

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ОПЫТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Селин А.В., Суббота Е.Н., Савостиков В.А., Раилко Д.А.

Курский Государственный Медицинский Университет

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.

**Аннотация:** в статье даётся характеристика исследований психологических особенностей социального опыта беременных женщин с психосоматическими расстройствами. Проведён анализ литературных источников по тематике исследования, эмпирическая часть структурирована и интерпретирована соответственно проблематике. Проводится анализ социального опыта у беременных женщин с имеющимися психосоматическими заболеваниями и здоровых женщин. Продемонстрированы значимые различия в социальном опыте у здоровых беременных женщин и у имеющих психосоматические заболевания. Результаты подтверждены статистическими критериями и заключены в таблицы для наглядности представления. В качестве методической основы использовались Цветовой тест отношений А.М.Эткинда; Проективная методика «Семейная социограмма» (В. Юстицкис, Э.Г. Эйдемиллер); Рисуночный тест «Я и мой ребенок»; Опросник «Удовлетворенность браком» (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко); Тест «Фигуры» Г.Г.Филиппова.

**Ключевые слова:** социальный опыт, беременные женщины, психосоматические расстройства.

## PSYCHOLOGICAL FEATURES OF SOCIAL EXPERIENCE OF PREGNANT WOMEN WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS.

Selin A.V., Subbota E.N., Savostikov V.A., Railko D.A.

Kursk State Medical University

**Annotation:** the article provides description of research experience in social psychological characteristics of pregnant women with psychosomatic disorders. We have analyzed the literature on the subject of the research, the empirical part is structured and interpreted accordingly issues. The analysis of social experience in pregnant women with existing psychosomatic diseases and women's health. Demonstrated significant differences in the social experiment in healthy pregnant women and having a psychosomatic illness. The results are confirmed by the statistical criteria and enclosed table for clarity of presentation. As the methodological basis used color test A.M.Etkinda relations; Projective technique "Family sociogram" (V. Yustitskis, Eidemiller E.G); Drawing tests "Me and my child"; Questionnaire "marital satisfaction" (V.V. Stolin, T.L. Romanova, G.P. Butenko); Test "Figures" G.G.Filippova.

**Key words:** social experience, pregnant women, psychosomatic disorders.

Проблемы семьи, охраны материнства и детства были и остаются важнейшими, определяющими едва ли не основную стратегию общества в деле сохранения генофонда нации, т.е. рождения и воспитания не только физически, но и психически здорового поколения. Причиной социальной и биологической дезадаптации является нарушение динамического равновесия между различными уровнями регуляции индивида и факторами

окружающей среды. На фоне беременности формируется целый комплекс изменений в поведении, которые в целом направлены на обеспечение успешной реализации репродуктивной функции. В то же время, нарушение социального опыта способствует повышению уровня эмоционального стресса в период беременности, что в свою очередь приводит к нарушениям протекания родового акта и расстройствам поведения потомства, что выражается, прежде всего, в высоком уровне тревожности и развитии ряда расстройств психосоматического спектра.[1]

Беременность – это критический период в жизни каждой из женщин, стадия полоролевой идентификации, особая ситуация для адаптации, период, когда актуализируются неизжитые детские психологические проблемы, личностные конфликты, проблемы во взаимодействии со своей матерью и т.п. Беременность понимается как острый переходящий период, сопровождающийся кризисными переживаниями, которые существенно перестраивают сознание женщины и взаимоотношения с миром. И особенно стрессовой считается первая беременность, являющаяся критической точкой в развитии женской идентичности, переход которой способствует внутренней и внешней интегрированности и обретению нового социального статуса. Кроме того, беременность — это важнейший этап в становлении материнской привязанности к ребенку.[7]

Безусловно, важным этапом в становлении материнского поведения является период от зачатия до рождения ребенка. В это время в организме и психике женщины происходят глобальные преобразования, актуально подготавливающие ее к материнству, вырабатывается отношение женщины к своему собственному конкретному еще не родившемуся ребенку. О характере этого отношения можно судить по особенностям взаимодействия будущей матери с ним, наличию или отсутствию воображаемого общения [4]. Наиболее благоприятной ситуацией для будущего материнского поведения являются желанность ребенка, наличие субъективного отношения матери к еще не родившемуся младенцу, которое проявляется в любви к нему, мысленно или вербальной адресованной, в стремлении интерпретировать движения плода как акты общения, то есть переживания женщиной отношения к еще не родившемуся ребенку на этапе беременности [6].

