

The prevalence of different types of psychological dominant and psycho-emotional state in women with placental dysfunction

Nataliya Yakymchuk

Івано-Франківський обласний перинатальний центр

Placental dysfunction is a key problem in obstetrics, neonatology, pathology of the ante- and perinatal period, as the functional inability of placenta leads to an increase in the proportion of miscarriage, fetal development delay syndrome, or its antenatal death, and the period of pregnancy, especially in case of its pathological course, is an extremely strong psycho-emotional factor. The structure and prevalence of types of psychological component of gestational dominant with the consideration of psycho-emotional status in women with placental dysfunction were stated as well as their influence on reproductive loss and complication of pregnancy was estimated.

Актуальність

Плацентарна дисфункція (ПД) – це ключова проблема акушерства, неонатології, патології анте- та перинатального періоду, оскільки функціональна нездатність паценти приводить до зростання частки невиношування, синдрому затримки розвитку плода або його антенатальної загибелі [1]. Плацентарна дисфункція – не тільки синдром, що об'єднує комплекс порушень трофічної, ендокринної та метаболічної функції плаценти, ініціюючих розвиток нездатності підтримувати адекватний та достатній обмін між організмом матері та плоду, але і гостра соціальна проблема сьогодення. У останні роки успішно опрацьовуються питання клінічної діагностики, удосконалюються методи профілактики та лікування дисфункції плацентарного комплексу [1,2], де чітко вказується на необхідність та важливість створення сприятливих умов психоемоційного спокою для фізіологічного перебігу вагітності [3].

Ряд наукових праць, присвячених різним проблемам плацентології, опублікованих в останні роки, де значиму увагу приділяють біохімічним та молекулярно-клітинним механізмам ПД, вказують на суперечливі та неповноцінні дані оцінки діяльності універсальної системи мати-плацента-плід [1,2,4]. Як відомо, стресогенні чинники як на етапі планування так і на етапі моніторингу вагітності, обумовлюють формування дисадаптивного психовегетативного синдрому, який може бути в основі патологічного розвитку гестації [5-8]. Соціальна напруга у суспільстві, хронічний стрес сьогодення, а також психохарактерологічні особливості організму жінки сприяють формуванню змін в структурі плаценти, порушенню матково-плацентарного кровообігу та розвитку плацентарної дисфункції [2,6,8]. Як вказують дані літературних джерел, невиношування у жінок із екстремальними стресовими ситуаціями, зростання частки ПД та пізніх гестозів зустрічається у 3 рази частіше [6,9,10]. Тому пошук скринінгових маркерів чи інших критеріїв можливих ускладнень у даній категорії пацієнток, без сумніву, сприятиме оптимізації формування груп ризику та відбору вагітних, які потребуватимуть більш ретельних підходів до моніторингу, а також проведення превентивної корекції.

Мета дослідження

Метою дослідження стало встановити структуру та поширеність типів психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД) із врахуванням показників психоемоційного статусу у жінок з плацентарною дисфункцією та оцінити вплив на показники репродуктивних втрат та ускладнений перебіг вагітності.

