

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ

ГУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования»¹

УО «Белорусский государственный медицинский университет»²

A. V. Hodzhayev, N. V. Carjva

FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL REACTION

В большинстве случаев психосоматические нарушения в акушерстве не вызывают какого-либо структурного повреждения органа. Функциональный и фазовый характер репродуктивной системы и эмоциональная атмосфера беременной создают ситуационный физиологический стресс. Биологические, эмоциональные и функциональные модификации этого физиологического стресса могут легко трансформировать нормальную ситуацию в ситуацию патологического стресса, создавая условия психосоматического риска. Конфликты между супругами, родителями и детьми, отсутствие мужа, неудовлетворенные материально-бытовые условия являются психосоциальными стрессорами современного общества, увеличивающими риск возникновения акушерских осложнений. Имеется три типа реакций, вызываемых психосоциальными факторами: поведенческие, эмоциональные и физиологические. Такие эмоциональные реакции, как возбуждение, депрессия или страх, вызываемые психосоциальными стрессорами, ведут к самоубийству, фригидности и, возможно, трудным родам [14].

Таким образом, изучение неблагоприятных стрессогенных факторов, влияющих на психосоматический статус беременных, представляется актуальным.

Многими исследователями подчеркивается неблагоприятное влияние эмоционального стресса матери на беременность и роды. Выделяются внутриутробная гипоксия, нарушения плацентарного кровоснабжения, аномалии родовых сил и течения родов. Поскольку эндокринная система начинает формироваться очень рано, ребенок на гормональном уровне переживает все состояния матери. При продолжении стресса околоплодная жидкость к концу беременности насыщается соответствующими гормонами. Одновременно ребенок испытывает все больший недостаток кислорода, из-за сужения под влиянием «гормонов беспокойства» сосудов, кровь которых доставляет кислород тканям плода, в том числе и нервным клеткам мозга. Длительный недостаток кислорода (гипоксия) не безразличен для нервной системы плода, вызывая характерные после рождения повышенную чувствительность к духоте, запахам, шумам, яркому свету и солнцу, легкость возникновения головокружений и обморочных состояний. Сами

же катехоламины приводят к излишней подвижности, неустойчивости нервных процессов, тревожности, расстройствам настроения, эмоциональной возбудимости, нарушениям ритма сна и бодрствования [1, 3].

Из-за стрессового состояния матери при отрицательном отношении к беременности у ребенка уже внутриутробно повреждена реактивность – защитные силы организма. Закономерным следствием стресса от нежелательной беременности могут быть: угроза раннего выкидыша, осложненные и преждевременные роды, масса тела меньше нормы, беспокойство и возбудимость ребенка, нарушения аппетита, обмена веществ, поражение кожи ребенка. Нежеланные дети легко расстраиваются, повышено обидчивы и капризны, беспокойно спят, много плачут и долго не могут успокоиться, тем более без пустышки, соски, к которым они имеют пристрастие, так же как к сосанию пальца и онанизму. Так же описано, что нежеланные дети более завистливы и труднее переносят профессиональные успехи других и их счастье в личной жизни. Отсюда недоброжелательность, колкость, ироничность. Они с одинаковым успехом пополняют ряды больных неврозами и людей с патологическими чертами характера [5, 8].

Г. Б. Мальгина, Е. Г. Ветчанина, Т. А. Пронина выявили, что характерными проявлениями патологии беременных с хроническим психоэмоциональным стрессом являются токсикоз первой половины беременности (46,26%). На этом фоне формируется хроническая плацентарная недостаточность в III триместре (56,65%). В результате, новорожденные в 76% случаев рождаются в состоянии гипоксии различной степени, и в 28,21% случаев им требуется длительная реабилитационная терапия. Беременность у женщин с маркерами психоэмоционального стресса в 80,43% случаев заканчивается срочными родами, в 16,63% – преждевременными родами, в 10,86% – выкидышами, что свидетельствует о нарушении формирования родовой доминанты. Это доказывает, что психологический стресс несет с собой целый комплекс перинатальных проблем, требующих серьезного внимания к психологической сфере беременных женщин.

