

УДК159.923:618.3

**РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИНЫ
В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ
(ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)**

Григорьева Е.С. (Сыктывкар, Россия)

В статье приведен теоретический анализ современных исследований связи личностных особенностей с нарушением психологического и соматического благополучия беременных женщин. Личность женщины рассматривается как один из факторов, влияющих на возникновение патологии беременности.

Grigoryeva E.S. (Syktyvkar, Russia). ROLE OF PERSONAL FEATURES OF WOMEN IN OCCURRENCE OF A PATHALOGY OF PREGNANCY (ANALYSIS OF MODERN RESEARCHES)

Article contains the theoretical analysis of modern researches of communication of personal features with infringement of psychological and somatic well-being of pregnant women. The person of the woman is considered as one of the factors influencing occurrence of a pathology of pregnancy.

В то время как индивидуальные особенности матерей и их влияние на ребенка изучались психологией достаточно давно и полно, личность женщины как фактор, определяющий течение беременности и родов, стала вызывать интерес исследователей относительно недавно. По-прежнему наличие патологии беременности и родов понимается как зависимое только от здоровья женщины, образа ее жизни, компетентности врачей. Однако, ряд авторов предлагают введение комплексной психологической диагностики беременных в третьем триместре, что позволит повысить качество психопрофилактики.

Являясь особым физиологическим и психологическим состоянием, беременность зависит от множества факторов, воздействующих на здоровье женщины в течение ее жизни. С медицинской точки зрения беременность часто представляется как процесс, идущий на грани с патологией. Значение психологической помощи беременным, возможности коррекции эмоционального состояния женщины преуменьшаются. Основной акцент в современном ведении беременности и лечении осложнений делается на применении лекарств, акушерских манипуляций, в то время как психологическая помощь, диагностика применяются достаточно редко.

Так, при анализе учебников для гинекологов и акушеров выяснилось, что среди факторов, влияющих на возникновение патологии беременности, не называются факторы желанности / нежеланности беременности, наличия у женщины сниженного фона настроения, повышенной тревожности и т.п.

Не отрицая значимости фактора здоровья беременной и роженицы, а также качества медицинской помощи, рассмотрим влияние индивидуально-психологических свойств женщины на протекание ее беременности и родов.

Личностная зрелость человека является основой его самореализации во всех сферах жизнедеятельности, в том числе и в родительстве. Зрелость позволяет личности быть гармоничной, эффективной, реализованной, конструктивно справляться с трудностями, успешно выполнять социально-культурные роли. [1]

Родительская зрелость включает сформированность основных отношений родителя (личностная зрелость), умение выбирать и осуществлять родительскую стратегию (функциональная зрелость) и осознание родительского долга и ответственности перед детьми и обществом (социальная зрелость). [2]

Исследователи указывают на существование достоверных связей между инфантилизмом и различными формами нарушений репродуктивной системы, а также на наличие корреляции между успешной адаптацией к беременности и материнству и личностной зрелостью. [1], [3]

Очевидным представляется влияние *ценности материнства* на психологическую готовность женщины к беременности, а также ее психологическое самочувствие в этот период. На поведенческом уровне приоритет ценностей материнства и семьи может проявляться в стремлении к здоровому образу жизни, отсутствии вредных привычек, в насыщенной подготовке к беременности и родам, в оптимальной линии репродуктивного и контрацептивного поведения. [4]

В современном мире ценностные ориентации матерей являются амбивалентными: с одной стороны, значимость семьи, а с другой – социальной активности. Подобная амбивалентность, а тем более – ориентация женщины на карьеру и социальную

успешность может приводить к отчуждению от собственно материнских переживаний и снижению ценности материнства [2].

Исследование ценностных ориентаций по триместрам беременности показало, что наиболее значимыми для женщин с осложненной беременностью оказались два уровня организации системы ценностных ориентаций личности - «Ценности эффективного социального взаимодействия» и «Ценности самоактуализации» (как самореализации в беременности). [5]

Одно из исследований ценностной сферы беременных женщин, направленное на изучение ценности ребенка, ценности себя как женщины и ценности себя как матери показало, что для беременных с нарушением течения беременности характерна взаимная конфронтация последних. Так, ценность себя как матери и себя как сексуального партнера конструируют между собой, что свидетельствует о несформированности женской идентичности. Данные ценности должны быть представлены в иерархическом соотношении в соответствии с актуальной жизненной ситуацией. Кроме того, ценность ребенка находится в напряженной конфронтации с ценностью себя как женщины одновременно с заниженной ценностью себя как матери. При нормальном течении беременности ценность материнства к середине беременности становится доминирующей. А абстрактная до беременности ценность ребенка входит в жизнь женщины в период беременности как реальная, вызывая тем самым перестройку имеющихся у женщины ценностей и общей направленности личности. [6]

Таким образом, очевидной становится связь между ценностной сферой женщины и протеканием ее беременности.

