

Гестоз з точки зору перинатальної психології

С.І. Жук, О.Д. Щуревська

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Преєклампсія є клінічним проявом дезадаптації організму вагітної на фізіологічному і психологічному рівнях.

Мета дослідження: визначення особливостей психо-емоційного статусу вагітних з преєклампсією за результатами психологічного тестування за допомогою анкет визначення рівня тривожності за методикою Спілбергера–Ханіна та дослідження психологічного компонента гестаційної домінан-ти за методикою І.В. Добрякова [3].

Матеріали та методи. Предметом даного дослідження стали результати клініко-лабораторного і психологічного тестування 90 жінок у III триместрі вагітності. У 50 жінок діагностували преєклампсію помірного і важкого ступеня, і вони були включені до основної групи, а 40 жінок, які мали фізіологічний перебіг вагітності, були включені до групи контролю.

Результати. Виявлено патологічні підтипи психологічного компонента гестаційної домінанти за методикою В.І. Добрякова і підвищення рівня тривожності за методикою Спілбергера–Ханіна. Високий рівень тривожності, відсутність сформованої домінанти вагітності або наявність її патологічних підтипів у разі гестозу є одночасно як відображенням дезадаптації всього організму, так і неготовності самої жінки до трансформації своїх стереотипів поведінки відповідно до потреб нового стану – вагітності і майбутніх пологів, що надалі буде мати віддалені наслідки навіть у нащадків [5].

Заключення. Доведено необхідність проведення психологічного консультування вагітних і корекції виявлених порушень періоду гестації.

Ключові слова: вагітність, пологи, преєклампсія, перинатальна психологія, тривожність, гестаційна домінанта.

Актуальність вивчення психосоматичного статусу вагітних анабуває все більшого значення у сучасному акушерстві, оскільки незаперечним є факт, що абсолютно для всіх жінок вагітність є не тільки просто медико-біологічним процесом дозрівання плода із заплідненої яйцеклітини, а й новим психофізіологічним феноменом, який пов'язаний зі змінами в її психіці. Ці зміни, на думку різних авторів [1, 2], часто відбуваються на межі з патологією і зумовлені балансом чи дисбалансом між екстрагенітальними (соматична патологія, індивідуально-психологічні особливості самої жінки) і генітальними (фізіологічні особливості жіночої статевої сфери, наявність гінекологічної і акушерської патології) факторами. Цей психосоматичний підхід доводить, що як психологічний стан жінки може мати вплив на перебіг вагітності, так і ускладнений перебіг вагітності може стати додатковим психотравмуючим агентом для її емоційної сфери. Тому у багатьох зарубіжних країнах є обов'язковим моніторинг психологічного статусу вагітних з метою прогнозування і корекції можливих ускладнень.

Одним з найсерйозніших ускладнень вагітності є преєклампсія, частота якої становить близько 10% [6]. Ця патологія є клінічним проявом дезадаптації материнського організму, в тому числі і на психологічному рівні.

Мета дослідження: визначення особливостей психо-емоційного статусу вагітних з преєклампсією за результатами психологічного тестування за допомогою анкет визначення рівня тривожності за методикою Спілбергера–Ханіна та дослідження психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) за методикою І.В. Добрякова [3].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Предметом даного дослідження стали результати клініко-лабораторного і психологічного тестування 90 жінок у III триместрі вагітності. У 50 жінок діагностували преєклампсію помірного і важкого ступеня, і вони були включені до основної групи, а 40 жінок, які мали фізіологічний перебіг вагітності, були включені до групи контролю.

