

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

THE PSYCHOLOGICAL STATE OF A WOMAN DURING PREGNANCY

V. Bolzan

Summary: It is noted that pregnancy is a special state in a woman's life, when there is a change in value preferences, the formation of new strategies in response to a change in the physiological, psychological, social status. There is a decrease in prenatal attachment due to many factors, ranging from socio-economic transformation to psychological ones. It is indicated that the psychological state of a pregnant woman is determined by a combination of various factors, including physiological, social, economic, relationships within the family and a number of others. The focus is on stressful processes during pregnancy and their impact on preterm labor and low birth weight. It is concluded that seeking psychological help will help to increase the level of psychological comfort, to exclude the development of a number of determinants that can ultimately lead to the development of postpartum depression. Psychological counseling during pregnancy differs at different stages of pregnancy. The most significant is psychological assistance in the third trimester, in preparation for childbirth.

Keywords: pregnancy, psychological care, prenatal depression symptoms, baby, childbirth, baby development, attachment, psychological well-being.

Беременность считается очень важным периодом в жизни любой женщины. Ежегодно около 3% женщин фертильного возраста переживают данное событие [1]. В это время будущие матери переосмысливают многие ценности, жизненные приоритеты/ Беременность и переход к материнству характеризуются физиологическими, психологическими и социальными изменениями. Затруднения и неудачные попытки адаптироваться к этим многогранным трансформациям могут привести к психологическому стрессу, о котором сообщает большинство женщин. У некоторых женщин могут развиваться негативные аффективные состояния, такие как тревога или депрессивные симптомы.

В настоящее время в Российской Федерации и Беларуси отмечается ощутимый демографический спад, обусловленный рядом экзогенных и эндогенных факторов. В значительной степени, снижение уровня рождаемости вызвано ухудшением социально-экономической ситуации, более поздним вступлением молодежи в брак, необходимостью женщин продолжать работать для обеспечения семьи, отсутствием достаточной мате-

Болзан Вероника Андреевна
Соискатель, Белорусский Государственный Университет
Nika.bolzan@gmail.com

Аннотация: Отмечается, что беременность является особым состоянием в жизни женщины, когда происходит изменение ценностных предпочтений, формирование новых стратегий в ответ на изменение физиологического, психологического, социального статуса. Происходит снижение пренатальной привязанности, обусловленной множеством факторов, начиная от трансформации социально-экономических и заканчивая психологическими. Указывается, что психологическое состояние беременной женщины обуславливается совокупностью различных факторов, включая физиологические, социальные, экономические, отношения внутри семьи и ряд других. Основное внимание касается стрессовых процессов во время беременности и их влияния на преждевременные роды и низкий вес новорожденного. Делается вывод, что обращение за психологической помощью поможет повысить уровень психологического комфорта, исключить развитие ряда детерминант, которые могут привести, в итоге, к развитию послеродовой депрессии. Психологическое консультирование во время беременности отличается на разных сроках беременности. Наиболее значимой является психологическая помощь в третьем триместре, при подготовке к родам.

Ключевые слова: беременность, психологическая помощь, симптомы пренатальной депрессии, ребенок, роды, развитие ребенка, привязанность, психологическое благополучие.

риальной базы для рождения ребенка и его воспитания.

Также в последнее время стало больше обращаться внимания на психологическое состояние женщин во время беременности, что связано с адаптированным применением опыта зарубежных исследователей, которые давно обратили внимание на данную проблему. В многочисленных исследованиях ставится вопрос, влияет ли психологическое благополучие беременных на исход родов.

Под психологическим благополучием беременной женщины следует понимать совокупность проявлений психо-физиологических функциональных качеств беременной, проявляющиеся при осуществлении процессов жизнедеятельности с приоритетностью на сохранность психофизиологического функционального аппарата на основе выработки стратегий поведений, базирующихся на механизмах самосохранения и самозащиты.

