

# Поширеність різних типів психологічної домінанти та особливості психоемоційного стану у жінок з плацентарною дисфункцією

Н.В. Якимчук, О.М. Макаруч, М.І. Римарчук, Л.М. Вакалюк, О.М. Островська  
Івано-Франківський національний медичний університет

Плацентарна дисфункція – це ключова проблема акушерства, неонатології, патології ante- та перинатального періодів, оскільки функціональна нездатність плаценти призводить до зростання частоти невиношування, синдрому затримки розвитку плода або його антенатальної загибелі, а період вагітності, перш за все у випадку патологічного його перебігу, є надзвичайно сильним психоемоційним фактором. Установлено структуру та поширеність типів психологічного компонента гестаційної домінанти із урахуванням показників психоемоційного статусу у жінок із плацентарною дисфункцією та оцінено їхній вплив на показники репродуктивних втрат та ускладнення перебігу вагітності.

**Ключові слова:** психологічний компонент гестаційної домінанти, наслідки вагітності, психоемоційний статус, психологічна корекція.

Плацентарна дисфункція (ПД) – це ключова проблема акушерства, неонатології, патології ante- та перинатального періодів, оскільки функціональна нездатність плаценти призводить до зростання частоти невиношування, синдрому затримки розвитку плода або його антенатальної загибелі [1]. ПД – не тільки синдром, що об'єднує комплекс порушень трофічної, ендокринної та метаболічної функції плаценти, які ініціюють розвиток нездатності підтримувати адекватний та достатній обмін між організмом матері та плода, але і гостра соціальна проблема сьогодення. В останні роки успішно опрацьовуються питання клінічної діагностики, удосконалюються методи профілактики та лікування дисфункції плацентарного комплексу [1, 2], де чітко зазначаються необхідність та важливість створення сприятливих умов психоемоційного спокою для фізіологічного перебігу вагітності [3].

У низці наукових праць, присвячених різним проблемам плацентології та опублікованих в останні роки, у яких значну увагу приділяють біохімічним та молекулярно-клітинним механізмам ПД, вказано на суперечливі та неповноцінні дані оцінювання діяльності універсальної системи мати–плацента–плід [1, 2, 4]. Як відомо, стресогенні чинники як на етапі планування, так і на етапі моніторингу вагітності зумовлюють формування дизадаптаційного психовегетативного синдрому, який може бути підставою для патологічного розвитку гестації [5, 6, 7, 8]. Соціальне напруження у суспільстві, хронічний стрес сьогодення, а також психохарактерологічні особливості організму жінки зумовлюють формування змін у структурі плаценти, порушення матково-плацентарного кровообігу та розвитку ПД [2, 6, 8]. Як демонструють дані літературних джерел, невиношування у жінок із екстремальними стресовими ситуаціями, зростання частоти ПД та пізніх гестозів фіксують у 3 рази частіше [6, 9, 10]. Тому пошук скринінгових маркерів чи інших критеріїв можливих ускладнень у даній категорії пацієнток, без сумніву, сприятиме оптимізації формування груп ризику та відбору вагітних, які потребуватимуть більш ретельних підходів до моніторингу, а також проведення превентивної корекції.

**Мета дослідження:** встановлення структури та поширеності типів психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) із урахуванням показників психоемоційного статусу у жінок з плацентарною дисфункцією та оцінювання впливу на показники репродуктивних втрат та ускладненого перебігу вагітності.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для розв'язання поставлених завдань були проведені експериментально-психодіагностичне дослідження та клініко-лабораторне обстеження 120 пацієнток з обтяженим репродуктивним анамнезом: тривале лікування безплідності (31,66%), невиношування та синдром втрати плода (25,83%), використання допоміжних репродуктивних технологій з невдалими спробами в анамнезі (15,83%), які очікували народження дитини чи перебували на різних термінах вагітності і проходили програму психопрофілактичної підготовки на базі Центру свідомого батьківства «Дівія» м. Івано-Франківськ.

