

# СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

---

УДК 618.3: 618.177

## НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И БЕСПЛОДИЯ

*Д. А. Набеева*

*Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия*

## SOME PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MISCARRIAGE AND STERILITY

*D. A. Nabeeva*

*Izhevsk State Academy of Medicine, Izhevsk, Russian Federation*

---

**Цель.** Изучение особенностей психоэмоционального и психосоциального статуса у женщин с установленным диагнозом бесплодия и у беременных с невынашиванием в анамнезе.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 173 женщины. Основную группу составили 123 пациентки с диагнозом «бесплодие» и «невынашивание беременности» в анамнезе, в группу контроля вошли 50 женщин с физиологическим течением беременности в анамнезе. Проводилась экспресс-диагностика депрессивных состояний с помощью шкалы самооценки (ДЕПС-шкалы депрессии), изучалось наличие и выраженность у обследуемых депрессивной симптоматики, ведущие механизмы психологической защиты и типы отношения к своей болезни на основе психологических методик.

**Результаты.** При физиологическом течении беременности возникающие психовегетативные изменения следует рассматривать как реакцию, направленную на адаптацию организма и личности к наступившей беременности. Состояние усталости, тревожности, депрессии, неудовлетворенность личной жизнью, эмоциональная нестабильность, нетерпимость к окружающим, ухудшение взаимоотношения между супругами значительно превышены в основной группе. У подавляющего большинства женщин основной группы (94%) наблюдалось состояние легкой депрессии или пониженного настроения. Отличительной чертой пациенток с диагнозом бесплодия и невынашиванием беременности в анамнезе было повышение как личностной (по 44% – умеренный и высокий уровень, 12% – низкий), так и реактивной тревожности (умеренный уровень у 8% и низкий у 92% женщин). В контрольной группе выявлен умеренный уровень личностной тревожности у 30%, низкий уровень – у 66%, а высокий – всего лишь у 4%.

**Выводы.** Неопределенность репродуктивного статуса при бесплодии и наличие проблем с вынашиванием беременности является сильным психотравмирующим фактором, который проявляется в различных сферах жизни женщин. Женщины, пребывающие в хронической ситуации неопределенности репродуктивного статуса, нуждаются в специализированной психопрофилактической и психокоррекционной работе, направленной на снижение нервно-психического напряжения.

**Ключевые слова.** Невынашивание беременности, бесплодие, психологические аспекты.

**Aim.** To study the peculiar features of psychoemotional and psychosocial status in women with diagnosed sterility and pregnant women with miscarriage in anamnesis.

---

© Набеева Д. А., 2014

e-mail: di.kasimova@mail.ru

тел. 8 (3412) 69 35 33

[Набеева Д. А. – аспирант кафедры акушерства и гинекологии].

**Materials and methods.** 173 women were under observation. The main group involved 123 patients diagnosed sterility and miscarriage in anamnesis; the control group included 50 patients with physiological course of pregnancy in anamnesis. Express-diagnosis of depressive status using self-rating scales (Depression Scales) was carried out; presence and evidence of depressive symptomatology, the leading mechanisms of psychological defense as well as types of patients' attitude to their disease based on psychological methods were studied.

**Results.** In case of physiological pregnancy course, the occurring psychovegetative changes should be regarded as reaction directed to adaptation of the body and personality to pregnancy. The states of tiredness, anxiety, depression, private dissatisfaction, emotional instability, intolerance to people around, deterioration of relations between husband and wife were exceeded in the main group. In most women of the main group (94%) there was observed the state of mild depression or bad mood. The distinguishing feature of patients diagnosed sterility and miscarriage in anamnesis was an elevated personal (44% – moderate and high levels, 12% – low level) and reactive anxiety (8% – moderate level and 92% – low level). In the control group, moderate level of personal anxiety was revealed in 30% of women, low level – in 66% and high level – only in 4%.

**Conclusions.** Uncertainty of reproductive status in women with sterility and miscarriage problems is a strong psychotraumatic factor which is displayed in different spheres of women's life. Women being in chronic situation of uncertainty regarding their reproductive status need specialized psychopreventive and psychocorrecting work directed to decline in neuropsychical tension.

**Key words.** Miscarriage, sterility, psychological aspects.

## ВВЕДЕНИЕ

Проблемы наступления беременности и связанные с невынашиванием беременности являются наиболее значимыми вопросами современного акушерства и гинекологии. В России частота невынашивания беременности составляет 10–25% [1]. Потеря беременности является результатом влияния неблагоприятных социальных, медицинских и биологических факторов на здоровье будущей матери. В структуре невынашивания беременности преждевременные роды занимают особое место. Наблюдаемое в последнее время увеличение частоты преждевременных родов объясняется многими факторами, в том числе широким внедрением в повседневную клиническую практику вспомогательных репродуктивных технологий [2]. Внедрение современных технологий в области родовспоможения справедливо повысило авторитет инструментальных методов обследования и лечения, но несправедливо снизило интерес акушеров-гинекологов к тому, что можно назвать «человеческим фактором» – психическим особенностям личности.

Известно, что в России не менее 15% женщин репродуктивного возраста испытывают затруднения с естественным зачатием ребенка [2, 3]. Проблема бесплодия, как правило, решается благодаря современным достижениям акушерства и гинекологии, включая экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство. Однако даже самые современные медицинские технологии оказываются неустребованными, если игнорируются особенности психосоциального статуса женщины, ее мотивационно-потребностная сфера материнства [4].

