

Ocena lęku oraz analiza struktury osobowości kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym oraz porodem po terminie

Anxiety and personality structure in women at risk for premature or post-term labor

ANNA KWAŚNIEWSKA¹, JANUSZ JACEK KRACZKOWSKI¹, ELŻBIETA WARTACZ²,
JACEK ROBAK¹, MARIAN SEMCZUK¹

2.Z I Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży AM w Lublinie

2.Z I Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych AM w Lublinie

STRESZCZENIE. U 57 kobiet ciężarnych zagrożonych porodem przedwczesnym i u 36 - porodem po terminie przeprowadzono badania psychologiczne oceniając: poziom lęku (STAI Spielberga), strukturę przeżywanego lęku i niepokoju (5-czynnikowy "Arkus samopoznania" Cattella) oraz strukturę osobowości (MMPI-WISKAD). U pacjentek z obu badanych grup stwierdzono podwyższony poziom zarówno lęku sytuacyjnego, jak i trwałego. Kobiety zagrożone porodem przedwczesnym cechował wyższy poziom lęku o charakterze neurotycznym wynikający z dysharmonijnej osobowości oraz wykorzystanie bardziej prymitywnych mechanizmów obronnych. U kobiet rodzących po terminie lęk miał charakter reaktywny - cechował je większy stopień integracji osobowości i większa skuteczność opanowywania lęku.

SUMMARY. 57 pregnant patients at risk for premature delivery and 36 women threatened with post-term labor were assessed in terms of: anxiety level (using the Spielberger STAI), experienced fear and anxiety structure (the 5-factor Self-Cognition Inventory by R.S.Cattell), and personality structure (by means of WISKAD, the Polish adaptation of MMPI). In both groups of patients the state and trait anxiety levels were increased. Women at risk for premature birth were characterized by a higher level of the neurotic type anxiety resulting from their disharmonious personality. They also tended to employ more primitive defence mechanisms. In the post-term labor group the reactive type anxiety was found. These women were characterized by a more integrated personality and more effective anxiety control.

Key words: anxiety / imminent premature labor / post-term labor

Słowa kluczowe: lęk / zagrożenie porodem przedwczesnym / poród po terminie

Ciąża, a potem poród i macierzyństwo stwarzają dla każdej kobiety zupełnie nową sytuację psychologiczną. Indywidualne znaczenie tego wydarzenia zależy od bardzo wielu czynników, z których przykładowo należy wymienić wiek kobiety, jej osobistą sytuację rodzinną i zawodową, aktualne plany życiowe, poziom dojrzałości, przystosowanie emocjonalne oraz strukturę osobowości. Zagrożenie porodem przedwczesnym, jak również porodem po terminie, z psychologicznego punktu widzenia prowadzi do powstania niezwykle

silnego stresu [1,3,7]. Lęk jest tutaj emocją wyraźnie dominującą [1,5,6,13].

CEL PRACY

Przeprowadzone badania psychologiczne miały na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy istnieją pewne predyspozycje osobowościowe zwiększające ryzyko zagrożenia porodem przedwczesnym oraz porodem po terminie, a także wyodrębnienie takich elementów struktury osobowości i mechani-

zmów osobowości, które wpływają na ogólną integrację wewnętrzną i organizację zachowania jednostki w sytuacjach zagrożenia, jakim niewątpliwie jest możliwość wystąpienia porodu przedwczesnego lub porodu po terminie oraz odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób poziom lęku i struktura przeżywanego lęku mają wpływ na poród przedwczesny i poród po terminie.

BADANE PACJENTKI I METODY BADAŃ

Badania psychologiczne przeprowadzono w grupie 96 kobiet ciężarnych hospitalizowanych w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży AM w Lublinie. Wiek kobiet wahał się w granicach od 17 do 42 lat. Wśród badanych było 57 kobiet, u których rozpoznano poród przedwczesny zagrażający (20 pierwiastek i 37 wieloródek) oraz 36 kobiet zagrożonych porodem po terminie (12 pierwiastek i 24 wieloródki). Do badań kwalifikowano kobiety ciężarne, będące w ciąży od 23 do 36 tygodnia, u których przeprowadzone w czasie hospitalizacji badania podmiotowe, przedmiotowe i pomocnicze wykluczyły działanie somatogennych czynników etiologicznych porodów przedwczesnych.

