

ПРЕМОРБІДНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПСИХІЧНИЙ СТАН ЖІНОК ПРИ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ

Л.Г. Назаренко, О.В. Дьоміна

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Вивчено преморбідні особливості та психічний стан при невиношуванні вагітності у 243 жінок. Встановлено невротичні структури особистості жінок і формування при цьому невротичного комплексу у вигляді синдрому репродуктивної неповноцінності, який проявляється лавруючою депресивністю.

ВСТУП

Незважаючи на численні та фундаментальні дослідження невиношування вагітності у ХХ столітті, частота його не змінюється і становить актуальність проблеми [12, 18, 20]. В той самий час у літературі обмаль наукових досліджень, які б були присвячені преморбідним особливостям та психічному стану під час вагітності при невиношуванні [2, 3, 5, 22]. Втім, останнім часом відзначається зростання стресогенезів вагітності, що несприятливо впливають на перебіг вагітності [6, 8, 15]. Вищезазначене стало підставою для поглибленого вивчення преморбідних особливостей і психічного стану при невиношуванні вагітності.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проведено у 263 вагітних жінок, серед яких 243 складали основну групу з невиношуванням вагітності, а 20 – використано як контрольну групу з фізіологічним перебігом вагітності. За допомогою клініко-лабораторних, гормональних, імунологічних та генетичних методів досліджень типовано генез невиношування. Систему стосунків подружньої пари вивчали за методикою семантичного диференціала Ch.Osgood [21], самооцінку та взаємооцінку – за методикою багатоаспектної квантифікації інтерперсональних взаємовідносин Т. Leary [19] в адаптації Г.С. Васильченко і Ю.О. Решетняка [7]. Особистість подружжя досліджувалась нами з позицій, найбільш прийнятних у вітчизняній психології: діяльності за О.Т. Лентьевим [10], стосунків за В.Н. Мясіщевим [13], спілкування – Б.Ф. Ломовим [11] і А.А. Бодалевим [4] і персоналізації – за А.В. Петровським [14].

Велику увагу надавали не тільки визначенню спрямованості особистості, життєвому досвіду, особливості преморбиду та емоційним реакціям на бездітність через невиношування вагітності, але й відповідності цих параметрів у подружжя. Діагностичне значення мають визначення рівня соціально-психологічної адаптації подружніх пар і особливості їхніх міжособистісних стосунків, психологічний аспект їхньої сумісності за методикою А.Т. Філатова [17]. Із соціологічних характеристик нас цікавили такі: стаж сімейного життя, міцність сімейних стосунків, освіта, сімейне середовище, трудова діяльність, соціальні зв'язки.

Здобуті результати клінічних спостережень та лабораторних досліджень оброблено за методами математичної статистики відповідно до сучасних вимог (В.С. Генес [9], В.М. Астахова, Ю.Б. Максименко [1]).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За віком пацієнтки, здорові жінки та їхні чоловіки знаходилися в одній віковій групі – від 19 до 35 років, коли репродуктивна система

перебувала в найбільш активному стані. Тривалість захворювання коливалася в широких межах: від 1 до 15 років. Найбільшу групу склали 184 жінки з тривалістю захворювання до 5 років, або (75,7 ± 2,8) %. Тривалість захворювання від 6 до 10 років була у 41 пацієнтки, або (16,9 ± 2,4)%. Найменша група із 18 жінок мала тривалість захворювання від 11 до 15 років, або, (7,4 ± 1,7) %, оскільки лікувалася несистематично та у різних закладах і у різних лікарів.

На підставі проведених досліджень вдалося статистично достовірно встановити обтяжену спадковість менструальної функції у 38 жінок, або (15,6 ± 2,3)% та порушення репродуктивного здоров'я у 8,6 ± 1,8 відсотка родичок першого та другого ступенів рідні (P<0,001). Отримані результати досліджень узгоджуються з даними, що наведено в літературі [3,5,6].

