

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Парманова Нигора Атабаевна

Преподаватель Национального Университета Узбекистана
имени Мирза Улугбека

АННОТАЦИЯ

В статье анализируются психологические особенности родов и послеродового периода, в заключительной части статьи приводятся заключительные комментарии автора.

***Ключевые слова:** социальных фактор, конфликт, гипоталамические структуры, первородящие женщины, физиологии родов и послеродового периода*

ABSTRACT

The article analyzes the psychological characteristics of childbirth and the postpartum period, in the final part of the article the author's concluding comments are given.

***Key words:** social factor, conflict, hypothalamic structures, primiparous women, physiology of childbirth and the postpartum period*

ВВЕДЕНИЕ

Изучение психологических особенностей родов и послеродового периода неразрывно связано с протеканием и особенностями периода беременности и подготовки женщины к родам. Биопсихосоциальный подход в перинатальной психологии обосновывает необходимость изучения совокупности физиологических, психологических и социальных факторов течения беременности, родов и послеродового периодов в контексте индивидуально-личностных особенностей матери и функционально-ролевой специфики семьи. С развитием акушерской и гинекологической практики, перинатальной психологии и медицины увеличилось количество научных исследований периода беременности родов и послеродового периода как отдельных особенных жизненных ситуаций женщины и семьи в целом.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ АНАЛИЗ И МЕТОДОЛОГИЯ

Однако, научных исследований взаимосвязи и динамики физиологических, психологических и эмоциональных особенностей течения дородового и послеродового периодов крайне мало. Данная закономерность может быть

обусловлена сложностью организации, проведения и анализа лонгитюдного исследования женщины и ее семьи в течение всего перинатального периода.

Тем не менее, в связи с высокой актуальностью изучения данной темы зарубежными и отечественными исследователями осуществляются попытки исследовать динамику основных психофизиологических процессов у женщин в ситуации рождения ребенка. По данным научных исследований наибольшее влияние на процесс родов и послеродовой период оказывает психофизиологическое течение третьего триместра беременности. Данный вывод обусловлен в первую очередь формированием физической, психологической и эмоциональной готовности беременной женщины к родам, а ее ребенка - к скорому рождению. В целом беременность может рассматриваться, как критический период в онтогенезе материнской сферы, как стадия полоролевой идентификации, привносящая качественные изменения в характеристику личности матери. В контексте личностного развития будущей матери, рождение ребенка является этапом комплексного пересмотра жизненных перспектив. Переживаемый в этот период стресс и наличие негативных эмоциональных переживаний отягощают процесс подготовки к родам и быстрой качественной адаптации в послеродовом периоде. По данным некоторых исследователей, на фоне негативных эмоциональных состояний и низкого качества жизни значительная доля здоровых матерей не могут выработать адекватного отношения к ребенку на первом году его жизни. Психологические особенности послеродового периода научно обосновываются развитием системы «мать-дитя» под воздействием последовательно сменяющихся друг друга гестационной, родовой и лактационной доминант[1]. С психофизиологической точки зрения готовность беременной женщины к родам обусловлена доминантой родов как единой функциональной системой, формирование которой может нарушаться в связи с переживанием стресса и негативных эмоциональных состояний. Родовая доминанта, как комплекс нейрогуморальных, эндокринных и нервных изменений в организме беременной женщины, призвана определять наступление и правильное течение родовой деятельности. Таким образом, нарушение данной функциональной системы несет в себе огромный риск для здоровья и благополучия самой матери и ее ребенка, как единому нейрогуморальному организму. На функциональную адаптацию организма будущей матери в значительной степени влияет ее психоэмоциональное состояние, обусловленное актуализацией в период беременности личностных конфликтов, неразрешенных

детских психологических проблем, трудностей во взаимодействии с собственной матерью и переоценкой жизненных перспектив. В третьем триместре беременности может наблюдаться актуализация страха родов на фоне выраженных колебаний эмоций: от радостных и крайне позитивных переживаний перед предстоящим материнством до тревожно-депрессивных эмоциональных состояний в вопросе благоприятного исхода родов. Исследования показали, что более чем у 40% женщин с нормально протекающей беременностью наблюдается состояние психоэмоционального напряжения с тревожным переживаниями разной степени выраженности[2]. По исследовательским данным последних лет было выявлено увеличение частоты развития психопатологических нарушений и расстройств с ярко выраженной депрессивной симптоматикой у 40-60% беременных женщин.

