

15. Фромм Э. Забытый язык // Фромм Э. Душа человека. – М., 1992. – С. 179-298.
16. Ясперс К. Духовная ситуация времени: В кн. К. Ясперс. Смысл и назначение истории. – М.: Политиздат, 1991. – С. 288-418.
17. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М., Класс, 2005. – 576 с.
18. Осухова Н.Г. Человек в экстремальной ситуации: теоретические интерпретации и модели психологической помощи. – М., 2005. – С. 152-166.

В статье рассматриваются особенности применения арттерапии в предупреждении и коррекции экзистенциального кризиса личности. Сопоставляется понимание символа с позиций психодинамического подхода и экзистенциального анализа.

Ключевые слова: экзистенциальный кризис, арт-терапия, символизация, экзистенциально-априорная структура.

In the article considered peculiarities application arttherapy in prevention and correction existential crisis identity. Compare understanding symbol with psychodynamic approach and existential analysis.

Key words: Existential crisis, arttherapy, symbolization, existential-apriority structure.

УДК 159.922

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТИПІВ СТАВЛЕННЯ ДО УСКЛАДНЕНОЇ ТА ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

Кочарян О.С., Кузнєцова В.І.

Статтю присвячено проблемі дослідження емоційно складної ситуації ускладненої вагітності. Викладено результати експериментального дослідження особливостей сприймання свого стану жінками з ускладненим перебігом вагітності, виявлено достовірні розбіжності в показниках якості життя та типах ставлення до вагітності між групами жінок з ускладненим та звичайним перебігом вагітності. Показано доцільність окремого дослідження груп із різними ускладненнями вагітності.

Ключові слова: ускладнення вагітності, якість життя, тип ставлення до вагітності.

Актуальність. Вагітність для кожної жінки є дуже сильним за рівнем переживань та специфічним за комплексом відчуттів періодом у житті, вивченню якого останнім часом приділяється все більше уваги [13, 15]. Як емоційно складна ситуація, вагітність характеризується тривалим емоційним напруженням та необхідністю адаптації до нових умов [3, 12]. Крім того, в сучасному акушерстві спостерігається велика кількість випадків ускладнень вагітності, які несуть реальну загрозу життю вагітної жінки та плоду та тим самим стають додатковим стресовим фактором [9]. У той же час мати є для дитини джерелом як фізичного, так і психічного розвитку, отже, психологічні складності під час вагітності неодмінно впливають на розвиток дитини [1, 5]. У зв'язку з цим існує необхідність формування комплексного підходу при спостереганні вагітності та лікуванні ускладнень. Поряд з великою кількістю досліджень різних аспектів стану вагітності [8, 13, 14] роль психологічних факторів у ситуації ускладненої вагітності вивчена недостатньо.

Аналіз проблеми. Здоров'я вагітної жінки залежить від багатьох факторів, в тому числі і психологічних [2, 6]. Багато дослідників вважають, що вагітність – самий уразливий період для психіки жінки [8, 15]. У цей час жінка переживає значні перебудови в організмі, зміни в соціальному статусі, а так само в духовному житті та самовідчутті. Увесь період вагітності супроводжується інтенсифікацією всіх видів обмінних процесів та складною перебудовою адаптаційно-компенсаторних механізмів материнського організму. До змін відносять збільшення навантаження на різні системи організму, гормональну перебудову, виникнення нових мозкових домінант [9]. Нейрогуморальні зміни організму, які відбуваються під час вагітності, інтенсивно впливають на психоемоційний стан вагітної жінки. В психологічній літературі вагітність розглядається як життєва подія, яка приводить до трансформації особистості, її розвитку та являє собою точку розгалуження на життєвому шляху [8, 14]. Вагітність розглядають одночасно як підсумок розвитку материнської сфери та як відправний пункт подальшого розвитку жінки як особистості та матері. При цьому можуть актуалізуватися не вирішені раніше проблеми ставлень, виникає необхідність адаптації власних індивідуально-психологічних особливостей, установок, цінностей та соціальних умов життя до ситуації вагітності. Психіка жінки по-різному піддається навантаженню через необхідність адаптації залежно від бажаності та небажа-