Хоча статистично достовірної різниці у віці між групами не було: середній вік основної групи становив $27,8 \pm 7,2$ року, контрольної – $24,8 \pm 5,3$ року, привертає увагу дещо вищий середній вік в основній групі. Оскільки паритет може мати вплив на результати дослідження психологічного статусу, критерієм включення до даного дослідження була наявність першої вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Психосоматичні порушення в акушерстві не спричинюють органічного пошкодження того чи іншого органу, але наявність супутньої екстрагенітальної чи гінекологічної патології може бути фоном для їхнього розвитку. Зокрема, у вагітних обстежуваних груп під час аналізу даних анамнезу зафіксовано, що в основній групі майже в 1,5 разу частіше виявляли хронічну екстрагенітальну патологію (щитоподібної залози, нирок, травного тракту, вегетативну дисфункцію та ін.), а також гінекологічну патологію (порушення оваріально-менструального циклу, патологію шийки матки, безплідність та ін.), що є характерним «багажем» для такої вікової категорії і базисом для трансформації в ускладнення вагітності.

Під час гестації під впливом зовнішніх і внутрішніх впливів відбувається комплексна психо-нейроендокринна перебудова всього організму, спрямована на формування материнської домінанти. Вона повинна забезпечити нормальний перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду, гальмуючи для цього роботу інших центрів, що їй заважають. Домінанта складається з фізіологічного і психологічного компонентів, і тому наявність супутньої патології може призвести до несвоєчасного, неповноцінного або патологічного її формування. Низка психологічних тестів дозволяє дослідити нервово-психічний статус вагітної, її соматичний статус, відношення до вагітності, майбутніх пологів і післяпологового періоду, але найбільшого поширення набув тест відношення до вагітності І.В. Добрякова, за допомогою якого можна визначити тип ПКГД – сукупність механізмів психічної саморегуляції, що включаються у жінки за настання вагітності. Вони спрямовані на збереження гестації та створення умов для розвитку майбутньої дитини, формують ставлення жінки до своєї вагітності, її поведінкові стереотипи.

Визначають п'ять типів ПКГД, а саме: оптимальний, гіпогестогностичний, ейфорійний, тривожний та депресивний.

Як правило, досить рідко фіксують «чисті» типи ПКГД, частіше виявляють їхнє поєднання з переважанням того чи іншого типу. Під час трактування результатів до так званої безпечної групи відносять оптимальний підтип чи оптимально-ейфорійний підтип ПКГД (з незначними показниками ейфорійного типу – 1–2 бали). До групи мінімального ризику відносять оптимально-гіпогестогностичний чи оптимально-тривожний підтипи (з незначними показниками гіпогестогностичного типу – 1–2 бали). Решта підтипів вважаються такими, що вимагають уваги і проведення психопрофілактичної роботи.

Кількісне оцінювання отриманих результатів виявило певну закономірність: при наростанні ступеня преєклампсії у жінок визначається переважання тривожного і депресивного типів ПКГД і відсутність оптимального і ейфорійного типів (мал. 1). Але 60% вагітних з преєклампсією і навіть 10% з фізіологічним перебігом вагітності мали підтипи, які вимагали консультації і подальшої з ними роботи психологів. Під час якісного оцінювання переживань вагітних у жінок з преєклампсією, особливо з преєклампсією тяжкого і середнього ступенів, на перший план вийшли переживання стосовно майбутнього розродження: «Я постійно думаю про майбутні пологи і боюсь їх» або «Коли я замислююся про майбутні пологи, мій настрій погіршується, оскільки я не сумніваюся у їхньому поганому завершенні» і стосовно стану новонародженого: «Я часто думаю про те, що дитина, яку я виношую, буде неповноцінною, і дуже цього боюсь» або «Я постійно тривожусь про стан дитини, яку виношую, і намагаюсь її відчутти». У жінок з фізіологічним перебігом вагітності частіше переважали переживання щодо майбутніх пологів.

Наявність патологічних підтипів може бути зумовлена багатьма моментами: для вагітної лише один факт госпіталізації і знаходження у стаціонарі, а тим більше у відділенні інтенсивної терапії, є серйозним психотравмуючим фактором. До цього додаються застосування численних лікарських препаратів, проведеного обстежень, питання про дострокове розродження і відповідно можливий сумнівний прогноз стосовно внутрішньоутробного стану плода і новонародженого. Тривожність є абсолютно обґрунтованою і може посилювати її переживання аж до депресії, посилювати соматичний компонент, оскільки жінка при цьому не отримує відповідного оцінювання і допомоги.

