

©У. С. Дорофеева, О. Г. Бойчук, Н. І. Матвійків

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ЖІНОК ІЗ НЕПЛІДДЯМ У ПІЗНЬОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ ВІЦІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Негативний вплив складної соціально-економічної ситуації на процеси народжуваності та ранньої неонатальної захворюваності й смертності вимагає більшої уваги до вивчення ролі психологічних факторів у вирішенні демографічних проблем. Саме медико-психологічний аспект покращення репродуктивного здоров'я є одним із найбільш актуальних завдань сучасної науки, а власне психологічна сторона цієї проблеми заслуговує пильного та всестороннього наукового дослідження.

Мета дослідження – проаналізувати вплив психологічних чинників на психоемоційний статус жінок із непліддям. Можемо констатувати, що науковий інтерес до проблеми непліддя за останні роки значно зріс. Однак однозначних фактів про співвідношення психічного і соматичного в акушерсько-гінекологічній практиці не існує. У сучасному суспільстві вагітність перебігає на фоні хронічного стресу, що поглиблюється соціальними конфліктами, екологічними та технологічними катастрофами, а не тільки гінекологічними та соматичними проблемами, тому й заслуговує на увагу концепція генезу гестаційних ускладнень як хвороби дезадаптації, а власне психологічна сторона цієї проблеми потребує пильного та всестороннього наукового дослідження. Без сумніву, вплив психологічних чинників на психоемоційний статус жінок пізнього репродуктивного віку з непліддям вагомий. З'ясовано спільні психологічні прояви психоемоційного стану жінок із непліддям: підвищена вразливість, тривожність, нестійкість психоемоційних переживань. Проте визначено, що в одних групах є потреба у зовнішніх переживаннях, зменшенні маскулітного впливу і прийнятті своєї жіночності, а в інших є потреба в підтримці, у формуванні проявів асертивної поведінки, підвищенні самооцінки і проектуванні оптимістичної картини світу. Серед психологічних чинників виокремлено такі: стресові переживання, конфліктність у поведінці партнерів, спосіб прийняття ситуації непліддя та готовність до її корекції. Тому метою нашої роботи було провести аналіз впливу психологічних чинників на психоемоційний статус жінок із непліддям.

Ключові слова: непліддя; психоемоційний статус; репродуктивна система; психоемоційні порушення; психотерапевтична корекція.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Негативное влияние сложной социально-экономической ситуации на процессы рождаемости и ранней неонатальной заболеваемости и смертности требует большего внимания к изучению роли психологических факторов в решении демографических проблем. Именно медико-психологический аспект улучшения репродуктивного здоровья является одним из наиболее актуальных задач современной науки, а собственно психологическая сторона этой проблемы заслуживает пристального и всестороннего научного исследования.

Цель исследования – проанализировать влияние психологических факторов на психоэмоциональный статус женщин с бесплодием. Можем констатировать, что научный интерес к проблеме бесплодия в последние годы значительно вырос. Однако однозначных фактов о соотношении психического и соматического в акушерско-гинекологической практике не существует. В современном обществе беременность протекает на фоне хронического стресса, углубляется социальными конфликтами, экологическими и технологическими катастрофами, а не только гинекологическими и соматическими проблемами, поэтому и заслуживает внимания концепция генеза гестационных осложнений как болезни дезадаптации, а собственно психологическая сторона этой проблемы требует пристального и всестороннего научного исследования. Несомненно влияние психологических факторов на психоэмоциональный статус женщин позднего репродуктивного возраста с бесплодием имеет вес. Выяснено общие психологические проявления психоэмоционального состояния женщин с бесплодием: повышенная впечатлительность, тревожность, неустойчивость психоэмоциональных переживаний. Однако установлено, что в одних группах есть потребность во внешних переживаниях, уменьшении маскулинного влияния и принятии своей женственности, а в других есть потребность в поддержке, в формировании проявлений асертивности поведения, повышении самооценки и проектировании оптимистической картины мира. Среди психологических факторов выделены следующие: стрессовые переживания, конфликтность в поведении партнеров, способ принятия ситуации бесплодия и готовность к ее коррекции. Поэтому целью нашей работы было проанализировать влияние психологических факторов на психоэмоциональный статус женщин с бесплодием.

Ключевые слова: бесплодие; психоэмоциональный статус; репродуктивная система; психоэмоциональные нарушения; психотерапевтическая коррекция.

THE PECULIARITIES OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH INFERTILITY IN THE LATE REPRODUCTIVE AGE (LITERATURE REVIEW)

The negative impact of the difficult socioeconomic situation on the birth rate and early neonatal morbidity and mortality requires paying more attention to the study of the role of psychological factors in solving demographic problems. The medico-psychological aspect of the improvement of reproductive health is one of the most topical objectives of the contemporary science and the psychological side of this problem deserves thorough and comprehensive scientific research.

The aim of the study – to analyze the influence of psychological factors on the psycho-emotional status of women with infertility. We can state that the scientific interest in the problem of infertility has grown significantly in recent years. However, there

are no unambiguous facts about the relationship between the mental and the somatic in obstetric and gynecological practice. In modern society, pregnant women experience chronic stress, which is deepened by social conflicts, environmental and technological disasters, and not only gynaecological and somatic problems. Therefore, the concept of the genesis of gestational complications as maladjustment disorder, deserves attention, and the psychological aspect of the problem needs a comprehensive scientific research. The influence of psychological factors on the psycho-emotional state of women with infertility in the late reproductive age is undoubtedly significant. We have identified the common psychological manifestations of the psycho-emotional state of women with infertility: increased vulnerability, anxiety, instability of psycho-emotional sensations. Yet we have found that some groups need more external sensations and experience, the reduction of masculine influence and acceptance of their femininity while others require more support, the development of assertive behavior, an increase in self-esteem and the projection of an optimistic worldview. Among the psychological factors, we have singled out the following: stress, conflict behavior of partners, the way of perceiving the situation of infertility and readiness to improve it. Therefore, the aim of our work was to analyze the influence of psychological factors on the psycho-emotional status of women with infertility.

