

В. Ф. Простомолотов,
Е. В. Боднар

Факторы личностной дезадаптации у женщин при патологии беременности

Простомолотов В. Ф., Боднар Е. В. Факторы личностной дезадаптации у женщин при патологии беременности.

В статье на основании многостороннего психологического исследования 150 беременных женщин отделения патологии беременности выявлены четыре фактора личностной дезадаптации, связанные с поведенческой реакцией, с конверсионной симптоматикой, с интрапсихическим отреагированием, с полоролевой функцией. Выявление этих факторов с помощью современных компьютерно-психологических методик представляет возможность индивидуализировать личностные и поведенческие характеристики женщин с патологией беременности с определением их влияния на течение беременности и последующего родоразрешения, что позволит психологическим службам родовспомогательных учреждений в тесном сотрудничестве с акушерами-гинекологами улучшить оказание помощи беременным женщинам.

Ключевые слова: личностная дезадаптация, патология беременности, конверсионные, поведенческие, интрапсихические.

Простомолотов В. Ф., Боднар О. В. Факторы особистісної дезадаптації у жінок з патологією вагітності

У статті на підставі багатобічного психологічного дослідження 150 вагітних жінок відділення патології вагітності виявлено чотири фактори особистісної дезадаптації, що пов'язані з поведінковою реакцією, з конверсійною симптоматикою, інтрапсихічним відреагуванням, з полоролевою функцією. Виявлення цих факторів за допомогою сучасних комп'ютерно-психологічних методів дає можливість індивідуалізувати особистісні і поведінкові характеристики жінок з патологією вагітності з виявленням їх впливу на перебіг вагітності та наступних пологів, що дозволить психологічним службам рододопоміжних закладів у тісній співпраці з акушерами-гинекологами покращити надання допомоги вагітним жінкам.

Ключові слова: особистісна дезадаптація, патологія вагітності, конверсійні, поведінкові, інтрапсихічні.

Prostomolotov V. F., Bodnar E. V. Factors of Personal Maladjustment in Women with Pathological Pregnancy.

Four factors of personal maladjustment associated with behavioral response, conversion symptoms, intrapsychic catharsis and gender role function have been revealed in the article on the basis of multilateral psychological study of 150 pregnant women of the pathologic pregnancy department. Identification of these factors with the help of modern computer-psychological techniques envisages a possibility to personalize the personal and behavioral characteristics of women with pathological pregnancy and to define their effects on pregnancy and subsequent delivery to allow psychological services of maternity facilities in close collaboration with obstetricians and gynecologists to provide better care for pregnant women.

Keywords: personal maladjustment, pathological pregnancy, conversion, behavioral, intrapsychic.

Введение

В исследованиях, проведенных отечественными и зарубежными специалистами, отмечено, что в значительном проценте случаев беременности у женщин протекают не физиологически [4, 6, 7, 8], а выявляется та или иная патология, генитальная и экстрагенитальная. В числе последней часто наблюдаются нарушения психического состояния, включая расстройства допограничного и пограничного уровня [1, 4, 6], редко (<1%) психотического. Широко известно, что в период беременности женщины в большой степени подвержены воздействию негативных психосоциальных факторов, провоцирующих эмоциональные и поведенческие расстройства, поэтому не случайно среди народов Мира существуют обычаи оберегать беременных [1, 6]. Психическое состояние беременных женщин в значительной степени является результатом взаимодействия двух основных обстоятельств: экстра-генитальных, к которым следует отнести соматические заболевания и индивидуально-типические особенности физического статуса женщины, и собственно генитальных, к которым относят физиологические особенности женской половой сферы и некоторые формы генитальной патологии, а также особенности течения беременности. В монографии В. Д. Менделевича [4, с. 6-7] на основании научных работ, проведенных «с целью изучения клинических особенностей, динамики

ки, выявления факторов риска и распространенности пограничных психических расстройств, возникших во время беременности», проведенных сотрудниками, руководимой им кафедры, было установлено, что при скрининговом обследовании 600 беременных женщин у 174 (29%) из них выявлены невротические реакции; у 132 (22%) - обострение расстройств личности, невротических расстройств и невротоподобных расстройств; у 128 (21%) — пролонгированное эмоциональное напряжение; и только у 166 (28%) не обнаружено никаких проявлений психических нарушений.

В этой работе, а также ряде других исследований [3, 11] выявлены различия в личностно-эмоциональных характеристиках женщин в группе с физиологическим течением беременности по сравнению с группой с патологией беременности.

