

Предлагаемая вашему вниманию работа касается изучения влияния жизненных позиций и функциональных эго-состояний на состояние соматического здоровья и патологию беременности и родов, которое проводилось в рамках пилотного исследовательского проекта “Перинатальное сценарное программирование”. Здесь мы рассматриваем Родительский полюс сценарной матрицы (С.Steiner, 1974). И поскольку мать является, пожалуй, наиболее значимой Родительской фигурой для ребенка, ее состояние в момент передачи первых сценарных предписаний представляет исключительный практический и теоретический интерес.

В исследование было включено 48 женщин (все находившиеся в роддоме № 1 г. Рязани на момент его проведения) в возрасте от 17 до 40 лет, которые заполнили опросник «ОК-Томас» [1] для построения ОК-Коррала испытуемых и опросник личностного стиля J.Нау (1996) для выявления их эгограммы. Экспериментально-психологические данные были дополнены клинико-anamnestическими сведениями.

В таблице 1 представлена общая клиническо-anamnestическая характеристика исследованной группы рожениц.

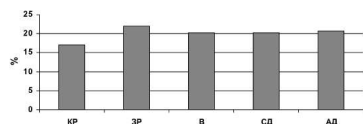
Таблица 1. Клиническо-anamnestическая характеристика рожениц

Степень патологии	нет %	легкая %	средняя %	тяжелая %
Характер патологии				
Общее состояние				
Наследственность	95,8	2,1	2,1	0
Равное развитие	97,9	0	2,1	0
Соматическая патология	27,1	52,1	18,7	2,1
Патология беременности				
Патология прошлых беременностей	42,9	38,1	9,5	9,5
Патология настоящей беременности	14,6	81,2	2,1	2,1
Соматическая патология, ассоциированная с беременностью	18,7	77,1	0	4,2
Патология родов				
патология прошлых родов	42,9	38,1	9,5	9,5
патология настоящих родов	14,9	80,9	2,1	2,1
Послеродовая патология	87,5	10,4	2,1	0
Патология лактации	71,0	29,0	0	0

В целом, каждая роженица, оказавшаяся в исследованной группе, имела ту или иную степень нарушения состояния здоровья или патологии беременности и родов, что полностью соответствует результатам аналогичных клинических исследований (Е.А.Чернуха, 1991; М.М.Шехтман, Т.П.Бархатова, 1982; F.Arias, 1984). Однако нас интересовал не данный общеизвестный факт, а наличие и характер взаимосвязи выявленных отклонений от особенностей копингового стиля (интенсивности использования функциональных эго-состояний и жизненных позиций) рожениц.

Общий рисунок личностного стиля рожениц представлен в усредненной эгограмме на рисунке 1.

Рисунок 1. Эгограмма рожениц



Как видно на рисунке эго-состояние Контролирующего Родителя (КР) было минимальным ($P < 0,001$). Заботящийся Родитель (ЗР) превалировал над другими на значимом уровне ($P < 0,03$), за исключением эго-состояния Адаптированного Дитя (АД). Выраженность эго-состояний Взрослого (В), Свободного Дитя (СД) и АД не различались между собой. В целом, полученная эгограмма выглядит довольно стандартным образом и не свидетельствует о беременности и родах как о серьезном психическом расстройстве. Более детальный анализ взаимосвязи выраженности отдельных эго-состояний с акушерской патологией оказался не столь обнадеживающим. Так, например, наиболее доминирующее эго-состояние ЗР позитивно коррелировало на значимом уровне с акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r = 0,253$; $P < 0,05$), соматической патологией, ассоциированной с беременностью ($r = 0,327$; $P < 0,02$) и патологией родов ($r = 0,259$; $P < 0,04$). Такой характер взаимоотношений позволяет говорить о преобладании негативного компонента в эго-состоянии ЗР, который результируется в позиции Спасителя (S.Karpman, 1968) и, следовательно, попытках разрешить проблемы собственного депрессивного радикала за счет самопожертвования.

Эго-состояние КР также оказалось позитивно связанным с акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r = 0,297$; $P < 0,03$), патологией прошлых родов ($r = 0,310$; $P < 0,02$) и нарушениями лактации ($r = 0,377$; $P < 0,004$). Вновь мы вынуждены констатировать высокую степень обесценивающего поведения, выражающегося в роли Преследователя и аутоагрессивных реакциях. Единственное исключение составила отрицательная корреляция выраженности КР с патологией настоящих родов ($r = -0,400$; $P < 0,003$).

Таким образом, увеличение активности ЗР и КР у обследованной нами группы рожениц

представляется целесообразным расценивать как проявление одной из четырех форм пассивного поведения - беспомощности и насилия, что позволяет использовать в системе психопрофилактики родов классические рекомендации A.W.Schiff & J.L.Schiff (1971).

