

*На правах рукописи*

**ВЕТЧАНИНА**

**Елена Георгиевна**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ  
ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА И ОСОБЕННОСТИ ИХ  
ПСИХОКОРРЕКЦИИ**

19.00.04 – медицинская психология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

**Томск 2003**

Работа выполнена на кафедре генетической и клинической психологии Томского государственного университета

Научный руководитель: член-корреспондент РАО,  
заслуженный деятель науки РФ,  
доктор психологических наук, профессор  
**Залевский Генрих Владиславович**

Научный консультант: кандидат медицинских наук, с.н.с.  
**Мальгина Галина Борисовна**

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, доцент **Мещерякова Эмма Ивановна**

кандидат психологических наук, с.н.с. **Стоянова Ирина Яковлевна**

Ведущая организация: Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Защита состоится 24 октября 2003 г. в 10.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.267.16 в Томском государственном университете по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36, корпус 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Томского государственного университета по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 34 а.

Автореферат разослан 23 сентября 2003 г.

Ученый секретарь диссертационного  
совета, кандидат психологических  
наук, доцент

Т.Г. Бохан



## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Актуальность исследования.**

В настоящее время резко возросло количество антропогенных катастроф и «горячих точек» в различных регионах планеты. Эти ситуации характеризуются экстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (Китаев-Смык Л.А., 1983, 1989; Бодров В.А., 1995, 2000; Тарабрина Н.В., 2001). Исключительно актуальной становится проблема воздействия психогенных факторов, каковыми по многим признакам считаются условия жизнедеятельности человека в регионе Сибири и Урала (Семке В.Я., 1991; Залевский Г.В., 1993, 1999; Мальгина Г.Б., 1992, 2002; Степанченко О.Ю., 1999 и др.). Проблема психологических стрессов стала исключительно актуальной и в акушерстве, т.к. беременные женщины очень восприимчивы к различным психологическим воздействиям (Оганесян М.Г., 1997; Додохоева М.Ф. и соавт., 1998; Брехман Г.И. и соавт., 1997, 1998, 2000, 2001; Абрамченко В.В., 2001; Коваленко Н.П., 1996, 2002; Воронкова Л.Б. 2001 и др.). Сохранение психического здоровья беременных и рожениц не менее важно, нежели оказание специализированной акушерско-гинекологической помощи (Каплун И.Б., 1990, 1995; Захаров А.И., 1998; Добряков И.В., 1997, 1998, 2000; Филиппова Г.Г. 1999, 2001; Брехман Г.И. 2000, 2002 и др.). На сегодняшний момент появилась необходимость в сравнительном анализе между исследованиями психологических состояний беременных находящихся в рамках условной «психологической нормы» беременности, острого и хронического стрессов.

Все эти обстоятельства акцентируют внимание специалистов на необходимости совершенствования психодиагностики и коррекции, а также оказания специализированной психологической поддержки беременным (Рымашевский Н.В., 1990; Кочнева М.А., 1990; Мамышева Н.Л., 1995; Мальгина Г.Б., 1996, 2001; Прохоров В.Н., 1996, 2001; Коваленко Н.П., 1998; Broitgam B., Cristian P., Rad M., 1999 и др.).

### **Цель работы:**

Выявить особенности психологических состояний беременных в условиях острого и хронического стресса и их динамики в процессе психологической коррекции.

### **Задачи:**

1. Уточнить критерии оценки условной «психологической нормы» беременных по сравнению с небеременными женщинами репродуктивного возраста.
2. Выявить основные источники острого и хронического психологического стресса у беременных женщин с помощью психологического скрининга с позиции структурно-уровневой концепции.
3. Разработать комплексную программу диагностики психологических состояний при остром и хроническом психологическом стрессе в период беременности.
4. Выявить и сравнить специфику психологических состояний беременных женщин в условиях острого и хронического стресса.
5. Разработать программу психологической коррекции состояний беременных женщин в условиях острого и хронического психологического стресса и определить ее эффективность.
6. Показать динамику психологических состояний беременных женщин на фоне психокоррекции.

### **Объект исследования:**

Психологические особенности личности беременных женщин в норме и в состоянии психологического стресса.

### **Предмет исследования:**

Динамика психологических состояний беременных в условиях острого и хронического стресса и возможности психокоррекции этих состояний.

### **Гипотеза.**

Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса различаются по уровню личностной тревожности, психической ригидности, невротизации личности, астенизации организма, эмоциональной лабильности, что определяет мишени, особенности и интенсивность психокоррекции.

### **Теоретико-методологические основания.**

В качестве теоретико-методологической основы исследования нами выбрана системная (структурно-уровневая) концепция психики (Платонов К.К., 1986; Роговин М.С., Залевский Г.В., 1988) и теория

экспериментального изучения закономерностей измененного протекания (структуры) психических процессов (Поляков Ю.Ф., 1974, 2000). Концепция динамической функциональной структуры личности (Платонов К.К., 2000) представляет собой стержневой раздел учения о личности, потому что теоретически она позволяет глубже раскрыть личность как системно-структурный феномен.

Эмоциональные и интеллектуальные компоненты личности могут иметь неодинаковое значение в развитии синдрома адаптации, прежде всего из-за возможности различного уровня развития интеллекта и эмоциональной сферы, как у разных людей, так и у одного и того же человека в экстремальных ситуациях. Экспериментальное исследование больного, согласно Ю.Ф. Полякову (2000), строится на основе индивидуально подобранного комплекса методик, изменяемых в соответствии с конкретной дифференциально-диагностической задачей, состоянием больного в момент исследования, его образованием, возрастом и т.п.

### **Методы исследования.**

В соответствии с поставленными задачами в исследовании на первом этапе психодиагностической программы использовались скрининг тесты: нервно-психическое напряжение (НПН) по Т.А. Немчину, личностная и реактивная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру - Ю.Л. Ханину, проективная методика «Несуществующее животное». На втором этапе программы использовались методы углубленного исследования: анкетирование, клиническое интервьюирование, СМИЛ (Собчик Л.Н.) - адаптированный ММРІ, Томский опросник ригидности (ТОР) Залевского Г.В., проективная методика МЦВ М. Люшера (Собчик Л.Н.).

