

УДК 618.2-06]:159.9-07(045)

ТИПЫ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И СОСТОЯНИЕ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ

© И.В. Костенко, Е.С. Оленко, С.И. Ведищев,
И.Е. Рогожина, А.И. Кодочигова, В.Г. Субботина

Ключевые слова: типы акцентуаций характера; личностная и реактивная тревожность; уровни депрессии и невротизации, здоровые беременные.

Целью исследования явилось изучение типов акцентуаций характера, по К. Леонгарду, а также уровней тревожности, невротизации и депрессии у здоровых беременных и женщин с гестозом второй половины беременности. Полученные результаты выявляют наличие невротического внутриличностного конфликта у женщин с гестозом второй половины беременности, на фоне повышения ригидных черт в их характере, а также существенного увеличения ситуативной тревожности и тревоги, как устойчивой характеристики личности.

ВВЕДЕНИЕ

Период беременности и послеродовой период общепризнанно считается временем повышенного риска развития психических нарушений. В настоящее время все больше внимания уделяется влиянию психоэмоционального состояния женщины на течение беременности и перинатальные исходы [1].

В последние годы в развитых странах отмечается увеличение частоты различных психических расстройств у женщин репродуктивного возраста и беременных [2]. При беременности у женщины меняется психика, ее отношение к окружающим, она по-особенному реагирует на внешние и внутренние раздражители. Психика беременной женщины заполнена своими собственными ощущениями, она влияет на функцию нейрогуморальной системы, нейротрофический метаболизм, а также на синтез ферментов и другие биохимические показатели. В значительной степени изменяется реактивность всего организма женщины, включая и психофизиологическую сферу [3].

Состояние психоэмоционального напряжения с наличием тревожности различного уровня наблюдается у 40 % женщин с нормально протекающей беременностью [4–5]. Пограничные нервно-психические расстройства могут быть представлены в виде ипохондрического и истерического синдромов. Однако существуют и другие формы гестационных пограничных нервно-психических расстройств, их особенности – неизменное включение в клиническую картину тех или иных психопатологических феноменов, непосредственно связанных с беременностью: различных опасений за благополучное протекание беременности, навязчивых страхов за судьбу плода, условно-рефлекторных страхов, связанных с неблагоприятными в прошлом беременностями и родами [6].

Наиболее часто встречаются нарушения эмоциональной сферы в виде волнения, раздражительности, беспокойства, ощущения чувства одиночества, эмоционального напряжения как проявления стресса [7].

При отсутствии признаков пограничных нервно-психических расстройств у четверти женщин наблюдаются акцентуации характера. Как правило, в I триместре беременности проявляется заострение личностных черт: представители дистимного, циклотимного, тревожного, эмотивного типов личности становятся более мягкими, ранимыми, впечатлительными, неуверенными в себе; в свою очередь, демонстративные, гипертимные, возбудимые, педантичные, экзальтированные – более требовательными, агрессивными, раздражительными. Во II–III триместре могут вновь начаться эмоциональные перепады в связи с ожиданием родов [1].

Иногда психоэмоциональные нарушения приводят к развитию депрессивных и тревожных расстройств. Последние могут впервые появиться во время беременности, при этом происходит изменение течения уже имеющихся нарушений [1].

По мнению ряда авторов, различные психические нарушения встречаются в 29–80 % [8–9] от общего количества родов. По данным других исследований, отмечено существенное влияние тревожных расстройств на течение беременности и перинатальные исходы: повышается частота плацентарной недостаточности, задержки роста плода, преждевременных родов, рождение детей с низкой массой тела, что впоследствии сказывается отрицательно на отдаленном прогнозе для них [5, 10].

Современная психология, изучающая поведение плода и развитие новорожденного, придает большое значение особенностям эмоционального взаимодействия будущей матери с плодом в плане ее готовности к материнству, адекватности психологических установок и реакций [11]. Поэтому важен вопрос о взаимосвязи психических нарушений и специфической патологии беременности, о влиянии пограничной патологии на течение беременности, развитие плода, послеродовое состояние матери и ребенка.

Целью исследования явилось изучение типов акцентуаций характера, по К. Леонгарду, а также уровней тревожности, невротизации и депрессии у здоровых

беременных и женщин с гестозом второй половины беременности.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование было клиническим, открытым, сравнительным, когортным, которое проводилось согласно поставленной цели, на базе отделения патологии беременных МУЗ «Перинатальный центр» г. Энгельса Саратовской области. Объектом исследования явились клинически здоровые беременные женщины при сроке гестации от 27 до 40 недель: $n = 50$, возраст – 26,0 (23,0; 30,5), а также беременные с развитием гестоза II половины беременности при сроке гестации от 31 до 40 недель: $n = 50$, средний возраст – 26,5 (23,0; 33,0), сформировавшие две группы исследования, причем у 38 человек (76 %) был гестоз легкой степени тяжести, а у 12 человек (24 %) – средней степени тяжести.

Для изучения личностных акцентуаций использовался метод К. Леонгарда [12]. *Акцентуация характера* – преувеличенное развитие отдельных его свойств в ущерб другим, в результате чего ухудшается взаимодействие личности с окружающими людьми, развиваются межличностные конфликты [12].