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Стрессовые ситуации, переживаемые женщиной в течение беременности, активизируют выброс в кровь катехоламинов, выработанных надпочечниками, в то время как положительные эмоции через гипоталамические структуры способствуют выработке эндорфинов, воздействующих непосредственно на плод через плацентарный барьер. Было установлено, что позитивные эмоциональные переживания матери вызывают усиление роста плода и увеличения уровня его сенсорного восприятия. Объективное ухудшение самочувствия женщин за несколько недель до родов в связи с большим весом и активностью ребенка, периодическими обновлениями околоплодных вод и тренировочными сокращениями мускулатуры матки оказывает значительное влияние на развитие различных эмоциональных состояний женщины перед родами. Психологические особенности родов и послеродового периода Н.П. Коваленко и О.С. Шкуротенко связали с наличием у значительного количества женщин алекситимии во время беременности как механизма психологической защиты с сознательным подавлением негативных эмоций в данный период. Работа механизма отрицания проявлений эмоциональных состояний, лежащий в основе алекситимии в период беременности, может сформировать амбивалентное отношение к ребенку, неготовность матери обучить его саморегуляции и стратегиям совладания с психоэмоциональным напряжением[3]. Специфику психофизиологического течения раннего и позднего послеродовых периодов определяет тип родоразрешения. На современном этапе развития акушерства существует большое количество

методов родовспоможения, начиная от амниотомии, эпизиотомии и вакуум-экстракции до плановой операции кесарева сечения. Существуют противоречивые данные о негативном влиянии плановой абдоминальной операции на эмоциональные состояния женщин в послеродовом периоде, а также психофизическое развитие ребенка в первый год жизни. Подавляющее большинство отечественных и зарубежных научных исследований выявило влияние абдоминального родоразрешения на развитие послеродовой депрессии. Однако, существует точка зрения, что на развитие тревожных и депрессивных эмоциональных состояний в послеродовом периоде влияет не столько сам факт родоразрешения посредством кесарева сечения, сколько наличие самостоятельного выбора беременной женщиной плановой операции вместо родов через естественные родовые пути. Также проводились исследования, в результате которых был сделан вывод, что развитие послеродовых аффективных расстройств происходит вне зависимости от типа родоразрешения и требует дальнейшего тщательного изучения.

Изучение эмоциональных состояний женщин в послеродовом периоде в первую очередь подчинено физиологическим процессам данного этапа. В отечественной перинатальной медицине роды рассматриваются как сложный физиологический процесс, возникающий в результате взаимодействия многих органов и систем организма беременной женщины и состоящий в «изгнании жизнеспособного плода и элементов плодного яйца». Со стороны центральной нервной системы психофизиологическая готовность женщины к родам обуславливается преобладанием процессов торможения в коре большого мозга и повышением возбудимости подкорковых структур. К началу родов актуализируются процессы возбуждения в гипоталамо-гипофизарной системе и структурах лимбического комплекса матери, а также увеличивается количество кортизола, который синтезируется надпочечниками плода. За пуэрпериальный или послеродовой период в акушерско-гинекологической практике принято считать период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся от шести до восьми недель.

В течение данного периода осуществляются инволюционные процессы всех систем органов женщины, которые были задействованы в сопровождении беременности и родов. В современном акушерстве ближайшие два-четыре часа после родоразрешения выделяются особо и обозначаются как ранний послеродовой период. В данный период происходят выключение маточно-плацентарного круга кровообращения, понижение внутрибрюшного давления,

сокращение мышечной ткани в матке, призванные запустить процесс восстановления организма женщины после родоразрешения и возвращения его к обычному функционированию. В первые три дня после родов происходят важные физиологические процессы адаптации женского тела к новым процессам жизнедеятельности, особенностями которого являются возникновение лактации, наличие раневой поверхности на месте плацентарной площадки, снижение защитных сил организма женщины. Поздний послеродовой период заканчивается через шесть недель после родоразрешения, завершая важный процесс восстановления организма женщины. Обратное развитие систем возвращает организм в физиологическое состояние до зачатия ребенка. Исключение в этом процессе составляют молочные железы, их функция достигает своего пика в связи со становлением процесса лактации в послеродовом периоде. Успешность лактационных процессов связана со сложным механизмом нейрогуморальной регуляции в раннем послеродовом периоде, несущей за собой значительные изменения в эндокринной системе матери.

