

НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ ЯК ПРИЧИНА ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА

Наукові праці МАУП, 2008, вип. 1(17), с. 220–224

Виконано теоретичний аналіз проблеми невротичних розладів як чинника порушення психологічної готовності до материнства.

Материнство як одна із складових репродуктивного здоров'я нації будь-якої країни перебуває у центрі уваги і влади, і науковців.

Особливого значення проблема материнства набуває сьогодні. Сучасні майбутні мами виявляються психологічно невідповідними до виконання чи не найважливішої своєї функції – материнської. Про збільшення випадків переривання вагітності на пізніх термінах вагітності за відсутності на те медичних показань свідчать дані окремих досліджень (О. О. Белов, Б. М. Венцьківський, В. Г. Гінзбург, А. Г. Коломійцева), про зниження дитородної активності населення зазначають інші автори (Н. Жилка, Т. Іркіна, В. Стешенко). Зростання кількості відмов від немовлят, поява бездоглядних дітей, дітей-жебраків – чинники самовідтворення подібної материнської функції у майбутньому (В. І. Брутман, М. Ю. Колпакова, С. А. Мінюрова, М. С. Радіонова). Проте предметом уваги науковців були не лише суто медичні, соціальні та педагогічні аспекти проблеми, а й психологічні.

Чимало сучасних наукових праць присвячено дослідженню перинатального періоду (І. А. Аршавський, О. С. Батуєв, Н. Л. Гармашова, І. В. Добряков, Н. П. Коваленко, Н. М. Константинова, Л. В. Соколова, Г. Г. Філіппова). Вивчені взаємозв'язки між плином фізіологічних і нервово-психічних процесів у вагітній і реалізацією генетичного потенціалу дитини (О. С. Батуєв, Е. Берн, Л. В. Соколова); між тривожністю, що виникла у дитинстві (починаючи з тривоги під час народження і перетворення її у катастрофічний страх), і тривожністю, яка виникає пізніше і зумовлюється реакціями, що залишилися

інфантильними (К. Horney). Характер спуртів та їх вплив на внутрішньоутробний розвиток плоду розглянуто в дослідженнях Н. Л. Гармашової, Н. М. Константинової. Психологічний компонент гестаційної домінанти жінки під час вагітності досліджено І. А. Аршавським, І. В. Добряковим. Особливості материнської сфери в онтогенезі вивчали Н. П. Коваленко, Ю. М. Мальована, Г. Г. Філіппова.

У контексті визначення перспектив успішного вирішення проблеми материнства важливим є врахування результатів досліджень психоемоційного стану жінки у виникненні гестозів і порушень у розвитку плоду, виконаних окремими авторами [1; 2; 5; 8].

Згідно з результатами досліджень, які досить інтенсивно почали проводитися в останні 15 років фахівцями різних галузей науки, з'ясувалося, що існує зв'язок між матір'ю і плодом, але не лише фізіологічний, а й психологічний. А. І. Захаров і Д. Н. Ісаєв, які досліджували дітей з різними психічними відхиленнями, їхній анамнез, дійшли висновку, що психічний стан вагітної не лише впливає на розвиток дитини, а й є чинником низки психосоматичних захворювань [3; 5].

Залежність між психоемоційним станом майбутньої матері та виникненням гестозів і ускладненнями пологів вивчав В. А. Агнов. Досліджуючи вагітність і пологи у здорових жінок і жінок, хворих на шизофренію, депресію та особистісні розлади, він з'ясував наступне. Здорові жінки переживають незначні відхилення у своєму стані порівняно з жінками, які мають серйозні емоційні проблеми. Однак не виявлено відмінностей у частоті перинатальних ускладнень серед досліджу-

ваних груп. Випадки проблем пов'язані скоріше з особливостями занепокоєння, ніж із психіатричною класифікацією. Ті, хто мали довшу історію емоційного порушення та частіші контакти із психіатрами і стаціонарним лікуванням, незважаючи на діагностичну класифікацію, зазнавали більше перинатальних ускладнень [7].

R. M. Bredley, C. M. Mistretta у своїх працях зазначають, що під час стресу надниркові залози матері викидають у кров катехоламіни (гормони стресу), а під час позитивних емоцій (радості, заспокоєння) гіпоталамічні структури виробляють ендорфіни (гормони радості), які, проникаючи крізь плацентарний бар'єр, безпосередньо впливають на плід. Отже, мати й дитина уявляють собою єдиний нейрогуморальний організм і кожен з них однаково страждає від несприятливого впливу зовнішнього середовища, який фіксується у довгочасовій пам'яті та має наслідки у подальшому житті дитини. Плід чуттєвий до широкого набору материнських емоцій [6]. Коли мати переживає тривожність, ритм її серця прискорюється, посилюється експресивна мова, що веде до додаткового виділення гормонів плоду. Її тахікардія через кілька секунд викликає тахікардію плоду; коли вона відчуває страх — через 50 секунд плід випробує гіпоксію.

