

## **Динамика показателей самооценки и уровня психосоциальной адаптации у женщин при беременности, осложненной гестозом**

*Белорусский государственный медицинский университет,  
Белорусский государственный университет*

Изучены показатели самооценки и уровень психосоциальной адаптации у беременных женщин, с осложненным гестозом течением гестации. Установлено, что у беременных с гестозом достоверно снижается показатель ПСА на 72%, в том числе стрессоустойчивость на фоне уменьшения симпатии к себе, что требует проведения психокоррекционных мероприятий во II-III триместрах беременности.

**Ключевые слова:** динамика адаптации к гестозу

Беременность является чрезвычайно сильным эмоциональным фактором в жизни женщины, оказывающим особое влияние на ее психосоматическую деятельность, что, безусловно, требует более углубленного изучения [1,2].

На значимость оценки психического и психологического состояния женщин при беременности указывали многие отечественные клиницисты. Согласно исследованиям И.И. Чесноковой, психическое напряжение, утомление, тревога, депрессия являются этиологическими факторами возникновения акушерских осложнений [2,3].

Одной из наиболее важных особенностей репродуктивной системы является влияние эмоционального состояния матери на плод. В связи с этим многие отечественные и зарубежные авторы указывают на необходимость оценки эмоционального состояния беременной с самых ранних сроков беременности, с момента постановки на учет в женской консультации.

Изучение психологических особенностей и учет их наряду с другими традиционными показателями здоровья беременной позволяет повлиять на отношение женщины к беременности, предстоящим родам, материнству. Как указывают некоторые авторы [3,4], к психологическим факторам, способствующим возникновению эмоциональных нарушений, стрессовых ситуаций при беременности, следует относить: эгоцентризм, нежелание приносить какие-либо жертвы во имя ребенка; поведение, когда превыше всего ставятся успех и профессиональные интересы; повышенная эмоциональная чувствительность, впечатлительность, ранимость, повышенная тревожность; повышенная мнительность, заниженная самооценка; наличие нерешенных проблем в семье; ожидание родов как страшного, опасного события с невероятно сильной болью [3]. На течении беременности отрицательно сказываются такие личностные характеристики женщины, как эмоциональная нестабильность, самоуверенность, консерватизм, недисциплинированность, безразличие к удачам и неудачам. Значительным стрессовым фактором при беременности является госпитализация женщин ввиду акушерских осложнений, в том числе гестоза.

Ведущим звеном осознанной саморегуляции является самооценка, определяющая направление и уровень активности человека, его отношение к

миру, к людям, к самому себе [3]. Оценивая себя, человек опирается на разносторонние знания об окружающем мире и самом себе. Результаты самооценивания представлены в сознании человека в виде определенной системы ранжированных характеристик своих физических и психических качеств, возможностей и способностей, отношений с окружающими, социального статуса. Самооценка выражает фундаментальные свойства личности, ее направленность. Она является показателем уровня психологического развития личности, «зеркалом» личностных качеств. В формировании самооценки всегда присутствует сопоставление себя с определенным эталоном, с некоторым идеальным уровнем выраженности того или иного качества [2,3,4].

Психические и психосоматические осложнения беременности, по мнению И.Харди (1974), зависят от преморбидных свойств личности, от условий жизни, от социальных и семейных проблем, от переживаний и впечатлений. Первая беременность обычно переносится более тяжело, чем последующие. Особенно, если беременность нежелательная, внебрачная, в трудной психологической ситуации, у женщины может сформироваться враждебное отношение к беременности, отрицание ее вопреки фактам, что является проявлением психологической защиты от жизненных неприятностей [2].

На психологическом уровне в первые месяцы беременности отмечается амбивалентное отношение к будущему ребенку и материнству, что выражается в подавленности настроения. Имеют место два противоборствующих качества – инфантильность и взрослость. К середине беременности отмечается некоторое спокойствие. В последние месяцы перед родами характерно «погружение» в ребенка, который становится средоточием интересов и занятий будущей матери. Перед родами нарастает тревога, которая может проявиться гиперактивностью беременной. Частота психологических расстройств достигает 60-80% [2,3].

Таким образом, имеющиеся в настоящее время сведения о психоэмоциональном состоянии беременных, особенно при наличии сочетанного гестоза, противоречивы, что требует дальнейшего изучения указанной проблемы.

Целью данной работы явилось сопоставление показателей самооценки и уровня психосоциальной адаптации (ПСА) у женщин в процессе развития беременности, осложненной гестозом.

#### Материал и методы

Обследовано 380 беременных женщин с признаками гестоза и риском развития гестоза и 180 женщин с физиологически протекающей беременностью. Состояние женщин оценивали при постановке на учет в женской консультации (I этап), в момент первого шевеления плода (II этап), перед родами (III этап). Для оценки самоотношения человека использовали методику исследования самооценки (МИС), разработанную В.В.Столиным и С.Р.Пантелеевым [5]. Методика содержит 9 шкал, объединенных в три фактора «самоуважения», «аутосимпатии», «уничуждения».

