

АДАПТАЦІЯ ЖІНОК ПРЕКЛІМАКТЕРИЧНОГО ВІКУ ДО ВАГІТНОСТІ

Проблема зниження материнської захворюваності та смертності, покращення показників репродуктивного та психічного здоров'я жінки, сприятливий перебіг вагітності й розвиток здорової дитини на сьогодні є пріоритетними завданнями психологів та лікарів акушер-гінекологів. А тому цілком природно можемо констатувати на значній кількості наукових праць як у психологічній, так і в медичній літературі, присвячених вивченню особливостей психології вагітної жінки та методам корекції відхилень від нормального перебігу вагітності (Г.Г. Філіппова, В.В. Абрамченко, Т.М. Шигабутдинова, О.Н. Безрукова, Д.Л. Співак та ін.). Але окремих спеціальних робіт, присвячених дослідженню психологічних особливостей вагітних жінок та їх адаптації до свого "нового" стану серед специфічних (означених нами) вікових груп, немає.

Наша робота скерована на дослідження особливостей адаптації не просто вагітної жінки, а жінки вагітність якої є можливо останньою спробою мати дитину (потомство), оскільки ця жінка є жінкою преклімактеричного віку. Такий вибір контингенту пов'язаний з тим, що саме цей період життя жінки співпадає з екзистенційною кризою, тобто кризою "сенсу життя" (період пошуку сенсу життя), часом перегляду цінностей, які формують абсолютно нові уявлення про життя, його сенс у майбутньої матері. Це період переходу ранньої дорослості у середню дорослість [6]. У цей період, відбуваються значні зміни в організмі майбутньої матері як на фізіологічному, так і на психологічному рівнях.

Як показав проведений нами аналіз наукових праць, більшість вітчизняних і зарубіжних дослідників мірилом індивідуального здоров'я вважають властивість живої системи адаптуватися до навколишніх умов. Виділяють певні фактори, які впливають на успішну адаптацію до материнства і забезпечення адекватних умов розвитку дитини. Серед них такі: особистісні особливості, історія життя жінки, адаптація її до одруження, особливості особистісної адаптації як властивість особистості, задоволення від емоційних взаємовідносин з матір'ю та взаєморозуміння з нею. Також чимале значення має модель материнства своєї матері; культурні, сімейні та соціальні особливості; фізичне та психічне здоров'я майбутньої матері тощо. Л.М. Рудіною встановлено, що успішна адаптація до вагітності корелює з успішною адаптацією до материнства (задоволення своєю материнською роллю, компетентність, відсутність проблем у взаємовідносинах з дитиною, успішний розвиток дитини) [13].

Психологічна адаптація до вагітності у жінок за 35 років досліджена G. Robinson (1987) та ін. [11]. Автори досліджень роблять висновок, що жінки старших вікових груп не схильні до депресивних реакцій під час вагітності і добре справляються з ускладненнями, вони також краще відчувають себе на різних етапах вагітності.

Протилежну точку зору на роль та вплив вікового фактора на особистісні характеристики жінок в період вагітності висловив В. Welles-Nystrom [11]. На основі клінічного і експериментально-психологічного дослідження 51 жінки у віці від 20 до 39 років автор дійшов висновку, що жінки старших вікових груп (30-39 років) були більш тривожні протягом вагітності, а після народження дитини намагалися якнайдовше лишатися в пологовому будинку, боячись лишитися без лікарського нагляду. Пояснення отриманих результатів автор бачить у тому, що старші за віком вагітні жінки більш відповідально ставляться до народження дітей. За даними О.Н. Безрукової (1998), яка аналізувала ставлення до вагітності в групах різного віку, жінки зрілого віку частіше бувають незадоволеними і пригніченими [2].

Таким чином, зважаючи на різні точки зору щодо адаптації вагітних жінок старших вікових груп до вагітності, можемо зробити певний висновок. Ясна річ, як бачимо, учені по-різному трактують стан жінки даної категорії, ми ж схиляємося до досліджень зроблених Б. Велліс-Ністромом та О.Н. Безруковою, хоч і цікавими і прийнятними як для нас є й думки Г. Робінсона.

Багато сучасних робіт присвячено дослідженню впливу особистісних характеристик жінки на перебіг її вагітності. До однієї групи можна віднести дослідження, автори яких виділяють різноманітні типи вагітності і досліджують зв'язок цих типів з процесами адаптації до вагітності та успішним її перебігом і формуванням материнської поведінки. В іншій групі розглядаються психосоматичні аспекти вагітності – вплив особистісних переживань і психологічного стану жінки на її соматичне здоров'я.

