

И.В. Добряков

Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Приведены результаты исследования депрессивной и тревожной симптоматики у беременных с различными типами психологического компонента гестационной доминанты, особенности течения беременности, родов, а также психомоторного развития ребенка. Установлено, что у беременных с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты нарушений клинически значимого уровня практически нет. Беременные с эйфорическим типом психологического компонента имели достоверно большие симптоматических проявлений тревоги и депрессии, чем женщины с оптимальным типом, в ряде случаев они достигли клинически значимого уровня по тревожной симптоматике. Однако депрессивной симптоматики критического и выраженного уровня у них не было. У женщин с гипогестозическим типом психологического компонента гестационной доминанты средние значения показателей шкал тревожности Спилбергера были сравнимы с таковыми в группе с эйфорическим типом. При этом в половине случаев имели место депрессивные симптомы. У беременных с тревожным типом психологического компонента средний балл по обоим шкалам Спилбергера соответствовал высокому уровню реактивной и личностной тревожности с напряжением, беспокойством, нервозностью, постоянными опасениями, склонностью реагировать на большинство даже малозначительных ситуаций состоянием тревоги. У 27,9% из них отмечались депрессивные переживания критического и явно выраженного уровня. Среди женщин с депрессивным типом психологического компонента гестационной доминанты депрессивная симптоматика той или иной степени выраженности отмечалась у всех.

Ключевые слова: беременность, роды, психологический компонент, гестационная доминанта, шкала Спилбергера, нервно-психические расстройства, тревожность, осложнения беременности.

Введение. В некоторых современных исследованиях [4, 16] показано, что женщины в период беременности подвержены повышенному риску развития нервно-психических расстройств. Однако в своем большинстве (77%) нервно-психические расстройства беременных остаются нераспознанными [17]. В ряде работ [8, 9, 12, 13] рассматривается приоритет эмоциональных факторов в развитии осложнений беременности. Аффективные нарушения оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование беременной женщины [14], на состояние плода и становление адаптивных процессов у новорожденных детей, на формирование материнско-детских отношений [1, 6, 11].

Наиболее частыми эмоциональными расстройствами, встречающимися в период гестации, являются тревожные и тревожно-депрессивные нарушения. R.L. McDonald [15] считает, что тревожность, отмечавшаяся самими беременными, является главным фактором, позволяющим провести границу между женщинами с нормальной физиологической беременностью и осложненной. В связи с этим акушерам-гинекологам для оказания эффективной помощи беременным женщинам необходимы данные об их актуальном психологическом статусе, во многом определяемом состоянием эмоциональной сферы. Получить такую информацию можно

используя методику определения типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), отражающего не только характер основных значимых отношений беременной женщины, но и особенности её эмоциональности. Такая методика – тест отношений беременной (ТОБ), позволяющая определить тип ПКГД, была разработана на основе теории психологии отношений В.Н. Мясищева [2, 5]. ПКГД понимается, как совокупность механизмов психической саморегуляции, которые включаются у женщины при возникновении беременности, формирующих отношение женщины к своей беременности, материнству, изменяющих её отношения с окружающими людьми с целью сохранения гестации и создания благоприятных условий для развития пренейта [2].

Цель исследования. Определить показатели тревоги и депрессии у беременных при различных типах психологического компонента гестационной доминанты.

Материалы и методы. Обследовано 1076 беременных женщин в возрасте от 17 до 42 лет ($M=28,49\pm 4,49$). Все пациентки получали необходимую специализированную консультативно-диагностическую и лечебную помощь.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический. Выявление особенностей психосоматических детерминант вынашивания беременности осуществлялось во втором – третьем триместре беременности с помощью ТОБ. Для определения реактивной и личностной тревожности применялась шкала Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина [7]. Для диагностики наличия и выраженности депрессивных состояний использовался опросник депрессивности А.Т. Бека [10].