Key words: infertility; psycho-emotional state; reproductive system; psycho-emotional disorders; psychotherapeutic correction.

ВСТУП. У сучасних умовах проблема лікування непліддя набуває не тільки медичного, соціально-демографічного, а й економічного значення. Проблема жіночого непліддя давно вийшла за рамки суто медичної компетентності та часто має психологічний характер. Непліддя як медико-соціальна проблема перебуває в полі зору багатьох як вітчизняних, так і зарубіжних учених, однак і досі відсутні комплексні медико-психологічні дослідження жінок із непліддям. Існуючі напрацювання, які стосуються репродуктивних порушень, мають скоріше констатуючий й описовий характер і не містять глибинних механізмів їх подолання [30, 34, 36–38].

Сучасні дослідження підтверджують значний вплив психологічного фактора на репродуктивні функції жінки. Непліддя належить до числа тих патологічних станів, які можуть суттєво впливати на психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу. Саме урахування психоемоційного статусу жінок із непліддям, кваліфікована його корекція приносять позитивні результати і в покращенні клінічної картини здоров'я жінок у цілому [25, 26, 28, 33].

Можемо констатувати, що науковий інтерес до проблеми непліддя за останні роки значно зріс. Серед актуальних, досі не вирішених проблем, дослідники виділяють: ускладнення діагностичного процесу при «нез'ясованій етіології»; дослідження порушень емоційної сфери і сексуальних розладів при неплідному шлюбі; шляхи покращення якості партнерів неплідного шлюбу. Однак однозначних фактів про співвідношення психічного і соматичного в акушерсько-гінекологічній практиці не існує [2, 8, 15, 18].

Останні роки відзначаються певними успіхами у вивченні психологічного стану пацієнток, які страждають від непліддя. Результати низки робіт підтверджують вплив непліддя на психічну сферу жінок – формування таких розладів, як: тривожна депресія, іпохондрія, сенситивні ідеї ставлення та конверсійні синдроми [11, 13, 14, 24]. За даними Ж. Р. Гарданової (2008), у роботі, що присвячена психічним розладам у жінок із непліддям у програмі ДРТ, переважають тривожні, соматоформні, конверсійні розлади, а також розлади адаптації. Є роботи акушерів-гінекологів, що присвячені вивченню соціально-психологічних аспектів даної проблеми, в яких описані психоемоційні реакції пацієнток і психологічні фактори, що погіршують прогноз лікування непліддя [1, 4, 20, 23].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – проаналізувати вплив психологічних чинників на психоемоційний статус жінок із непліддям.

Щоб зрозуміти психоемоційний статус жінок із непліддям, варто розглянути причини та особливості репродуктивного статусу жінок із непліддям. Перинатальна психологія виокремлює дві групи жінок (А та Б), що мають різні особливості репродуктивного статусу [17, 18, 27, 39]. До групи А входять жінки, які мають порушення репродуктивної функції здебільшого гормонального походження, непліддя чи складнощі з зачаттям, загрозу переривання вагітності та невиношування, порушення внутрішньо-утробного розвитку дитини з мінімальним ризиком для здоров'я жінки. Їм властиві такі психологічні особливості: емоційна нестійкість, схильність до гіперстенічного реагування; схильність до змін настрою; хворобливе ставлення до невдач з накопичуванням негативних емоцій та їх бурхливим виявленням; схильність до формування надцінних ідей, що проявляється в надцінності вагітності, своєї репродуктивної функції; викривлення жіночої ідентичності (підсилення маскулітних якостей та послаблення жіночності, відторгнення власної жіночності); зниження рівня соціальної адаптації, відсутність гнучкості у взаємодії; конфліктні стосунки з матір'ю, що проявляються у некритичній ідеалізації та недиференційованому уявленні про стосунки з нею; незадоволення собою, завищена самооцінка тощо.

До групи Б належать жінки, які мають захворювання соматичного характеру, що впливають на успішність реалізації репродуктивної функції та одночасно загрожують здоров'ю жінки. Для жінок цієї групи характерні такі психологічні особливості: емоційна нестійкість, схильність до гіпостенічного реагування, схильність до зниженого настрою, дратівливість, зниження загальної активності, схильність до депресій, залежність від оточення, пошук зовнішньої допомоги, нормальна жіноча ідентичність, підсилення жіночності; тривожні, залежні, симбіотичні стосунки з матір'ю; невпевненість у собі, занижена самооцінка, почуття провини; довірливість, некритичність стосовно інших; невпевненість у власній материнській компетентності; підвищена відповідальність; підвищена важливість дитини; підвищена тривожність із переважно вираженою соматичною (функціональною) складовою; невротизація за типом «втеча у хворобу»; аутоагресія, частіше пригнічена, ризик суїциду.

Також, на нашу думку, на емоційний статус жінки із непліддям впливає приналежність до певного типу. В науковій літературі виокремлені певні типи жінок, які страждають від непліддя. Перший тип – незрілі, чуттєві, перебірливі жінки стосовно чоловіка і схильні до функ-

ціональних розладів; другий тип – агресивно-домінантні жінки, які не визнають свою жіночність; третій тип – жінки з материнською роллю, які переносять свій материнський інстинкт на чоловіка; четвертий тип – жінки, які присвятили себе кар'єрі або іншим інтересам.

Є й інші типології жінок з непліддям: 1) незрілі, чуттєві, перебірливі жінки, по-дитячому примхливі стосовно чоловіка і схильні до функціональних розладів; 2) агресивно-домінуючі жінки, які не визнають свою жіночність; 3) жінки із закладеною роллю матері, які переносять свій материнський інстинкт на чоловіка; 4) жінки, які присвятили себе кар'єрі та іншим інтересам.