Wielkość ciąży ustalono w oparciu o regułę Negellego i weryfikowano badaniami ultrasonograficznymi. Kryteria diagnostyczne zagrażającego porodu przedwczesnego były następujące: 3 skurcze macicy odczuwane przez ciężarną co najmniej w ciągu godziny i weryfikowane zapisem kardiograficznym w ciągu 30-60 minut, zgładzenie i rozwarcie ujścia zewnętrznego szyjki macicy - oceniane wg skali punktowej Bishopa [2].

Ciężarne z ciążą przeterminowaną kwalifikowane do badań psychologicznych były między 41 a 44 tygodniem trwania ciąży. Wiek ciąży obliczono w oparciu o regułę Negellego i badanie ultrasonograficzne.

Poziomy lęku oceniane były przy pomocy kwestionariusza STAI Spielberga. Test składa się z dwóch skal samooceny i mierzy dwa rodzaje niepokoju: jako aktualny stan lękowy

będący wyrazem subiektywnego przeżywania napięcia, któremu towarzyszy wzmożona aktywność autonomicznego układu nerwowego oraz niepokój jako względnie stała (cecha) dyspozycja do przeżywania stanów lękowych w sytuacjach zagrożenia. Strukturę przeżywanego przez pacjentki lęku i niepokoju badano na podstawie 5-czynnikowego "Arkusza samopoznania" Cattella, wg którego pewne tendencje w zachowaniu, charakterystyczne dla pięciu wymiarów osobowości korelują w dość znacznym stopniu z dużym nasileniem reakcji lękowych. Poziomy lęku oceniano przy pomocy kwestionariusza STAI Spielberga.

Analizy struktury osobowości pacjentek dokonano na podstawie wyników testu MMPI-WISKAD. Test ten składa się z 9 skal klinicznych badających takie wymiary osobowości, jak: hipochondria (Hp), depresja (D), histeria (H), psychopatia (Ps), męskość-kobiecość (Mk), paranoja (Pa), psychastenia (Pt), schizofrenia (Sc), mania (Ma). Oprócz tych skal klinicznych występują trzy skale kontrolne (L, F, K) badające mechanizmy obronne.

Przeprowadzone badania psychologiczne oceniające poziom przeżywanego lęku i jego strukturę oraz strukturę osobowości opracowano statystycznie [10] i przedstawiono graficznie.

WYNIKI

Informacje uzyskane przez ciężarne w obu badanych grupach w kwestionariuszu STAI Spielberga wskazują na podwyższone wartości lęku zarówno sytuacyjnego, jak i trwałego (cechy) (tabl. 1). Znamienne wyższe wyniki uzyskały ciężarne z zagrażającym porodem przedwczesnym niż ciężarne będące po terminie porodu. Różnice między tymi wartościami wykazywały jednak istotność statystyczną tylko w zakresie lęku trwałego (cechy) ($p < 0,05$), przy czym wartość średnia lęku trwałego (cechy) w grupie kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym była wyższa od ustalonej dla tej cechy przeciętnej wartości.

Tablica 1. Porównanie parametrów psychologicznych kobiet z grupy I - poród przedwczesny i grupy II - poród po terminie, w zakresie lęku sytuacyjnego X-1 i lęku trwałego X-2

Lęk	Poród przedwczesny		Poród po terminie		Test
	x	SD	x	SD	
X-1 (stan)	62,65	19,99	56,91	13,50	n.s.
X-2 (cecha)	70,40	11,28	55,26	17,94	p<0.05

SD - odchylenie standardowe

x - średnia arytmetyczna

p - prawdopodobieństwo

n.s. - brak istotności statystycznej

Jak wynika z przeprowadzonych badań, na poziom lęku aktualnie przeżywanego wpływa nie tylko zewnętrzna sytuacja stresowa, zagrażająca, ale w dość znacznym stopniu uzależniony jest on od wewnętrznej integracji osobowości. Pokazują to wyniki w Arkuszu Samopoznania Cattella (tab. 2).

Uzyskane wyniki wykazują, że u kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym wysoki poziom lęku ogólnego miał miejsce u 68.4% badanych, natomiast u kobiet zagrożonych porodem po terminie podwyższony poziom lęku wystąpił u 58.4% badanych (tabl. 2).