Направленность личности женщины определяет жизненные приоритеты и задает стиль ее взаимоотношений с ребенком.

Г.Г. Филиппова [1] указывает на то, что в третьем триместре беременности направленность активности женщины на обустройство дома, подготовку к родам, разрешение имеющихся проблем до появления ребенка соотносится с благоприятной динамикой течения беременности, а активность, не связанная с ребенком, – с неблагоприятной динамикой.

Рефлексивность также считается одним из существенных факторов развития эмоционального компонента материнского поведения. Рефлексивное принятие нового собственного образа «Я – в положении», ощущение нового Я является одним из этапов развития психологического состояния беременной [2].

Экспериментальные исследования показали, что для женщин с тяжелым и средним по наличию патологий протеканием беременности характерно отсутствие так называемой «быстрой рефлексии», позволяющей обнаруживать собственную неадекватную поведенческую стратегию и корректировать ее. Быстрая рефлексия состоит в автоматической (сознательно не контролируемой) генерации образов себя и других вместе с их субъективным миром. Женщины с нормально протекающей беременностью демонстрируют большую способность к обучению новым поведенческим стратегиям и адекватному их применению. [7]

Однако, вопрос о влиянии рефлексивности женщины на особенности протекания у нее беременности, а также формирования отношения к беременности является одним из наименее изученных в современной перинатальной психологии. Недостаток данных ощущается и в рассмотрении рефлексивности женщины как детерминирующего фактора в развитии различных осложнений беременности.

Одним из наиболее изученных личностных качеств у беременных женщин является уровень самооценки. Высокая самооценка при условии объективного критичного отношения к себе – признак здоровой, принимающей себя личности. Адекватная самооценка, уверенность в себе необходимы для благополучного течения беременности. Неадекватная самооценка у беременных с патологией может приобретать характер психологической защиты. [2, 4, 8]

По данным некоторых исследований, у женщин, имеющих нарушения репродуктивной функции до беременности (т.е. так называемая акушерская патология: гормональные нарушения, бесплодие или трудности зачатия, невынашивание и др.) присутствует завышенная самооценка, болезненное отношение к неудачам, неудовлетворенность отношением к себе окружающих, претензии к ним. Завышенная самооценка компенсирует неудовлетворенность, сопровождается болезненным самолюбием, центрированностью на себе и проблеме отсутствия детей.

У женщин с соматической (экстрагенитальной) патологией (т.е. с не гинекологическими соматическими проблемами, влияющими на репродуктивное здоровье) наблюдается неуверенность в себе, заниженная самооценка, чувство вины, неуверенность в своей материнской компетентности, зависимость от окружающих, стремление к внешней помощи [1, 3, 6].

Таким образом, анализ литературы показал, зависимость различных патологий репродуктивной сферы от уровня самооценки женщины.

Г.Г.Филиппова [1] считает первую беременность критической точкой в развитии *женской идентичности*. Принятие в себе женственности напрямую связано с полноценным переживанием материнства и выполнением функций матери.

Исследования взаимосвязи физического здоровья беременных и сформированности у них женской идентичности дало следующие результаты. У женщин с акушерской патологией обнаружено искажение полоролевой идентичности: усиление маскулинных качеств и ослабление женственности, отвержение собственной женственности (т.е. искажение). У женщин с соматической патологией беременности наблюдается нарушение женской идентичности по типу незрелости. «В обоих случаях есть конфликтное отношение между необходимостью (внутренней или внешней) стать матерью и иметь ребенка и возможностью это осуществить (объективной – психологическая или физиологическая готовность, или субъективной – мотивационная готовность, конфликт ценностей)» [1, с.87].

Именно беременность и материнство, связанные с проявлением физических аспектов женственности, принятием своей телесности, становятся теми ситуациями, которые актуализируют и проявляют конфликт в материнской сфере и сфере женской идентичности. Поэтому беременность часто становится наиболее уязвимым периодом, испытанием полоролевой идентичности, материнско-детских отношений, отношений женщины с партнером [1].

