

Особливості психоемоційного стану у вагітних з великим інтергенетичним інтервалом

О.В. Сорокін¹, В.І. Медведь², Л.Є. Туманова²

¹Міський пологовий будинок № 1, м. Кіровоград

²ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» НАМН України, м. Київ

У статті викладено порівняльний аналіз психоемоційного стану вагітних з великим інтергенетичним інтервалом, вікових першовагітних та жінок з перервою між пологами 3–5 років, яка вважається найбільш прийнятною. Використання таких методик, як Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (ММРІ), колірний тест Люшера та тест «дослідження тривожності» Спілбергера, дозволяє скласти об'єктивну психологічну оцінку особистості, визначити дані психоемоційного стану та рівень тривожності у обстежених жінок, що дає можливість розробити індивідуальну програму спостереження таких вагітних.

Ключові слова: вагітність з великим інтергенетичним інтервалом, психоемоційний стан, Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, колірний тест Люшера, тест «дослідження тривожності» Спілбергера.

Проведення дослідження перебігу вагітності та якості життя у жінок з великим інтергенетичним інтервалом привернуло увагу до низки явних особливостей психоемоційного стану даного контингенту вагітних, що, на нашу думку, мало значний вплив на перебіг як вагітності в цілому, так і пологів та післяпологового періоду. Ураховуючи, що кількість пацієнток даної групи має чітку тенденцію до зростання (у 1987 р. – 1,98% серед усіх вагітних, у 1997 р. – 2,75%, в 2007 р. – 10,7%, в 2010 р. – 12,2%), дане питання має безперечно актуальність та викликає певний інтерес [1].

Накопичений життєвий досвід, соціальні та економічні здобутки, досвід виховання дітей, а часом – і онуків, змушують жінок, що свідомо вирішили народити вдруге через 10 і більше років, зважено та ретельно ставитися до найменшої дрібниці, піддаючи глибокому аналізу кожний день виношування вагітності. Перед жінкою постають життєво важливі запитання: чи вдасться виносити та народити цілком здорову дитину? В який спосіб народжувати? Як бути з грудним вигодовуванням? Чи вистачить здоров'я виростити та підняти на ноги цю дитину? Особливі емоції та хвилювання викликає запитання «як повідомити першу дорослу дитину, що в сім'ї з'явиться ще одна маленька людина», як буде сприйнято цю інформацію. Адже батькам є дуже важливим позитивне ставлення старшої дитини від самого початку, адже в майбутньому саме на неї може лягти відповідальність за молодшого члена родини. Можливо, й тягар матеріальних турбот про нього.

Значне занепокоєння викликають у жінок хронічні хвороби, що мають місце майже у кожній у другій половині життя.

Ці та велика кількість інших важливих питань об'єктивно стають підґрунтям для постійних хвилювань, що можуть провокувати загрозу невиношування, розлади сну та харчування, дестабілізацію сімейного ладу, погіршують стосунки з друзями та колегами. Слід зазначити і те, що рішення жінки, яка має дорослу дитину, до-

сягла 40-річного віку або вже перетнула цей рубіж, народити вдруге, не завжди отримує адекватну оцінку з боку оточуючих і часом викликає, щонайменше здивування, що також не додає впевненості майбутній мамі.

Мета дослідження: вивчити особливості психоемоційного стану та рівень тривожності у жінок з великим інтергенетичним інтервалом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили серед трьох груп вагітних: 100 жінок з великим інтергенетичним інтервалом (≥10 років) – I група (основна), 100 вікових першовагітних (≥35 років) – II група та 100 жінок, що народжували з оптимальним інтервалом 3–5 років, – III група.

Для об'єктивного оцінювання психоемоційного стану та подальшого розроблення комплексу психологічних профілактичних заходів використали: методіку ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) – Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, колірний тест Люшера, тест «дослідження тривожності» Спілбергера.

Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, запропонований С. Хатуєєм і Дж. Маккінлі в 1940 р., є базисною психодіагностичною методикою з реалізації типологічного підходу до вивчення особистості і посідає провідне місце серед інших особистісних опитувальників у психодіагностичних дослідженнях, виявляє повний спектр структурних компонентів особистості: характерологічні особливості, мотиваційну спрямованість, самооцінку, форми міжособистісної поведінки, типи реагування на стрес, провідні потреби, фон настрою, ступінь адаптивності особистості, наявність психічних відхилень і порушень, властивості темпераменту, суїцидальність тощо [2, 6].