Tablica 2. Rozkład procentowy wyników oraz średnie wartości w zakresie lęku i czynników niepokoju w grupie kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym i porodem po terminie

Badane grupy	Wyniki	EN	Czynniki niepokoju				
			Q3-	C-	L+	O+	Q4+
I. poród przedwczesny (n=57)	niskie ≤ 4 sten	4,54	15,79	10,53	15,79	6,31	-
	średnie 5-6 sten	27,04	36,84	36,84	26,31	20,00	3,23
	wysokie ≥ 7 sten	68,42	47,37	52,63	57,90	73,69	96,77
II. poród po terminie (n=36)	niskie ≤ 4 sten	16,66	41,66	16,67	8,33	6,67	-
	średnie 5-6 sten	25,00	33,34	33,33	8,33	33,33	8,33
	wysokie ≥ 7 sten	58,34	25,00	50,00	83,34	60,00	91,64
I. poród przedwczesny (n=57)	x	7,42	6,00	6,47	6,39	7,89	8,79
	SD	1,46	1,37	2,34	2,55	1,56	1,36
II. poród po terminie (n=36)	x	6,83	4,67	6,08	7,83	7,67	8,25
	SD	1,95	1,95	1,56	1,85	1,87	1,66
Test	t	0,3080	0,0278	0,5585	0,2134	0,6782	0,2807
	p	n.s.	<0.05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

EN - lęk i niepokój ogólny, Q3- - integracja osobowości, C - niezrównoważenie emocjonalne, L+ - paranooidalna nieufność, O+ - poczucie winy, Q4+ - wewnętrzne napięcie psychiczne

x - średnia arytmetyczna, SD - odchylenie standardowe, t - test T-Studenta, p - prawdopodobieństwo, n.s. - nieistotne statystycznie

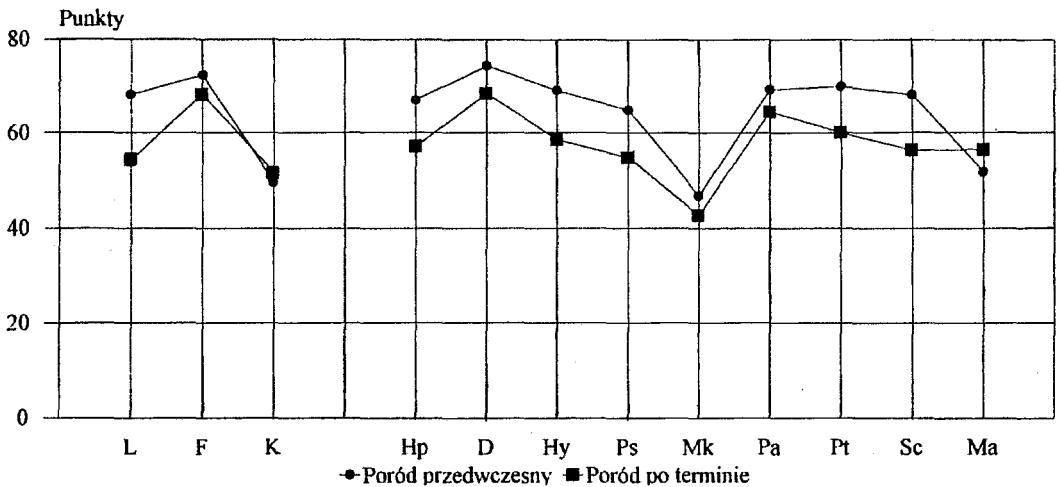
Analiza danych nie ujawniła statystycznie istotnych różnic między badanymi grupami w zakresie lęku ogólnego i w czynnikach niepokoju Cattella, oprócz czynnika Q3 - integracji osobowości. Przy czym wartości średnie lęku i pozostałych czynników niepokoju w obu badanych grupach były wyższe od przeciętnych wartości ustalonych dla poszczególnych cech. Natomiast różnica statystycznie istotna w zakresie czynnika Q3 - integracji osobowości (p), świadczy o bardziej skutecznych sposobach kontroli własnych emocji u kobiet zagrożonych porodem po terminie. Ponad 40% badanych cechuje większy stopień integracji osobowości i skuteczniejsza zdolność do opanowania swojego lęku. Należałoby przyjąć, że występujące u tych kobiet dość duże napięcie psychiczne (czynnik Q4) ma raczej charakter reaktywny w sytuacji stresowej, związane z brakiem poczucia bezpieczeństwa (wysokie wartości w czynniku L - paranoidalna nieufność u 83.3% badanych), przejawiające się w formie nieufności i agresywności skierowanej przeciwko otoczeniu, a niekiedy samoagresji. Natomiast u kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym reakcje lękowe oraz wysokie

napięcie wewnętrzne wykazują większy związek z czynnikiem O+, przejawiającym się w formie poczucia winy, niepewności siebie. Reakcje lękowe u tych kobiet mogą wystąpić nie tylko w obliczu realnego zagrożenia (obawa o losy ciąży), ale często związane są z oczekiwaniem na takie zagrożenie.