У програмі оцінювання психоемоційного стану пацієнток керувалися даними літературних джерел щодо особливостей перебігу фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної, спрямованих на створення оптимальних умов для зачаття та розвитку плода і характеризуються поняттям «гестаційна домінанта» [11]. Гестаційна домінанта має два взаємовпливові компоненти: фізіологічний та психологічний, і саме вони трансформують характер, поведінку, емоційний фон майбутньої матері, визначаючи її психічний стан, який впливає на перебіг вагітності, пологів, розвиток плода, виникнення пологового болю, післяпологовий та лактаційний періоди.

Глибоким вивченням ПКГД займався І.В. Добряков, і саме ним була запропонована методика «Тест ставлень вагітної» та її модифікації, які дозволяють визначити тип ПКГД [11, 12]. На сьогодні вона є одним зі скринінгових тестів для визначення та корекції психоемоційного стану вагітної [6, 7]. Цей тест допомагає розподілити вагітних відповідно на групи (оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний та депресивний типи ПКГД). На етапі планування вагітності з метою уточнення та отримання більш достовірних даних була використана психодіагностична «Анкета знайомства» та проективна малюноква методика «Я і моя дитина» за Г.Г. Філіповою, яка дозволила більш чітко сформувати групи ризику. Інтерпретацію отриманих результатів проводили за ознаками малюнка, які дозволяли віднести сприймання жінкою вагітності та майбутньої дитини до того чи іншого стилю [13]. При цьому було виділено:

- групу пацієнток із адекватним стилем, що відповідав оптимальному типу ПКГД;
- групу жінок із амбівалентним та тривожним стилем сприйняття вагітності та майбутньої дитини (відповідав тривожному типу ПКГД)
- та групу пацієнток із відкидаючим та ігнорувальним стилем, що характеризував конфлікт з вагітністю.

До контрольної групи увійшли 20 вагітних з оптимальним типом ПКГД та неускладненим перебігом вагітності і пологів.

З метою більш глибокого дослідження психоемоційного стану також були використані наступні експериментально-психологічні методи: оцінювання особистісної та реактивної тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна; оцінювання рівня депресії за тестом Бека, а також дослідження рівня алекситимії, видів акцентуації характеру за їхньої наявності та механізмів психологічного захисту. Ультразвукове дослідження органів малого таза, щитоподібної залози, грудних залоз, виявлення ультразвукових маркерів ПД та доплерометричне дослідження матково-плацентарно-плодового кровообігу проводили із застосуванням апарату Siemens-250 (Австрія). У ході роботи було запропоновано лікувально-профілактичну програму прекоцепційної підготовки, яка була доповнена диференційованими модифікованими підходами до психологічної корекції. Серед них перевагу надавали дихальній гімнастиці та арт-терапії, зокрема таким видам: тілесно-орієнтованій терапії, музичній терапії, ізотерапії, казкотерапії, мандалотерапії та роботі з пластичними матеріалами. Для пацієнток з тривожним та депресивним типом було використано психологічні підходи, реалізовані у ролевій грі, та особистісно-орієнтоване консультування.

Усі види статистичного оброблення виконано за допомогою стандартного пакета «Statistica for Windows – 6,0».

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу вікових особливостей обстежених жінок виявлено, що їхній вік коливався від 18 до 45 років. Найбільший відсоток становила вікова категорія від 18 до 30 років (71,66%), що дозволило припустити достатньо високу поінформованість та обізнаність жінок молодого віку щодо доцільності психопрофілактичної підготовки до вагітності та пологів, бажання залучити до процесу супроводу вагітності чоловіка чи членів сім'ї. Аналіз соціального статусу дозволив встановити обтяжений репродуктивний анамнез частіше у працюючих жінок, які займали керівні та відповідальні службові посади, що не виключає стресіндукованого чинника зайнятості. Значущим був рівень вищої освіти (75,83%) та показник жителів міста ( $p < 0,05$ ). Стосовно кількості вагітностей, то перша вагітність спостерігалась у 35,00% жінок, тоді як повторна – у 60,83% жінок, третю та більше вагітностей фіксували тільки у 4,17%.