Женщины, становясь более эрудированными в вопросах беременности и подготовки к родам, получают

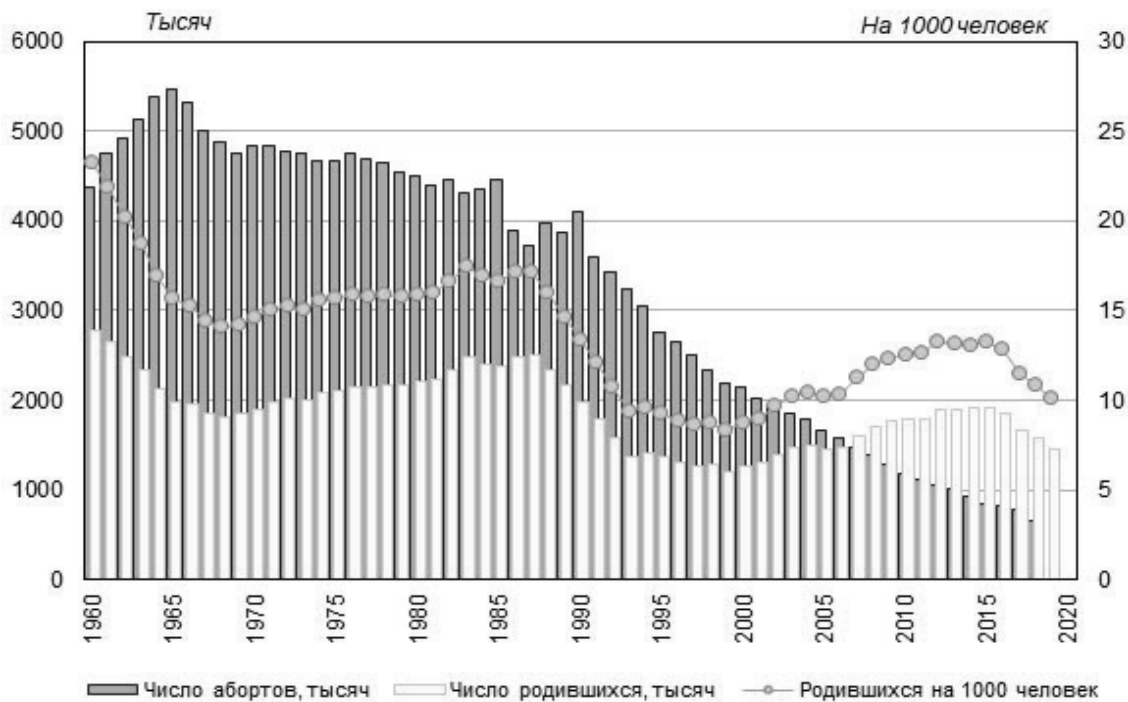


Рис. 1. Статистические данные по количеству абортов и рожденных живых младенцев за период 1960–2019 гг., тыс человек и в расчете на тысячу человек [2]

Таблица 1.

Сводная статистика по симптомам депрессии во время беременности

№		%
1	Симптомы незначительной пренатальной депрессии	16–37
2	Критерии большой депрессии	5–12
3	Чувство тревоги	14 до 54

доступ к международным сведениям посредством сети Интернет. Беременные в настоящее время имеют возможность обратиться к услугам частного психолога, воспользоваться различными онлайн-предложениями, а также проинформировать об изменениях в своем состоянии психолога, работающего в поликлинике по месту жительства. Около 48% беременных указывают на значительные колебания настроения, связывая их как с состоянием здоровья, так и неурядицами в личной жизни, а также социально-экономическими затруднениями.

Показатели распространенности проблем психического здоровья во время беременности варьируются в зависимости от исследований. Симптомы незначительной пренатальной депрессии присутствуют примерно у 16–37% всех беременных женщин, около 5–12% соответствуют критериям большой депрессии [3]. Чувство тревоги возникает еще чаще – от 14 до 54% [4], таблица 1.