В зависимости от преобладания того или иного типа ПКГД по результатам ТОБ и клинического наблюдения были сформированы следующие группы сравнения:

1. Преимущественно оптимальный (ПО) вариант ПКГД – 62,83% (676 чел.).
2. Преимущественно эйфорический (ПЭ) вариант ПКГД – 18,87% (203 чел.).
3. Преимущественно гипогестогнозический (ПГ) вариант – 6,23% (67 чел.).
4. Преимущественно тревожный (ПТ) вариант ПКГД – 7,34% (79 чел.).
5. Преимущественно депрессивный (ПД) вариант ПКГД – 4,74% (51 чел.).

Были изучены особенности актуального психопатологического статуса при разных типах ПКГД.

Результаты и их обсуждение. В таблице представлены показатели тревожно-депрессивной симптоматики у беременных с различными вариантами ПКГД по результатам психометрического обследования.

Выявлено, что женщины из группы с оптимальным типом ПКГД оказались наиболее благополучны. Для них были характерны уравновешенность, низкая ситуативная тревожность, умеренная личностная тревожность, отсутствие депрессивных симптомов. В то же время и у них отмечались порой затруднения при принятии самостоятельного решения, особенно в неопределенных условиях, изредка возникающее немотивированное беспокойство. Умея достаточно хорошо владеть своими эмоциями, им, тем не менее, иногда приходилось прикладывать усилия, чтобы «держать себя в руках», не проявлять излишней раздражительности. Нарушений клинически значимого уровня у них практически не наблюдалось.

Беременные, составляющие группу с ПЭ типом ПКГД, имели достоверно ($p < 0,05$) больше симптоматических проявлений тревоги и депрессии при сравнении с группой беременных с ПО типом ПКГД, в ряде случаев достигавших клинически значимого уровня по тревожной симптоматике. Большинство из них имели средний уровень как ситуативной, так и личностной тревожности (69 и 70,9% соответственно).

Таблица

Тревожно-депрессивная симптоматика у беременных женщин с различными типами ПКГД

Показатель		ПО	ПЭ	ПГ	ПТ	ПД
Ситуативная тревога						
Среднее значение, баллы		32,4±9,9	38,6±10,5*	37,0±15,2*	48,6±12,6*	48,9±12,2*
Степень выраженности, %	низкая	64,79	11,82*	38,81*	10,13*	9,80*
	умеренная	24,70	68,97*	28,36	13,92*	15,69*
	высокая	10,50	19,21*	32,84*	75,95*	74,51*
Личностная тревожность						
Среднее значение, баллы		36,7±7,6	38,9±8,8	41,9±9,2*	49,4±12,5*	49,0±12,2*
Степень выраженности, %	низкая	36,39	13,79*	4,48*	6,33*	3,92*
	умеренная	55,33	70,94*	65,67*	31,65*	41,18
	высокая	8,28	15,27*	29,85*	62,03*	54,90*
Депрессивная симптоматика						
Среднее значение, баллы		4,9±3,2	5,7±3,4*	10,8±3,4*	16,8±8,7*	26,9±12,0*
Степень выраженности, %	симптомов депрессии нет	92,01	86,21*	50,75*	13,92*	0,00*
	депрессия умеренно выражена	7,99	13,79*	41,79*	58,23*	25,49*
	критический уровень	0,00	0,00	7,46*	27,85*	74,51*

Примечание: * – $p < 0,05$ при сравнении с группой беременных с ПО типом ПКГД.

Это находило отражение в неустойчивой самооценке, проявлялось немотивированным беспокойством, способностью замечать даже незначительные изменения в отношении к ним других людей, в сильном волнении задолго до наступления неприятной ситуации, в тенденции придавать слишком большое значение происходящим событиям, переоценивать возможность их отрицательных последствий для себя. Депрессивной симптоматики критического и выраженного уровня в этой группе зарегистрировано не было.

