

УДК 618.3:618.177-089.888.11

Л. М. Вигівська, І. В. Майданник, В. Ф. Олешко

ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ СТАНІ ЖІНОК ЗІ СПОНТАННОЮ ВАГІТНІСТЮ ТА ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Кафедра акушерства і гінекології № 3

м. Київ

В статті висвітлено взаємозв'язок психологічних процесів, які супроводжують фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки. Адже вагітність є станом функціонального напруження всіх систем і органів вагітної жінки. Безумовно, підвищена напруга знаходить відображення й в психологічному стані вагітної.

З точки зору психології протягом перебігу вагітності жінко проходить певний ряд послідовних психологічних змін - прийняття рішення про збереження вагітності, період вагітності до ворухіння плода, період після початку ворухіння, допологовий період та пологи.

За даними літературного огляду, кожний триместр вагітності має певний психологічний "портрет" вагітної. Так в першому триместрі для багатьох жінок є характерним зростання психологічної пасивності і з'являється відчуття задоволеності й насолоди, проте інші жінки відзначають депресію й підсилення фізичної активності, пов'язане з усвідомленням самого факту вагітності.

Другий триместр вагітності характеризується нормалізацією психічного стану та підвищенням працездатності. Проте саме в цей час відбувається перебудова в системі світогляду й формування мотивації материнства, а поява ворухінь плода дозволяє конкретизувати образ дитини й дає основу для інтерпретації її суб'єктивного стану.

Третій триместр вагітності характеризується, підвищенням рівня тривожності й занепокоєння - страхом перед пологами, здоров'ям майбутньої дитини та зростанням частоти депресивних розладів. Активність у цей період націлена на підготовку до пологів і післяпологовий період, а активність, не пов'язана з народженням дитини – зменшується.

У передпологовий період характеризується зниженням активності вагітної, загальним розслаблення та емоційним «знесилення», що захищає матір і дитину, від зайвих стресів і переживань. У вагітної жінки знижується страх перед пологами й підвищується здатність сконцентруватися тільки на одній доміантній суті, що буде цілком необхідно під час пологів і післяпологової взаємодії з дитиною.

Післяпологовий період характеризується пристосуванням до почуття спустошеності й відчуття внутрішньої.

Психологічний стан має провідне значення й в виношуванні вагітності. Провідні дослідники свідчать, що неможливо пояснити передчасні пологи тільки фізіологічними й хімічними змінами під час вагітності.

З огляду на цілу низку фізіологічних змін в психологічній сфері жінок зі спонтанним настанням вагітності нами проведено аналіз психологічного стану 249 вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій та 50 вагітних зі спонтанним настанням вагітності.

Проведене дослідження психоемоційного стану вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій виявило відхилення в рівні особистісної та реактивної тривожності, які притаманні для вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій. З огляду на це, ми вважаємо за доцільне залучати до роботи з вагітними після застосування допоміжних репродуктивних технологій психолога з метою корекції виявлених відхилень.

Ключові слова: вагітність, допоміжні репродуктивні технології, психологічний стан, особистісна тривожність, реактивна тривожність.

Вивчення психологічного статусу жінки в період вагітності є одним з найбільш пріоритетних завдань сучасної психології. Дослідження в галузі медичної й перинатальної психології останніх років висвітлюють взаємозв'язок психологічних процесів, які супроводжують фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки [8].

У період вагітності закладається не тільки фізичне, але й психічне здоров'я майбутньої дитини. В той же час в організмі жінки відбуваються як фізіологічні зміни, які проявляються напруженим функціонування всіх систем і органів, так і зміни в психоемоційному стані - в настрої, в становленні образу дитини й в усвідомленні жінкою своєї материнської ролі. Проте, психологічні аспекти перебігу вагітності залишаються маловивченими [16, 24].

В той же ціла низка робіт присвячена вивченню специфічних змін на всіх рівнях психіки, свідомості й самосвідомості на тлі фізіологічних змін на різних етапах вагітності [30]. У психологічній літературі виділяються такі етапи перебігу вагітності, як стадія прийняття рішення про збереження вагітності, період вагітності до ворухіння плода, період після початку ворухіння, допологовий період та, власне, пологи [7, 17].

В акушерстві виділяються три триместри вагітності, передпологовий період і пологи. В першому триместрі вагітності (відповідає двом першим етапам у психологічній літературі) у

вагітних відзначаються появи легкої загальмованості, зниження розумової й фізичної працездатності, зміни нюхових і смакових відчуттів, запаморочення, нудоту, порушення сну, зміни в емоційній сфері (різкі перепади настрою, дратівливість, вразливість, плаксивість тощо). За даними Д. Пайнз, фізіологічний перебіг першого триместру вагітності характеризується певними змінами зовнішнього вигляду тіла вагітної, наприклад - збільшення молочних залоз, що пробуджує в жінці фантазії й відчуття, породжені у свій час підлітковими тілесними змінами. “У деяких жінок із самого початку цього етапу зростає пасивність і з'являється відчуття вищої задоволеності й насолоди: повне заповнення Власного “Я” збільшується за рахунок лібідо, відібраного у зовнішнього світу. Інші жінки в цей час відзначають легку депресію й підсилення фізичної активності - у зв'язку з особливими жіночими проблемами або тому, що вагітна намагається заперечувати нове відчуття власної пасивності” [23]. За даними Г. М. Філіппової, саме в цьому періоді жінки починають усвідомлювати сам факт вагітності [27].