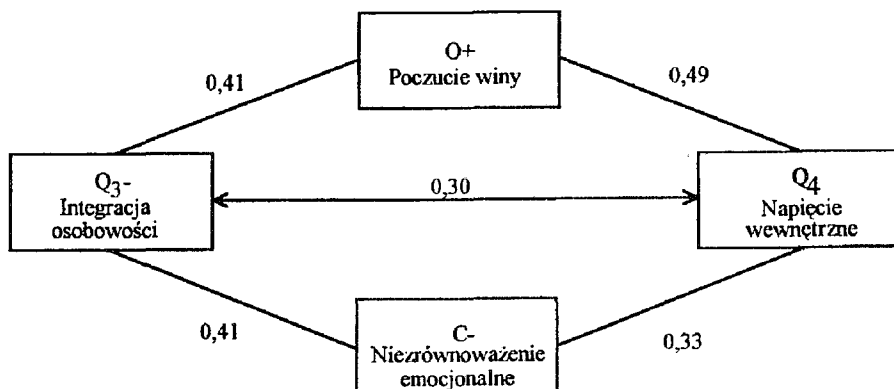
W grupie porodów przedwczesnych tylko około 16% kobiet skutecznie opanowuje swój lęk, chroniąc integrację osobowości (czynnik Q3). Najwyższe współczynniki korelacji obliczone pomiędzy czynnikami Cattella ujawniają strukturę niepokoju w obu grupach (rys. 1 i 2).

W obu badanych grupach czynnik L - paranoidalna nieufność, mający najniższe korelacje z pozostałymi czynnikami stanowi odrębny zespół cech świadczących o braku poczucia bezpieczeństwa badanych.

Współzależności występujące w grupie porodów po terminie (są to niezbyt wysokie korelacje pomiędzy czynnikami niepokoju) wskazują na podwyższony poziom lęku ogólnego raczej o charakterze reaktywnym, związanym z sytuacją stresową. Występujące u tych kobiet tendencje do wysokiego stopnia napięcia związane są z tzw. stanem frustracji,



Rysunek 1. Najwyższe współczynniki korelacji między czynnikami niepokoju Cattella w grupie porodów po terminie



Rysunek 2. Najwyższe współczynniki korelacji między czynnikami niepokoju Cattella w grupie porodów przedwczesnych

z wystąpieniem zespołu autoagresji, drażliwości.

Zależności występujące w grupie kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym nasuwają wniosek, że podstawowa struktura niepokoju ma charakter bardziej neurotyczny. Mała

integracja osobowości oraz wysokie napięcie wewnętrzne wiążą się silnie z autoagresją, przejawiającą się formą poczucia winy, niepewności siebie i utrzymującym się stanem zaburzonej równowagi emocjonalnej w wyniku mniejszej zdolności tolerancji frustracji. U

Tablica 3. Porównanie wyników w zakresie skal testu WISKAD w grupie kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym i w grupie kobiet zagrożonych porodem po terminie

Badane grupy		Skale testu WISKAD											
		L	F	K	Hp	D	Hy	Ps	Mk	Pa	Pt	Sc	Ma
I. poród przedwczesny (n=57)	X	68,26	74,42	49,58	67,11	74,42	69,16	64,84	46,68	69,32	70,00	68,21	51,67
	SD	9,57	15,1	3,37	14,10	10,10	14,97	12,74	7,49	11,58	11,57	14,53	10,00
II. poród po terminie	X	54,33	68,25	51,53	57,08	68,50	58,50	54,75	42,67	64,50	60,00	56,33	56,47
	SD	7,20	7,16	6,66	6,60	8,87	7,97	6,97	7,75	8,60	13,18	8,11	9,61
Test	t	0,099	0,300	0,160	0,004	0,072	0,004	0,011	0,113	0,147	0,025	0,006	0,163
	p	>0.1	n.s.	n.s.	0,005	n.s.	0,005	0,05	n.s.	n.s.	0,05	0,01	n.s.

