

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Е.Г. Ветчанина (Екатеринбург)

Аннотация. Особенности психологических состояний беременных женщин в условиях психологического стресса и типы реагирования на психотравмирующие факторы при хроническом стрессе позволяют определить мишени и интенсивность психологической коррекции.

Ключевые слова: острый и хронический стресс, беременность, психологическая диагностика и коррекция, психогенные воздействия, перинатальная психология.

Проблема стрессов приобрела первостепенное значение в жизни современного человека. Особенно актуальна эта проблема в акушерстве, учитывая современные исследования в области перинатальной психологии [1, 3, 6, 7]. В связи с большой «плотностью» стрессовых ситуаций в современных условиях заслуживают особого внимания, как с научных, так и с практических позиций особенности психологических состояний беременных женщин. Уточнение критериев оценки условной «психологической нормы» беременности в зависимости от срока беременности, исследование психологических составляющих острого и хронического стресса в период гестации необходимо с позиций перинатальной охраны плода [2, 4, 5, 8–14].

Для выявления особенностей психологических состояний беременных женщин в условиях острого и хронического стресса нами исследована динамика на фоне психологической коррекции. Проведен комплексный психодиагностический скрининг 453 беременных женщин на базе городского Центра здоровья и планирования семьи и НИИ Охраны материнства и младенчества и 30 небеременных женщин репродуктивного возраста без стрессоров в первую фазу менструального цикла, для уточнения критериев оценки условной «психологической нормы» беременности.

В исследовании на первом этапе психодиагностической программы использовались скрининг-тесты (нервно-психическое напряжение Т.А. Немчина, личностная и реактивная тревожность по Ч.Д. Спилбергу – Ю.Л. Ханину, проективная методика «Несуществующее животное»). На втором этапе программы использовались методы углубленного исследования: анкетирование, клиническое интервьюирование, СМЛ (Л.Н. Собчик), Томский опросник ригидности (ТОР) Г.В. Залевского, проективная методика МЦВ по М. Люшеру [4, 5, 9–11, 13].

В результате исследования у беременных женщин Уральского региона выявлены три группы психотравмирующих факторов.

1-я группа (легкие стрессоры) – могут вызывать как острый, так и хронический психологический стресс, но при этом психологические характеристики быстро возвращаются к норме: смена жилья, смена места работы, свадьба, мелкие социально-экономические проблемы, беременность как таковая.

2-я группа (хронические стрессоры) – постоянно или длительно действующие факторы, вызывающие продолжительные по времени, часто тяжелые психологические изменения. Это или хронические социальные, или семейные психотравмирующие факторы, или агенты: нежеланная беременность, патологический страх перед предстоящими родами, постоянные семейные проблемы, профессиональные вредности на работе, экзамены, вынужденное выключение из социальной среды, ятрогенные причины.

3-я группа (экстремальные стрессоры) – быстро или длительно действующие стрессовые факторы экстремального характера, к которым организм человека, а тем более беременной женщины, практически не адаптирован, вызывающие тяжелые постстрессорные расстройства, требующие обязательной психокоррекции: психотравмирующие потери (потеря близких родственников, перинатальные потери при предыдущих беременностях в течение года до настоящей беременности, невынашивание), развод при беременности, кражи, аварии, катастрофы, нападения, пожары, сочетание нескольких факторов.

Особенности психологических реакций у беременных в состоянии условной «психологической нормы» в сравнении с небеременными женщинами. Уточнены критерии оценки условной «психологической нормы» беременности в зависимости от триместра. Общие характеристики по тестам: в 3-м триместре незначительно повышаются уровень личностной тревожности с $43,6 \pm 1,2$ (в 1-м) до $45,77 \pm 1,07$ балла и уровень ригидности как состояния из ТОР Залевского с $13 \pm 1,2$ до $13,82 \pm 0,85$ баллов. Профили СМЛ расположены в границах нормы. Достоверны различия в значениях 4-й шкалы между: неб/1тр < 0,005, неб/2тр < 0,05 и неб/3тр < 0,01. Достоверными являются различия: неб/1тр < 0,005, неб/2тр < 0,005 в значениях 8-й шкалы. Данные женщины социально менее активны, чем небеременные, более рациональны, без стремления к лидерству, с преобладанием здравого смысла. По результатам МЦВ, беременные достоверно, в 4,5 раза чаще, выбирают на первую позицию фиолетовый цвет, что указывает на сформированную доминанту беременности. По методике «Несуществующее животное» также выявлена достоверная разница в результатах тестирования: беременные в 4 раза чаще, чем небеременные, рисуют примитивные изоб-

ражения, более интровертированные, экономят свою энергию.

