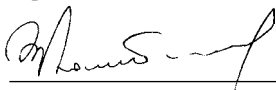


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

9 сентября 2004 г.

Регистрационный № 26–0304

**СПОСОБ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКИ ГЕСТОЗА**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Витебский государственный медицинский университет

Авторы: О.В. Лысенко, д-р мед. наук, проф. С.Н. Занько

ВВЕДЕНИЕ

Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Под влиянием факторов внешней и внутренней среды происходит формирование стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, очаг обладает повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности, которые способны оказывать тормозящее действие на другие нервные центры. Различают *физиологический* и *психологический* компоненты гестационной доминанты. Они определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими в организме женщины, и направлены на вынашивание, рождение ребенка. Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) вызывает особый интерес перинатальных психологов и психотерапевтов, акушеров-гинекологов. ПКГД представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности. Эти механизмы направлены на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формируют отношение женщины к своей беременности и ее поведенческие стереотипы. Тип ПКГД отражает прежде всего личностные изменения и реакции женщины, то есть изменения в системе ее отношений. В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними И.В. Добряковым (1996) было выделено пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

О типе ПКГД можно судить, основываясь на результатах исследования значимых отношений беременной. На этом основании разработан тест отношений беременной ТООБ(б) (Добряков И.В., 1996).

Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, относящихся к своей беременности ответственно, но без излишней тревоги. В этих случаях, как правило, отношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременность наступила, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки.

Гипогестогнозический тип ПКГД нередко встречается у женщин, не закончивших учебу, увлеченных работой. Среди них встречаются как юные студентки, так и женщины, которым скоро исполнится или исполнилось 30 лет. Первые не желают брать академический отпуск, продолжают сдавать экзамены, посещать дискотеки, заниматься спортом, ходить в походы. Беременность у них часто незапланированная, застаёт врасплох. Женщины второй группы, как правило, уже имеют профессию, увлечены работой, нередко занимают руководящие посты. Они планируют беременность, так как справедливо опасаются, что с возрастом повышается риск возникновения осложнений. С другой стороны, эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у них «не хватает времени» встать на учет в женской консультации, посещать врачей, выполнять их назначения. Женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, пренебрегают занятиями. После родов у них часто отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, няням), так как сами матери «очень заняты». Нередко этот тип ПКГД также встречается у многодетных матерей.

Эйфорический тип ПКГД отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность у них становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания и трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Врачи, курсы дородовой подготовки, посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются, выполняют не все рекомендации или делают это формально.

Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т.п.).

В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью. Повышенную тревожность трудно выявить как врачу женской консультации, так и ведущим курсы дородовой подготовки, однако беременные женщины с этим типом ПКГД далеко не всегда получают адекватную оценку и помощь. К сожалению, именно неправильные действия медицинских работников довольно часто способствуют повышению тревоги у женщин. В этих случаях повышенный уровень тревожности у беременной женщины должен расцениваться как ятрогенный, то есть связанный с неправильным оказанием медицинской помощи. Большинство беременных женщин с этим типом ПКГД нуждаются в помощи психотерапевта. Став матерями, они отличаются повышенной моральной ответственностью, не уверены в своих силах и способностях воспитывать ребенка.

Депрессивный тип ПКГД проявляется прежде всего резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здорового дитя, боится умереть при родах. Часто у нее возникают мысли о собственном уродстве, т.е. возникают дисморфоманические идеи. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшить ее отношения с родственниками, объясняющими всё капризами, не понимающими, что женщина нездорова. Это еще больше усугубляет ее состояние. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Гинекологу, акушеру, психологу, всем, кто общается с беременной, очень важно своевременно выявить подобную симптоматику и направить женщину на консультирование к психотерапевту или психиатру, который сможет определить невротический или психотический характер депрессии и провести соответствующий курс лечения. К сожалению, депрессивный тип ПКГД,

как и тревожный, нередко формируется у беременной женщины в связи с неосторожными высказываниями, поступками медицинского персонала, то есть, является ятрогенным. Отклонения в процессе семейного воспитания при этом типе ПКГД аналогичны тем, что развиваются при тревожном типе, но более выражены. Встречается также эмоциональное отвержение, жестокое обращение. При этом мать испытывает чувство вины, усугубляющее ее состояние.

