

УДК 618.2/7

DOI: 10.34670/AR.2019.44.4.034

## Уровень тревожности беременных женщин, находящихся на госпитализации по причине угрозы прерывания беременности

**Леденцова Светлана Леонидовна**

Кандидат психологических наук,  
доцент кафедры психологии,  
Сургутский государственный университет,  
628412, Российская Федерация, Сургут, просп. Ленина, 1;  
e-mail: Leden-Svet@yandex.ru

**Мирзоева Татьяна**

Студент,  
Сургутский государственный университет,  
628412, Российская Федерация, Сургут, просп. Ленина, 1;  
e-mail: am\_tina@mail.ru

### Аннотация

В статье представлены результаты экспериментального исследования, посвященного изучению и поиску способов снижения уровня тревожности беременных женщин, находящихся на госпитализации по причине угрозы прерывания беременности. Выявлены и описаны критерии оценки уровня тревожности женщин с диагнозом «угроза прерывания беременности». Авторы приходят к выводу, что величина уровня тревожности при угрозе прерывания беременности определяется связью между ситуативной, личностной тревожностью, типом внутренней картины болезни и типом внутренней картины беременности, в силу чего изменение одного компонента неизбежно влечет изменение остальных, что указывает на необходимость влиять как на личностные, так и на ситуативные показатели тревожности. Результаты посттеста доказали эффективность проведенного клинко-психологического сопровождения, построенного на представлении об интегративном характере тревожности при угрозе прерывания беременности, что позволяет использовать его принципы при работе с беременными женщинами с диагнозом «угроза прерывания беременности».

### Для цитирования в научных исследованиях

Леденцова С.Л., Мирзоева Т. Уровень тревожности беременных женщин, находящихся на госпитализации по причине угрозы прерывания беременности // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019. Т. 8. № 4А. С. 47-55. DOI: 10.34670/AR.2019.44.4.034

### Ключевые слова

Уровень тревожности, беременные женщины, угроза прерывания беременности, внутренняя картина беременности, внутренняя картина болезни.

## Введение

Уникальность состояния беременности трудно переоценить. Все женщины, прошедшие через этот период, отмечают его как совершенно непохожий, очень сильный по уровню переживаний, специфичный по комплексу ощущений. Кто-то выделяет позитивную сторону этого периода жизни, кто-то – негативные ощущения, боли, болезни. Но всегда это период значимый, неповторимый, непохожий на другие периоды жизни женщины [Ланцбург, 2000, 315]. Согласно официальным статистическим данным, частота невынашивания беременности составляет 15-30% всех зафиксированных беременностей, в свою очередь, диагноз «угроза прерывания беременности» ставится каждой второй беременной женщине [Суханова, www]. Угроза прерывания беременности – это патологическое состояние, в возникновении которого имеют значение не только физиологические нарушения (инфекционные, метаболические, эндокринные, иммунологические), но и психологические особенности, такие как недостаточность способности к социальной адаптации; общая инфантильность, проявляющаяся незрелостью личностной сферы; повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности; неадекватные (сверхтревожные) формы реагирования на стрессовые ситуации; эмоциональная неустойчивость; недоверие к окружающему миру; заниженная самооценка; осложненные отношения с другими людьми, прежде всего близкими.

Проблема угрозы прерывания при установленных медициной причинах, как правило, решается благодаря современным достижениям акушерства и гинекологии [Сидельникова, 2001, 176]. Однако даже самые современные медицинские технологии оказываются невостребованными, если игнорируются особенности психического статуса женщины, ее мотивационно-потребностная сфера материнства, что определяет актуальность психологических исследований проблемы угрозы прерывания беременности и ее последствий. Беременные женщины, находящиеся на госпитализации по причине угрозы прерывания беременности, не должны оставаться без психологической поддержки. Включение клинко-психологического сопровождения в комплексное лечение диагноза «угроза прерывания беременности» способствует улучшению психоэмоционального состояния пациенток, а в дальнейшем и повышению эффективности лечения.

## Основная часть

Нами был исследован уровень тревожности беременных женщин, находящихся на госпитализации по причине угрозы прерывания беременности в условиях проектной деятельности, которая проводилась на базе Сургутского клинического перинатального центра, Акушерского отделения патологии беременных № 2. Мы предположили, что уровень тревожности беременных женщин в условиях угрозы прерывания беременности будет определяться сочетанием типов внутренней картины беременности и внутренней картины болезни [Petlovanyi, Tsarkov, 2017, 1379]. Для доказательства нашей гипотезы нами были отобрана группа беременных женщин из 5 человек со сроками беременности от 7 до 17 недель и возрастом от 25 до 35 лет, имеющих диагноз угроза прерывания беременности.

