказывается она сама, ее образ, а не будущий ребенок.

Мы проследили, влияют ли различия между исследованными образами (идеальная женщина, реальная женщина, идеальная мать, реальная мать, мой ребенок, отец ребенка) на уровень тревожности у женщин с угрозой невынашивания и в контрольной группе. Анализ коэффициентов корреляции показал, что в основной группе имеется слабая обратная связь тревожности и уровня самооценки. В контрольной группе отмечалась слабая положительная связь уровня тревоги и оценки себя как матери, что может свидетельствовать о большей осознанности материнской роли в контрольной группе.

Высокий риск перинатальной патологии в основной группе был выявлен у 22 женщин, а средний риск — у 8 беременных. В контрольной группе женщин отсутствовала высокая степень риска перинатальной патологии, а средний риск наблюдался у 7 будущих матерей. Низкий риск перинатальной патологии наблюдался у 3 женщин. В нашей работе мы исследовали связь риска перинатальной патологии с уровнем тревожности в обеих группах. В основной группе уровень тревожности не зависел от наличия риска перинатальной патологии, а в контрольной группе была выявлена прямая зависимость. Подводя итог данному исследованию, мы сделали следующие выводы.

Женщинам с угрозой невынашивания свойственен больший уровень тревожности, порождаемый сниженной самооценкой. Они характеризуются большим эгоцентризмом, незаинтересо-

ванностью ролью матери. В план ведения женщин с угрозой невынашивания необходимо включать консультацию психолога или психотерапевта. Стилль врачебного ведения должен быть максимально поощряющим, вселяющим оптимизм, эмоционально поддерживающим. Необходимо переориентировать женщину на принятие материнской роли уже во время беременности. Учитывая низкую самооценку и высокий уровень тревожности у женщин с угрозой невынашивания, считаем целесообразным включить данные психологические параметры в систему оценки перинатального риска.

### Литература

1. *Абрамченко В.В.* Психосоматическое акушерство. — СПб.: Питер, 2003. — С. 56–118.
2. *Айламазян Э.К.* Психика и роды. — СПб.: Питер, 1996. — С. 60–110.
3. *Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психологической диагностике. — Киев, 1989. — С. 108–109.
4. *Гребешева И.И.* Взросление. Репродуктивное здоровье и здоровый образ жизни. — М., 2002. — С. 16–81.
5. Медико-психологические аспекты современной перинатологии // Мат. III Всеросс. конф. по пренатальному воспитанию. — М., 2001. — С. 109–112.
6. Медико-психологические аспекты современной перинатологии // Мат. IV Всеросс. конгресса по пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии с международным участием. — М., 2003. — С. 24–32.
7. Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии. Часть I // Мат. Всеросс. конф. с международным участием. — Иваново, 2001. — С. 117–120.
8. *Райгородский Д.Я.* Психология и психоанализ беременности. — Самара, 2003. — С. 169–177.
9. *Хорни Карен.* Наши внутренние конфликты. — М., 2003. — С. 121–146.

### EXPERIENCE OF APPLICATION OF SEMANTIC DIFFERENTIAL FOR RESEARCHES OF INTERNAL PSYCHOLOGICAL CONFLICTS AT PREGNANCY DISCONTINUING

Gross E.V., Nazarova A.O., Nikanorov V.N., Motornaja G.V., Dimitrienko T.A.

■ **Summary:** With the purpose of research of the psychological conflicts submits in «an internal picture» of women pregnancies with preventing risk of pregnancy discontinuing the technique «semantic differential» was applied for the first time. The given approach objectively has allowed to estimate the psychological status of future mothers with a pathology of pregnancy.

■ **Key words:** «semantic differential»; a level of alarm; the psychological conflict; «a problem zone»; threat of pregnancy discontinuing; «an internal picture of pregnancy»; perinatal of pathology