



Е. В. Боднар

УДК 618.2-084:159.923

К ВОПРОСУ О ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. В. Боднар

Институт инновационного и последипломного образования
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова, г. Одесса, Украина

Аннотация.

В статье рассматриваются варианты акцентуации характера у женщин с патологией беременности. До сих пор нет единого мнения относительно влияния беременности на психическое состояние женщины. В одних случаях беременность и роды выявляют ресурсы для развития личности, а в других могут стать провоцирующим фактором в развитии уже имеющихся скрытых психических нарушений, вплоть до острых расстройств психики. На основании клинического наблюдения и психологического тестирования выделены и описаны психологические особенности течения беременности в зависимости от характерологических признаков. Были выявлены наиболее распространенные варианты акцентуации характера у женщин с патологией беременности: гипертимный, возбудимый, дистимный, застревающий и демонстративный типы. В работе приведены результаты клинического наблюдения женщин с нарушением течения беременности, у которых была обнаружена личностная дезадаптация.

Ключевые слова: беременность, акцентуация характера, личностная дезадаптация.

Введение

Проявления психологических особенностей женщин во время беременности интересовали ученых и врачей во все времена, о благоприятном влиянии беременности на личность писал еще Гиппократ. И в дальнейшем многие авторы отмечали положительное влияние, оказываемое на психическое состояние женщины беременностью. И если она протекает нормально, то может оказывать положительное влияние, смягчать и даже устранять некоторые проявления преморбидно существующих симптомов психических расстройств [1–3].

Однако в дальнейшем, с накоплением и углублением знаний, точка зрения на беременность как фактор, благоприятный в отношении психического состояния женщин, претерпела значительные изменения. Многие исследователи полагают, что этот период в жизни женщины и происходящие в ее организме изменения могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых психических нарушений, вплоть до острых психических расстройств [4–7].

На основании клинических наблюдений и ряда научных исследований доказано негативное влияние психоэмоциональных и пси-

хических расстройств на течение беременности и дальнейший ее исход [2; 4–6].

Исследования в области изучения психологических особенностей беременных указывают на наличие компенсаторного психовегетативного синдрома у женщин с физиологической беременностью. Синдром проявляется сниженным настроением, усложненной психологической адаптацией, эмоциональной неустойчивостью [8; 9]. Н. Мамелле с соавторами считают, что беременность находится на границе нормы и психической патологии [10]. И действительно, многие женщины отмечают определенные изменения в самочувствии (так называемую психосоматическую реакцию на беременность), соответствующие клиническому проявлению астеничного симптомокомплекса. Беременность – это состояние, которое является полностью физиологическим не только с точки зрения физиологических изменений, но и с точки зрения изменений социального, семейного и общественного статуса.

Беременность и состояние после родов – это периоды, когда чаще всего происходят психические нарушения, требующие специального лечения. Выраженность и степень проявления расстройств зависят от семей-

ных, социальных, этнических, общекультурных факторов, а также от личностных особенностей матери [8; 11].

Среди психических нарушений во время беременности чаще всего встречаются невротические, тревожные и депрессивные расстройства. Психозы во время беременности отмечаются значительно реже, чем в послеродовом периоде. Ведущее место среди не психотических расстройств занимают личностные особенности, соединенные с мотивацией к деторождению, уровнем личностной тревожности, особенностями течения беременности и предыдущим акушерским опытом [5; 12].

Научными исследованиями установлено, что у женщин с патологическим течением беременности отмечаются специфические эмоционально-личностные характеристики, акцентуации характера, неадекватная самооценка, специфическая ценностная ориентация; возникают нарушение самоконтроля и трудности в межличностных отношениях. Наиболее глубоко были изучены эмоционально-личностные характеристики женщин с усложненной беременностью – повышенная ситуативная и личностная тревожность, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, эмоциональная напряженность, низкая стрессоустойчивость [5; 12–16].