На особливості «профілю особистості» впливають вік, стать, освіта обстежуваного, його ставлення до процедури тестування і деякі інші фактори. Відповіді фіксують за допомогою спеціальних «ключів» та після подальшого кількісного оброблення заносять у профільний лист, що має 3 оцінки і 10 базисних шкал. До оцінних відносять шкалу «брехні» (щирість відповідей), достовірності результатів, корекції (неусвідомлений контроль поведінки). Назва базисних шкал відображає первинну клінічну спрямованість метода: 1 – іпохондрія; 2 – депресія; 3 – істерія; 4 – психопатія; 5 – мужність – жіночість; 6 – параноїальність; 7 – психастенія; 8 – шизоїдність; 9 – гіпоманія; 10 – соціальна інтроверсія [2, 4, 6].

Співвідношення показників кожної зі шкал утворює профіль особистості, діагностичне значення якого не зводиться до інтерпретації окремо взятих шкал і визначається змістовним аналізом комбінації показників за різними шкалами. Таким чином досягається можливість не тільки виявлення індивідуальних властивостей особистості в нормі та патології, а й фіксація тієї області надмірно виражених рис характеру, що перебувають на

Профіль особливостей у обстежених вагітних, %

Група	Сума балів						
	60	70	80	90	100	110	120
I	-	10*^	10*^	20*	40*^	10*	10*
II	-	15*	25	20*	25*	10*	5
III	15	60	20	5	-	-	-

Примітки: * – вірогідність відносно III групи; ^ – вірогідність відносно II групи.

межі нормального і психопатичного розвитку, яка отримала назву акцентуації характеру. Досить поширений у різних сферах фундаментальних і прикладних психологічних досліджень, метод з високою достовірністю виявляє індивідуально-особистісні особливості, тип реагування на стрес, спрямованість і спонукальну силу мотивації, захисні і компенсаторні механізми і цілу низку інших властивостей особистості [2, 3, 6].

На кожне з тверджень обстежувані жінки давали відповідь: «вірно», «невірно», «не можу сказати». Відповідь, що збігається з «ключем», оцінювали в один бал. Варіанти тверджень, що пропонували пацієнткам, були на картках, які обстежувана розкладала на три групи відповідно зі своєю відповіддю. Отримані дані заносили в стандартний реєстраційний бланк, в якому зазначали також відомості про обстежувану і час, витрачений на розкладання карток. Завершували обстеження побудовою «профілю особистості», який викреслювали на спеціальних бланках (для жінок він є окремий), де бальні оцінки переводили в стандартні, так звані Т-оцінки із середнім значенням 50 і стандартним відхиленням 10.

Для прискорення інтерпретації структури показників, економічного опису «профілю» використовували систему його числового кодування. Для цього шкали записували за їх цифровим позначенням у такому порядку, щоб на першому місці опинилася шкала з найбільш високими показниками, а потім – решта в міру зниження. За допомогою спеціальних знаків позначали, наскільки високо розташовані шкали «профілю» (наприклад: розташовані на рівні 120 Т – «!», 110–119 Т – «!», 100–109 Т – «**») [2, 4–6].

Дослідження проводили за основними клінічними шкалами ММРІ:

1. Шкала іпохондрії (HS), яка визначає «близькість» обстежуваної до астеноневротичного типу особистості.

2. Шкала депресії (D), яка призначена для визначення ступеня суб'єктивної депресії, морального дискомфорту.

3. Шкала істерії (Hy) – розроблена для виявлення осіб, схильних до невротичних реакцій конверсійного типу (використання симптомів фізичного захворювання як засіб вирішення складних ситуацій).

4. Шкала психопатії (Pd) – спрямована на діагностику соціопатичного типу особистості.

5. Шкала маскулітності – фемінності (Mf) – призначена для вимірювання ступеня ідентифікації обстежуваної з роллю чоловіка або жінки, що пропонується суспільством.

6. Шкала параної (Pa), яка дозволяє судити про наявність «надцінних» ідей, підозрливості (паранояльний тип особистості).