Особенности психологических реакций на острый стресс. Тестирование беременных женщин в состоянии острого стресса проводилось не ранее чем через 10 дней после психотравмирующих воздействий и в течение двух–трех месяцев. При анализе тестов были получены следующие результаты. По значениям теста НПН видна средняя степень выраженности нервно-психического напряжения. Личностная тревожность по Спилбергеру–Ханину высокая и равна $50,9 \pm 1,59$ баллов. Средние показатели психической ригидности по ТОР Залевского не выходят за рамки нормы, хотя внутри группы значения очень неоднородны от минимальных до максимальных. Выше нормальных значений оказалась шкала РСО – $14,33 \pm 0,83$ балла (в контрольной группе – $13,4 \pm 0,6$ балла). Разброс по шкале РСО от самых минимальных значений – 3 балла – до максимального значения – 24 балла – говорит о состоянии страха, плохом настроении, утомлении. Средние показатели почти всех шкал по СМИЛ были расположены в границах нормы, хотя показатели внутри шкал были сильно разбросаны. Повышенными по сравнению с группой условной «психологической нормы» беременностью оказались результаты шкалы F, хоть и недостаточно.

Беременные женщины в состоянии острого стресса в 17,3% случаев отказывались от тестирования по методике «Несуществующее животное» из-за тяжелого эмоционального состояния. Остальные рисунки объединяет наличие признаков агрессии в 8 раз чаще и высокий уровень тревоги или страха в 4,5 раза чаще, чем в группе условной «психологической нормы» беременности. Анализируя результаты тестирования МЦВ, можно сказать, что беременные в состоянии острого стресса реже, чем беременные из всех остальных групп, выбирают на первую позицию зеленый цвет, так как не могут больше опираться на свой жизненный опыт, и фиолетовый цвет, т.е. в состоянии острого стресса беременность отходит на второй план и доминанта беременности разрушается. Частый выбор на первую позицию (5,1%, в норме 0%) коричневого цвета говорит о физическом дискомфорте, чувстве утраты, потери чего-то очень близкого и важного. Общая тревожность, т.е. наличие «!» знаков тревоги в данной группе почти в 2 раза больше, чем в группе нормы, а высокая тревожность («!» от 6 и выше) – самая высокая среди остальных групп и равна 12,8%, что в 3 раза выше, чем в контрольной группе.

Таким образом, можно предположить, что беременные женщины в состоянии острого стресса еще не полностью осознают всю тяжесть возникших проблем или горя, находясь в состоянии шока (первая фаза теории горя), поскольку или отказываются от психологического тестирования, или представляют формально заполненные тестовые бланки, не отражающие истинной картины психологического состояния. Разброс по шкалам опросников очень велик, поэтому средние показатели в

данной группе нами не рекомендуется считать достоверными.

В стадию острого психологического стресса наиболее приемлем метод «клинического интервью» с одновременным проведением психологического консультирования для определения методов психокоррекции. Определенную помощь в психологической диагностике оказывают проективные методики: «Несуществующее животное» и метод цветowych выборов М. Люшера.

Картина психологических расстройств может быть классифицирована как острая реакция на стресс (F 43.0) в рамках МКБ-10 или посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1).

Психологические проявления реакций на хронический стресс 1-го и 2-го типа реагирования. Беременные женщины отличаются двумя типами реагирования на хронические стрессоры. При первом типе реагирования наблюдается повышение результатов по скрининг-тестам: НПН – $52,8 \pm 1,54$ балла, а в норме $43,8 \pm 0,6$, ЛТ – $54,2 \pm 1,46$ балла, а в норме $44,57 \pm 0,66$. По шкалам СМИЛ – превышение среднего уровня по сравнению с контрольной группой на 10–30 баллов. Исследования психической ригидности по ТОР Залевского показали повышенные результаты по сравнению с группой нормы, в среднем на 5–15 баллов. По проективным методикам выявляется высокий уровень астенизации, агрессии защитного характера, проявления выраженного страха, тревоги, депрессивных тенденций. Эти реакции характерны для женщин с высоким уровнем психической ригидности. Беременные этого типа охотно идут на контакт с врачом и психологом, откровенно делятся со специалистами своими проблемами, надеясь разрешить сложную ситуацию.

При втором типе реагирования на источники хронического стресса высоких показателей скрининг-тестов не наблюдается, женщины отличаются лучшей приспособляемостью к обстановке, самостоятельностью, независимостью. Второй тип реагирования в отличие от первого имеет результаты по скрининг-тестам и ТОР, близкие к условной норме беременности, а по шкалам СМИЛ – заниженные до 25–30 Т-баллов, что может говорить о вытеснении истинных причин конфликта или проблемы. Компенсируя психологический стресс, такие беременные, «уходят от проблем», что подтверждают результаты проективных тестов. Значительное количество энергии, расходуемой на компенсаторные процессы, вызывает более выраженную психическую астенизацию, чем при первом типе реагирования. Кроме того, наряду с «уходом от психологических проблем» женщины прячутся и от возникающих перинатальных проблем иногда с излишней эйфорией по поводу течения беременности, что приводит к отказу от необходимого лечения; в результате перинатальные проблемы становятся более глубокими. Беременные второго типа реакций на хронические стрессоры неконтактны, закрыты, недоверчивы, часто с высшим образованием и сложной специальностью. Их лозунг «Я сама!».