Питання щодо ступеню усвідомлення жінкою своєї вагітності є дуже складним. Ціла низка досліджень, присвячена жінкам, які відмовляються від дитини, свідчать про певні варіанти особистісних захисних механізмів, як форми ігнорування ознак вагітності. Причини й конкретні прояви цього феномена є завжди індивідуальними. Слід зазначити, що в деяких випадках усвідомлення факту вагітності може відбутися через кілька місяців після зачаття, іноді тільки після початку ворухіння плода. Усвідомлення факту настання вагітності відводить на другий план потрібно-емоційні й ціннісні блоків материнської сфери [5, 7].

За даними Баженова О. В. та База Л. Л. на першому етапі вагітності можливо виділити три основних варіанти мотиваційних змін, які відбувалися в особистості вагітних [18]. Для першого варіанта характерна тенденція до перебудови мотивів: актуалізація мотивів, пов'язаних з материнством, яка здобуває провідний характер. Для другого варіанта характерна боротьба мотивів, при якій мотив, пов'язаний з материнством, вступає в протиріччя з іншими мотивами особистості. При третьому варіанті не відзначається посилення мотиву, пов'язаного з материнством. Образ дитини на цьому етапі вагітності характеризується «дорослістю», великою невизначеністю. Образ дитини на даному етапі вагітності не включений до сфери самосвідомості більшості вагітних жінок. Особливо гостро в першому триместрі вагітні переживають проблеми в родині, з об'єктами прихильності, проблеми відносин із чоловіком [17].

У другому триместрі (у психології материнства цей період пов'язаний з початком ворухіння плода) відбувається нормалізація психічного стану, підвищується працездатність. В цей період вагітним рекомендується починати фізичну підготовку до пологів. З точки зору Г. А. Лескова для другого триместру вагітності є більш характерним високий рівень невротизації, розладу настрою з

легким субдепресивним компонентом і розлади тривожного характеру [20]. “Другий етап вагітності від самого початку відзначається необхідністю зазирнути в очі реальності, адже відчуття ворухіння дитини змушує вагітну визнати факт того, що “дитина” є, хоча й схована глибоко в материнському тілі і її слід сприймати як окрему людську істоту зі своїм власним життям” наголошує дослідник Пайнз Д. [23].

На думку В. І. Брутмана [5], в цей час відбувається перебудова в системі світогляду й формування мотивації материнства. В свідомості вагітної жінки відбувається ідентифікація немовляти, становлення образу себе як матері, емоційне прийняття дитини як живої істоти, яка потребує турботи й любові [5].

На думку Г. М. Філіппової, поява ворухінь (16-22 тиждень вагітності) дозволяє конкретизувати образ дитини й дає основу для інтерпретації її суб'єктивного стану. Занадто раннє ворухіння плода частіше пов'язане, на думку автора, із тривожним переживанням під час вагітності, а занадто пізнє - з ігноруванням жінкою факту вагітності [26].

Відчуття ворухіння майбутньої дитини дозволяє матері конкретизувати її «стартовий» стиль емоційного супроводу. У цей період багато жінок відзначають зміну інтересів, концентрацію на завданнях вагітності й післяпологового періоду, підготовці до післяпологового періоду й материнства. Однак навіть при самій бажаній вагітності ворухіння плода супроводжуються пробудженням глибинної тривоги й страху перед відокремленням плода, фобіями, пожвавленням раніше витиснутих регресивних фантазій. З початком ворухіння реальність дитини стає очевидною для жінки, і із цього моменту відбувається поділ власної уяви жінки щодо її «фізичного Я» на «Я» і «Дитина» [23].

Другий етап вагітності характеризується поступовим «омолодженням» образу дитини в свідомості вагітної. Жінка починає прислуховуватись до ворухіння плода в середині себе, намагаються взаємодіяти з ним (наприклад, розмовляти з майбутньою дитиною, погладжувати живіт) [18]. За даними Г. М. Філіппової після початку ворухіння плода, основна функція матері полягає в забезпеченні загального позитивно-емоційного підґрунтя майбутньої дитини [26].

На думку В. І. Брутмана в другому триместрі вагітності психологічний стан жінки зазнає кардинальних змін. Вагітна намагається в значній мірі уникати негативних емоцій, а психологічні проблеми першого триместру поступово зникають. На перший план починають виступати страхи перед майбутніми пологами й своєї некомпетентності в передуючому післяпологовому періоді [7].

Третій триместр вагітності з медичної й із психологічної точки зору вважається досить складним. У жінки починає погіршуватись самопочуття, вона швидше втомлюється, утрудняється рухова активність, часто погіршується сон. За даними А. Б. Кречетова цей період вагітності

характеризується, підвищенням рівня тривожності й занепокоєння (страх перед пологами, та здоров'ям майбутньої дитини), зростає частота депресивних розладів [19]. Поряд із цим в значній мірі знижується цікавість до всього, що не пов'язаному з дитиною. Образ дитини стає значно більш конкретним, жінки досить легко уявляють собі його зовнішній вигляд, особливості поведінки та свої дії з ним. На цьому етапі вагітності жінки вже входять в образ матері й дуже образно починають описувати процеси купання або годування, з легкістю фантазує на тему своїх майбутніх відносин з дитиною [26].