Лоранс Перну (1989) [7] розділяв усіх вагітних жінок (з психологічної точки зору) умовно на 3 періоди (триместри). Перший триместр, на думку автора, характеризувався як час невпевненості і адаптації (Campbell S., 1991) [19]. Саме в цей період почуття і стан жінки ще не визначилися: щаслива від очікування майбутньої дитини, майбутня матір переходить від радості до смутку, інколи, навіть, страху. Цей страх пов'язаний не лише, конкретно з пологами, швидше він має невизначений, нечіткий характер: у ньому і радість, і побоювання перед невідомим, зрештою тривога за майбутнє (В.В. Абрамченко, 2001) [1]. Нудота, безсоння, відсутність апетиту часто роблять цей період надзвичайно тяжким для жінки. Це своєрідне випробування перед майбутнім материнством.

Але найбільш яскраво виражена ця тривога у вагітних жінок похилого віку (жінок преклімактеричного віку) (Л.В. Ширинян) [17]. Як свідчать дослідження вчених, частота депресивних феноменів серед цієї вікової групи складає від 10 до 14% і їх тяжкість та складність значно посилюється в міру наближення до пологів.

Другий триместр - місяці рівноваги. Відчуття перших рухів плода (перші поштовхи дитини) мають велике значення для вагітної жінки, її психологічного стану, оскільки саме вони підтверджують наявність всередині неї нового життя (Banado-Singh R., 2004) [18]. Присутність цього моменту досить позитивно впливає не тільки на думки, уявлення, почуття майбутньої матері, але й загалом на її організм, оскільки вони досить тісно взаємозв'язані (А.Б. Мулик, 2003) [12].

На нашу думку, вагітні жінки преклімактеричного віку перші рухи дитини (в утробі матері) відчувають у досить ранньому періоді (17-18 тиж.), проте можливі і варіанти. Перший – майбутня мати чітко знає дату і час виникнення перших рухів (поштовхів) дитини, або ж другий - чітко не може визначити (пригадати) ці дати. Ясна річ, це призводить до хвилювання, сумніву, тривоги, навіть, страху за майбутні пологи, а також за майбутнє своєї дитини.

Третій триместр – місяці "відступу". В перші три місяця плід (дитина) був надією, потім, у другому - упевненістю, але ще не реальністю, в третьому ж – він став єдиним, на чому зосереджує і концентрує свою увагу майбутня матір (Н.А.

Чичеріна, 2003) [16]. Думки жінки поступово акумулюються на дитині, яку вона носить (Л.Н. Луговська, 2003) [8]. Це заглиблення "занурення" в дитину – основна, провідна і центральна риса, яка характеризує третій триместр.

Зміст материнської сфери протягом вагітності суттєво змінюється, це віддзеркалюється в переживаннях жінкою симптоматики вагітності, в її зовнішній активності і позначається на психічному стані. Все це визначає індивідуальний стиль переживання вагітності. До нього входять фізичні й емоційні переживання моменту ідентифікації вагітності, переживання симптоматики вагітності, динаміка переживання симптоматики по триместрам вагітності, переважаючий фон настрою по триместрам вагітності, переживання першого ворухіння.

Як один з варіантів класифікацій стилів переживань під час вагітності був запропонований Г.Г. Філіпповою [15]. Йдучи за цією класифікацією можна виділити шість варіантів стилів переживань у жінок в період вагітності. Під стилем переживання вагітності Г.Г. Філіппова розуміє фізичні та емоційні переживання моменту ідентифікації вагітності і її динаміку по триместрам. Це стосується типу настрою (який настрій, здебільшого, переважає), хвилювання викликане рухами дитини, і, зрештою, активність, характер цієї активності, викликаний саме цим станом жінки. Виходячи з цього дослідниця пропонує такі стилі: адекватний, тривожний, ейфоричний, ігноруючий, амбівалентний та заперечуючий.

1. *Адекватний*. Цей стиль, на нашу думку, зустрічається найчастіше у жінок преклімактеричного віку, які вдруге народжують. Ідентифікація вагітності в таких жінок проходить без будь-яких довготривалих негативних емоцій. У цей період живіт вагітної жінки характеризується нормальними розмірами, але соматичний стан відрізняється від стану до вагітності. У першому триместрі можлива зміна настрою без депресивних епізодів; у другому триместрі – благоприємний емоційний стан; у третьому – підвищення тривожності зі зниженням аж до моменту пологів.