При отсутствии надлежащего лечения психологические проблемы могут сохраняться на протяжении всей

беременности и проявиться в момент родов, как наиболее ответственный момент, в который могут произойти осложнения [13]. Стресс может не только ухудшить самочувствие беременных женщин, но также может отрицательно повлиять на развитие плода и исход родов новорожденного. Например, было обнаружено, что симптомы материнской депрессии связаны с более низкой массой тела новорожденного при рождении и преждевременными родами (то есть рождением до 37 полных недель беременности) [14]. Фактически, большинство женщин сообщают о психологическом стрессе во время беременности. У некоторых женщин могут развиваться негативные аффективные состояния, такие как тревога или депрессивные симптомы. Тревога во время беременности – это особая форма тревоги, которая отражает сильную обеспокоенность беременной женщины за благополучие своего будущего ребенка и страхи, связанные с дородовой медицинской помощью, родами и материнством. Этот тип тревоги также является фактором риска преждевременных родов [15].

На фоне значимости и неоспоримой ценности беременности как основной составляющей смысла жизни в силу ряда обстоятельств в социуме произошли негативные изменения в отношении к беременности, к почитанию беременной женщины. Способность к деторождению уже не рассматривается как единственная приоритетная социальная задача женщин, которые согласны пожертвовать материнством в угоду временным ценностям и посвятить свою жизнь карьере. Многие исследователи указывают на трансформацию жизненных приоритетов у современных женщин. Отмечается, что у них снизилась пренатальная привязанность. Указанные детерминанты обуславливают особенности протекания беременности и родов, качество психологического благополучия беременных женщин и младенцев. Помимо физиологических и соматических изменений, во время беременности происходят психологические и социальные трансформации. Современными исследователями беременность рассматривается как психологическое событие, а психологические изменения во время беременности – как стрессовое событие.

Под психологическим благополучием беременной женщины следует понимать совокупность проявлений психо-физиологических функциональных качеств беременной, проявляющиеся при осуществлении процессов жизнедеятельности с приоритетностью на сохранность психофизиологического функционального аппарата на основе выработки стратегий поведения, базирующихся на механизмах самосохранения и самозащиты. Беременность всегда связана с изменениями психологического функционирования женщины – амбивалентностью, частой сменой настроения, варьирующейся от беспокойства, утомляемости, истощения, сонливости, депрессивных реакций до возбуждения. Во время беременности меняются внешний вид, эмоциональность и сексуальность, тогда как положение и роль женщины приобретают новые качества. Даже мысли о беременности могут вызвать многочисленные опасения по поводу ее протекания и родов. Подобные переживания могут быть настолько интенсивными, что приобретают черты фобии (что может быть в ряде случаев причиной избегания беременности). Беременность – это событие, которое включает в себя многочисленные соматические и психологические изменения, и сама по себе является сильным стрессором, значительно влияющим на психологический статус женщины, пренатальный исход, а также психическое функционирование новорожденного. Низкий уровень психологического благополучия может привести к различным осложнениям, характеризующимся долгосрочными последствиями для младенца.

В профилактике и лечении материнского стресса с целью повышения психологического благополучия необходимо делать упор на эмоциональную поддержку партнера, а также на сочувствие и сопереживание со-

циального окружения. Соответствующие отношения партнеров и поддержка общества играют важную роль в преодолении стресса во время беременности. Однако в некоторых случаях необходима профессиональная психотерапевтическая поддержка в виде кратковременного, либо более длительного (в зависимости от ситуации) поддерживающего лечения. Профилактические меры должны включать адекватную психологическую поддержку во время беременности, особенно первой, предоставляемую всем беременным женщинам, а также тем женщинам, которые планируют забеременеть в ближайшем будущем. Нарушение психологического функционирования может происходить с самого начала до конца беременности, включая послеродовой период.

Во время беременности происходят видимые изменения во внешнем виде тела, а также в женственности, привязанностях и сексуальности, тогда как положение и роль женщины приобретают новые качества. В большей или меньшей степени будущие матери могут испытывать психологическую амбивалентность, частые смены настроения от истощения до возбуждения, эмоциональные расстройства и смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Кроме того, беременность вызывает ряд специфических опасений относительно ее течения и исхода, что делает женщину особенно уязвимой и требует адекватного лечения в зависимости от адаптивных способностей ее личности.