Эго-состояние АД было положительно связано с патологией раннего развития матерей ($r = 0,248$; $P < 0,05$), что продолжает тему пассивности Родительских эго-состояний. Но нарастание АД сопровождается статистически значимым снижением уровня патологии предшествующих родов ($r = -0,300$; $P < 0,03$) и нарушений лактации ($r = -0,263$; $P < 0,04$). Анализ причинных связей данных корреляций показал, что это снижение происходит за счет увеличения патологии плода во время беременности ($r = 0,417$; $P < 0,003$), снижения роста и веса новорожденного ($r = -0,320$; $P < 0,02$ и $r = -0,250$; $P < 0,05$, соответственно) и нарастания нарушений питания новорожденного ($r = 0,279$; $P < 0,03$). Таким образом, здесь мы имеем дело с передачей патологии следующему поколению. Это является, пожалуй, самым ранним случаем эпискрипта F.English (1969), известного как процесс передачи «горячей картошки». Безусловно, этот момент должен быть одним из главных фокусов коррекционной работы в психо-профилактических занятиях с беременными.

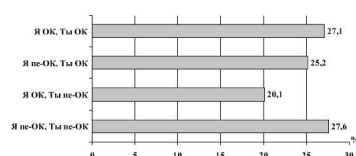
Дополнительным подтверждением негативной нагруженности эго-состояния АД у рожениц явилась его положительная взаимосвязь со временем между поступлением женщины в роддом до момента самих родов ($r = 0,300$; $P < 0,03$), что можно интерпретировать как приглашение в патологический симбиоз или как крючок в психологических играх.

Конструктивное отношение к своему поведению, проявляющееся в функционировании эго-состояния В, позитивно коррелировало с уменьшением времени между поступлением женщины в роддом и моментом самих родов ($r = 0,310$; $P < 0,02$). Кроме того выраженность В эго-состояния отрицательно соотносилось с акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r = -0,410$; $P < 0,003$) и патологией прошлых родов ($r = 0,365$; $P < 0,006$). В целом, полученные результаты соответствуют теоретической позиции ТА о проблемно разрешающей функции В эго-состояния, увеличение которого могло бы стать целью терапевтической работы с беременными.

Похожие психотерапевтические рекомендации можно отнести и к эго-состоянию СД, увеличение активности которого положительно коррелировало с уменьшением патологии настоящих родов ($r = 0,270$; $P < 0,04$) и отражалось в существенном сокращении акушерской патологии во время прошлых беременностей ($r = 0,230$; $P < 0,06$).

Если поведенческие паттерны адаптации описываются через функциональные эго-состояния, то глубинные механизмы копингового стиля логичнее соотносить с базисными жизненными позициями. Усредненная диаграмма, отражающая ОК-коррал исследованной группы женщин, представлена на рисунке 2.

Рисунок 2. Диаграмма ОК-коррала рожениц.



Как видно на диаграмме, третья жизненная позиция “Я ОК, Ты не-ОК” выражена в меньшей степени ($P < 0,01, 0,04$), тогда как остальные - приблизительно равны. Обращает на себя внимание существенная величина второй “Я не-ОК, Ты ОК” и особенно четвертой “Я не-ОК, Ты не-ОК” жизненных позиций, свидетельствующих о значительной базальной патологии личности.

Корреляционный анализ связей между жизненными позициями и активностью функциональных эго-состояний (А.П.Ховрачев, О.В.Ховрачева, 2001) подтвердил вывод о включении Родительских эго-состояний в соответствующие позиции треугольника Кармана, который был получен при изучении взаимосвязи поведенческих паттернов с соматической и акушерской патологией матерей. Так, эго-состояние ЗР обнаружило статистически значимую позитивную зависимость как с жизненной позицией “Я не-ОК, Ты ОК” ($r=0,547$; $P < 0,001$), отражающей депрессивность сценарного решения самой родильницы, так и с позицией “Я не-ОК, Ты не-ОК” ($r=0,260$; $P < 0,04$), являющейся источником хамартических сценариев. Данное эго-состояние находилось в обратной взаимосвязи с жизненной позицией “Я ОК, Ты не-ОК” ($r = -0,410$; $P < 0,003$), что свидетельствует о предпочтении переключения к конкурирующему симбиозу Детского типа и роли “Жер-твы” для подтверждения правильности сценарных решений.

Выраженность эго-состояния КР позитивно коррелировало на статистически значимом уровне с жизненной позицией “Я ОК, Ты не-ОК” ($r=0,458$; $P < 0,001$) и негативно - с

позицией “Я не-ОК, Ты ОК” ($r = -0,490$; $P < 0,001$), отражая наличие у ряда родильниц защитного механизма паранойяльного типа и готовности занять место “Преследователя”. В этой связи, получает свое объяснение обнаруженная негативная взаимосвязь данного поведенческого стиля с патологией текущих родов. Это тот же самый четвертый тип пассивного поведения, но с внешне направленной канализацией агрессии.