Вивчення преморбідних рис характеру наведено у табл.1, із якої видно, що дружинам більшості досліджуваних подружніх пар з невиношуванням вагітності була статистично достовірно притаманна підвищена стурбованість, низький рівень задоволеності шлюбом через відсутність дітей, занижена самооцінка, деформоване ядро стабільності особистості, розширення зон напруження в інтерперсональних комунікаціях широкого та обмеженого контакту.

Таблиця 1-Преморбідні особливості подружніх пар при невиношуванні вагітності

Преморбідні особливості	Імунологічне невиношування (n =35)	Гормональне невиношування (n =124)	Генетичне невиношування (n = 84)	Разом (n=243)	Контрольна група (n = 20)
	Абс.ч., % (P±m) p	Абс.ч., % (P±m)p	Абс.ч., % (P±m)p	Абс.ч., % (P±m)p	Абс.ч., % (P±m)p
Стурбовано-підозрілі, астеничні, інфантильні	18 51±8** 15 20±7*	54 43±4 ** 45 36±4 *	42 42±5** 38 38±5*	114 46±3** 98 40±3*	2 10±7 3 15±8
Низький рівень задоволеності шлюбом	11 31±7* 31 37±7 *	36 29±4* 54 43±4*	28 33±5* 27 32±5*	75 30±2 * 112 6±3**	2 10±7 1 5±5
Занижена самооцінка	24 68±7** 12 34±8*	48 38±4** 34 27±4*	36 42±5** 28 33±5*	108 44±3** 74 30±3**	1 5±5 2 10±7
Деформоване ядро стабільності особистості	18 51±8** 14 40±8**	52 42±4** 46 37±4**	38 38±5** 28 33±5*	108 44±3** 88 36±3**	2 10±7 2 10±7
Напруження в інтерперсональних комунікаціях	16 45±8** 12 34±8 *	44 35±4 ** 46 37±4 **	36 42±5** 37 44±5*	96 39±3** 95 38±3**	1 5±5 2 10±7
Врівноважені, спокійні	9 26±8 ** 3 8±5 *	41 33±4 54 44±4	21 25±5* 14 17±4*	71 29±3 * 71 29±3 *	12 55±11 10 50±11

У табл.1 у чисельнику показано кількість жінок, а у знаменнику – кількість чоловіків;*- достовірність відмінності при P <0,05 і **– при P<0,001. При цьому афективна перевантаженість проблемою невиношування вагітності фіксується від тривалості бездітного шлюбу, тому що дитина є найбільшою цінністю, а відсутність вагітності розцінюється як вітально-особистісна неповноцінність.

За результатами досліджень невротичної симптоматики доведено (табл.2), що від 36 % до 70 % залежно від патогенезу захворювання

дружини відзначалася невротична симптоматика, яка являє собою особистісну реакцію на наявність невиношування вагітності та бездітного шлюбу. Ці дані дали нам можливість зробити висновок про невротичність структури особистості жінки при невиношуванні вагітності і формуванні при цьому своєрідного невротичного комплексу у вигляді синдрому репродуктивної неповноцінності, який проявляється лавруючою депресивністю.

Таблиця 2 – Розподіл невротичної симптоматики подружніх пар при невиношуванні вагітності

