

Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів

І.А. Анчева

Одеський національний медичний університет

У статті розкрито поняття стресу, його детермінанти у вагітних, визначено можливі наслідки для дитини, яка під час внутрішньоутробного розвитку переживала стрес. Розглянуто класичні та наведено деякі новітні методи психопрофілактики, психокорекції стресових станів у жінок під час вагітності та пологів. Зазначено переваги і недоліки некласичних методів психопрофілактики та психокорекції стресу у жінок, які виношують дитину.

Ключові слова: стрес, вагітність, пологи, психокорекція, психопрофілактика.

Дослідження проблематики та психопрофілактики стресу здійснюється вже не один десяток років. Для визначення різноманітних психічних станів людини у важких умовах вчені (В.О. Бодров, Л.В. Бороздіна, Л.А. Китаєв-Смик, Р.С. Лазарус, Н.І. Наєнко, Ю.А. Олександровський, Г. Сельє, Ч.Д. Спілбергер, М. Франкенхойзер та ін.) використовують різні поняття: психічне напруження, емоційні переживання, емоційне збудження, нервово-психічне напруження, стрес, емоційне напруження, тривожність тощо. Однак найбільш поширеним поняттям останнім часом є «стрес», яке в наукових надбаннях висвітлюється в трьох основних значеннях.

По-перше, стрес – це будь-які зовнішні стимули або події, що зумовлюють у людини сильне напруження або збудження, які негативно відбиваються на її організмі. На сучасному етапі у цьому значенні використовують терміни «стресор» та «стрес-фактор».

По-друге, стрес – це суб'єктивна реакція, яка відбиває внутрішній психічний стан людини, що характеризується напруженням і збудженням.

По-третє, стрес – це фізична реакція організму на вимоги, що висуваються, або шкідливий вплив.

Тобто стрес – це неспецифічна риса фізіологічних і психологічних реакцій організму за сильних, екстремальних для нього впливів, що зумовлюють інтенсивні прояви адаптаційної активності. Ці реакції спрямовані на підтримку поведінкових дій і психічних процесів з подолання цих стресових ефектів. Одним із таких станів можна вважати вагітність, за якої постає необхідність вирішення різноманітних завдань, пов'язаних зі зміною соціальних ролей і афективно-смысловими перебудовами особистості (Авксентьева М.В., 1994; Воловик В.М., 1980; Безрукова О.М., 1998; Брутман В.І., Родіонова М.С., 2005; Філіппова Г.К., 2000; Ленд П., 2003; Палуд М., 2003), досягненням материнської ідентичності (Овчарова Р.В., 2003; Герасимова Н.Ю., Шнейдер Л.Б., 2003; Філіппова Г.Г., 2000). Вагітність спонукає жінку до особистісного самовизначення у цей період. Наведені фактори формують підґрунтя для психологічних передумов виникнення стресу, але існують і фізіологічні детермінанти виникнення стресу. Так, аналіз літературних джерел свідчить про досить велику кількість наукових досліджень з позиції висвітлення проблематики вагітності. Науковцями виділяються різні чинники, які детермінують ускладнення за виношування вагітності: екологічні, психологічні, генетичні, онтогенетичні, соціальні та ін. Серед особливостей психологічного стану вагітної, які впливають на розвиток дитини, відзначають: стреси, депресивні стани, психопатологічні особ-

ливості, їхнє виникнення і загострення в різні періоди вагітності [15, 20].

На тлі демографічної кризи особливо тривожним стає негативна проекція феномена збільшення «серед жінок, які планують вагітність, і кількості вагітних жінок, які вживають психотропні препарати» [5, 13, 17]. При цьому основна маса сучасних досліджень присвячена медико-соціальним проблемам післяпологового періоду, у той час як зміни психіки жінки в період вагітності здебільшого не вивчені. Вважається, що рівень тяжких психічних розладів у період вагітності є таким самим або навіть нижчим у порівнянні з післяпологовим. Так, післяпологовий психоз виявляють з частотою 1–2 на 1000 пологів [3, 12].

Психічні розлади періоду вагітності є збіркою нозологічною групою. При цьому відзначається, що вагітність сама по собі не є причиною психозів, а може лише провокувати початок або загострення вже наявних психічних порушень. Стресогенні чинники, які тісно пов'язані з вагітністю, можуть зумовлювати появу різних психічних розладів як супровідні. При цьому велике значення мають психологічні труднощі (сімейна дисгармонія, самотність, смерть близьких тощо) [6].