7. Шкала психастенії (Pt), за допомогою якої встановлюють подібність обстежуваної з хворими, що страждають на фобії, нав'язливі дії і думки (тривожно-недовірливий тип особистості);

8. Шкала шизофренії (Sc) – спрямована на діагностику шизоїдного (аутичного) типу особистості.

9. Шкала гіпоманії (Ma), яка визначає ступінь «близькості» обстежуваної до гіпертимного типу особистості.

Особливістю ММРІ є використання у ньому чотирьох оцінних шкал:

1) шкала «?» може бути названа шкалою умовно, тому що немає певних тверджень, які до неї відносяться. Реєструються кількість тверджень, які обстежувана не змогла віднести ані до «вірно», ані до «невірно»; 2) шкала «брехні» (L) – призначена для оцінювання щирості обстежуваної; 3) шкала вірогідності (F) – створена для виявлення недостовірних результатів (пов'язаних з небалістю обстежуваної), а також агравації та симуляції; 4) шкала корекції (K) – введена для того, щоб зменшити

спотворення, що вносяться надмірною недоступністю і обережністю обстежуваної [2, 6].

Співвідношення між показниками, отриманими за цими шкалами, дозволили судити про достовірність результатів обстеження.

Водночас враховують, що значення одного і того самого показника як «патологічного» може змінюватися від шкали до шкали. Ми дотримувалися твердження про те, що не слід буквально трактувати інтерпретації шкал ММРІ, зокрема, не можна вважати, що високий показник за шкалою шизофренії свідчить про її наявність. Дослідження спиралось на те, що за допомогою шкал ММРІ «вимірюється» не, скажімо, істерія, а симптоми, притаманні особам з даними психічним розладом. Крім того, на особливості «профілю особистості» впливають вік, стать, освіта обстежуваного, його ставлення до процедури тестування і деякі інші фактори. Ураховували також, що будь-які висновки, що отримують із інтерпретації провідних піків профілю, повинні бути підтвержені показниками інших шкал, і, безумовно, незалежно від результатів, отриманих за допомогою ММРІ, даними про особу обстежуваної.

При інтерпретації отриманих результатів виходили з того, що будь-який показник, котрий дорівнює 70 Т або вище (пік «профілю»), приймають за нормативний для виявлення патологічних відхилень. Високими оцінками за всіма шкалами після побудови профілю особистості є оцінки, що перевищують 70, низькими – менше 40 [5, 6].

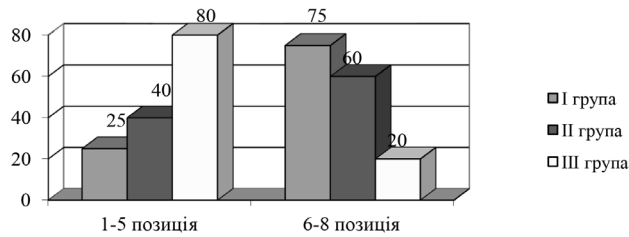
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Підсумкові результати за групами дослідження наведено в табл. 1.

Результати дослідження свідчать, що пацієнтки як I, так і II груп, знаходяться в діапазоні високих оцінок – від 70 до 120, в той час як III група – від 60 до 90. Пацієнтки I групи помітно виділяються серед осіб інших груп високим відсотком оцінок 100 – 40. Відсотки оцінок 70, 90, 110 є подібними в I та II групах. Удвічі більші відсотки пацієнток I групи по відношенню до II за оцінками 90 і 120. У III групі 75% пацієнток мають нормативний пік профілю і лише 25% виходять за його межі. У I групі 90% пацієнток мають високі оцінки і лише 10% нормативні, а в II – 85% і 15% відповідно.

Колірний тест Люшера, відомий також як «восьми-колірний тест», заснований на припущенні про те, що вибір кольору нерідко відображає налаштованість людини на певну діяльність, настрій, функціональний стан і найстійкіші риси особистості. Колірна діагностика дозволяє виміряти психофізіологічний стан людини, його стійкість до стресу, активність і комунікативні здібності. Тест Люшера дозволяє визначити причини психологічного стресу, який може призвести до появи фізіологічних симптомів [7–9].

Результати колірної діагностики Люшера дозволяють провести індивідуальне оцінювання і дати професійні рекомендації щодо того, як можна уникнути психологічного



Оцінка психоемоційного стану обстежених жінок (Люшер)

стресу і фізіологічних симптомів, до яких він призводить.