Skale kliniczne: Hp - hipochondria, D - depresja, Hy - histeria, Ps - psychopatia, Mk - męskość-kobiecość, Pa - paranoja, Pt - psychastenia, Sc - schizofrenia, Ma - mania

Skale kontrolne: L, F, K - badające mechanizmy obronne

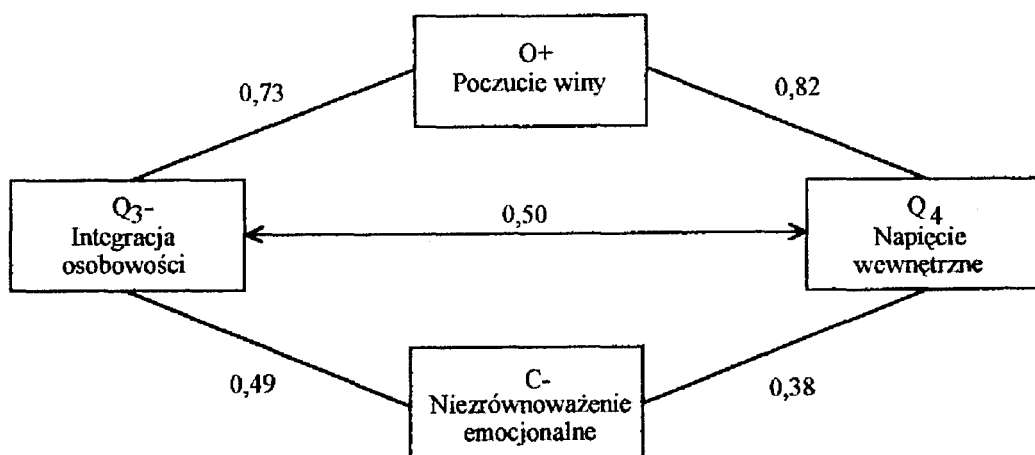
SD - odchylenie standardowe, x - średnia arytmetyczna, p - prawdopodobieństwo, n.s. - brak istotności statystycznej, t - test t-Studenta

podłoża tych zachowań leżą niedojrzałe mechanizmy obronne przed lękiem.

Wyniki testu MMPI-WISKAD [15] dostarczyły nam informacji dotyczących struktury i poziomu cech osobowości oraz siły mechanizmów obronnych badanych kobiet (tabl. 3 i rys. 3). Analiza porównawcza między badanymi grupami wskazuje, że profil osobowości, jaki uzyskały kobiety zagrożone porodem przedwczesnym, jest zbliżony swym kształtem do profilu neurotycznego, a różnym od profilu jaki uzyskały kobiety z ciążą przeterminowaną. Różnice statystycznie istotne dotyczą nasilenia cech neurotycznych (Hp, D, Hy) (dla Hp i Hy $p < 0,005$) oraz reakcji lękowych (Pt, Sc) (dla Pt $p < 0,01$, dla Sc $p < 0,01$).

W grupie kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym występują wyższe wartości w zakresie tzw. triady neurotycznej z dominującymi cechami hipochondrii, obniżonego nastroju oraz hysterii. Nie jest to jednak wcale jednoznaczne z osobowością histeryczną ani z konwersją. Wyniki bowiem mieszczą się poniżej patologii. Nie jest to grupa zupełnie jednorodna pod względem badanych parametrów psychologicznych. Wyniki w poszczególnych

skalach są zróżnicowane u różnych osób, o czym świadczy rozszew wyników i wysokie wartości odchyłeń standardowych. Obraz psychologiczny różni się stopniem nasilenia poszczególnych syndromów, a nie konstelacją cech. Brak istotnych różnic w skali D i Pa, przy podwyższonych wynikach przemawia za tym, że w obu grupach obniżony nastrój związany jest z poczuciem niepewności i zagrożenia. Towarzyszy temu zaniepokojenie własnym stanem zdrowia. Kobiety zagrożone porodem przedwczesnym cechuje większe obniżenie nastroju, wynikające z istnienia silniejszych tendencji do reagowania lękiem i niepokojem w sytuacjach zagrożenia, występowania poczucia izolacji emocjonalnej, niezrozumienia, osamotnienia (podwyższona skala Pt i Sc - istotne statystycznie na poziomie dla Pt $p < 0,05$; dla Sc $p < 0,01$). To silniejsze poczucie alienacji związane jest z występowaniem konfliktów wewnętrznych, sytuacji urazowych, o czym świadczą podwyższone wyniki w skali Pa na poziomie istotności $p < 0,05$ oraz rodzaj uruchamianych mechanizmów obronnych (skale L, K, F) w sytuacjach stresowych. Istotnie wyższe wyniki w skali L na