Научный интерес вызывает также проблема влияния на беременность и формирующееся материнство уровня ответственности женщины (или *локуса контроля*). Ответственность как индивидуальная характеристика является одним из показателей личностной зрелости.

Данные исследований о зависимости протекания беременности от уровня ответственности женщины показывают, что для нормального течения беременности необходим интернальный локус контроля. У беременных с патологией наблюдается экс-

тернальный локус контроля по показателям общей интернальности и интернальности в вопросах здоровья. [8]

Как пишут В.М. Русалов и Л.М. Рудина [7], для женщин с нормально протекающей беременностью характерным является следующий девиз: «Человек – кузнец своего счастья». И наоборот, женщины с патологией беременности считают себя маленькой песчинкой в большом космосе, что также отражает их склонность к зависимости от внешних обстоятельств, нежелание взять на себя ответственность.

В работе Т.В. Скрицкой [5] локус контроля изучается в динамике по триместрам беременности методом поперечных срезов. В I и III триместрах у женщин с патологией беременности преобладает интернальный локус контроля, а во II – экстернальный. Экстернальность, по мнению автора, связана с изменениями в ценностной сфере женщин в середине беременности, когда у женщин повышается потребность в близких людях.

Однако, как указывают Г.Г. Филиппова и соавт. [6], в середине беременности должна сформироваться доминанта материнства, а все остальные ценности – отойти на второй план. Тем более это касается осложненной беременности, когда наиболее выраженными должны быть ценности ребенка и себя как матери, т.к. они подвергаются угрозе.

По причине неоднозначности и недостаточной раскрытости данного вопроса мы считаем необходимым более полное изучение влияния локуса контроля на протекание беременности.

Контроль поведения (т.е. саморегуляция) во время беременности достаточно часто является предметом исследования в последние годы. Беременность здесь рассматривается как естественная модель трудной жизненной ситуации, в которой оказывается личность.

При анализе контроля поведения беременных женщин была выявлена связь между сформированностью когнитивного, эмоционального и волевого контроля поведения и благополучным течением беременности. Для женщин с неблагополучным течением беременности характерны действия путем проб и ошибок, импульсивность, пренебрежение рекомендациями врача, невнимание к сигналам об изменении самочувствия. Когнитивный контроль у этих женщин также характеризует выбор неадекватных поведенческих стратегий. Осложнение течения беременности сочетается с низким уровнем эмоционального контроля и поведенческой дезорганизацией. Волевой контроль у женщин с неблагоприятным течением беременности характеризуется склонностью излишне переживать по поводу неудач и не стремиться к увеличению усилий и преодолению сложностей. [8]

Влияние особенностей *темперамента* на вынашивание женщиной беременности и возникновение патологий также вызывает интерес исследователей. Такие личностные характеристики как экстраверсия/ интроверсия рассматриваются исследователями как влияющие на материнство.

В.М. Русалов и Л.М. Рудина [7] приводят результаты исследования темперамента у четырех групп беременных: с тяжелой, средней, легкой степенью патологии и женщин с нормально протекающей беременностью. Для пациенток «тяжелой» группы характерны следующие темпераментальные особенности: узкая сфера психомоторной активности, общая двигательная пассивность, относительно высокий темп психомоторного поведения, большая эмоциональная чувствительность и др.

Беременные «средней» группы отличались низким уровнем психомоторного напряжения, общей двигательной пассивностью, невысокой пластичностью, средней скоростью моторно-двигательных операций, ригидностью мышления.

Пациентки с легкой степенью патологии беременности отличались высокой потребностью в движении, широкой сферой психомоторной активности, высокой мышечной работоспособностью, жадой психомоторной деятельности. Для них характерны: плавность движений, легкая речь, быстрая вербализация, нормальная гибкость мышления и др.

Женщины с нормально протекающей беременностью обладали высокой двигательной активностью и высокими показателями по интеллектуальным шкалам темперамента. Таким образом, исследование подтвердило наличие связи между темпераментом женщины и протеканием у нее беременности.

Большое число исследований в современной психологии касается изучения *эмоциональной сферы* беременных женщин.