Психологи, які застосовують тест Люшера в своїй практиці, стверджують, що він дозволяє провести швидкий і глибокий аналіз особистості людини на основі інформації, отриманої при простому ранжируванні кольорів [7, 8].

Тест Люшера проводили за повним варіантом («клінічний колірний тест»), який найбільшою мірою розкриває особистість і складається з 7 кольорних таблиць («сірого кольору», «8 кольорів», «4 основних кольорів», «синього кольору», «зеленого кольору», «червоного кольору», «жовтого кольору»). Сама процедура тестування полягає в упорядкуванні кольорів за ступенем їх суб'єктивної приємності. Тестування проводять при природному освітленні, проте неприпустимим є вплив на таблицю кольорів прямого сонячного світла. Інструкція передбачає прохання відмовитися від асоціацій, пов'язаних з модою, традиціями, загальноприйнятими смаками і намагатися вибирати кольори, виходячи тільки зі свого особистого ставлення.

Кожен з 8 кольорів тесту ретельно підбирали за своїм спеціальним психологічним і фізіологічним значенням – своєю структурою – з цією метою протягом п'яти років проводили попередні досліді з 4500 відтінками кольорів. Їхнє значення є універсальним, воно залишається незмінним для різних країн, не залежить від віку, є однаковою для чоловіків і жінок, освічених і неосвічених або «цивілізованих» та «нецивілізованих» [8, 10].

Багато хто відчуває упередження проти «психологічних тестів» перш за все, якщо їм доводиться давати відповіді на незліченні, що віднімають багато часу, запитання, або якщо їх змушують сортувати безліч карток. Досвід роботи з тестом Люшера свідчить, що число тих, хто його не сприймає, дуже невелике. Тест привабливий, його можна швидко провести, а тестовані пацієнти при цьому не вважають, що вони принижують свою гідність, вибираючи колір. Можливо, вони змінили б свою думку, якби знали, наскільки розвінчувальним є тест насправді [8, 9, 11].

Оскільки вибір кольору заснований на несвідомих процесах, він свідчить про те, якою є людина насправді, а не на те, яким вона себе уявляє або якою би вона хотіла бути, як це часто трапляється при використанні опитувальних методів.

У результаті тестування одержуємо вісім позицій: перша і друга – явна перевага (позначаються + +); третя і четверта – перевага (позначаються x x); п'ята і шоста – байдужість до кольору (позначаються = =); сьома і восьма – антипатія до кольору (позначаються - -).

Таблиця 2

Стан тривожності в обстежених вагітних (за Спілбергером), %

Група	Сума балів		
	≤ 30	31–44	≥ 45
I	10 ^{**}	20 ^{**}	70 ^{**}
II	20 [*]	30 [*]	50 [*]
III	50	40	10

На підставі аналізу понад 36 000 результатів досліджень М. Люшер дав зразкову характеристику обраних позицій: 1-а позиція – колір, який подобається найбільше, вказує на основний спосіб дії, тобто засіб для досягнення цілей, що стоять перед обстежуваним; 2-а позиція – зазвичай колір в цій позиції також позначається знаком «+», і в цьому випадку він означає мету, до якої прагне випробуваний; 3-я і 4-а позиції – зазвичай кольори, що стоять у цих позиціях, позначаються знаком «x» і вказують на справжній стан речей, ситуацію або образ дії, що випливає з даної ситуації (наприклад, синій колір у цьому випадку буде означати – підослідний відчуває, що знаходиться в обстановці спокою або ж що обстановка вимагає, щоб він діяв спокійно); 5-а і 6-а позиції – кольори, що знаходяться в цих позиціях і позначені знаком «=», вказують на специфічні особливості, що не викликають неприязнь, не асоціюються з існуючим станом справ, незадіяні в даний момент резерви, особливості особистості; 7-а і 8-а позиції – колір в цих позиціях, позначений знаком «-», означає існування пригніченої потреби або потреби, яку слід придушити тому, що її реалізація призвела б до несприятливих наслідків [7, 8].

Інтерпретація результатів. Одним із прийомів трактування результатів вибору є оцінка положення основних кольорів. Якщо вони займають позицію далі п'ятої, це означає, що охарактеризовані ними властивості, потреби не задоволені, отже, мають місце тривожність, негативний стан.