2. *Тривожний*. Зустрічається у жінок преклімактеричного віку, які народжують уперше. Ідентифікація вагітності позначена тривогою, страхом, який виникає періодами; живіт занадто великий чи занадто маленький щодо терміну вагітності; соматичний компонент виражений по типу хворобливого стану; емоційний стан в першому триместрі характеризується підвищеною тривогою, а інколи й депресією; у другому – не спостерігається особливої стабілізації, повторюються депресивні та тривожні епізоди; у третьому триместрі – всі ці особливості підсилюються і активність у цьому, третьому, триместрі пов'язана зі страхом завершення вагітності, пологів, та післяпологового періоду.

3. *Амбівалентний*. Загальна симптоматика подібна до попереднього (тривожного) стилю. Здебільшого інтерпретація негативних емоцій жінки представлена переважно страхом за дитину, або ж страхом за успішне завершення вагітності та пологів.

4. *Ейфоричний*. Всі характеристики носять неадекватне, ейфоричне забарвлення, яке характеризується, можливо, неусвідомленим ставленням до можливих проблем пов'язаних з вагітністю та материнством, відсутнє розуміння почуття диференційованого відношення до характеру руху дитини (в утробі матері).

5. *Ігноруючий*. Ідентифікація вагітності надто пізня, вона супроводжується відчуттям смутку чи неприємного здивування; живіт занадто маленький відповідно до терміну вагітності; соматичний компонент не виражений зовсім (жінка "не відчуває себе вагітною"); динаміка емоційного стану за триместрами не спостерігається.

6. *Відторгаючий*. Ідентифікація вагітності супроводжується різкими негативними емоціями. Вся симптоматика різко виражена вона негативна в порівнянні з попередніми стилями. Рух дитини мати сприймає як неприємні фізіологічні відчуття, які супроводжується незручністю, навіть, огидою. Під кінець вагітності можливі депресивні та афективні стани.

Останні три стилі (ейфоричний, ігноруючий, відторгаючий) у вагітних жінок преклімактеричного віку зустрічаються надзвичайно рідко. Однак, у кожному конкретному випадку (кожен зі стилів переживань) будуть спостерігатися індивідуальні особливості. Дослідження Г.Г. Філіппової показали, що стилі переживання вагітності корелюють з цінністю та бажаністю дитини для матері. Адекватний стиль переживання вагітності відповідає адекватній цінності дитини у 100% випадків. Тривожний і амбівалентний стилі найчастіше відповідають пониженої чи надмірній цінності дитини для матері; ігноруючий чи відторгаючий – з низькою цінністю дитини і заміною її на цінності з інших мотиваційних сфер. Надзвичайно складним являється ейфоричний стиль переживання вагітності, при якому цінність дитини неадекватна, але зовнішньо це не виражено. Піднесений стан і некритичне ставлення до змін у житті є причиною особистої незрілості і неготовності прийняти материнство.

На нашу думку, для вагітних жінок преклімактеричного віку найбільш характерними є адекватний стиль (у випадку коли вагітність повторна), тривожний та амбівалентний стилі переживання вагітності, але ця гіпотеза ще потребує емпіричного підтвердження.

Іншу класифікацію особливостей переживань вагітності розробив і пропонує І.В. Добряков (1996) [5], який використав іншу й термінологію. Він визначає тип психологічного компоненту гестаційної домінанти, роблячи, таким чином, акцент на ступені невротизації жінки. На його думку, визначення типу психологічної домінанти дозволяє оптимально сформулювати групи допологової підготовки. Психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) – це сукупність механізмів психічної саморегуляції, що "вмикаються" в жінки в момент виникнення вагітності і направлені на збереження гестації і створення умов для розвитку дитини, і саме вони формують ставлення жінки до своєї вагітності та її відповідну поведінку. Досліджуючи анамнестичні дані, спостерігаючи за вагітними жінками і спілкуючися з ними, Добряков виділив 5 типів ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний і депресивний. Спостерігається деяка відповідність і співпадання ПКГД (за І.В. Добряковим) і виділених Г.Г. Філіпповою "стилів переживання вагітності". Якщо порівняти ці два поняття, то стає зрозумілим, що друге значно ширше і є частиною першого, оскільки психологічний компонент гестаційної домінанти є частиною стилів переживання вагітності.

