

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К АКУШЕРСКИМ ПРОБЛЕМАМ

**В настоящей статье дается обзор современных концепций психосоматических расстройств в акушерской практике.**

*Беременность и материнство являются объектом изучения целого ряда наук, так как включают в себя множество компонентов – социальных и биологических, психологических и физиологических и других. Давно замечено, что характеристики беременной женщины, её психических процессов, состояний, эмоциональных реакций, свойств личности, особенностей взаимоотношений с окружающими людьми – всё оказывает влияние на развитие ребёнка, начиная с внутриутробного периода [2, 3, 4, 9, 10, 12, 45, 48].*

*Мать – это первая вселенная ребёнка, его живая “сырьевая база”, как с материальной, так и с психологической точек зрения. Развивающийся плод непрерывно улавливает ощущения, чувства, мысли, которые вызывает у матери окружающий мир, регистрирует первые сведения, способные определённым образом окрашивать будущую личность, в тканях клеток, в органической памяти и на уровне зарождающейся психики [18].*

*Реализация психосоматического подхода, понимаемого как изучение реальных соотношений проявления психической деятельности, физиологических особенностей и патологических состояний организма, получило широкое распространение за рубежом и определённое развитие в отечественной акушерской практике [47].*

*Речь идет о форме медицинского мышления, допускающего, что не только психические заболевания, но и такие психические факторы, как отрицательные эмоции, психическое напряжение, психическое утомление, тревога, депрессия и др.,*

*могут являться этиологическим фактором возникновения акушерских осложнений [19, 20, 22, 27, 39, 43, 44, 46].*

*Беременность является чрезвычайно сильным эмоциональным фактором в жизни женщины, оказывающим глубокое влияние на психосоматическую организацию женского организма – как на физиологические процессы, так и на психическую деятельность. Если физиологические процессы в организме женщины при беременности изучались и изучаются достаточно интенсивно, то роль отрицательных психосоциальных факторов и влияние их на возникновение акушерских осложнений при беременности и родах изучена недостаточно [6, 7, 8, 13, 21, 37, 41, 50].*

*В условиях клиники и эксперимента была отчетливо показана роль центральной и периферической нервной систем в физиологическом течении беременности и родов, установлено большое значение «доминанты беременности», показана роль гормонов, электролитов, ферментов и других биологически активных веществ в течении нормального гестационного процесса и родов [1, 2, 4, 12, 39].*

*В настоящее время, как указывает В.Н. Серов, недостаточно проводится (или не проводится совсем) метод психофизиологической подготовки беременных к родам, что также отрицательно сказывается на профилактике материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [25]. Недостаточно внедряется метод психотерапии и отсутствует*

психолог в женской консультации и родильном доме, что особенно важно при осложненном течении беременности [35].

При изучении данной проблемы необходимо выделить наиболее важные особенности репродуктивной функции при беременности:

I. Ее относительная автономность как в отношении других функций организма, так и в отношении индивидуума. Эта автономность выражается на разных уровнях - иммунологическом, гормональном, нейроэндокринном, поведенческом, психическом [48].

II. Формирование новой функциональной системы: «мать - плацентарный плод» [12].

III. Взаимосвязь окружающих факторов с эмоциональными механизмами матери, участвующими в самосохранении и предназначенными для сохранения вида [48].

IV. Влияние эмоциональных факторов матери на плод, так как для плода безразличны изменения состояния матери, обусловленные социальными факторами. Например, характер эмоций матери, ее отношение к беременности, режим ее труда и быта, патогенные влияния на нее микро- и макроклимата, питания и тем более ее заболевания [3, 4, 9, 10, 12].

Важным является четкое определение психической дифференциации на самой ранней ее стадии, поскольку она берет начало с внутриутробного состояния. Сегодня мы говорим о психике плода, видя, что у плода можно наблюдать протоумственную активность, генетически передающуюся от матери [11, 16, 47].

В связи с этим в последние десятилетия отмечается повышенный интерес как в нашей стране, так и за рубежом к проблемам перинатологии и, в частности, к проблемам перинатальной психологии [3, 11, 12].