### **Научная новизна.**

Впервые, с позиции системной (структурно-уровневой) концепции были систематизированы основные источники острого и хронического психологического стресса у беременных женщин в последнее десятилетие, определены наиболее стрессогенные профессии на современном этапе. В практике перинатальной психологии впервые проводилось комплексное исследование влияния острого и хронического стрессов на психику беременной женщины.

Впервые изучена психическая ригидность у беременных женщин в условиях «психологической нормы» и психологического стресса как фактор, влияющий на устойчивость беременных к психотравмирующим воздействиям. Были выявлены и изучены типы реакций беременных женщин на хронические психологические стрессоры. При создании дифференцированной программы психокоррекции учитывались индивидуальные психологические особенности личности беременных, их тип реагирования на источники психологического стресса и вид стресса.

### **Теоретическая значимость работы состоит в:**

- уточнении критериев оценки условной «психологической нормы» беременности;
- систематизации психогенных факторов и определении наиболее стрессогенных профессий для беременных на современном этапе;
- выявлении типов реагирования беременных женщин на хронические стрессоры;
- обосновании предмета психокоррекции состояний беременных женщин в условиях острого и хронического стресса.

### **Практическая значимость.**

Предложена комплексная программа психологической диагностики беременных женщин, состоящая из двух этапов и программа дифференцированной психологической коррекции беременных женщин, с учетом их индивидуальных особенностей и эмоционального состояния, а также в зависимости от типа реагирования на источники острого или хронического психологического стресса для внедрения в широкую практику женских консультаций и специализированных перинатальных центров.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Основными источниками хронического психологического стресса при беременности чаще всего выступают семейные проблемы, профессиональные факторы (работа на компьютере по 6-8 часов, преподавание, сочетание учебы с работой) и сочетание нескольких стрессоров. Основными источниками острого стресса у беременных являются потери близких родственников, мужа или ребенка, а также развод во время беременности или внезапные психогенные факторы, вызывающие телесные повреждения и угрозу для жизни. Последствия перенесенного стресса отражаются на всех уровнях личности беременных женщин.
2. При обследовании беременных женщин, находящихся в состоянии острого психологического стресса, для определения методов психокоррекции наиболее приемлемым методом психологической диагностики является клиническое интервьюирование с одновременным проведением психологического консультирования, проективные методики «Несуществующее животное» и МЦВ по М. Люшера.
3. На действие хронических стрессоров беременные женщины дают два типа психологического реагирования. Первый тип проявляется высоким уровнем тревожности, психической ригидности,

невротизации личности, эмоциональной лабильностью. Второй тип – выраженной астенизацией, ограничением контактов, эмоциональной неустойчивостью, отрицанием тревоги и существующих проблем.

4. При хроническом стрессе комплексная программа психологической диагностики позволяет выявить психологические особенности, внутренние конфликты беременной в состоянии длительной дезадаптации и провести более эффективную дифференцированную психологическую коррекцию, способствующую дальнейшему нормальному протеканию беременности, родов и послеродового периода.

#### **Апробация и внедрение результатов исследования.**

Результаты исследований доложены на научно-практической конференции врачей «Репродуктивное здоровье населения Екатеринбурга в последнем пятилетии XX века» (1999), на Республиканской научно-практической конференции «Здоровый новорожденный: перинатальные проблемы и прогнозирование» (Екатеринбург 2000), на Всероссийской конференции с международным участием «Перинатальная психология и медицина» (Иваново 2001), на Всероссийской конференции по перинатальной психологии и медицине (Санкт-Петербург, 2002).

Результаты исследования внедрены в практику областного перинатального центра Свердловской области на базе ГУ УНИИ ОММ, Свердловского областного центра планирования семьи и медико-генетического консультирования, городского центра планирования семьи и репродукции (г. Екатеринбург), женской консультации МУ ДГБ №11, женской консультации ГКБ № 2 (г. Екатеринбург).

#### **Объем и структура диссертации.**

Диссертация изложена на 191 странице компьютерного текста и состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, списка используемой литературы включающей 239 наименований, в том числе 189 отечественных и 50 иностранных авторов, трех приложений. Работа иллюстрирована 20 рисунками, 11 таблицами и 3 клиническими примерами.

### **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.**

**Во введении** обосновывается актуальность избранной темы диссертационного исследования, определены цель, задачи, объект, предмет, гипотеза, теоретико-методологические основания, методы исследования. Показаны теоретическая новизна и практическая значимость работы, выдвигаются положения, выносимые на защиту.

**В первой главе «Психологические состояния беременных женщин»** представлен подробный теоретический анализ отечественных и зарубежных исследований по данной проблеме. В данной главе рассматривались современные представления о психологическом стрессе (Пезешкиан Н., 1996; Мальгина Г.Б., 1997, 2001; Китаев-Смык Л.А., 1998; Залевский Г.В., 1999; Бодров В.А., 2000; Тарабрина Н.В., 2001; Selye H., 1950, 1956, 1974, 1980; Lasarus R., 1978; Salovey P., 1990; Brointgam B., Cristian P., Rad M., 1999 и др.). Особое внимание в главе было уделено острому (Мальгина Г.Б., 1996; Оганесян М.Г., 1997; Додохоева М.Ф., 1998) и хроническому психологическому стрессу в акушерстве (Сырица А.О., 1990; Брехман Г.И. 1997, 1999, 2001; Мальгина Г.Б., 1999, 2000; Абрамченко В.В., 2000). Рассматривались методы психологической диагностики и коррекции, используемые психологами и врачами в перинатальной психологии (Маринова-Михова Д.А., 1992; Вассерман Л.И. и соавт., 1997; Вараксина Г.Н., 1999; Зиатдинов Г.М., Коваленко Н.П., 2000; Аржанова О.Н. и соавт., 2001; Брагина Л.Б., 2001; Васильева О.С., Магилевская Е.В., 2001). Также рассмотрены результаты применения методов психокоррекции в акушерской практике (Мамышева Н.Л., 1996; Добряков И.В., 1997, 1998, 2000, 2001; Филиппова Г.Г., 1998; Брехман и соавт., 2001 и др.).