Верность сделанного заключения была подтверждена в ходе изучения корреляционных связей между жизненными позициями и материнской патологией. Как и следовало ожидать, паранойяльная экзистенциальная позиция “Я ОК, Ты не-ОК” имела значимые отрицательные коэффициенты с выраженностью патологии настоящих родов ($r = -0,350$; $P < 0,01$) и соматической патологией, ассоциированной с беременностью ($r = -0,301$; $P < 0,03$).

Жизненная позиция “Я не-ОК, Ты ОК” отражала аутодеструктивный депрессивный копинговый стиль и позитивно коррелировала с акушерской патологией во время прошлых родов ($r = 0,326$; $P < 0,02$).

Наиболее нарушенная базовая стратегия адаптации, вытекающая из жизненной позиции “Я не-ОК, Ты не-ОК”, обнаружила негативные черты как паранойяльной, так и депрессивной позиций. Депрессивный радикал проявился в позитивной корреляционной зависимости выраженности данной экзистенциальной позиции и соматической патологии, ассоциированной с беременностью ($r = 0,404$; $P < 0,003$). Паранойяльная тенденция обеспечивала отрицательную взаимосвязь с патологией во время прошлых родов ($r = -0,503$; $P < 0,001$), с акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r = -0,380$; $P < 0,004$) и патологией послеродового периода у матери ($r = -,257$; $P < 0,04$).

Избегающая экзистенциальная позиция также, как и эго-состояние АД, была положительно связана с увеличением времени между поступлением женщины в роддом до момента самих родов ($r = 0,252$; $P < 0,04$), создавая, таким образом, возможность для развития патологических копинговых стратегий.

Здоровая жизненная позиция “Я ОК, Ты ОК”, наоборот, сокращала промежуток времени между поступлением женщины в роддом и моментом родов ($r = -0,296$; $P < 0,03$). Ее усиление уменьшало выраженность акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r = -0,300$; $P < 0,03$). Однако отсутствие значимых

корреляций данной позиции с активностью эго-состояний ЗР и КР, а, особенно, В и СД, при наличии такой взаимосвязи с эго-состоянием АД ($r=0,294$; $P<0,03$), говорит о заблокированности конструктивных способов реализации здоровых адаптационных возможностей в данной группе лиц.

Таким образом, проведенный анализ характера взаимосвязи материнской патологии с поведенческими и глубинными уровнями копинговых стратегий показал наличие довольно тяжелой психологической ситуации в современной акушерской практике. Следует иметь в виду, что остроту положения увеличивает тот факт, что выявленные паттерны адаптации матерей с неизбежностью отражаются на ранних сценарных предписаниях новорожденных. Наше исследование показало, что при рассмотрении суммарного воздействия всех форм передачи сценарного послания "Не живи" (M.Goulding, R.Goulding, 1979) в исследованной группе не осталось ни одного ребенка, который не получил бы его тем или иным способом и по большей части неоднократно. Поэтому крайне актуальной задачей является предоставление беременным профессиональной психотерапевтической помощи или самой по себе, или в рамках системы психопрофилактической подготовки к родам.

Литература:

1. Большаков В.Ю. Психотренинг. Социодинамика, игры, упражнения. СПб., Служба доверия, 1994. - 314 с.
2. Чернуха Е.А. Родовой блок. М.: Медицина, 1991. - 288 с.
3. Шехтман М.М., Бархатова Т.П. Заболевания внутренних органов и беременность. М.: Медицина, 1982. - 272 с.
4. А.П.Ховрачев, О.В.Ховрачева Эго-состояния и жизненные позиции родильниц //Личность в современных исследованиях. Вып.4. -Рязань-Москва-Ярославль, 2001. - С. 110-112.
5. Arias F. High-risk pregnancy and delivery. St.Louis, Toronto, Princeton: The C.V.Mosby Company, 1984.
6. English F. Episcrypt and the "hot potato" game // TAB, V.8, N 32, 1969. - P. 77-82.
7. Goulding M., Goulding R. Changing Lives through Redecision Therapy - Grove Press, New York, 1979. - 297 p.
8. Hay J. Transactional Analysis for Trainers. Watford, UK, Minneapolis, USA, Sherwood Publishing, 1996. - 256 p.
9. Karpman S. Fairy tales and script drama analysis // TAB, V.7, N 18, 1968. - P. 39-43.
10. Schiff A.W., Schiff J.L. Passivity // TAJ, V.1, N1, 1971. - P. 71-78.
11. Steiner C. Scripts people live: transactional analysis of life scripts. New York: Grove Press, 1974.

Источник:

Научно-практический журнал "Вопросы ментальной медицины и экологии", т.

VIII, № 2, 2002