В психосоциальном аспекте беременность можно рассматривать как особое эмоциональное состояние, которое может быть сильным стрессором. Пренатальный стресс матери может привести к различным осложнениям, имеющим последствия как для соматического, так и для психического функционирования новорожденного. Таким образом, беременность рассматривается как сложное психологическое явление, характеризующееся множественными изменениями психологического функционирования женщины как при нормальном, так и при психологически сложном течении беременности. Результаты многочисленных исследований позволяют сделать вывод, что психологическое состояние женщины в период беременности отличается от обычного ее состояния. Наблюдается обострение проблем, носящих латентный характер.

Первый семестр может характеризоваться пересмотром отношения женщины к окружающим, детализацией взаимодействия с привычными людьми, партнером, родителями, в первую очередь, матерью и мужем. Трансформация внутреннего осознания своего меняющегося статуса может сопровождаться значительными гормональными сдвигами, оказывающими мощное воздействие на настроение, его перепады, восприятие обыденных явлений в новом свете. Второй и третий семестры характеризуются уже более взвешенным подходом

женщины к оценке ситуации, происходит выбор копинг-стратегий избегания негативных эмоций, явлений, объектов, которые могут нанести вред здоровью, эмоциональному состоянию женщины. Актуализируется страх перед предстоящими родами, способ их разрешения.

Первоочередным фактором, влияющим на психологическое состояние женщины, является ее самочувствие. На втором месте многие исследователи полагают качество жизни и степень близости с отцом будущего ребенка. Беременность и переход к материнству характеризуются физиологическими, психологическими и социальными изменениями. Неумение и неспособность адаптироваться к этим многогранным изменениям может привести к пренатальному стрессу. В свете рассмотрения благополучия протекания беременности целесообразно упомянуть про качество жизни при беременности. Согласно сведениям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), качество жизни (КЖ) определяется как восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в отношении их целей, ожиданий, стандартов и проблем. Это очень широкая концепция, на которую может комплексным образом влиять физическое здоровье субъекта, его или ее психологическое состояние и уровень независимости, социальные отношения и отношения с основными элементами его или ее окружающей среды.

Поэтому она основана на нескольких объективных факторах (связанных с качеством окружающей среды и условий жизни) и субъективных факторах (связанных с личной сферой и измеряемых с точки зрения удовлетворенности и благополучия). Состояние здоровья как важнейший компонент качества жизни называется качеством жизни, связанным со здоровьем. Беременность – это переходный период с важными физическими и эмоциональными изменениями. Даже при неосложненной беременности эти изменения могут повлиять на качество жизни беременных женщин и повлиять на здоровье как матери, так и ребенка (наблюдение за беременностью, исходы беременности, послеродовое здоровье матери и психомоторное развитие ребенка).

Специалисты в области пренатального здоровья матери и ребенка стараются удовлетворить своих пациентов, учитывая их опыт в период до зачатия и беременности. Традиционно используемые показатели исходов беременности, такие как показатели заболеваемости и смертности, остаются важными. Однако самих по себе их недостаточно, потому что здоровье населения следует оценивать не только с точки зрения спасения жизней, но и с точки зрения повышения качества жизни. В настоящее время не выявлены исследования качества жизни беременных женщин в системе первичной медико-санитарной помощи. Целесообразно описать КЖ во время

неосложненной беременности и выполнить оценку связанных с ним социально-демографических, физических и психологических факторов.

У беременных, особенно в третьем триместре, показатели качества жизни были значительно ниже, чем у небеременных женщин того же возраста. В течение триместров физическое качество жизни значительно снизилось. На психологическом уровне в нескольких исследованиях сообщалось об улучшении качества жизни по сравнению с психическим здоровьем во время беременности, а в других была замечена психологическая стабильность. Многие факторы были связаны с качеством жизни беременных женщин. Некоторые факторы, связанные с более высоким благополучием, были социально-демографическими (первая беременность, благоприятный социально-экономический статус, социальная поддержка, поддержка партнера, родственников, друзей). Точно так же желание забеременеть и умеренная физическая активность были факторами, связанными с положительным качеством жизни. Ухудшение качества жизни объяснялось физическими факторами (такими как осложнения во время беременности, репродуктивная помощь с медицинской помощью, ожирением до зачатия, физическими симптомами, такими как тошнота и рвота, трудности со сном), а также психологическими факторами (такими как беспокойство стресс во время беременности и депрессивные симптомы).