Матеріали та методи дослідження

Для розв'язання поставлених завдань нами було проведено експериментально-психодіагностичне дослідження та клініко-лабораторне обстеження 120 пацієнок з обтяженим репродуктивним анамнезом: тривало ліковане безпліддя (31,66 %), невиношування та синдром втрати плода (25,83 %), використання допоміжних репродуктивних технологій з невдалими спробами в анамнезі (15,83 %), що очікували народження дитини чи перебували на різних термінах вагітності і проходили програму психопрфілактичної підготовки на базі Центру свідомого батьківства "Дівія" м. Івано-Франківськ. У програмі оцінки психоемоційного стану пацієнок керувалися даними літературних джерел, які вказують на особливості перебігу фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної жінки, спрямованих на створення оптимальних умов для зачаття та розвитку плоду, і характеризуються поняттям «гестаційна домінанта» [11]. Гестаційна домінанта має два взаємовпливові компоненти: фізіологічний та психологічний, і саме вони трансформують характер, поведінку, емоційний фон майбутньої матері, визначаючи її психічний стан, який впливає на перебіг вагітності, пологів, розвиток плоду, виникнення пологового болю, післяпологовий та лактаційний періоди. Глибоким вивчення ПКГД займався Добряков І.В., і саме ним була запропонована методика «Тест ставлень вагітної» та її модифікації які дозволяють визначити тип ПКГД [11,12], і на сьогодні є одною із скринінгових тестів для визначення та корекції психоемоційного стану вагітної жінки [6,7]. Тест допомагає розподілити вагітних відповідно на групи (оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний та депресивний типи ПКГД). На етапі планування вагітності з метою уточнення та отримання більш достовірних даних була використана психодіагностична «Анкета знайомства» та проективна малюнквова методика «Я і моя дитина» за Філіповою Г.Г., яка дозволила більш чітко сформулювати групи ризику. Інтерпретація отриманих результатів проводилася за ознаками малюнку, які дозволяли віднести самосприймання вагітності та майбутньої дитини до того чи іншого стилю [13]. При цьому було виділено групу пацієнок із адекватним стилем, що відповідав оптимальному типу ПКГД, групу жінок із амбівалентним та тривожним стилем сприйняття вагітності та майбутньої дитини (відповідав тривожному типу ПКГД), та групу пацієнок із відкидаючим та ігноруючим стилем, що характеризував конфлікт з вагітністю. У контрольну групу ввійшли 20 вагітних з оптимальним типом ПКГД та неускладненим перебігом вагітності і пологів.

З метою більш глибокого дослідження психоемоційного стану також були використані наступні експериментально-психологічні методи: оцінка особистісної та реактивної тривожності за тестом Спілберга-Ханіна; оцінка рівня депресії за тестом Бека, а також дослідження рівня алекситимії, видів акцентуації характеру при їх наявності та механізмів психологічного захисту. Ультразвукове дослідження органів малого тазу, щитовидної залози, молочних залоз, ультразвукових маркерів ПД та доплерометричне дослідження матково-плацентарно-плодового кровообігу проводили із застосуванням апарату Siemens -250 (Австрія). У ході роботи була запропонована лікувально-профілактична програма прекоцепційної підготовки, яка доповнена диференційованими модифікованими підходами до психологічної корекції, серед яких перевага надавалася дихальній гімнастиці та арт-терапії, зокрема таким видам: тілесно-орієнтованій терапії, музичній терапії, ізотерапії, казкотерапії, мандалотерапії та роботи з пластичними матеріалами. Для пацієнок тривожного та депресивного типу було використано психологічні підходи, реалізовані у ролевій грі та особистісно-орієнтоване консультування.

Усі види статистичної обробки виконано за допомогою стандартного пакету «Statistica for

Windows - 6,0».

Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі вікових особливостей обстежених жінок виявлено, що вік жінок коливався від 18 до 45 років, найбільший відсоток становила вікова категорія від 18 до 30 років (71,66 %), що дозволило припустити достатньо високу поінформованість та обізнаність жінок молодого віку щодо доцільності психопрофілактичної підготовки до вагітності та пологів, бажання залучити до процесу супроводу вагітності чоловіка чи членів сім'ї. Аналіз соціального статусу дозволив встановити обтяжений репродуктивний анамнез частіше у працюючих жінок, які займали керівні та відповідальні службові посади, що не виключає стресіндукованого чинника зайнятості, значимим був рівень вищої освіти (75,83%) та жителів міста ($p < 0,05$). Щодо кількості вагітностей то перша вагітність спостерігалась 35,00% жінок, тоді як повторна - у 60,83% жінок, третя та більше вагітностей зустрічалось тільки у 4,17%.

У нашому дослідженні, при оцінці формування ПКГД виявлено, що чисті типи ПКГД зустрічалися дуже рідко, що, очевидно, пов'язано з оцінкою даного показника на ранніх термінах вагітності. Було прийнято вважати сприятливими щодо перебігу вагітності оптимальний (у т.ч., оптимально-тривожний, оптимально - гіпогестогнозичний) та змішані типи, а чисті тривожні, депресивні, ейфоричні і гіпогестогнозичні типи - несприятливими.