В первые недели после родов на фоне сниженного артериального давления скорость обмена веществ повышена и достигает своих нормативных значений к концу послеродового периода. На фоне существенных физиологических изменений происходит переживание стрессовой ситуации родов, психологическая адаптация к новому состоянию организма, к появлению ребенка и уходу за ним[4]. Возраст матерей также является дополнительным фактором, отягощающим течение подготовки к родам и послеродового периода. Первородящие женщины в возрасте после 35 лет, находясь на этапе угасания репродуктивной системы, составляют группы высокого риска по развитию гестозов разной степени тяжести на фоне экстрагенитальных заболеваний. Отягощение гестационного периода обусловлено угрозой прерывания беременности, плацентарной недостаточностью, анемией и многоводием. Возрастные особенности организма матери влияют на слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод и преэклампсии, требующие экстренного оперативного родоразрешения. Научные исследования в области перинатологии и перинатальной медицины выявили устойчивую взаимосвязь изменения гормонального фона у женщин в раннем послеродовом периоде с динамикой эмоциональных состояний в этом периоде. Так наиболее значимую роль в этом процессе играют тиреоидные гормоны, кортизол, окситоцин и пролактин. Было выявлено, что эндокринная

дисфункция, в частности значимое снижение прогестерона и трийодтиронина, наблюдается у женщин с тревожно-депрессивной симптоматикой в раннем послеродовом периоде. Кроме того, крайне высокий уровень тестостерона в первые сутки после родов с высокой вероятностью связан с развитием послеродовой депрессии. Таким образом, нарушение баланса комплекса гормонов, участвующих в инволюционных процессах и становлении лактации в раннем послеродовом периоде, влияет на развитие послеродовой меланхолии (синдрома грусти рожениц). Также особо выделяют взаимосвязь беременности и послеродового периода с иммунными реакциями организма в данные периоды. Цитокины и лептин играют важную роль в регуляции иммунных реакций во время беременности и родов, а также связаны с высоким уровнем пренатального стресса и послеродовых депрессивных эмоциональных состояний. Изучая взаимосвязь физиологии родов и послеродового периода с динамикой эмоциональных состояний и качества жизни матерей, необходимо исследовать переживания боли в родах[5]. Исследования в области акушерской анестезиологии показали, что высока доля нарушений родовой деятельности в связи с сильными, длительными и изнуряющими болями в родах.

Формирование болевой реакции в родах обусловлено функционированием корковых структур и периферической нервной системы. Переживание страха и раздражительность роженицы снижают порог возбудимости коры головного мозга и нарушают деятельность висцеральных систем организма, которые осложняют сокращения матки в родах. Не смотря на обособленность психологического состояния и субъективного переживания ситуации рождения ребенка от физиологического контекста родов, их важно учитывать при выборе типа родоразрешения и тактики обезболивания в родах. Современные прикладные исследования в области акушерской анестезиологии-реаниматологии обосновали важность дифференцированного подхода в выборе тактики обезболивания родов и послеродового периода, как фактора уменьшения числа осложнений в данный период.

Это способствовало внедрению в акушерскую практику немедикаментозных (психопрофилактика) и медикаментозных методов анальгезии родов (эпидуральная анестезия, блокада поперечного пространства живота при кесаревом сечении и т.д.) с целью снижения стресса в родах и благоприятного течения раннего послеродового периода[6]. Установлено, что применение эпидуральной анальгезии приводит к значительному снижению интенсивности боли во время родоразрешения через естественные родовые

пути, но не уменьшает частоту развития послеродовой депрессии. Таким образом, изучение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода определило необходимость их рассмотрения в контексте психологических особенностей женщины и семьи в целом. Теоретические положения клинической психологии семьи научно обосновали необходимость изучения психологических особенностей послеродового периода как ситуации высокого риска развития структурных, функциональных и ролевых внутрисемейных нарушений. В ситуации рождения ребенка семья, переходя на новые этапы жизненного цикла, неизбежно преодолевает два нормативных семейных кризиса (семья, ожидающая рождение ребенка, и семья с новорожденным ребенком).