Позитивні материнські емоції викликають посилення росту, спокій та зростання рівня інтелекту плоду. Її дістрес і хімічні токсини призводять до низької ваги плоду, збільшення відсотку смертності, респіраторних інфекцій, астми, послаблення когнітивного розвитку [3].

Ставлення матері до плоду під час вагітності залишає стійкі сліди у розвитку його психіки [2]. Її емоційний стрес статистично корелює із передчасними пологами, великою дитячою психопатологією, більш частим виникненням шизофренії, низьким IQ, нерідко із шкільними невдачами, високим рівнем правопорушень, схильністю до наркоманії та суїцидальної поведінки [1].

Травма плоду зберігається в емоційних враженнях дорослого життя [3]. Емоційний стрес матері викликає біохімічний дисбаланс плоду: низький рівень серотоніну, який веде до захисту від гіперактивності у примусовій формі. Діти, травмовані ще в утробі матері, залишаються гіперсензитивними до стресу, боязливими, замкнутими і злими.

Багато чого змінилось у наших уявленнях про плід за десятиліття, що минули з моменту публікації перших праць з допологової психології. Нейробіологи досягли значних успіхів у розумінні того, як мозок розвивається у перинатальний

період [4], експериментальні психологи описали картину того, як плід навчається [7]; педіатри використали ці аспекти у проблемах подолання дістресу плоду [3].

Дійсно, плід володіє вибірковою чутливістю до оточуючого середовища, що дає змогу розглядати ранні почуття немовляти як сенсорно-емоційну пам'ять [5]. Нервова система плоду настільки гарно розвинена, що наприкінці першого триместру він відповідає навіть на легке доторкання реакцією “схоплювання”, його губи роблять смоктальні рухи, а яблука очей рухаються [1]. На початку другого триместру розвитку плід не тільки бачить і чує, а й активно відчуває смак, досліджує оточуюче його середовище або спокійно плаває, схоплює пупковий канатик, лиже плаценту, відповідає на доторкання і розмову, почуту крізь стінку матки. Якщо в утробі матері хлопчик, то в нього відбувається регулярна ерекція пенісу, яка збігається із фазою швидкого сну, якщо дівчинка — вона мастурбує під час швидкого сну [6].

Д. Віннікот дійшов висновку, що у перинатальний період виявляються психологічні якості, які дають змогу зберегти у пам'яті певні ознаки, що захищають від пологової травми.

С. Н. Астахов, Г. В. Шпатаковська і В. К. Чайка акцентували увагу на тому, що наслідки стресів можуть стримувати застосування вагітною жінкою своїх психічних досягнень. Вагітні, які пройшли крізь життєві стреси, але мали підтримку родичів і друзів, зазнали ускладнень вагітності та пологів лише у 33 % випадків. Натомість вагітні, які не мали соціальної підтримки, переживали емоційні проблеми, зазнали порушень та відхилень плин вагітності та пологів [10].

Вплив підтримки родичів або друзів під час пологів на психоемоційний стан вагітної вивчали L. E. Grandel, H. E. Fitzgerald, E. E. Whipple. Проведене ними дослідження показало відмінність у тривалості пологів (вагітні без підтримки народжували дитину в середньому за 19,3 години, а з підтримкою — за 8,7 години). Пояснення цьому факту дослідники дали таке [2]: 1) вагітні, яким було надано емоційну підтримку, мали менше проблем, бо їхні діти не зазнавали плодового дістресу; 2) жінки, які тривожні та занепокоєні під час вагітності, мають немовлят фізично більш активних у матці та ускладнення під час пологів. Такі діти гіперактивні, дратівливі, більше плачуть, мають проблеми із харчуванням і сном після народження. Стресами для вагітної можуть бути подружнє непорозуміння, негативне переживання заміжжя, зміна місця проживання, хвороба або

смерть батьків, небажана вагітність. Іноді такі ситуації призводять до мертвонародження.

Отже, стреси під час вагітності призводять до біохімічних змін (збільшення катехоламінів, зниження рівня статевих гормонів), які провокують спонтанні аборти і спотворення плоду. Занепокоєння та острахи вагітної жінки виявляються симптомами в широкому континуумі моделей порушення здоров'я, які впливають на її немовля. Жінки із позитивним ставленням до вагітності мали щасливе дитинство і близькі родинні стосунки, усвідомлюють себе як постійно задоволеними подружніми, сексуальними та соціальними зв'язками. Їхня вагітність має фізіологічний плин, а дитина народжується здоровою.

