

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Досова С.Ю., Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.,  
Стольников И.И.

УДК: 616.5-006-08

*Тверской государственный медицинский университет, Тверь*

### Резюме

Рассмотрена проблема актуальности привычного невынашивания беременности: частота встречаемости данного заболевания в нашей стране и за рубежом, современный взгляд на проблемы этиологии и патогенеза. Также затронуты вопросы диагностики, оценки психологического состояния пациенток с выше указанной патологией.

**Ключевые слова:** привычное невынашивание беременности, самопроизвольный аборт, воспалительный процесс, эндокринные расстройства, аллоиммунные нарушения, тромбофилия, стрессогенный фактор, депрессия, тревожность, рефлексивность.

Широкое распространение в последние годы гинекологической и соматической патологии среди женщин фертильного возраста, увеличение доли возрастных первородящих приводит к повышению частоты осложнений беременности и родов, различных нарушений репродуктивного здоровья. Проблема невынашивания беременности не теряет своей актуальности. Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности в сроке от зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации. Прерывание беременности в сроке от зачатия до 22 недель называют самопроизвольным абортом, а в сроки от 22 недель до 37 недель относят к преждевременным родам. Частота данного осложнения гестации по оценкам как отечественных [2; 5], так и зарубежных авторов [10] составляет 15–20% от всех беременностей. Причины спорадического самопроизвольного аборта чрезвычайно разнообразны и не всегда четко обозначены. К ним относят целый ряд социальных факторов: вредные привычки, производственные факторы, неустроенность семейной жизни, тяжелый физический труд, стрессовые ситуации и др., а также медицинские факторы: генетические дефекты кариотипа родителей и эмбриона, эндокринные нарушения, пороки развития матки, инфекционные заболевания, тромбофилии, антифосфолипидный синдром, предшествующие аборт и др. [2; 8].

В РФ гинекологи ставят диагноз «привычное невынашивание» в том случае, если у пациентки не менее двух раз подряд происходит самопроизвольное прерывание беременности на сроке до 37 недель. В некоторых зарубежных странах (например, в США) привычным считается невынашивание, которое повторилось как минимум трижды. Частота привычного невынашивания в

### PSYCHOEMOTIONAL STATE AND PERSONAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH HABITABLE MISCARRIAGE OF PREGNANCY

Dosova S.Yu., Evstifeeva E.A., Filippchenkova S.I., Stolnikova I.I.

This article discusses the problem of applicability of habitual miscarriage: the incidence of this disease in our country and abroad, modern view of the problems of etiology and pathogenesis. Also issues of diagnosis, assessment of psychological status of patients with this pathology are considered.

**Keywords:** habitual miscarriage, spontaneous abortion, inflammatory process, endocrine disorders, alloimmune disorders, thrombophilia, stressor, depression, anxiety, reflexivity.

популяции по оценкам отечественных авторов составляет около 2% от числа беременностей, по данным зарубежных авторов – 1%.

Причины такой патологии долгое время рассматривались, в основном, только в области акушерства и гинекологии, эндокринологии. Действительно, процессы зачатия, вынашивания и рождения ребенка являются естественными, вполне физиологичными и генетически обусловленными. Оптимальные условия для развития эмбриона создаются формированием «гестационной доминанты», и последующей нейрогуморальной регуляцией [3; 4]. В то же время, психологические исследования свидетельствуют о возможности нарушения функциональных состояний в связи с глубокими эмоциональными переживаниями человека, сопровождающимися изменением его нормального гормонального фона. В этом случае могут быть нарушены многие естественные процессы жизнедеятельности организма. Привычное невынашивание беременности (НВ) является мощным стрессогенным фактором, который может оказать негативное влияние на психическое здоровье женщины. Так, недавнее исследование показало связь между привычным НВ и психическим здоровьем. В нем участвовали женщины из двух исследований – Финское исследование здоровья 2000 и исследование FINRISK 2002. Диагноз депрессивного расстройства и наличие депрессивных симптомов были характерными для женщин с привычным НВ. По данным китайского исследования из 20,308 беременных женщин 1495 (7,36%) имели выкидыши в анамнезе и 7686 (37,85%) имели индуцированные аборт. Было выявлено, что у беременных женщин с НВ был значительно более высокий риск тревоги и депрессии в первом триместре, чем у первобеременных. По данным