Варто відзначити, що на «тяжкість» стресу під час вагітності впливає не сама подія, яка стала його причиною, а реакція вагітної на те, що сталося. Тривалі і бурхливі переживання впливають на багато життєво важливих систем організму, але в першу чергу страждає нервова система вагітної. Якщо жінка пережила сильний стрес під час вагітності, наслідки цієї події можуть виражатися в наступних станах: запаморочення; прискорене серцебиття; тремор кінцівок; підвищений артеріальний тиск; підвищена нервозність без жодних причин; знижена працездатність; поганий апетит; млявість; апатія; порушення сну тощо. На сьогодні не ставиться під сумнів той факт, що зазначені вище фактори впливають і на розвиток нервової системи дитини.

Останні дослідження засвідчили, що у дітей, матері яких переживали під час вагітності стрес, низькі показники за шкалою Апгар при народженні. У майбутньому вони зазнають труднощів з адаптацією в колективі, схильності до різних фобій і страхів, часто бувають гіперактивними [3, 9].

В особливо критичних ситуаціях дуже сильний стрес під час вагітності може призвести до гіпертонусу матки, а такий стан загрожує мимовільним перериванням вагітності (викиднем) або передчасними пологами.

Крім впливу на нервову систему організму, стрес також пригнічує і без того ослаблену імунну систему майбутньої матері. Уже давно помічено, що у вагітних, які постійно перебувають у напруженій психологічній обстановці, частіше діагностують простудні захворювання, ніж у інших вагітних. А у дітей таких матерів часто спостерігається алергічна або астматична реакція [8, 12].

Наслідки стресу під час вагітності відображаються і на гормональній системі жінки. Нервово напруження підвищує вироблення гормонів глюкокортикоїдів, які впливають на роботу печінки і формування плаценти. Також високий рівень цього гормону в крові збільшує ризик розвитку захворювань серцево-судинної системи або цукрового діабету. Ці стани можуть призвести до народження недоношених малюків або новонароджених з низькою масою тіла. Уже давно встановлено, що поcutтя і емоції, які відчу-

ває вагітна, передаються дитині. Тому, коли жінка, що виношує малюка, перебуває у стресовому стані, цей стан відчуває і її дитина. У момент переживання майбутньою мамою нервового потрясіння відбувається спазм судин, і дитина в її животі відчуває кисневе голодування, а також брак поживних речовин. Часто повторювані, такі стани можуть призвести до гіпоксії плода.

Зважаючи на різноманітні соціальні, економічні, екологічні та політичні обставини в країні, сьогодні гостро постає питання про супровід жінки під час вагітності, особливо впровадження психопрофілактичної підготовки до пологів, який повинен включати комплекс психопрофілактичних, психотерапевтичних та фізичних заходів [8, 9]. Основними завданнями психофізичної підготовки вагітних до пологів є: вироблення у жінок свідомого ставлення до вагітності та сприйняття пологів як логічного фізіологічного процесу, створення сприятливого емоційного фону та упевненості у нормальному перебігу вагітності й майбутніх пологів, вироблення навиків з подолання страху перед пологами й можливим больовим відчуттям [11].

Лікарям слід рекомендувати під час консультації звертати увагу на характерологічні особливості жінки, її емоційні та вольові якості, ставлення до вагітності, характер взаємин у родині, наявність психічних травм, уточнювати уявлення вагітної про пологи, обґрунтованість страху перед ними, страх болю [10]. У випадках, коли у лікаря з'являються сумніви щодо психічного здоров'я вагітної чи під час консультування виявляються які-небудь психологічні проблеми, то при необхідності пацієнтку слід направляти на додаткову консультацію психолога або психотерапевта. Ставлення жінки до вагітності та пологів формується під впливом різних чинників, включаючи соціальні, морально-етичні, економічні та інші, й залежить від особливостей особи вагітної [1, 2, 14]. Так, до особистих чинників можна віднести: об'єктивно-особисті (вікові кризи, особливості) та суб'єктивно-особисті (особливості вищої нервової діяльності, темпераменту, наявність «минулого стресового досвіду», неадекватна самооцінка, підвищена особистісна тривожність, напруженість, агресивність, ригідність, мотиваційні особливості та ін.). Слід також враховувати чинники, що пов'язані з особливостями діяльності вагітної – учбовою, професійною та професійною [19]. Наприклад, порушення організації праці, інформаційні перевантаження та інше негативно впливають на психологічне самопочуття вагітної.