ності вагітності [13]. Усе це формує в жінки особливі психічні стани, які, у свою чергу, визначають перебіг вагітності. У медико-психологічних дослідженнях обговорюється зв'язок психологічного стану жінки під час вагітності з успішністю виношування дитини, патологією вагітності та пологів, особливостями післяпологового періоду – як для матері, так і для дитини [2, 15]. Етіопатогенетичні фактори деяких ускладнень досі чітко не визначені, але в них, поряд із фізіологічними факторами виділяють соціальні та фактори, середовища, в тому числі шкідливі звички і стресові ситуації; чинники неясної етіології [1, 4, 9]. Стан стресу є основним серед емоційних переживань у відповідь на складну ситуацію. Стресові реакції можуть відбуватися на фізіологічному, когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях. Деякі автори вважають, що емоційний стрес є одним з важливих факторів у перинатальній патології [5] та статистично корелює з передчасними пологами [9]. У свою чергу ускладнення вагітності стають для жінки додатковим стресовим фактором, який може викликати порушення її материнської сфери та, як наслідок, призводити до ускладнень материнсько-дитячих відносин після народження дитини. Порушення фізичного здоров'я викликає порушення звичного способу задоволення вітальних та соціальних потреб, супроводжується тривалим переживанням втрати будь-якої важливої частини життя, змінами соціального статусу ситуації, може призводити до виникнення хронічного психологічного стресу. Ускладнення вагітності можуть бути пов'язані з серйозними психологічними наслідками, особливо якщо вони закінчуються загибеллю плода. Емоційно складні ситуації, які пов'язані з усвідомленням своєї смертності або зіткненням зі смертю іншого, є для людини найсильнішими та потребують використання додаткових адаптаційних ресурсів, яких може бути недостатньо для того, щоб успішно впоратися з ситуацією [3]. Переживання перинатальної втрати або неонатальної загибелі вельми специфічні та потребують особливої психологічної допомоги, а часто й психотерапії [15]. Це дозволяє говорити про необхідність психологічної допомоги жінкам, які знаходяться в емоційно складній ситуації ускладненої вагітності, а також про необхідність відповідних досліджень. Під час виникнення ситуації вітальної загрози від жінки вимагаються великі адаптаційні зусилля, виникає необхідність докорінної зміни способу життя, стає важким задоволення актуальних потреб, що призводить до зниження якості життя. Тяжка ситуація, яка несе в

собі реальну загрозу життю людини, впливає на якість життя в силу фізичних наслідків, з одного боку, та психотравмуючих впливів, з іншого. Категорія «якість життя» наближається до поняття внутрішньої картини вагітності, з якою важливо рахуватися в результаті її впливу на систему психічної адаптації.

Мета нашого дослідження – виявити особливості ставлення до свого стану в жінок з ускладненою вагітністю.

Методи дослідження. В дослідженні взяли участь 103 жінки з ускладненнями вагітності віком 18-33 роки, терміном вагітності 25-40 тижнів, які чекали на першу дитину та знаходилися на стаціонарному лікуванні у пологових будинках м. Харкова (група 1). На основі Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям, 10-го перегляду, яка прийнята 43-ю Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я [7], було сформовано підгрупи, узгоджені з терміном вагітності, віком, освітою, сімейним станом, соціальним статусом: 1.1) 22 жінки з пізніми гестозами (О10-О16 за МКБ 10); 1.2) 28 жінок із загрозою передчасних пологів (далі ЗПП); 1.3) 24 жінки з хворобами матері, які пов'язані переважно з вагітністю (О20-О29); 1.4) 26 жінок, яким надають допомогу у зв'язку зі станом плода, амніотичної порожнини та можливими труднощами пологів (О30-О48). Контрольну групу склали 28 жінок з фізіологічним перебігом вагітності відповідного віку та терміну вагітності.