Синдроми	Імунологічне невиношу- вання (n =35)	Гормональне невиношу- вання (n =124)	Генетичне невиношу- вання (n = 84)	Разом (n=243)	Контроль- на група (n = 20)
	Абс.ч., %(P±m) p	Абс.ч., %(P±m)p	Абс.ч., %(P±m)p	Абс.ч., %(P±m)p	Абс.ч., %(P±m)p
Подразливість	<u>16</u> <u>46±8**</u> <u>10</u> <u>29±8**</u>	<u>38</u> <u>31±4 *</u> <u>37</u> <u>30±4**</u>	<u>24</u> <u>28±5*</u> <u>22</u> <u>26±5**</u>	<u>68</u> <u>28±3**</u> <u>69</u> <u>28±3**</u>	<u>1</u> <u>5±5</u> - -
Істеричний	<u>6</u> <u>17±6</u> <u>1</u> <u>3±3</u>	<u>23</u> <u>18±4*</u> <u>8</u> <u>6±2*</u>	<u>22</u> <u>26±5*</u> <u>4</u> <u>5±2*</u>	<u>51</u> <u>21±9**</u> <u>13</u> <u>5±1**</u>	- - <u>1</u> <u>5±5</u>
Фобічний	<u>2</u> <u>6±4</u> <u>3</u> <u>8±5</u>	<u>6</u> <u>5±2*</u> <u>10</u> <u>8±1**</u>	<u>4</u> <u>5±2 *</u> <u>10</u> <u>12±4*</u>	<u>12</u> <u>4±4**</u> <u>23</u> <u>9±6**</u>	<u>0</u> <u>0</u>
Депресивний	<u>2</u> <u>6±4</u> <u>7</u> <u>20±7</u>	<u>4</u> <u>2±1</u> <u>2</u> <u>1±1</u>	<u>5</u> <u>6±3</u> <u>10</u> <u>12±4</u>	<u>11</u> <u>4±4</u> <u>19</u> <u>8±6</u>	<u>1</u> <u>5±5</u> <u>3</u> <u>15±8</u>
Іпохондричний	<u>5</u> <u>14±6</u> <u>6</u> <u>17±6</u>	<u>6</u> <u>5±2</u> <u>9</u> <u>7±5</u>	<u>6</u> <u>7±3</u> <u>7</u> <u>8±3</u>	<u>17</u> <u>7±6**</u> <u>22</u> <u>9±6</u>	- - <u>2</u> <u>10±7</u>
Гіпотимічний	- - <u>6</u> <u>14±5</u>	<u>28</u> <u>22±13**</u> <u>29</u> <u>23±13*</u>	<u>15</u> <u>18±4 *</u> <u>7</u> <u>8±3</u>	<u>43</u> <u>17±8*</u> <u>41</u> <u>16±8*</u>	<u>1</u> <u>5±5</u> <u>1</u> <u>5±5</u>
Разом	<u>21</u> <u>60±8**</u> <u>33</u> <u>93±4**</u>	<u>105</u> <u>85±3**</u> <u>95</u> <u>71±4 *</u>	<u>76</u> <u>90±3**</u> <u>60</u> <u>71±5</u>	<u>202</u> <u>83±2**</u> <u>167</u> <u>69±3*</u>	<u>3</u> <u>15±8</u> <u>8</u> <u>40±11</u>

У табл.2 чисельник – кількість жінок; знаменник – кількість чоловіків; * – достовірність відмінності при P < 0,05; ** – P < 0,001

Особливості обстежених подружніх пар проявлялися в домінуванні стурбовано-підозрілих, астеничних та інфантильних рис характеру (P < 0,001). Переважання цих рис характеру в поєднанні з невиношуванням вагітності та бездітністю більше п'яти років розглядається нами як чинник психологічної дисфункції і трансформації в істину психопатію.

Таким чином, проведені дослідження психопатологічних особливостей подружніх пар з невиношуванням вагітності у дружини показують, що стан невиношування вагітності та бездітний шлюб з психотравмуючим компонентом є чинниками розвитку психопатії подружніх пар незалежно від генезу невиношування.