Отже, актуальність переживання психологічного стресу саме у вагітних зумовлюють багато різних чинників, серед них: соціальні – до даної групи чинників належать соціально-політична та соціально-економічна нестабільність у суспільстві, соціальні проблеми, у тому числі безробіття, соціальні конфлікти, проблеми молодих сімей [5, 18]; соціально-психологічні – тобто проблеми, пов'язані з соціальними та міжособистісними стосунками різного типу, позиційні та емоційні конфлікти, комунікативні проблеми, окремі несприятливі психологічні прояви малої групи [16].

У цілому під психопрофілактикою у медицині прийнято розуміти «систему заходів, направлених на вивчення психічних дій на людину, властивостей її психіки та можливостей запобігання психогенним і психосоматичним хворобам» [2, 16]. Розрізняють первинну, вторинну та третинну психопрофілактику [7, 15].

Первинна психопрофілактика «включає охорону здоров'я майбутніх поколінь, вивчення та прогнозування можливих спадкових захворювань, гігієну браку і зачаття, охорону матері від можливих шкідливих впливів на плід й організацію допомоги вагітним, раннє виявлення пороків розвитку у новонароджених, своєчасне застосування методів лікувально-педагогічної корекції на всіх етапах розвитку» [1, 3].

Вторинна психопрофілактика – це система «заходів, направлених на запобігання небезпечного для життя або несприятливої течії психічного, що почалося, або іншого захворювання» [8, 14]. Виділяють і визначають ще один вид – третинну профілактику.

«Третинна профілактика – система заходів, направлених на запобігання виникненню інвалідності при хронічних захво-

рюваннях. У цьому велику роль відіграє правильне використання лікарських та інших засобів, застосування лікувальної і психологічної корекції й систематичне використання заходів реадптації» [6, 8, 9, 14].

До загальних методів психопрофілактики, які застосовують під час вагітності, можна віднести індивідуальні бесіди та лекції, що спрямовані на: усунення негативних емоцій, пов'язаних з пологами і страхом перед ними; формування у жінки свідомого ставлення до вагітності; сприйняття пологів як фізіологічного процесу, а також створення позитивного емоційного фону і формування впевненості у сприятливому перебігу вагітності та завершенні пологів.

Правильно організована психопрофілактична підготовка жінки до пологів сприяє усуненню негативних емоцій, страху перед пологами і болем, а також дозволяє знизити кількість анагетиків, які використовують протягом пологів. Однією з цілей психопрофілактики пологів є запобігання болю за допомогою дії на психіку і «позбавлення» від цього рефлексу, щоб з думкою про перейми було пов'язано уявлення не про біль, а про те, що справа рухається вперед [1]. Основна мета психопрофілактичної підготовки – навчити жінку не боятися пологів, слухатися вказівок лікаря під час пологів і переключати увагу з больових відчуттів на що-небудь інше, навчити різним способам дихання під час перейм і в момент народження голівки плода. Така підготовка дає можливість легше перенести пологи і є найбезпечнішим методом знеболювання пологів.

Останнім часом довели свою ефективність і такі психотерапевтичні методики, як індивідуальна раціональна психотерапія, психоаналітичне консультування, тілесно-орієнтована психотерапія; АРТ-терапія, психічна саморегуляція та сімейна психотерапія. Інколи, зважаючи на особливості організму і місцеві можливості, використовують ще й оригінальні методи, такі, як йога, гаптомія, софрологія, спів перед пологами, музикотерапія, або інші, ближчі до медичної практики, такі, як акупунктура або гомеопатія. Усі ці методи можуть принести велику користь. Але жоден з них, цікавий і корисний сам по собі, не дає достатньої підготовки і не замінює класичних методів.

Так, наприклад, заняття *йогою* повинні супроводжуватись класичною підготовкою до пологів, яку вони не можуть замінити. Ці заняття, призначені для вагітних, зазвичай веде лікар або акушер. Вони продовжуються в середньому близько години, проводяться один або двічі на тиждень. Можна також робити ці вправи вдома щодня по 15–20 хв. Йогою не можна займатися, не навчившись розслабитися, щоб володіти своїм тілом, диханням, різними відчуттями, наприклад відчуттям тепла тощо [2, 9].