У даному дослідженні під час оцінювання формування ПКГД виявлено, що чисті типи ПКГД реєстрували дуже рідко. Це, очевидно, пов'язано з оцінкою даного показника на ранніх термінах вагітності. Було прийнято вважати сприятливими щодо перебігу вагітності оптимальний (у тому числі оптимально-тривожний, оптимально-гіпестогнозичний) та змішані типи, а чисті тривожні, депресивні, ейфоричні і гіпестогнозичні типи – несприятливими.

Згідно з отриманими результатами, у контрольній групі найбільш часто відзначали оптимальний тип ПКГД (95,00%), який корелював із найбільш сприятливим перебігом вагітності та пологів. Найвагомішу частку серед несприятливих типів гестаційної домінантності становив тривожний тип ПКГД – 51,66% спостережень, гіпестогнозичний тип відзначено у 21,66% випадків. Для пацієнток, у яких у ході моніторингу вагітності виявили ПД та її ускладнення, характерним було переважання несприятливих типів ПКГД, що супроводжували весь гестаційний період. Гіпестогнозичний та ейфоричний типи у вибірці відзначено в основному тільки у складі комбінованого варіанта – у 9,16% та 17,52% спостережень відповідно.

Наступний етап передбачав оцінювання характеру перебігу вагітності та пологів в обстежених жінок із урахуванням типу ПКГД. На найбільшу увагу заслуговують відмінності у частоті передчасних пологів, резистентності до лікування преєклампсії та частіці аномалій пологової діяльності і меди-

каментозної її корекції, які у 2,6 разу переважали у випадках тривожного, ейфоричного та депресивного типів ПКГД. Далеко не всі пологи закінчилися через природні пологові шляхи, і відсоток оперативного розродження у 3,2 разу перевищував дані у групі зі сприятливим типом ПКГД (в основному за рахунок показань, зумовлених ПД та дистресом плода). Преєклампсію різного ступеня тяжкості у 2,2 разу частіше діагностовано у пацієнток з несприятливими типами ПКГД. У 2,0 разу частіше відзначали ПД із об'єктивними критеріями порушення матково-плацентарного кровотоку, а саме – у третині випадків вона супроводжувалася негативними наслідками для плода, зокрема синдромом затримки розвитку плода та дистресом плода під час вагітності.

Отже, експериментально-психодіагностичне дослідження у 120 пацієнток дозволило встановити високий відсоток несприятливих щодо перебігу вагітності типів ПКГД, серед яких найбільш значущими були тривожний та депресивний типи. Також статистично значущою була залежність між особливостями перебігу вагітності та пологів, що мають тісний зв'язок із порушенням плацентарної та гестаційними ускладненнями, які його супроводжують (преєклампсія та дистрес плода), і прогресуванням дизадаптації матково-плацентарного кровообігу. Статистичні обрахунки відношення шансів дозволили відзначити доцільність скринінгу пацієнток з несприятливими психоемоційними факторами, перш за все – тривожного типу та депресивного типу ПКГД, що підвищує ризик розвитку та прогресування ПД у 7,27 разу (OR 7,27; 95 CI: 4,66–11,35). Слід зазначити, що у пацієнток з ускладненим перебігом вагітності, таким, як загроза переривання та невиношування, тривожний та депресивний типи діагностовано практично у половини жінок, включених до дослідження, а у групі пацієнток з клінічними проявами преєклампсії різного ступеня тяжкості визначені тривожний та депресивний типи ПКГД у 2/3 пацієнток.