Цель и задачи исследования

Цель исследовательской работы заключалась в изучении вариабельности акцентуаций характера у женщин с патологией беременности, которые находились на стационарном лечении по поводу своего состояния.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе роддома № 5 г. Одесса. Всего в исследовании принимали участие 227 женщин в третьем триместре беременности, из них 150 пациенток в возрасте от 16 лет до 41 года, находившихся на стационарном лечении, вошли в экспериментальную группу. Средний возраст обследуемых составил 27,47 лет (стандартное отклонение 5,35). В контрольной группе – 77 женщин в возрасте от 20 до 37 лет, посещавших курсы подготовки к родам. Средний возраст – 28,91 года (стандартное отклонение – 3,86). Для изучения социально-демографического статуса беременных женщин была разработана социально-демографическая анкета.

Все участницы исследования прошли клинико-психологическое обследование. Кроме этого, в работе были использо-

ваны определенные психодиагностические методы. Для изучения индивидуально-личностных характеристик беременных применялся стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) Л. Н. Собчик и методика цветочных выборов М. Люшера (8-цветовая модификация). Для исследования влияния пребывания на стационарном лечении на эмоциональную сферу женщины применялась шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина и методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга (адаптация Т. И. Балашовой). Исследование подсознательного восприятия женщинами с патологией беременности своего будущего ребенка, семьи и предстоящих родов проводилось с помощью цветового теста отношений А. М. Эткинда.

Результаты исследования и их обсуждение

Причиной неустойчивости эмоционального фона у женщин с патологией беременности могут стать как негативные, так и позитивные события и изменения в жизни. У данной категории пациенток выражено стремление подражать в своем поведении социально одобряемым стереотипам. Также у них более выражены ипохондрические тенденции, и среди них – тревога, проявляющаяся в виде обеспокоенности за собственное здоровье.

Для понимания особенностей реагирования каждой конкретной женщины на свое состояние необходимо принимать во внимание ее характерологический тип. Однако следует учитывать тот факт, что личность, как правило, сочетает в себе два и более характерологических радикала. В результате нашего исследования было выявлено, что у подавляющего большинства женщин во время беременности обнаруживаются те или иные акцентуации характера. У пациенток, которые находились на стационарном лечении, были выявлены следующие варианты акцентуации характера.

■ **Гипертимный тип** диагностирован у 32 беременных (21,33%). Такая акцентуация характеризуется преобладанием повышенного тона настроения, высоким жизненным тонусом, брызжущей энергией, неудержимой активностью. Такие люди стремятся к лидерству, им свойственен авантюризм. Необходимо насторожено относиться к их необоснованному оптимизму и переоценке своих возможностей.

При беременности гипертимные черты проявляются в эйфорическом типе отношения к собственному состоянию. Женщины всецело воодушевлена и вдохновлена своим положением. Все трудности и осложнения в результате такого эмоционального подъема могут остаться не замеченными или отрицаться. При возникновении каких-либо проблем, осложнений течения беременности они застают женщину врасплох, воспринимаются чрезмерно эмоционально, но теперь уже их тяжесть преувеличивается. За помощью к врачам они обычно обращаются, но не ко всем советам прислушиваются, не все рекомендации выполняют или делают это недобросовестно. Часто собирают мнения нескольких врачей, требуют консультации профессоров.

Трудности, связанные с родами, послеродовым периодом, заботы о малыше также оказываются для женщины с акцентуацией такого типа неожиданно удручающими. Потому что будущее они видят только в розовом цвете, уверены в благополучном исходе родов, и столкновение с реальностью становится для них тяжелым испытанием. В отличие от обычного хорошего настроения, способствующего адекватной оценке происходящего, эйфория делает беременных женщин нечувствительными к объективной реальности.

...**Х., 28 лет.** Не работает, образование среднее. Замужем 8 лет, имеет 4-х дочерей. Поступила в наблюдательное отделение на 36-й неделе беременности. В женской консультации не наблюдалась. Родоразрешение предыдущих беременностей происходило путем кесарева сечения. В роддом привез муж, который в приемном покое проявлял большую активность. В ходе беседы с Х. была выявлена жизнеутверждающая жизненная позиция. Х. активно шла на контакт в те моменты, когда речь заходила о детях. Избегала разговора о своем состоянии здоровья, была уверена в благополучном исходе беременности, считая себя абсолютно здоровой, хотя объективного подтверждения этому не было. В ходе беседы также было выяснено, что Х. целиком посвящает себя своей достаточно многочисленной семье. По-русски говорит с трудом. Все решения принимает муж, и рискованная беременность продиктована его желанием иметь сына. Х. была успешно проведена сложнейшая операция кесарева сечения, в ходе которой на свет появился мальчик.