Для оценки интегративного уровня тревожности беременных женщин нами были составлены критерии, включающие ситуативный и личностный уровни тревожности, тип внутренней картины болезни (ВКБ) и тип внутренней картины беременности (ВКБер),

определяемый по психологическому компоненту гестационной доминанты беременных (ПКГД) (табл. 1).

**Таблица 1 – Критерии оценки уровня тревожности**

Уровень тревожности	Уровень ситуативной тревожности (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина	ВКБ (тип)	ВКБер (тип)
1 низкий	СТ – низкий/умеренный ЛТ – низкий	Высокие показатели шкал гармоничного типа	Высокие показатели по оптимальному типу ПКГД (ОПКГД)
2 умеренный	СТ – низкий / умеренный / высокий ЛТ – умеренный	Смешанный тип: с высокими показателями (более 27) шкал гармоничного, эргопатического, анозогнозического, сенситивного типов	Смешанный тип: показатели по оптимальному типу ПКГД, эйфорическому типу ПКГД, тревожному типу ПКГД – равнозначны либо приблизительно одинаковы, но перевес наблюдается в сторону адекватного типа ПКГД
3 высокий	СТ – высокий ЛТ - высокий	Смешанный тип: с высокими показателями (более 30) шкал эргопатического, анозогнозического, тревожного, ипохондрического, сенситивного типов	Высокие показатели по тревожному типу ПКГД Смешанный тип: показатели по оптимальному типу ПКГД, эйфорическому типу ПКГД, тревожному типу ПКГД – приблизительно одинаковы, но перевес баллов наблюдается в сторону тревожного типа ПКГД

Для пре- и посттеста мы использовали следующие методики: «Опросник ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина», опросник «ТОБОЛ», «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова [Добряков, 2005, 100], рисуночный тест «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой.

По итогам претеста мы выявили, что для беременных женщин с угрозой прерывания в ста процентах случаев характерен третий высокий интегративный уровень тревожности, включающий в себя: 1) высокий уровень ситуативной и личностной тревожности – уровень психической дезадаптации (значение показателей более 45 баллов); 2) тревожное отношение к

болезни – смешанный тип с высокими показателями (более 30 баллов) шкал эргопатического, анозогнозического, тревожного, ипохондрического, сенситивного типов; 3) тревожное отношение к протеканию беременности – тревожный тип (высокие показатели по ПКГД), смешанный тип (показатели по оптимальному, эйфорическому и тревожному типам ПКГД приблизительно одинаковы, но перевес баллов наблюдается в сторону тревожного типа ПКГД) (табл. 2).

**Таблица 2 - Сравнительные индивидуальные показатели уровня тревожности беременных женщин с угрозой прерывания беременности в пре- и посттесте экспериментальной группы**

Шкала	Тест	Испытуемые				
		Марина	Елена	Алина	Шахноза	Нургайша
Ситуативная тревожность	Претест	Высокий (50)	Высокий (65)	Высокий (46)	Высокий (47)	Высокий (48)
	Посттест	Умеренный (42)	Умеренный (44)	Умеренный (37)	Умеренный (38)	Умеренный (39)
Личностная тревожность	Претест	Высокий (68)	Высокий (62)	Высокий (47)	Высокий (46)	Высокий (46)
	Посттест	Высокий (61)	Высокий (58)	Умеренный (45)	Умеренный (42)	Умеренный (43)
ВКБ	Претест	Смешанный тип: Эргопатический (37), Тревожный (40), Сенситивный (35)	Смешанный тип: Тревожный (42), ипохондрический (39), сенситивный (40)	Смешанный тип: анозогнозический (30), сенситивный (30)	Смешанный тип: эргопатический (33), сенситивный (30)	Смешанный тип: анозогнозический (32), сенситивный (33)
	Посттест	Смешанный тип: Гармоничный (29) Эргопатический (33), Сенситивный (30)	Смешанный тип: еармоничный (29), ипохондрический (35), сенситивный (36)	Смешанный тип: гармоничный (33), анозогнозический (26), сенситивный (27)	Смешанный тип: гармоничный (34), эргопатический (28), сенситивный (27)	Смешанный тип: гармоничный (30), анозогнозический (27), сенситивный (29)