Результати більш глибокого оцінювання психоемоційного статусу дозволили відзначити навіть у здорових вагітних певні психологічні порушення, які слід розцінити як фізіологічну адаптацію жінки до вагітності, а саме – у третини жінок контрольної групи встановлено збільшення частки вегетоемоційних порушень (підвищена роздратованість, відчуття серцебиття, загальна слабкість, пітливість тощо) разом зі зростанням показників реактивної тривожності. У пацієнток із тривожним та депресивним типом ПКГД, особливо у тих, у яких в анамнезі є епізоди перинатальних втрат, тривале лікування безплідності тощо, вже на догестаційному етапі наявні спільні риси психологічної дизадаптації – прихована тривожність і напруження, посилені соматичними фіксаціями, удвічі проти даних контролю збільшені показники реактивної та особистісної тривожності; у кожній четвертій пацієнтці виявляли ознаки депресивних рис ( $p < 0,05$ ). У випадку патологічного перебігу вагітності (прогресивна ретрохоріальна гематома, загроза мимовільного викидня) ознаки депресії стають домінуючими, з переважанням кількості пацієнток (54,0%) з високими рівнями особистісної та реактивної тривожності у 3,0 разу і більше, ніж у контрольній групі ( $p < 0,05$ ). Тобто вже на прегравідарному етапі у даної категорії пацієнток поступово формується патологічний психологічний стан з домінуванням соматичних фіксацій та вираженою емоційною лабільністю.

Також була визначена психометрична характеристика та проведено оцінювання особистості вагітних основної групи за допомогою спеціалізованих опитувальників, а саме – дослідження рівня алекситимії, видів акцентуації характеру за їхньої наявності, механізмів психологічного захисту порівняно із пацієнтками із оптимальним типом ПКГД. Найчастіше відзначали емотивний тип акцентуації, причому у здорових вагітних із оптимальним ПКГД його виявляли значно рідше, ніж у вагітних з несприятливими щодо перебігу вагітності типами ПКГД. У групі контролю тільки у 3 (15,0%) здоро-

вих вагітних виявлено по одному епізоду невірноваженого, гіпертимного та емотивного типів акцентуації характеру, тоді як у пацієнток з тривожним та депресивним типами ПКГД достовірно частіше відзначали даний тип акцентуації (53,22%). Одночасно було встановлено, що серед пацієнток з гіпогестогнозичним та ейфоричним типами ПКГД, як і серед здорових пацієнток, не виявлено жінок з тривожним та педантичним типом акцентуації характеру. У зазначеній групі, як і у групі здорових вагітних, зареєстровано по одному епізоду невірноваженого та гіпертимного типів акцентуації характеру. Характеризуючи частку виявлення інших типів акцентуації, слід відзначити у жінок з несприятливими щодо перебігу вагітності типами ПКГД переважання відсотку емотивного (34,16%), тривожного (19,16%), демонстративного (11,66%), збудливого (7,5%), екзальтованого (6,66%), циклоїдного (5,83%) та дистимного (3,33%) типів.

Характеризуючи тип психологічного захисту особистості, слід відзначити, що здорові вагітні у 65,0% випадків у якості провідного механізму психологічного захисту використовують компенсацію, рідко – витіснення (20,0%), реактивний захист (10,0%) та регресію (5,0%).

Тоді як у вагітних з несприятливими типами ПКГД провідним механізмом психологічного захисту є заперечення – 33,52%, інтелектуалізація – 23,33%, проекція, обрана близькими та рідними пацієнтки, – 15,83%, а у 14,16% жінок основним механізмом є реактивний захист та у 13,16% випадках – компенсація.

Під час вивчення загальної напруженості всіх захистів виявлено, що у вагітних контрольної групи даний показник не перевищує нормального рівня (50%), тоді як у жінок з різними несприятливими щодо перебігу вагітності типами ПКГД у 44,16% спостереження значення загального напруження психологічних захистів перевищувало 50% поріг. Це свідчило про не вирішені внутрішньоособистісні проблеми та конфлікти і дозволило виявити внутрішній конфлікт з вагітністю у цих жінок як результат конкуренції таких цінностей, як материнство та незалежність, материнство та розваги, материнство та розвиток тощо.

