

М.В. ШВЕЦОВ, Н.В. СТАРЦЕВА
МУЗ «Женская консультация № 1»
Свердловского района,
Кафедра акушерства и гинекологии
педиатрического факультета ПГМА,
Пермь

ПСИХОТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Проведены телесно-ориентированная терапия и психосоматическое исследование у 100 беременных женщин с невынашиванием беременности. После 1-4 занятий у пациенток исчезали все или большая часть предъявленных на первом занятии жалоб. 99% женщин родили в срок. Высказывается мнение, что патология беременности может быть адекватно понята и устранена нетрадиционными медицинскими подходами. Очевидно, что психосоциальные и поведенческие факторы вносят вклад в состояние здоровья. Проводимая терапия, которая фокусирует внимание прежде всего на пациентках, позволяет успешно решать некоторые вопросы акушерской практики.

Журнал
акушерства
и женских
болезней



МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наша работа выполнена в условиях женской консультации. Под наблюдением находились 100 беременных с угрозой невынашивания в сроках от 10 до 37 недель беременности. В начале и конце курса терапии применяли психологическое тестирование по шкале Спилбергера-Ханина и тест нервно-психического напряжения [1]. Статистическую обработку проводили с использованием непараметрического критерия Вилкоксона-Манна-Уитни [8]. У этих же пациентов проводили психосоматическое исследование, базирующееся на теоретических и практических построениях школы телесноориентированной психотерапии А. Лоуэна [9,10]. Проводимый на первом занятии опрос включал выявление мышечных зажимов и главным образом постоянного или частого напряжения (втягивания) живота и их связи с такими неблагоприятными для беременных признаками, как тревога и страх, боли или напряжения внизу живота, пояснице, головные боли, запоры, нарушения сна на момент визита, а также (анамнестически) болезненные месячные и отсутствие полового оргазма. Результаты опроса выражали в процентном отношении от общего числа наблюдений. Статистическую обработку проводили с помощью критерия Стьюдента по оценке разности между долями [5]. Психотерапия включала комплекс средств; когнитивную, позитивную и гештальт-терапию в течение первого занятия [6], эриксоновский гипноз (два-четыре занятия), телесно-ориентированную терапию (два-четыре занятия) в виде расслабляющей гим-

настики с элементами хатха-йоги [7].

Важное значение имеет проводимая на первом занятии разговорная терапия, где пациентке напоминают забытый основной принцип медицины: в большинстве случаев тело лечит себя само. Цитируются наблюдения А. Лоуэна; «Многие люди «живут» в своих головах и очень плохо осознают, что происходит ниже шеи... Напряженные области холодны и относительно безжизненны. Мы описываем эти области как «мертвые» и просто считаем, что это части тела, с которыми потерян контакт... Признаком жизненности - это контакт со всем в области чувственного восприятия внутри и вокруг нас. Это нечто иное, чем знание, которое есть прежде интеллектуальная, чем воспринимающая активность» [10]. Для терапевта школы А. Лоуэна напряженный живот - это выражение реакции страха, а боль - зеркало перенапряжений в организме. «Втянутому животу мы приписываем сексуальные торможения... Анализ неосознаваемых конфликтов, освобождение угнетенных чувств и разрешение перенапряжений мышц и блокировок повышает способность радоваться жизни» [10].

Поэтому важнейшее требование терапии («выпустить живот») противоречит представлению женщин о правильной позе и хорошей фигуре. Это их особенно огорчает, когда рекомендуется продолжить подобную практику и после рождения ребенка.

У пациентов с резко выраженными симптомами, со сложными семейными проблемами, низким социальным статусом, одиноких проводили 1-3 сеанса эриксонов-

ского гипноза, включая схему «тройной спирали» [3]. У большей части беременных на втором-четвертом занятии длительностью один час каждое проводили обучение телесно-ориентированной терапии с элементами хатха-йоги [7] при обязательном контроле артериального давления до и после занятия с помощью осциллометрического прибора фирмы «Омрон». Измерение производили не ранее, чем через 10-15 минут от начала занятия и через 1-5 минут после его окончания. Женщинам рекомендовали выполнять упражнения ежедневно в течение 3-5 минут при условии хорошего самочувствия.

