

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Р.Г. Добрянская (Томск)

Аннотация. Анализируется взаимосвязь психической адаптации беременных, механизмов совладания и течения родов. Проведено сравнительное исследование копинг-поведения беременных женщин и особенностей течения родов и послеродового периода. Предлагается тест, определяющий механизмы совладания для выявления групп риска в акушерской практике.

Ключевые слова: патологические роды, психологические факторы, высокая тревожность, психоэмоциональное состояние, сократительная деятельность матки, фетоплацентарная система копинг-поведения, группа риска, дифференциальная психопрофилактическая подготовка к родам, адаптивные стратегии, партнерские роды.

Современное акушерство имеет существенное отличие от классического. В ситуации снижения рождаемости сохраняется высокий уровень смертности, поэтому особую актуальность приобретают подготовка женщин к беременности и родам, выявление групп риска [10].

В последние годы в литературе подчеркивается существенная роль психологических факторов, сегодня учитывают, что беременность – это не только физиологический процесс, но прежде всего экзистенциальная ситуация, затрагивающая все жизненные основания женщины, обуславливающая глубокие изменения самосознания, отношения к другим и к миру [5]. На этом поворотном этапе жизненного пути происходит изменение образа «я», обретение новой идентичности, перестройка личностных смыслов, ценностей, выбор способов поведения. Меняется не только внешний облик, но и ощущения, поступающие от тела, изменяется и социальная позиция женщины. Особенно сильными являются переживания первой беременности.

Установлено, что состояние фетоплацентарной системы во время беременности, сократительная деятельность матки во время родов зависят от психоэмоционального состояния женщины [8, 9 и др.].

Отечественные исследователи [1, 5 и др.] разработали систему дифференциальной психопрофилактической подготовки к родам беременных групп высокого риска (первородящие старшего возраста, страдающие воспалительными заболеваниями). Предложен диагностический комплекс, включающий следующие методики: шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина, характерологический опросник по К. Леонгарду – Г. Шмишеку, цветовой тест М. Люшера, тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга, самооценка структуры темперамента В.Н. Смирнова, шкала интеллекта из 16 ФЛО Р. Кеттела.

Рождение первого ребенка по шкале психотравмирующих воздействий относится к выраженной психологической травме. Эти сильные переживания, по мнению В.И. Брутман и М.С. Родионовой [3], могут способствовать личностному росту женщины, отказу от собственных нарциссических тенденций и переносов, инфантильных потребностей, если во время беременности сформируется симбиотическая связь с ребенком, глубокая витально-протопатическая привязанность матери и ребенка. Телесно-эмоциональный комплекс беремен-

ных чрезвычайно специфичен и, по-видимому, стимулирует появление тех или иных фантазий будущих матерей. По представлениям К.Г. Юнга, в отличие от объектных, или сознательных, представлений, все графические изображения психических процессов, которыми является рисунки, берут свое содержание непосредственно из «внутреннего», бессознательного.

Изучение восприятия беременными своего образа «я», по сюжетным линиям рисуночного теста «Автопортрет», выявило, что прогностически благоприятными для нормальных родов являются сюжетные линии рисуночного теста у 45,8% беременных [7]. По данным Г.Г. Филипповой [11], адекватное отношение к беременности выявлено у 48% женщин, выполнивших рисуночный тест «Я и мой ребенок».

Учитывая, что при исследовании готовности к материнству было обнаружено, что у половины беременных имеются характерологические особенности, нарушающие естественный ход формирования готовности быть матерью, сегодня придается значение выявлению группы риска и поискам эффективных технологий подготовки женщин к родам [3 и др.]. По данным И.В. Добрякова [6], одним из серьезных недостатков многих применяемых в настоящее время программ курсов дородовой подготовки беременных женщин является отсутствие предварительного отбора пациенток. Им предложена методика определения типа психологического компонента гестационной доминанты, позволяющая выявлять нервно-психические нарушения у беременных на ранних этапах их развития.

Связь между высокой тревожностью и патологическим течением родов выявлена в ряде исследований [8, 9 и др.]. А.И. Захаров, анализируя причины стресса женщины при беременности и его влияния на проявление эмоциональных расстройств у детей, отмечает, что стресс проявляется в виде частых волнений в начале и в конце беременности, в виде состояния неудовлетворенности, пониженного настроения, повышенной раздражительности, общего плохого самочувствия. По его мнению, хронический стресс способствует развитию серьезных осложнений беременности (угроза выкидыша, отслоение плаценты, преждевременные роды). Эти нарушения сопровождаются гипоксией плода, невропатией у ребенка.