Для досягнення мети були використані методики SF-36 (Health Status Survey) для оцінки якості життя [16], модифікація психологічної діагностики ставлення до хвороби (далі ТОБОЛ) [10] та семантичний диференціал для визначення конотативного значення значущих об'єктів [11]. Для статистичної обробки даних використовувались t-критерій Стьюдента, дисперсійний аналіз, критерій кутового перетворення Фішера. Статистичний аналіз даних здійснювався у комп'ютерній системі «STATISTICA 6.0»

Результати дослідження. Методика SF-36 дозволяє виявити кількісну оцінку наступних шкал: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, яке зумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, яке зумовлене емоційним станом (RE), психічне здоров'я (MH). Шкали групуються в загальні показники: перших 4 шкали – фізичний компонент здоров'я (PH), другі 4 шкали – психологічний компонент здоров'я (MH). Отримані середні показники в рамках кожної групи та підгрупи наочно подано у вигляді графіків на рис. 1 (для загаль-

ної групи жінок з ускладненнями) та 2 (для жінок, поділених на підгрупи). Відповідно у табл. 1 та 2 наведено значущість розбіжностей середніх показників якості життя між групами.

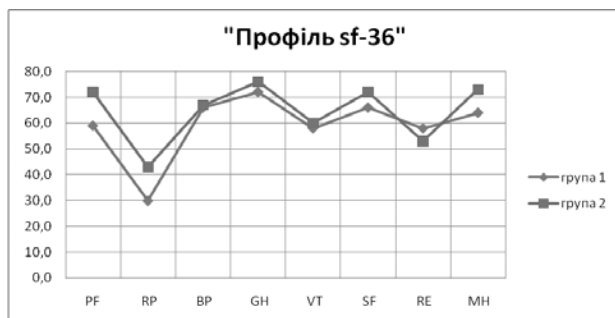


Рис. 1. Показники здоров'я в групах жінок із ускладненнями вагітності та контрольної

Таблиця 1

Значущість розбіжностей середніх показників здоров'я груп з ускладненнями та контрольної

Групи	Шкали / темп									
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PH	MH
Гр.1-2	-3,14**	-1,96	-0,19	-0,97	-0,50	-1,09	0,66	-2,38*	-2,17*	-0,69

Примітка: ** – $p \leq 0,01$, * – $p \leq 0,05$.

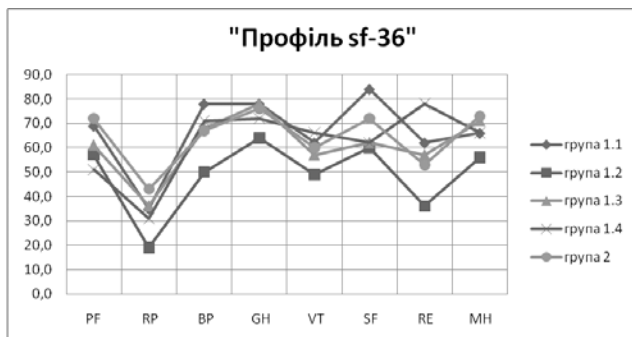


Рис. 2. Показники здоров'я у жінок із різними ускладненнями вагітності та фізіологічним перебігом

**Значущість розбіжностей середніх показників
здоров'я між групами**

Групи	Шкали / темп									
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PH	MH
Гр.1.1-2	0,57	0,39	0,08	0,62	0,68	0,04*	0,33	0,15	0,90	0,35
Гр.1.2-2	0,001*	0,004*	0,004*	0,003*	0,01*	0,004*	0,08	0*	0*	0,002*
Гр.1.3-2	0,04*	0,46	0,82	0,52	0,44	0,11	0,65	0,61	0,46	0,58
Гр.1.4-2	0*	0,15	0,5	0,33	0,14	0,09	0,008*	0,13	0,05	0,40
Гр.1.1-1.2	0,02*	0,06	0*	0,001*	0,006*	0*	0,009*	0,03*	0*	0*
Гр.1.1-1.3	0,16	0,89	0,14	0,89	0,26	0,001*	0,61	0,36	0,41	0,16
Гр.1.1-1.4	0,001*	0,62	0,27	0,17	0,33	0*	0,12	1,00	0,05*	0,90
Гр.1.2-1.3	0,39	0,04*	0,003*	0,001*	0,09	0,7	0,03*	0,002*	0,001*	0,01*
Гр.1.2-1.4	0,26	0,16	0,001*	0,05	0*	0,77	0*	0,02*	0,04*	0*
Гр.1.3-1.4	0,05	0,52	0,67	0,12	0,03*	0,92	0,03*	0,34	0,24	0,18

Примітка: * – $p \leq 0,05$.