Принципы дифференцированной психокоррекции беременных в состоянии психологического стресса

<i>Беременные в состоянии острого стресса:</i>
установление психологического контакта
проведение клинического интервьюирования
техника работы с горем, экзистенциальная психотерапия
позитивная психотерапия, арт-терапия, психодрама (работа с игрушками)
индивидуальная подготовка к партнерским родам, а если во время беременности женщина потеряла мужа, присутствие на родах лечащего врача или психолога
<i>Беременные с первым типом реагирования на хронические стрессоры:</i>
анкетирование
клиническое интервьюирование
телесно-ориентированная психотерапия
арт-терапия
психодрама
индивидуальная подготовка к партнерским родам
<i>Беременные со вторым типом реагирования на хронические стрессоры:</i>
установить психологический контакт и доверительные отношения
сеансы релаксации в сочетании с музыкотерапией и элементами эриксоновского гипноза
арт-терапия
рациональная терапия
индивидуальная подготовка к партнерским родам

Таким образом, видны тенденции зависимости основных психологических реакций беременных женщин на психологический хронический стресс от факторов, служащих источником стресса, а также от уровня личностной тревожности и психической ригидности как фактора, влияющего на устойчивость беременных к психогенным воздействиям. Беременные с высоким уровнем тревожности и психической ригидности склонны «застывать» в проявлении негативных эмоций, не способны адекватно и своевременно воспринимать изменившиеся условия, хронизируя тем самым стрессовую ситуацию. Стресс, вызванный нервными нагрузками, связанными с постоянными контактами с людьми, predisposes к реакциям первого типа. Длительная работа с компьютером, совмещение работы с учебой, экзамены чаще приводят к психологическим реакциям второго типа.

В соответствии с выявленными типами реакций на хронические стрессоры, видами стресса и психологических особенностей личности беременных предложена дифференцированная программа психологической коррекции состояний беременных женщин в условиях острого или хронического стресса.

В процессе психологической диагностики была выделена основная направленность психокоррекционных мероприятий в зависимости от вида стресса.

В случае острого стресса предметом психокоррекции у беременных являются симптоматическая тревожность и особенности отношения личности к стрессорам, если у беременной была психотравмирующая потеря, то работа с горем. Применяемые методы психокоррекции: арт-терапия, позитивная, рациональная, психодрама, экзистенциальная психотерапия и как завершающий этап – индивидуальная подготовка к родам.

При хроническом стрессе предметом психокоррекции являются личностная тревожность, психическая ригидность и структура личности. Применяемые методы психокоррекции: дыхательная гимнастика, «маска релаксации», музыкотерапия, эриксоновский гипноз, арт-терапия, телесно-ориентированная терапия, психодрама, индивидуальная подготовка к родам.

После применения психокоррекционных мероприятий была выявлена положительная динамика клинических показателей: улучшение настроения, нормализация сна, аппетита, артериального давления и тонуса матки; психологических показателей: снизился уровень личностной тревожности и психической ригидности, шкалы показателей СМЛП приблизились к значениям условной «психологической нормы» беременности. Снизился процент признаков астенизации и тревоги по проективным методикам. Беременные стали контактными с врачом и окружающими.

Литература

1. Абрамченко В.В., Каплун И.Б., Талеб А.Д. Психоземональное и психосоматические расстройства как факторы риска возникновения позднего гестоза // Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Иваново, 2001. Т. 1. С. 79–82.
2. Ветчанина Е.Г., Мальгина Г.Б. Программа психологического тестирования беременных женщин при остром и хроническом психоземональном стрессе // Актуальные проблемы репродукции семьи: Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей. Екатеринбург, 1998. С. 12–65.
3. Воронкова Л.Б. Предиспозиции нервно-психических расстройств у детей, связанные с острым стрессовым воздействием на их матерей в течение беременности и родов // Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. СПб., 2001. С. 122–123.
4. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. Томск, 1993. 256 с.
5. Залевский Г.В. «Женский стресс» в современных условиях: возможности преодоления // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1999. № 1. С. 22–25.

6. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. СПб.: Ювента, 2000. 206 с.
7. Мальгина Г.Б., Ветчанина Е.Г., Пронина Т.А. Перинатальные проблемы, связанные с психоэмоциональным стрессом при беременности и их коррекция // Тезисы докладов Всероссийской конференции с международным участием «Перинатальная психология и медицина». Иваново, 2001. С. 35–38.
8. Немчин Т.А. Состояние нервно-психического напряжения. Л.: Изд-во ЛГУ, 1983. 167 с.
9. Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина. М., 2000. Т. 1. 315 с.
10. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. М.: ИПП, 1999. 168 с.
11. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Л., 1991. 136 с.
12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
13. Ханин Д.Д. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. Л.: ЛНИИФК, 1976. 18 с.
14. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. 512 с.

PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS AND CORRECTION OF STATE OF PREGNANT WOMEN IN CONDITIONS OF CRITICAL CHRONICLE PSYCHOLOGICAL STRESS

E.G. Vetchanina (Ekaterinburg)

Summary. Peculiarities of psychological states of pregnant women under conditions of critical stress, and types of reaction on psychologically traumatic factors allow to determine the subject and intensity of psychological correction.

Key words: critical and chronicle stress, pregnancy, psychological diagnostic and correction, psychogenic effect, perinatal psychology.