Говоря о проблеме беременности, следует уделить особое внимание изучению патологии, поскольку переживание беременности, осложненной какой-либо дисфункцией существенно отличается от таковой при нормально протекающем процессе. Опираясь на исследования Г.Г. Филипповой, можно сделать вывод о том, что для беременных женщин с нарушением течения беременности, по сравнению с женщинами с физиологически протекающей беременностью, характерны ряд психологических особенностей: эмоциональная неустойчивость; высокий уровень ситуационной тревожности,

свидетельствующий об осознании проблемы здоровья и необходимости его лечения в условиях стационара, что способствует повышению их тревоги за исход беременности и одновременно задерживает формирование доминанты беременности; наблюдается также зависимость от окружающих, недоверчивость, утомляемость, ранимость, впечатлительность, наличие возбуждения и беспокойства. Завышенная самооценка, компенсирующая неудовлетворенность, сопровождается болезненным самолюбием, центрированностью на себе и проблеме отсутствия детей, слабой способностью к переключению, снижению способности к открытому и доверительному общению.[7]

Что касается психологических исследований, то, основываясь на работах И.В. Добрякова, В.И. Брутмана, А.Я. Варги, М.С. Радионовой, И.Ю. Хамитовой и др., Г.Г. Филиппова говорит о том, что у женщин с нарушением в течения беременности присутствуют выраженные конфликтные отношения с матерью, характерно наличие внутриличностного конфликта, глубокой внутренней неудовлетворенности, проявляющейся в неадекватной самооценке, носящей характер психологической защиты, конфликтном и тревожном образе себя как матери. Сильное расхождение между Я–реальным и Я–идеальным вызывает повышенную тревожность и внутреннее напряжение. Помимо этого, в период беременности наблюдается проекция на будущего ребенка негативных эмоций и переживаний.[8]

Подводя итог и резюмируя все выше сказанное, автор делает вывод, что нарушения течения беременности связаны с внутриличностным конфликтом, содержанием которого является противоречие между необходимостью рождения ребенка и реальным отношением женщины к будущему ребенку и своей материнской роли. Полученные данные показывают, что женщина воспринимает будущего ребенка и ситуацию материнства конфликтно и деструктивно для себя, но, несмотря на это, решает рожать ребенка, что создает внутренний конфликт и, как способ его разрешения, проявляется в соматизации (нарушении течения беременности).

Е.А. Грон как и многие другие исследователи, разделяет мнения о том, что психологические причины играют важную роль в патогенезе расстройств репродуктивной сферы. Изучая психологические детерминанты невынашивания беременности, автор говорит о том, что примерно 6% случаев от общего числа самопроизвольных выкидышей, обусловлено непосредственно психосоциальными стрессами, а среди психологических причин, играющих роль в невынашивании, указывает личностные особенности женщин: повышенную маскулинность, пессимистичность, индивидуалистичность, независимость, ригидность, сниженную эмоциональную лабильность, тревожность, застревание на обидах,

доминирующих идеях, а также психастенический, тревожный и аффективно-экзальтированный типы акцентуаций.[2]

Обобщая данные многочисленных исследований, можно представить следующие психологические особенности женщин с разными формами нарушений репродуктивной функции: общая инфантильность, проявляющаяся в незрелости личностной сферы, искаженная и незрелая полоролевая идентификация, неадекватные (инфантильные, дезадаптивные) формы реагирования на стрессовые ситуации, эмоциональная неустойчивость, повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности, подавленная агрессия разной направленности, неудовлетворенность собой и завышенная самооценка, часто чувство вины, неуверенность в своей материнской компетентности, осложненные отношения с другими людьми, в первую очередь – близкими, деструктивный опыт отношений с собственной матерью [5].

Важным аспектом здоровья матери и ребенка многие авторы считают эффективные детско-родительские отношения, и сформированная у матери «готовность к родам и материнству». Исследования формирования психологической готовности к родам – традиционное направление психологических исследований беременности. Ж.В.Завьялова рассматривает «психологическую готовность к родам» как особое новообразование, формирующееся в период беременности в психике и личности женщины, имеющее свою логику развития и многоуровневую структуру, включающую телесную, когнитивную, эмоциональную, мотивационную и семейную составляющие. Таким образом, исследования родительского отношения, материнской привязанности в период беременности, а также психологической готовности к родам и материнству сходятся в том, что уровень их сформированности определяет особенности родительского поведения во взаимодействии с ребенком после его рождения.[3]

На основании теоретического анализа проблемы социального опыта беременной женщины, нами была выдвинута **центральная гипотеза** исследования – в ситуации беременности, осложненной психосоматическим расстройством, у женщины отмечаются специфические особенности социального опыта.

**Эмпирическая база:** обследовались беременные женщины, на втором триместре беременности, здоровые - 30 женщин и имеющие психосоматические нарушения – 30 беременных женщин. исследование проводилось на базе ОГУЗ «Областной перинатальный центр» и ОБУЗ Курская горбольница «Женская консультация» №2 г. Курска.