■ **Возбудимый (или импульсивный) тип** акцентуации характера обнаружен у 22 женщин (14,67%), находящихся на стационарном лечении. Личности данного типа отличаются неустойчивостью в эмоциональной сфере, импульсивностью в действиях, низким самоконтролем, повышенной склонностью к агрессивным вспышкам. Также данный тип акцентуации характеризует мелочная аккуратность, скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил (даже в ущерб делу), педантизм, что обычно рассматривается как компенсация собственной инертности. Они пунктуальны, тщательны и внимательны к своему здоровью. Женщины данного склада характера очень активны, добросовестно выполняют все предписания по беременности. Однако ригидность мышления и склонность к резким аффективным реакциям может негативно отразиться на динамике родовой деятельности.

...**Е., 29 лет.** Находилась на лечении в дневном стационаре по поводу дисфункции плаценты. Замужем, есть старший ребенок. Высокого роста, атлетического телосложения. Общительна с соседками по палате, активно делится своим опытом материнства. Е. директивна в своем поведении, деятельна. Если что-то не по ней, проявляет аффективные разряды. На предложение пройти тестирование ответила сначала отказом, но затем согласилась. В беседе обнаруживает недоверие, готовность к реакции раздражения. Решительна в действиях: находясь под капельницей, самовольно открыла ее максимально, чтобы, по ее словам, быстрее уйти. На замечание, что это может быть вредно, ответила аффективным разрядом. Своим возмущением мотивировала отсутствием времени и обвиняла персонал в том, что те не понимают, как ей некогда. Внимательно выслушав все ее претензии, Е. было предложено продолжить беседу, от чего она отказалась. Родоразрешение прошло путем кесарева сечения.

■ **Психастенический (или тревожный) тип** акцентуации характера был выделен у 17 беременных (7,33%). Эта акцентуация характеризуется нерешительностью, тревожной мнительностью, боязливостью и склонностью к сомнениям. Личности такого типа склонны к самокопанию и самобичеванию. Они мнительны и впечатлительны, в силу чего сомнения и опасения приобретают болезненную навязчивость. Беременные

проявляют повышенную тревожность по поводу здоровья – своего или будущего ребенка. При наличии патологии такая тревога может быть вполне оправданной. Однако опасения, связанные со здоровьем, могут приобретать и характер навязчивости, особенно, если сотрудники отделения пренебрегают правилами медицинской этики. Негативное психогенное воздействие на пациенток этого типа может оказать и неограниченная доступность медицинской информации в интернете.

Женщины психастенического склада педантично и скрупулезно выполняют назначения врача, придерживаются всех рекомендаций. Они постоянно охвачены тревогой по поводу предстоящих родов, что может вызывать трудности в родовой деятельности. Психастенические черты заостряются в результате потери беременности, и каждая последующая неудачная беременность все более и более усугубляет тревогу. И это может вызвать формирование психастенического типа даже у женщин, не имеющих в преморбиде высокого уровня тревожности. Особенно критичным является срок беременности, при котором была потеряна предыдущая беременность.

...Л., 37 лет. Замужем. Хрупкая и женственная, внешность достаточно яркая и привлекающая внимание. Срок беременности – 27–28 недель. Находится на стационарном лечении с 10-й недели беременности. Данные анамнеза указывают на привычное невынашивание. Данная беременность 7-я по счету. Предыдущие 6 закончились неудачно (1 внематочная беременность, 2 самопроизвольных аборта; 1 роды до срока (двойня после ЭКО); 2 случая замершей беременности). Текущая беременность также появилась с помощью ЭКО, ожидается двойня. У Л. диагностированы антифосфолипидный синдром и низкая плацентация.

Работа Л. связана с телевидением. Отношения с мужем теплые и нежные. Опекать супруга ощущалась сразу при попадании в индивидуальную палату Л. Он позаботился о наличии множества полезных и привычных для пациентки вещей, делающих ее пребывание в больнице максимально комфортным: от книг и журналов – до телевизора, электрочайника и видеопроигрывателя; везде развешаны фотографии маленьких детей.