Перинатальные психические расстройства (ППР) – это психические и поведенческие расстройства, возникающие во время беременности. ППР может поражать до 20% женщин и может серьезно навредить женщинам и их детям, если не будут своевременно выявлены и не вылечены. Например, у женщин, страдающих ППР, акушерские исходы менее благополучные. Дети матерей с ППР подвержены риску ранней психопатологии и стойких эмоциональных, поведенческих или когнитивных проблем. Так, например, в Соединенном Королевстве Великобритания несвоевременно выявленное ППР и его неадекватное лечение стоило около 8,1 млрд фунтов стерлингов прямых и косвенных затрат – почти 10 000 фунтов стерлингов на одно рождение. Большая часть затрат (72%) была связана с неблагоприятными последствиями ППР для детей. В странах с высоким уровнем доходов, таких как Швейцария, общие психологические услуги обычно многочисленны, покрываются медицинским страхованием, и к большинству услуг можно получить прямой доступ. Тем не менее, более 50% беременных даже в таких развитых странах остаются без психологической помощи и своевременного лечения.

В перинатальной популяции женщин частота недиагностированных женщин может быть даже выше. В популяционном исследовании выявлено, что 16,7% перинатальных женщин в год хотя бы раз обращались за

услугами по охране психического здоровья. Женщины с ППР предпочитали амбулаторные условия. До 10% женщин пользовались услугами психиатрической помощи еще до беременности. Тот факт, что половина этих женщин перестала пользоваться услугами психиатрической помощи во время беременности, вызывает беспокойство, поскольку у них не было профессиональной поддержки, которая могла бы помочь им приспособиться к эмоциональным, физическим и социальным проблемам перинатального периода. Лишь 1% женщин в перинатальном периоде получали психологическую помощь в родильных домах. Таким образом, существуют значительные пробелы в медицинской психологической помощи, а оказываемая помощь может быть не своевременной, адекватной или эффективной.

Потенциал ППР нанести серьезный вред женщинам и их детям, а также высокие затраты на последующее наблюдение требуют конкретных вмешательств для облегчения использования услуг и улучшения психиатрической помощи этой уязвимой группе. Психологическая наука о беременности стремительно развивается. Многочисленные данные исследований указывают на беспокойство по поводу беременности как ключевой фактор риска в этиологии преждевременных родов, хронического стресса и депрессии в этиологии низкой массы тела при рождении. Ключевые посреднические процессы, которым приписываются эти эффекты, то есть нейроэндокринные, воспалительные и поведенческие механизмы кратко рассматриваются. Необходимы дополнительные исследования относительно того,

как справиться со стрессом во время беременности. Свидетельства относительно социальной поддержки и веса новорожденных при рождении рассматриваются с уделением внимания пробелам в исследованиях, касающихся механизмов влияния партнерских отношений и культурных особенностей. Последствия пренатального стресса для нервного развития выделены, а ресурсы устойчивости беременных женщин концептуализированы. Требуются также комплексные исследования, основывающиеся на многоуровневом теоретическом подходе к исследованию беспокойства по поводу беременности и преждевременных родов.