**Методики исследования:** Цветовой тест отношений А.М.Эткинда; Проективная методика «Семейная социограмма» (В. Юстицкис, Э.Г. Эйдемиллер); Рисуночный тест «Я и

мой ребенок»; Опросник «Удовлетворенность браком» (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко); Тест «Фигуры» Г.Г.Филиппова.

Для статистической обработки были использованы следующие методы: непараметрический критерий U Манна-Уитни,  $\chi^2$  Пирсона, меры изменчивости и средней тенденции, относительные частоты.

### **Результаты исследования:**

В нашем исследовании мы рассмотрели различия между двумя группами беременных женщин: 1. Группа женщин с психосоматическими расстройствами (экспериментальная); 2. Группа женщин без психосоматических расстройств(контрольная). Для сравнения двух групп мы применили критерий U Манна – Уитни, в том случае, когда данные представлены в порядковой шкале и критерий  $\chi^2$  Пирсона, в том случае, когда данные представлены в номинативной шкале.

Рассмотрим результаты сравнения контрольной и экспериментальной групп по параметрам значимости отношений, представленных в порядковой шкале, по критерию U Манна - Уитни.

В нашем исследовании важным является рассмотрение социального опыта беременных женщин, имеющих психосоматические нарушения, полученные в результате измерения удовлетворенности браком, отношения к мужу, матери и будущему ребенку, результаты которых дадут нам возможность сделать выводы об изменениях в системе социального опыта беременной женщины с психосоматическим расстройством. Результаты сравнения представлены в таблице № 1.

Таблица № 1.

### **Обобщенная таблица различий между группами беременных с психосоматическими расстройствами и без психосоматических расстройств.**

	p-level	М психосоматика	М здоровые	СКО психосоматика	СКО здоровые
<i>Удовл. браком</i>	<i>0,007</i>	<i>30,80333</i>	<i>34,80000</i>	<i>3,736124</i>	<i>4,22581</i>
<i>ЦТО к мужу ATN</i>	<i>0,003</i>	<i>13,06667</i>	<i>17,56667</i>	<i>6,506937</i>	<i>6,179406</i>
<i>ЦТО к матери ATN</i>	<i>0,033</i>	<i>14,10000</i>	<i>17,33333</i>	<i>5,523305</i>	<i>5,214921</i>
<i>ЦТО к ребенку ATN</i>	<i>0,000</i>	<i>10,80000</i>	<i>16,43333</i>	<i>4,229616</i>	<i>5,685331</i>
ЦТО к мужу KB	0,233	1,48786	1,253984	0,881898	0,838821
ЦТО к матери KB	0,963	1,39886	2911542	0,804775	15947164
ЦТО к ребёнку KB	0,790	1,24773	1,389671	0,625133	0,862269

p-level – уровень статистической значимости, М – среднее, СКО – стандартное отклонение, *Полужирный курсив* – значимые различия

В результате обработки данных были получены статистически значимые различия ( $p\text{-level}<0,05$ ). Отмечаются статистически значимые различия в уровне удовлетворенности браком ( $p=0,00$ ), при этом в группе женщин на II триместре беременности без психосоматических нарушений уровень удовлетворенность браком выше, чем у женщин с психосоматическими нарушениями.

Отмечаются статистически значимые различия, на высоком уровне статистической значимости по показателю отношению к мужу (отклонение от аутогенной нормы по ЦТО), при  $p=0,003$ , при этом в группе беременных женщин без психосоматических проявлений на II триместре беременности уровень отклонения ниже (т.е. отношение более позитивное). Отношение к матери (отклонение от аутогенной нормы по ЦТО). Отмечаются статистически значимые различия, на высоком уровне статистической значимости по отношению к матери, при  $p=0,033$ , при этом в группе беременных женщин без психосоматических проявлений на II триместре беременности уровень отклонения ниже (т.е. отношение более позитивное). Отношение к ребенку (отклонение от аутогенной нормы по ЦТО). Отмечаются статистически значимые различия, на высоком уровне статистической значимости по отношению к ребенку, при  $p=0,000$ , при этом в группе беременных без психосоматических проявлений на II триместре беременности уровень отклонения ниже (т.е. отношение более позитивное).

Продолжая анализ результатов исследования системы социального опыта беременных женщин с психосоматическими расстройствами укажем на ряд важных показателей: тип готовности к материнству, отражающий способность женщины адекватно обеспечивать потребности ребенка, отношения с ближайшим социальным окружением, выражающиеся в различных формах: рисунке «Я и мой ребенок» и социограмме. Анализируемые данные представлены в порядковой шкале, поэтому мы воспользовались критерием  $\chi^2$  Пирсона. Обобщенно полученные результаты представлены в таблице № 2.

Таблица № 2.