З погляду психоаналізу, останній етап вагітності характеризується відновленням спогадів про дитинство, оскільки тілесний дискомфорт і втома в час наближення пологів підсилюють потребу вагітної в материнській увазі. За даними Д. Пайнза в цей період мають місце характерні коливання настрою: від радості з огляду на майбутнє материнство, до різних свідомих і несвідомих тривог - про можливість смерті під час пологів та про стан дитини під час та після пологів [23].

На початку третього триместру, як було помічене В. І. Брутманом [7], виражений "синдром облаштування гнізда", який проявляється в підвищенні активності та прагненні впорядкувати наявні проблеми. Активність у цей період націлена на підготовку до пологів і післяпологовий період, а активність, не пов'язана з народженням дитини - зменшується. На даному етапі вагітності домінуюче переживання визначається підготовкою до пологів і появі дитини в будинку. Єднання з дитиною перестає бути основним інтересом майбутньої матері, воно починає стомлювати, дратувати, часто приносить фізичні страждання. Одночасно із цим росте й бажання побачити дитину, переконатися в його повноцінності. Образ реальної домашньої ситуації конкретизується до кінця вагітності й, так само як і образ материнства, стає емоційно насиченим [7].

У передпологовому періоді Г. М. Філіпповою було описане зниження активності вагітної, загальне розслаблення, деяке емоційне «знесилення». Це захищає матір і дитину, на думку автора, від зайвих стресів і переживань. Фізіологічними особливостями даного етапу вагітності є загальне розслаблення хрящової тканини й м'язової системи, зниження чутливості до зовнішньої стимуляції, загальна фізична втома [27]. У вагітної жінки, позначає Г. М. Філіппова, знижується страх перед пологами й здатність сконцентруватися тільки на одній домінантній суті, що буде цілком необхідно під час пологів і післяпологової взаємодії з дитиною [27]. Також дослідниця відзначає, що до кінця вагітності найчастіше послаблюється страх перед пологами та відчуття своєї некомпетентності, пов'язаний з усіма іншими проблемами.

Після пологів настає період пристосування до почуття спустошеності й відчуття порожнечі в тому місці, де була дитина. Матері знову потрібно, як вважає Д. Пайнз [23], змінити образ свого тіла, щоб почувати себе цілої й не порожньою всередині, перш ніж відбудеться розуміння,

пов'язане реальним народженням дитини й визнання її як окремої людини. За даними багатьох дослідників, адекватність уявлення матері про пологи й післяпологовий період, розуміння своїх можливостей і особливостей дитини є істотним показником успішного розвитку її материнської сфери й подальшого щасливого відношення до дитини [29, 31].

Відомо, що 14-20% всіх клінічно діагностованих вагітностей закінчуються спонтанними абортами [3]. При дослідженні причинних факторів виявляється, що значна частина викиднів (25-50%) не обумовлені органічними причинами (наприклад, хромосомними аномаліями, інфекціями на ранніх термінах вагітності, деформацією шийки матки або самої матки під час вагітності). Частота передчасних пологів за останній час становить 6-10 % від загальної кількості всіх пологів [2].

На думку К. Хорні, не можна пояснити передчасні пологи тільки фізіологічними й хімічними змінами під час вагітності, оскільки, якщо психічний стан є сприятливим, зазначені проблеми не виникають. Із психоаналітичної точки зору, причинами, що призводять до порушень фізіологічного перебігу вагітності, можуть бути суперечливі несвідомі тенденції, пов'язані з бажанням мати дитину. Дослідником показано, що при негативному відношенні до вагітності жінка не прагне її зберегти, не уникає шкідливих впливів, не відчуває радості від очікування дитини. У матерів, які мають небажаних дітей, частіше за все відбуваються передчасні пологи і маса тіла новонародженого є значно нижче норми [28].

За даними психологічного дослідження В. І. Брутмана, до якого залучали жінок, які відмовилися від своїх новонароджених дітей, була виявлена психосоціальна складова психосоматичної констеляції, здатної спровокувати передчасні пологи. Дослідником встановлено факт переживання почуття несправедливості стосовно, недостатність любові, психологічна незрілість, емоційна нестійкість і, як наслідок, нездатність до встановлення позитивного емоційного зв'язку з дитиною. Більш того, ці жінки, як правило, мали з раннього дитинства негативний досвід міжособистісних і сімейних взаємин [6].

У роботі Є. Б. Айвазян, присвяченої в тому числі, дослідженню ускладнень, що супроводжують виношування вагітності, зроблений висновок про відбиття цих ускладнень на суті всіх рівнів внутрішньої картини вагітності. На емоційному рівні росте частота конфліктного емоційного відношення до вагітності, яке визначається її особистісним вмістом «хвороби» й зсувом фокусу значимості й тривоги в розвитку дитини, власних тілесних, інтрапсихічних і соціальних змін на виношування вагітності. Заклопотаність успіхом виношування дитини підсилюється на когнітивному рівні, а в структурі тілесного досвіду вагітності було зафіксоване

посилення регуляторної ролі негативних емоцій. В динаміку внутрішньої картини вагітності автор спостерігала затримку перетворення системи ціннісних орієнтацій й тілесного досвіду [1].

Слід також зважати, що звичне невиношування вагітності викликає страх, депресію й порушення психосоматичного відчуття, що сприяє новому викидню внаслідок нейроендокринних змін і посиленого скорочення матки [15, 25]. Таким чином, ускладнення вагітності можуть значно впливати на психічний стан вагітної жінки.