Гаптомія не є власне методом підготовки до пологів. Вона розроблена у Нідерландах, пізніше упроваджена у Франції Ф. Вельдманом у 1978 р. Гаптомія (від грецьк. «дотик», потім – «закон») означає «зведення законів, які управляють серцем і відчуттями». Це – наука любові. Контакти з дитиною починаються задовго до її народження. У животі матері плід – уже жива істота, яка спілкується з іншими людьми. Сеанси проводять індивідуально. Зазвичай проводять один сеанс на самому початку вагітності, потім другий, коли з'являються перші рухи дитини, до четвертого або п'ятого місяця, потім по одному сеансу кожного місяця до кінця вагітності. Основний мінус цього методу – те, що він дає мало інформації про перебіг вагітності і пологів [8].

Хоча гаптомія і не є безпосередньо підготовкою до пологів, вона може чинити сприятливу дію і в цьому відношенні, оскільки учить інакше відноситися до болю. Жінку вчать концентруватися не на собі, а на дитині, вона «продовжує мати себе» в іншій людині, майже як сліпі вчать вважати свою тростину продовженням своєї руки. Після цього вона продовжуватиме себе в дитині під час пологів, у момент виходу, і цей зв'язок і сильна любов дозволять їй краще впоратися з болем. Гаптомія навчає давати переймам можливість змінити тіло і дозволити дитині народитися як можна спокійніше.

Софрология (від грецьк. «гармонія», «свідомість», «знання») не ставить за мету підготовку лише до пологів, але в більш широкому сенсі – до ролі батьків. Її метою є дати жінці можливість досягти фізичної і психологічної рівноваги, яка корисна і для розвитку вагітності, і для пологів, і для майбутніх стосунків батьків з дитиною. Метод розроблений в Іспанії на початку 60-х років ХХ століття, переважає розслаблення за допомогою гіпнозу. Софрологічна підготовка починається на п'ятому місяці та проводиться у групах. Вона вимагає досить значної особистої участі. Необхідно тренуватися близько двадцяти хвилин щодня [8, 16].

Для визначення ефективності проведеного циклу занять з психопрофілактики можна використовувати деякі психологічні тести, застосовуючи їх у вагітних на початку кожного заняття і після його закінчення або на початку першого заняття та після закінчення останнього. Психічну підготовку вагітних до пологів слід поєднувати з фізичними вправами. Систематичними заняттями гімнастикою за вагітності оптимізують функціональний стан життєво важливих органів і систем, підвищують захисні сили організму, адаптують його до фізичних навантажень у майбутніх пологах.

Підсумовуючи викладене вище, зазначимо, що проблема стресу останніми роками набуває своєї актуальності у світовій

Психопрофілактика стресса во время беременности и родов

И.А. Анчева

В статье раскрыто понятие стресса, его детерминанты у беременных, определены возможные последствия для ребенка, который во время внутриутробного развития переживал стресс. Рассмотрены классические и приведены новейшие методы психопрофилактики, психокоррекции стрессовых состояний у женщин во время беременности и родов. Определены преимущества и недостатки неклассических методов психопрофилактики и психокоррекции стресса у женщин, вынашивающих ребенка.

Ключевые слова: стресс, беременность, роды, психокоррекция, психопрофилактика.

науці та практиці. Сьогодні, з одного боку, накопичена значна кількість багатопланових досліджень різних видів стресу – стрес життя, посттравматичний, професійний стрес тощо, з іншого – значна кількість авторів відзначають складність та багато у чому суперечність, недостатність концептуальної методологічної розробки даного феномену. Інтенсивний темп життя, надзвичайно насичене інформаційне середовище, високий рівень щоденної стресової дії, екологічне неблагополуччя – усе це негативно відбивається на психофізіологічному стані вагітних. Навіть практично здорові жінки протягом генеративного періоду знаходяться у стані біологічної та психологічної кризи. Супроводження та консультування вагітних з високим ризиком розвитку стресу мають бути комплексними у поєднанні з перинатальною психотерапією.

Під час вагітності і народження дитини мають бути активізовані багаторівневі психічні ресурси особистості жінки, укріплені такі психічні функції, як воля, самоконтроль, цільові установки і найважливіші життєві екзистенції. Досвід свідчить, що застосування психокорекційних та психотерапевтичних заходів необхідно для психокорекції психосоматичного стану жінок, а також для формування позитивної мотивації вагітності та формування домінанти пологів.