Для вагітних жінок нашої вікової групи характерний тривожний та ейфоричний компонент гестаційної домінанти, але це ще потребує більш детального дослідження.

Тривожний тип ПКГД характеризує високим рівнем тривоги у вагітних, що впливає на їхній соматичний стан. У деяких випадках жінка переосіює проблеми, які виникають у зв'язку з вагітністю, інколи вона не може чітко пояснити причину виникнення певної тривоги.

Ейфоричний тип (від грец.: "eu" - гарно "pheru" - переносити) ПКГД, як відзначає автор, характерний для жінок, які довго лікувалися від безпліддя [9]. Часто вагітність таких жінок стає засобом маніпулювання, причиною зміни стосунків з чоловіком. Такі жінки виявляють претензійність, нервовість, а тому потребують від довколишніх підвищеної уваги.

Н.В. Боровікова [3], аналізуючи адаптацію у вагітної жінки, виділила три основні напрямки цього процесу:

соціальний, психологічний і фізіологічний. Автор характеризує і чітко окреслює дві індивідуальні стратегії адаптації: пасивну і активну. Змістом пасивної стратегії є збереження жінкою себе, як біологічної одиниці, бажання зберегти в незмінному вигляді спосіб життя, який був до вагітності. Такі жінки знаходяться постійно в тривозі, фрустрації (стан людини, що супроводжується стійкими негативними емоціями, які індукуються об'єктивно нездоланими труднощами, що виникають на шляху до досягнення мети [14] та депресії, що супроводжується відчуттям неможливості задоволення найбуденніших проблем. Існуюче сьогодні сприймається жінкою драматично і тільки з негативного боку. Найбільш характерна така стратегія адаптації до своєї вагітності у зовсім юних дівчат, для яких дитина є загрозою порушення їхнього вже укладеного способу життя. Активній стратегії адаптації більш притаманна егоцентрична позиція. Такі жінки не тільки адаптуються до нового образу Я, але й підлаштовують навколишній світ до цих змін.

На нашу думку, така стратегія найбільш характерна для вагітних жінок преклімактеричного віку, оскільки для неї головною особливістю є збереження системи "мати-дитина".

О.Б. Маміїв [10] вперше запропонував класифікацію вагітних жінок за типом адаптації до родового стресу. Він виділяє 4 типи адаптації до родового стресу: 1-й – задовільна адаптація, 2-й – стан напруження адаптаційних механізмів з явищами декомпенсації і ускладненнями в пологах тільки у плода чи тільки у матері; 3-й тип – незадовільна адаптація в умовах нестабільної напруги адаптаційних механізмів з декомпенсацією і ускладненнями в пологах одночасно у матері й дитини; 4-й тип – зрив адаптації. Г.Б. Мальгіна [9] зауважує, що тип психологічної реакції на хронічні стресори, у нашому випадку це вік вагітної жінки, залежить від вихідної психологічної адаптивності.

В дослідженнях Л.М. Рудіної [13] розглядаються фактори ризику зриву адаптації під час вагітності, акцентується увага на індивідуальній характеристиці вагітних жінок, і ці фактори (ризик) можуть бути сімейно-генетичні, атрибутивно-стильові, темпераментні. Автор показує, що, в залежності від складності соматичних відхилень під час вагітності, факторами ризику можуть бути індивідуальні психічні характеристики.

А.С. Бутаєв [4] та прихильники його точки зору досліджуючи особливості перебігу психофізіологічних механізмів забезпечення розвитку вагітності, пологів та післяпологового періоду розглядав вагітність як специфічний вид функціонального стану організму жінки (стан "гестаційної домінанти") наголошує на неминучому розвитку процесів адаптивної перебудови всіх систем організму, скерованих на підтримання внутрішнього гомеостазу в системі "мати – дитина".