Установлено, что такие внешние стрессовые факторы, как смерть в семье, развод, экономические трудности в два раза чаще встречаются среди беременных с преждевременными родами, чем в норме. Подтверждается также обратная корреляция между силой стресса и продолжительностью беременности (Levin J.S., Frank R.S., 1988; Мальгина Г.Б., 1994; Додохоева М.Ф., 1998).

Можно сказать, что психологический стресс у беременных женщин имеет большое значение в прогрессировании симптомов угрозы прерывания беременности, ОПГ-гестозов и развитии акушерской и другой соматической патологии (Мальгина Г.Б., 2000; Добряков И.В., 2001). Своевременно оказанная помощь не только улучшает течение беременности и родов, но и является профилактикой гипогалактии, послеродовых невротических и психических расстройств (Добряков И.В., 2000; Абрамченко В.В., Мальгина Г.Б., 2001)

Большинство психокоррекционных методик, используемых в акушерстве в настоящее время, применяются без учета типологических особенностей беременных женщин и их психоэмоционального состояния в период дезадаптации и особенностей структуры личности. Поэтому, нам представляется обоснованным создание и использование комплексной программы диагностики психологических состояний беременных при остром или

хроническом стрессе и применение своевременной дифференцированной психологической коррекции для предотвращения развития акушерской, соматической и психической патологии во время беременности.

## Вторая глава - «Материал, методология и методы исследования».

В параграфе 1 «Характеристика изучаемых клинических групп» приведены основные социально-демографические параметры экспериментальной и контрольной выборок, которые составили беременные в количестве 453 женщин и небеременные – 30 женщин (группа сравнения).

Таблица 1 - Общие сведения о беременных женщинах основной и контрольной группы ( $M \pm m$ ,  $Q \pm q$ )

Данные	Основная группа (N=306)		Контрольная группа (N=147)	
	n	$Q \pm q$ (%)	n	$Q \pm q$ (%)
Ср.возраст женщин (лет)( $M \pm m$ )		27,6 $\pm$ 0,5		27,8 $\pm$ 0,8
Ср.возраст отца (лет) ( $M \pm m$ )		30,3 $\pm$ 1,0		30,0 $\pm$ 1,0
Регист.брак (%) ( $Q \pm q$ )	226	74,0 $\pm$ 2,5*	127	85,9 $\pm$ 2,9
Нерегист.брак (%) ( $Q \pm q$ )	41	13,4 $\pm$ 1,9	21	14,2 $\pm$ 2,9
Одинокие(%) ( $Q \pm q$ )	39	12,7 $\pm$ 1,9*	-	-
Образование высшее (%) ( $Q \pm q$ )	166	54,2 $\pm$ 2,8*	101	68,2 $\pm$ 3,8
Образование незаконч. высшее (%)	16	5,2 $\pm$ 1,3	3	2,0 $\pm$ 1,2
Среднее-спец. образование (%) ( $Q \pm q$ )	78	25,5 $\pm$ 2,5	30	20,3 $\pm$ 3,3
Среднее образование (%) $Q \pm q$	47	15,4 $\pm$ 2,1	15	10,1 $\pm$ 2,5

Примечание:\* - разница статистически достоверна ( $p < 0,05$ )

Таблица 2 - Профессиональный состав женщин сравниваемых групп ( $Q \pm q$  %)

Профессии	Основная группа (N=306)		Контрольная группа (N=147)	
	n	$Q \pm q$ (%)	n	$Q \pm q$ (%)
Домохозяйки	60	19,2 $\pm$ 2,3*	74	50 $\pm$ 4,1
Педагоги, преподаватели	41	13,4 $\pm$ 1,9*	6	4,1 $\pm$ 1,6
Проф., связанные с работой на компьютере	91	29,7 $\pm$ 2,6*	6	4,1 $\pm$ 1,6
Студентки (в том числе, совм. раб. с уч)	21	6,9 $\pm$ 1,4*	-	-
Медработники	21	6,8 $\pm$ 1,4	15	10,1 $\pm$ 2,5
Служащие	28	9,2 $\pm$ 1,7	15	10,1 $\pm$ 2,5
Ответственные работники	28	9,2 $\pm$ 1,7	9	6,1 $\pm$ 2,0
Работники торговли	8	2,6 $\pm$ 0,9	3	2,0 $\pm$ 1,2
Работники искусства	3	1,0 $\pm$ 0,6	6	4,1 $\pm$ 1,6
Юристы	8	2,6 $\pm$ 0,9	3	2,0 $\pm$ 1,2
Неквалифицированный труд	13	4,2 $\pm$ 1,2	12	8,1 $\pm$ 2,2

Примечание:\* - разница статистически достоверна ( $p < 0,05$ )

Как видно из таблиц 1,2 основными стрессогенными профессиями на современном этапе являются профессии связанные с работой на компьютере, преподаватели разных уровней, студентки и ответственные работники (директора, заместители, предприниматели).

В параграфе 2 «Методология и методы исследования психологических состояний женщин во время беременности» описана методологическая основа данного исследования. Для решения поставленных задач одного или разобренных методов мало, необходима методология, обеспечивающая комплексный подход к диагностике и коррекции психических состояний беременных. Была разработана специальная двухэтапная программа. В соответствии с этим на первом этапе были выбраны следующие методики: оценка нервно-психического напряжения по опроснику Т.А. Немчина; оценка реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру Ч.Д.- Ханину Ю.Л.; проективная методика «Несуществующее животное».

