

В.В. Баранова

Особливості психоемоційного стану жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі, в умовах теперішньої вагітності

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

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2017.1(69):70-73; doi 10.15574/PP.2017.69.70

Мета — визначити емоційний та психологічний стан жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі.

Пацієнти та методи. Для виконання поставлених завдань використовувалися такі методики дослідження: тест Спілбергера—Ханіна для виявлення особистісної та реактивної тривожності, скринінгова методика визначення депресивності PHQ 9, особисто розроблена анкета для визначення соціального статусу та прийняття основних фізіологічних станів при вагітності, тест відношення вагітної Добрякова І.В. для визначення типу гестаційної домінанти.

Результати. За результатами встановлено, що жінки з репродуктивними втратами мають більший рівень тривожності та прояву її на фізичному перебігу вагітності, порівняно з вагітними, які не мають негативного досвіду перебігу вагітності.

Висновки. Жінки з психотравмуючим досвідом мають порушення формування діади «мати—дитина», мають страх визнання вагітності як психологічний захист від психотравми. Жінка, яка втратила дитину, на різних етапах гестації перебуває в стані постійного стресу та переживання, що призводить до постійного викиду адреналіну, а це, свою чергу, впливає на судини плаценти та матки як м'язового органу. Все це спричиняє загрозу втрати вагітності та розвитку дистресу плода. Жінка перебуває в «замкнутому колі»: тривога—спазм—загроза—тривога.

Ключові слова: вагітність, перинатальна втрата, психологічний стан.

Psychoemotional peculiarities of women who have a history of miscarriage and a loss during the current pregnancy

V.V. Baranova

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv

Purpose — to determine the emotional and psychological status of women with the history of reproductive losses.

Materials and methods. To perform the assigned tasks the following research methods were used: as Spielberger-Khanin Anxiety Scale to identify personal and state anxiety, the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 to determine depression, a personally developed questionnaire covering issues of patient's social status and acceptance of the basic physiological conditions during the pregnancy, the Dobryakov's Gravida's Attitudes Test to determine the type of gestational dominance.

Results. According to the results, it was found that pregnant women experienced with reproductive losses had a greater anxiety level that influenced on the physiological processes during pregnancy compared with the pregnant women without such a negative experience.

Conclusions. The pregnant women who experience psychotraumatic situation of previous perinatal loss demonstrate attachment discordance in building the mother-child dyad, and fear of pregnancy recognition as a coping pattern during the current pregnancy. A woman who has had an early or late miscarriage is at risk for long-term depression and anxiety symptoms in subsequent life. The latter stimulates continuous release of adrenaline that, in its turn, affects the blood vessels of placenta and uterine. All of these factors are responsible for threatened miscarriage or foetal distress regarding the current pregnancy. Thus, the woman finds herself involved in a real vicious circle of anxiety-spasm (of the uterine)-threat- anxiety.

Key words: pregnancy, perinatal loss, psychological status.

Особенности психоэмоционального состояния женщин, которые имеют репродуктивные потери в анамнезе, в условиях настоящей беременности

В.В. Баранова

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

Цель — определить эмоциональное и психологическое состояние женщин, имеющих репродуктивные потери в анамнезе.

Пациенты и методы. Для выполнения поставленных задач использовались следующие методики исследования: тест Спилбергера—Ханіна для выявления личностной и реактивной тревожности, скрининговая методика определения депрессивности PHQ 9, лично разработана анкета для определения социального статуса и принятия основных физиологических состояний при беременности, тест отношение беременной Добрякова И.В. для определения типа гестационной доминанты.

Результаты. По результатам установлено, что женщины с репродуктивными потерями имеют больший уровень тревожности и проявления ее при физическом течении беременности, по сравнению с беременными, не имеющими негативного опыта течения беременности.