Проведение комплексной психокоррекции перинатальных осложнений, связанных с материнским психоэмо-

циональным стрессом, позволяет снизить частоту невынашивания беременности с 16,65% до 4,55%, в три раза уменьшить частоту развития тяжелых форм хронической фетоплацентарной недостаточности и соответственно перинатальной патологии новорожденного [10].

Таким образом, стресс во время беременности влечет за собой целый комплекс проблем, требующих профессиональной психологической работы во избежание акушерских и других осложнений.

В настоящее время господствующей точкой зрения на механизм закрепления патологической системы регуляции функций у плода является концепция нейроэндокринного импринтинга. Нервно-психическая интеграция, однажды сложившаяся на основе афферентного синтеза внешних и внутренних раздражений, превращается в «постоянный, консервативный, внутренний процесс мозга» – цикл, приобретающий, по П. К. Анохину [2], свои собственные закономерности. И даже прекращение действия стрессора не позволяет остановить развивающийся процесс дезадаптации. Тем не менее, пока еще не найдены диагностические критерии перехода стрессиндрома из звена адаптации в звено патогенеза различных заболеваний. Именно поэтому важно изучение механизмов адаптации и создание условий в системе «мать-дети-отец» для предотвращения стресс факторов, развитие в этой системе навыков адекватного реагирования на любые изменения, осознанного отношения к родовому акту и умения управлять своими эмоциональными состояниями.

В работе А. И. Захарова (1994) систематизированы патологические влияния антенатального стресса матери на процесс беременности и родов. Так показано, что отсутствие уверенности в прочности брака, связанное с переживаниями из-за отношений с супругом, способствует большей чувствительности будущей матери к испугам и страху перед родами. Помимо этого, переживания из-за отношений с супругом, часто обусловленные конфликтными (внутриличностными) отношениями, приводят к эмоциональной неудовлетворенности, отсутствию рефлекторного крика новорожденного (без наличия асфиксии), что расценивается как проявление эмоциональной или психогенной заторможенности. Повышенная раздражительность матери связана с ее утомляемостью и нарушениями сна, образуя своего рода неврастенический симптомокомплекс. Таким образом, частые состояния эмоциональной неудовлетворенности образуют антенатальный стрессовый комплекс в виде повышенной раздражительности, нарушения сна, подверженности испугам и семейным переживаниям. Волнения в конце беременности, прежде всего, обуславливают нарушения сна у матери. Наконец, страх перед родами связан со сложными, порой конфликтными отношениями со своими родителями или родителями мужа, равно как и с отсутствием уверенности в прочности брака. Для девочек подобный стресс матери более значим, чем для мальчиков, создавая проблему переносимости беременности, затяжного течения родов и отсутствия крика при рождении [8, 13].

Страх, напряженность и боль неразрывно связаны между собой. Страх является результатом отсутствия знаний у роженицы о событиях, происходящих в процессе родов. Он, в свою очередь, вызывает напряженность мышц, в том числе, предположительно, и мышц нижнего полюса матки. Напряженность мышц вызывает боль и приводит к затягиванию родов. Этот порочный круг: страх – напряженность – боль можно разорвать, если беременная

в антенатальном периоде получит простые объяснения того, что происходит во время родов [9, 11, 12].

Любое нарушение спокойствия, даже самое незначительное, повышает биоэлектрическую активность головного мозга прямо пропорционально нарушению релаксации. Кроме того, понижается выработка эндорфинов, болеутоляющих средств, вырабатываемых самим организмом. А это, в свою очередь, вызывает повышенную выработку катехоламинов – веществ, усиливающих боль вследствие блокирования активности эндорфинов и нарушения циркуляции крови.

Эмоциональный стресс матери оказывает негативное влияние, прежде всего, на течение беременности, а затем и родов, причем дифференцированно, в зависимости от пола ребенка [4].

Таким образом, комплексное клиничко-психологическое обследование беременных женщин позволяет выделить «стрессогенные» факторы индивидуально для каждой беременной с учетом ее соматического здоровья, социальных условий, взаимоотношений с родными и близкими ей людьми. Повышение нервно-психического напряжения неблагоприятно влияет на функциональную активность матки и развивающийся плод, повышает риск возникновения акушерских осложнений. Беременные с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (угроза прерывания беременности, поздний токсикоз беременности) нуждаются в особо тщательном проведении психопрофилактических и психотерапевтических мероприятиях, направленных на оптимизацию беременности.