Розуміючи особливості психічних та психосоматичних змін у жінок зі спонтанним настанням вагітності, з метою визначення психо-емоційного стану вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) нами проведено комплексне проспективне дослідження 299 вагітних жінок. До основної групи увійшли 249 жінок, вагітність яких настала в результаті застосування ДРТ. Контрольну групу склали 50 вагітних з спонтанним настанням вагітності та її фізіологічним перебігом.

Основна група жінок, вагітність яких настала в результаті застосування ДРТ розподілена на три групи, в залежності від фактору, який спричинив неплідність. До першої групи увійшли 94 жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя, другу групу сформували 87 жінок з ендокринним фактором безпліддя, до третьої групи включено 68 жінок, безпліддя яких обумовлено чоловічим фактором. Вагітні досліджуваних груп за віком, сімейним і соціальним станом, місцем проживання були репрезентативними, що дозволило в подальшому судити про розбіжності, зумовлені саме етіологічними чинниками виникнення безпліддя.

З метою визначення психоемоційного стану у вагітних досліджуваних груп у режимі скринінгу проводилось клінічне інтерв'ю шляхом заповнення анкет, які вміщували складові питання тестів Спілбергера у модифікації Ю. Л. Ханіна та “Тест відношення вагітної” за методикою І. В. Добрякова [8, 11, 12].

Отримані результати тестування свідчать, що середній бал реактивної тривожності (РТ) у вагітних основної групи перевищував аналогічний показник контрольної групи і становив: 49 – вагітні з трубно-перитонеальним типом безпліддя, 56 – вагітні з ендокринним типом безпліддя, 44 – вагітні з чоловічим фактором безпліддя, 24 – контрольна група (табл. 1).

Таблиця 1

Значення показника РТ у вагітних після застосування ДРТ (абс.ч., %)

Рівень РТ	Значення показника в групах обстежених (n)	
	Основна група (n = 249)	Контрольна

	I група (n = 94)	II група (n = 87)	III група (n = 68)	група (n = 50)
Низький	27 (28,7) *	24 (27,6) *	27 (39,7) °	26 (52,0)
Помірний	26 (27,6)	18 (20,7) *	25 (36,8) °	17 (34,0)
Високий	41 (43,7) *	45 (51,7) *	16 (23,5) °	7 (14,0)

Примітка: * – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

° - статистично достовірні відмінності між I, II та III групами

Низький рівень реактивної тривожності відмічено у 27 (28,7%) вагітних I групи, 24 (27,6%) вагітних II групи, що достовірно менше у порівнянні з показником вагітних контрольної групи – 26 (52,0%) та III групи – 27 (39,7%) ($p < 0,05$). Помірний тип реактивної тривожності відмічено у 26 (27,6%) вагітних I групи ($p > 0,05$), 18 (20,7%) вагітних II групи. Показник РТ вагітних II групи виявився достовірно менше у порівнянні з показником вагітних контрольної групи – 17 (34,0%) та III групи – 25 (36,8%) ($p < 0,05$). Проте, для вагітних I та II групи виявився характерним значний відсоток вагітних з високим типом РТ, який достовірно переважав показник вагітних III та контрольної групи: I група – 41 (43,7%) вагітних, II група – 45 (51,7%) вагітних, контрольна група – 7 (14,0%) та III групи – 16 (23,5%) відповідно ($p < 0,05$).

Відповідно до результатів тестування була виявлена достовірна різниця і в показниках особистісної тривожності (ОТ). Значення показників особистісної тривожності склали: 51 – вагітні з трубно-перитонеальним типом безпліддя, 54 – вагітні з ендокринним типом безпліддя, 31 – вагітні з чоловічим фактором безпліддя, 31 – контрольна група (табл. 2).

Таблиця 2

Значення показника ОТ у вагітних після застосування ДРТ (абс.ч., %)

Рівень ОТ	Значення показника в групах обстежених (n)			
	Основна група (n = 249)			Контрольна група (n = 50)
	I група (n = 94)	II група (n = 87)	III група (n = 68)	
Низький	26 (27,6) *	29 (33,3) *	33 (48,5)	33 (66,0)
Помірний	46 (48,9) *	40 (45,9) *	25 (36,7)	11 (22,0)
Високий	22 (23,5) *	18 (20,8) *	10 (14,7)	6 (12,0)

Примітка: * – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

° - статистично достовірні відмінності між I, II та III групами

Низький рівень особистісної тривожності відмічено у 26 (27,6%) вагітних I групи, 29 (33,3%) вагітних II групи, що достовірно менше у порівнянні з показником вагітних контрольної групи – 33 (66,0%) та III групи – 33 (48,5%) ($p < 0,05$). Помірний тип особистісної тривожності відмічено у 46 (48,9%) вагітних I групи і 40 (45,9%) вагітних II групи у порівнянні з показником контрольної групи – 11 (22,0%) ($p < 0,05$). Помірний тип ОТ визначався у 25 (36,7%) випадках у вагітних III групи і достовірно не відрізнявся від показників I, II та контрольної груп ($p > 0,05$).

Високий рівень ОТ відзначений у 22 (23,5%) вагітних I групи, у 18 (20,8%) вагітних II групи, що достовірно більше у порівнянні з показником вагітних контрольної групи – 6 (12,0%) ($p < 0,05$). Таким чином, для вагітних досліджуваних групи виявився характерним високий рівень реактивної тривожності та помірний рівень особистісної тривожності.