Так, наиболее разработанным является изучение влияния *тревожности* женщины на беременность и последующее материнство. Некоторое повышение тревожности во время беременности считается адаптивным. Умеренное повышение уровня личностной и ситуативной тревожности позволяет более чутко реагировать на изменения условий протекания беременности. Слишком низкий уровень тревоги может привести к несколько легкомысленному отношению к состоянию беременности и осложнениям, которые могут возникнуть [4, 8, 9].

Однако сниженный фон настроения, постоянно присутствующие негативные эмоции способны вызывать тяжелые патологии течения беременности. Н.П. Коваленко пишет: «Навязчивые негативные эмоции имеют свои соматические отображения в теле человека и проявляются через накопление нервного напряжения, сбой работы конкретных органов, в данном случае через работу генитального аппарата, репродуктивной функции» [10, с. 29].

Так, исследования подтверждают, что показатели реактивной и личностной тревожности у женщин с угрозой прерывания беременности и привычным невынашиванием значительно превышают эти показатели у здоровых беременных. С возрастанием уровня тревожности существенно увеличивается вероятность появления угрозы прерывания беременности. Так, в группе низкотревожных этот диагноз имеют 31,18 % женщин, в группе со средним уровнем тревожности – 54,76 %, в группе высокотревожных – 66,67 % беременных. Тревожный тип акцентуаций личности встречается у женщин с невынашиванием, по данным некоторых исследований, почти в 8 раз больше, чем в контрольной группе. Кроме того, авторы отмечают у женщин с осложненной беременностью низкие показатели адаптивности и стрессоустойчивости. Женщины группы риска по показателям репродуктивного здоровья склонны к переживанию депрессивных состояний, эмоционально неустойчивы, раздражительны [1, 3, 4, 9].

Стрессоустойчивость женщин с осложненной беременностью не является соответствующей уровню воздействующих факторов. Для них характерны инфантильные, дезадаптивные формы реагирования на стрессовые ситуации. Кроме того, внутренние конфликты (в частности, конфликт в материнской сфере) разрешаются при помощи неадекватного механизма соматизации, что сочетается с имеющимися заболеваниями репродуктивной системы и создает «слабость органа» (по З. Фрейду), а именно – нарушений репродуктивной функции (гестоз, невынашивание, патология ребенка без нарушения здоровья матери, гормональное бесплодие) [1].

Среди *психозащит* можно назвать уход, бегство из стрессогенной ситуации, вытеснение, отрицание проблемы, «бегство в болезнь». Такие стратегии поведения приводят к усилению проявлений негативной симптоматики, т.к. появление соматического или эмоционального симптома не приводит женщину к мысли об изменении своего поведения или разрешения имеющейся проблемы в отношениях и т.п. [3, 6].

Клинико-психофизиологические обследования будущих матерей показывают, что для благоприятного течения беременности необходимо обладать таким индивидуальным качеством, как *эмоциональная устойчивость*. Известно, что у женщин с угрозой прерывания беременности и невынашиванием наблюдается ярко выраженный невротический синдром беременности, общая эмоциональная неустойчивость, раздражительность, эмоциональная лабильность и восприимчивость, психическая истощенность и утомляемость, а также психоэмоциональная напряженность в сочетании с нарушенной адаптацией организма [3, 9].

Оптимизм считается значимой личностной чертой для беременных женщин, поскольку позитивная оценка мира способствует лучшей адаптации и гармоничному принятию беременности и материнства. Так, по данным исследователей, наиболее тяжелое состояние здоровья беременных соотносится с высоким уровнем пессимизма [7].

В период беременности женщины становятся более сензитивными, внушаемыми. Это необходимо будущей матери, т.к. сензитивное общение и воспитание способствует успешной адаптации ребенка и его полноценному развитию. *Эмпатичность, сензитивность* необходимы беременной для адекватного восприятия сигналов, исходящих от будущего ребенка. Однако влияние этих качеств на психологическое и физическое самочувствие беременной является одним из наименее изученных вопросов.

Кроме того, важным фактором благополучного протекания беременности считается *коммуникативная сфера личности* беременной женщины, т.к. наличие близких, доверительных отношений, поддержки окружающих, возможности разделить с ними переживания этих важных периодов становления материнства являются залогом адаптивности женщины, ее социальной устроенности и психологического комфорта.