Як вважає Phillips T. J. et al., жінок, які страждають від непліддя, в міру вираження і стійкості їх опору зачаттю можна поділити на три основні групи. До першої групи належать жінки, в яких супротив вагітності є досить поверховим і непліддя може припинитися самовільно під впливом ентузіазму під час дослідження і на ранніх етапах лікування. Цю групу складають приблизно 35 % жінок, які страждають від непліддя. До другої групи входять жінки із більш стійкою «блокадою» зачаття, яка відбувається в результаті деякої зовнішньої стресової ситуації, що відчувається як несприятлива для материнства (напружені стосунки в сім'ї, так зване «кар'єрне» непліддя) [32, 35].

Правильно підібрані рекомендації та зміна способу життя можуть сприяти виникненню вагітності. До третьої групи входять жінки, непліддя яких виникло в результаті глибокої та тривалої психосоматичної напруги, пов'язаної з наявністю психогенних стресів. Таким жінкам можна допомогти позбутися від своїх страхів та установок за допомогою психоаналітичних методів [22].

Таким чином, незважаючи на спільні психологічні прояви психоемоційного стану жінок із непліддям: підвищену вразливість, тривожність, нестійкість психоемоційних переживань і т. д., домінуюча лінія в обох групах простежується дещо відмінна. В одних групах є потреба у зовнішніх переживаннях, зменшенні маскулітного впливу і прийнятті своєї жіночності, а в інших є потреба у підтримці, формуванні проявів асертивної поведінки, підвищенні самооцінки і проектуванні оптимістичної картини світу.

Серед зарубіжних дослідників побутує думка (L. W. Cox), що «непоояснюване» непліддя може бути пов'язане з конфліктним дитинством, різними соціальними чинниками, невдалими взаєминами в сім'ї, страхом перед вагітністю, пологами і післяродовими психозами, назрілими суперечностями професійної самореалізації і кар'єрним ростом [21].

Супутнім наслідком проблеми є і соціально-психологічне неблагополуччя, яке розглядається в роботах Л. В. Анохіна і, на думку автора, проявляється зниженням інтересу до навколишніх подій і розвитком комплексу неповноцінності. Важливою є описана автором психосоціальна характеристика осіб, які страждають від непліддя невизначеної етіології. Так, жінкам притаманні душевні особистісні страждання, зниження загальної активності і працездатності, душевна черствість, антисоціальна поведінка шлюбних партнерів, порушення психоемоційної сфери і сексуальні розлади подружжя.

Супутніми ознаками є підвищена невротизація, почуття провини, тривожність, невротизація, перепади настрою. Тривале непліддя створює велику нервово-психологічну напругу, що часто призводить до розлучень.

Аналіз наукових джерел засвідчує, що на тлі патогенетичних чинників ризику неплідного шлюбу, як правило, виникають порушення емоційної сфери і сексуальні розлади, при цьому не виявлено різниці в психологічному статусі жінок із різними причинами непліддя.

Díaz M. G. аналізує емоційну та сексуальну сферу жінок із непліддям невизначеної етіології та виявила високу частоту різних відхилень. У 71,4 % жінок відзначено емоційну лабільність, почуття неповноцінності, самотності, зміни емоційного стану в дні попередньої менструації («синдром очікування вагітності»). Зниження або відсутність лібідо спостережено у 52,4 % хворих, рідкість або відсутність оргазму в 61,9 %. Непліддя призвело до порушень міжособистісних стосунків, відчуття нестабільності сімейного становища, а повторні шлюби в групі обстежуваних відзначаються у 5 разів частіше, ніж у контрольній (17,9 та 3,3 % відповідно) [16, 22, 31].

Терещин А. Т., оцінюючи психоемоційний стан жінок, стверджує, що порушення емоційного стану виявлено у 92 % опитаних жінок, у 53,3 % – хронічні та у 14 % – стресові ситуації. Більш ніж у половини пацієнтів психотравматичні ситуації виявилися багатофакторними і тривали від 1 до 10 років. Підвищений рівень загальних захворювань спостерігали у 69 % хворих [15].

Однозначних даних про співвідношення психічного та соматичного в акушерсько-гінекологічній практиці не існує. Незважаючи на переконливі дані про наявність психологічних особливостей подружжя в безплідному шлюбі, до цього часу не вирішено питання про те, що в даній патології первинне: чи призвела відсутність дітей до психологічного розладу, чи ці розлади викликали порушення репродуктивної функції [3, 9, 10].

Вивчено вплив стресу на фізіологічні процеси. Хронічний вплив стресу супроводжується зниженням активності імунoglobуліну, може спровокувати розлади бар'єрної функції імунної системи та призвести до соматичної хвороби. Стрес може викликати гормональні та вегетативні прояви, наприклад порушення циклу, реакцію страху чи емоційну напругу, що підтверджує наявність взаємовпливу психологічних та фізіологічних процесів.

Разом з тим, показано, що в більшості випадків стрес є результатом неплідності, а не його причиною. Дж. Шенкер відзначає, що не більше 5 % жінок страждають від непліддя в результаті стресу. Тим не менше, у багатьох подружніх пар відзначається виражений стресовий стан у зв'язку з непліддям. Більшість сімейних пар демонструють відчуття деякої соціальної ізоляції від сімей, які мають дітей, а болючість діагностичних та лікувальних процедур негативно впливає на емоційний стан [19].

М. Г. Оганесян (1997) вивчала патофізіологічні аспекти порушень репродуктивної функції після впливу стресу при землетрусі у Вірменії 1988 року. У результаті стресу в значній частині обстежених подружніх пар виникли порушення копулятивної та репродуктивної функції, а також сексуальної поведінки. Вплив психологічного стану, зумовленого непліддям, на результат лікування визнається практично всіма дослідниками [8, 12, 15]. Реакція на непліддя незалежно від того, жіноче воно чи чоловіче, сильніше виражена у жінок [6, 18]. Вік і тривалість шлюбу не впливають на стійкість стресу.