Як видно з рис. 1, усі середні показники здоров'я у вагітних жінок досить високі, крім рольового функціонування, яке зумовлене фізичним станом. Це означає обмеження повсякденної рольової діяльності (робота, виконання повсякденних обов'язків) фізичним станом вагітної жінки. Було виявлено статистично значущі розбіжності між загальною групою жінок з ускладненнями вагітності та контрольною групою за показниками PF, MH та загальним показником PH. Жінки з ускладненнями вагітності більше відчують обмеження через свій фізичний стан щодо виконання фізичного навантаження (самообслуговування, ходіння, підіймання сходами, перенесення важких речей тощо) та мають менше позитивних емоцій, а більше депресивних та тривожних переживань в порівнянні з контрольною групою. В той же час серед загальних показників лише фізичний компонент здоров'я оцінюється ними нижче. При аналізі усереднених показників якості життя у жінок із різними ускладненнями вагітності було виявлено статистично значущі розбіжності в усіх оцінках. Обмеження виконання фізичного навантаження через свій фізичний стан більше, ніж жінки контрольної групи, відчують жінки з усіма ускладненнями вагітності, крім жінок з пізніми гестозами. Останні відрізняються від контрольної групи лише більшою соціальною активністю. За цим показником вони відрізняються і від жінок з іншими ускладненнями. Можливо, те, що жінки з пізніми гестозами менше відчують вплив фізичного та емоційного станів на життя, вказує на ігнорування ними свого ускладнення. Також у порівнянні з контрольною

групою більший показник мають жінки, яким надають допомогу у зв'язку зі станом плода, амніотичної порожнини та можливими труднощами пологів стосовно рольового функціонування, яке зумовлене емоційним станом. За всіма показниками, крім RE, в бік їх зменшення від контрольної групи відрізняються жінки із ЗПП, тобто і фізичний, і емоційний стан значно більше обмежують їх життя. Подібні розбіжності жінки із ЗПП мають за більшістю показників з іншими підгрупами, та більше це стосується психологічних компонентів здоров'я. Це може вказувати на те, що серед усіх ускладнень ЗПП є найбільш стресовою ситуацією, та, як наслідок, більше обмежує життя вагітної жінки.

Ставлення до вагітності ми виявляли за допомогою модифікованої методики ТОБОЛ, яка діагностує 12 типів ставлення: гармонійний (Г), ергопатичний (Р), анозогнозичний (З), тривожний (Т), іпохондричний (И), неврастенічний (Н), меланхолічний (М), апатичний (А), сенситивний (С), егоцентричний (Э), паранойяльний (П), дисфоричний (Д). Крім того, увага зверталась на змішані типи та гармонійний (Г), ергопатичний (Р) та анозогнозичний (З) типи, що не діагностуються. Отримані результати за групами та підгрупами у відсотковому вираженні подано у табл. 3.

Таблиця 3

Типи ТОБОЛ, що діагностуються у групах

Групи	Кіль-ть	Тип (відсоток)													Не діагностуються		
		Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д	В т.ч. Зміш.	Г	Р	З
Гр.1	100	3	29	25	24	18	35	5	9	41	16	11	17	54	66	24	45
Гр.2	27	0	41	56	15	11	15	11	4	11	4	15	15	52	52	4	41
Гр.1.1	22	5	27	23	18	18	46	0	27	46	18	32	18	55	64	18	68
Гр.1.2	28	0	14	25	43	29	50	14	7	39	18	4	29	75	68	25	29
Гр.1.3	24	4	21	33	17	25	29	4	4	33	13	13	21	38	54	33	46
Гр.1.4	26	4	54	19	15	0	15	0	0	46	15	0	0	46	77	19	42

Між групами та підгрупами вагітних жінок було знайдено значущі відмінності за ступенем вираженості типів ставлення до вагітності. Отримані результати наведено у табл. 4.

