

В цьому аспекті третя хвиля когнітивно-поведінкової терапії в більшій мірі відповідає парадигмі постструктуралізму та постмодерністському мисленню – відсутності метанаративу та рівноправності різних уявлень про реальність. Критерій реальності замінюється критерієм корисності – в різних контекстах одна і та сама думка може бути адаптивною або ні. Особі пропонується перейти у метапозицію, дистанціюватись від власних «подій внутрішнього світу» і обрати адаптивний в даний момент зміст мислення.

Займання даної позиції вимагає від особи розвинутої «здорової дорослої частки (субособистості)» в термінах схема-терапії Д. Янга. Така частка має бути в контакті з часткою «вразливої дитини» – емоціями особи, дбати про неї та здійснювати доцільні дії з турботи про неї. В терапії прийняття і відповідальності С. Хейса це відображено у необхідності усвідомлення особою власних цінностей та слідуванню ним у повсякденних вчинках попри контекст «подій внутрішнього світу» особи – її страхів, думок тощо.

Отже попри деяке протиріччя погляди на психологічне благополуччя у підходах третьої хвилі є еволюцією поглядів другої хвилі та доповнюють і збагачують їх.

ПСИХОГЕННІ РОЗЛАДИ ТА ВАГІТНІСТЬ: ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТА ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ

В. М. Астахов,
*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри акушерства та гінекології,
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Період вагітності і післяпологовий період вважається часом підвищеного ризику розвитку різного роду психогенних розладів, оскільки є кризовим, переломним, а значить потенційно стресогенним, періодом в житті жінки, який висуває підвищені вимоги до її функціонування не тільки на фізіологічному, але й на психологічному і соціальному рівнях. У цей період організм жінки піддається глобальній перебудові, що може привести до порушення нейроендокринної регуляції, зниження рівня передачі нервових імпульсів в центральній нервовій системі, і, як наслідок, до переживання різних форм психогенних розладів, при цьому психоемоційний стан жінок відображає працездатність і адаптивні можливості функціональних систем, не тільки під час вагітності, але і під час пологів і в післяпологовому періоді.

В етіопатогенезі розвитку психогенних розладів провідна роль належить хроніостресу, як стану, що виникає внаслідок тривалого впливу стресогених факторів і характеризується різким зниженням функціональних можливостей систем організму, аж до їх дезорганізації. Наявність хроніостресу під час вагітності також негативно впливає на процес розвитку плоду та призводить

до затримки його внутрішньоутробного розвитку, народженню плоду з низькою масою тіла, загрози переривання вагітності та передчасних пологів. Основним чинником порушення розвитку плоду в умовах хроніостресу матері є надмірна активація її гіпоталамо-гіпофізрно-надниркової системи (ГГНС) зі стійким підвищенням рівня глюкокортикоїдів, що призводить до пригнічення проліферації нейронів гіпокампу та порушення ГГНС плода. Враховуючи, що умови існування плода у пренатальному періоді визначають його стрес-резистентність у подальшому житті, а також той факт, що гіпокамп та префронтальна кора головного мозку є структурами, критично важливими для контролю емоцій та розвитку когнітивних функцій (Резніков О. Г., Пишак В. П. та ін., 2004; Резніков О. Г., 2016), цілком очікуваним є негативний вплив хроніостресу вагітної на подальший розвиток дитини вже у постнатальному періоді, що позначається проявом у неї депресії, аутизму, порушення фізичного і психічного розвитку, гіперактивності, агресивної поведінки та насильства (Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В., 2013).

Хроніострес під час вагітності може передувати розвитку депресії (допологової депресії) як психічного розладу, характерними ознаками якого є погіршення настрою, втрата здатності до переживання позитивних емоцій, порушення когнітивних процесів, а також зниження рухової активності на тлі втрати інтересу до звичної діяльності і життя в цілому. Аналіз результатів досліджень показує, що різні прояви депресії у вагітних спостерігається у 14-23% випадках вагітностей (Бюлетень WHEC, 2020).

Факторами, що сприяють розвитку депресії під час вагітності та у післяпологовому періоді є лабільність нервової системи; наявність хроніостресу у прегравідарному періоді; генетична схильність до депресії; перенесена в минулому депресія; вік жінки; ускладнення під час попередньої вагітності, перинатальні втрати в анамнезі; патологічний перебіг вагітності і пологів; відсутність підтримки з боку батька дитини і сім'ї в цілому; нераціональне застосування фармакологічних препаратів; небажана, випадкова вагітність.

Переживання депресивних станів під час вагітності на фізіологічному рівні обумовлює активацію симпатoadреналової системи, що призводить до підвищення тону судин, зміни їх проникності, підвищення артеріального тиску, посилення маткових скорочень, появі больових відчуттів, часто призводить до розвитку пізнього гестозу, загрози передчасних пологів, порушення динаміки родової діяльності та атоничним кровотечам. На психологічному рівні допологова депресія підвищує ризик виникнення депресії в післяпологовому періоді, а також розвитку девіантної материнської поведінки.

Слід зазначити, що різні варіанти прояву післяпологових психогенних розладів, відзначаються до 85% загальної кількості пологів і характеризуються різкою зміною настрою, від ейфорії до вираженої смутку, які зазвичай самостійно зникають протягом 2-3 днів післяпологового періоду, або потребують виключно психологічного супроводу (так званий baby blues);

власне післяпологові депресії зустрічаються у 12-15% породіль, є більш тривалими, до 3-6 місяців, та потребують відповідного медико-психологічного супроводу (власне післяпологові депресії). Окремо слід відмітити, що до 70% випадків допологових депресій трансформуються у післяпологові депресивні розлади (Влох С. Р., Білобровка Р. І. та ін., 2015).