Найбільше сильне відчуття депресії у жінок виражається на 2–3-й роки після виявлення непліддя, а через 3–4 роки починається адаптація до непліддя. Відзначено, що жінки з ідіопатичним непліддям мають більший оптимізм, на відміну від пацієнок, непліддя яких зумовлено захворюванням, що потребує хірургічного лікування [9].

Визнано вплив вторинних емоційних порушень, що виникають внаслідок тривалого непліддя, на ефективність лікування та необхідність їх корекції. Т. Voegtline К. М. підкреслює необхідність усунення емоційних та сексуальних порушень на початку лікування, оскільки вони можуть бути одним із факторів. Авторка наводить поетапну схему терапії, яка включає аутогенне тренування, гіпнотерапію, седативну терапію. У результаті лікування суттєве поліпшення загального стану спостерігали у 94 % жінок, 45,2 % відзначили поліпшення стосунків у сім'ї та на роботі, завагітніли 19 % хворих [40].

Часто психосоматичні проблеми непліддя пояснюються символічним проявом несвідомих конфліктів, які не запам'ятовуються, або тілесними проявами «дитячих» тривог і страхів, зокрема тих, які виникли внаслідок надто раннього психологічного розриву з матір'ю. А також індивідуальний стереотип емоційного реагування людини і впливу емоцій, що придушуються, на ту чи іншу систему організму. Саме тому корекція психоемоційного стану жінок із непліддям підлягає комплексній терапії. Однак психотерапія, без сумніву, є вагомим і результативним інструментом.

У психотерапії безпосередньо задіяні психотерапевтичні засоби (емпатія, акцептація, сугестія, виражені вербально і невербально), а також створення за допомогою лікаря психотерапевтично дієвого середовища. Є різні види класифікації методів психотерапії. За Б. Михайловим (2002), методи психотерапії поділяються на класичні: сугестивні (сугестія, гіпнотерапія, самоаналізування, самоаналіз, аутотренінг, емоційно-стресова терапія, плацебо-терапія); раціональна терапія (психоаналіз, поведінкова терапія); психоаналіз; поведінкова терапія; групова психотерапія; синтетичні; неокласичні методи; опосередкована психотерапія.

Безумовно, вибір методу, як інструменту психотерапевтичного впливу, належить психотерапевту, але вважаємо, що гештальт-терапія, яка є синтетичним методом, заснована К. Гольштейном, є найбільш дієвим методом і може зняти незавершені переживання, які зумовлені болісним лікуванням, втраченими надіями, розпачем від втрат і розчаруваннями. Щодо форми проведення психотерапевтичних занять, то поряд з індивідуальними сеансами позитивний вплив мають групові форми або сама групова психотерапія. Групова динаміка, яка моделюється тренером-психотерапевтом, спрямована на усвідомлення власних переживань через колективне несвідоме, проектування життєвої перспективи через вирішення травматичних ситуацій у групі. Роль тренера зводиться до ролі фасилітатора, тьютора, який спрямовує ту чи іншу ситуацію у правильне русло.

Психосоматичні проблеми непліддя у жінок та сексуальні порушення як у жінок, так і у чоловіків успішно можна лікувати за допомогою символдрами. У більшості практичних випадків із застосуванням даного методу пси-

хотерапії відзначалося, що поряд із полегшенням симптоматики та позитивними змінами у сімейних і особистісних стосунках мало місце також просування у лікуванні, яке підтверджувалося об'єктивними показниками.

У дослідженні Е. В. Лохина, Т. С. Качалина було встановлено, що, враховуючи психодіагностичний, психокорекційний та психотерапевтичний потенціали проєктивних методів, їх варто застосовувати з метою виявлення динаміки емоційних станів під час планування вагітності. Можливе комплексне використання проєктивних малюнкових і стандартизованих вербальних методів психодіагностики. Найбільш ефективним у роботі психолога з майбутніми мамами є аналіз проєктивних тематичних малюнків «Я і моя дитина», «Я до вагітності, під час і після вагітності», «Як я уявляю свої пологи», «Малюнок сім'ї» та ін.

Використання потенціалу проєктивних методик у поєднанні з психотерапевтичними методами дає позитивні результати при психологічному супроводі та корекції психоемоційного статусу жінок із непліддям. Головними завданнями такої роботи є: формування психологічної готовності жінки до вагітності; зниження рівня стресу та тривожності у зв'язку із непліддям; формування довірливого ставлення до свого тіла та вагітності як природного процесу; акумуляція позитивних емоцій; позитивне налаштування на усвідомлене та відповідальне материнство. Вважаємо, що поєднання зазначеної психологічної програми і відповідних медикаментозних рекомендацій може бути ефективним при корекції психоемоційного статусу жінок із непліддям [7, 8].

Камінський В. В. (2018) зазначає, що пацієнткам із непліддям рекомендована психотерапевтична корекція, яка орієнтована на допомогу в пошуку рішень проблемної ситуації, покращення якості життя, визначення мети в житті, формування позитивного ставлення до майбутнього. Протягом психотерапії вирішується ряд завдань: вивчення особистості, виявлення сутності проблеми (збір інформації), визначення наявності ресурсів у пацієнта для вирішення проблем, формулювання цілей, створення алгоритму досягнення мети, навчання методик, спрямованих на зняття напруження, тривоги, дратівливості [2, 3, 5].

ВИСНОВКИ. Підсумовуючи сказане, можна відзначити, що спеціальних психотерапевтичних методів при лікуванні непліддя не існує, а наявні дані в основному стосуються проблем корекції психічних порушень, вторинних стосовно непліддя. Описано випадки вдалого лікування непліддя психоаналітичними методами. За останні роки розроблено різні методики психологічної корекції та лікування психічних розладів при неплідді: комбінацію гормональної терапії та психотерапії; проведення психотерапевтичних занять; методи психічної та м'язової релаксації; сімейну психотерапію, музикотерапію; метод позитивної психотерапії Н. Пезешкіана; рекомендацію усунювання дітей безплідними пацієнтками.