При оценке тревожности использовалась методика Ч.Д. Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина, основным достоинством которой является возможность разграничения реактивной тревожности (динамического свойства) и личностной тревожности (устойчивой характеристики личности) [13–14].

Для диагностики депрессивных расстройств применялась методика Зунге, адаптированная Т.Н. Балашовой [15].

Исследование невротических реакций проводилось по методу, разработанному К. Хекком и Х. Хессом [16]. Применение дополнительно данной методики основывается на возможности выявления истинных невротиков у лиц, акцентуированных по невротическому типу.

Анализ полученных результатов клинических исследований проводился методами математической статистики с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel 7.0. for Windows. Сравнение групп проводилось с использованием U-критерия Манна–Уитни. Данные представлены в виде медианы (Me) и значений квартильного диапазона (25, 75 %) для выборок, а для средних значений ($M \pm \sigma$). Надежность используемых статистических оценок принималась не менее 95 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты исследования типов акцентуаций характера по К. Леонгарду у беременных с гестозом второй половины беременности в сравнении с клинически здоровыми беременными женщинами представлены на рис. 1.

Из приведенных на рис. 1 данных видно, что у беременных с гестозом, в сравнении со здоровыми беременными наблюдается увеличение значений по шкале Л7-ригидности ($p = 0,000\dots$), а в общем в типе характера преобладает эмотивно-ригидная акцентуация. Это чувствительные и впечатлительные люди с глубокими личностными переживаниями с выраженными дисфо-

риями, дрящимися сутками, со злобно-тоскливой окраской общего настроения, с исходом в аффективные разряды. Аффекты не только очень сильны, но и продолжительны во времени.

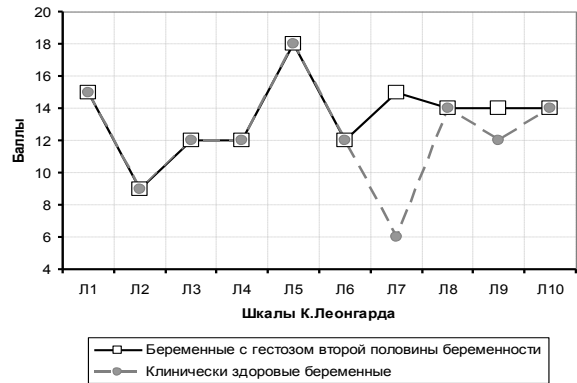


Рис. 1. Усредненный профиль типов акцентуаций характера по К. Леонгарду у беременных с гестозом второй половины беременности и клинически здоровых беременных. Шкалы: Л₁ – гипертимность; Л₂ – дистимность; Л₃ – циклотимность; Л₄ – экзальтированность; Л₅ – эмотивность; Л₆ – тревожность; Л₇ – ригидность; Л₈ – возбудимость; Л₉ – педантичность; Л₁₀ – демонстративность

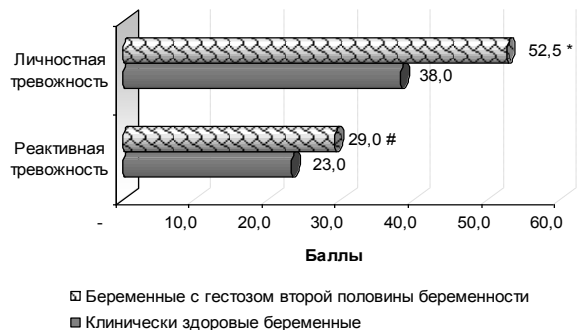


Рис. 2. Средние показатели реактивной и личностной тревожности в баллах у беременных с гестозом второй половины беременности и клинически здоровых беременных. * – $p \leq 0,004$ при сравнении средних показателей личностной тревожности показателей в исследуемых группах; # – $p = 0,049$ при сравнении средних показателей реактивной тревожности в исследуемых группах

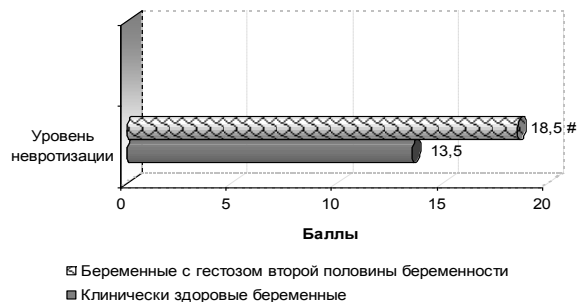


Рис. 3. Средние показатели уровня депрессии в баллах у беременных с гестозом второй половины беременности и здоровых беременных женщин. # – $p = 0,0000\dots$ при сравнении средних показателей уровня невротизации в исследуемых группах