I фактор «самоуважения» включает в себя шкалы: «осознанность «я» (внутренняя честность), «саморуководство», «самоуверенность», «ожидаемое отношение других». Все эти шкалы выражают оценку собственного «я» по отношению к социально-нормативным критериям: моральности, успешности,

воле целеустремленности, социальному одобрению. Этот фактор предполагает сравнение себя с нормой, эталоном «я».

II фактор «аутосимпатии» объединяет следующие шкалы: «безусловное самопринятие», «чувство привязанности к себе», «переживание ценности своей личности». Эти шкалы отражают эмоциональное отношение к своему «я», внутреннее чувство симпатии к себе.

III фактор «самоуничжения» представлен шкалами, имеющими страдательную позицию «я», отражающие переключивание ответственности за неудачи со своего «я» на других или на внешние обстоятельства. Результаты выражены в станах в виде профиля самоотношения личности.

Для определения уровня психосоциальной адаптации использовали методику, предложенную Т.А. Айвазян с соавт. (1989), основанную на применении сокращенного варианта теста Люшера с определением ранговой последовательности цветовых выборов серого, синего, зеленого цветов[6].

### Результаты и обсуждение

У здоровых женщин в процессе развития беременности отмечалось увеличение симпатии к себе, усиление честности при оценке себя, уменьшение самообвинения и самоуничжения (рис. 1).

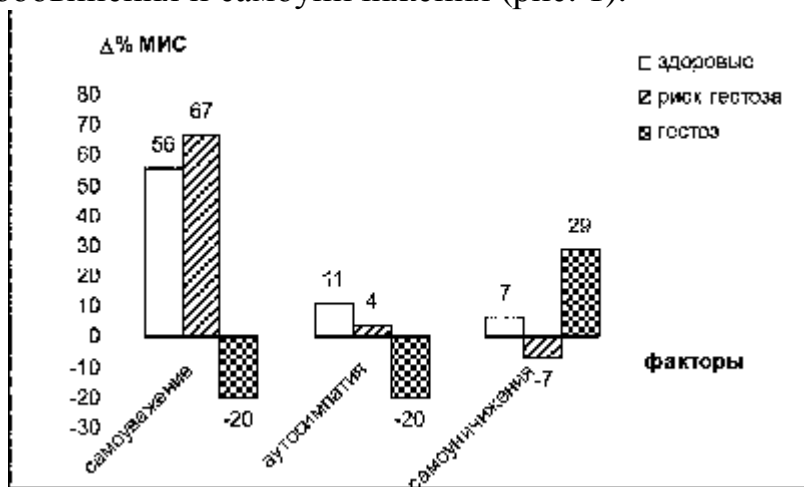


Рис. 1. Динамика показателей самоотношения в процессе беременности

У этой группы женщин показатель психосоциальной адаптации в начале беременности составлял  $-2,91 \pm 0,38$  (последовательность цветов – 3254017). Эта величина соответствует среднему уровню адаптации (от 0 до -7), т.е. среднему уровню выраженности ипохондрической симптоматики, тревожности. Снижения фона настроения, умеренной зависимости от внешних обстоятельств и чувствительности к стрессовым воздействиям. По мере развития беременности величина показателя ПСА снижалась на 29%, однако различия по сравнению с исходным уровнем были недостоверны ( $-3,74 \pm 0,37$ ,  $p > 0.05$ ), этот уровень показателя соответствовал среднему уровню адаптации. Важно отметить, что беременные чаще всего ставили на первые позиции красный и зеленый цвета, что указывало на относительно стабильную эмоциональную устойчивость, уверенность в себе, независимость, самостоятельность (красный), повышенную активность с переоценкой собственных сил и недооценкой сложностей (зеленый), при перемещении черного цвета на последние позиции, что свидетельствует о стремлении к строгому соблюдению социальных норм, о невозмутимости,

хорошей адаптации и устойчивости к стрессу (цвета перед родами 23460571) (рис. 2).