Помірний рівень реактивної тривожності у досліджуваних вагітних характеризувався напруженням, неспокоєм, нервозністю, висока реактивна тривожність характеризувалась розладами уваги, іноді-тонкої координації. Особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоціональними, невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями. Рівень особистісної і реактивної тривожності залежить від кількості стресогенних факторів і особистісного сприйняття їх вагітними жінками.

Середній рівень тривожності більшістю авторів розглядається як нормальний (адаптивний) під час вагітності, в той час як високий і низький рівні тривожності частіше супроводжуються ускладненим перебігом вагітності [9, 21, 22]. Зокрема, у вагітних I та II групи достовірно частіше визначались високий рівень реактивної та помірний рівень особистісної тривожності, що не можна розцінити виключно як реакцію на свою патологію. Це свідчить про сприйняття вагітними більшої ситуацій як потенційно небезпечних і, як наслідок, надмірну реакцію у вигляді високого рівня тривоги. Сучасні дослідники наголошують, що до пацієнтів з високою тривожністю небезпечно пред'являти категоричні вимоги, навіть в ситуаціях, коли вони мають можливість їх виконати, з огляду на те, що можливим є розвиток неадекватної реакції вагітної що буде гальмувати чи відсуне на деякий час отримання необхідного результату [10, 12]. Такі пацієнтки занадто подразливі і знаходяться в постійній готовності до конфлікту і до захисту, навіть якщо в цьому немає необхідності. Низький рівень тривожності у зв'язку з некритичним ставленням до свого стану і рекомендацій лікарів також корелює з більш високою частотою ускладнень вагітності [10, 12].

Таким чином, проведені дослідження психоемоційного стану вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій виявило відхилення в рівні особистісної та реактивної тривожності, які притаманні для вагітних основної групи. Враховуючи вищенаведене, ми вважаємо за доцільне залучити до роботи з обстежуваними вагітними психолога з метою корекції виявлених відхилень.

Л. М. Виговская, И. В. Майданник, В. Ф. Олешко

**ПСИХО-ЕМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН СО СПОНТАННО
НАСТУПИВШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца

Кафедра акушерства и гинекологии № 3

г. Киев

В статье освещена взаимосвязь психологических процессов, сопровождающих физиологические изменения в организме беременной женщины. Ведь беременность является состоянием функционального напряжения всех систем и органов беременной женщины. Безусловно, повышенное напряжение находит отражение и в психологическом состоянии беременной.

С точки зрения психологии в течение течения беременности женщина проходит определенный ряд последовательных психологических изменений - принятие решения о сохранении беременности, период беременности до шевеления плода, период после начала шевеления, дородовый период и роды.

По данным литературного обзора, каждый триместр беременности имеет определенный психологический “портрет” беременной. Так в первом триместре для многих женщин является характерным рост психологической пассивности появление чувства удовлетворенности и наслаждения, другие женщины отмечают чувство депрессии и усиление физической активности, связанное с осознанием самого факта беременности.

Второй триместр беременности характеризуется нормализацией психического состояния и повышением работоспособности. Однако именно в это время происходит перестройка в системе мировоззрения и формирования мотивации материнства, а появление шевелений плода позволяет конкретизировать образ ребенка и дает основу для интерпретации его субъективного состояния.

Третий триместр беременности характеризуется повышением уровня тревожности и беспокойства - страхом перед родами, здоровьем будущего ребенка и ростом частоты депрессивных расстройств. Активность в этот период нацелена на подготовку к родам и послеродовой период, а активность, не связанная с рождением ребенка – уменьшается.

В предродовой период характеризуется снижением активности беременной, общему расслаблению и эмоциональным «обессиливанию», что защищает мать и ребенка от излишних стрессов и переживаний. У беременной женщины снижается страх перед родами и повышается способность сконцентрироваться только на одной доминантной сути, что будет совершенно необходимо во время родов и послеродового взаимодействия с ребенком.

Послеродовой период характеризуется приспособлением к чувству опустошенности и ощущение внутренней.

Психологическое состояние имеет ведущее значение и в вынашивании беременности. Ведущие исследователи свидетельствуют, о невозможно объяснения преждевременных родов только с позиции физиологическими и химическими изменениями во время беременности.

Учитывая целый ряд физиологических изменений в психологической сфере женщин со спонтанным наступлением беременности, нами проведен анализ психологического состояния 249 беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий и 50 беременных со спонтанным наступлением беременности.

Проведенное исследование психоэмоционального состояния беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий выявило отклонения в уровне личностной и реактивной тревожности, которые присущи для беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий. Учитывая это, мы считаем целесообразным привлекать к работе с беременными после применения вспомогательных репродуктивных технологий психолога с целью коррекции выявленных отклонений.

Ключевые слова: беременность, вспомогательные репродуктивные технологии, психологическое состояние, личностная тревожность, реактивная тревожность.

L.M. Vygivska, I.V. Maidannyk, V. F. Oleshko

**PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH SPONTANEOUS PREGNANCY AND
AFTER THE USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES**

Bogomolets National Medical University
Department of Obstetrics and Gynecology No. 3

Kiev

The article represents the relationship of psychological processes which accompany physiological changes in the body of a pregnant woman. After all, pregnancy is a state of functional tension of all systems and organs of a pregnant woman. Of course, increased stress is reflected on the psychological state of the pregnant woman.

From the point of view of psychology during pregnancy a woman passes a certain series of sequential psychological changes - a decision on continuation of the pregnancy, pregnancy before fetal movements appearance, the period after fetal movements appeared, the prenatal period and childbirth.