Гемодинамические показатели обрабатывали с помощью критерия Стьюдента [8].

Ведущими симптомами у беременных были боли внизу живота и пояснице, повышение возбудимости матки, нарушение сна, головные боли, раздражительность, тревога и страх, в том числе родов. У большей части они появились во время беременности, но нередко невротические признаки отмечались и до нее.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У беременных к середине или концу курса лечения исчезали большинство или все жалобы, предъявленные на первом занятии. Психологические тесты выявили статистически достоверное снижение личностной тревожности и нервно-психического напряжения ($p < 0.05$).

Результаты исследования гемодинамических показателей представлены в таблице 1, из которой видно, что средние показатели артериального давления до и после расслабляющей гимнастики практически не различаются.

Владея методами регуляции боли и настроения, беременные чувствовали себя уверенней, не испытывали страха перед родами.

Положительный опыт, с которым беременные знакомятся через рассказы о наших бывших пациентках, однако, не всегда

служит вдохновляющим примером для собственных занятий. Депрессия, отсутствие интереса к семье, к жизни, работе нередко делают их «плывающими по течению», оставляя беззащитными по отношению к болезни. И здесь очень полезной бывает вся система установок, теоретических и практических, телесноориентированной терапии А.Лоуэна [9,10]. В конце первого сеанса пациенты обучаются специальной стойке с рекомендацией соблюдать ее в течение 15-30 минут ежедневно, включая ожидание на остановках транспорта. Она позволяет разгрузить позвоночник: центр тяжести тела перемещается с поясницы на колени. После этого исчезают не только тяжесть и боли в позвоночнике, но и запоры, как один из признаков депрессии и тревоги [2]. Иногда одной встречи с пациенткой бывает достаточно для решения многомесячных проблем.

Из обследованных и леченных нами женщин 99% родили в срок. У одной беременной, страдавшей в течение нескольких лет бесплодием вследствие эндометриоза, роды живым ребенком произошли на 36-37-й неделе.

Результаты психосоматического исследования представлены в таблице 2, из которой видно, что постоянное напряжение живота (65% обследованных) является предвестником таких симптомов неблагополучия в здоровье, как головные боли, болезненные месячные, отсутствие полового оргазма. Нам не удалось выявить достоверных отличий частоты других неблагоприятных признаков у женщин с напряженным или расслабленным животом ($P > 0.05$).

Исследование перенапряжений живота было анамнестическим, хотя некоторые беременные отмечали его напряженность и в сроках 10-20 недель. Стремление напрягать живот нисходит к детству и юности, когда поиски красоты привлекали девочек в различные полупрофессиональные танцевальные кружки, спортивные секции, которые ранее посещали 74% беременных. Из них 85.1% постоянно напрягали жи-

вот в течение жизни до визита к психотерапевту. У двух беременных, обладательниц втянутого живота («живот-панцирь»), в анамнезе отмечены замершие беременности.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Таким образом, представленные данные позволяют высказать мнение, что патология беременности, в частности, угроза невынашивания, может быть адекватно понята и устранена нетрадиционными медицинскими подходами. Очевидно, что психосоциальные и поведенческие факторы вносят вклад в состояние здоровья. Проводимая нами когнитивно-поведенческая терапия, которая фокусирует внимание прежде всего на пациентке, а не на его симптомах, позволяет успешно решать некоторые проблемы.

Психосоматическое исследование показало, что среди беременных с симптомами невынашивания преобладают женщины, которые до беременности имели альгоменорею, аноргазмию и постоянное напряжение живота.