**Обобщенная таблица различий между группами беременных с психосоматическими расстройствами и без психосоматических расстройств**

	Беременные без психосомат. расстр.	беременные с психосомат. расстр.
<b>Тип готовности к материнству</b>	<b><math>p=0,04421</math> *</b>	
<i>адекватный</i>	50%	20%
<i>тревожный</i>	23%	30%
<i>игнорирующий</i>	27%	50%
<b>Тип значимых отношений</b>	<b><math>p=0,00158</math> **</b>	

<i>норма</i>	43,33%	13,33%
<i>неуверенность</i>	36,67%	23,33%
<i>тревога</i>	16,67%	23,33%
<i>конфликт</i>	3,33%	40,00%
<b>Количество "значимых других" на семейной социограмме</b>	<b>p=0,39985</b>	
<i>все</i>	73,33%	56,67%
<i>больше</i>	10,00%	16,67%
<i>меньше</i>	16,67%	26,67%
<b>Положение (дистанции) значимых "других" на семейной социограмме</b>	<b>p=0,16735</b>	
<i>норма</i>	50,00%	36,67%
<i>конфликт</i>	30,00%	53,33%
<i>слипание</i>	20,00%	10,00%
<b>Размер значимых "других" на семейной социограмме</b>	<b>p=0,43833</b>	
<i>норма</i>	56,67%	43,33%
<i>больше/меньше</i>	46,67%	53,33%

Анализируя распределение типов значимых отношений по методике «Я и мой ребенок» мы отмечаем значимые различия в группах, при  $p=0,001$ . При этом в группе беременных женщин без психосоматических проявлений отмечается преобладание нормального типа отношения, а в группе беременных с психосоматическими расстройствами конфликтного типа.

Анализируя распределение количества «значимых других» по социограмме значимые различия в группах не обнаружены. При этом, мы можем отметить, что некоторые различия по количественному отношению значимых других присутствуют между группами беременных женщин без психосоматических проявлений и с психосоматическими проявлениями

Анализируя распределение типов по «дистанции» между «значимыми другими» по социограмме значимые различия в группах не обнаружены. При этом, мы можем отметить,

что некоторые различия между группами беременных женщин без психосоматических проявлений и с психосоматическими проявлениями.

### **Выводы:**

Анализируя полученные в исследовании результаты, отражающие специфику социального опыта беременных женщин с психосоматическими расстройствами, мы сформулировали выводы, основанные на различиях, полученных между изучаемыми группами.

1. Удовлетворенность браком значительно выше в группе беременных женщин без психосоматических расстройств, что делает отношения в семье беременных женщин с психосоматическими расстройствами более напряженными с наличием семейной тревоги, конфликтами и т.д.

2. Отношение беременной женщины к «значимым другим», а именно к мужу, матери и будущему ребенку является напряженным, с элементами тревоги, переживанием конфликтности и недовольства. Эмоциональные переживания в отношении членов семьи в целом скорее негативное и конфликтное.

3. Беременные женщины с психосоматическими расстройствами оценивают свой настоящий этап жизни как негативный, переживают его как отрицательное событие жизни, испытывает тревогу относительно будущего, будущее во многом вызывает у нее опасения, смыслы событий более негативны и их значимо меньше. При этом социальная роль матери наполнена для женщины крайне негативными социальными последствиями, индуцируя проблемы в семейной жизни.

4. У беременной женщины с психосоматическим расстройством преобладают игнорирующий и тревожный стили переживания беременности, что не способствует адекватному протеканию беременности и влечет за собой нарушения в системе отношения к членам семьи и будущему ребенку.

5. Отмечается преобладание конфликтного отношения между будущим ребенком в ситуации беременности, осложненной психосоматическим расстройством, что свидетельствует о нарушении системы значимых семейных отношений и отношений с ребенком в период беременности.

### *Литература*

1. Батуев А.С., Самойлова В.А., Безрукова О.Н. Психофизиологические факторы риска репродуктивного здоровья и поведения женщин // Валеология, 1999, № 2.

2. Грон Е.А. Психологические детерминанты невынашивания беременности. // Журн. практ. психол. 2003. № 4-5 – С. 109 – 119.



3. Завьялова Ж.В. Психологическая готовность к родам и методы ее формирования: Дис...канд.психол.наук. – М., 2000.
4. Копыл О.А., Бас Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка. 1994. – М. С.35-42.
5. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. №5 С.18-27.
6. Печникова Е.Ю. особенности стиля переживания беременности и онтогенеза материнской сферы при акушерской патологии. // Журн. практ. психол. 2003. № 4-5 - С.120
7. Филиппова. Г.Г. Материнство: сравнительно психологический подход. // Психол. журн. 1999. Т.20. №5, С. 81 – 88.
8. Филиппова Г.Г., Черткова И.Н., Сапарова И.М. и др. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности. // Журн. практ. психол. № 4-5, с. 173-176