На втором этапе - в условиях специализированного приема медицинским психологом, работающим на базе амбулаторных центров для беременных групп высокого риска, перинатальных центров или отделений патологии беременности родовспомогательных учреждений, рекомендуется применять следующие психодиагностические методики с целью выяснения конкретных патопсихологических симптомов и синдромов: биографическая анкета, была разработана на базе исследований с целью выявления

психологических стрессоров (в анкету беременной вошли 12 пунктов, отражающие основные характеристики из жизни женщины); клиническое интервьюирование – для получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности женщины; Стандартизированный многофакторный Метод Исследования Личности (СМИЛ); Томский опросник ригидности (ТОР) Залевского Г.В. позволяющий определить дифференциально-диагностическое значение психической ригидности с учетом особенностей ее проявления при психологическом стрессе беременных; Метод Цветовых Выборов (МЦВ) М. Люшера.

**В третьей главе «Изучение динамики психологических состояний беременных женщин»** обсуждаются результаты экспериментальных исследований психологических особенностей беременных женщин.

В параграфе 3.1 «Основные источники психологического стресса у беременных женщин» описаны выявленные в результате исследования у беременных женщин Уральского региона три группы стрессоров. Первая группа, легкие стрессоры - могут вызывать как острый, так и хронический психологический стресс, но при этом психологические характеристики быстро возвращаются к норме. Вторая группа, хронические стрессоры – постоянно или длительно действующие факторы, вызывающие продолжительные по времени, часто тяжелые психологические изменения, несмотря на которые, женщины по экономическим или социальным причинам не могут избежать столкновения со стрессирующими факторами. Третья группа, тяжелые стрессоры – быстро или длительно действующие стрессовые факторы экстремального характера, к которым организм беременной женщины практически не адаптирован. Данные стрессоры вызывают тяжелые постстрессорные расстройства, требующие обязательной психокоррекции. Для беременных психотравмирующие факторы являются наиболее обширными и серьезными, в том числе те, которые у обычных людей не вызывают психологических изменений.

По разработанной нами программе в рамках психологического скрининга было проведено обследование беременных женщин с психологическим стрессом в различные сроки беременности, у которых выявлены следующие источники стресса (см. табл.3). При этом анализировалась как общая частота выявления стрессоров, так и присутствие тех или иных стрессоров в зависимости от вида стресса (острый или хронический). Психологические проявления декомпенсации на фоне хронического психологического стресса могут быть двух типов: первый тип - невротические реакции, с ипохондрическим, депрессивным, истерическим или тревожным фоном и второй тип – так называемые реакции «ухода» с выраженными признаками астенизации, неконтактности, закрытости, отрицании проблем.

Как видно из таблицы 3, наиболее серьезные стрессовые факторы связаны с постоянными семейными проблемами и психотравмирующими потерями – они выявлялись у 1/3 – 1/4 части беременных со стрессом. В отличие от этого, материальные проблемы в качестве основных стрессовых факторов выявлялись в небольшом проценте случаев.

В параграфе 3.2 «Обоснование условной «психологической нормы» беременности» представлены экспериментальные данные, полученные в процессе психодиагностического обследования. Исследования проводились методом сравнения двух групп. Контрольная группа составила 147 беременных женщин без влияния стрессоров. И группа сравнения, в которую вошли 30 небеременных женщин репродуктивного возраста без влияния стрессоров, в первую фазу менструального цикла, для уточнения критериев оценки условной «психологической нормы» беременности.

В результате тестирования были получены результаты обследования группы небеременных и беременных женщин в разные триместры беременности, которые находились в зоне относительного психологического комфорта.

Источники стресса, выявленные при психологическом скрининге (Q±q (%))

Источники стресса	Всего (N=306)		Острый стресс (N=52)		Хронический стресс			
	N	Q±q (%)	N	Q±q (%)	1 тип (N=159)		2 тип (N=95)	
					N	Q±q (%)	N	Q±q (%)
Профессион. стрессоры	57	18,6±2,2	9	17,3±5,2	38	24,5±3,5	19	25,7±5,1
Экзамены	32	10,5±1,7	1	1,9±1,9	20	12,9±2,7	12	16,2±4,2
Семейные проблемы	79	25,8±2,5	-	-	52	33,6±3,8	27	36,5±5,6
Выключение из соц. среды (вынужденно е)	8	2,61±0,9	-	-	5	3,2±1,4	3	4,1±2,3
Нежеланная беременность	1	0,33±0,32	-	-	1	0,65±0,6	-	-
Ятрогения	6	1,96±0,8	-	-	3	1,9±1,1	3	4,1±2,3
Материальн. проблемы	6	1,96±0,8	5	9,6±4,1	3	1,9±1,1	3	4,1±2,3
Сочетание факторов	79	25,8±2,5	15	28,8±6,3	40	25,8±3,5	28	37,8±5,6
Экстрем-ные ситуации	15	4,9±1,2	15	28,8±6,3	-	-	-	-
Социальные кризисы	11	3,6±1,1	11	21,2±5,7	-	-	-	-
Психотравми р. потери	92	30,1±2,6	16	30,8±6,4	49	31,6±3,7	27	36,5±5,6
Семейные кризисы	10	3,3±1,0	10	19,2±2,3	-	-	-	-

Примечание: общая сумма не равна 100%, поскольку у части женщин выявлялось два и более стрессора.

Анализ полученных результатов:

В эксперименте было выявлено, что показатели основных тестов условной «психологической нормы» беременности чаще находятся в пределах нормы или результаты некоторых шкал скрининг тестов и тестов для углубленного исследования личности незначительно повышены, что объясняется внутренними соматическими, гормональными и психическими изменениями, происходящими в организме беременной женщины. По значениям теста НПН по Немчину Т.А. заметна тенденция к увеличению значений НПН с возрастанием сроков беременности (от 41,96±1,1 в первом триместре до 45,38±0,86 в третьем.) Данные шкал психической ригидности ТОР Залевского Г.В. не выходят за рамки умеренной ригидности кроме шкалы «Ригидность как состояние». С увеличением срока беременности повышается уровень ригидности по этой шкале (от 13,1±1,01 во втором триместре до 13,82±0,85 в третьем). Значения шкал СМИЛ говорят о состоянии погруженности женщин в свои переживания и заботы и отходе от активных социальных контактов.