Згідно отриманих результатів, у контрольній групі найбільш часто відмічався оптимальний тип ПКГД (95,00%), який корелював із найбільш сприятливим перебігом вагітності та пологів. Найвагомішу частку серед несприятливих типів гестаційної домінанти склав тривожний тип ПКГД - 51,66% спостережень, гіпогестогнозичний тип відмічено у 21,66 % випадках. Для пацієток, де в ході моніторингу вагітності відмітили плацентарну дисфункцію та супроводжуючі її ускладнення, характерним було переважання несприятливих типів ПКГД, які супроводжували весь гестаційний період. Гіпогестогнозичний та ейфоричний тип у вибірці відмічено в основному тільки у складі комбінованого варіанту - у 9,16 % та 17,52 % спостережень відповідно. Наступний етап передбачав оцінку характеру перебігу вагітності та пологів у обстежених жінок із врахуванням типу ПКГД. Найбільшу увагу заслуговують відмінності у частоті передчасних пологів, резистентності до лікування прееклампсії та частці аномалій пологової діяльності і медикаментозної її корекції, які у 2,6 рази переважали у випадку тривожного, ейфоричного та депресивного типів ПКГД. Далеко не всі пологи закінчилися через природні пологові шляхи і відсоток оперативного розродження у 3,2 рази перевищував дані у групі зі сприятливим типом ПКГД (у основному за рахунок показань, обумовлених плацентарною дисфункцією та дистресом плоду). Прееклампсія різного ступеню тяжкості у 2,2 рази частіше діагностована у пацієток з несприятливими типами ПКГД, у 2,0 рази частіше відмічена плацентарна дисфункція із об'єктивними критеріями порушення матково-плацентарного кровотоку, а саме у третині випадків вона супроводжувалася негативними наслідками для плоду, зокрема синдром затримки розвитку плоду та дистресом плоду під час вагітності.

Таким чином, експериментально-психодіагностичне дослідження у 120 пацієток дозволило встановити високий відсоток несприятливих щодо перебігу вагітності типів ПКГД, серед яких найбільш вагомими були тривожний та депресивний типи, а також статистично значиму залежність між особливостями перебігу вагітності та пологів, що мають тісний зв'язок із порушенням плацентарної та гестаційними ускладненнями, що його супроводжують (прееклампсія та дистрес плоду) і прогресуванням дисадаптації матково-плацентарного кровообігу. Статистичні обрахунки відношення шансів дозволили відмітити доцільність скринінгу пацієток з несприятливими психоемоційними факторами, перш за все - тривожного типу та депресивного типу ПКГД, що підвищує ризик та прогресування плацентарної дисфункції у 7,27 рази (OR - 7,27; 4,66-11,35). Слід вказати, що у пацієток з ускладненим перебігом вагітності таким, як загроза переривання та невиношування,

тривожний та депресивний тип відмічено практично у половини жінок, включених у дослідження, а група пацієнок з клінічними проявами прееклампсії різного ступеню тяжкості дозволила встановити частку тривожного та депресивного типу ПКГД у двох третин пацієнок.

Результати більш глибокої оцінки психоемоційного статусу дозволили відмітити навіть у здорових вагітних певні психологічні зрушення, які слід розцінити як фізіологічну адаптацію жінки до вагітності, а саме у третини жінок контрольної групи встановлено збільшення частки вегето-емоційних порушень (підвищена роздратованість, відчуття серцебиття, загальна слабкість, пітливість тощо), поряд із зростанням показників реактивної тривожності. У пацієнок із тривожним та депресивним типом ПКГД, особливо у тих, де в анамнезі є епізоди перинатальних втрат, тривало ліковане непліддя тощо, вже на догестаційному етапі наявні спільні риси психологічної дисадаптації - прихована тривога і напруження, посилені соматичними фіксаціями, удвічі проти даних контролю збільшені показники реактивної та особистісної тривожності; у кожній четвертій пацієнтки виявляються ознаки депресивних рис ($p < 0,05$). У випадку патологічного перебігу вагітності (прогресуюча ретрохоріальна гематома, загроза мимовільного викидня) ознаки депресії стають домінуючими, з переважанням частки пацієнок (54,0 %) з високими рівнями особистісної та реактивної тривожності у 3,0 рази більше, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$). Тобто вже на прегравідарному етапі у даній категорії пацієнок поступово формується патологічний психологічний стан з домінуванням соматичних фіксацій та вираженою емоційною лабільністю.