Выводы. Женщины с психотравмирующим опытом имеют нарушения формирования диады «мать—ребенок», имеют страх признания беременности как психологической защиты от психотравмы. Женщина, потерявшая ребенка на разных этапах гестации, находится в состоянии постоянного стресса и переживания, влечет за собой постоянный выброс адреналина, а это, в свою очередь, влияет на сосуды плаценты и матки как мышечного органа. Все это приводит к угрозе прерывания беременности и развития дистресса плода. Женщина находится в «замкнутом круге»: тревога—спазм—угроза—тревога.

Ключевые слова: беременность, перинатальные потери, психическое состояние.

Вступ

Останніми роками в нашій країні відбуваються важливі соціально-економічні зміни. Негативна динаміка демографічного зростання потребує комплексного всебічного вивчення. Важливою є оцінка репродуктивних втрат, психологічний стан сім'ї та зокрема жінки. Відомо, що при бажаній вагітності психологічна діада «мати—дитина» формуєть-

ся ще до народження дитини [2, 7]. Саме тому втрата бажаної вагітності спричиняє низку як психологічних, так і медичних проблем. Наприклад, небажання більше вагітніти через страх нової втрати, потреба довготривалого лікування після втрати вагітності або дитини, психологічна травма та, нерідко, розпад сім'ї через неспроможність пережити втрату. За даними, проаналізованими Філіпповою, при-

чинами порушення перебігу вагітності є сильні стреси або стійкий стан тривоги в матері. Вони негативно діють на її власний фізіологічний стан і таким чином порушують розвиток плода за рахунок біохімічних впливів, найбільш небезпечних у цей період, або викликають втрату вагітності внаслідок скорочень матки при сильному стресі [7]. За даними Джен Доцер [4], жінки, які завагітніли після втрати, можуть відчувати такі емоції під час вагітності:

- відчуття, що вони відрізняються від інших вагітних, що вони не такі щасливі та радісні;
- постійне відчуття симптомів втрати вагітності, передчасних пологів на фізичному рівні;
- постійні консультації в різних спеціалістів, аби впевнитися, що з вагітністю все добре;
- постійне бажання ультразвукового обстеження, аби впевнитися, що плід і вагітність розвиваються нормально, особливо за наявності екстрагенітальної патології;
- відчуття провини, що не зберегли попередню вагітність;
- страх визнання теперішньої вагітності, страх прив'язаності до ненародженої дитини аби захистити себе від психологічної травми;
- страх підготовки до пологів, придбання речей для дитини.

Усе це формує негативне ставлення до вагітності та порушення утворення діади «мати—дитина», постійне знаходження матері в стресовому стані, що призводить до порушення соматичного здоров'я.

Мета роботи — визначити емоційний та психологічний стан жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі.

Завдання дослідження:

1. Визначити, як репродуктивні втрати впливають на психологічний стан у теперішню вагітність.
2. Встановити наявність зв'язку між психологічним станом і соматичним перебігом вагітності.
3. Виявити точки психокорекції вагітних.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології. Під нашим спостереженням знаходилося 40 жінок із репродуктивними втратами в анамнезі та 20 жінок контрольної групи без репродуктивних втрат і з фізіологічним

перебігом вагітності. Термін вагітності в середньому становив 20–28 тижнів гестації. Середній вік жінок — 26–35 років. Усі включені в дослідження жінки — повторновагітні.

Основними критеріями психологічного та емоційного стану жінок у нашому дослідженні були:

- рівень тривожності;
- наявність депресивності;
- ставлення до вагітності;
- стиль прийняття вагітності;
- фізичні показники перебігу вагітності (загроза переривання, наявність дистресу плода, затримка розвитку плода).

Для виконання поставлених завдань використовувалися такі методики дослідження: тест Спілбергера—Ханіна для виявлення особистісної та реактивної тривожності, скринінгова методика визначення депресивності РНQ 9, особисто розроблена анкета для визначення соціального статусу та прийняття основних фізіологічних станів при вагітності, тест відношення вагітної Добрякова І.В. для визначення типу гестаційної домінанти.