Rysunek 3. Porównanie profili osobowości testu WISKAD kobiet ciężarnych zagrożonych porodem przedwczesnym i porodem po terminie

poziomie $p < 0.01$ w grupie porodów przedwczesnych sugerują, że badane pacjentki stosują bardziej prymitywne mechanizmy obronne, przy obniżaniu się również trwałych mechanizmów obronnych (niskie wartości w skali K). Częściej występują cechy osobowości dysharmonijnej. Cechuje je mniejsza zdolność przystosowania, mniejsza tolerancja na sytuacje stresowe. Ujawnia się w tej grupie naiwny mechanizm kompensacji swoich istotnych problemów osobowościowych z tendencją do wyolbrzymiania własnych konfliktów i uzyskania aprobaty otoczenia. Takie tendencje sugeruje także dodatni wskaźnik Gougha ($F-k=+8$). Natomiast u kobiet rodzących po przewidywanym terminie porodu spotykamy się z podwyższoną "triadą neurotyczną" w stosunku do całego profilu, charakteryzującą się jednak poziomem w granicach normy oraz tendencją do ukrywania własnych niepowodzeń i konfliktów osobowościowych (ujemny wskaźnik Gougha $F-k=-3$), nieakceptowaniem sytuacji stresowych oraz swojego stanu somatycznego.

OMÓWIENIE

Pierwsze badania z zakresu medycyny psychosomatycznej pojawiły się ponad pół wieku temu, kiedy to Dunbar [6] w 1944 r. napisała, że:

"fizjologia matki jest zmieniona, gdy znajduje się ona w stanie emocjonalnego napięcia, a skutek tych zmian przenoszony jest do płodu przez krążenie łożyskowe i innymi drogami".

Squier i Dunbar [17] w 1946 r., opierając się na przekonaniu, że czynniki emocjonalne odgrywają istotną rolę w niekorzystnym zakończeniu ciąży, przedstawili sposób postępowania w klinicznych przypadkach wcześniactwa i innych powikłaniach łożyskowych. W następnych latach ukazały się doniesienia, w których autorzy sugerowali, że stres psychologiczny może wyzwać poród przedwczesny [1,7,9,11]. Próbę weryfikacji psychosocjalnych czynników stresowych podjął w 1961 r. Rose [16]. Davids i De Vault [7] przeprowa-

dzili prospektywne badania psychologiczne u 50 kobiet ciężarnych w trzecim trymestrze ciąży i wykazali, że kobiety u których wystąpiły powikłania w czasie porodu cechowały się zdecydowanie wyższym poziomem lęku podczas ciąży. Gorsuch i Key [9] w 1974 r. wykazali, że lęk w pierwszym trymestrze ciąży i stresy życiowe w drugim i trzecim trymestrze związane były z powikłaniami ciążowymi wliczając w to wcześniactwo. Badacze ci stwierdzili również, że lęk wpływa szczególnie niekorzystnie na przebieg ciąży jeśli pojawia się w jej początkowych miesiącach. W polskim piśmiennictwie psychologicznymi uwarunkowaniami powikłań łożyskowych zajmowało się kilku autorów [1,4,5,8,13]. W świetle cytowanych prac, stosunkowo najlepiej udokumentowany okazał się negatywny wpływ wysokiego poziomu lęku na przebieg i zakończenie ciąży, co potwierdziły również nasze badania. Newton i wsp. [14] w 1979 r. wykazali związek między stresem psychologicznym i porodem przedwczesnym.

Analiza struktury lęku wykazała, że u kobiet charakteryzujących się wyższymi wartościami lęku trwałego (cechy) istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia porodu przedwczesnego [5,8]. Potwierdzają to także nasze badania.