Шкала	Тест	Испытуемые				
		Марина	Елена	Алина	Шахноза	Нургайша
ВКБер	Претест	Тревожный тип: Оптимальный тип ПКГД (2), Эйфорический тип ПКГД (2), Тревожный тип ПКГД (5)	Смешанный тип: оптимальный тип ПКГД (2), эйфорический тип ПКГД (3), тревожный тип ПКГД (4)	Смешанный тип: оптимальный тип ПКГД (3), эйфорический тип ПКГД (3), тревожный тип ПКГД (3)	Эйфорический тип: оптимальный тип ПКГД (2), эйфорический тип ПКГД (5), тревожный тип ПКГД (2)	Смешанный тип: оптимальный тип ПКГД (3), гипогестогнозический тип ПКГД(1), эйфорический тип ПКГД (2), тревожный тип ПКГД (3)
	Посттест	Смешанный тип: Оптимальный тип ПКГД (3), Эйфорический тип ПКГД (3), Тревожный тип ПКГД (3)	Смешанный тип: оптимальный тип ПКГД (2), эйфорический тип ПКГД (4), тревожный тип ПКГД (3)	Смешанный тип: Оптимальный тип ПКГД (4), Эйфорический тип ПКГД (2), Тревожный тип ПКГД (3)	Смешанный тип: оптимальный тип ПКГД (4), эйфорический тип ПКГД (4), тревожный тип ПКГД (1)	Смешанный тип: оптимальный тип ПКГД (4), эйфорический тип ПКГД (3), тревожный тип ПКГД (2)
Уровень тревожности	Претест	3 уровень – высокий	3 уровень – высокий	3 уровень – высокий	3 уровень – высокий	3 уровень – высокий
	Посттест	2 уровень – умеренный	3 уровень – высокий	2 уровень – умеренный	2 уровень – умеренный	2 уровень – умеренный

Высокий показатель личностной тревожности свидетельствует о том, что для беременных женщины с диагнозом «угроза прерывания беременности» характерно реагировать тревожно на многие ситуации, быть в постоянном напряжении и беспокойстве. Можно предположить, что их эмоциональное состояние может усугублять угрозу прерывания беременности, что еще больше усиливает их тревожность, отягчает отношение к болезни и, в свою очередь, к беременности [Petlovanyi, Tsarkov, 2017, 12].

Для изменения уровня тревожности в комплексе был проведен психологический курс, который предполагал индивидуальные занятия (8 занятий), длительность каждого из которых составляла от 60 до 90 минут. Количество занятий обусловлено спецификой пребывания беременных в стационаре. Основные задачи программы клинико-психологического сопровождения были направлены достижение следующих результатов: 1) снижение ситуативного уровня тревожности; 2) снижение личностной тревожности; 3) нормализацию внутренней картины болезни; 4) нормализацию внутренней картины беременности.

В результате проведенного клинико-психологического сопровождения мы обнаружили, что показатели комплексного уровня тревожности менялись неодинаково. Первое самое заметное изменение – это изменение ситуативной тревожности: снижение в ста процентах случаев показателей высокого уровня до умеренного уровня ситуативной тревожности (табл. 2, 3).

**Таблица 3 – Обобщенные показатели уровня тревожности беременных женщин с угрозой прерывания беременности в пре- и посттесте экспериментальной группы (в %)**

Пре- и посттест	Показатели уровня тревожности в %				
	Ситуативная тревожность	Личностная тревожность	ВКБ	ВКБер	Уровень тревожности
Претест	Высокий уровень – 100%	Высокий уровень 100%	Смешанный с преобладанием: тревожный – 20%, эргопатический – 40%, анозогнозический – 40%	Смешанный с преобладанием тревожного типа ПКГД – 60%; тревожный тип ПКГД – 20%; эйфорический тип ПКГД – 20%	Высокий уровень в 100%
Посттест	Умеренный уровень – 100%	40% – высокий уровень, 60% – умеренный уровень	Смешанный с преобладанием: 100% – гармоничный	Смешанный с оптимальным типом ПКГД – 80%; смешанный с эйфорическим типом ПКГД – 20%	Высокий уровень – 20%, умеренный – 80%

Второе по значимости изменение – это изменение внутренней картины болезни: у подопечных произошел переход от тревожного к более адекватному отношению к диагнозу. Анализируя результаты по методике «ТОБОЛ» (см. табл. 2, 3), можно заключить, что в претесте тип отношения к болезни был смешанным с преобладанием показателей тревожного отношения с крайне неблагоприятным прогнозом (а именно типов эргопатического – 40%, анозогнозического – 40%, тревожного, ипохондрического – 20% отношения). По результатам посттеста тип отношения остался смешанным, однако ранее преобладающие показатели снизились и увеличились значения показателей по типу гармоничного отношения (в ста процентах случаев), что служит признаком благоприятного развития отношения к болезни.