Анализ результатов тестирования по методике Кеттелла показал, что женщины с нормально протекающей беременностью характеризуются следующими особенностями коммуникативной сферы: они общительны, открыты для взаимодействия с окружающими, активны, доверчивы, благожелательны, терпимы, нетребовательны. И наоборот, женщины с угрозой прерывания, с одной стороны, ожидают внимания и заботы от окружающих (медперсонала, родственников), а с другой стороны, демонстрируют холодность, недоброжелательность, бескомпромиссность. Среди них больше женщин замкнутых, обращенных на себя, скептически настроенных, подозрительных [9]. Таким образом, коммуникативные особенности являются одними из личностных качеств, определяющих психологическое благополучие женщины в период беременности.

Когнитивная сфера женщин в период беременности изучена в меньшей степени. В определенной степени готовность к материнству создает уровень и качество образования женщины, психолого-педагогические знания, которыми она обладает, гуманитарная и творческая направленность личности. Показано, что женщины с высоким уровнем образования ответственно подходят к планированию беременности, склонны к общению с будущим ребенком, больше времени уделяют подготовке к материнству:

ходят на курсы, читают литературу. Они также более осведомлены о протекании беременности и возможных сложностях. [4]

Поэтому в современной психологии изучается также влияние *интеллектуальных способностей* на формирование материнства. Изучаются такие составляющие интеллекта, как: широта сканирования, устойчивость внимания, оперативно-слуховая память. Впрочем, достоверной разницы в данных показателей между группой беременных женщин без патологии, а также группами женщин с акушерской и соматической патологией выявлено не было.

Существуют данные свидетельствующие о влиянии *ригидности мышления* на возникновение патологий беременности. Так, женщины с осложненной беременностью описываются как ригидные, сталкивающиеся со сложностями в освоении новых стратегий поведения, выбирающие неадекватные ситуации стратегии. [7]

Итак, особенности когнитивной сферы личности женщины также может определять протекание у нее беременности и формирование становящегося материнства.

Анализ литературы показал, что современная наука обладает рядом исследований, указывающих на взаимосвязь личностных особенностей и состояния здоровья беременной женщины. Я-концепция, ценностно-смысловая, эмоциональная и коммуникативная сферы широко изучаются у женщин с физиологической и осложненной беременностью. Женщины с различными патологиями беременности обладают такими индивидуальными особенностями, как: личностная незрелость, эмоциональная неустойчивость, неадекватная самооценка, повышенная тревожность и др. Наименее изученными являются влияние сензитивности, эмпатийности, а также рефлексивных способностей женщины на отношение к беременности и развитие осложнений. Кроме того, обнаружены противоречия во взглядах авторов на влияние локуса контроля на протекание беременности и отношение женщины к своему состоянию. Необходимо продолжать исследовательскую работу по изучению взаимодействия личностных особенностей женщин и возникновения у них патологий беременности. Для профилактической и коррекционной работы также необходим поиск средств и методов коррекции личности беременных.

Литература

1. Филиппова, Г.Г. Нарушения репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. С. 83-108
2. Овчарова, Р.В. Психология родительства: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 368 с.
3. Блох, М.Е. Использование психотерапии у женщин с невынашиванием беременности // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. С. 199-207
4. Биосоциальная природа материнства и раннего детства // Батуев А.С., Безрукова О.Н., Кошавцев А.Г. и др. / Под ред. А.С. Батуева. СПб.: Изд-во С.-Петерб. Ун-та, 2007. 374 с.
5. Скрицкая, Т.В. Ценностные ориентации и уровень удовлетворенности жизнью как показатель личностного роста женщины в период беременности // Перинатальная психология и психология родительства. 2006. № 1. С. 76-82
6. Филиппова, Г.Г., Черткова, И.Н., Сапарова, И.М., Антонов, М.В., Соколова, О.А., Рябухина, А.В., Пашкова, Ю.В., Николаева, Ю.А. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. С. 64-82

7. Русалов, В.М., Рудина, Л.М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложненной беременностью // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 6. С. 16-26
8. Ковалева, Ю.В., Сергиенко Е.А. Контроль поведения при различном течении беременности // Психологический журнал. 2007. Т.28. № 1. С. 70-82
9. Васильева, В.В., Авруцкая В.В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 3. С. 110 -119
10. Коваленко, Н.П. Психосоматические основы невынашивания беременности // Перинатальная психология и медицина (Психофизиология и патология беременности и родов; психотерапевтическая коррекция пре-, пери- и постнатального развития). Сборник научных трудов членов Российской Ассоциации Перинатальной Психологии и Медицины. СПб: Изд-во ИПТП, 2004-2005 гг. С. 26-30