Общеввропейская тенденция снижения рождаемости приобрела в Украине особо негативную форму. В силу различных причин численность населения Украины уменьшилась с 52 млн человек в 1991 г. до 45,6 млн в 2011 году. Хотя рождаемость в 2011 по сравнению с 2010 годом увеличилась, однако она меньше показателя смертности более чем на 16 тыс. человек, то есть сохраняется тенденция к уменьшению численности населения Украины [12]. В этих условиях комплексное ведение каждой новой беременности с последующим благополучным родоразрешением приобретает особо важное значение. Поэтому изучение физиологических и психологических особенностей процесса гестации с целью улучшения репродуктивной сферы женщин как никогда актуально. Если биологические процессы в организме женщины при беременности изучались и изучаются достаточно интенсивно, то психическая сфера при беременности требует углубленного изучения.

Целью настоящего исследования являлось установление факторов личностной дезадаптации у женщин с патологией беременности, их взаимосвязь, а также взаимовлияние выявленных расстройств с соматическим состоянием беременных.

Материал и методы исследования

Всего было исследовано 150 беременных женщин в возрасте от 16 лет до 41 года, находящихся на стационарном лечении в отделении патологии беременности роддома № 5 г. Одессы. Исследованию были подвергнуты женщины от 22 до 41 недели беременности. Средний срок беременности по группе 33, 67 недели (см. таблицу 1).

Таблица 1

Распределение беременных женщин по возрасту и срокам беременности

Число исследуемых	Возраст беременных женщин			
	Минимум	Максимум	Среднее	Стд. Откл.
150	16	41	27,47	5,35
	Неделя беременности			
150	Минимум	Максимум	Среднее	Стд. Откл.
	22	41	33,67	5,57

Социально-демографический статус женщин представлен в таблице 2.

Следует отметить, что большинство исследуемых находились в зарегистрированном браке, имели высшее образование, профессию типа человек - человек и проживали отдельно в собственном жилье. Также отметим, что 17 (11,3%) исследуемых женщин на момент исследования проходили обучение в различных учебных заведениях.

Таблица 2

Распределение беременных женщин по социально-демографическим показателям

		Число случаев	% к 150
Семейное положение	Брак зарегистрирован	11	78,7
	Брак не зарегистрирован	32	21,3
Разница в возрасте супругов	Мужчина старше менее чем на 5 лет	68	45,3
	Мужчина старше более чем на 5 лет	44	29,3
	Женщина старше менее чем на 5 лет	28	18,7
	Женщина старше более чем на 5 лет	6	4,0
	Не замужем	4	2,7
Образование	Среднее образование	38	25,3
	Средне специальное образование	8	5,3
	Неоконченное высшее образование	6	4,0
	Высшее образование	98	65,3

продолжение таблицы 2

Тип профессии (по Климову)	Человек — природа	3	2,0
	Человек - техника	13	8,7
	Человек - человек	86	57,3
	Человек - знаковая система	28	18,7
	Человек - худож. образ	2	1,3
	Домохозяйка	18	12,0
Жилищные условия	Отдельно в собственном жилье	69	46,0
	Отдельно в съемном жилье	26	17,3
	Совместно с родственниками мужа	21	14,0
	Совместно с родственниками жены	34	22,7

Среди заболеваний (таблица 3), наиболее распространенными были: угроза преждевременных родов, нарушение плацентарного обмена, поздний токсикоз и экстрагенитальные заболевания. Следует отметить, 18 % женщин имели осложненный акушерско-гинекологический анамнез. У 7 (4,7%) женщин беременность была достигнута путем экстракорпорального оплодотворения.

Таблица 3

Структура заболеваний беременных женщин, находящихся на стационарном лечении

Патология	Наличие патологии	
	Число случаев	% к 150
Угроза преждевременных родов	90	60,0
Нарушение плацентарного обмена	54	36,0
Поздний токсикоз	43	28,9
Экстрагенитальные заболевания	40	26,7
Аномалии половых органов	38	25,3
Наличие опухолей	2	1,3

В исследовании были использованы клинико-психологические и экспериментально-психологические методы. Для изучения личностных свойств женщин применялся компьютерный вариант стандартизованного многофакторного метода исследования личности ММРІ, адаптированный применительно к русскоязычному населению СМІЛ Л. Н. Собчик. Анализ полученных результатов проводился на базе компьютерной

программы SPSS statistics 17.0. Основным инструментом статистического исследования был метод главных компонент и факторный анализ представляющих собой совокупность статистических процедур, направленных на выделение из данного множества переменных подмножеств переменных, тесно связанных (коррелирующих) между собой. Переменные, входящие в одно подмножество и коррелирующие между собой, но в значительной степени независимые от переменных из других подмножеств, образуют факторы [5]. В основе выделения факторов лежал метод главных компонент. При проведении факторного анализа личностных особенностей беременных женщин было выявлено четыре фактора. Факторный анализ был проведен путем косоугольного вращения методом прямого облимина.