В ходе беседы Л. проявила себя как тонкая и образованная личность, заинтересовалась тестированием, задавала множество вопросов. Затем речь зашла о том, что ей сложно быть вне дома; рассказала, что она мучительно страдает от навязчивой тревоги и страха в очередной раз потерять беременность. Эмоциональные переживания, связанные с волнением за собственное здоровье и здоровье будущих детей, были постоянными и гнетущими. У Л. диагностировано развитие психастенического типа акцентуации, возникшей в результате длительной психотравмирующей ситуации привычного невынашивания. В преморбиде умеренная тревожность была проявлена в рамках колебаний настроения. Психологическая поддержка и участие в сложной ситуации помогли Л. избавиться от эмоционально-психологического напряжения и настроили ее на положительный исход беременности.

■ **Гипотимный (или дистимный) тип акцентуации** выделен у 16 беременных (10,67%). Противоположный гипертимному, гипотимный (дистимный) тип характеризуется преобладанием легкой грусти и печали в эмоциональной сфере. Поведение отличается пассивностью и медлительностью. Женщина с такими чертами замкнута, пассивна, пессимистически настроена, и беременность воспринимается ею больше как негативное событие. Женщину сопровождают тяжелые мысли, страх за свое здоровье и благополучие ребенка, но, в отличие от ипохондрии, эти мысли связаны с пессимистическим отношением к действительности в целом.

■ **Застревающий тип акцентуации** характера зарегистрирован у 14 беременных (9,33%). Характерной чертой такого типа акцентуации являются относительно продолжительные аффективные состояния (кратковременные сильные эмоциональные переживания). Люди такого типа как бы «застревают» на определенных мыслях и переживаниях, особенно когда задеты их гордость, самолюбие и чувство собственного достоинства. К типичным качествам относятся упорство в достижении поставленных целей и способность длительно находиться в состоянии волевого напряжения; часто предъявляют повышенные требования не только к другим, но и к себе.

Беременные с застревающим типом акцентуации мнительны, чувствительны к

мнению окружающих. Им присущ педантизм и аккуратность в соблюдении рекомендаций и наставлений врача, чье мнение является для них авторитетным. Также было выявлено, что во время родов у женщин застревающего типа акцентуации характера чаще возникают осложнения. Это напрямую связано с недостаточной эмоциональной гибкостью, которая отрицательно влияет на родовую деятельность, особенно при внезапно меняющейся ситуации.

■ **Шизоидный тип** выделен у 11 женщин (7,32%), которые находились на стационарном лечении. Такой тип проявляет себя интровертированностью, разной степени замкнутостью и погруженностью в собственный мир, а также отгороженностью от других. Основой шизоидного радикала является психоэстетическая пропорция, сочетание черт чрезмерной чувствительности (гиперестезии) и эмоциональной холодности (анестезии) [5]. По преобладанию гиперестетических или анестетических элементов в структуре шизоидного радикала принято выделять два крайних типа, соединенных между собой широкой гаммой переходных вариантов. Так, чувствительные шизоиды – это мимозоподобные, гиперестетические, с преобладанием астенического аффекта; экспансивные шизоиды – холодные, иногда даже тупые личности с преобладанием стенического аффекта.

Так как у шизоидной личности ослаблена связь с телесностью, а внимание направлено на собственные внутренние переживания, беременность проходит как бы незаметно для них. У женщин такого склада происходит поздняя идентификация своего состояния. Они достаточно холодно отзываются о будущем ребенке, а в дальнейшем проявляют материнские чувства сообразно своей внутренней организации. Замкнутость и своеобразный взгляд на действительность могут вызывать трудности при налаживании контакта с беременной.

Грубое и невежественное отношение к женщине чувствительного склада, непременно вызовет очень болезненную реакцию, что может вызвать ухудшение ее состояния. Поэтому контакт с беременными с шизоидными чертами характера необходимо налаживать особенно осторожно и тактично.