Психокоррекционная программа должна быть направлена на создание уверенности в своих внутренних резервах, на то, что направленные ребенку мысли о благополучии его здоровья, о любви к нему помогут беременной справиться со всеми трудностями. Несомненно, создание и подкрепление чувства материнства, обучение женщин навыкам саморегуляции, аутогенной тренировки, приемам совладания с трудными жизненными ситуациями, проведение работы с урегулированием внутрисемейных отношений, уменьшение или устранение страхов и тревог по поводу беременности, родов имеют положительное значение для нормализации психологического настроя женщины.

Увеличение возрастных критериев первородящих является хорошей перспективой для эффективного применения психологических программ, в силу наличия зрелости и устойчивости личности, сознательности и мотивированного материнства. В таком случае, психологическая программа предродовой подготовки должна быть направлена на обучение женщин управлению своим телом, обеспечить наиболее полной информацией о беременности, родовом процессе, особенностям психики новорожденных детей, ухода за ними.

Основания для проведения предродовой подготовки:

1. Наличие отягощенного акушерского анамнеза: аборт, выкидыши, замершие беременности, внутриутробная инфекция, экстрагенитальные заболевания.

2. Мотивация беременности: самоутверждение, соответствие социальным нормам и стереотипам, желание сохранить семью, избежать одиночества.

3. Отношение к беременности: незапланированность, нежелание этой беременности, нежелание иметь ребенка определенного пола.

4. Наличие негативного опыта предыдущих родов.

5. Отношение к родам: страх, безразличие.

6. Наличие социальной поддержки.

7. Материальное благосостояние.

8. Взаимоотношения с близкими: конфликты с мужем и родителями.

9. Психические нарушения: повышенная раздражительность, частые состояния эмоциональной неудовлетворенности, нарушения сна при беременности, повышенная утомляемость, плохое общее самочувствие

10. Личностные особенности женщин: эгоцентризм и нарциссизм (самолюбование) как нежелание приносить жертвы во имя ребенка; поведение типа А, когда приоритетными считаются погоня за успехом и профессиональные интересы, вступающие в противоречие с необходимостью временной самоизоляции в семье и сосредоточения на нуждах и воспитании ребенка; повышенная эмоциональная чувствительность, впечатлительность, ранимость, когда любые стрессы надолго остаются в эмоциональной памяти, проявляясь в наиболее сенситивном периоде жизни женщины – беременности; тревожность – склонность к беспокойству и страхам; мнительность – подверженность частым сомнениям и недостаточная уверенность в себе; невротизация матери вследствие предшествующих неблагоприятных условий жизни в семье и нерешенных проблем в браке; восприятие родов как крайне болезненного, опасного и неприятного события жизни.

На ранних сроках женщине рекомендуют занятия в школе материнства, выдают необходимую литературу, дается характеристика этапов беременности, профилактика грудного вскармливания. Все состоящие на учете в женской консультации беременные женщины обязательно должны посетить кабинет психолога. В ходе приема задается ряд стандартных вопросов о желанности и запланированности беременности, о возможных жизненных изменениях, о взаимоотношениях с близкими, родственниками, жизненных перспективах. Исходя из результатов наблюдения, психолог судит о психическом состоянии женщины, делает прогноз относительно стиля материнства. Также психолог сопоставляет психические и соматические аспекты личности, делая выводы об особенностях психосоматического статуса беременной женщины. На каждую беременную женщину заводится индивидуальная карта [7].

По результатам психодиагностических мероприятий психолог выносит решение о необходимости психологической помощи. Основанием для оказания психологической помощи может служить несформированность материнской позиции, немотивированность матери в появлении ребенка; неприоритетность позиции ребенка в иерархии ценностей матери, беременности, сложные внутрисемейные отношения, физиологические особенности беременности. Затем психолог, исходя из имеющейся о беременной информации, рекомендует возможные направления подготовки к родам [6].