Степень выборочной адекватности, по Кайзеру-Мейеру-Олкину [5], составила 0,776, что говорит о достаточно высокой способности матрицы к факторизации данных.

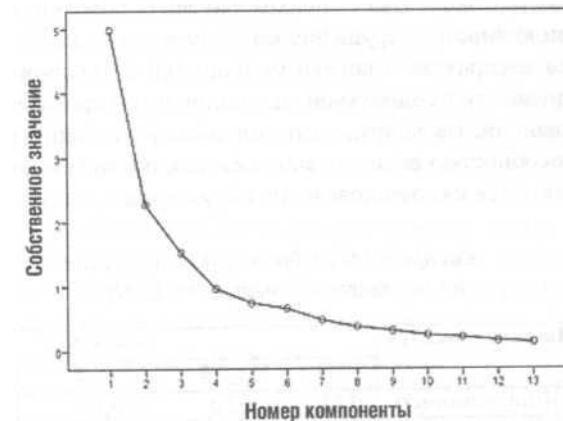


Рис. 1. График каменистой осыпи

Графическим способом определения количества факторов является критерий каменистой осыпи. Он состоит в поиске точки, где убывание собственных значений замедляется наиболее сильно. Справа от этой точки находится только «факторная осыпь». «Осыпь» — это геологический термин обломков, которые скапливаются в нижней части каменистого склона. Таким образом, число выделенных факторов не должно превышать количество факторов слева от этой точки [5]. Исходя из графика каменистой осыпи (рис. 1), было выделено четыре фактора.

Первый фактор охватывал 38% дисперсии исходной матрицы данных; второй фактор объяснял 17% дисперсии исходной матрицы данных;

третий фактор охватывал 12% исходной матрицы данных; четвертый фактор раскрывал 7% исходной матрицы данных. Суммарно факторная модель объясняла 74,85% исходной матрицы данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Выделенные нами факторы были определены в полном соответствии с их клиническим содержанием.

1. Фактор дезадаптации связанный с поведенческой реакцией. Общая характеристика данного фактора состоит в проявлении реакций во внешнюю среду. Этот фактор выражается в отрицании проблем, повышенной активности в деятельности, эмоциональном возбуждении. Также к свойствам данного фактора относятся усиление декларации существующих и гипертрофированных пациентками психологических проблем, проявление неконформности личности. Нарушение конформности может быть связано со своеобразием восприятия и логики у личностей шизоидного типа, испытывающих трудности в социальной адаптации, через проявление гетероагрессивных тенденций. Также трудности социальной адаптации могут быть связаны с неспособностью воспринимать обычаи, правила и нормы, которыми руководствуются в своем поведении окружающие.

Таблица 4

Распределение факторной нагрузки по показателям методики СМИЛ

Название шкалы	Факторы			
	1	2	3	4
Импульсивность	0,83	0,20	-0,15	-0,09
Оптимистичность	0,83	-0,18	-0,35	0,17
Индивидуалистичность	0,73	0,22	0,27	-0,01
Шкала достоверности	0,69	-0,06	0,34	0,13
Ригидность	0,68	0,00	0,30	-0,09
Эмоциональная лабильность	0,16	0,81	0,04	-0,15
Невротический сверхконтроль	0,19	0,78	0,17	-0,09
Шкала лжи	-0,29	0,60	0,16	0,44
Социальная интроверсия	-0,12	0,08	0,93	-0,01
Шкала коррекции	-0,16	0,48	-0,69	-0,07
Пессимистичность	0,07	0,45	0,66	-0,10
Тревожность	0,48	0,21	0,52	-0,15
Мужественность- женственность	0,15	-0,05	0,11	0,91

2. Фактор дезадаптации, связанный с конверсионной симптоматикой. Данный фактор характеризуется проявлением эмоциональной лабильности посредством соматических висцеро-вегетативных расстройств, то есть стремлением подчеркнуть свое соматическое неблагополучие с тенденцией отрицания трудностей в социальной адаптации. Такая реакция позволяет воспринимать жизненные трудности, неспособность оправдать ожидания окружающих с точки зрения социально приемлемой и кажущейся рациональной для испытуемых. Также свойством данного фактора является стремление уйти от прямого правдивого ответа, что характерно для данного типа личности, которое сопровождается конверсионными симптомами.