...С., 16 лет. Находилась на стационарном лечении по поводу угрозы преждевременных родов. Срок беременности – 22 недели. На момент обследования училась в

средней в школе. Проживала совместно с отцом будущего ребенка у его родителей. Маленького роста. Худощавого телосложения, даже несмотря на беременность. В палате лежала лицом к стене. Пройти тестирование согласилась, хотя предложение восприняла настороженно. В ходе беседы выявлена склонность к фантазированию, отрыв от реальности. Подчеркнула, что ребенок желанный и запланированный в 9-м классе от любимого человека, с которым они живут вместе. Однако эти отношения не воспринимают всерьез родители мужа, особенно свекровь, с которой нет взаимопонимания. В дальнейшем С. отметила, что согласилась лечь в отделение патологии беременности, чтобы избежать конфликтов дома. Учебой не заинтересована. Тревожится о своем здоровье, напряженная ситуация дома ее гнетет. О будущем говорит неопределенно. В ходе тестирования были выявлены чувствительно-шизоидные черты, уход от реальности. Подобный клинический случай требует дифференциально-клинической настороженности, выявленные особенности могут свидетельствовать о более серьезной патологии.

■ **Демонстративный тип** акцентуации отмечен у 9 беременных (6%). Это личности, главной чертой которых является эгоцентризм, желание быть в центре внимания как объект восхищения, почитания, а также сочувствия. Демонстративное поведение проявляется во внешности (яркие или экстравагантные наряды, прически, макияж), жестах, эпатажных поступках. Демонстративные личности не живут, а играют роль. И все их поведение направлено на привлечение внимания к своей особе.

Беременность у женщин такого типа – повод привлечь внимание к себе. Едва узнав о своем положении, женщина сразу об этом заявляет и требует от всех окружающих особого внимания. Беременность становится средством манипулирования окружающими. Декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, недомогания агравируются, трудности преувеличиваются.

Особенно опасен для таких пациенток период после рождения ребенка, когда фокус внимания окружающих смещается на новорожденного, а женщина должна выполнять ежедневную монотонную работу по уходу. Это очень сложно для описываемого типа личности, и при недостаточной поддержке близких возможно появление конверсион-

ной симптоматики. Поскольку демонстративные личности часто поверхностны и эгоцентричны, роженицы именно такого склада могут отказываться от ребенка.

...К., 21 год. Поступила в роддом на роды. В женской консультации не наблюдалась. Сразу после рождения ребенка сказала медицинскому персоналу о намерении отказаться от малыша. Находилась в общей палате отдельно от ребенка. Кроме К., здесь было еще четыре женщины с детьми. Лежала неподвижно, повернувшись лицом к стене. Обстановка в палате свидетельствовала, что окружающие осуждают ее поступок и на К. осуществляется моральное давление. На беседу вышла по направлению психолога, но ограничилась лишь формальным заполнением анкеты. Внешность яркая: пышные, уложенные в прическу волосы, перманентный макияж, яркий халат. К. проявила общительность, однако в ее словах чувствовались демонстративность и фальшь, стремление произвести благоприятное впечатление. Она всех уверяла, что заберет ребенка потом, однако не только не посещала его, но даже не интересовалась его состоянием. Необходимость оставить ребенка мотивировала строгостью родителей и желанием получить образование. При попытке найти родителей выяснилось, что она приехала из другого города.

По словам К., беременности она не замечала и не испытывала дискомфорта в то время, однако воспоминания у нее негативные. В течение всего разговора К. улыбалась, что не отвечает сложившейся ситуации. При этом жаловалась на боли в сердце и периодическую нехватку воздуха (при волнении). В ходе дальнейшей беседы и тестирования у К. было обнаружено снижение общего эмоционального фона. Однако такая картина сформировалась, скорее всего, из-за общего эмоционального давления на К. Отказавшись от новорожденного, она создала стрессовую ситуацию не только для себя, но и для соседок по палате.

Материнский инстинкт является одним из самых сильных, и отказаться от собственного ребенка могут личности крайне деформированные, заикленные на себе, эмоционально безразличные. Личностям демонстративного склада свойственно примерять на себя разные роли. Это необходимо им, чтобы «вписать» в социаль-

но приемлемые рамки свою внутреннюю пустоту и эгоцентризм. В данном случае К. играла роль «тени» – она старалась быть доброжелательной и незаметной, чтобы формально отбыть время, необходимое для восстановления после родов. Как только появилась возможность уйти, К. покинула роддом.