Отже, адаптація жінок преклімактеричного віку до вагітності має свої особливості: вони полягають у схильності таких жінок до тривожних розладів та депресивних реакцій, які позначаються на соматичному стані майбутньої матері та можуть спричинити серйозні відхилення в перебігу вагітності.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В.* Современные методы подготовки беременных к родам / В.В. Абрамченко. – СПб., 1991. – 255с.
2. *Безрукова О.Н.* Влияние социо-психо-логических факторов на социальное здоровье беременной женщины автореф. дис. на соискание ученой степени канд. социолог. наук / О.Н. Безрукова. – СПб., 1998.
3. *Боровікова Н.В.* Условия и факторы продуктивного развития Я- Концепции беременной женщины: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. социолог. наук / Н.В. Боровікова. – Москва, 1998.
4. *Батуев А.С.* Психософизиологическая природа доминанты материнства/ А.С. Батуев // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. общ. – 1996. – Т. 2. – Вып. 4. – С. 69–70.
5. *Добряков И.В.* Типология гестационной доминанты / И.В. Добряков // "Ребёнок в современном мире": тезисы докладов 3-й международной конференции. – СПб.: ЮНЕСКО, МО России, 1996. – С. 21–22.
6. *Крайг Г., Бокум Д.* Психология развития / Г. Крайг, Д. Бокум. – 9-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 940 с.
7. *Перну Л.* Я жду ребенка / Л. Перну. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1989. – 251с.
8. *Луговская Л.Н.* Медико-социально-психологическая служба / Л.Н. Луговская // Сб. науч. трудов: Медико – психологические аспекты современной перинатологии. – М.: Медицина, 2003. – С. 41-42.
9. *Мальгіна Г.Б.* Патогенез, профилактика и коррекция перинатальных осложнений при психоэмоциональном стрессе в период беременности: дисс. ... доктора мед. наук / Г.Б. Мальгіна. – Астрахань, 2006.
10. *Маміїв О.Б.* Клинические и прогностические критерии нормальной и нарушенной адаптации к родовому стрессу у матери и плода: дис. ... доктора медицинских наук / О.Б. Маміїв. – СПб., 2003.
11. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. – М.: Медпресс, 1998.
12. *Мулик А.Б.* Специфика индивидуального физиологического становления репродуктивной сферы женщины / А.Б. Мулик, Е.Ю. Болюбах // Сб. науч. трудов: медико-психологические аспекты современной перинатологии. – М.: Медицина, 2003. – С. 71-71.
13. *Рудіна Л.М.* Индивидуально-психологические особенности адаптивности женщин к состоянию беременности: дис. ... канд. психолог. наук / Л.М. Рудіна. – Москва, 2003
14. *Тарабрина Н.В.* Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: метод. реком. / Н.В. Тарабрина [под ред. Б.Д. Карвасарского]. – Л.: ЛНИПИ им. В. М. Бехтерева, 1984. – С. 24.
15. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства: учеб. пособ. / Г.Г. Филиппова. – Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.
16. *Чичерина Н.А.* Пренатальное воспитание и психофизическая подготовка к родам, сознательному материнству и отцовству будущих родителей / Н.А. Чичерина // Тез. докл. 1 Международного Конгресса по интегративной медицине. – Кипр, 1997. – С. 23-24.
17. *Ширинян Л.В.* Роль психофизической адаптации во время беременности в профилактике гестационных и перинатальных осложнений: дис. ... канд. мед. наук / Л.В. Ширинян. – Благовещенск, 2007.
18. *Banado-Singh R. O.* First trimester diagnosis/ R. O. Banado-Singh, C.S. Cheng// Curr. Opin. Obstet Gynecol. – 2004. – V.16. – P. 177.
19. *Campbell S.* Doppler investigation of the fetal circulation / S.Campbell, Vyass, K.H. Nicolaides// Perinat. Med. – 1991. –

РЕЗЮМЕ

В статье речь идет об адаптации беременных женщин пременопаузального возраста к беременности, делается упор на склонности таких женщин к тревожным расстройствам и депрессивным реакциям, которые отражаются на соматическом состоянии будущей матери и могут служить причиной серьезных отклонений в процессе беременности.

РЕЗЮМЕ

В статті йдеться про адаптацію вагітних жінок пременопаузального віку до вагітності, наголошується на схильності таких жінок до тривожних розладів та депресивних реакцій, які відбиваються на соматичному стані майбутньої матері та можуть спричинити серйозні відхилення у перебігу вагітності.

SUMMARY

The article raises the question of adaptation of pregnant women of premenopausal age for pregnancy. Particular attention is paid to inclination of women to anxiety disorders and depressive reactions which get reflected on the somatic state of future mothers and may cause serious deviations in the course of pregnancy.

Ключевые слова: беременные женщины пременопаузального возраста, тревожность, психологическая адаптация, стресс, депрессивные реакции, перинатальная психология.

Ключові слова: вагітні жінки пременопаузального віку, тривожність, психологічна адаптація, стрес, депресивні реакції, перинатальна психологія.

Keywords: pregnant women of premenopausal age, anxiety, psychological adaptation, stress, depressive reaction, perinatal psychology.