Результати тестування за групами дослідження наведені на малюнку.

I група помітно вирізняється високим відсотком за 6–8-ю позиціями – 75% проти 20% III групи і на 15% перевищує показник II групи, що свідчить про високий рівень тривожності вагітних з великим інтергенетичним інтервалом. Лише 25% жінок I групи відчувають себе впевнено.

Тест «дослідження тривожності» Спілбергера є інформативним способом самооцінки рівня тривожності на даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Метод розроблений Ч.Д. Спілбергером і адаптований Ю.Л. Ханінім.

Вимірювання тривожності як властивості особистості є особливо важливим, оскільки ця властивість багато в чому зумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної діяльної людини. У кожної людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для нього істотним компонентом самоконтролю та самовиховання [11–13].

Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозливих, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Як схильність, особиста тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, розцінюється людиною як небезпечна для самооцінки, самоповаги. Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, занепокоєнням, стурбованістю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Особи, що відносяться до категорії «високотривожних», схильні сприймати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати дуже вираженим станом тривожності. Якщо психологічний тест виявляє у випробуваного високий показник осо-

бистісної тривожності, то це дає підставу припускати в нього появу стану тривожності у різноманітних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його компетенції та престижу.

Особам з високою оцінкою тривожності слід формувати почуття впевненості та успіху. Їм необхідно переносити акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності, високої значущості в постановці завдань на змістовне осмислення діяльності та конкретне планування завдань.

Для «низькотривожних» людей, навпаки, потрібно пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, збудження зацікавленості, збільшення почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань.

Стан реактивної (ситуаційної) тривоги виникає при потраплянні в стресову ситуацію і характеризується суб'єктивним дискомфортом, напруженням, занепокоєнням і вегетативним збудженням. Природно, цей стан відрізняється нестійкістю в часі і різною інтенсивністю залежно від сили впливу стресової ситуації. Таким чином, значення підсумкового показника за даною підшкалою дозволяє оцінити не тільки рівень актуальні тривоги випробуваного, а й визначити, чи знаходиться він під впливом стресової ситуації і яка інтенсивність цього впливу на нього.

Особистісна тривожність є конституційною межею, що зумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. За високої особистісної тривожності кожна з цих ситуацій буде володіти стресовим впливом на суб'єкта і викликати у нього виражену тривогу. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями [10–13].

Зіставлення результатів по обох підшкалах дає можливість оцінити індивідуальну значущість стресової ситуації для випробуваного.

Сведения об авторах

Сорокин Алексей Владимирович – Городской родильный дом № 1, г. Кировограда; 25000, г. Кировоград, ул. Журиловой, 1; тел.: (0522) 34-57-70

Медведь Владимир Исаакович – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-22-69

Туманова Лариса Евгеньевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-22-31

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Туманова Л.Є. Динаміка частоти пологів у жінок з великим інтергенетичним інтервалом / Л.Є. Туманова, О.В. Сорокін // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 3. – С. 67–70.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). – М.: Фолиум, 1994. – 175 с.
3. Клиническая психология. Словарь / Под ред. Творогова Н.Д. – М.: ПЕР СЭ, 2007.
4. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – К.: Здоров'я, 1986. – 280 с.
5. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В.П. Зайцев // Психол. журнал. – 1981. – № 3. – С. 118–123.
6. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ (ММР). Практическое руководство. – М.: Речь, 2007. – 224 с.
7. Люшер М. Цвет вашего характера. – М.: Вече, Персей, АСТ, 1996.
8. Собчик Л.Н. Метод цветовой выборки – модификация восьмицветового теста Люшера. Практическое руководство. – СПб.: Речь, 2007. – 128 с.
9. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и профессиональное самоопределение личности: практ. руководство по психологической диагностике – СПб.: Речь, 2005. – С. 44–49.
10. Диагностика эмоционально-нравственного развития /Ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб.: Издательство «Язык», 2002. – С. 124–126.
11. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие /Под ред. проф. О.А. Прохорова. – СПб, 2004. – С. 121–122.
12. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. – СПб.: Питер, 2004.
13. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: БАХРАХ-М, 2001.

Статья поступила в редакцию 28.06.2013