Е.Г. Ветчанина [4] по результатам психологических тестов выявила два типа психологических реакций бе-

ременных на стресс: если при первом типе выявляется высокий уровень личностной тревожности, то при втором – «утопленный график»: женщины малообщительны, неконтактны, производят впечатление спокойных.

Стратегия преодоления трудностей необходима при столкновении с новыми требованиями, в ситуациях невозможности, когда нельзя справиться при помощи ранее усвоенных и привычных форм поведения. Большинство авторов копинг-поведение определяется как когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, используемые личностью для преодоления стрессовых ситуаций и ситуаций эмоционального напряжения [2].

Целью проведенного исследования явилось изучение особенностей психической адаптации беременных при помощи опросника копинг-поведения (Hein, 1988), сопоставление механизмов совладения с особенностями течения родов.

Исследование проводилось на базе роддома № 1 г. Томска. Обследовано 67 беременных, срок гестации 38–40 недель, возраст от 23 до 32 лет. Все женщины имели высшее образование, состояли в браке, первородящие, без соматических и гинекологических противопоказаний для нормальных родов, показатели личностной и ситуативной тревожности по тесту Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина в зоне психологического комфорта.

Наблюдение за поведением женщин в родах и в послеродовой период позволило выделить следующие группы:

1-я группа (7,2%) – женщины оценили ситуацию как легкие роды, поступили в родильное отделение с регулярными схватками, не нуждались в медикаментозном обезболивании, были активны в потужной период, ощутили катарсис рождения ребенка, не было осложнений в послеродовом периоде, у ребенка не выявлены значимые изменения.

2-я группа (14,5%) – отличается от первой тем, что в послеродовом периоде были осложнения (кровотечения, необходимость ручной ревизии).

3-я группа (21,3%) – женщины нуждались в поддержке, предварительно заключили договор на индивидуальные страховые роды, в послеродовой период отмечались астения, снижение настроения.

4-я группа (43%) – женщины оценили схватки как болезненные уже в процессе родов, вели себя беспокойно, просили медикаментозное обезбоживание, вплоть до спинномозговой анестезии, во второй период родов были мало активны, отмечалось снижение настроения в послеродовой период.

5-я группа (14%) – роды у этих женщин проводились через абдоминальный разрез (кесарево сечение) ввиду нераскрытия естественных родовых путей.

При изучении копинг-поведения выявлены статистически значимые отличия в стратегиях реагирования на стресс.

Для первой группы характерны отрицание покорности, выбор адаптивных форм в эмоциональной сфере, а

именно активное возмущение и протест по отношению к трудной ситуации и наличие уверенности в том, что есть выход из сложной ситуации. В когнитивной сфере они отрицают растерянность, при анализе ситуации сохраняют самообладание, что приводит к установке собственной ценности. Предпочитаемыми формами поведения являются обращение и сотрудничество при решении проблем, отрицают отступление и избегание.

Вторая группа отличается от первой тем, как принимают решение на когнитивном уровне: анализ ситуации ведет к диссимуляции и относительности либидосохранения апломба, видимость благополучия поддерживается игнорированием. Подавляют эмоции и на поведенческом уровне предпочитают не думать о проблеме, а отвлекаться на любимые занятия.

В третьей группе реже анализируют ситуацию, если это и происходит, то обычно заканчивается приданием смысла, причем при отрицании религиозности чаще предпочитают игнорировать ситуацию либо выбирают смирение. На поведенческом уровне отступление, оптимизм в эмоциональной сфере поддерживается механизмом подавления.

Четвертая группа отличается от предыдущей тем, что для нее характерна потребность в пассивной кооперации, в когнитивной сфере растерянность и отрицание собственной ценности.

Отрицание оптимизма, самообвинение характерно для пятой группы, установка собственной ценности осуществляется путем придания смысла.

Умение разрешать ситуации фрустрации является своеобразным мерилем адаптивности женщины, ее способности играть активную роль в освобождении себя от давления стрессовых факторов. Результаты нашего исследования показывают, что одно и то же событие – рождение желанного ребенка – воспринимается женщинами неоднозначно в зависимости от их стратегий преодоления стрессовых ситуаций, содержательной части копинг-поведения.

Прогностически благоприятным для нормальных родов является предпочтение адаптивных стратегий. Отрицание покорности, пассивной кооперации позволяет предполагать наличие способности у беременной брать ответственность за свои роды.

Предпочтение пассивной кооперации, отрицание установки собственной ценности, растерянность и отступление характерны для женщин с низкой адаптивностью, не способных взять ответственность за свои роды, нуждающихся в партнерских родах.