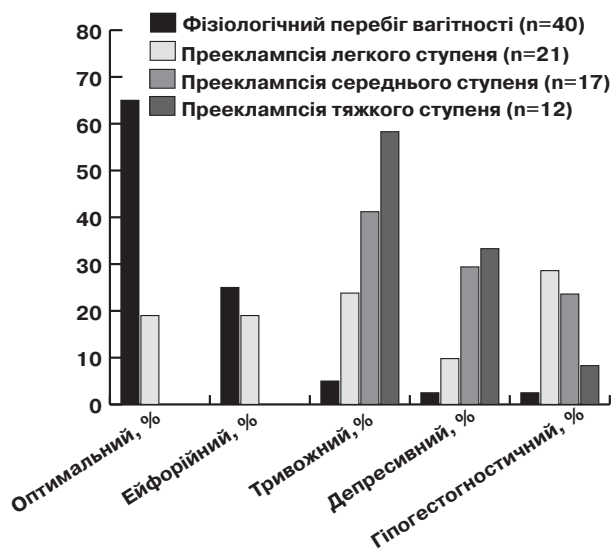
Депресивний підтип ПКГД проявляється різко зниженим настроєм, позаяк жінка, яка мріяла про дитину, починає говорити, що тепер вже не хоче цієї вагітності, не вірить у здатність народити здорову дитину і боїться своєї смерті. У деяких випадках нерозуміння її стану медичним персоналом і близькими родичами може ще більше погіршити ситуацію.

Тобто, гестоз для вагітної є додатковою кризою, що вимагає специфічної допомоги. Як зазначає Н.В. Боровикова: «Синдром вагітності переживається на несвідомому рівні і має певні часові рамки» [4]. У випадку гестозу, можливо, несформованість домінанти вагітності може бути пов'язана саме з часовим фактором, оскільки маніфестація даного ускладнення розвивається значно раніше періоду доношеної гестації. Отже, моніторинг психологічного статусу і його корекція повинні проводитися, починаючи з ранніх термінів вагітності.

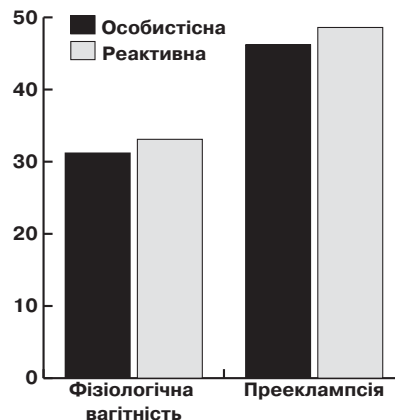
Емоційні переживання вагітних за тієї чи іншої патології, як і при неускладненому перебігу вагітності, можуть не відповідати реальній картині і характеризуватися різним рівнем тривожності (набута поведінкова диспозиція, що спонукає людину сприймати широке коло об'єктивно безпечних подій як загрозу, тобто її інтенсивність не відповідає справжній величині небезпеки). Рівень тривожності корелює з рівнем захворюваності. Дослідження тривожності за методикою Спілберґера–Ханіна дозволяє оцінити ступінь особистісного сприйняття тієї чи іншої патології (мал. 2).

Відповідно до отриманих результатів дослідження рівня тривожності у жінок з фізіологічним перебігом вагітності переважає середній рівень особистісної і реактивної тривожності, а у жінок з преєклампсією – високий.

Реактивна тривожність відображає рівень тривожності в даний момент як реакція на стрес чи акушерську патологію (у даному випадку – гестоз). Високий її рівень характеризується напруженням, неспокоєм, нервозністю, пригніченим настроєм, аж до депресії (наростає зі ступенем тяжкості гестозу відповідно до визначення підтипів ПКГД). Тривожність як стійка особистісно-типологічна характеристика людини оцінюється за шкалою особистісної тривожності Спілберґера–Ханіна.