Таким образом, на основе выполненного анализа научно-исследовательской литературы допустимо сделать вывод, что психологическое состояние женщины в период беременности отличается от обычного состояния. Изменено восприятие многих значимых событий. Повышена предрасположенность к тревожности, плаксивости, бессоннице, депрессивным состояниям, эмоциональной лабильности, стрессовой неустойчивости. Женщина становится раздражительной. Данные симптомы обусловлены биологической и гормональной трансформацией в организме. Поэтому очень важно распознать депрессию вовремя, т.к. многие женщины, которые пережили дородовую депрессию, продолжают страдать от неё и после родов. Своевременная консультация психологов здесь будет уместна. Необходим комплекс психологических мероприятий, направленных на поддержку беременных женщин с тем, чтобы снизить симптомы тревожности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маркелова Т.В., Катунцова В.В., Шуткина Ж.А., Кошелева С.И., Фатина Ю.В. Взаимосвязь уровня личностной ответственности женщины и стиля переживания беременности // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2016. №1. С. 62–66.
2. Щербатова Е. Предварительные демографические итоги 2019 года в России (часть 1) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0847/barom04.php> (дата обращения 5.03.2021)
3. Преображенская С. Особенности переживания беременности при норме и патологии вынашивания // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2018. №2 (12). С. 106–121.
4. La Marca-Ghaemmaghami, P., and Ehlert, U. (2015). Stress during pregnancy: experienced stress, stress hormones, and protective factors. *Eur. Psychol.* 20, 102–119. doi: 10.1027/1016-9040/a000195
5. Woods, S.M., Melville, J.L., Guo, Y., Fan, M.-Y., and Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 202, 61.e1–61.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2009.07.041
6. Lara, M.A., Navarrete, L., Nieto, L., Martín, J.P.B., Navarro, J.L., and Lara-Tapia, H. (2015). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *J. Affect. Disord.* 175, 18–24. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.035
7. Lara-Carrasco J., Simard V., Saint-Onge K., Lamoureux-Tremblay V., Nielsen T. Maternal representations in the dreams of pregnant women: a prospective comparative study. *Front. Psychol.* 2013;4:551.
8. Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., and Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch. Womens Ment. Health* 17, 221–228. doi: 10.1007/s00737-013-0409-0
9. Robertson-Blackmore E., Putnam F.W., Rubinow D.R., Matthieu M., Hunn J.E., Putnam K.T., Moynihan J.A., O'Connor T.G. Antecedent trauma exposure and risk of depression in the perinatal period. *J. Clin. Psychiatry.* 2013;74:e942–e948.
10. Grant, K.-A., McMahon, C., and Austin, M.-P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J. Affect. Disord.* 108, 101–111. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.002

11. Goedhart, G., Snijders, A.C., Hesselink, A.E., van Poppel, M.N., Bonsel, G.J., and Vrijkotte, T.G.M. (2010). Maternal depressive symptoms in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study. *Psychosom. Med.* 72, 769–776. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181ee4a62
12. Dunkel Schetter, C., and Glynn, L.M. (2011). "Stress in pregnancy: empirical evidence and theoretical issues to guide interdisciplinary research," in *The Handbook of Stress Science Biology, Psychology and Health*, eds A. Baum and R. Contrada (New York, NY: Springer Publishing Company), 321–343.
13. Orr S, Reiter J, Blazer D, James S. 2007. Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosom. Med.* 69:566–70
14. Roesch, S.C., Schetter, C.D., Woo, G., and Hobel, C. J. (2004). Modeling the types and timing of stress in pregnancy. *Anxiety Stress Coping* 17, 87–102. doi: 10.1080/1061580031000123667
15. Kramer, M.S., Lydon, J., Séguin, L., Goulet, L., Kahn, S.R., McNamara, H., et al. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *Am. J. Epidemiol.* 169, 1319–1326. doi: 10.1093/aje/kwp061
16. Sekścińska K, Trzcińska A, Maison DA. The Influence of Different Social Roles Activation on Women's Financial and Consumer Choices. *Front Psychol.* 2016;7:365. Published 2016 Mar 17. doi:10.3389/fpsyg.2016.00365
17. McQuillan J, Greil AL, Scheffler KM, Tichenor V. The Importance of Motherhood among Women in the Contemporary United States. *Gend Soc.* 2008;22(4):477-496. doi:10.1177/0891243208319359

© Болзан Вероника Андреевна (Nika.bolzan@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»