Выводы

Во время исследования выявлены наиболее распространенные типы акцентуаций характера среди женщин с патологией беременности: гипертимный, возбудимый, дистимный, застревающий и демонстративный. Изучение и понимание сути характерологических черт женщин индивидуализирует психологическую помощь беременным. Происходит это за счет того, что у психолога роддома появляется возможность при налаживании психотерапевтического контакта с пациентками (и во время индивидуального консультирования, и на групповых занятиях) как бы подстраиваться под характерологические особенности каждой женщины.

Акушерам-гинекологам (и особенно – в случаях патологии) приходится сталкиваться с проблемами, которые выходят за границы их профессиональной компетенции, однако оказывают непосредственное влияние на течение и исход беременности. Каждую женщину отличают не только соматическое состояние, но и особый склад личности (а в некоторых случаях – определенное психическое расстройство) и социальное положение. В силу перечисленных причин переживания пациенток во время беременности всегда очень индивидуальны, и акушерам-гинекологам необходимо учитывать эти особенности.

Развитие современной медицины и психологии указывает на то, что многие задачи решаются более эффективно, если используются одновременно знания и опыт врачей разной специализации. Достаточный уровень подготовленности медиков, умение распознавать и дифференцировать особенности акцентуаций характера, а также невротические и аффективные расстройства, позволят вовремя привлечь врачей соответствующего профиля для лечения патологий беременности. Последующее совместное со специалистами психологической службы ведение таких пациенток значительно увеличит эффективность родовспоможения.

Литература

1. Молохов А. Н. Очерки гинекологической психиатрии / А. Н. Молохов. – Кишинев, 1962. – 137 с.
2. Перинатальная психология и психиатрия. В 2 т. / под ред. Н. Н. Володина, П. И. Сидорова. – М. : Академия, 2009. – 304 с.
3. Филипова Г. Г. Психология материнства / Г. Г. Филипова. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2010. – 234 с.
4. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. – СПб., 2001. – 320 с.
5. Простомолотов В. Ф. Пограничные психические расстройства у женщин / В. Ф. Простомолотов // Пограничная психиатрия : учебное пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – Одесса : ВМВ, 2016. – 456 с.
6. Спивак Л. И. Нервно-психические расстройства при беременности и в родах / Л. И. Спивак, И. Ю. Щеглова, Д. Л. Спивак. – СПб., 1998. – 56 с.
7. Lederman R. Psychosocial adaptation to pregnancy / R. Lederman, K. Weis – 3rd ed. – New York : Springer, 2011. – 324 p.
8. Волков А. Е. Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : спец. 14.00.01 / А. Е. Волков. – Ростов н/Д, 1995. – 23 с.
9. Купченко В. Е. Самосознание и эмоциональное состояние женщины в период беременности / В. Е. Купченко // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. – № 1. – С. 48–59.
10. Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor – the benefits of psychological support / N. Mamelle, M. Sequeilla, F. Munoz, [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1997. – Vol. 177, № 4. – P. 947–952.
11. Рыжков В. Д. Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 19.00.04 / В. Д. Рыжков. – СПб., 1992. – 17 с.
12. Пономарева А. Ф. Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с пограничной психической патологией / А. Ф. Пономарева, В. Ф. Простомолотов // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2004. – С. 613–616
13. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / А. С. Батуев, О. Н. Безрукова, А. Г. Кошавцев [та ін.]. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2007. – 374 с. – (Биосоциальная природа материнства и раннего детства.)
14. Простомолотов В. Ф. К вопросу о психической профилактике в акушерстве в случаях пограничной психической патологии / В. Ф. Простомолотов, А. Ф. Пономарева // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2004. – С. 629–632.
15. Филиппова Г. Г. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности / Г. Г. Филиппова, И. Н. Черткова, И. М. Сапарова, М. В. Антонов, О. А. Соколова, А. В. Рябухина, Ю. В. Пашкова, Ю. А. Николаева // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4–5. – С. 64–82.
16. Чеботарева И. С. Эмоционально-личностные особенности беременных женщин и динамика их изменений в процессе позитивной психотерапии : дис. канд. псих. наук : 19.00.01 / И. С. Чеботарева. – Казань, 2001. – 203 с.