Мал. 1. Розподіл типів ПКГД у жінок обстежуваних груп



Мал. 2. Рівень особистісної і реактивної тривожності у вагітних обстежуваних груп

Висока особистісна тривожність у вагітних з преєклампсією корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоційними розладами і психосоматичними захворюваннями, що може бути зумовлено високою частотою екстрагенітальної патології у даних жінок. Такі жінки характеризуються як емоційно невірноважені, невпевнені в своїх силах, вразливі і тривожні особистості, схильні сприймати все «аж занадто», фіксуючись на негативі, що надалі трансформується в ускладнений перебіг пологів і післяпологового періоду.

Середній рівень тривожності у жінок з фізіологічним перебігом вагітності характеризує їх як більш врівноважених, впевнених в собі і власних силах, особливо щодо питання майбутніх пологів і післяпологового періоду, що узгоджується з результатами дослідження гестаційної домінанти. Переважання оптимального типу ПКГД навіть у випадку стресових ситуацій і підвищення рівня тривожності забезпечує розумний контроль особистості свого стану, завдяки чому вони здатні без допомоги психолога подолати труднощі, відновити рівновагу, не фіксуючись на невдачах. Такі пацієнтки краще розуміють свій стан, самопочуття, мають більш довірливі відносини з медичним персоналом.

У дослідженнях дитячих психоаналітиків Мелоні Кляйн і Анни Фрейд ще у 1927–1932 рр. було встановлено, що відношення матері до своїх обов'язків, включаючи вагітність і перші роки виховання дитини, впливає на все її життя, і невирішені проблеми цього періоду призводять до аналогічних хибних сте-

реотипів щодо власних дітей (трансгенераційний вплив). Отже, ця закономірність може набувати прогресивного характеру.

Високий рівень тривожності, відсутність сформованої доміанти вагітності або наявність її патологічних підтипів у разі гестозу є одночасно як відображенням дезадаптації всього організму, так і неготовності самої жінки до трансформації своїх стереотипів поведінки відповідно до потреб нового стану – вагітності і майбутніх пологів, що надалі буде мати віддалені наслідки навіть у нащадків [5].

Ретроспективне когортне дослідження 778 дорослих у Гельсінкі, що народились протягом 1934–1944 рр. від матерів з преєклампсією, доводить наявність підвищеного ризику порушень адаптивного функціонування та психічного здоров'я у нащадків протягом наступних семи десятиліть у формі підвищення частоти депресивних, соматичних та психотичних розладів і проблем у встановленні партнерських стосунків [7].

Підвищена тривожність корелює зі зростанням рівня стресових гормонів, зокрема кортизолу, який має негативний вплив

на вагітність і стан плода/новонародженого, що надалі реалізується у метаболічному програмуванні дорослої патології.

ВИСНОВКИ

Отже, наявність ускладненого перебігу вагітності не можна розглядати і коригувати виключно за алгоритмами акушерської роботи. Він може бути результатом глибинних особистісних переживань, пов'язаних з наявною соматичною патологією чи травматичними подіями, які відбувались ще задовго до настання даної вагітності. У свою чергу ускладнення гестації також негативно впливають на емоційний стан майбутньої матері і її дитини, створюючи нерозривне «хвибне коло». Тобто будь-яка вагітність, навіть на етапі підготовки до зачаття, вимагає уваги не тільки акушера, а й психолога.

Оскільки етапи формування батьківської сфери включають внутрішньоутробний період розвитку індивіда, нащадки жінок, які перенесли преєклампсію, також повинні бути віднесені до групи ризику і контролюватись психологами.

Гестоз с точки зрения перинатальной психологии С.И. Жук, О.Д. Щуревская

Преэклампсия является клиническим проявлением дезадаптации организма беременной на физиологическом и психологическом уровнях. **Цель исследования:** определение особенностей психоэмоционального статуса беременных с преэклампсией по результатам психологического тестирования с помощью анкет определения уровня тревожности по методике Спилбергер-Ханина и исследования психологического компонента гестационной доминанты по методике И.В. Добрякова [3].