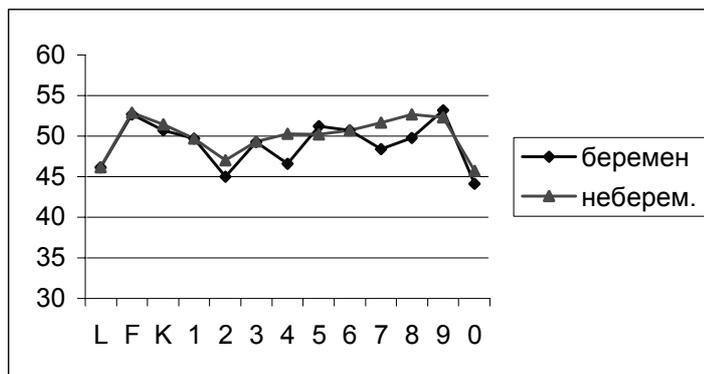


Рис. 1. Профили СМИЛ в контрольной группе и группе сравнения (в баллах).

По данным проективных методик разница в результатах тестирования более заметна. Так, беременные в МЦВ по М. Люшеру достоверно в 4,5 раза чаще выбирают на первую позицию фиолетовый цвет, который связан с затрудненной адаптацией и указывает на сформированную доминанту беременности (подтверждено работами профессора Г.И. Брехмана, 1999). По методике «Несуществующее животное» также видна достоверная разница в результатах тестирования. Беременные в 4 раза чаще, чем небеременные рисуют примитивные рисунки, более интровертированы и менее агрессивны (социально активны), экономят свою энергию.

В параграфе 3.3.1. «Психологические реакции беременных женщин в состоянии острого стресса» рассматривались результаты психодиагностики. Женщины тестировались не ранее чем через 7-10 дней после стрессогенной ситуации, в течение двух месяцев. Среди источников острого стресса потеря близких родственников, мужа или ребенка составила 50%, остальные 50% пришлось на: командировки мужа в Чечню, тюрьма, авари, кражи, нападения, пожары.

При остром психологическом стрессе, который был выявлен у 52 беременных, была установлена средняя степень выраженности нервно-психического напряжения ( $52,8 \pm 1,6$  балла). Отмечаются высокие показатели личностной тревожности ( $50,9 \pm 1,6$ ). При исследовании психической ригидности установлено, что усредненные показатели почти по всем шкалам не выходят за рамки умеренных показателей. Выше нормальных значений оказалась шкала РСО ( $14,33 \pm 0,83$  балла), что говорит о состоянии страха, плохого настроения, утомления.

Усредненные показатели по тесту СМИЛ были расположены в границах нормы, хотя показатели внутри шкал сильно разбросаны. У одних женщин показатели были достаточно высоки (до 90 баллов), у других, наоборот, очень низкие (до 24 баллов). Повышенными по сравнению с группой условной «психологической нормы» беременности оказались результаты шкал F, 6, 8, 9, хоть и недостоверно (рис.2).

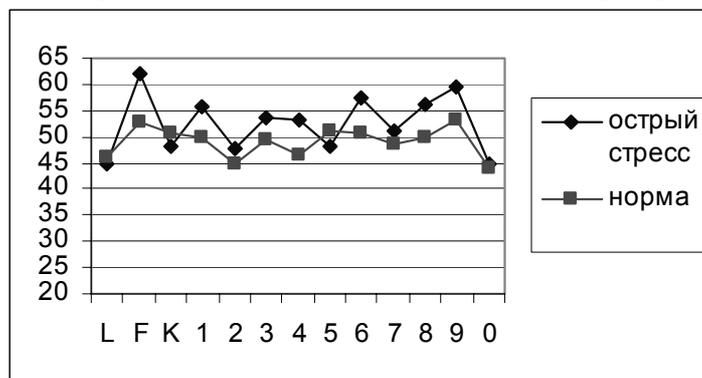
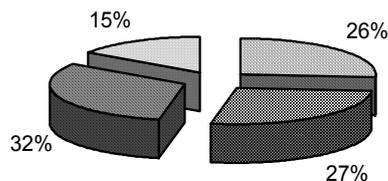


Рис. 2. Результаты по шкалам СМИЛ в контрольной группе и группе острого стресса

Можно предположить, что беременные женщины в состоянии острого стресса еще не полностью осознают всю тяжесть возникших проблем или горя, находясь в состоянии шока (1 фаза теории горя). Психологическое тестирование беременных в стадию острого стресса, по нашим данным, дает противоречивые результаты. Поэтому считаем, что наиболее приемлем метод «клинического интервью». Определенную помощь в психологической диагностике в эту стадию оказывают проективные методики: «Несуществующее животное» и Метод цветочных выборов по М. Люшеру. 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).

Параграф 3.3.2 «Психологические особенности беременных женщин первого и второго типов реагирования на хронический стресс». В целом, при проведении популяционного скрининга было установлено, что 45,95% всех беременных вынашивают беременность в условиях психологического стресса (рис. 3). Остальные (54,05%) не имеют стрессовых факторов.



Стресс 2 тип – 15,18 %

Норма компен – 26,52 %

Стресс 1 тип – 30,77 %

Норма субкомп. – 25,53 %

Рис. 3. Группы беременных, выявленные при популяционном психологическом скрининге.