Оцінювання стану кровообігу у системі мати–плацента–плід у другій половині вагітності відповідно до класифікації гемодинамічних порушень за А.Н. Стрижаковим дозволило розподілити отримані результати наступним чином: у контрольній групі достовірних порушень гемодинаміки не виявлено, тоді як у групі вагітних з несприятливими щодо перебігу вагітності типами ПКГД зафіксовано значні гемодинамічні порушення, а саме: II стадію – у 34,16% спостережень, а III стадію – у 9,16%

випадків. Отже, обстеження вагітних з напруженим психоемоційним статусом в анамнезі дозволило виявити гемодинамічні порушення і встановити, що у зазначеній категорії жінок переважають доплерометричні дані більш виражених порушень кровообігу в артеріях пуповини, а також поєднання порушень як у матковій артерії, так і в артерії пуповини.

## ВИСНОВКИ

Експериментально-психодіагностичне дослідження у пацієнток з обтяженим репродуктивним анамнезом дозволило встановити високий відсоток несприятливих щодо перебігу вагітності типів ПКГД, серед яких найбільш вагомими були тривожний та депресивний типи, а також статистично значущу залежність між особливостями перебігу вагітності та станом психоемоційного статусу, що підвищує ризик та прогресування плацентарної дисфункції у 7,27 разу (OR 7,27; 95% CI: 4,66–11,35).

У жінок з групи ризику щодо невиношування та перинальними втратами в анамнезі виявлено багаторічну психотризовну ситуацію, а сам факт вагітності є вагомим психоемоційним стресогенним чинником низки негативних переживань, прихованої тривожності та напруження зі зростанням частки ознак депресивних та астенічних рис.

Результати даного етапу дослідження дозволили відзначити, що у цієї категорії пацієнток, перш за все за наявності тривожного та депресивного типів ПКГД, переважає заперечення, що відображає спробу ігнорувати проблему, пов'язану з вагітністю, та інші дизадаптації, неконструктивні стратегії психологічного захисту, такі, як проекція та інтелектуалізація.

Обстеження вагітних з напруженим психоемоційним статусом в анамнезі дозволило виявити гемодинамічні порушення і встановити, що у зазначеній категорії жінок переважають доплерометричні дані більш виражених порушень кровообігу в артеріях пуповини, а також поєднання порушень як у матковій артерії, так і в артерії пуповини.

На найбільшу увагу щодо особливостей перебігу вагітності заслуговують відмінності у частоті передчасних пологів, резистентності до лікування преєклампсії та частці аномалій пологової діяльності і медикаментозної її корекції, які у 2,6 разу переважали у випадках тривожного, ейфоричного та депресивного типів ПКГД.

*Перспектива подальших досліджень.* Перспективним є подальше вивчення впливу комплексу психокорекції та потенціювання її ефекту медикаментозними засобами у жінок з порушеною репродуктивною функцією.

## Распространенность различных типов психологической доминанты и особенности психоэмоционального состояния у женщин с плацентарной дисфункцией

**Н.В. Якимчук, О.М. Макачук, М.И. Римарчук, Л.М. Вакалюк, О.Н. Островская**

Плацентарная дисфункция – это ключевая проблема акушерства, неонатологии, патологии ante- и перинатального периодов, поскольку функциональная неспособность плаценты приводит к росту частоты невынашивания, синдрому задержки развития плода или его антенатальной гибели, а период беременности, прежде всего в случае патологического его течения, является чрезвычайно сильным психоэмоциональным фактором. Установлено структуру и распространенность типов психологического компонента гестационной доминанты с учетом показателей психоэмоционального статуса у женщин с плацентарной дисфункцией и оценено их влияние на показатели репродуктивных потерь и осложнения течения беременности.

**Ключевые слова:** психологический компонент гестационной доминанты, последствия беременности, психоэмоциональный статус, психологическая коррекция.