Також нами була проведена психометрична характеристика та оцінка особистості вагітних основної групи з допомогою спеціалізованих опитувальників, а саме дослідження рівня алекситимії, видів акцентуації характеру при їх наявності, механізмів психологічного захисту у порівнянні із пацієнтками із оптимальним типом ПКГД. Найчастіше відмічено емотивний тип акцентуації, причому у здорових вагітних із оптимальним ПКГД він зустрічається значимо рідше, ніж у вагітних з несприятливими щодо перебігу вагітності типами ПКГД. У групі контролю тільки у 3 (15,0 %) здорових вагітних виявлено по одному епізоду неврівноваженого, гіпертимного та емотивного типів акцентуації характеру, тоді як у пацієнок з тривожним та депресивним типами ПКГД достовірно частіше відмічено даний тип акцентуації (53,22%). Одночасно було встановлено, що у пацієнок з гіпогестознозичним та ейфоричним типами ПКГД, як і у здорових пацієнок, не зустрічаються жінки з тривожним та педантичним типом акцентуації характеру. У вказаній групі, як і у групі здорових вагітних, виявлено по одному епізоду неврівноваженого та гіпертимного типів акцентуації характеру. Характеризуючи частку виявлення інших типів акцентуації, слід відмітити у жінок з несприятливими щодо перебігу вагітності типами ПКГД переважання відсотку емотивного (34,16 %), тривожного (19,16 %), демонстративного (11,66 %), збудливого (7,5 %), екзальтованого (6,66 %), циклоїдний (5,83 %) та дистимний (3,33 %).

Характеризуючи тип психологічного захисту особистості, слід відмітити, що здорові вагітні у 65,0 % випадків у якості провідного механізму психологічного захисту використовують компенсацію, рідко витіснення (20,0 %), реактивний захист (10,0 %) та регресію (5,0 %).

Тоді, як у вагітних з несприятливими типами ПКГД провідним механізмом психологічного захисту є заперечення - 33,52 %, інтелектуалізація (23,33 %), проекція, обрана близькими та рідними паієнтки (15,83 %), а у (14,16 %) жінок провідним є механізм - реактивний захист та у (13,16 %) випадках - компенсація.

При вивченні загальної напруженості всіх захистів виявлено, що у вагітних контрольної групи даний показник не перевищує нормальний рівень (50%), тоді як у жінок з різними несприятливими щодо перебігу вагітності типами ПКГД таких вагітних у 44,16 % спостереженнях значення загальної напруги психологічних захистів перевищувало 50 % поріг, що вказувало на невирішені внутрішньоособистісні проблеми та конфлікти та дозволило виявити внутрішній конфлікт з вагітністю у цих жінок, як результат конкуренції таких

цінностей, як материнство та незалежність, материнство та розваги, материнство та саморозвиток тощо.

Оцінка стану кровообігу у системі «мати-плацента-плід» у другій половині вагітності відповідно до класифікації гемодинамічних порушень за А.Н. Стрижаковим дозволила розподілити отримані результати наступним чином: у контрольній групі достовірних порушень гемодинаміки не виявлено, тоді як у групі вагітних з несприятливими щодо перебігу вагітності типами ПКГД відмічено значні гемодинамічні порушення, а саме: II стадію – у 34,16 % спостережень, а III стадію – у 9,16 % випадків. Таким чином, обстеження вагітних з напруженим психоемоційним статусом в анамнезі, дозволило виявити гемодинамічні порушення і встановити, що у вказаній категорії жінок переважають доплерометричні дані більш виражених порушень кровообігу в артеріях пуповини, а також поєднання порушень як в матковій артерії, так і в артерії пуповини

Висновки

Експериментально-психодіагностичне дослідження у пацієток з обтяженим репродуктивним анамнезом дозволило встановити високий відсоток несприятливих щодо перебігу вагітності типів ПКГД, серед яких найбільш вагомими були тривожний та депресивний типи, а також статистично значиму залежність між особливостями перебігу вагітності та станом психоемоційного статусу, що підвищує ризик та прогресування плацентарної дисфункції у 7,27 рази (OR – 7,27; 4,66-11,35).