Среди беременных с хроническим психологическим стрессом обращала на себя внимание неоднородность психологических реакций на однотипные стрессовые раздражители. По результатам психологического тестирования удалось четко обозначить два типа реакций беременных на хронические стрессоры. Первый тип с активным желанием избавиться от проблем и бурно реагирующим на психогению и второй тип с аутизацией, интроверсией и явной астенизацией на фоне мощных защитных реакций. Подобное реагирование, безусловно, связано с личностной структурой. И вероятность психосоматического отягощения выше при втором типе реагирования.

Отмечено, что при таких стрессовых факторах, как семейные проблемы, травмирующие потери, перинатальные потери и невынашивание беременности в анамнезе, материальные проблемы, встречаются с одинаковой частотой оба типа психологических реакций. Стресс, вызванный нервными нагрузками, связанными с постоянными контактами с людьми, предрасполагает к реакциям первого типа. Длительная работа за компьютером, совмещение работы с учебой, экзамены чаще приводят к психологическим реакциям второго типа.

У беременных с первым типом реагирования на хронический психологический стресс, который выявлялся в 62,3% (приблизительно в 2/3 случаев), отмечается повышение уровня НПН ( $52,8 \pm 1,54$  балла), в основном за счет психического и соматического разделов теста, увеличение показателя лей личностной тревожности ( $54,2 \pm 1,46$  балла). У данной группы женщин увеличены показатели по шкалам психической ригидности, что затрудняет адаптацию к хронической стрессовой ситуации. По шкалам СМИЛ (рис. 4) отмечена высокая разность F-K, что свидетельствует о стремлении подчеркнуть тяжесть своей симптоматики и жизненные трудности, вызвать сочувствие и соболезнование. Высокие показатели по 1 шкале ( $63,75 \pm 1,39$  - соматизация тревоги) позволяют констатировать у данных пациенток пессимизм, неверие в успех медицинской помощи. Наличие при этом высоких показателей по 4 шкале отражает невозможность пациентками реализовать эмоциональную напряженность в непосредственном поведении, затруднение социальной адаптации, особенно выраженное в третьем триместре ( $63,3 \pm 1,58$  балла). Накопление неотрагированных эмоций порождает ригидность аффекта (высокие показатели по 6 шкале –  $63,4 \pm 1,74$  балла), что приводит к формированию собственных трудно корригируемых установок. Фиксация тревоги (7 шкала – от  $66,9 \pm 2,72$  балла в первом триместре до  $78 \pm 2,28$  балла в третьем) увеличивается с возрастанием сроков беременности, это отражает низкую способность к вытеснению и повышенное внимание к отрицательным сигналам. Параллельно с возрастанием срока беременности у женщин с первым типом реагирования на стресс возрастают тенденции к аутизации (шкала 8 – от  $67,7 \pm 2,36$  балла в первом триместре до  $79,6 \pm 1,74$  балла в третьем), уходу от окружающей среды во внутренний мир. С этим связаны неудовлетворенность, ранимость, являющаяся источником напряженности, длительных, интенсивных отрицательных эмоций. По проективным методикам выявляется высокий уровень агрессивности защитного характера, проявления выраженного страха, тревоги

В 37,7% у беременных наблюдался другой тип реагирования (второй тип) (рис. 4). По данным скрининговых тестов уровень нервно-психического напряжения у них достоверно ниже ( $42,3 \pm 1,13$  балла), уровень личностной тревожности ниже ( $42,3 \pm 1,47$  балла), чем при «психологической норме» беременности, показатели психической ригидности чуть выше или на уровне нормы, что позволяет им достичь психологической компенсации. Им свойственно отрицание тревоги, что можно квалифицировать, как проявления психологической компенсации или чересчур «эйфоричного» отношения к проблемам. Отмечен высокий уровень идентификации со своим социальным статусом, тенденция к сохранению, несмотря на стрессовые факторы, своих постоянных установок, интересов, целей. Однако, при этом присутствуют недоверчивость, осторожность, опасения, что открытость может иметь неприятные последствия.

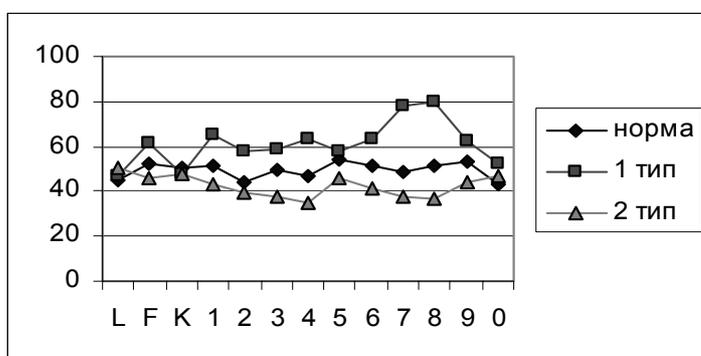


Рис. 4. Графическое изображение усредненного личностного профиля у беременных с хроническим психологическим стрессом по СМИЛ (в баллах).

При сопоставлении данных по 6 шкале СМИЛ ( $41,4 \pm 1,34$  балла) и шкала РСО по ТОР ( $12,3 \pm 1,65$  балла) просматриваются компенсаторные механизмы у лиц с гибкостью мышления, легко меняющие свои концепции.

Кроме вышеизложенного, у женщин со вторым типом реагирования на стресс, наблюдается своеобразный подход к межличностным контактам, общению: обширные связи с окружающими, но плохо организованные, наличествует эмоциональная минимальная окраска контактов, в том числе и с медицинскими работниками. 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» они отличаются также и «уходом» от возникших перинатальных проблем, иногда, излишней эйфорией по поводу течения беременности, что приводит к отказу от необходимого лечения, в результате чего перинатальные проблемы становятся более глубокими.

В целом, первый тип реагирования на хронический стресс может быть охарактеризован, как «крик о помощи», а второй тип реагирования, как своеобразная реакция «ухода от проблем», отрицания проблем, что также чревато негативными психофизиологическими последствиями.