Нами проводилося дослідження у два етапи. На першому етапі використовувався метод спостереження та психологічного інтерв'ю, на другому етапі застосовувалися анкетні та інструментальні методи обстеження. Жінки під спостереженням знаходилися протягом усієї вагітності, що давало змогу постійного моніторингу як психологічного, так і емоційного стану.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі основними методами дослідження були: спостереження та психологічне інтерв'ю. Застосовуючи метод спостереження при першому консультуванні виявлено, що 77,5% (31) жінок основної групи мали зовнішні ознаки тривожності: «бігаючий погляд», швидку мову, плач при згадуванні про минулу вагітність, тоді як у контрольній групі цей показник досягав 45% (9). Недовіра до лікарів, «перепроверяння» результатів обстежень, переважна більшість жінок, а саме 60% (24), зверталися до трьох і більше фахівців. У контрольній групі цей показник становив 30% (6) [3, 9].

Психологічне інтерв'ю має як діагностичну, так і психокорекційну функцію. Оскільки в нашій країні не прийнято звертатися до психолога в кризовій ситуації, а інколи і нерозуміння функції психолога — більшість жінок задавали питання: «Я не така?», «Я ненормальна?», «Мені не потрібен психолог, мені потрі-

Таблиця 1

Показники підвищеного рівня тривожності в основній та контрольній групах

Показник	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Підвищений рівень реактивної тривожності	33	82,5	11	55
Підвищений рівень особистісної тривожності	28	70	9	45

Таблиця 2

Рівень депресивності в основній та контрольній групах

Показник	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Підвищені показники депресивності	7	17,5	3	15

Таблиця 3

Результати «Тест відношень вагітної»

Тип КГД	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Тривожний	29	72,5	7	35
Оптимальний	4	10	12	60
Гіпогестогнозичний	7	17,5	1	5
Депресивний	2	5	-	-

бен нормальний лікар...». Тому за допомогою бесіди проводилася психокорекційна робота, пояснення, для чого потрібен психолог у даній ситуації та зниження рівня напруги пацієнтки. Також у ході бесіди ми дізнавалися про особливості поведінки пацієнтки, рівень освіти, її сімейний статус, принципи реагування на фізіологічний стан, анамнез даної вагітності та попередніх [2].

Таким чином, встановлювалися довірчі відносини між пацієнткою і перинатальним психологом. Надалі жінці пропонувалося заповнити анкети для діагностики емоційного стану. Методики діагностики підбиралися нами з точки зору легкості та швидкості заповнення.

За даними визначення рівня тривожності при первинному зверненні виявлено значне підвищення показників як особистісної, а особливо реактивної тривожності жінок (табл. 1).

Як видно з таблиці 1, в основній групі пацієнток рівень тривожності значно перевищував такий у контрольній. Пацієнтки контрольної групи пояснювали підвищення рівня реактивної тривожності необхідністю проходити додаткові обстеження, а в деяких випадках – лікування. Тоді як в основній групі даний показник підвищений реакцією на обстеження, на очікування результатів обстеження, на негативні показники обстеження та необхідністю подальшого лікування.

Досліджуючи рівень депресивності, ми звернули увагу, що в жінок, які мали підвищений рівень тривожності, не відмічалася підвищених показників рівня депресивності (табл. 2).

Отже, рівень тривожності не впливав на рівень депресивності у вагітних, а на перший план у жінок із репродуктивними втратами виходили саме тривожність, постійна, що негативно в цілому впливало на перебіг вагітності.

Особливу цікавість представляли собою тип гестаційної доміанти вагітності і тип прийняття вагітності. Дана методика дала змогу виявити психологічну складову вагітності, спрогнозувати перебіг вагітності та визначити точки психокорекції. Для визначення даних показників використовувався опитувальник Добрякова І.В. «Тест відношень вагітної» та власний опитувальник для визначення типу прийняття вагітності [1].