Показания к применению метода: способ психологической диагностики гестоза применяется у беременных женщин во втором и третьем триместрах беременности.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

1. Набор тестов для определения типа ПКГД.
2. Медицинская карта стационарного больного.
3. История родов.
4. Амбулаторная карта беременной.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1. *Первый этап.* Перед исследованием ПКГД производится изучение анамнеза (дополнительные необходимые данные получают из обменной карты), пациентки проходят обследование по обычному плану (общий осмотр, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений).

2. *Второй этап.* Женщине предлагается ТОБ. При отсутствии времени на приеме в женской консультации, допускается заполнение теста беременной женщиной в домашних условиях и его обработка на следующем приеме.

Тест содержит три блока утверждений, отражающих:

- А. Отношение женщины к себе беременной.
- Б. Отношение женщины к формирующейся системе «мать — дитя».
- В. Отношение беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке есть три раздела, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

Блок А (отношение женщины к себе беременной) представлен следующими разделами:

- I. Отношение к беременности.
- II. Отношение к образу жизни во время беременности.
- III. Отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б (отношение женщины к формирующейся в течение беременности системе «мать — дитя») представлен следующими разделами:

- I. Отношение к себе как к матери.
- II. Отношение к своему ребенку.
- III. Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок В (отношение беременной женщины к отношению к ней окружающих) представлен следующими разделами:

- I. Отношение ко мне беременной мужа.
- II. Отношение ко мне беременной родственников и близких.
- III. Отношение ко мне беременной посторонних людей.

Инструкция к ТОБ: «Просим Вас из пяти утверждений, представленных в блоках, выбрать одно, наиболее полно отражающее Ваше состояние».

А		
I	1	Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна
	2	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна
	3	С тех пор, как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении
	4	В основном мне приятно сознавать, что я беременна
	5	Я очень расстроена тем, что беременна
II	1	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни
	2	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать
	3	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни
	4	Беременность так изменила образ моей жизни, что она стала прекрасной
	5	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь многим моим планам не суждено сбыться

III	1	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах	
	2	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь	
	3	Я думаю, что во время родов всё смогу сделать правильно, и не испытываю особого страха перед ними	
	4	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я почти не сомневаюсь в их плохом исходе	
	5	Я думаю о родах, как о предстоящем празднике	
Б			
I	1	Я сомневаюсь в том, что смогу справиться с обязанностями матери	
	2	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью	
	3	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве	
	4	Я уверена, что стану прекрасной матерью	
	5	Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью	
II	1	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним	
	2	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает всё, о чем я думаю	
	3	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать	
	4	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю	
	5	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого	
III	1	Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью	
	2	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью	
	3	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью	
	4	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением ребенка грудью	
	5	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью	
В			
I	1	Считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка	
	2	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка	
	3	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне	
	4	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне	
	5	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка	

II	1	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними	
	2	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении	
	3	Большинство близких мне людей не одобряют то, что я беременна, отношения с ними ухудшились	
	4	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей	
	5	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит	
III	1	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают, что я «в положении»	
	2	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я «в положении»	
	3	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я «в положении»	
	4	Мне наплевать, замечают окружающие или нет, что я «в положении»	
	5	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я «в положении»	

После выполнения задания женщине предлагается перенести результаты в табл. 1, отметив соответствующую утверждению цифру.

Таблица 1

Таблица для внесения результатов обследования по ТОБ

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	5	4
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
	Всего					

В нижней строке таблицы («Всего») выставляется результат подсчета количества (!) отмеченных цифр (но не суммы цифр!) в каждом столбце.

Столбец «О» отражает утверждения, характеризующие преимущественно оптимальный тип ПКГД, «Г» — гипогестогнозический, «Э» — эйфоричный, «Т» — тревожный, «Д» — депрессивный.