## The prevalence of different types of psychological dominant and psycho-emotional state in women with placental dysfunction

**N.V. Yakymchuk, O.M. Makarchuk, M.I. Rimarchuk, L.M. Vakalyuk, O.M. Ostrovska**

Placental dysfunction is a key problem in obstetrics, neonatology, pathology of the ante- and perinatal period, as the functional inability of placenta leads to an increase in the proportion of miscarriage, fetal development delay syndrome, or its antenatal death, and the period of pregnancy, especially in case of its pathological course, is an extremely strong psycho-emotional factor. The structure and prevalence of types of psychological component of gestational dominant with the consideration of psycho-emotional status in women with placental dysfunction were stated as well as their influence on reproductive loss and complication of pregnancy was estimated.

**Key words:** the psychological component of gestational dominant, pregnancy consequences, a psycho-emotional factor, a psychological correction.

**Сведения об авторах**

**Якимчук Наталья Викторовна** – Кафедра акушерства и гинекологии имени И.Д. Ланового Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (050) 588-90-99. *E-mail: nataliya.yakumchuk@gmail.com*

**Макарчук Оксана Михайловна** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (050) 521-01-92. *E-mail: o\_makarchuk@ukr.net*

**Римарчук Марьяна Ивановна** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (067) 177-40-50. *E-mail: mariyana@meta.ua*

**Вакалюк Любомир Мирославович** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (050) 964-71-54

**Островская Оксана Николаевна** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (067) 747-69-90

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Romanenko TH. Placental dysfunction as a predictor of miscarriage. *Reproductive endocrinology*. 2017;1(33):77-80.
2. Kudinova W. Prognosis of placental insufficiency from the early stages of pregnancy using artificial intelligence systems. *Reproduktyvne zdorovia zhinky*. 2007;4(33):92-4.
3. Ventskivs kyy BM, Kostyuk AL, Byelov OO. Prediction of miscarriage by means of a comprehensive assessment of the somatotypological and psychological status of pregnant. *Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*. 2011;6:70-2.
4. Milovanov AP. Pathology of system mother-placenta-fetus: guidelines. Moscow. Medicine. 1999:448 p.
5. Blokh ME. Personal and socio-psychological characteristics of women of reproductive age with gynecological pathology at the planning stage of pregnancy [dissertation]. SPb;2012.62 p.
6. Zakharov RI, Yefanova TS. Impact of psycho-emotional state and psychosomatic diseases on the development of mental disorders in pregnant women with habitual miscarriage. *Psychotherapy*. 2011;10:8-9.
7. Korolenko TP, Dmitriyeva NV, Perevoshina JM, Kozyreva TS. Use of adaptive psychological defenses in the treatment of deviant behavior. *Siberian Pedagogical Journal*. 2014;6:143-9.
8. Fleyshman AN. Methods for assessing the psycho-emotional and vegetative status in pregnant women. *Novosibirsk*;2012.222 p.
9. Vorobey LI. Modern aspects of diagnosis and prevention of pregnancy complications in women with a history of perinatal loss. *Family medicine*. 2016;3(65):148-152.
10. Kwon MK, Bang KS. Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. *J Korean Acad Nurs*. 2011;41(2):276-83. doi: 10.4040/jkan.2011.41.2.276.
11. Eidemiller EG, Dobriakov IV, Nikolskaia IM. Family diagnosis and family psychotherapy. A manual for doctors and psychologists. SPb; 2006:352-4.
12. Dobriakov IV. Development and validation of methods for determining the variant of the psychological component of the gestational dominant. *Mental health*. 2011;9:75-80.
13. Hasiuk MB, Ishchuk OU, Shevchuk HS. Use of a psycho image for the psychological preparation of a pregnant woman before childbirth (30-40 weeks of pregnancy). *Psykhoholohiia i suspil stvo*. 2006;3:140-8.

*Статья поступила в редакцию 24.06.2019*