Однак чіткого диференційованого підходу до оцінки психологічного стану жінок, які страждають від непліддя, залежно від характеру, тривалості та особливостей перебігу захворювання немає.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Генік Н. І. Модифікація програми прекоцепційної підготовки на етапі планування вагітності із врахуванням психоемоційного стану жінок / Н. І. Генік, Н. В. Якимчук // Сімейна медицина. – 2018. – № 5 (79). – С. 128–131.
2. Генік Н. І. Вивчення психологічної готовності до материнства в системі психопрофілактичної роботи по підготовці вагітної жінки до пологів / Н. І. Генік, Н. В. Якимчук, Р. В. Нестерак // Психосоматична медицина – шляхи розвитку: тези регіональної наук.-практ. конф. – Ів.-Франківськ, 2012.
3. Добряков И. В. Ретроспективное определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты / И. В. Добряков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2014. – № 2. – С. 71–75.
4. Особенности изменений структуры психоэмоциональной сферы у женщин по триместрам беременности / С. И. Знаменская, А. Г. Киселев, Е. А. Шаповалова, И. М. Максимов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. LXI, Вип. 6. – С. 30–35.
5. Вегетативні та психосоматичні розлади у жінок під час вагітності / В. В. Камінський, Н. І. Генік, Р. Р. Ткачук [та ін.] // Сімейна медицина. – 2018. – № 3 (77). – С. 129–137.
6. Литвиненко Н. В. Вегетативний та психоемоційний статус жінок у динаміці вагітності / Н. В. Литвиненко, Т. Й. Пурденко, Л. Й. Островська // Сімейна медицина. – 2015. – № 3 (59). – С. 51–53.
7. Лохина Е. В. Влияние медико-психологической подготовки к родам по программе «Счастливое материнство» на психоэмоциональное состояние женщин в период беременности / Е. В. Лохина, Т. С. Качалина // Медицинский альманах. – 2013. – № 2 (26). – С. 199–202.
8. Никифорова Т. В. Использование стандартизированных шкал при оценке эффективности когнитивной психотерапии во время беременности у депрессивных пациентов с потерей плода в анамнезе / Т. В. Никифорова, Л. А. Агаркова, Е. Д. Счастней // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1 (6). – С. 932–936.
9. Сюсюка В. Г. Оцінка параметрів вегетативного балансу та активності регуляторних систем у вагітних з врахуванням їх психоемоційного стану / В. Г. Сюсюка // Перинатологія і педіатрія. – 2017. – № 2 (70). – С. 64–68.
10. Сюсюка В. Г. Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження / В. Г. Сюсюка // Перинатологія і педіатрія. – 2016. – № 3 (67). – С. 43–48.
11. Проблема потери беременности – диагностика, ведение беременности, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства (обзор литературы) / А. М. Торчинов, М. М. Умаханова, Г. Л. Доронин [и др.] // Лечащий врач. – 2013. – № 9. – С. 85–91.
12. Филинов А. Г. Кардиоритмограмма в оценке вегетативной нервной системы в различные сроки нормально протекающей беременности / А. Г. Филинов // Медицинский альманах. – 2016. – № 5 (45). – С. 55–58.
13. Филиппова Г. Г. Пренатальный стресс: усиление риска при современных технологиях ведения беременности и лечения бесплодия / Г. Г. Филиппова // Психологические проблемы современной семьи: сб. тезисов междунар. науч. конф. (30 сент. – 4 окт. 2015 г.). – Москва – Звенигород, 2015. – С. 418–426.
14. Allaire A. D. Placenta apoptosis in preeclampsia / A. D. Allaire // Obstet. Gynecol. – 2014. – Vol. 96 (2). – P. 271–276.
15. Ananth C. V. Ischemic placental disease: a unifying concept for preeclampsia, intrauterine growth restriction, and placental abruption / C. V. Ananth // Semin. Perinatol. – 2014. – Vol. 38 (3). – P. 131–132.
16. Anderson G. Postpartum depression: psychoneuro-immunological underpinnings and treatment / G. Anderson, M. Maes // Neuropsychiatr. Dis. Treat. – 2013. – Vol. 9. – P. 277.
17. Clinical risk factors for preeclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies / E. Bartsch, K. E. Medcalf, A. L. Park, J. G. Ray // BMJ. – 2016. – Vol. 353. – i1753.
18. Borderline personality disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes / G. Blankley, M. Galbally, M. Snellen [et al.] // Australas Psychiatry. – 2015. – Vol. 23 (6). – P. 688–692.
19. Anxiety and depressed mood in obese pregnant women: a prospective controlled cohort study / A. F. Bogaerts, R. Devlieger, E. Nuyts [et al.] // Obes. Facts. – 2013. – Vol. 6 (2). – P. 152–164.
20. Differential mortality rates in major and subthreshold depression: a meta-analysis of studies that measured both / P. Cuijpers, N. Vogelzangs, J. Twisk [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2013. – Vol. 202 (1). – P. 22–27.
21. Physical activity in pregnant women with Class III obesity: A qualitative exploration of attitudes and behaviours / F. C. Denison, Z. Weir, H. Carver [et al.] // Midwifery. – 2015. – Vol. 31 (12). – P. 1163–1167.
22. Díaz M. G. Breastfeeding: an emotional instinct / M. G. Díaz // Breastfeed. Med. – 2013. – Vol. 8. – P. 191–197.
23. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and metaanalysis of prospective cohort studies / X. X. Ding, Y. L. Wu, S. J. Xu [et al.] // J. Affect. Disord. – 2014. – Vol. 159. – P. 103–110.
24. Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants / H. M. Jensen, R. Grøn, O. Lidgaard [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2013. – Vol. 202 (5). – P. 347–351.
25. Plasma, salivary and urinary cortisol levels following physiological and stress doses of hydrocortisone in normal volunteers / C. Jung, S. Greco, H. H. T. Nguyen [et al.] // BMC. Endocr. Disord. – 2014. – Vol. 14 (1). – P. 61–80.
26. Effect of maternal anxiety and music on fetal movements and fetal heart rate patterns / H. Kafali, A. Derbent, E. Keskin, S. Simavli // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2011. – Vol. 24 (3). – P. 461–464.
27. Serum concentrations of CRP, IL-6, TNF-alpha and cortisol in major depressive disorder with melancholic or atypical features / D. Karlovic, A. Serretti, N. Vrkic [et al.] // Psychiatry Res. – 2012. – Vol. 198 (1). – P. 74–80.
28. Placental dysfunction underlies increased risk of fetal growth restriction and stillbirth in advanced maternal age women / S. C. Lean, A. E. P. Heazell, M. R. Dilworth [et al.] // Sci. Rep. – 2017. – Vol. 7 (1). – P. 9677.
29. Childbirth and mental disorders / K. L. Leight, E. M. Fitelson, C. A. Weston, K. L. Wisner // Int. Rev. Psychiatry. – 2010. – Vol. 22 (5). – P. 453–471.
30. Lewis A. J. Prenatal maternal mental health and fetal growth restriction: a systematic review / A. J. Lewis, E. Austin, M. Galbally // J. Dev. Orig. Health Dis. – 2016. – Vol. 7 (4). – P. 416–428.
31. Lewis A. J. Depression in pregnancy and child development: understanding the mechanisms of transmission. Psychopharmacology and pregnancy: treatment efficacy, risks, and guidelines / A. J. Lewis, M. Galbally, M. Snellen, A. Lewis Eds. – Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2014. – P. 47–65.
32. Preeclamptic placenta release factors that damage neurons: implications for foetal programming of disease / H. Scott, T. J. Phillips, G. C. Stuart [et al.] // Neuronal Signal. – 2018. – Vol. 2 (4). – NS20180139.