У жінок з групи ризику щодо невиношування та перинатальними втратами в анамнезі має місце багаторічна психотривожна ситуація, а сам факт вагітності є вагомим психоемоційним стресогенним чинником ряду негативних переживань, прихованої тривоги та напруження зі зростанням частки ознак депресивних та астенічних рис.

Результати даного етапу дослідження дозволили відмітити, що у даній категорії пацієток, перш за все у разі тривожного та депресивного типу ПКГД, переважає заперечення, що відображає спробу ігнорувати проблему, пов'язану вагітністю, та інші дисадаптивні, неконструктивні стратегії психологічного захисту, такі як проекція та інтелектуалізація.

Обстеження вагітних з напруженим психоемоційним статусом в анамнезі, дозволило виявити гемодинамічні порушення і встановити, що у вказаній категорії жінок переважають доплерометричні дані більш виражених порушень кровообігу в артеріях пуповини, а також поєднання порушень як в матковій артерії, так і в артерії пуповини

Найбільшу увагу щодо особливостей перебігу вагітності заслуговують відмінності у частоті передчасних пологів, резистентності до лікування прееклампсії та частці аномалій пологової діяльності і медикаментозної її корекції, які у 2,6 рази переважали у випадку тривожного, ейфоричного та депресивного типів ПКГД.

Перспективним є подальше вивчення впливу комплексу психокорекції та потенціювання її ефекту медикаментозними середниками у жінок з порушеною репродуктивною функцією.

References

1. Romanenko T. Placental dysfunction as a predictor of miscarriage. *Reproductive endocrinology*. 2017; 1(33):77-80. [DOI](#)
2. Kudinova V. Prognosis of placental insufficiency from the early stages of pregnancy using artificial intelligence systems. *Reproduktyvne zdorovia zhinky*. 2007; 4(33):92-4.
3. Ventskivs'kyu B, Kostyuk A, Byelov O. Prediction of miscarriage by means of a comprehensive assessment of the somatotypological and psychological status of

- pregnant. *Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*. 2011; 6:70-2.
4. Milovanov A. Pathology of system mother-placenta-fetus: guidelines. Moscow: Medicine; 1999.
 5. Blokh M. Personal and socio-psychological characteristics of women of reproductive age with gynecological pathology at the planning stage of pregnancy [dissertation]. Saint Petersburg; 2012.
 6. Zakharov R, Yefanova T. Impact of psycho-emotional state and psychosomatic diseases on the development of mental disorders in pregnant women with habitual miscarriage. *Psychotherapy*. 2011; 10:8-9.
 7. Korolenko T, Dmitriyeva N, Perevozkina J, Kozyreva T. Use of adaptive psychological defenses in the treatment of deviant behavior. *Siberian Pedagogical Journal*. 2014; 6:143-9.
 8. Fleyshman A. Methods for assessing the psycho-emotional and vegetative status in pregnant women. Novosibirsk; 2012.
 9. Vorobey L. Modern aspects of diagnosis and prevention of pregnancy complications in women with a history of perinatal loss. *Family Medicine*. 2016; 3(65):148-52.
 10. Kwon M, Bang K. Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. *J Korean Acad Nurs*. 2011; 41(2):276-83. [DOI](#) | [PubMed](#)
 11. Eidemiller E, Dobriakov I, Nikolskaia I. Family diagnosis and family psychotherapy; A manual for doctors and psychologists. Saint Petersburg; 2006.
 12. Dobriakov I. Development and validation of methods for determining the variant of the psychological component of the gestational dominant. *Mental Health*. 2011; 9:75-80.
 13. Hasiuk M, Ishchuk O, Shevchuk H. Use of a psycho image for the psychological preparation of a pregnant woman before childbirth (30-40 weeks of pregnancy). *Psychology & Society*. 2006; 3(25):140-8.