Традиційно неврози розуміють як своєрідний клініко-психологічний феномен, який формується впродовж життя трьох поколінь — прабадьки, батьки і діти. Немовля легко переймає неспокій матері, відповідаючи криком, тривожним сном, зниженим апетитом. Близько 70 % матерів дітей, хворих на неврози, мають психопатологічні ознаки тієї чи іншої інтенсивності. Обстеження дітей, хворих на неврози, та їхніх сімей, дало змогу дійти висновків, що емоційні розлади виникають переважно в умовах порушення стосунків у сім'ї, передусім з матір'ю [7]. Батьки переживають багато особистих проблем, нерідко хворі неврозом самі, орієнтуються у вихованні на свій травматичний досвід, не враховують індивідуальної своєрідності й вікових вимог дітей. Все це стало підставою для вивчення залежності між перебігом вагітності, невротичними розладами і психологічною готовністю жінки до материнства.

На думку О. В. Баженової та В. Г. Козловської, у жінок з депресивним станом, шизофренією, розладами особистості їхні діти теж схильні до таких станів, мають менший рівень активності, менш чуйні реакції на соціальну стимуляцію. Такі зміни у поведінці новонароджених можуть бути результатом генетичного передання депресивного статусу від матері, а також переживання підвищеного стресу під час вагітності. Депресивна мати недостатньо відповідає сигналам дитини взаємодією, може бути емоційно віддаленою, ворожою, не завжди доступною. У такому разі мати гальмує розвиток у дитини відчуття безпеки у стосунках, задоволення. Крім того, депресивні почуття і дратівливість можуть охоплювати дитину внаслідок поширення негативних афектів матері [4].

У літературі відповідно до особливостей невротичних розладів у жінок визначають *соматоформні, астеничні, тривожні, депресивні та панічні*

ні розлади у вагітних. За даними Т. Т. Сорокіної, у 90 % вагітних невротичні розлади мають прояв у так званому звичному блюванні або нестримному блюванні вагітних, у підвищеній чутливості до запахів і смаку, що посилює блювання. Значення психологічних факторів у виникненні подібних станів підтверджують психотерапевтичні спостереження, хоч фізіологічні причини можуть мати також значущу роль [1]. Ще З. Фрейд казав, що це може бути проявом внутрішнього конфлікту між бажанням мати дитину і страхом перед пологами, між бажанням мати сім'ю і неприязню до чоловіка. За Адлером, токсикози — це “символічна мова органів”, як небажання вагітності й пологів. М. Ю. Колпакова, О. В. Магденко, С. А. Мінюрова вказують на конфлікт між бажанням мати дитину і робити кар'єру або між невпевненістю у спроможності її народження та виховання [5].

Останнім часом науковці відзначають, що деякі ускладнення вагітності (гестози) зумовлені особливостями психіки вагітної. Так, на думку В. М. Воловик, для одних жінок вагітність є справді джерелом напруження, а ситуації оточуючого середовища, які в минулому були незначущими, стають причиною особистісних реакцій, що виявляється у незначних афективних порушеннях у вигляді роздратованості, образливості, сльозливості, запальності, що зникають з припиненням блювання.

А для інших жінок вагітність супроводжується значним поліморфізмом розладів (головні болі, лабільність артеріального тиску, гіпергідроз). До того ж такі вагітні скаржаться на тривогу, занепокоєння, напруження та посилення невротичних розладів, які спостерігались і до вагітності. У цих вагітних психосоматична природа гестозу визначена психогенним фактором (поряд із вагітністю).

Н. П. Коваленко, яка вивчала психічні розлади у вагітних, пропонує розглядати їх у вигляді двох рівнів — невротичного й психотичного. До невротичних порушень належать більш “легкі” стани: невротичні реакції, неврози, психосоматичні порушення. В їх клінічній картині не зустрічаються марення, галюцинації, затьмарення свідомості, психомоторне збудження або загальмованість. За наявності невротичних розладів у вагітних, які спостерігаються у 30–80 % випадках, можуть виникати акушерські ускладнення.