У жінок з ускладненнями вагітності статистично значно менше діагностується анозогнозичний тип ставлення до вагітності, який входить до гармонійного блоку. Це вказує на більш серйозне став-

лення до проблем свого здоров'я. При цьому в них більше не діагностується ергопатичний тип, тобто незважаючи на явища психічної дезадаптації, жінки у своїй поведінці значною мірою керуються прагненням до збереження структури цінностей та активного соціального функціонування. У жінок з ускладненнями вагітності частіше зустрічаються неврастенічний, сенситивний та егоцентричний типи ставлення. Їм притаманні роздратованість, нездатність терпляче очікувати на полегшення, надмірна уразливість, заклопотаність можливим несприятливим впливом на інших, зміни настрою, пов'язані з міжособистими контактами, та водночас пошук користі від свого стану, демонстрація оточуючим своїх страждань та переживань з метою викликати співчуття та повністю заволодіти їх увагою, бажання показати свою винятковість свого стану, емоційна нестабільність.

Таблиця 4

Рівень значущості відмінностей за ступенем вираженості типів ТОБОЛ між групами (φ)

Групи	Тип										Не діагн.		
	Р	З	Т	И	Н	А	С	Э	П	Зміш.	Г	Р	З
1-2		2.93**			2.2*		3.28**	2.01*				2.94**	
1.1-2		2.4**			2.41**	2.48**	2.79**	1.72*				1.72*	1.95*
1.2-2	2.25*	2.36**	2.37**	1.67*	2.9**		2.51**	1.81*		1.8*		2.45**	
1.3-2							1.96*					3.01**	
1.4-2		2.82**					2.97**				1.93*	1.89*	
1.1-1.2			1.92*			1.97*			2.86**				2.56**
1.1-1.3						2.33**							
1.1-1.4	1.89*				2.33**	-							1.82*
1.2-1.3			2.11*							2.79**			
1.2-1.4	3.2**		2.28*		2.81**	-				2.2*			
1.3-1.4	2.47**										1.71*		

Примітка: в таблицю винесено тільки значущі значення:

** – $p < 0,01$, * – $p \leq 0,05$.

Для жінок із ЗПП в порівнянні з жінками інших підгруп та контрольної групи більш характерний тривожний тип. Вони постійно хвилюються щодо несприятливого перебігу вагітності, неефективного чи навіть загрозливого лікування, шукають додаткову інформацію та нові способи лікування. Як наслідок, тривоги в них – пригніченість настрою та психічної активності. Порівняно з контрольною групою жінки із ЗПП більш зосереджені на суб'єктивних

хворобливих відчуттях, вони перебільшують існуючі та шукають неіснуючі хвороби та страждання. В них поєднуються бажання лікуватися та зневіра в успіх, постійні вимоги обстеження у авторитетних спеціалістів та боязнь шкоди і болісності процедур. Жінки з пізніми гестозами звертають на себе увагу апатичним типом ставлення до вагітності. Вони байдужі до своєї долі, до результату хвороби та лікування, пасивно підкорюються процедурам та лікуванню при наполяганні з боку. Вони втрачають цікавість до життя, в поведінці, діяльності та міжособистих стосунках присутні в'ялість та апатія. З усіх підгруп з ускладненнями для жінок, яким надають допомогу у зв'язку зі станом плода, амніотичної порожнини та можливими труднощами пологів є характерним ергопатичний тип, так зване занурення в роботу. Вони стають більш відповідальні у роботі, намагаються зберегти свій професійний статус, вибірково ставляться до обстеження та лікування. Хоча знижується критичність до свого стану, зменшується значення ускладнення до повного ігнорування, можуть порушуватись рекомендації лікарів, оскільки виражені явища психічної дезадаптації відсутні, цей тип ставлення до вагітності розглядається поряд із гармонійним.