Патогенное влияние психоэмоционального напряжения обусловлено прежде всего нарушением регуляции центральных и периферических систем гомеостаза. При углублении психоэмоциональных нарушений в результате перенапряжения происходит срыв адаптационных процессов, который сопровождается угнетением вегетативных эффекторных систем. Наблюдается извращение ряда вегетативных реакций, что является важным патогенетическим моментом различных заболеваний. Изучению гинекологических аспектов бесплодия и невынашивания беременности посвящено большое

количество исследований, однако проблема психического состояния пациенток остается малоосвещенной.

*Целью исследования* явилось изучение особенностей психоэмоционального и психосоциального статуса у женщин с установленным диагнозом бесплодия и у беременных с невынашиванием в анамнезе.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Под наблюдением находились 173 женщины. Основную группу составили 123 пациентки с диагнозом «бесплодие» и «вынашивание беременности» в анамнезе, в группу контроля вошли 50 женщин с физиологическим течением беременности в анамнезе. Обе группы были сопоставимы по возрасту, социально-экономическому статусу, экстрагенитальной заболеваемости.

Проводилась экспресс-диагностика депрессивных состояний с помощью шкалы самооценки (ДЕПС-шкалы депрессии), изучалось наличие и выраженность у обследуемых депрессивной симптоматики, ведущие механизмы психологической защиты и типы отношения к своей болезни на основе трех психологических методик: опросник Бека, опросник Келлермана–Плутчика, личностный опросник Бехтеревского института. Личностная и реактивная тревожность определялись методом самооценки Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

При физиологическом течении беременности возникающие психовегетативные изменения в виде активации тонуса вегетативной нервной системы, повышенной возбудимости, иногда депрессии следует рассматривать как реакцию, направленную на адаптацию организма и личности к наступившей беременности. Однако в ряде случа-

ев психовегетативные изменения приводят к неадекватной мобилизации различных висцеральных систем, что, наряду с другими факторами, может способствовать развитию различных осложнений течения беременности.

Исходя из данных анкет «Качество жизни женщины», были получены следующие результаты: такие показатели, как состояние усталости, тревожности, депрессии, неудовлетворенность личной жизнью, эмоциональная нестабильность, нетерпимость к окружающим, ухудшение взаимоотношения между супругами, значительно превышены в основной группе. Хотя в группе сравнения имеются повышения показателей состояния усталости, тревожности, эмоциональной нестабильности и нетерпимости к окружающим, они достоверно ниже таковых в основной группе.

У подавляющего большинства женщин основной группы (94%) наблюдалось состояние легкой депрессии или пониженного настроения. Основные механизмы психологической защиты в основной группе следующие: проекция – у 63% женщин, отрицание и вытеснение – по 21% и регрессия – у 13%. Из типов отношения к своей болезни стоит выделить эйфорический и паранойальный, которые встречались у 38 и 31% пациенток соответственно в основной группе. Другие типы отношения к своей болезни, такие как неврастенический, анозогнозический, обсессивно-фобический, тревожный и сенситивный встречались в 13% случаев каждый. Ведущим типом отношения к болезни стал эйфорический, предполагающий наигранное, необоснованно повышенное настроение, пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется», желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Для неврастенического типа характерно поведение по типу «раздражительной слабости», вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования.

И механизм психологической защиты проекция, и эйфорический, и неврастенический типы отношения к болезни приводят к необоснованному отказу от лечения, несоблюдению режима приема препаратов, большинство из которых требуют практически ежечасного контроля, действенных реконструктивных операций, методов вспомогательных репродуктивных технологий, при этом проблема бесплодия и невынашивания беременности, переживания, связанные с ними, только усиливаются.

Отличительной чертой пациенток с диагнозом бесплодия и невынашиванием беременности в анамнезе было повышение как личностной (по 44% – умеренный и высокий уровень, 12% – низкий), так и реактивной тревожности (умеренный уровень – у 8% и низкий – у 92% женщин). В контрольной группе выявлен умеренный уровень личностной тревожности у 30%, низкий – у 66%, а высокий – всего лишь у 4%. Повышения уровней реактивной тревожности в контрольной группе не отмечалось.

### Выводы

Неопределенность репродуктивного статуса при бесплодии и при наличии проблем с вынашиванием беременности является сильным психотравмирующим фактором, который проявляется в различных сферах жизни женщин. Им обусловлена специфика внутренней картины болезни, он приводит к тяжелым эмоциональным переживаниям, личностной дисфункциональности, нарушениям межличностного взаимодействия.

В эмоциональном состоянии женщин с бесплодием и с невынашиванием беремен-

ности фактор неопределенности репродуктивного статуса выражается интенсивным нервно-психическим напряжением, сниженным настроением, выраженной генерализованной тревожностью, эмоциональной лабильностью, недостаточностью эмоциональной экспрессии.

Фактор неопределенности репродуктивного статуса проявляется в противоречивости самооценки, в беспокойстве о своей физической и психической полноценности, в значительном сужении круга интересов, в недостаточной регуляции межличностной дистанции, тем самым обуславливая значительную личностную дисфункциональность.

Женщины, пребывающие в хронической ситуации неопределенности репродуктивного статуса, нуждаются в специализированной психопрофилактической и психокоррекционной работе, направленной, прежде всего, на снижение нервно-психического напряжения.

### Библиографический список

1. *Сидельникова В. М.* Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. М.: ГЭОТАР-Медиа 2006; 448.
2. *Сидельникова В. М.* Привычная потеря беременности. М.: Триада-Х 2005; 304.
3. *Мартыненко П. Г., Волков В. Г.* Прогнозирование преждевременных родов на основе выявления наиболее значимых факторов риска. *Акушерство и гинекология* 2012; 1: 103–107.
4. *Столяренко Л. Д.* Основы психологии. Ростов-н/Д.: Феникс 2000; 672.

Материал поступил в редакцию 27.02.2014