Серед основних симптомів післяпологової депресії спостерігаються тривога; роздратування; печаль; пригніченість; плаксивість; порушення апетиту і сну; почуття провини; замкнутість; втрата інтересу до життя, аж до суїцидальної поведінки. Чинниками таких провів є: почуття втоми після пологів; збільшення навантаження у зв'язку з народженням дитини; відчуття пригніченості у зв'язку з необхідністю догляду за дитиною і сумніви у власній материнській компетенції; проблеми із здоров'ям дитини, зміна звичного режиму життєдіяльності; виникнення почуття втрати індивідуальності та привабливості; дефіцит спілкування з близькими людьми.

Післяпологовий психоз як психічний розлад, що супроводжується порушенням вищої нервової діяльності, зустрічається у 0,1-0,2% випадків всіх пологів та потребує відповідного лікування (Анчева І. А., 2017). Причинами розвитку післяпологового психозу можуть стати обтяжений анамнез та патологічні пологи, в першу чергу антенатальна загибель плоду, смертю дитини в ранньому неонатальному періоді, оперативне розродження, важкі пологові травми, велика крововтрата, септичні процеси після пологів.

Не можна не відмітити, що післяпологові психогенні розлади спостерігаються не тільки у породіль, а можуть розвиватися й у новонароджених та їх батьків. Так, серед депресивних проявів у новонароджених виокремлюють: зниження апетиту, розлади харчування, затримку прибавки ваги, моторну загальмованість, плаксивість, затримку психоемоційного і загального розвитку. Провідними чинниками таких розладів вважаються спадковість, розрив емоційних зв'язків з матір'ю, неблагополучні обставини в сім'ї. Депресивні розлади у чоловіків після народження дитини розвиваються у 3-10% випадків та можуть спостерігатися протягом року. Серед основних проявів – зниження самооцінки, дратівливість, зниження настрою, пригнічення, розгублення, роздратованість, агресія; чинниками таких проявів вважаються побоювання чоловіків щодо власної батьківської некомпетентності, хвилювання через недостатньо розвинуті батьківські почуття на ранніх стадіях; виникнення ревностей через відчуття втрати уваги до себе з боку дружини, підвищення вимог щодо відповідальності, у тому числі фінансової.

На нашу думку, ефективним методом вирішення окресленої проблеми є впровадження у роботу медичних закладів, у першу чергу жіночих консультацій, комплексної програми медико-психологічного супроводу, спрямованої на роботу з майбутніми батьками, починаючи з ранніх етапів вагітності і навіть з догравідарного періоду (Астахов В. М., Базилиева О. В., Пузь І. В., 2018). Слід зазначити, що у такій роботі провідне місце займає програма психодіагностики, яка включає до себе діагностику індивідуально-

психологічних особливостей та психоемоційної сфери особистості, ставлення до ситуації вагітності, майбутньої дитини та батьківства у цілому, а також особливості внутрішньосімейних взаємин. Така психодіагностична робота дозволяє виокремлювати групи ризику та реалізовувати індивідуальний підхід задля попередження та ранньої корекції психогенних розладів. Отже, виходячи з вищевикладеного, стає зрозумілим, що попередження психогенних розладів під час вагітності та післяпологовому періоді є актуальною не тільки медичною, а й психосоціальною проблемою, оскільки дозволяє знизити ризик розвитку різноманітних ускладнень, особистісних та внутрішньосімейних розладів, що, безумовно, сприятиме подальшому благополучному особистісному функціонуванню майбутніх батьків та новонародженої дитини.

ПСИХОСОМАТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ТА ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ

О. В. Бацилєва,

*доктор психологічних наук, професор,
Донецький національний університет
імені Василя Стуса*

Проблема вивчення особливостей функціонування особистості в умовах різних соматичних змін сьогодні не тільки не втратила своєї актуальності, а й набула нового забарвлення у світлі сучасних уявлень про психологічний та соціальний аспекти здоров'я, шляхи його збереження та оптимізації. Здоров'я взагалі, і репродуктивне здоров'я зокрема, сьогодні розглядається як вагома складова не тільки соматичного, а й психологічного та соціального благополуччя особистості.

Відомо, що реакціями на будь-які фізіологічні чи патологічні зміни в організмі є певні суб'єктивні відчуття, розуміння й оцінка процесів, що відбуваються, а також ставлення індивіда до них. Одним з найбільш яскравих прикладів розвитку таких змін є реакція на біль, який майже завжди супроводжує захворювання жіночої репродуктивної системи (запальні захворювання, спайкова хвороба, патологія менструальної функції, ендометріоз, новоутворювання тощо) (Венцківський Б. М., 2015; Яроцька О. Л., 2016; Graziottin A., Gambini D., 2015). З іншого боку, слід зазначити, що більшість патологічних процесів у жіночій репродуктивній системі, які супроводжуються болем, не є суто медичною проблемою, маючи виразне психосоціальне забарвлення, оскільки призводять до таких проблем, як безпліддя, сексуальна дисфункція, зниження загального самопочуття, втрата працездатності, що, в свою чергу, може сприяти розладу