SUMMARY

PRETORIA ASPECIALLY AND PSYCHIC STATUS AT PREGNANT WOMEN WITH SPONTANEOUS ABORTIONS

L.G. Nazarenko, O.V. Dyomina

Pretoria especially and psychic status was studied at 243 pregnant women with spontaneous abortions. Neurotic personality and psychosomatics status was found with neurotic complex as syndrome reproductive insufficiency which is laureates' depression.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Астахов В.М., Максименко Ю.Б. Автоматизация клинико-психологических исследований в акушерско-гинекологической практике. – Донецк: Новый мир, 1996. – 82 с.
2. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: Сотис, 2001. – 320 с.
3. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности // Сборник материалов конференции «Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей». – СПб, 2001. – С.24-28. 39.Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. Основы психогенетики. - М.:Эпидавр, 1998.- 742 с.
4. Бодалев А.А. О состоянии и перспективах изучения личности психологической нации // Соц. педагогика, 1980. – № 1. – С. 32-37.
5. Брехман Г.И., Лапочкина Н.П. Психологические особенности женщин с физиологическим течением и угрозой невынашивания в 1-м триместре беременности по данным ММРІ // Журнал практического психолога.-1996. -№3. – С.29-32.
6. Васильева Т.П., Посисеева Л.В. Социально-гигиенические проблемы профилактики невынашивания беременности // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. – №4. – С.56-59.
7. Васильченко Г.С., Решетняк Ю.А. Опыт исследования межличностных отношений у сексологических больных //Пробл. соврем. сексопатологии. –М., 1972, – С.161 – 174.
8. Варакина Г.Н., Мальцева Л.И., Меделевич В.Д. и др. Особенности течения беременности и развития симптомов угрожающего абортa у женщин под влиянием психосоциальных и характерологических факторов// Материалы 1 Международной конференции «Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы». – М., 2002. -С.477-482.
9. Генес В.С. Некоторые простые методы кибернетической обработки диагностических и физиологических исследований. – М.: Наука, 1967. – 208 с.
10. Лентьев Л. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Политиздат, 1976. – 305 с.
11. Ломов Б.Ф. Личность в системе общественных отношений // Психологический журнал. – 1981. – Т.2,№1. – С. 3-17.
12. Миронова Т. А. Психофизиологические особенности женщин с невынашиванием беременности: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Курск, 1996. –25 с.
13. Мясичев В.Н. Некоторые вопросы психотерапии // Вопросы психотерапии. – М., 1988. – С. 7 – 20.
14. Петровский А.В. Личность в психологии с позиции системного подхода // Вопр. психологии. – 1981. – № 2. – С. 40-46.
15. Психика и роды / Под ред. Э.К. Айламазяна). – СПб.: АОЗТ «Яблочко СО», 1996. – 120 с.
16. Психосоматические аспекты беременности / А.А. Северный, Т.А. Баландина, К.В. Солод, Р.И. Шалина // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т.5, № 4. – С. 17-22.
17. Филатов А.Т. Оценка методов психотерапии с позиций биологической и социальной коррекции // Вопр. клин. психотерапии: Тез.докл. науч.-практ.конф., посвящ. 25 летию Харьковского науч.мед. о-ва психотерапевтов.- Харьков, 1988. – С. 6.
18. Bergant M.A., Reinstadler K., Moncayo H.E. et al. Spontaneous abortion and psychosomatics. A prospective study on the impact of psychological factors as a cause for recurrent spontaneous abortion // Hum. Reprod. – 1997. – Vol.12, №5.-P.1106-1110.
19. Leary T. Interpersonal diagnosis of personality. – N. Y., 1957. – P. 45-48.
20. Miller N. H., Katz V. L., Cefalo R.C. Pregnancies among physicians // J. Reprod. Med. – 1999. – Vol. 34, № 10. – P. 790-796.
21. Osgood Ch. The representational model and relevant research methods // Trends in contents analysis. – Urbana, 1959. – 342 с.
22. Sugiura-Ogasawara M., Furukawa T.A., Nakano Y. et al. Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters // Hum. Reprod. – 2002. – Vol.17, №10.– P.2580-2584.
23. Swanson K.M. Predicting depressive symptoms after miscarriage: a path analysis based on the Lazarus paradigm // J. Womens Health Gend. Based Med.- 2000.- Vol.9, №2. – P.191-206.

Назаренко Л.Г., д-р. мед. наук, профессор,
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків;
Дьоміна О.В., клінічний ординатор,
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків.

Надійшла до редакції 15 травня 2008 р.