Невротичні розлади, які зустрічаються під час вагітності, здебільшого мають астеничну, тривожну, панічну та депресивну форми. Їх особливостям приділила увагу Н. П. Коваленко. Вона провела самостійні дослідження, а також проаналізувала

результати роботи таких фахівців, як Ю. А. Александровський, А. Є. Архангельський, Л. І. Співак, І. Ю. Щеглова. Зміни самопочуття, а саме роздратованість, сльозливість, підвищена стомленість, зміна апетиту, нудота, зниження лібідо, сонливість упродовж дня, які входять до *астенічного симптомокомплексу*, відзначають чимало жінок під час вагітності. Така “реакція на вагітність” характерна для 13,7–33,3 % вагітних.

Тривога притаманна емоційним станам людини в ситуації невизначеності, очікування, суб’єктивно характеризується відчуттям внутрішнього напруження, активацією реакцій вегетативної нервової системи. Для розмежування непатологічного тривожного напруження і тривожних розладів невротичного й психотичного рівнів пропонуються наступні описи відмінних за ступенем виразності клінічних проявів.

При неврозах переживання тривоги може бути генералізованим (у випадках панічних розладів) або пов’язаним із будь-яким предметом, думкою, дією (як при фобіях).

Дослідженню тривоги у вагітних присвячено чимало праць [4]. Більш високий її рівень у першому триместрі корелює зі змінами самопочуття і має астенічні характеристики: нудота, блювання, порушення сну, апетиту. У третьому триместрі підвищення тривоги пов’язують із суб’єктивним відчуттям втрати жіночої привабливості, зміною форми тіла, страхом перед пологами, занепокоєнням про вихід з вагітності. Незалежно від терміну вагітності інтенсивний стресовий вплив мають тривожні переживання за здоров’я дитини, наявність акушерських ускладнень, сімейні конфлікти та матеріальне неблагополуччя.

Панічний розлад — несподівані, безпричинні напади тривоги, що мають різноманітну симптоматику: головокружіння, напад дурноти, обтяження дихання, недостатність повітря, тахікардія, тремор, пітливість, нудота, понос, жар або остуда, страх смерті або страх збожеволіти. Вагітними таким стан переживається важко і триває від однієї хвилини до години при частоті один раз на тиждень і частіше. При незначному вираженні панічного розладу до вагітності генераційний процес виступає як оздоровчий фактор. Якщо напади повторюються частіше, ніж 6–7 разів на тиждень, вагітність не впливає на прояви розладу.

Дослідження психічного стану вагітних жінок із загрозою невиношування визначило тривожні порушення в рамках невротичних реакцій та неврозів у 61,1–82,6 % випадків [5]. У більшості вагітних погіршення психічного стану виникало

внаслідок появи ознак акушерської патології, які супроводжувалися астенічними, астенодепресивними, іпохондричними та істеричними реакціями невротичного рівня. Тривога носила непостійний характер, часто виникала у суб’єктивно значущих ситуаціях, які стосуються ускладнень вагітності. Жінки, в анамнезі яких були викидні, мали характерні особистісні риси, що розвилися внаслідок цього, — тривожна недовірливість, невпевненість у собі, емоційна лабільність. Вони страждали на невроз, а половина з них мала затяжну його форму. Отже, основним змістом невротичних розладів у жінок з ускладненою вагітністю, за Т. Т. Сорокіною, є переживання реальної або уявленої загрози переривання вагітності. Визначено, що загроза викидня призводить до невротичного порушення тоді, коли з народженням дитини очікують виправлення порушень стосунків особистості, вирішення суб’єктивно важкої життєвої ситуації (взяти шлюб, зберегти сім’ю) [6].

Депресивні розлади — найпоширені порушення у період вагітності та після пологів. Залежно від ступеня виразності їх поділяють на три стани: синдром реактивної депресії; депресивний невроз; психотична депресія. Б. В. Михайлов поділяє депресивні розлади на легкі й помірно виражені (симптоми однакові, але в останньому випадку різняться більшою виразністю і тривалістю), а також психотичного характеру і тяжкий депресивний розлад. В умовах тривалої психогенно-травмуючої ситуації депресія на певному відрізку часу протікає на невротичному рівні та характеризується ситуаційною пригніченістю, емоційним напруженням, дратівливою слабкістю, порушеннями сну, різноманітними вегетативними проявами, а також концентрацією уваги на психотравмуючій ситуації. У міру розвитку депресивного стану зростає астенізація. Значну патогенну роль відіграють фактори, які змінюють реактивність жіночого організму, це передусім сильні вегетоендокринні порушення (вагітність, пологи, післяпологовий період) і поєднання психогенного і ситуаційно-психогенного факторів. Ці фактори формують патологічне підґрунтя, яке сприяє поглибленню депресивного стану (почуття тривоги, страх, відчай, думки про безвихідність ситуації). Поява гострих психотичних депресій характерна для осіб, у преморбіді яких превалюють психопатичні риси психастенічного і гальмівного кола (невпевненість у собі, нерішучість, здатність застрягати на негативних переживаннях). Саме тоді виявляється немотивована агресія і скоюються кримінальні дії проти близьких. Ендоген-

ні депресії частіше розвиваються у пізні терміни вагітності та після пологів. Їх ознаками є ранні ранкові пробудження, коливання настрою впродовж доби, страдницький вираз обличчя, почуття провини, суму, відчаю, сухість у роті, закрепи, тахікардія, думки про смерть, самогубство.