Материалы и методы. Предметом данного исследования стали результаты клинико-лабораторного и психологического тестирования 90 женщин в III триместре беременности. У 50 женщин диагностировали преэклампсию умеренной и тяжелой степени, и они были включены в основную группу, а 40 женщин с физиологическим течением беременности были включены в группу контроля.

Результаты. Выявлены патологические подтипы психологического компонента гестационной доминанты по методике И.В. Добрякова и повышение уровня тревожности по методике Спилбергер-Ханина. Высокий уровень тревожности, отсутствие сформированной доминанты беременности или наличие ее патологических подтипов в случае гестоза является одновременно как отражением дезадаптации всего организма, так и неготовности самой женщины к трансформации своих стереотипов поведения в соответствии с потребностями нового состояния – беременности и предстоящих родов, что в дальнейшем будет иметь отдаленные последствия даже у потомков [5].

Заключение. Доказана необходимость проведения психологического консультирования беременных и коррекции выявленных нарушений периода гестации.

Ключевые слова: беременность, роды, преэклампсия, перинатальная психология, тревожность, гестационная доминанта.

Gestosis from a view of perinatal psychology S.I. Zhuk, O.D. Shchurevskaya

Preeclampsia is a clinical manifestation of the physiological and psychological maladaptation in the pregnant woman.

The objective: to determine the characteristics of the psychoemotional status of pregnant women with pre-eclampsia based on the results of psychological testing using questionnaires using the Spielberger-Khanin technique and studying the psychological component of the gestational dominant (PCGD) Dobryakov [3].

Materials and methods. The subject of this study was the results of clinical-laboratory and psychological testing of 90 women in the III trimester of pregnancy. In 50 women, moderate and severe preeclampsia was diagnosed and they were included in the main group, and 40 women with a physiological pregnancy were included in the control group.

Results. Pathological subtypes of the psychological component of the gestational dominant are revealed by the method of I.V. Dobryakova and an increase in anxiety level by the Spielberger-Khanin technique. The high level of anxiety, the absence of a dominant pregnancy or the presence of its pathological subtypes in the case of gestosis is both a reflection of the maladaptation of the whole organism and the woman's unwillingness to transform her stereotypes of behavior in accordance with the needs of a new condition-pregnancy and forthcoming births. Have long-term consequences even from offspring [5].

The conclusion. The necessity of psychological counseling of pregnant women and correction of the revealed violations of the period of gestation is proved.

Key words: pregnancy, delivery, preeclampsia, perinatal psychology, anxiety, gestational dominant.

Сведения об авторах

Жук Светлана Ивановна – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: zhuksvitlana@ukr.net

Щуревская Оксана Дмитриевна – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: oksanaschurevskaya@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: перинатальная психология, медико-социальные проблемы / Н.П. Коваленко. – СПб: Ювента, 2002. – 318 с.
2. Костенко И.В. Личностные особенности у беременных с различной степенью тяжести гестоза / И.В. Костенко // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3. – С. 317–320.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков, О.В. Защиринская. – СПб: Питер, 2010. – 272 с.
4. Боровикова Н.В. Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода / Н.В. Боровикова. – М.: УРАО, 2005. – 328 с.

5. Змановская Е.В. Современный психоанализ: теория и практика / Е.В. Змановская. – СПб: Питер, 2011. – 500 с.
6. Nasr E. Psychological Consequences of Hypertensive Disorders among Pregnant Women [Электронный ресурс] / E. Nasr, H. Hassan, E. Sheha // Scientific Research Journal (SCIRJ). – 2016. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.scirj.org/papers-0916/scirj-P0916352.pdf>.
7. Maternal hypertensive disorders during pregnancy: adaptive functioning and psychiatric and psychological problems of the older offspring / [S. Tuovinen, T. Aalto-Viljakainen, J.G. Eriksson та ін.]. // BJOG. – 2014. – № 12. – P. 1482–1491.

Статья поступила в редакцию 19.06.17