According to the literature review, each trimester of pregnancy has a certain psychological "portrait" of the pregnant woman. So in the first trimester for many women is common an increase in psychological passivity and there is a sense of satisfaction and pleasure, but other women note depression and increased physical activity which is associated with the awareness of the pregnancy fact.

The second trimester of pregnancy is characterized by normalization of mental state and increased efficiency. However, at this time there is a restructuring in the system of worldview and formation of motivation of motherhood, and the appearance of fetal movements allows concretize the image of the child and provides a basis for the interpretation of her subjective state.

The third trimester of pregnancy is characterized by increased levels of anxiety and anxiety-fear of childbirth, the health of the unborn child and an increase in the frequency of depressive disorders. Activity during this period is aimed at preparing for childbirth and the postpartum period, and activity not related to the birth of a child – decreases.

The prenatal period is characterized by a decrease in the activity of the pregnant woman, General relaxation and emotional "exhaustion", which protects the mother and child from unnecessary stress and experiences. In a pregnant woman, the fear of childbirth decreases and the ability to concentrate on only one dominant essence increases, which will be absolutely necessary during childbirth and postpartum interaction with the child.

The postpartum period is characterized by adaptation to a sense of emptiness and a sense of inner.

The psychological state is of leading importance in pregnancy. Leading researchers show that it is impossible to explain premature birth only physiological and chemical changes during pregnancy.

Taking into account a number of physiological changes in the psychological sphere of women with spontaneous pregnancy, we analyzed the psychological state of 249 pregnant women after the use of assisted reproductive technologies and 50 pregnant women with spontaneous pregnancy.

The study of the psycho-emotional state of pregnant women after the use of assisted reproductive technologies revealed deviations in the level of personal and reactive anxiety that are inherent in pregnant women after the use of assisted reproductive technologies. Taking this into account, we consider it

appropriate to involve a psychologist to work with pregnant women after the use of assisted reproductive technologies in order to correct the identified abnormalities.

Key words: pregnancy, assisted reproductive technologies, psychological state, personal anxiety, reactive anxiety.

Тестові запитання
(Одна відповідь є вірною)

1. Який з етапів перебігу вагітності з психологічної точки зору не є вірним:
 - A. Прийняття рішення про збереження вагітності
 - B. Період вагітності до ворушіння плода
 - C. Допологовий період
 - D. Період пологів
 - E. Післяпологовий період

2. В першому триместрі вагітності психологічний стан вагітної не характеризується:
 - A. Зниження розумової працездатності
 - B. Різкими перепадами настрою
 - C. Пасивністю
 - D. Надмірною агресивністю
 - E. Підвищенням лібідо

3. Психологічно жінка починає усвідомлювати факт вагітності:
 - A. За тиждень до її настання
 - B. В першому триместрі вагітності
 - C. В третьому триместрі вагітності
 - D. Під час пологів
 - E. Після пологів

4. Кількість варіантів мотиваційних змін, які виділяють співавтори Баженова О.В. та База Л.Л. на першому етапі вагітності становить:
 - A. Один
 - B. Два

- C. Три
 - D. Чотири
 - E. П'ять
5. Період, в якому рекомендується починати фізичну підготовку до пологів:
- A. За два місяці до вагітності
 - B. Одразу після підтвердження факту настання вагітності
 - C. В першому триместрі
 - D. В другому триместрі
 - E. В третьому триместрі
6. На думку В. І. Брутмана в психологічному аспекті жінки другому триместрі вагітності відбувається:
- A. Перебудова в системі світогляду
 - B. Формування мотивації материнства
 - C. Обидві події разом
 - D. Зміни не характерні
 - E. Посилення депресії
7. В другому триместрі вагітності жінка фізіологічно намагається:
- A. Уникати негативних емоцій
 - B. Свідомо конфліктує з оточуючими
 - C. Психологічний стан не змінюється
 - D. Підсилюється депресія
 - E. Підсилення активності
8. За даними А. Б. Кречетова третій триместр вагітності характеризується як:
- A. Підвищенням рівня активності
 - B. Підвищенням працездатності
 - C. Підвищенням лібідо
 - D. Підвищенням позитивного настрою
 - E. Підвищенням рівня тривожності й занепокоєння
9. В третьому триместрі вагітності зменшується психологічна активність не пов'язана з:

- А. Підготовкою до пологів
 - В. Підготовкою до післяпологового періоду
 - С. Народженням дитини
 - Д. Періоду лактації
 - Е. Пролонгуванням вагітності до терміну нормальних пологів
10. В післяпологовому періоді для психічного стану породіллі є характерним:
- А. Почуття порожнечі
 - В. Почуття спустошеності
 - С. Перше і друге разом
 - Д. Почуття страху
 - Е. Почуття задоволення

ЛІТЕРАТУРА

1. Айвазян Е.Б. . (2005). Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности, дис. канд. психол. наук. М., 2005: 319.
2. Бодяжина В. И., Семенченко И. Б. (2005). Акушерство: [учеб. пособие для студентов мед. колледжей]. Изд. 4-е. - Ростов-на-Дону: Феникс: 477.
3. Бройпигам В., Кристиан И, Рад М. (1999). Психосоматическая медицина. Пер. нем. М.: Геотар медицина: 295 – 310.
4. Брутман В. И., Варга А. Я., Родионова М. С. (1998). Изучение состояний сознания на различных этапах репродуктивного периода женщин. Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. М: 142 – 143.
5. Брутман В. И., Варга А. Я., Хамитова И. Ю. (2000). Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери. Психологический журнал. 2: 48 – 57.
6. Брутман В. И., Панкратова М. Г., Ениколонов С. Н. (1995). Нежеланная беременность жертв сексуального насилия (психолого-психиатрические аспекты). Вопросы психологии. 1: 33 – 39.
7. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. (2002). Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов. Вопросы психологии. 6: 49 – 57.
8. Володин Н. Н. (2009). Перинатальная психология и психиатрия. М.: Издательский центр "Академия": 364.
9. Гусев А. Н., Измайлов Ч. А., Михалевская М. Б. (1997). Измерение в психологии: общий психологический практикум: М.: «Смысл»: 280.