33. Shelton M. M. Relationships among prenatal depression, plasma cortisol, and inflammatory cytokines / M. M. Shelton, D. L. Schminkey, M. W. Groer // *Biol. Res. Nurs.* – 2014. – Vol. 17 (3). – P. 295–302.

34. Shereshevsky P. M. Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation / P. M. Shereshevsky, L. J. Yarrow. – New Jersey: Raven Pr., 1973. – 391 p.

35. Sircar M. Pathogenesis of preeclampsia / M. Sircar, R. Thadhani, S. A. Karumanchi // *Curr. Opin. Nephrol. Hypertens.* – 2015. – Vol. 24 (2). – P. 131–138.

36. Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a crosscohort consistency study / T. Van Batenburg-Eddes, M. J. Brion, J. Henrichs [et al.] // *J. Child Psychol. Psychiatry.* – 2013. – Vol. 54 (5). – P. 591–600.

37. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms / B. R. H. Van den Bergh, E. J. H. Mulder, M. Mennes, V. Glover // *Neurosci. Biobehav. Rev.* – 2005. – Vol. 29 (2). – P. 237–258.

38. Van Lieshout R. J. Pre-pregnancy and pregnancy obesity and neurodevelopmental outcomes in offspring: a systematic review / R. J. Van Lieshout, V. H. Taylor, M. H. Boyle // *Obes. Rev.* – 2011. – Vol. 12 (5). – P. e548–e559.

39. Verloren S. Pre-eclampsia is primarily a placental disorder: FOR: Preeclampsia is primarily a placental disorder / S. Verloren // *BJOG.* – 2017. – Vol. 124 (11). – P. 1762.

40. Concurrent levels of maternal salivary cortisol are unrelated to self-reported psychological measures in low-risk pregnant women / K. M. Voegtline, K. A. Costigan, K. T. Kivlighan [et al.] // *Arch. Womens Ment Health.* – 2013. – Vol. 16 (2). – P. 101–108.

REFERENCES

1. Henyk, N.I., & Yakymchuk, N.V. (2018). Modyfikatsiia prohramy prekontseptsiinoi pidhotovky na etapi planuvannia vahitnosti iz vrakhuvanniam psykhoemotsiinoho stanu zhinok [Modification of the pre-conceptual treatment program at the stage of pregnancy planning regarding the psychoemotional state of women]. *Simeina medytsyna – Family Medicine*, 5 (79), 128-131 [in Ukrainian].

2. Henyk, N.I., Yakymchuk, N.V., & Nesterak, R.V. (2012). Vychennia psykholohichnoi hotovnosti do materynstva v systemi psykhoprofilaktychnoi roboty po pidhotovtsi vahitnoi zhinky do polohiv [Study of psychological readiness for motherhood in the system of psychoprophylactic work to prepare a pregnant woman for childbirth]. *Proceedings of: Rehionalnoi nauk.-prakt. konf. «Psykhosomatychna medytsyna – shliakhy rozvytku» – Regional Scientific Practical Conference "Psychosomatic medicine – ways of development"*. Ivano-Frankivsk [in Ukrainian].

3. Dobryakov, I.V. (2014). Retrospektivnoye opredeleniye osobennostey psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoy dominanty [Retrospective determination of the features of the psychological component of gestational dominance]. *Voprosy psikhicheskogo zdorovya detey i podrostkov – Mental Health Issues in Children and Adolescents*, 2, 71-75 [in Russian].

4. Znamenskaya, S.I., Kiselev, A.G., Shapovalova, Ye.A., & Maksimova, I.M. (2012). Osobennosti izmeneniy struktury psykhoemotsionalnoy sfery u zhenshchin po trimestram beremennosti [The peculiarities of changes in the structure of psychoemotional sphere in women during the trimesters of pregnancy]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – J. Obstet. Women's Dis.*, LXI, 6, 30-35 [in Russian].