Задачами предродовой подготовки является:

1. Повысить уровень знаний будущих мам о беременности, родах, ребенке;

2. Способствовать формированию осознанной материнской позиции;

3. Нормализовать психоэмоциональное состояние беременных женщин, подготовить к родам;

4. Создать условия для полноценного питания беременных.

Методы психологической помощи:

➤ Блок когнитивных методов, направленный на процессы осознания, на мыслительные процессы, рефлексия

собственных состояний. Информирование о ходе беременности, родов, послеродовом периоде, уходе за ребенком вносит в представления беременной женщины ясность, конкретность.

➤ Блок методов, ориентированных на эмоционально-энергетические ресурсы беременной женщины. Методы способствуют установлению психоэмоциональной связи матери и ребенка, формированию у матери более четкого представления о ребенке, мотивированию женщины к материнству, формированию более осознанной материнской позиции. Кроме того, методы позволяют гармонизировать психический и телесный аспекты личности беременной женщины, что позитивно отражается на психосоматическом статусе беременной.

➤ Блок поведенческих методов. Акцент данного блока сделан на перекоординацию неэффективных моделей поведения и формирование новых моделей. Ролевые игры. Беременные женщины получают опыт переживания состояния материнства. Моделируют собственное поведение в отношении ребенка, анализируют эффективность различных моделей родительского поведения.

Таким образом, программа охватывает практически все стороны психики женщины: когнитивная сфера, в большей степени психоэмоциональная, психоэнергетическая, поведенческая. Что является необходимым для программы предродовой подготовки, с целью создания психологической защиты для беременной женщины и ее ребенка.

Литература

1. *Абрамченко, В. В.* Перинатальная психология: теория, методология, опыт / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. – Петрозаводск: ИнтелТек. – 2004 г. – 350 с.

2. *Анохин, П. К.* Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем: принципы системной организации функций / П. К. Анохин. – М.: Наука, 1973 г. – 240 с.

3. *Астахов, С. Н.* Значение лечебно – охранительного режима и психотерапии в акушерстве и гинекологии / С. Н. Астахов. – М.: Медицина, 1956 г. – 135 с.

4. *Белогой, К. Н.* Современные подходы к психологическому исследованию беременности / К. Н. Белогой. – М.: РГУ, 2004. – 498 с.

5. *Бодяжина, В. И.* Акушерская помощь в женской консультации / В. И. Бодяжина. – Изд. 2-е, испр., доп. – М.: Медицина, 1987 г. – 256 с.

6. *Васькина, В. В.* Опыт внедрения психологического сопровождения беременных в систему акушерского мониторинга. Матер. 5-го Всерос. конгр. «Медико-психологические аспекты современной пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии». М 2005; 66–67.

7. *Грантли Дик-Рид* Роды без страха / Грантли Дик-Рид. – М.: Просвещение, 1996. – 168 с.

8. *Захаров, А. И.* Происхождение детских неврозов и психотерапия / А. И. Захаров. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000 г. – 448 с.

9. *Коваленко, Н. П.* Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов / Н. П. Коваленко. – СПб.: СПбГУ, 2001 г. – 318 с.

10. *Мальгина, Г. Б.* Стресс и беременность: сб. науч. трудов по материалам II-й международной конференции / Г. Б. Мальгина [и др.]; под ред. И. В. Добрякова. – СПб.: – СПбГУ, 2003 г. – 49 с.

11. *Петров-Маслаков, М. А.* Абрамченко В. В. Родовая боль и обезболивание родов / М. А. Петров-Маслаков, В. В. Абрамченко. – М.: Медицина, 1977 г. – 320 с.

12. *Симкин, П.* Гид по беременности / П. Симкин, Д. Симкин, Э. Вэлли, М. Кепплер. – М.: Фаир – пресс. – 2007 г. – 576 с.

13. *Спивак, Л. И.* Нервно-психические расстройства при беременности и в родах / Л. И. Спивак. – СПб.: СПбГУ, 1998 г. – 25 с.

14. *Тодд, Д. В.* Основы клинической и консультативной психологии / Д. В. Тодд, А. К. Богарт. – М.: Эксмо – пресс, 2001 г. – 768 с.

Поступила 8.12.2014 г.