10. Григорьева Е.С. (2011). Роль личностных особенностей женщины в возникновении патологии беременности (обзор современных исследований). Психология телесности: Теоретические и практические исследования. 4: 177 – 185.
11. Дерманова И. Б. (2002). Исследование тревожности (Ч. Д. Спилбергер, адаптация Ю. Л. Ханин). Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб: 124 – 126.
12. Добряков И. В., Прохоров В. Н., Прохорова О. В. (2016). Психологическая диагностика в перинатальной психологии. Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография: 118 – 132.
13. Добряков И.В. (2011). Перинатальная психология. «Питер» 1-е издание: 272.
14. Ельцова - Стрелкова В.И. (1987). Акушерство учебное пособие. Под ред. Е.В. Мареева: М.: Изд. УДН: 301.
15. Залевский Г. В. Мамышева Н. Л., Шелехов И. Л. (2005). Индивидуальнопсихологические особенности беременных в прогнозе формирования девиантных форм материнского поведения. Сибирский психологический журнал. 22: 7 – 12.
16. Карасева А. Э., Киселев В. Д., Фадеева Н. И. (2001). Психологические особенности женщин с диагнозом слабости родовых сил. Акушерство и гинекология. 1: 44 – 45.
17. Копыл О. А., Баз Л. Л., Баженова О. В. (1994). Готовность к материнству: выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка. Синапс. 5: 27 – 38.
18. Кочнева М. А. (1992). Особенности и роль психических реакций беременных женщин в развитии осложненной беременности и родов. Дис. канд. мед. наук, М. 191.
19. Кречетов А. Б., Абрамченко В. В. (1968). О некоторых нервно-психических реакциях у беременных и рожениц. Журнал неврологии и психиатрии имени Корсакова. 7: 7 – 18.
20. Лесков Г. А., Пискунова Т. В., Жабина Т. П. (1992). Оценка уровня невротизации и психопатизации у женщин в отделении патологии репродуктивной функции женщины. С-П: 104 – 106.
21. Мисюк М.Н., Коваленко Е.С. (2008). Тревожность и страхи как проявление эмоциональной сферы беременных женщин. Управление в социальных и экономических системах: материалы XVII Международной научно практической конференции (2–6 июня 2008 г., г. Минск). Минский инт уп равления; редкол.: Минск: 413 – 414.
22. Носкова О.В. (2008). Особенности тревожного состояния женщин при беременности и его психокоррекция. Медицинская психология. 3 52 – 56.
23. Пайнз Д. (1997). Бессознательное использование своего тела женщиной. С-П.: Изд. Восточно-европейский институт психоанализа: 196

24. Плотников В. В., Миронова Т. А., Казаренко Л. Л. (1996). Психофизиологические факторы в невынашивании беременности. История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи). под общ. ред. И. И. Кутько и П. Т. Петрюка: Харьков: 3: 307 – 309.
25. Рымашевский Н. В. Коваленко В. М., Волков А. Е., Труфонова О. К. (1990). Личностные особенности беременных в норме и при патологии. Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 5. 97 – 101.
26. Филиппова Г. Г. (1995). Образ мира и мотивационные основы материнства. Проблемы изучения и развития личности дошкольника. Пермь: 31 – 36.
27. Филиппова Г. Г. (1992). Психология материнства и ранний онтогенез. М: «Жизнь и мысль»: 192.
28. Хорни К. (1997). Собрание сочинений в 3-х томах. Т.1. М.: «Смысл»: 496.
29. Bems B. (1988). The Different Faces of Motherhood. Eds., F. Hay. N. J., L: 292.
30. Dufoyer L P. (1982). La naissance et le development de la personnalité dans la premiere annee de la vie: 429
31. Louis G., Margolis E. (1987). The motherhood report: how women feel about being mothers. N. J: 482.

LITERATURE REVIEW

1. Ayvazyan E. B. (2005). Development of bodily and emotional experience of a woman during pregnancy. Dis. Cand. Of Psychological Sciences. M: 319.
2. Bodyazhina V. I., Semenchenko I. B. (2005). Obstetrics: [studies. a textbook for students med. colleges.] Ed. 4th - Rostov-on-Don: Phoenix: 477.
3. Broipgigam V., Christian And, Rad M. (1999). Psychosomatic medicine. Per. M.: GEOTAR medicine: 295-310.
4. Brutman V. I., Varga A. Ya., Rodionova M. S. (1998). The study of States of consciousness at different stages of the reproductive period of women. Social and mental health of the child and the family: protection, assistance, return to life. M: 142 – 143.
5. Brutman V. I., Varga A. Ya., Khamitova I. Yu. (2000). The influence of family factors on the formation of deviant behavior of the mother. Psychological journal. 2: 48 – 57.