Третьим по значимости стало изменение внутренней картины беременности. По результатам методики «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова, мы выявили, что подопечных в претесте в 60% случаях наблюдался смешанный тип с преобладанием тревожного типа ПКГД, в 20% случаях – тревожный тип ПКГД и в 20% случаях – эйфорический тип ПКГД (см. табл. 2, 3). По результатам посттеста в 80% случаях подопечные имели смешанный тип ПКГД, где имеется понижение тревожного типа ПКГД и повышение адекватного типа ПКГД, но в 20% тип ВКБер изменился на смешанный с преобладанием эйфорического типа ПКГД. Изменения подобного рода не настолько велики, как, например, в изменении внутренней картины болезни, так как отношение к беременности и ребенку касается не только ситуативных изменений, но и личностных особенностей беременной женщины, модификации которых достигаются гораздо сложнее [Tsarkov, Petlovanyi, 2016, 45].

Четвертым по значимости оказалось изменение личностной тревожности: среди 60% женщин отмечается снижение показателей и переход на умеренный уровень личностной тревожности по сравнению с претестом, показатели остальных 40% немного снизились, но остались на высоком уровне (табл. 2, 3). Снижение по шкале личностной тревожности остается

незначительным, так как ожидать серьезных личностных изменений за такой короткий срок не представляется возможным.

### Заключение

Таким образом, в результате проведенной программы клинико-психологического сопровождения нам удалось снизить уровень тревожности с высокого (3 уровня), наблюдавшегося в ста процентах случаев в претесте, до 20% в посттесте, а в остальных 80% случаях произошел переход с высокого третьего уровня до умеренного второго уровня тревожности.

Можно заключить, что величина уровня тревожности при угрозе прерывания беременности определяется связью между ситуативной, личностной тревожностью, типом внутренней картины болезни и типом внутренней картины беременности, в силу чего изменение одного компонента неизбежно влечет изменение остальных, что указывает на необходимость влиять как на личностные, так и на ситуативные показатели тревожности. Результаты посттеста доказали эффективность проведенного клинико-психологического сопровождения, построенного на представлении об интегративном характере тревожности при угрозе прерывания беременности, что позволяет использовать его принципы при работе с беременными женщинами с диагнозом «угроза прерывания беременности».

### Библиография

1. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Васина А.Н. Хрестоматия по перинатальной психологии. М., 2005. С. 93-102.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб: Питер, 2010. 272 с.
3. Ланцбург М.Е. Психологическая помощь семье в период ожидания ребенка и первого года его жизни // Материалы Российской конференции «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике». СПб., 2000. С. 312-320.
4. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. М.: Медицина, 2001. 176 с.
5. Суханова Л.П. Статистика службы родовспоможения в России. URL: [http://mednet.ru/statistika/for\\_miac/LP\\_Suhanova](http://mednet.ru/statistika/for_miac/LP_Suhanova)
6. Шмуклер А.Б. Психозы беременности: обзор литературы // Проблемы продукции. 1995. № 2. С. 19-22.
7. McDonald R.L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review // Psychosom. Med. 1968. No. 30. P. 222-237.
8. Petlovanyi P., Tsarkov A. Depressive Disorder in Child Psychiatric Practice: A Case Report. Health Press Zambia Bull. 2017. No. 1(5). P. 9-16
9. Petlovanyi P., Tsarkov A. Omega-3 Fatty Acids as an Alternative Treatment for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder // Imperial Journal of Interdisciplinary Research (IJIR). 2017. Vol 3. No. 2. P. 1378-1380.
10. Tsarkov A., Petlovanyi P. Bipolar Disorder in Child Psychiatric Practice: A Case Report // Medical Journal of Zambia. 2016. Vol. 43. No. 1. P. 41-46.