**В четвертой главе «Принципы дифференцированной психокоррекции психологических состояний беременных женщин в условиях психологического стресса»,** в соответствии с выявленными типами реакций предложена комплексная программа психологической коррекции острого и хронического психологического стресса женщин в период беременности. Программа включает в себя дифференцированный подход к методам психокоррекции постстрессовых психологических реакций, по зволяет снять неблагоприятные последствия перенесенного стресса и родить здорового ребенка (табл.4).

Таблица 4

Программа дифференцированной психокоррекции беременных в состоянии психологического стресса.

<b>Беременные в состоянии острого стресса.</b>
1. Установление психологического контакта
2. Проведение клинического интервьюирования
3. Техника работы с горем.
4. Позитивная психотерапия
5. Тщательная подготовка к партнерским родам, а если во время беременности женщина потеряла мужа, присутствие на родах лечащего врача или психолога.
<b>Беременные с первым типом реагирования на хронические стрессоры.</b>
1. Анкетирование.
2. Клиническое интервьюирование.
3. Телесно-ориентированная психотерапия
4. Арт-терапия
5. Психодрама
6. Подготовка к партнерским родам
<b>Беременные со вторым типом реагирования на хронические стрессоры.</b>
1. Установить психологический контакт и доверительные отношения.
2. Сеансы релаксации в сочетании с музыкотерапией и элементами эриксоновского гипноза.
3. Арт-терапия
4. Рациональная терапия
5. Подготовка к партнерским родам

Данная программа представляет лишь общие положения и направления коррекционной работы с различными категориями беременных.

По данным тестирования после психокоррекции в группе острого стресса значимых изменений в результатах не выявлено, хотя положительные клинические изменения состояний психики и соматики очевидны. У беременных улучшается настроение, нормализуется сон, аппетит, понижается уровень тревожности и чувства вины, нормализуется давление и тонус матки. По результатам проективных методик заметны позитивные сдвиги. Рисунки по методике «НЖ» становятся менее агрессивными, с признаками астении, усталости. В МЦВ, по М. Люшеру беременные после сеансов психокоррекции в два раза чаще

выбирают фиолетовый цвет, на первую позицию, то есть разрушенная острым стрессом «доминанта беременности» восстанавливается.

У беременных с первым типом реагирования на хронические стрессоры по результатам тестирования до и после психокоррекции видны существенные различия. В ходе совместных акушерских и психологических методов коррекции беременные успокаиваются и хорошо поддаются лечению. После психокоррекции показатели основных тестов снижены, по сравнению с данными до психокоррекции. Хотя личностная тревожность остается повышенной, также как и шкала PCO из TOP. По данным МЦВ беременные после психокоррекции перестали выбирать черный цвет на первую позицию. По результатам методики «НЖ» можно отметить понижение признаков тревоги и агрессии защитного характера в рисунках.

Беременные со вторым типом реакций на хронические стрессоры обычно астенизированы и, как следствие, замкнуты, неконтактны. После нескольких занятий рациональной терапии беременные, как правило, соглашаются с тем, что существующие у них проблемы им самим решить будет трудно, и что помощь специалистов им не повредит. Сеансы релаксации, с упражнением «маска релаксации» позволяет женщине отдохнуть и восстановить силы. С помощью арт-терапии беременная женщина прорисовывает и осознает внутренние конфликты, разрушающие ее негативные эмоции, и тем самым освобождает необходимую психическую энергию для нормального вынашивания беременности и общения со своим еще не родившимся малышом. Изменения в показателях после сеансов психокоррекции: результаты по основным шкалам СМИЛ повышаются до уровня психологической нормы беременной. По данным МЦВ беременные реже, чем до психокоррекции, выбирают на первую позицию коричневый цвет, говорящий о наличии физического дискомфорта, т.к. женщина уже может говорить об этом словами. В рисунках методики «НЖ», появляется больше энергии, рисунки крупнее и признаков астении меньше, чем до коррекции. Из методов психокоррекции беременные данной группы хорошо поддаются лечению с помощью сеансов релаксации, телесно-ориентированной терапии с элементами дыхательной гимнастики, рациональной психотерапии. Последним этапом психокоррекции для беременных в состоянии психологического стресса является индивидуальная подготовка к партнерским родам.

Проведенное экспериментальное исследование и анализ полученных результатов позволяют сделать следующие **ВЫВОДЫ**.

1. В сравнении с небеременными женщинами достоверно точными для оценки условной «психологической нормы» состояний беременных являются следующие критерии: повышенный уровень личностной тревожности ( $45,77 \pm 1,07$  балла) по Спилбергеру Ч.Д. - Ханину Ю.Л., повышенный уровень психической ригидности по шкале PCO ( $13,82 \pm 0,85$  балла) TOP Залевского Г.В., затрудненная адаптация, эмоциональная незрелость по МЦВ М. Люшера ( $p < 0,05$ ), экономия психической энергии по тесту «Несуществующее животное».
2. Психотравмирующие ситуации (стрессоры), влияющие на состояния беременных женщин, неоднородны и различаются по степени интенсивности и длительности воздействия. Легкие стрессоры – могут вызывать как острый, так и хронический стресс, но при этом характеристики на всех уровнях личности быстро возвращаются к норме. Хронические стрессоры – постоянно или длительно действующие факторы, столкновения с которыми беременные женщины не могут избежать. Тяжелые, экстремальные стрессоры – быстро или длительно действующие факторы экстремального характера, к которым организм женщины не адаптирован, вызывающие тяжелые постстрессорные расстройства, требующие обязательной психокоррекции. Для беременных психотравмирующие факторы являются наиболее обширными и серьезными, в том числе и те, которые у небеременных женщин не вызывают психологических изменений.
3. Хронические психогенные факторы, воздействуя на индивидуальные особенности беременных, способствуют проявлению двух типов реагирования на хронические стрессоры. Первый тип характеризуется высокой тревожностью, психической ригидностью, высоким нервно-психическим напряжением, невротизацией личности, эмоциональной лабильностью. Второй тип характеризуется реакциями «ухода», что проявляется в ограничении контактов, недоверии, отказе от лечения, пониженной тревогой, психической ригидностью, астенизацией организма.
4. Разработанная комплексная программа психологической диагностики, состоящая из двух этапов, позволяет более эффективно выявить особенности психологических состояний беременных женщин в условиях острого и хронического стресса.
5. Специфика психологических состояний беременных женщин в условиях острого и хронического стресса выражается в следующих характеристиках:
  - В состоянии острого стресса у беременных отмечается высокий уровень тревожности и психической ригидности. Этот уровень выше ( $p < 0,05$ ) чем в группе условной «психологической нормы» беременности.
  - При первом типе реагирования на хронические стрессоры для беременных характерны различные невротические расстройства, высокая личностная тревожность, психическая ригидность, показатели которых достоверно выше ( $p < 0,05$ ) чем в группе нормы.