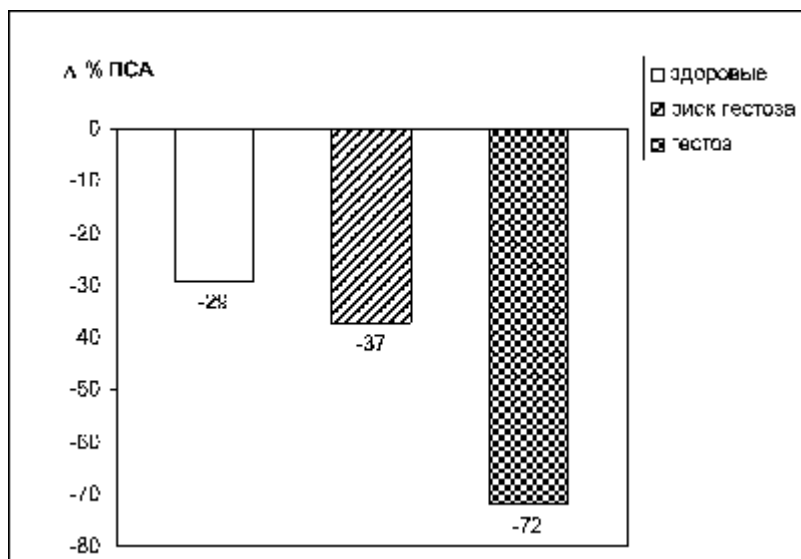


Рис. 2. Динамика показателя психосоциальной адаптации в процессе беременности

У женщин группы риска развития гестоза в начале беременности отмечалось: нормальный уровень величины I фактора «самоуважения»  $23,4 \pm 2,7$  стена; слегка повышенный уровень II фактора «аутосимпатии»  $-19,3 \pm 2,4$  стена (в норме 12-18 стенов); нормальный уровень III фактора «самоуничижения»  $-9,6 \pm 0,8$  стена (в норме 8-12 стенов).

По мере развития беременности у женщин этой группы имело место незначительное увеличение I фактора «самоуважения» на 11%, II фактора «аутосимпатия» на 4% при незначительном, достоверном усилении фактора III «самоуничижения» на 20%.

Показатель ПСА в начале беременности достоверно не отличался от показателя здоровых беременных женщин и составлял  $-2,92 \pm 0,40$ , т.е. соответствовал диапазону среднего уровня адаптации.

По мере развития беременности у женщин этой группы усилилась тревожность и чувствительность к стрессовым воздействиям внешней среды, что отражается в величине показателя ПСА (перед родами он снизился на 37%, составляя  $-3,40 \pm 0,36$ , что достоверно отличается от начального уровня,  $p < 0,05$ ).

У женщин с признаками гестоза в начале беременности величина I фактора «самоуважения» незначительно превышала норму (16-24 стена), составляя  $24,24 \pm 2,31$  стенов; величина II фактора «аутосимпатия» превышала норму (12-18 стенов), составляя  $20,76 \pm 2,17$  стенов; величина III фактора «самоуничижения» была в норме (8-12 стенов), составляя  $8,76 \pm 0,97$  стенов.

По мере развития беременности отмечалось незначительное увеличение фактора I «самоуважения»; незначительное снижение на 7% величины II фактора «аутосимпатии»; выраженное увеличение III фактора «самоуничижения» на 29%.

Показатель ПСА в начале беременности у женщин с признаками гестоза достоверно не отличался от показателя здоровых беременных и беременных группы риска развития гестоза, составляя  $-2,92 \pm 0,40$  (средний диапазон адаптации). По мере развития беременности у беременных с признаками гестоза имело место резко выраженное, достоверное снижение показателя ПСА от

начального уровня на 72%. Показатель составил –  $5,02 \pm 0,47$ , что свидетельствовало о повышении невротичности, ипохондричности, тревожности, неуверенности в своих силах, снижении настроения накануне родов. При этом имело место перемещение в цветовом ряде синего цвета в конце ряда, а серого цвета – на передний план.

#### **Выводы**

1. Самооценка женщин в процессе беременности, а также изменение уровня психосоциальной адаптации в зависимости от наличия признаков гестоза, осложняющего течение беременности.

2. У здоровых женщин на всем протяжении беременности сохраняется исходный уровень психосоциальной адаптации (средний или высокий) на фоне усиления симпатии к себе, принятия себя, уменьшения самоуничужения.

3. У женщин с признаками гестоза по мере развития беременности происходит резкое снижение показателя психосоциальной адаптации (на 30-70%) от начального уровня, т.е. усиления тревожности, невротичности, снижение стрессоустойчивости на фоне уменьшения симпатии к себе, усиление самоуничужения.

4. Выявленные изменения в состоянии беременных женщин требуют проведения психокоррекционных мероприятий, особенно на II и III этапах развития беременности.

#### **Литература**

1. Абрамченко, В. В. Перинатальная психология. Теория, методология, опыт / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. Петрозаводск: ИнтелТек. 2004. 350с.

2. Абрамченко, В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. СПб.: СоТИС, 2001. 320с.

3. Сорокина, Т. Т. Роды и психика: практ. рук-во / Т. Т. Сорокина. Минск: Новое знание, 2003. 352с.

4. Коваленко-Маджуга, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко-Маджуга. 2-е изд., доп. СПб., 2001. 214с.

5. Пантелеев, Р. С. Методика исследования самоотношения (МИС) / Р. С. Пантелеев // Практикум по психодиагностике: конкретные психодиагностические методики. М.: издательство МГУ. 1979. С. 166 – 170.

6. Айвазян, Т. А. Изучение диагностических возможностей цветового теста у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев, И. А. Таравкова // Психологический журнал. 1989. Т.10, № 3. С. 106 – 110