6. Brutman V. I., Pankratova M. G., Enikolonov S. N. (1995). Unwanted pregnancy of victims of sexual violence (psychological and psychiatric aspects). *Question of psychology*. 1: 33 – 39.
7. Brutman V. I., Filippova G. G., Khamitova I. Yu. (2002). Dynamics of psychological state of women during pregnancy and after childbirth. *Question of psychology*. 6: 49 – 57.
8. Volodin N. N. (2009). *Perinatal psychology and psychiatry*. Moscow: publishing center "Academy": 364.
9. Gusev A. N., Izmailov C. A., Mikhalevskaya M. B. (1997). *Measurement in psychology: General psychological workshop*: M.: "Sense": 280.
10. Grigorieva E. S. (2011). The role of personal characteristics of women in the occurrence of pregnancy pathology (review of modern studies). *Psychology of physicality: Theoretical and practical studies*. 4: 177 – 185.
11. Dermanova I. B. (2002). *Anxiety research (C. D. Spielberger, adaptation of Y. L. Khanin). Diagnostics of emotional and moral development*. St. Petersburg: 124 – 126.
12. Dobryakov I. V., Prokhorov V. N., Prokhorova O. V. (2016). *Psychological diagnostics in perinatal psychology. Diagnostics in medical (clinical) psychology: current state and prospects*. Collective monograph: 118 – 132.
13. Dobryakov I. V. (2011). *Perinatal psychology*. "Piter" 1st edition: 272.
14. Yeltsova-Strelkova V. I. (1987). *Obstetrics training manual*. Under the editorship of E. V. Mareeva: M. Ed. UDN: 301.
15. Zalevsky G. Vmamyshva N. L., Shelekhov I. L. (2005). Individual psychological features of pregnant women in the prognosis of deviant forms of maternal behavior. *Siberian psychological journal*. 22: 7 – 12.
16. Karaseva A. E., Kiselev V. D., Fadeeva N. I. (2001). Psychological features of women with a diagnosis of weakness of patrimonial forces. *Obstetrics and gynecology*. 1: 44 – 45.
17. Kopyl O. A., Baz L. L., Bazhenova O. V. (1994). Readiness for motherhood: identification of factors and conditions of psychological risk for the future development of the child. *Synapse*. 5: 27 – 38.
18. Kochneva M. A. (1992). Features and role of mental reactions of pregnant women in the development of complicated pregnancy and childbirth. *Dis. Cand. Mrdical Sciences*. M: 191.
19. Krechetov A. B., Abramchenko V. V. (1968). On some neuropsychiatric reactions in pregnant women and women in labor. *Korsakov journal of neurology and psychiatry*. 7: 7 – 18.
20. Leskov G. A., Piskunova T. V., Zhabina T. P. (1992). Assessment of the level of neurotization and psychopathization in women in the Department of pathology of female reproductive function. *C-P*: 104 – 106.

21. Misyuk M. N., Kovalenko E. S. (2008). Anxiety and fears as a manifestation of the emotional sphere of pregnant women. Management in social and economic systems: proceedings of the XVII International scientific and practical conference (2-6 June 2008, Minsk). Minsk inst. of comparison; ed.: Minsk: 413 – 414.
22. Noskova O. V. (2008). Features of the anxious state of women during pregnancy and its psychocorrection. Medical psychology. 3: 52 – 56.
23. Pines D. (1997). Unconscious use of her body by a woman. S-P.: Ed. East European Institute of psychoanalysis: 196
24. Plotnikov V. V., Mironova T. A., Kazarenko L. L. (1996). Psychophysiological factors in recurrent miscarriage. The history of Saburova dacha: Successes of psychiatry, neurology, neurosurgery and narcology. Collection of scientific works of the Ukrainian research Institute of clinical and experimental neurology and psychiatry and Kharkiv city clinical psychiatric hospital No. 15 (Saburova dacha). edited by I. I. Kutko And P. T. Petryuk: Kharkiv: 3: 307 – 309.
25. Rymashevsky N. V. Kovalenko V. M., Volkov A. E., Trufonova O. K. (1990). Personal characteristics of pregnant women in normal and pathological conditions. Journal of neuropathology and psychiatry. Korsakovo. 5. 97 – 101.
26. Filippova G. G. (1995). Image of the world and motivational foundations of motherhood. Problems of studying and developing the personality of a preschooler. Perm: 31-36.
27. Filippova G. G. (1992). Psychology of motherhood and early ontogenesis. M: "Life and thought": 192.
28. Horney, K. (1997). Collected works in 3 volumes. Vol. I.: "Sense": 496.
29. Bems B. (1988). The Different Faces of Motherhood. Eds., F. Hay. N. J., L: 292.
30. Dufoyer L P. (1982). La naissance et le development de la personnalité dans la premiere annee de la vie: 429
31. Louis G., Margolis E. (1987). The motherhood report: how women feel about being mothers. N. J: 482.

Виговська Лілія Николаевна – к.мед.н., доцент кафедри акушерства и гинекологии № 3
Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца
ORCID ID 0000-0001-8939-2239

Майданик Игор Витальевич – к.мед.н., доцент кафедри акушерства и гинекологии № 3
Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца

ORCID ID 0000-0003-0849-0406

Олешко Виктор Федорович – к.мед.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 3
Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца

ORCID ID 0000-0003-2493-2892