Psycho-prevention of stress during pregnancy and childbirth

Ancheva Irina

The author reveals in the article the concept of stress of its determinant in women who are expecting a child, the possible consequences for a child who during the intrauterine development has been exposed to stress. Classic ones are considered and the newest methods of psycho-prevention, psycho-correction of stressful conditions in women during pregnancy and childbirth are presented. The advantages and disadvantages of nonclassical methods of psycho-prevention and psycho-correction of stress in women bearing a child are determined.

Key words: stress, pregnancy, childbearing, psycho-prevention, psycho-correction.

Сведения об авторе

Анчева Ирина Анатольевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета, 65082, г. Одесса, пер. Валиховский, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Перинатальная психология: теория, методология, опыт / В.В. Абрамченко, П.П. Коваленко // Петро-заводск: ИнтелТек, 2004. – 350 с.
2. Астахов В.М. Психологическое сопровождение беременных в современных условиях / В.М. Астахов, О.В. Бацилева, И.В. Пузь // Здоровье женщины. – 2014. – № 4 (90). – С. 58–61.
3. Варакина Г.Н. Особенности течения беременности и развития симптомов угрожающего абортa у женщин под влиянием характерологических психосоциальных факторов: Автореф. дисс. ... канд. псих. наук / Варакина Г.Н. – Казань, 2002. – 24 с.
4. Вознесенская Т.Г., Федотова А.В., Фокина Н.М. Персен-форте в лечении тревожных расстройств у больных психовегетативным синдромом // Лечение нервных болезней. – 2002. – № 3 (8). – С. 38–41.
5. Давыдкин Н.Ф. Применение гипербарической оксигенации в комплексном лечении хронической плацентарной недостаточности / Н.Ф. Давыдкин, О.И. Денисова, Ю.А. Артюх // Вестник восстановительной медицины. – 2010. – № 5. – С. 65–67.
6. Касьянова О.А. Социально-психологические факторы подготовки женщин к беременности, родам и материнству: Автореф. дисс. ... канд. псих. наук / Касьянова О.А. – Ярославль, 2005. – 22 с.
7. Кочарян А. Беременность как эмоционально трудная ситуация / А. Кочарян, В. Кузнецова // Психологічні перспективи. – 2009. – Вип. 13. – С. 230–236.
8. Нікогосян Л.Р. Принципи організації психопрофілактичних заходів у вагітних жінок / Л.Р. Нікогосян, К.В. Аймедов, О.В. Сазонов // 15-й міжн. мед. конгрес студентів та молодих вчених. – Тернопіль: ТДМА, 2011. – С. 181.
9. Піотрович Л.М. Стан репродуктивного здоров'я населення України / Л.М. Піотрович // Вісник наукових досліджень. – 2004. – № 2. – С. 82–86.
10. Подольський В.В. Стан імунітету у жінок фертильного віку з алкогольною інтоксикацією / В.В. Подольський, В.П. Чернишов, Л.А. Охріменко // Збірник наукових праць

11. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2009. – С. 471–480.
11. Приб Г.А. Медико-соціальна експертиза обмежень життєдіяльності у психічно хворих / Г.А. Приб // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т. 1, № 2 (2). – С. 15–20.
12. Психосоматические аспекты беременности / А.А. Северный, К.В. Соловьев, Р.И. Шалина, Т.А. Баландина // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 4. – С. 17–22.
13. Русалов В.М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложненной беременностью / В.М. Русалов, Л.М. Рудина // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 6. – С. 16–26.
14. Степанова П.А. Влияние физиопсихопрофилактической подготовки на течение беременности и родов у первородящих женщин старше 30 лет / П.А. Степанова, Н.А. Икифоровский, Н.Г. Каткова // Акушерство и гинекология. 1976. – № 5. – С. 43–44.
15. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Г.Г. Филиппова. – М.: УРАО, 2005. – 328 с.
16. Чернуха Е.А. Партнерство в родах / Е.А. Чернуха, И.А. Короткова // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 56–58.
17. Шелехов И.Л. Влияние типа акцентуации личности и структуры ценностей на формирование материнской функции беременных женщин: Автореф. дисс. ... канд. псих. наук / Шелехов И.Л. – Томск, 2006. – 20 с.
18. Davidson J.R.T. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder // J. Clin. Psychiatry. – 2001. – Vol. 62. – P. 46–50.
19. Li X. Unfolding the action of progesterone receptors / X. Li, B.W. O'Malley // J. Biol. Chem. – 2003. – Vol. 41. – P. 39261–39264.
20. Sentker R. Stress in Kinderzimmer. Psychologie heute. – 2003. – P. 46–49.

Статья поступила в редакцию 18.06.17