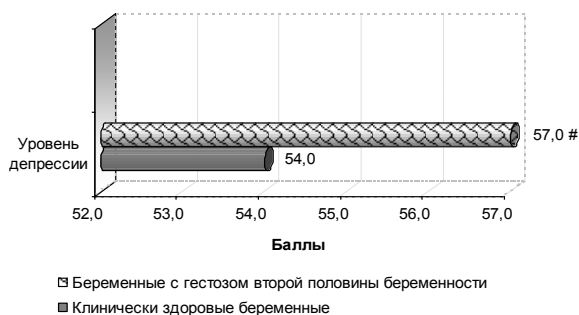


Рис. 4. Средние показатели уровня депрессии в баллах у беременных с гестозом второй половины беременности и клинически здоровых беременных. # – $p \leq 0,02$ при сравнении средних показателей уровня депрессии в исследуемых группах

Таблица 1

Корреляционный анализ по Спирмену между психофизиологическими признаками у беременных с гестозом второй половины беременности

СПК / Шкалы	УН	УД	РТ	ЛТ
Л ₇	$r = 0,759$; $p = 0,000...$	$r = 0,318$; $p = 0,045$	$r = 0,559$; $p = 0,000...$	$r = 0,515$; $p = 0,01$

Примечание: Л₇ – шкала ригидности, по К. Леонгарду; УН – уровень невротизации, по К. Хеку и Х. Хессу; РТ – реактивная тревожность; ЛТ – личностная тревожность, по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.Л. Ханину

Дисфория с длительными аффективными разрядами способствует существенному увеличению реактивной тревожности ($p = 0,049$), которая однако не достигает критических цифр, а также повышению личностной тревожности до высоких значений ($p \leq 0,004$, рис. 2), уровня невротизации ($p = 0,000...$, рис. 3) и уровня депрессии ($p \leq 0,02$, рис. 4).

Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями [13]. Данное состояние аффективной сферы у беременных с гестозом определяется повышением ригидной акцентуации в типе характера по К. Леонгарду, что подтверждается корреляционным анализом по Спирмену, который выявил наличие прямых умеренных и выраженных корреляционных связей с показателями невротизации, депрессии и тревожности (табл. 1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, повышение значений по шкале Л₇-ригидности, по К. Леонгарду, сопровождается нарастанием у беременных с гестозом второй половины беременности уровня невротизации, депрессии, реактивной и личностной тревожности, что подтверждает наличие

невротического внутриличностного конфликта, который, возможно, на органном уровне может трансформироваться в гестоз, однако для патогенетического обоснования этого механизма необходимы дополнительные исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рыбалка А.Н., Глазков И.С., Глазкова И.Б. [и др.] Психологическая адаптация женщин во время беременности и после родов // Журнал Здоровье Украины. 2011. № 3 (42). С. 44-49.
2. Касьянова О.А. Социально-психологические факторы подготовки женщин к беременности, родам и материнству: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2005. 24 с.
3. Рыжков В.Д. Психопрофилактика и психотерапия функциональных расстройств нервной системы у беременных женщин // Мед. помощь. 1996. № 3. С. 33-36.
4. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // Александровский Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. М.: ГЕОТАР-МЕД, 2004. С. 66-73.
5. Gavin N.L., Gaynes B.N., Lohr K.N. [et al.] Perinatal depression: a systematic review of prevalence incidence // Obstet. Gynecol. 2005. V. 106. P. 1071-1082.
6. Тотоник В.Л., Михайлова О.И., Чухарева Н.А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции // Русск. мед. журнал. 2009. № 20. С. 77-81.
7. Маришук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: Издат. дом «Сентябрь», 2001. 260 с.
8. Мамышева Н.Л. Непсихотические расстройства у беременных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1995. 28 с.
9. Щеглова И.Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1992. 26 с.
10. Soares C.N., Steiner M. Perinatal depression: searching for specific tools for a closer look at this window // J. Clin. Psychiatry. 2009. V. 70. № 9. P. 1317-1318.
11. Cohen L.S. Psychological aspects of pregnancy. N. Y., 1994.
12. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, 1981. 392 с.
13. Спилберг Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте: междунар. сб. науч. ст. / сост. Ю.Л. Ханин. М.: Физкультура и спорт, 1983. С. 12-24.
14. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. Л.: ЛНИИ ФК, 1976. 18 с.
15. Балашова Т.Н., Рыбаков Т.Г. Диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: метод. рекомендации. Л., 1998. 672 с.
16. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты. Самара: Издат. дом «Бахрах», 1998. 672 с.

Поступила в редакцию 29 марта 2013 г.

Kostenko I.V., Olenko E.S., Vedishchev S.I., Rogozhina I.E., Kodochigova A.I., Subbotina V.G. TYPES OF ACCENTUATIONS OF CHARACTER AND CONDITION OF AFFECTIVE SPHERE AT WOMEN WITH GESTOSIS OF SECOND HALF OF PREGNANCY

The aim of the study was to examine the types of character accentuation, according to K. Leonhard, and levels of anxiety, neuroticism and depression in healthy pregnant women with preeclampsia and the second half of pregnancy. These results reveal the presence of neurotic interpersonal conflict in women with preeclampsia the second half of pregnancy, accompanied by increased rigid traits in their character, as well as a significant increase in situational anxiety and anxiety as stable personality characteristics.

Key words: types of accentuation character; personal and reactive anxiety; depression and neuroticism levels; healthy pregnancy.