У женщин в группе с ПГ типом ПКГД средние значения показателей шкал тревожности Спилбергера были сравнимы с таковыми в группе с ПЭ типом ПКГД, но доля беременных с высокой тревожностью обоих типов составила уже почти треть обследованных (32,8% для ситуативной тревоги и 29,9% для личностной тревожности). Средний балл по шкале Бэка находился в диапазоне, соответствовавшем умеренно выраженной депрессии ($10,8 \pm 3,4$), 7,5% респонденток имели свыше 19 баллов, что указывает на критический уровень депрессивной симптоматики и риск развития клинически значимой депрессии. Отсутствие депрессивных симптомов наблюдалось только в половине случаев (50,75%).

В группе беременных с ПТ типом ПКГД средний балл по обоим шкалам Спилбергера составил более 48, что соответствует высокому уровню реактивной и личностной тревожности с напряжением, беспокойством, нервозностью, постоянными опасениями, склонностью реагировать на большинство даже малозначительных ситуаций состоянием тревоги. Депрессивные переживания критического и явно выраженного уровня отмечались уже у 27,9% обследованных. У них отмечались расстройства сна, ухудшение аппетита, неуверенность в себе, раздражительность, слезливость, неуверенность по поводу будущего.

В группе женщин с ПД типом ПКГД депрессивная симптоматика той или иной степени выраженности отмечалась у всех. Средний балл по шкале Бэка составил $26,9 \pm 12,0$. Степень выраженности ситуативной и личностной тревожности также была высока и статистически значимо не отличалась от таковой в группе с тревожным типом ПКГД. У большинства обследованных наблюдались клинически значимые невротические проявления.

У беременных с отклоняющимися типами ПКГД и нервно-психическими нарушениями клинически значимая симптоматика была другой. Так, при определяющей клиническую картину депрессивной симптоматике женщины предъявляли жалобы на уныние, грустное, тоскливое, печальное настроение, на отсутствие желания что-либо делать по дому. Появлялись плаксивость, капризность, раздражительность по незначительным поводам. Женщин расстраивало отсутствие чувства радости, счастья от понимания того, что они беременны. Беспокоили мысли о том, что они не смогут справиться с обязанностями матери и жены («я не чувствую ребенка», «не смогу стать хорошей ма-

терью», «я плохая, незаботливая жена»). Их поражало и мучило несоответствие собственных переживаний с традиционными представлениями о том, что период беременности должен быть счастливым и приятным. Это могло вызывать у депрессивных женщин чувство вины из-за «отсутствия счастья», страх социального осуждения при проявлении депрессивных переживаний. Все хлопоты по подготовке к родам для них казались очень сложными, а порой и невыполнимыми. Они часто вспоминали о прошлом, о жизни до беременности, высказывались сожаления о том, что чего-то не удалось совершить или достичь, от чего-то пришлось отказаться (прекратить учебу, карьеру, изменить образ жизни и т.д.). Женщины пытались отвлечься делами или занятиями, которые раньше приносили удовольствие, но теперь они радовали меньше или вообще перестали интересовать.

При более глубоких расстройствах клиническая картина усложнялась выраженностью перечисленных явлений и присоединением соматических расстройств. Депрессивное настроение могло проявляться чувством угнетенности, подавленности, безразличия, пессимистического видения будущего, появлялась ангедония. Отмечались суточные колебания настроения с тенденцией к улучшению его к вечеру. Изменение настроения обычно сопровождалось снижением активности, чувством утраты сил, повышенной утомляемостью, затруднением концентрации и сосредоточения внимания. Могли возникать негативные мысли о себе, о возможности выкидыша, рождения неполноценного ребенка, чувствую неспособность испытывать любовь к мужу и будущему ребенку. Такие мысли вызывали чувство вины, которое могло сопровождаться желанием «уйти подальше», идеями об «исчезновении», о конце жизни, о смерти и суициде. Отмечались расстройства сна: трудности засыпания, прерывистый сон, раннее пробуждение, чрезмерная сонливость. Для этой группы женщин были характерны расстройства аппетита: снижение, вплоть до отсутствия аппетита, и как следствие, снижение массы тела, или, наоборот, чрезмерно повышенный аппетит и извращение вкуса. Отмечалась дисморфоманические проявления, потеря сексуального влечения.