References

1. Molokhov A. N. Ocherki ginekologicheskoy psikhiiatrii [Essays gynecological Psychiatry]. Chisinau, 1962, 137 p. (In Russ.)
2. Perinatal'naya psikhologiya i psikhiiatriya [pod red. N. N. Volodina, P. I. Sidorova] [Perinatal Psychology and Psychiatry [ed. N. N. Volodin, P. I. Sidorov]]. Moscow, Academy Publ., 2009, 304 p. (In Russ.)
3. Filippova G. G. Psikhologiya materinstva [Psychology of motherhood]. Moscow, Publishing House of the Institute of Psychotherapy, 2010, 234 p. (In Russ.)
4. Abramchenko V. V. Psikhosomaticheskoe akusherstvo [Psychosomatic obstetrics]. St. Petersburg, 2001, 320 p. (In Russ.)
5. Prostomolotov V. F. Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva u zhenshchin [Borderline mental disorders in women]. Pogranichnaya psikhiiatriya [Uchebnoe posobie] [Border Psychiatry [Tutorial]], 2nd ed., Odessa, VMV Publ., 2016, 456 p. (In Russ.)
6. Spivak L. I., Shcheglova I. Yu., Spivak D. L. Nервно-psikhicheskie rasstroystva pri beremennosti i v rodakh [Neuropsychiatric disorders during pregnancy and childbirth]. St. Petersburg, 1998, 56 p. (In Russ.)
7. Lederman R., Weis K. Psychosocial adaptation to pregnancy. 3rd ed. New York, Springer, 2011, 324 p.
8. Volkov A. E. Psikhosomaticheskije sootnosheniya pri fiziologicheskoy beremennosti i pri beremennosti, oslozhennoy pozdnim gestozom : avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk : spetsial'nost' 14.00.01 [Psychosomatic relations in physiological pregnancy and pregnancy complicated by preeclampsia later: the thesis abstract on competition of a scientific degree of candidate of psychological sciences: specialty 14.00.01]. Rostov-on-Don, 1995, 23 p. (In Russ.)
9. Kupchenko V. E. Samosoznanie i emotsional'noe sostoyanie zhenshchiny v period beremennosti [Self-awareness and emotional state of women during pregnancy]. Perinatal'naya psikhologiya i psikhologiya roditel'stva [Perinatal Psychology and Psychology of Parenthood], 2008, no. 1, pp. 48-59. (In Russ.)
10. Mamelle N., Sequeilla M., Munoz F. [et al.] Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor – the benefits of psychological support. Am. J. Obstet. Gynecol., 1997, vol. 177, no. 4, pp. 947-952.
11. Ryzhkov V. D. Kliniko-psikhologicheskije osobennosti astenicheskikh sostoyaniy u beremennykh zhenshchin, ikh psikhoterapiya i farmakoterapiya : avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk : spetsial'nost' 19.00.04 [Clinico-psychological features of asthenic conditions in pregnant women, their psychotherapy and pharmacotherapy: the thesis abstract on compe-

tition of a scientific degree of candidate of medical sciences: specialty 19.00.04]. St. Petersburg, 1992, 17 p. (In Russ.)

12. Ponomareva A. F., Prostromolotov V. F. *Techenie beremennosti, rodov i poslerodovogo perioda u zhenshin s pogranichnoy psikhicheskoy patologiyey* [The course of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with borderline mental disorders]. *Zbirnyk naukovykh prac' Asotsiatsii' akusheriv-ginekologiv Ukrainy* [Proceedings of the Association of Obstetricians and Gynecologists Ukraine]. Kyiv, Intermed Publ., 2004, pp. 613-616. (In Russ.)

13. Batuev A. S., Bezrukova O. N., Koshchavtsev A. G. [et al.] *Biosotsial'naya priroda materinstva i rannego detstva* [Biosocial nature of motherhood and childhood]. St. Petersburg, Publishing house of the St. Petersburg State University, 2007, 374 p. (In Russ.)