Например, если результат тестирования ОПКГД — 7 баллов, ГПКГД — 0 баллов, ЭПКГД — 1 балл, ТПКГД — 1 балл, ДПКГД — 0 баллов, таблица результатов будет выглядеть следующим образом (см. табл. 2).

Таблица 2

Пример подсчета баллов в таблице результатов ТОБ

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	5	4
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
	Всего	7	0	1	1	0

Такой тип ПКГД определяется как преимущественно оптимальный. Если в результате тестирования набрано 7–9 баллов, соответствующих одному из типов ПКГД, он может считаться определяющим. Если ни по какому типу нет преобладания баллов ПКГД, нетрудно определить, какие подсистемы ПКГД у женщины нуждаются в коррекции. Для наглядности можно построить профиль ПКГД в виде гистограммы. По вертикали отмечаются набранные баллы, а по горизонтали — типы ПКГД.

Рекомендуется проводить тестирование во втором и третьем триместрах беременности. Не рекомендуется проводить тестирование чаще одного раза в месяц.

Тест позволяет не только определить тип ПКГД по преобладанию выбранных утверждений, но и провести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции (см. табл. 3).

Обратившись к утверждениям, выбранным испытуемой в представленном примере, нетрудно установить, что у женщины отмечается эйфорическое отношение к своей беременности, будущему ребенку, окружающим ее посторонним и близким людям, а повышенная тревога связана с предстоящими обязанностями матери. Полученные результаты следует учитывать при проведении дородовой подготовки, они могут быть темами психотерапевтической беседы. Таким образом, благодаря обследованию, коррекция выявленных отклонений может осуществляться более целенаправленно.

Таблица 3

**Выявление эйфорического отношения к своей беременности
и тревожного отношения к себе-матери у беременной женщины**

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А. Отношение к себе беременной	I. Отношение к беременности	4	2	1	3	5
	II. Отношение к образу жизни	2	3	4	1	5
	III. Отношение к родам	3	1	5	2	4
Б. Отношение к системе «мать — дитя»	I. Отношение к себе-матери	5	3	4	1	2
	II. Отношение к ребенку	1	4	2	3	5
	III. Отношение к грудному вскармливанию	3	1	2	5	4
В. Отношение к отношению окружающих	I. Отношение к мужу	3	2	1	5	4
	II. Отношение к близким	1	4	2	5	3
	III. Отношение к посторонним	5	4	3	2	1
	Всего	7	0	1	1	0

При выявлении у беременных женщин тревожного, гипогестозического или депрессивного типа ПКГД акушер-гинеколог может отнести пациентку к группе риска развития гестоза.

На основании результатов исследования беременную женщину можно отнести к одной из трех групп, требующих различной тактики проведения дородовой подготовки.

Первая группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип ПКГД (9 баллов в столбце «О»). Женщинам этой группы рекомендуется посещать общепринятые курсы дородовой подготовки в женской консультации.

Вторая группа может быть названа «группой риска». В нее следует включать женщин, имеющих преимущественно оптимальный тип ПКГД (7–8 баллов в столбце «О»), гипогестозический (7–9 баллов в столбце «Г»), эйфорический (7–9 баллов в столбце «Э») и тревожный (7–9 баллов в столбце «Т») типы ПКГД. Женщинам этой группы кроме посещения общепринятых курсов дородовой подготовки в женской консультации рекомендуются дополнительные индивидуальные психопрофилактические беседы, согласно тем отношениям, которые нуждаются в коррекции.

Третья группа состоит из женщин, имеющих депрессивный тип ПКГД (7–9 баллов в столбце «Д»). У многих беременных женщин из этой группы обнаруживаются нервно-психические расстройства различной степени тяжести, они нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

Перечень возможных осложнений и ошибок при выполнении и пути их устранения: предложенный тест определения психологического состояния женщин во время беременности (в частности ПКГД) не имеет осложнений во время применения.

Противопоказания к применению: абсолютных противопоказаний к применению метода нет. К относительным противопоказаниям может относиться плохое самочувствие женщины или ее нежелание принимать участие в опросе.