Если клиническую картину определял аффект тревоги, то в жалобах пациенток звучали тревожные опасения по поводу протекания беременности и своего здоровья, нормального развития ребенка, возможных осложнений в родах. В некоторых случаях тревога была эпикритической, то есть вполне оправданной и понятной (сопутствующие заболевания, осложненное протекание беременности, конфликты в семье, материальные трудности и т.п.), однако большинство женщин группы с ПТ типом ПКГД либо переоценивали имеющиеся у них проблемы, либо не могли объяснить, с чем связана тревога, которую они постоянно испытывали. Такие беременные собирали большое количество информации о беспокоящих их

вопросах у друзей, знакомых, в интернете, в книгах, но в меньшей степени у специалистов. Особое беспокойство вызывал выбор родильного дома и «собственного» врача.

На фоне тревожных переживаний определялось сниженное неустойчивое настроение, которое сопровождалось снижением активности, жалобами на слабость, «разбитость», раздражительность, повышенную конфликтность с родными. Усиление тревоги могло сопровождаться повышением двигательной активности, неусидчивостью, возбуждением. Нередко наблюдалась ипохондричность, с предъявлением множественных жалоб на неприятные ощущения напряжения и чувства боли в молочных железах, мигреноподобные головные боли, сердцебиения, перебои, неприятные ощущения в области сердца, колебания артериального давления, напряжение мышц спины, нарушение функции желудочно-кишечного тракта.

К тревоге и депрессии могли присоединяться навязчивые страхи: страх родов, острых предметов, страх навредить ребенку и др. Нередко возникали дисморфоманические идеи: женщины считали, что беременность «изуродовала их», боялись быть покинутыми мужьями. В тяжелых случаях появлялись сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи.

В случаях гипогестогнозии беременных, соматические жалобы и заболевания иногда являлись «маской» скрытой депрессии. Депрессивный фон у таких пациенток удавалось выявить после длительной беседы и дополнительных обследований. Среди причин такого соматического реагирования были бессознательное нежелание и отрицание беременности, вытесненная агрессия к матери, а также отсутствие поддержки родителей, мужа, манипулятивные мотивы зачатия и другие факторы. Также были распространены дисморфофобические проявления, опасения изменений формы тела и уменьшения сексуальной привлекательности, связанные с этим нарушения и ограничения сексуальной жизни.

У беременных с эйфорическим типом ПКГД на фоне чрезмерной радости ожидания ребенка наблюдались выраженные перепады настроения, вспышки дисфории со сварливостью, вздорностью с претензиями к окружающим и демонстративным поведением. Такие женщины не могли вести продолжительную беседу, так как «их все раздражает и выводит из себя». Постоянные конфликты с окружающими людьми еще больше снижали настроение. Таких женщин было сложно успокоить. Они стремились получить помощь, но раздражались, не выдерживали и прекращали посещения специалистов, считая, что их «никто не понимает».

Выводы

Беременные с преимущественно оптимальным типом ПКГД наиболее благополучны по психопатологическому статусу.

Женщины с преимущественно эйфорическим типом ПКГД имели достоверно больше симптоматических проявлений тревоги.

Среди женщин с преимущественно гипогестогнозическим типом ПКГД доля беременных с высокой тревожностью обоих типов составила почти треть; отсутствие депрессивных симптомов наблюдалось только в половине случаев (50,75%).

У беременных с преимущественно тревожным типом ПКГД наблюдался высокий уровень реактивной и личностной тревожности, более чем в четверти случаев – депрессивные переживания были критического и явно выраженного уровня.

У женщин с депрессивным типом ПКГД наблюдались клинически значимые невротические проявления.