3. Фактор дезадаптации, связанный с интрапсихическим отреагированием. Для данного фактора характерна рефлексивность, самоанализ, погруженность в себя, подавленность, повышение тревожности и социальная отгороженность. Также свойством данного фактора являются трудности в сокрытии проблем, связанных с межличностными отношениями.

4. Полоролевой фактор. Так как в данный фактор вошла только одна шкала № 5 «Мужественность — женственность», мы ее выделили в отдельный фактор. Для данного фактора характерны осложнения полоролевой межличностной адаптации, стремление к независимости, эмансипации.

Были обнаружены две статистически значимые связи между факторами. Первая, наиболее сильная связь, установлена между первым и третьим факторами (0,304), которая определяет общую проблему дезадаптации, а именно интрапсихические нарушения, которые выражаются через эмоциональные, вегетативные и поведенческие реакции.

Первая, наиболее сильная связь, установлена между первым и третьим факторами (0,304), которая определяет общую проблему дезадаптации, а именно интрапсихические нарушения, которые выражаются через эмоциональные, вегетативные и поведенческие реакции. Таким образом, в отношении беременных женщин мы можем констатировать такое понятие, как континуум «адаптивность-дезадаптивность», где адаптивности соответствуют положительные полюса первого и третьего факторов, а дезадаптивности — отрицательные полюса этих факторов.

Также существует связь между третьим и четвертым факторами, указывающая на то, чем значительнее невротические тенденции, тем больше в поведении проявляется фемининность. Женщины с признаками невротического реагирования проявляют симптомы, характерные для женственного стиля полоролевого поведения.

При изучении взаимодействия между личностными факторами и соматическими показателями, согласно U критерию Манна - Уитни, можно

заметить закономерность. Женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом имели более женственное поведение.

Взаимосвязи с соматическим состоянием женщин и факторами личностной дезадаптации не было обнаружено.

Выводы

Подводя итог проведенным исследованиям, можно сделать вывод о наличии у женщин с патологией беременности четырех факторов личностной дезадаптации. Фактор дезадаптации, связанный с поведенческой реакцией, фактор дезадаптации, связанный с конверсионной симптоматикой, фактор дезадаптации, связанный с интрапсихическим отреагированием и полоролевой фактор. Выявление этих факторов даст возможность с помощью современных компьютерных методик индивидуализировать личностные и поведенческие характеристики женщин с патологией беременности и их влияние на ее течение и последующего родоразрешения, что позволит психологическим службам родовспомогательных учреждений в тесном сотрудничестве с акушерами-гинекологами улучшить оказание психологической и медицинской помощи беременным женщинам.

Литература

1. *Абрамченко В. В.* Психосоматическое акушерство. - СПб., 2001 - 320 с.
2. *Гарбузов В. И.* Концепция инстинктов и психосоматическая патология. - СПб: Сомис, 1999. - 456 с.
3. *Криворотько Я. В.* Состояние эмоциональной сферы у беременных. Медична психологія, 2010. - № 2. - С. 100-103.
4. *Менделевич В. Д.* Гинекологическая психиатрия (клиника, диагностика, терапия). - Казань, 1996. — 337 с.
5. *Митина О. В., Михайловская И. Б.,* Факторный анализ для психологов, 2001.-169 с.
6. *Простомолотов В. Ф.* Пограничные психические расстройства у женщин / С. 395—429/ Пограничная психиатрия: учебное пособие. 2-е изд., испр. и доп. - Одесса. ВМВ, 2009. - 452 с.
7. *Простомолотов В. Ф., Пономарева А. Ф.* К вопросу о психической профилактике в акушерстве в случаях пограничной психической патологии: збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. - К.: Інтермед, 2004. - С. 629-632.

8. *Пономарева А. Ф., Простомолотов В. Ф.* Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с пограничной психической патологией. - Там же. — С. 613-616.
9. Российский статистический ежегодник. 2011: Стат. сб. / Росстат - М., 2011.
10. Статистичний щорічник України за 2011 рік / Держкомстат України. - К.: Техніка, 2011. - 125 с.
11. *Чеботарева И. С.* Эмоционально-личностные особенности беременных женщин и динамика их изменений в процессе позитивной психотерапии // дис. канд. псих. наук. - Казань, 2001. - 203 с. <http://www.lib.ua-m.net/diss/cont/327537.html>.
12. www.ukrstat.gov.ua
13. *Lederman R.* Psychosocial adaptation to pregnancy / Lederman R, Weis K. (3rd Ed). - New York: Springer, 2011. - 324 p.