Семантичний диференціал дозволив визначити конотативне значення себе вагітності та своєї майбутньої дитини. У жінок з ускладненнями вагітності статистично значущі розбіжності з контрольною групою знайдено за наступними кореляціями. У жінок з ускладненнями вагітності існує більша ідентифікація між собою вагітною та собою ідеальною, а також зв'язок з поняттями «життя» та «надія». Вони менше пов'язують вагітність із соромом але існує зв'язок зі смертю, горем та страхом, що може бути зумовлене наявністю ускладнень вагітності та загрозою втрати дитини, отже, роздумами про життя та смерть, надію та горе. Майбутня дитина жінками з ускладненнями вагітності ідентифікується з батьком дитини та пов'язується з любов'ю, здоров'ям та надією, при цьому в них менше зв'язку з хворобами та відразом. Отже, жінки з ускладненнями вагітності більше ідентифікують дитину з її батьком, ніж із собою, їх дитина заради любові, вони покладають певні надії на неї та на свою вагітність, яка забарвлена суперечливими почуттями.

Висновки:

1. Жінки з ускладненнями вагітності більше відчувають обмеження життя через свій фізичний стан. Для них характерні неврастенічний, сенситивний та егоцентричний типи ставлення до

вагітності, яка викликає суперечливі почуття. Кожна патологія вагітності має свої психологічні особливості поряд з медичними параметрами, тому в ході досліджень має сенс групувати жінок з ускладненнями вагітності залежно від виду ускладнення.

2. Найбільш уразливою є ситуація загрози передчасних пологів. У такому разі різні сторони життя значно обмежені фізичним, а більше емоційним станом. Для жінок із ЗПП найбільш характерні тривожний та іпохондричний типи ставлення до вагітності.

3. Жінки з пізніми гестозами характеризуються апатичним типом ставлення до вагітності. Вони найменше відчують вплив свого фізичного та емоційного станів на життя, що вказує на неприйняття свого ускладнення.

Література

1. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология / В.В. Абрамченко, Н.П. Шабалов. – Петрозаводск: Интел Тек, 2004. – 424 с.

2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер; [пер. с англ. С. Могилевского]. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с. – (Серия «Психология без границ»).

3. Василюк Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1984. – 200 с.

4. Грищенко О.В. Основные направления диагностики, профилактики и терапии преэклампсии беременных. Учебное пособие / О.В. Грищенко, И.В. Лахно, Н.В. Лисицина. – Х., 2004. – 43 с.

5. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков // Мир медицины. – 2000. – №5-6. – С. 45–46.

6. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: Навч. посіб. / С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко. – К.: Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007. – 115 с.

7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятая 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=35>

8. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопр. психол. – 2000. – №5. – С. 18-27.

9. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / [Степанковская Г.К., Венцовский Б.М., Тимошенко Л.В. и др.]; под

ред. Г.К. Степанковской, Б.М. Венцовского. – К.: Здоровье, 2000. – 672 с.

10. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей / сост. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс – СПб., 2005. – 32 с.

11. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2002. – 672 с.

12. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Прогресс, 1982. – 125 с.

13. Учебное пособие по психологии материнства. Для факультетов: психологических, медицинских и социальной работы – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2003. – 784 с.

14. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Вопр. психол. – 2001. – №2. – С. 22-36.

15. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учеб. пособие / Г.Г. Филиппова. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 239 с.

16. <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/sf36.pdf>.

Статья посвящена проблеме исследования эмоционально сложной ситуации осложненной беременности. Представлены результаты экспериментального исследования особенностей восприятия своего состояния женщинами с осложненным протеканием беременности, выявлены достоверные различия в показателях качества жизни и типах отношения к беременности между группами женщин с осложненным и гладким протеканием беременности. Показана целесообразность отдельного исследования групп с разными осложнениями беременности.

Ключевые слова: осложнения беременности, качество жизни, тип отношения к беременности.

The article is dedicated to problem of the study of emotional hard situation of the complicated pregnancy. The results of experimental research of features of perception of the state of women with complications of pregnancy are presented, reliable distinctions in indexes of quality of life and types of attitude toward pregnancy between the groups of women with the different flow of pregnancy are exposed. Expedience of separate research of groups with different complications of pregnancy is rotined.

Key words: complications of pregnancy, indexes of quality of life, types of attitude toward pregnancy.