Добряков І.В. виділяв п'ять основних типів компоненту гестаційної доміанти: оптимальний, тривожний, ейфоричний, гіпогестогнозичний, депресивний [1]. За даними автора, в жінок з репродуктивними втратами в анамнезі частіше за все діагностувався тривожний тип доміанти (табл. 3).

Як бачимо, показники різнилися в основній та контрольній групах. Тривожний тип гестаційної доміанти в контрольній групі фізіологічно здорових жінок пояснювався необхідністю вирішувати побутові проблеми та піклування про сім'ю, а також психологічними особливостями кожної вагітної.

Жінки на різних етапах гестації проходили контрольні огляди відповідно до протоколів. Звертало увагу те, що в основній групі жінки утричі частіше вимагали проведення повторних досліджень (ультразвукового та кардіотокограми).

При обстеженні жінок за допомогою ультразвукового дослідження виявлено загрозу пере-

Таблиця 4

Фізіологічні показники вагітності

Показник	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Загроза переривання вагітності	14	35	3	15
Загроза передчасних пологів	9	22,5	2	10
Дистрес плода	17	42,5	5	25

ривання вагітності, загрозу передчасних пологів, дистрес плода в стадії компенсації. Результати співвідношення даних показників основної та контрольної груп наведено в таблиці 4.

Отже, жінки з репродуктивними втратами в анамнезі частіше мали психосоматичні прояви, у тому числі ускладнень вагітності, порівняно з жінками без такого досвіду.

Висновки

Жінки з негативним досвідом попередніх вагітностей, за відсутності психологічної допомоги, мають вищий рівень тривожності і тривожний тип гестаційної домінанти.

Жінки з психотравмуючим досвідом мають порушення формування діади «мати—дитина»,

мають страх визнання вагітності як психологічний захист від психотравми.

Жінки, що втратили дитину на різних етапах гестації, перебувають у стані постійного стресу та переживання, що приводить до постійного викиду адреналіну, а це, своєю чергою, впливає на судини плаценти та матки як м'язового органу. Усе це спричиняє загрозу втрати вагітності та розвитку дистресу плода. Жінка перебуває в «замкненому колі»: тривога-спазм-загроза-тривога.

Дослідження свідчать, що жінки з репродуктивними втратами в анамнезі потребують моніторингу психолога, психокорекційної та психотерапевтичної допомоги перинатального психолога.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранова В.В. Психологічний та емоційний стан жінок з серцево-судинними захворюваннями та репродуктивними втратами в анамнезі / В.В. Баранова // Архів психіатрії. — 2015. — № 1 (80). — С. 122.
2. Добряков І. В. Перинатальна психологія / І. В. Добряков. — Санкт-Петербург: Питер, 2010. — С. 83—97.
3. Менделевич В. Д. Клиническая (медицинская) психология / В. Д. Менделевич. — Москва: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 231.
4. Режим доступу: <http://www.ourbodiesourselves.org/health-info/pregnancy-after-infertility-or-previous-pregnancy-loss>. — Назва з екрана.
5. Режим доступу: http://www.pediatrjournal.ru/files/upload/mags/298/2009_3_2405.pdf7. — Назва з екрана.
6. Режим доступу: <https://www.mercatornet.com/mobile/view/the-psychological-burden-of-infant-loss>. — Назва з екрана.
7. Філіпова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Філіпова. — Москва, 2002. — С. 33.
8. Snellen M. Mental illness and antenatal care / M. Snellen & M. Galbally // *Obstetrics and Gynaecology*. — 2006. — № 7 (4).
9. Susanne S. Pedersen Psychological Factors and Heart Disease / Susanne S. Pedersen. — № 4.

Сведения об авторах:

Баранова В.В. — ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8
Статья поступила в редакцию 01.02.2017 г.