### **The anxiety level of pregnant women hospitalized with a threatened miscarriage**

**Svetlana L. Ledentsova**

PhD in Psychology,  
Associate Professor of the Department of Psychology,  
Surgut State University,  
628412, 1, Lenina av., Surgut, Russian Federation;  
e-mail: Leden-Svet@yandex.ru

**Tat'yana Mirzoeva**

Student,  
Surgut State University,  
628412, 1, Lenina av., Surgut, Russian Federation;  
e-mail: am\_tina@mail.ru

**Abstract**

The article presents the results of an experimental study on the search of ways to reduce the level of anxiety of pregnant women who are hospitalized with a threatened miscarriage. The authors of this article identify and describe criteria for assessing the level of anxiety of women with a diagnosis of threatened miscarriage. It is concluded that the level of anxiety due to the threatened miscarriage is determined by the relationship between situational, personal anxiety, the clinical characteristics of the disease and the clinical characteristics of pregnancy. A change in one component inevitably leads to a change in the others, which indicates the need to influence both personal and situational indicators of anxiety. The results of the post-test proved the effectiveness of the clinical and psychological support, based on the idea of the integrative nature of anxiety with the threatened miscarriage, which allows to use its principles when working with pregnant women with a diagnosis of threatened miscarriage. The inclusion of clinical and psychological support in the complex treatment of the diagnosis of threatened miscarriage will help to improve the psycho-emotional state of patients, and in the future, will increase the effectiveness of treatment.

**For citation**

Ledentsova S.L., Mirzoeva T. (2019) Uroven' trevozhnosti beremennykh zhenshchin, nakhodyashchikhsya na gospitalizatsii po prichine ugrozy preryvaniya beremennosti [The anxiety level of pregnant women hospitalized with a threatened miscarriage]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 8 (4A), pp. 47-55. DOI: 10.34670/AR.2019.44.4.034

**Keywords**

Level of anxiety, pregnant women, threatened miscarriage, clinical characteristics of pregnancy, clinical characteristics of disease.

**References**

1. Dobryakov I.V. (2005) Kliniko-psikhologicheskie metody opredeleniya tipa psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoi dominanty [Clinical and psychological methods for determining the type of psychological component of the gestational dominant]. In: Vasina A.N. (ed.) *Khrestomatiya po perinatal'noi psikhologii* [Reader on perinatal psychology]. Moscow, pp. 93-102.
2. Dobryakov I.V. (2010) *Perinatal'naya psikhologiya* [Perinatal psychology]. Saint Petersburg: Piter Publ.
3. Lantsburg M.E. (2000) Psikhologicheskaya pomoshch' sem'e v period ozhidaniya rebenka i pervogo goda ego zhizni [Psychological assistance to the family during the expectation of the child and the first year of his life]. In: *Materialy Rossiiskoi konferentsii "Psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya v obshchemeditsinskoj praktike"* [Materials of the Russian conference "Psychotherapy and clinical psychology in general medical practice."]. Saint Petersburg, pp. 312-320.
4. Sidel'nikova V.M. (2001) *Nevynashivanie beremennosti* [Miscarriage]. Moscow: Meditsina Publ.
5. Sukhanova L.P. *Statistika sluzhby rodovspomozheniya v Rossii* [Statistics of the obstetric aid in Russia]. Available at: [http://mednet.ru/statistika/for\\_miac/LP\\_Suhanova](http://mednet.ru/statistika/for_miac/LP_Suhanova) [Accessed 12/09/19].
6. Shmukler A.B. (1995) Psikhozy beremennosti: obzor literatury [Pregnancy psychoses: literature review]. *Problemy produktivnosti* [Problems of production], 2. pp. 19-22.



- 
7. MsDonald R.L. (1968) The role of emotional factors in obstetric complications: a review. *Psychosom. med.*, 30, pp. 222–237.
  8. Petlovanyi P., Tsarkov A. (2017) Depressive Disorder in Child Psychiatric Practice: A Case Report. *Health Press Zambia Bull*, 1(5), pp. 9-16
  9. Petlovanyi P., Tsarkov A. (2017) Omega-3 Fatty Acids as an Alternative Treatment for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research (IJIR)*, 3 (2), pp. 1378-1380.
  10. Tsarkov A., Petlovanyi P. (2016) Bipolar Disorder in Child Psychiatric Practice: A Case Report. *Medical Journal of Zambia*, 43 (1), pp. 41-46.