Z literatury [3,12,17] wiadomo, że wzrost napięcia emocjonalnego i podwyższony lęk o losy ciąży są sytuacjami psychologicznymi, które mogą stanowić przyczynę wyzwolenia przedwczesnej czynności skurczowej oraz porodu przedwczesnego, mimo podjętego leczenia. W miarę przedłużania się sytuacji stresowej i zagrożenia porodem przedwczesnym dochodzi do kumulacji lęku [3,5,17,18] i najprawdopodobniej do pobudzenia osi: podwzgórze-przysadka-nadnercza i adrenergicznego układu nerwowego [4,5]. Zwiększone uwalnianie amin katecholowych do układu krążenia i zwiększona aktywność beta-hydroksylazy dopaminy w osoczu krwi [5] może zwiększyć kurczliwość macicy przyczyniając się do wyzwolenia przedwczesnej czynności skurczowej [1,5,7,9].

Długotrwałe napięcie emocjonalne z tendencjami do reagowania lękiem i niepokojem u kobiet z ciążą zagrożoną porodem przedwczesnym lub porodem po terminie może być uwarunkowane nie tylko dysharmonijną osobowością, ale też innymi psychicznymi czynnikami stresorodnymi o charakterze reaktywnym, wynikającymi z sytuacji urazowo-konfliktowych przeżywanym przez pacjentki [16,17,18].

Te wszystkie negatywne doświadczenia powodują uruchomienie mechanizmu błędnego koła wzajemnych negatywnych oddziaływań na drodze psychosomatycznej i somatopsychicznej.

W piśmiennictwie zarówno polskim jak i zagranicznym psychologicznymi uwarunkowaniami powikłań zajmowało się wielu autorów [1,4,5,11,17]. Motyka [13] w 1982 roku, w dokonanej przeglądnie aktualnego stanu badań nad wpływem czynników psychogennych na przebieg ciąży i porodu wyodrębnił trzy główne kierunki badań, a mianowicie: badanie nad położniczym znaczeniem stanu emocjonalnego kobiety ciężarnej, jej osobowości oraz działających w tym okresie na nią sytuacji stresowych. Najlepiej udokumentowany okazał się negatywny wpływ wysokiego poziomu lęku na przebieg i zakończenie ciąży, najslabiej zaś wpływ osobowości pacjentek na występowanie różnych powikłań położniczych. Wnikliwa analiza osobowości pacjentek zagrożonych porodem przedwczesnym oraz porodem po terminie przeprowadzona przez Herona [11] i innych autorów [6,7,8,14] wykazała, że powikłania te mogą stanowić nieświadomą obronę przed macierzyństwem. Głęboko ukryte przyczyny tej obrony mogą być różnorodne, często wiążą się jednak z konfliktowo przeżywaną sferą seksualną i brakiem pełnej identyfikacji z rolą kobietą i macierzyńską [9,14,16]. Obserwowany w badaniach własnych profil neurotyczny cechujący grupę analizowanych kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym, potwierdzają również inni badacze [3,5,8,12,14]. Akcentują oni również znaczenie długotrwałego napięcia emo-

jonalnego, które wynika najczęściej z wadliwie rozwijającej się osobowości, przy współistnieniu konfliktów pożycia małżeńskiego i negatywnych doświadczeń poprzednich nieudanych ciąż [9,15,16].

W naszych badaniach obserwowaliśmy częściej w tej grupie cechy osobowości dysharmonijnej, mniejszą zdolność przystosowawczą, mniejszą tolerancję na sytuacje stresowe i tendencje do wyolbrzymiania własnych konfliktów. Podobne obserwacje poczynili również inni badacze [7,9,11]. Natomiast u kobiet rodzących po przewidywanym terminie porodu obserwowaliśmy tendencje do ukrywania własnych niepowodzeń, konfliktów osobowościowych, nieakceptowania sytuacji stresowych oraz swojego stanu somatycznego.

Wiadomo, że struktura osobowości, a zwłaszcza jej wewnętrzna integracja oraz rodzaj uruchamianych mechanizmów obronnych warunkują poziom funkcjonowania jednostki i skuteczność radzenia sobie w sytuacjach zagrożających [12,13,14]. To struktura osobowości wyznacza pewne stałe wzorce zachowania emocjonalnego warunkujące poziom przystosowania się w sytuacjach stresowych [16]. Cechy osobowości dysharmonijnej z tendencjami do reagowania silnym napięciem emocjonalnym i lękiem na zagrożenie, jakim jest ryzyko porodu przedwczesnego oraz obawa o losy płodu zmniejszają odporność psychiczną kobiety ciężarnej. Przyjmując założenie, że człowiek jest jednością psychosomatyczną o ograniczonej odporności na czynniki obciążające [15] należy podkreślić, że silne napięcie emocjonalne i lęk przy osobowości dysharmonijnej ze skłonnością do zachowań neurotycznych może zwiększyć ryzyko porodu przedwczesnego.