Осложнение данных кризисных этапов ведет к дисфункциональности семьи, к расстройству адаптации и нарушению физического и психического здоровья матери и других членов семьи. Выраженные негативные эмоциональные состояния женщин в послеродовом периоде могут отражаться на внутрисемейном функционировании, приравниваясь к уровню ненормативного семейного кризиса. В соответствии с концепцией диадических отношений в семейной системе перинатальный период может быть отягощен осложнениями в переходе диады из системы «беременная и пренейт» в систему «мать и дитя». Специфику послеродового периода особенным образом определяет процесс кормления и ухода за ребенком. Любые нарушения процесса кормления, в том числе отказ матери от грудного вскармливания, искусственное вскармливание по состоянию здоровья ребенка или матери, ведут к нарушению развития ребенка и отягощению психоэмоционального статуса матери. Исследования роли грудного вскармливания в послеродовом периоде показали устойчивую взаимосвязь процесса лактации со стабильностью эмоционального фона, снижением тревоги, позитивного отношения к ребенку, как важного этапа в онтогенезе материнства[7]. В соответствии с биопсихосоциальным подходом наличие устойчивой взаимосвязи психических и физиологических состояний во время беременности и после родов не вызывает сомнений. Низкая субъективная оценка собственного состояния и здоровья, плохое самочувствие, психофизическое истощение, нарушение режима сна и бодрствования, усиление внутреннего напряжения в связи с необходимостью быстрой адаптации и мобилизации сил для ухода за ребенком в первый месяц после родов обосновывают необходимость оказания качественной профессиональной психологической

помощи и сопровождения женщины вплоть до завершения акушерского периода. Повышенное внимание женщины к собственным телесным ощущениям в послеродовом периоде связано со спецификой опыта полученного во время вынашивания, родов, кормления и ухода за ребенком и обуславливает осознание своих чувств и переживаний в первые месяцы после родов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прерывание беременности, осложнения и болевые ощущения в родах, нарушение процесса становления лактации и более длительное восстановление после абдоминальной операции наблюдается у женщин с отрицательным отношением к собственному телу. В ситуациях, когда положительные ощущения шевеления ребенка на поздних сроках беременности совпадали болями и ухудшением соматического состояния, а также, когда матерью испытывались неприятные ощущения во время грудного кормления ребенка, формируется амбивалентное отношение к ребенку вплоть до отказа от грудного вскармливания в первые месяцы постнатального периода и появляется высокий риск развития послеродовой депрессии. Зарубежные исследования последних лет показали, что нарушение процесса лактации, проблемы или отказ от грудного вскармливания ребенка ведут не только к сенсорной депривации и задержке психического развития новорожденного.

Однако, существует также противоположная точка зрения, предполагающая, что скорее не сам факт отказа от грудного вскармливания, а отсутствие психологического и эмоционального контакта матери ребенком во время кормления ведет к развитию приведенных выше нарушений. Таким образом, изучение психологических особенностей родов и послеродового периода и их связь с эмоциональными состояниями и качеством жизни женщин позволит оптимизировать методологию раннего выявления психоэмоциональных нарушений у женщин группы риска развития психических расстройств, а также даст возможность дифференцировать процесс медико-психологического сопровождения и оказания точечной симптомоориентированной профессиональной психологической помощи в зависимости от тех или иных психоэмоциональных особенностей женщины в данный период.

REFERENCES

1. Добряков И.В. Перинатальная психология – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.

2. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учеб. пособие для академического бакалавриата. – 2-е изд., испр. и доп./– М.: Издательство Юрайт, - 2018. – 212 с.
3. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Изд. 3-е/ – СПб.: Речь, - 2007. – 352 с.
4. Хломов К.Д. Влияние психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей на течение беременности у женщин с угрозой прерывания// Сибирский психологический журнал. - 2007. №26. - С. 148-153.
5. Левченко А.В. Психоэмоциональное состояние во время беременности у первородящих и повторнородящих женщин. Психология. Экономика. Право. - 2013. №1. - С. 37-45.
6. Ветчанина Е.Г. Особенности реакции беременных на психоэмоциональный стресс в различные сроки беременности // Сибирский психологический журнал. - 2001. №14-15. - С. 150-151.
7. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие.– СПб.: Изд-во СПбГУ, - 2001. – 288 с.