Литература

1. Боулби, Д. Привязанность / Д. Боулби: пер. с англ. – М.: Гардарики, 2003. – 477 с.
2. Добряков, И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты / И.В. Добряков // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: сб. мат. конф. – СПб.: НИИ ак. и гинекол. им. Д.О. Отта, 2001. – С. 39–48.
3. Добряков, И.В. Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации: (методические рекомендации) / И.В. Добряков, Е.В. Макушкин, Е.М. Костерина. – М.: Минздравсоцразвития РФ, 2009. – 28 с.
4. Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
5. Добряков, И.В. Разработка и валидизация методики определения варианта психологического компонента гестационной доминанты / И.В. Добряков // Психическое здоровье, 2011, № 9. – С. 75–80.
6. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. – СПб.: Изд. дом СПбГУ, 2003. – 288 с.
7. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л., 1976. – 18 с.
8. Хломов, К.Д., Ениколопов С.Н. Влияние психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей на течение беременности женщин с угрозой прерывания / К.Д. Хломов // Сиб. психол. журн. – 2007. № 26. – С. 148–153.
9. Шмуклер, А.Б. Психозы беременности: обзор литературы / А.Б. Шмуклер // Проблемы репродукции. – 1995. – № 2. – С. 19–22.
10. Beck, A.T. An Inventory for Measuring Depression / A.T. Beck [et al.] // Archives of general psychiatry. – 1961. – Vol. 4. – P. 630–634.
11. Bifulco, A. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study / A. Bifulco [et al.] // Br. j. psychiatry. – 2004. – Suppl. 46. – S. 31–37.
12. Chung, T.K. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes / T.K. Chung [et al.] // Psychosom. med. – 2001. – Vol. 63. – № 5. – P. 830–834.
13. Dayan, J. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labour / J. Dayan [et al.] // Am. j. epidemiol. – 2002. – Vol. 155. – P. 293–301.
14. Horrigan, T.J. The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy / T.J. Horrigan, A.V. Schroeder, R.M. Schaffer // J. subst. abuse treat. – 2000. – Vol. 18. – № 1. – P. 55–58.

15. McDonald, R.L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review / R.L. McDonald // Psychosom. med. – 1968. – № 30. – P. 222–237.
16. Oates, M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality / M. Oates // Br. med. bull. – 2003. – Vol. 67. – № 1. – P. 219–229.
17. Spitzer, R.L. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD patient health questionnaire obstetrics-gynecology study / R.L. Spitzer [et al.] // Am. j. obstet. gynecol. – 2000. – Vol. 183. – № 3. – P. 759–769.

I.V. Dobryakov

Anxiety and depression in relation to psychological component of gestational dominant

***Abstract.** In this article a correlation between psychological component of gestational dominant on the one hand and anxiety and depressive symptoms on the other is described. It was found that pregnant women with optimal psychological component of gestational dominant have virtually none clinically significant disorders. Pregnant women with euphoric psychological component had significantly more symptomatic manifestations of anxiety and depression than women with optimal type, in some cases; they achieved a clinically significant level at alarming symptoms. However, they did not have depressive symptoms and expressed critical level. Average values of Spielberger anxiety scales for women with hypogestognostic psychological component of gestational dominant were comparable to those in the group with euphoric type. Depressive symptoms have been shown in half of the cases. In pregnant women with disturbing psychological component of the average score for both Spielberger scales up to the high level of reactive and personal anxiety with stress, anxiety, nervousness, constant fear, a tendency to respond to even the most minor situations an alarm condition. In 27,9% of them there were observed depressive feelings of critical and clearly expressed level. Among women with depressive type of psychological component gestational dominant depressive symptoms of varying severity were observed in everyone.*

***Key words:** pregnancy, childbirth, the psychological component gestational dominant, Spielberger scale, neuro-psychiatric disorders, anxiety, pregnancy complications.*

Контактный телефон: 8-921-345-51-14; e-mail: dobriakov2008@yandex.ru