– При втором типе реагирования на хронические стрессоры у беременных выявлена выраженная астенизация организма, которая приводит к интровертированному поведению, реакциям «ухода», вытеснению причин конфликта, отрицанию проблем.

6. Вид стресса, тип реагирования на хронические стрессоры и психологические особенности беременных определяют следующие направления психокоррекционных мероприятий:

– В случае острого стресса предметом психокоррекции у беременных является личностная тревожность и особенности отношения личности к психотравмирующим факторам. Если у беременной была психотравмирующая потеря, то мишенью психокоррекции является работа с горем. Рекомендуемые методы психокоррекции: экзистенциальная психотерапия, позитивная, рациональная, арт-терапия, психодрама и как завершающий этап – индивидуальная подготовка к родам.

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

7. После применения психокоррекционных мероприятий по дифференцированной программе выявлена положительная динамика клинических показателей: улучшение настроения, нормализация сна, аппетита, артериального давления и тонуса матки; психологических показателей: снизился уровень личностной тревожности и психической ригидности ( $p < 0,05$ ), показатели по шкалам СМИЛ приблизились к уровню условной «психологической нормы» беременности. Снизился процент признаков астенизации и тревоги по проективным методикам. Беременные стали контактными с врачом и окружающими.

## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Мальгина Г.Б. Стресс и беременность: влияние на мать и плод / Мальгина Г.Б., Ветчанина Е.Г., Маслов В.П., Пронина Т.А // *Материалы международного конгресса по интегративной медицине «Синтез медицины Восток – Запад и современных технологий – путь в XXI век».* – Кипр, Баврос, 1998. – С. 89-90.
2. Ветчанина Е.Г. Программа психологического тестирования беременных женщин при остром и хроническом психоэмоциональном стрессе / Ветчанина Е.Г., Мальгина Г.Б. // *«Актуальные проблемы репродукции семьи».* Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей. – Екатеринбург, 1998. – С. 12-65.
3. Мальгина Г.Б. Влияние психоэмоционального стресса при беременности на фетоплацентарную систему и состояние плода / Мальгина Г.Б., Ветчанина Е.Г., Маслов В.П., Пронина Т.А.// *Материалы Международного симпозиума «Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века».* – Бишкек, КГМА, 1998. – С. 557-563.
4. Ветчанина Е.Г. Влияние социальных и биологических факторов на психологическое здоровье женщин во время беременности / Ветчанина Е.Г. // *Материалы научно-практической конференции врачей «Репродуктивное здоровье населения Екатеринбурга в последнем пятилетии XX века».* – Екатеринбург, 1999. – С. 24.
5. Мальгина Г.Б. Психоэмоциональный стресс в период беременности и перинатальные проблемы / Мальгина Г.Б., Ветчанина Е.Г. // *Материалы республиканской науч-практ конф. «Здоровый новорожденный: перинатальные проблемы и прогнозирование».* – Екатеринбург, 2000. – С.47-50.
6. Ветчанина Е.Г. Особенности психологических реакций беременных на психоэмоциональный стресс в различные сроки беременности / Ветчанина Е.Г., Мальгина Г.Б., Залевский Г.В.// *Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Перинатальная психология и медицина».* – Иваново, 2001. – С. 16-19.
7. Ветчанина Е.Г. Маркеры психоэмоционального стресса у беременных женщин на современном этапе / Ветчанина Е.Г., Залевский Г.В., Мальгина Г.Б. // *Материалы Всероссийской науч-практ конф. с международным участием «Роль новых перинатальных технологий в снижении репродуктивных потерь».* – Екатеринбург, 2001. –С.20-22.
8. Мальгина Г.Б. Перинатальные проблемы, связанные с психоэмоциональным стрессом при беременности и их коррекция. / Мальгина Г.Б., Ветчанина Е.Г., Пронина Т.А. // *Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Перинатальная психология и медицина».* – Иваново, 2001. – С. 35-38.
9. Ветчанина Е.Г. Значение психической ригидности при психоэмоциональном стрессе беременных / Ветчанина Е.Г., Залевский Г.В., Мальгина Г.Б. // *Материалы Всероссийской науч-практ конф. по перинатальной психологии.* – Санкт-Петербург, 2002. – С. 163-164.
10. Ветчанина Е.Г. Основные источники психоэмоционального стресса у беременных женщин на современном этапе. / Ветчанина Е.Г., Мальгина Г.Б., Залевский Г.В. // *Сборник научных трудов, посвященный 110-летию кафедры акушерства и гинекологии СГМУ.* – Томск, 2002. – С. 82-84.
11. Ветчанина Е.Г. Особенности психологических состояний беременных при остром и хроническом стрессе и возможности их коррекции на основе современных методов психологической диагностики. / Ветчанина Е.Г. // *Аспирант и соискатель.* – Москва, 2003. №2. – С. 169 - 172.

Подписано в печать 03.09.2003. Формат 60×84/16.  
Бумага ВХИ. Усл.- печ. л. 1,5. Тираж 100 экз. Заказ №

---

Отпечатано в ИПЦ «Издательство УрГУ»  
г. Екатеринбург, ул. Тургенева, 4