5. Kaminskiy, V.V., Genyk, N.I., Tkachuk, R.R., Herych, P.R., & Strimbitskiy, V.V. (2018). Vehetativni ta psykhosomatychni rozlady u zhinok pid chas vahitnosti [Autonomic and psychosomatic disorders in women during pregnancy]. *Simeina medytsyna – Family Medicine*, 3 (77), 129-137 [in Ukrainian].

6. Lytvynenko, N.V., Purdenko, T.Y., & Ostrovskaya, L.Y. (2015). Vehetativnyi ta psykhoemotsiyniy status zhinok u dynamitsi vahitnosti [Vegetative and psycho-emotional status of women in the course of pregnancy]. *Simeina medytsyna – Family Medicine*, 3 (59), 51-53 [in Ukrainian].

7. Lokhina, Ye.V., & Kachalina, T.S. (2013). Vliyaniye mediko-psikhologicheskoy podgotovki k rodam po programme «Schastlivoye materinstvo» na psikhosomatsionalnoye sostoyaniye zhenshchin v period beremennosti [The influence of medical and psychological preparation for childbirth under the program

"Happy Motherhood" on the psycho-emotional state of women during pregnancy]. *Meditsinskiy almanakh – Medical Almanac*, 2 (26), 199-202 [in Russian].

8. Nikiforova, T.V., Agarkova, L.A., & Schastnyy, Ye.D. (2015). Ispolzovaniye standartizirovannykh shkal pri otsenke effektivnosti kognitivnoy psikhoterapii vo vremya beremennosti u depressivnykh patsiyentov s poterey ploda v anamneze [The use of standardized scales when evaluating the effectiveness of cognitive psychotherapy during pregnancy, depressed patients with loss of the fetus in history]. *Uspekhi sovremennogo yestestvoznaniya – Advances Curr. Nat. Sci.*, 1 (6), 932-936 [in Russian].

9. Syusyuka, V.G. (2017). Otsinka parametriv vehetativnoho balansu ta aktyvnosti rehuliruyemykh sistem u vahitnykh z urakhuvanniam yikh psykhoemotsiinoho stanu [Parameters estimation of vegetative balance and activity of regulatory systems of pregnant women in view of their psychoemotional state]. *Perinatolohiia i pediatriia – Perinatology and Pediatrics*, 2 (70), 64-68. DOI: 10.15574/pp.2017.70.64 [in Russian].

10. Syusyuka, V.G. (2016). Otsinka vplyvu prohramy medyko-psykholohichnoi korektsii psykhoemotsiinoi dezadaptatsii u vahitnykh na perynatalni naslidky yikh rozrodzhennia [Estimation of influence of introduced program of medical and psychological correction of psychoemotional disadaptation of pregnant women on perinatal consequences of their delivery]. *Perinatolohiia i pediatriia – Perinatology and Pediatrics*, 3 (67), 43-48 DOI: 10.15574/PP.2016.67.43 [in Ukrainian].

11. Torchinov, A.M., Umakhanova, M.M., Doronin, G.L., Dzhonboboieva, G.N., & Ron, M.G. (2013). Problema poteri beremennosti – diagnostika, vedeniye beremennosti, lecheniye i prognozy na sovremennom etape razvitiya akusherstva (obzor literatury) [Problem of pregnancy loss: diagnostics, pregnancy observation, treatment and forecasting at the modern stage of development of midwifery (literature review)]. *Lechashchiy vrach – Attending Physician*, 9, 85-91 [in Russian].

12. Filinov, A.G. (2016). Kardioritmogramma v otsenke vegetativnoy nervnoy sistemy v razlichnyye sroki normalno protekayushchey beremennosti [Cardiorhythmogramme in evaluation of vegetative nervous system within different terms of normal course of pregnancy]. *Meditsinskiy almanakh – Medical Almanac*, 5 (45), 55-58 [in Russian].

13. Filippova, G.G. (2015). Prenatalnyy stress: usileniye riska pri sovremennykh tekhnologiyakh vedeniya beremennosti

i lecheniya besplodiya [Prenatal stress: increased risk with modern technologies of pregnancy management and infertility treatment]. Proceedings of the International Scientific Conference: «Psikhologicheskiye problemy sovremennoy semi» – "Psychological Problems of the Modern Families". Moscow – Zvenigorod (pp. 418-426) [in Russian].

14. Allaire, A.D. (2014). Placenta apoptosis in preeclampsia. *Obstet. Gynecol.*, 96 (2), 271-276. DOI: 10.1016/s0029-7844(00)00895-4.

15. Ananth, C.V. (2014). Ischemic placental disease: a unifying concept for preeclampsia, intrauterine growth restriction, and placental abruption. *Semin. Perinatol.*, 38 (3), 131-132. DOI: 10.1053/j.semper.2014.03.001.

16. Anderson, G., & Maes, M. (2013). Postpartum depression: psychoneuroimmunological underpinnings and treatment. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, 9, 277. DOI: 10.2147/NDT.S25320.

17. Bartsch, E., Medcalf, K.E., Park, A.L., & Ray, J.G. (2016). Clinical risk factors for preeclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ*, 353, i1753. DOI: 10.1136/bmj.i1753.

18. Blankley, G., Galbally, M., Snellen, M., Power, J., & Lewis, A.J. (2015). Borderline personality disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. *Australas Psychiatry*, 23 (6), 688-692. DOI: 10.1177/1039856215590254.

19. Bogaerts, A.F., Devlieger, R., Nuyts, E., Witters, I., Gyselaers, W., Guelinckx, I., & Van den Bergh, B.R.H. (2013). Anxiety and depressed mood in obese pregnant women: a prospective controlled cohort study. *Obes. Facts.*, 6 (2), 152-164. DOI: 10.1159/000346315.

20. Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., & Penninx, B.W. (2013). Differential mortality rates in major and subthreshold depression: a meta-analysis of studies that measured both. *Br. J. Psychiatry*, 202 (1), 22-27. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.112169.

21. Denison, F.C., Weir, Z., Carver, H., Norman, J.E., & Reynolds, R.M. (2015). Physical activity in pregnant women with Class III obesity: A qualitative exploration of attitudes and behaviours. *Midwifery*, 31 (12), 1163-1167. DOI: 10.1016/j.midw.2015.08.006.

22. Díaz, M.G. (2013). Breastfeeding: an emotional instinct. *Breastfeed. Med.*, 8, 191-197. DOI: 10.1089/bfm.2012.0079.

23. Ding, X.X., Wu, Y.L., Xu, S.J., Zhu, R.-P., Jia, X.-M., Zhang, S.-F., ... & Tao, F.-B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and metaanalysis of prospective cohort studies. *J. Affect. Disord.*, 159, 103-110. DOI: 10.1016/j.jad.2014.02.027.

24. Jensen, H.M., Grøn, R., Lidgaard, O., Pedersen, L.H., Andersen, P.K., Kessing, L.V. (2013). Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants. *Br. J. Psychiatry*, 202 (5), 347-351. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.115931.

25. Jung, C., Greco, S., Nguyen, H.H.T., Ho, J.T., Lewis, J.G., Torpy, D.J., & Inder, W.J. (2014). Plasma, salivary and urinary cortisol levels following physiological and stress doses of hydrocortisone in normal volunteers. *BMC Endocr. Disord.*, 14 (1), 61-80. DOI: 10.1186/1472-6823-14-91.

26. Kafali, H., Derbent, A., Keskin, E., & Simavli, S. (2011). Effect of maternal anxiety and music on fetal movements and fetal heart rate patterns. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, 24 (3), 461-464. DOI: 10.3109/14767058.2010.501122.

27. Karlovic, D., Serretti, A., Vrkic, N., Martinac, M., & Marčinko, D. (2012). Serum concentrations of CRP, IL-6, TNF-alpha and cortisol in major depressive disorder with melancholic or atypical features. *Psychiatry Res.*, 198 (1), 74-80. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.12.007.

28. Lean, S.C., Heazell, A.E.P., Dilworth, M.R., Mills, T.A., & Jones, R.L. (2017). Placental dysfunction underlies increased risk of fetal growth restriction and stillbirth in advanced maternal age women. *Sci. Rep.*, 7 (1), 9677. DOI: 10.1038/s41598-017-09814-w.

29. Leight, K.L., Fitelson, E.M., Weston, C.A., & Wisner, K.L. (2010). Childbirth and mental disorders. *Int. Rev. Psychiatry*, 22 (5), 453-471. DOI: 10.3109/09540261.2010.514600.

30. Lewis, A.J., Austin, E., & Galbally, M. (2016). Prenatal maternal mental health and fetal growth restriction: a systematic review. *J. Dev. Orig. Health Dis.*, 7 (4), 416-428. DOI: 10.1017/S2040174416000076.

31. Lewis, A.J. (2014). *Depression in pregnancy and child development: understanding the mechanisms of transmission*. In: Psychopharmacology and pregnancy: treatment efficacy, risks, and guidelines. M. Galbally, M. Snellen, A. Lewis (Ed.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. pp. 47-65. Retrieved from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-54562-7_5.

32. Scott, H., Phillips, T.J., Stuart, G.C., Rogers, M.F., Steinkraus, B.R., Grant, S., & Case, C.P. (2018). Preeclamptic placenta release factors that damage neurons: implications for foetal programming of disease. *Neuronal Signal.*, 2 (4), NS20180139. DOI: 10.1042/NS20180139.

33. Shelton, M.M., Schminkey, D.L., & Groer, M.W. (2014). Relationships among prenatal depression, plasma cortisol, and inflammatory cytokines. *Biol. Res. Nurs.*, 17 (3), 295-302.

34. Shereshevsky, P.M., & Yarrow, L.J. (1973). *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation*. New Jersey: Raven Pr.

35. Sircar, M., Thadhani, R., & Karumanchi, S.A. (2015). Pathogenesis of preeclampsia. *Curr. Opin. Nephrol. Hypertens.*, 24 (2), 131-138. DOI: 10.1097/MNH.0000000000000105.

36. VanBatenburg-Eddes, T., Brion, M.J., Henrichs, J., Jaddoe, V.W., Hofman, A., Verhulst, F.C., ... & Tiemeier, H. (2013). Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a crosscohort consistency study. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 54 (5), 591-600. DOI: 10.1111/jcpp.12023.

37. Van den Bergh, B.R.H., Mulder, E.J.H., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 29 (2), 237-258.

38. Van Lieshout, R.J., Taylor, V.H., & Boyle, M.H. (2011). Pre-pregnancy and pregnancy obesity and neurodevelopmental outcomes in offspring: a systematic review. *Obes. Rev.*, 12 (5), e548-e559. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2010.00850.x.

39. Verlohren, S. (2017). Pre-eclampsia is primarily a placental disorder: FOR: Preeclampsia is primarily a placental disorder. *BJOG*, 124 (11), 1762. DOI: 10.1111/1471-0528.14615.

40. Voegtline, K.M., Costigan, K.A., Kivlighan, K.T., Laudenslager, M.L., Henderson, J.L., & DiPietro, J.A. (2013). Concurrent levels of maternal salivary cortisol are unrelated to self-reported psychological measures in low-risk pregnant women. *Arch. Womens Ment Health*, 16 (2), 101-108. DOI: 10.1007/s00737-012-0321-z.

Отримано 26.02.21

Прийнято до друку 30.03.21

Електронна адреса для листування: dus@intersono.ua