WNIOSKI

1. Sytuację psychologiczną pacjentek z ciążą zagrożoną porodem przedwczesnym i porodem po terminie należy rozpatrywać w ka-

- tegoriach złożonego stresu psychologicznego.
2. Ciężarne z obu badanych grup charakteryzują podwyższony poziom lęku sytuacyjnego, jak i trwałego (cechy).
 3. Poziom nasilenia lęku charakterologicznego wynikający z dysharmonijnej osobowości w istotny sposób zwiększa prawdopodobieństwo porodu przedwczesnego.
 4. Kobiety rodzące po terminie cechuje istotnie większy stopień integracji osobowości i skuteczniej opanowują one swój lęk o charakterze sytuacyjnym, co zwiększa ich zdolność przystosowania w sytuacjach stresowych.
 5. W osobowości kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym dominują cechy neurotyczne, nastrój depresyjny, nadmierne zainteresowanie swoim ciałem i dolegliwościami.
 6. Kobiety te stosują prymitywne mechanizmy obronne z tendencjami do wyolbrzymiania własnych konfliktów osobowościowych, co wpływa na mniejszą zdolność przystosowania się i obniżoną tolerancję na sytuacje stresowe.
 7. W zachowaniu kobiet rodzących po terminie występują tendencje do ukrywania własnych niepowodzeń i konfliktów osobowościowych.
3. Cattell R.B.: The nature and genesis of mood states. A theoretical model with experimental measurements concerning anxiety depression, arousal and the mood states. W: Spielberger Ch.D. (red.): Anxiety current trends in theory and research. Academic Press, New York 1972, 1.
 4. Cekański A.: Medycyna perinatalna. Tom II. PZWL, Warszawa 1986, 73.
 5. Czajka R.: Rola niektórych psychogennych czynników stresorodnych i amin katecholowych w etiopatogenezie porodu przedwczesnego. Rozprawa habilitacyjna. AM, Lublin 1989.
 6. Dunbar F.: Effect of the mothers emotional attitude on the infant. Psychosom. Med. 1944, 6, 156.
 7. Davida A., De Vault S.: Maternal anxiety during pregnancy and childbirth abnormalities. Psychosom. Med. 1962, 24, 464.
 8. Golańska Z.: Postawy macierzyńskie kobiet w ciąży zagrożonej. Gin. Pol. 1988, 57, 605.
 9. Gorusch R.L., Key M.K.: Abnormalities of pregnancy as a function of anxiety and life stress. Psychosom. Med. 1974, 36, 352.
 10. Góralski A.: Metody opisu i wnioskowania statystycznego w psychologii. PWN, Warszawa 1974.
 11. Herron M.A., Katz M., Creasy R.K.: Evaluation of a preterm birth prevention program: Preliminary report. Obstet. Gynecol. 1982, 59, 452.
 12. Levi L.: Stress and distress in response to psychosocial stimuli. Pergamon Press, Oxford 1972.
 13. Motyka M.: Psychologiczne uwarunkowania powikłań położniczych. Gin. Pol. 1982, 53, 431.
 14. Newton R.W., Hunt L.P.: Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. Br. Med. J. 1984, 288, 1191.
 15. Pluzek Z.: Wartość diagnostyczna MMPI-WISKAD, KUL, Lublin 1976.
 16. Rose J.: The prevention of mothering breakdown associated with physical abnormalities of the infant. W: Caplan G. (red.): Prevention of mental disorders in children. Basic Books, New York 1961, 265.
 17. Squier R., Dunbar F.: Emotional factors in the course of pregnancy. Psychosom. Med. 1946, 8, 161.
 18. Tambyraja R.L., Ratnam S.S.: The small foetus: growth-retarded and preterm. Clin. Obstet. Gynaecol. 1982, 9, 517.

PIŚMIENNICTWO

1. Beisert M., Sęk H.: Psychologiczne problemy kobiet w ciąży specjalnej troski. Gin. Pol. 1982, 53, 721.
2. Bishop E.H.: Pelvic scoring for elective induction. Obstet. Gynecol. 1964, 24, 266.

*Adres: Dr Anna Kwaśniewska, Klinika Położnictwa i Patologii Ciągłych AM,
ul. Staszica 16, 20-081 Lublin*