При появлении в содержательной части копинг-поведения самообвинения как предпочитаемой стратегии, отрицание адаптивных эмоций и религиозности увеличивает риск кесарева сечения, других осложнений в родах.

Таким образом, изучение особенностей психической адаптации беременных при помощи опросника копинг-поведения (Hein, 1988), сопоставление механизмов совладения с особенностями течения родов позволяют

выделить группы риска, дифференцированно подходить к подготовке к родам.

Тест копинг-поведения

Предложенные варианты стратегий поведения (П), мыслей (К), эмоций (Э) распределите в той последовательности, которой обычно пользуетесь. Необходимо распределить все варианты, даже отвергаемые.

П-1. Я погружаюсь в любимое дело, стараюсь забыть о своих проблемах.

П-2. Я стараюсь помочь людям и в заботах о них бываю о своих горестях.

П-3. Всячески избегаю думать о своих неприятностях.

П-4. Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т.д.).

П-5. Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление своей давней мечты.

П-6. Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой.

П-7. Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей.

П-8. Я обычно ищу людей, способных мне помочь советом.

К-1. Говорю себе: «В данный момент есть что-то важнее, чем эти трудности».

К-2. Говорю себе: «Это судьба, с этим можно смириться».

К-3. Это несущественные трудности, не все так плохо.

К-4. Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые моменты и стараюсь никому не показывать своего истинного состояния.

К-5. Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось.

К-6. Я говорю себе: «По сравнению с проблемами других людей – это пустяк».

К-7. Если что-то случилось, так угодно Богу.

К-8. Я не знаю что делать, и мне временами кажется, что мне не выпутаться из своих трудностей.

К-9. Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствую себя.

К-10. В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться с ними и более сложными.

Э-1. Я всегда глубоко возмущена несправедливостью судьбы ко мне и протестую.

Э-2. Я впадаю в отчаяние, рыдаю.

Э-3. Я подавляю эмоции в себе.

Э-4. Я всегда уверена, что есть выход из трудной ситуации.

Э-5. Я доверяю преодолению трудностей другим людям, которые готовы помочь мне.

Э-6. Я впадаю в состояние безнадежности.

Э-7. Я считаю, что я виновата и должен получить по заслугам.

Э-8. Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивной.

Литература

1. Абрамченко В.В. Современные методы подготовки беременных к родам. СПб., 1991.
2. Бохан Т.Г. Онтогенетический подход к проблеме преодоления критических ситуаций в отечественных и зарубежных исследованиях // Сиб. психол. журнал. 1999. Вып. 10. С. 40–45.
3. Брутман В.И., Родионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. 1997. № 6. С. 38.
4. Ветчанина Е.Г., Мальгина Г.Б., Залевский Г.В. Основные источники психоэмоционального стресса у беременных женщин на современном этапе // Сб. науч. тр. СибГМУ. Томск, 2002. С. 82–84.
5. Васильева О.С., Могилевская Е.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект // Психол. журнал. 2001. Т. 22, 31. С. 82–89.
6. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты: Сб. материалов конф. по перинатальной психологии. СПб., 2001. С. 39–48.
7. Добрянская Р.Г. и др. Опыт использования рисуночного теста «Автопортрет» у беременных женщин для прогнозирования течения родов // Сб. науч. тр. СибГМУ. Томск, 2002. С. 78–82.
8. Каструбин Э.М. и др. Роль эмоционального напряжения в возникновении осложнений в акушерской практике. Суздаль, 1995.
9. Карасева А.Э. и др. Психологические особенности женщин с диагнозом слабости родовых сил // Акушерство и гинекология. 2001. № 2. С. 44.
10. Серов В.Н. Проблемы перинатального акушерства // Акушерство и гинекология. 2001. № 6. С. 3.
11. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 22–36.

THE RESEARCH OF STRATEGIES OF OVERCOMING EMOTIONAL STRESS OF PRAGNANT WOMEN R.G. Dobryanskaya (Tomsk)

Summary. The correlation of peculiarities of psychic adaptation of pregnant women, mechanisms of control, and course of child-birth are studied. A comparative research of pregnant women's behavior and characteristics of course of child-birth and post-natal period is made. Some conclusions, concerning an ability to use a test to determine mechanisms of control for revealing risk groups in obstetric practice are made.

Key words: pathologic delivery (childbirth), psychological factors, high anxiety, psycho-emotional state, contractive activity of uterus, fetoplacental system, group of risk, differential psychoprophylactic preparation to childbirth, adaptive strategies.