14. Prostromolotov V. F., Ponomareva A. F. *K voprosu o psikhicheskoy profilaktike v akusherstve v sluchayakh pogranichnoy psikhicheskoy patologii* [Prostromolotov V. F., Ponomareva A. F. *K voprosu o psikhicheskoy profilaktike v akusherstve v sluchayakh pogranichnoy psikhicheskoy patologii*]. *Zbirnyk nau-*

kovykh prac' Asotsiatsii' akusheriv-ginekologiv Ukrainy [Proceedings of the Association of Obstetricians and Gynecologists Ukraine]. Kyiv, Intermed Publ., 2004, pp. 629-632. (In Russ.)

15. Filippova G. G., Chertkova I. N., Saparova I. M., Antonov M. V., Sokolova O. A., Ryabukhina A. V., Pashkova Yu. V., Nikolaeva Yu. A. *Issledovanie psikhologicheskikh osobennostey perezhivaniya beremennosti u zhenshin s patologiyey beremennosti* [Research of psychological features of the experience of pregnancy in women with abnormal pregnancy]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa* [Practical Psychology Journal], 2003, no. 4-5, pp. 64-82. (In Russ.)

16. Chebotareva I.S. *Emotsional'no-lichnostnye osobennosti beremennykh zhenshin i dinamika ikh izmeneniy v protsesse pozitivnoy psikhoterapii : dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk : spetsial'nost' 19.00.01* [Emotionally-personal features of pregnant women and dynamics of their changes in the process of positive psychotherapy: the dissertation for the degree of candidate of psychological sciences: specialty 19.00.01]. Kazan, 2001, 203 p. (In Russ.)

ДО ПИТАННЯ ПРО ВАРИАБЕЛЬНІСТЬ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ВАГІТНОСТІ

О. В. Боднар

Інститут інноваційної та післядипломної освіти
Одеського національного університету імені І. І. Мечникова,
м. Одеса, Україна

У статті розглядаються варіанти акцентуацій характеру у жінок з патологією вагітності. До сьогодні немає єдиної думки науковців стосовно впливу вагітності на індивідуально-психологічні особливості жінки. В одних випадках вагітність і пологи можуть бути ресурсом для розвитку особистості майбутньої матері, а в інших можуть стати провокуючою обставиною у розвитку прихованих психологічних порушень, аж до розвитку гострих психічних порушень. На підставі клінічного спостереження і психологічного тестування нами було окреслено психологічні ознаки перебігу вагітності залежно від характерологічних особливостей жінок з патологією вагітності. Були виявлені найбільш розповсюджені типи акцентуації характеру у цієї категорії жінок, а саме: гіпертимний, збудливий, дістимний, педантичний і демонстративний. Наведено результати клінічних спостережень за жінками з патологією вагітності, в яких виявлена особистісна дезадаптація.

Ключові слова: вагітність, акцентуації характеру, особистісна дезадаптація.

REFERRING TO THE MATTER OF VARIABILITY OF TRAITS ACCENTUATION OF WOMEN HAVING PREGNANCY PATHOLOGIES

O. V. Bodnar

Institute of Innovative and Postgraduate Education
of Mechnikov Odessa National University, Odessa, Ukraine

This present article discusses the options of character accentuation of women with complication of pregnancy. In some cases, pregnancy and childbearing are regarded as a resource for personal development, while others may be provoking circumstance in the development of already existing hidden psychological disorders up to the development of acute mental disorders. There has not been yet found a consensus on the impact of pregnancy on the psychological status of women. According to the clinical observation and psychological testing there have been described psychological peculiarities of pregnancy depending on personality traits. There have been identified the most common variants of accentuation of personality traits of women with complication of pregnancy: hyperthymic, irritable, distimic, pedantic and demonstrative type. There have been given the results of clinical observations of women with complication of pregnancy in which the personality disadaptation.

Key words: pregnancy, trait accentuation, personal disadaptation.

Боднар Елена Владимировна – аспирантка, Інститут інноваційного і послєдипломного образования Одесского національного університета імені І. І. Мечникова, г. Одесса, Україна; e-mail: bodnar.helena.rose@gmail.com.

Боднар Олена Володимирівна – аспірантка, Інститут інноваційної та післядипломної освіти Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна; e-mail: bodnar.helena.rose@gmail.com.

Olena Bodnar – postgraduate student, Institute of Innovative and Postgraduate Education of Mechnikov Odessa National University, Odessa, Ukraine; e-mail: bodnar.helena.rose@gmail.com.