Н. П. Коваленко, яка вивчала психологічну готовність жінки до материнства і психокорекцію психічних станів вагітних, вважає, що вагітні, які погано переносять біль, мають зазвичай порушення поведінки, неадекватно оцінюють ситуацію. Стан звуженої свідомості під час пологів притаманний жінкам з істеричними розладами. На думку більшості дослідників, істерія ґрунтується на таких особистісних рисах, як емоційна лабільність, сугестивність, інфантильний егоцентризм, незрілість суджень, демонстративність, завищена оцінка власної особистості [1–4]. Як відповідь на суб'єктивну “важку” ситуацію у істеричних особистостей можуть виникати конверсійні симптоми: “втрата голосу”, порушення зору, труднощі при ковтанні, м'язова слабкість, парези та паралічі, ускладнення сечовипускання.

Щодо впливу невротичних розладів на перебіг вагітності існує багато розбіжностей. Одні науковці досліджують зв'язок між частотою виникнення акушерських ускладнень, психосоціальними факторами, преморбідними особливостями особистості. Інші зазначають, що викидні призводять до фрустрації, з якою не кожна жінка може впоратись.

Таким чином, преморбідні особистості жінки можуть сприяти виникненню невротичних роз-

ладів під час вагітності. Стан жінок, які страждали на невротичні розлади до вагітності, з її розвитком може погіршуватися. Внаслідок цього є загроза переривання вагітності, спостерігається гестоз, негативний вплив на розвиток плоду, порушення процесу пологів і несформованість психологічної готовності жінки до материнства.



Література

1. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство. — СПб.: СОТИС, 2001. — 311 с.
2. Вельвовский И. З. Система психопрофилактического обезболивания родов. — М.: Медгиз, 1963. — 308 с.
3. Груздев Н. В., Абрамченко В. В., Спивак Д. Л. Факторы индукции измененных состояний сознания у беременных // Перинатальная психология и медицина. — СПб.: ИПП, 2005. — С. 72–83.
4. Журавлев А. Л. Психологические факторы физического и психического здоровья человека // Психол. журн. — 2004. — Т. 25, № 3. — С. 107–117.
5. Корольчук М. С. Психологичне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. — К.: ІНККОС, 2002. — 272 с.
6. Проскурняк О. П. Огляд психологічних концепцій материнства в зарубіжній літературі // Психологія: 36. наук. праць (Київ. нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова). — 2004. — Вип. 24. — С. 18–27.
7. Ряполова Т. Л. Качество жизни в семьях женщин с депрессией в структуре невротических расстройств // Журн. психиатрии и мед. психологии. — 2004. — № 3(13). — С. 25.
8. Шпатаковская Г. В. Возможности психологического сопровождения семей в период появления ребенка // Психологичні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. — К., 2005. — С. 108.

Аналіз медико-психологічної літератури показав, що преморбідні особливості жінки можуть сприяти виникненню невротичних розладів під час вагітності. Стан жінок, які страждали на невротичні розлади до вагітності, з її розвитком може погіршуватися. Внаслідок цього є загроза переривання вагітності, спостерігається гестоз, негативний вплив на розвиток плоду, порушення процесу пологів та несформованість психологічної готовності жінки до материнства.

Анализ медико-психологической литературы показал, что особенности личности женщины могут способствовать возникновению невротических расстройств во время беременности. Состояние женщин, которые страдали невротическими расстройствами до беременности, с ее развитием может ухудшаться. Вследствие этого возможна угроза прерывания беременности, наблюдается гестоз, негативное влияние на развитие плода, нарушение процесса родов и несформированность психологической готовности женщины к материнству.

The analysis of is conducted-psychological literature showed that the features of personality of woman can be instrumental in the origin of невротичних disorders during pregnancy. State of women which suffered on невротичні disorders to pregnancy, with its development can be worsened. Investigation of it is a threat of terminating pregnancy, negative influence on development of fruit, violation of process of births and of psychological readiness of woman to maternity.

Надійшла 27 вересня 2007 р.