литературы беременные женщины с медицинским диагнозом НБ отличаются эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, высоким уровнем личностной тревожности, сензитивностью, мнительностью, астеничностью, неадекватной самооценкой [1; 4]. Такие свойства личности предопределяют неадекватные механизмы преодоления стрессовых ситуаций. Несформированность адаптационных механизмов ведет к невротическим или психосоматическим формам реагирования, что в свою очередь может проявиться в нарушении репродуктивной функции [3; 4]. В случае переживания хронических стрессов (психотравмирующих ситуаций) у этих женщин формируются различные невротические расстройства, выраженная астенизация организма, реакция «ухода», отрицание проблем, соматизация. Безусловно, такие стрессовые состояния оказывают влияние на течение данной беременности, и, в случае очередной неудачи, на возможность наступления следующей.

Но имеющихся на настоящий момент данных недостаточно для оценки влияния психологического состояния данной категории пациенток на течение и наступление беременности. В связи с актуальностью проблемы было предпринято данное исследование по изучению психологических характеристик женщин с привычным невынашиванием беременности с целью оптимизации их лечения в структуре комплексного медико-психологического подхода.

### Материалы и методы

Обследованы 109 женщин в возрасте от 20 до 42 лет, которые были разделены на три группы. В первую группу были включены 32 беременных с привычным невынашиванием (БПН), во вторую – 30 небеременных с привычным невынашиванием (НБПН), в третью – 37 здоровых беременных женщин (ЗБ). Исследование проведено на базе гинекологического отделения Областной клинической больницы г. Твери, отделения патологии беременности ГБУЗ «Областного родильного дома» г. Твери и психодиагностической лаборатории качества жизни и личностного потенциала Тверского ГМУ. Психодиагностическое исследование было проведено с помощью методики диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова, опросника Т.В. Корниловой «Личностные факторы принятия решений» (ЛФР-25), методики оценки уровня субъективного контроля (интернальности), а также личностной и ситуативной тревожности Спилберга.

### Результаты и обсуждения

Высокий уровень рефлексивности был выявлен у 17% пациенток 2-ой группы и у 14% 3-ей группы. В 1-ой группе (БПН) женщины с высоким уровнем рефлексивности отсутствуют. Низкий уровень – у 17% женщин 2-ой группы, у 34% здоровых беременных и у 33% 1-ой группы. Результаты исследования позволяют сделать вывод, что в полной мере способность к рефлексии никому из респонденток не присуща. Под рефлексивностью мы понимаем

способность к самовосприятию содержания собственной психики и его анализу, а также к пониманию психики других людей, «вставая на место другого», механизмы проекции, идентификации и эмпатии. Рефлексивность – один из индикаторов когнитивной сложности мышления, способность решать эмпирико-аналитические и морально-практические вопросы, относящиеся к определенному классу профессиональных проблем. Средний уровень, выявленный у большинства женщин, вполне обеспечивает нормальную социально-психологическую адаптацию личности, однако при низком уровне возможны проблемы дезадаптации и изоляции.

Опросник «Личностные факторы принятия решений» (ЛФР) представляет собой вариант модификации немецкой методики Q-сортировки, проведенной Т.В. Корниловой. Он измеряет личностные свойства: готовность к риску как готовность действовать в ситуациях с неполными или заведомо недоступными ориентирами; рациональность как склонность обдумывать свои решения и собирать как можно больше информации. Заниженные показатели рациональности продемонстрировали 33% БПН, 29% НБПН и 3% ЗБ. Завышенные – 50% БПН, 28% НБПН и 56% ЗБ. Заниженные показатели готовности к риску были выявлены у 33% пациенток 1-ой группы (БПН), 29% – 2-ой группы (НБПН) и 49% – 3-ей группы (ЗБ). Завышенные показатели готовности к риску – у 34% БПН, 28% НБПН и 10% ЗБ. При исследовании уровня личностной и ситуативной тревожности высокие показатели чаще встречались во второй группе респонденток (НБПН – около 60% обследуемых), реже у представительниц 1-й группы (33% и 42% соответственно), а в группе контроля (ЗБ) – лишь у 20% и 26%. Что касается оценки общей интернальности, т.е. субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями, то наибольший процент женщин с его низким значением также выявлен во 2-ой группе – 40%, в двух других группах эти цифры значительно ниже – около 17%.