Считаем уместным высказать суждение, что телесно-ориентированная психотерапия - самый короткий путь к достижению центра своего «Я», по крайней мере, при ведении беременности в условиях женской консультации. Для некоторых женщин беременность стала сладостным периодом в жизни. Ценность данного психотерапевтического подхода и в том, что пациент обучается самостоятельно решать некоторые проблемы здоровья, существенно снижая затраты здравоохранения на оказание стационарной врачебной помощи. Телесно-ориентированный подход к расслабляющей терапии, с которой женщина знакомится впервые во время беременности, может оказать положительное влияние на здоровье в послеродовом периоде и при грудном вскармливании. Известно, что аллергические проявления грудного ребенка тесно связаны с невротическими реакциями матери [11]. Эффективное психотерапевтическое обучение беременных - это и психопрофи-

Гемодинамические показатели у беременных на фоне занятий расслабляющей гимнастикой (M±m)*

Таблица 1

Первое занятие					
До начала			После окончания		
СД	ДД	ПД	СД	ДД	ДД
108.0	66.1	41.9	107.0	66.1	41.3
±3.3	±1.6	±2.0	±2.5	±1.8	±1.2

Второе занятие					
До начала			После окончания		
СД	ДД	ПД	СД	ДД	ДД
107.0	65.4	41.5	109.0	66.8	42.5
±3.8	±3.1	±2.2	±4.2	±3.4	±2.0

* - результаты представлены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки, рассчитанных с помощью пакета статистических программ DIASTA (версия пакета STADIA. МГУ, Россия) для ПК IBM [9].

СД - систолическое давление; ДД - диастолическое давление; ПД - пульсовое давление.

Между всеми группами наблюдений различия статистически недостоверны.

Выраженность симптоматики у беременных в зависимости от тонуса мышц живота

Таблица 2

№	Болезненные проявления (постоянные или частые)	Сравнимые группы беременных (частота симптомов в процентах)		Достоверность различий, p
		Напрягавшие живот до беременности	Расслаблявшие живот до беременности	
1	Тревога, страхи	64.6	35.4	-
2	Боли внизу живота	66.7	33.3	-
3	Боли в пояснице	56.8	43.2	-
4	Головные боли	75.0	25.0	*
5	Нарушение сна	58.6	41.4	-
6	Запоры	78.6	21.4	-
7	Болезненные месячные	77.3	22.7	*
8	Отсутствие оргазма	88.2	11.8	**

* p < 0.05

** p < 0.001

- p > 0.05

лактическая работа с новорожденными.

Литература.

1. Абрамченко В.В. Современные методы подготовки беременных к родам. С-Пб. 1991. 256 с.

2. Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. М., Мир, 1966. 672 с.

3. Горин С.А. А вы пробовали гипноз? Москва, 1994. 192 с.

4. Дмитриев И.А., Могендович М.Р.,

Старицын А.С. Моторно-висцеральные рефлекс в невропатологии и психиатрии// Моторно-висцеральные координации и их нарушения. Пермь, 1969. С.163-185.

5. Лакин Г.Ф. Биометрия. М. Высшая школа, 1990. 352 с.

6. Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии. С-Пб, изд. «Петербург-XXI век». 1995. 448 с.

7. Тобиас М., Стюарт М. Растягивайся и расслабляйся. М., Ф и С., 1994. 160 с.

8. Тюрин Ю.Н., Макаров А.А. Анализ данных на компьютере. М., Финансы и

статистика, ИНФРА-М, 1995.384 с.

9. Lowen A. Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Koerper. Rowohit Taschenbuch Verlag GmbH. 1984. 304 S.

10. Lowen A. & L. Bioenergetik fuer Jeden.- Goldman Verlag, 1993. 144 S.

11. Yamamoto K., Tsutsumi Y., Iga T., Ikegami N., Ikeda T., Yanagisawa J., Shirakura K. Allergic diseases in children and neurotic disposition of their mothers// Abstracts of 12th World Congress of Psychosomatic Medicine. Bern/Switzerland, 1993. P. 312.