### Выводы

Таким образом, в группах здоровых беременных и беременных с привычным невынашиванием был выявлен большой процент женщин с низким уровнем рефлексивности, завышены показатели рациональности и занижены – готовности к риску, что может быть обусловлено их физиологическим состоянием. Во второй группе пациенток был выявлен наибольший процент женщин с высоким уровнем рефлексивности, что характеризует их как людей склонных к анализу выполненной в прошлом деятельности и свершившихся событий. Показатели рациональности и склонности к риску сбалансированы и имеют равную степень выраженности. При оценке уровня ситуативной и личностной тревожности, высокие ее показатели гораздо чаще встречались в группах пациенток с привычным невынашиванием беременности, что указывает на повышенную склонность воспринимать большой

круг ситуаций, как угрожающие, для них характерен постоянный фон повышенной напряженности, беспокойства, неуверенности в себе, пессимистичность ожиданий. Также в группе НБПН чаще встречались низкие значения показателя общей интернальности, что говорит о низком субъективном контроле данных пациенток над любыми значимыми ситуациями, они более склонны приписывать ответственность за разнообразные неприятности и страдания другим людям, считают здоровье и болезнь результатом случая и надеются на то, что выздоровление придет в результате действия других людей (врачей). Данные результаты, по-видимому, связаны с отягощенным анамнезом, пережитыми психотравмирующими ситуациями в прошлом, что требует принятия психопрофилактических и психокоррекционных мер с целью предотвращения развития психосоматических заболеваний. Таким образом, для решения проблемы невынашивания беременности необходим целостный подход, учитывающий медицинские, психологические и социальные аспекты в этиопатогенезе этого заболевания.

#### Литература

1. Азарных, Т.Д., Тартышников, И.И. Психическое здоровье. М., 2008. – 111 с.
2. Агаркова, И.А. Неразвивающаяся беременность: вопросы этиологии и патогенеза // Гинекология. 2010. – № 5. – С. 38–42.
3. Батуев, А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. общ. – 2006. – Т. 2. – Вып. 4. С. 69–70.
4. Грон, Е.А. Генетические и психологические аспекты невынашивания беременности: Автореф. дис. канд. мед. наук. –М., 2004. – 23 с.
5. Гончар С. Невынашивание беременности // РМЖ. – 2005. – Т. 11. – № 15.
6. Захаров, А.И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов. Перинатальная психология и родовспоможение. СПб.: Питер, 2007. – 45 с.
7. Карпов, А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психолог. журнал. – 2003. – Т. 24, № 5. – С. 45–57.
8. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности. М.: Трада-Х, 2009. – 304 с.
9. Сидельникова, В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы. 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 224 с.
10. Arck, P.C., Rucke, M., Rose, M., et al. Early risk factors for miscarriage: a prospective cohort study in pregnant women. *Reprod Biomed Online*. 2008 Jul. 17(1): 101-13.
11. Gracia, C.R., Sammel, M.D., Chittams, J., Hummel, A.C., Shaunik, A., Barnhart, K.T. Risk factors for spontaneous abortion in early symptomatic first-trimester pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov. 106(5 Pt 1): 993-9.
12. Maconochie, N., Doyle, P., Prior, S., Simmons, R. Risk factors for first trimester miscarriage—results from a UK-population-based case-control study. *BJOG*. 2007 Feb. 114(2): 170-86.
13. Marko, E.K., Buery-Joyner, S.D., Sheridan, M.J., Nieves, K., Khoury, A.N., Dalrymple, J.L. Structured teaching of early pregnancy loss counseling. *Obstet Gynecol*. 2015 Oct. 126 suppl 4: 1S-6S.
14. Rai, R., Regan, L. Recurrent miscarriage // *Lancet*. 2006. – Vol. 12. – № 368 (9535). – P. 601–611.
15. Sugiura-Ogasawara, M. et al. *Human Reproduction*. 2002. Vol. 17, N. 10. P. 2580–2584.
16. Yang, C. J., Stone, P., Stewart, A.W. The epidemiology of recurrent miscarriage: a descriptive study of 1214 prepregnant women with recurrent miscarriage // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol*. 2006. – Vol. 46. – № 4. – P. 316–322.

#### КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

e-mail: snegaru1@mail.ru