Перинатальная психология — новая область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития человека на ранних этапах: в пренатальной (антена-

тальной), перинатальной (интра-натальной) и неонатальной фазе и их влияние на всю последующую жизнь личности. Она призвана выявить и научно объяснить тонкие механизмы психической жизни человека в пренатальной фазе и процесса восприятия информации от матери и окружающего мира, закрепления этой информации в памяти родившегося ребёнка [11].

Необходимо отметить работы последних пяти лет, проводившиеся Институтом акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН совместно с Институтом мозга человека РАН (г. Санкт-Петербург) о роли базовых перинатальных матриц, определяющих в последующем эмоциональные и поведенческие реакции человека [16, 28, 29, 30, 31 24].

По С. Грофу (1994), базовые перинатальные матрицы являются гипотетическими динамическими управляющими системами, функционирующими на ранкианском уровне бессознательного подобно тому, как системы конденсированного опыта действуют на фрейдовском психодинамическом уровне [16].

Необходимо отметить работы Г.И. Брехмана [9, 10] о трёх группах факторов, которые могут формировать чувство неуверенности у плода в отношении его благополучного рождения.

1. Психологические факторы: страх матери перед родами, перед болями во время родов; конфликт между матерью и отцом; отвержение матерью ребёнка в том случае, если он нежеланный.

2. Родившиеся дети с обвитием пуповины вокруг шеи.

3. Дети, оказавшиеся в начале родов перед механическим препятствием в виде структурно изменённой шейки матки, клиническим несоответствием головки плода и тазом матери [10].

Рассмотрение полученных материалов с позиции пренатальной психологии формировало представление о том, что ребёнок является равноправным партнёром в родах,

а его неуверенность тормозит начало родов, нарушает правильное течение и своё прохождение по родовому каналу. Мы далеки от мысли, что это чисто психологические проблемы и полагаем, что эти эффекты имеют гуморальное обеспечение [10].

V. Важная особенность репродуктивной функции - это ее высокий психосоматический риск, особенно в наиболее критические моменты беременности, родов и лактации [46].

VI. В большинстве случаев психосоматические нарушения в акушерстве не вызывают какого-либо структурного повреждения органа. Ни в одном случае (воображаемая беременность, рвота, аборт, маточные сокращения) не обнаружено никакой органической патологии органа [47].

Функциональный и фазовый характер репродуктивной системы и эмоциональной атмосферы, окружающей ее, создают ситуационный физиологический стресс. Биологические, эмоциональные и функциональные модификации этого физиологического стресса могут легко трансформировать нормальную ситуацию в ситуацию патологического стресса, создавая условия психосоматического риска [46].

Конфликты между супругами, родителями и детьми, беременность вне брака, неудовлетворительные материально-бытовые условия являются психосоциальными стрессорами современного общества, увеличивающими риск возникновения акушерских осложнений [9, 20, 22, 23, 27, 39, 41, 42, 45, 46, 50].

Kagan и Levi отмечают, что имеются 3 типа реакций, вызываемых психосоциальными факторами: поведенческие, эмоциональные и физиологические. Такие эмоциональные реакции, как возбуждение, депрессия или страх, вызываемые психосоциальными стрессорами, ведут к самоубийству, фригидности и, возможно, трудным родам [41].

При действии стрессовых фак-

торов человек отвечает, главным образом, эмоциональными реакциями, и проблема стресса является в основном проблемой эмоционального стресса [30]. К.В.Судаковым было показано, что наиболее реактивным к действию экстремальных и повреждающих факторов является эмоциональный аппарат, который первым включается в стрессовую реакцию. Это связано с тем, что эмоции включены в архитектуру любого целенаправленного поведения человека [15, 17, 30, 32, 49].

Ф.И.Фурдуй отмечает, что стресс-реакция на психический стресс (например, на боль) осуществляется по следующему пути: кора мозга - лимбическая система - каудальный отдел подбугорной области - спинной мозг - брюшные нервы - мозговое вещество надпочечников - адреналин - нейрогипофиз - АКТГ - кора надпочечников [33].

При стрессе может изменяться деятельность не только гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, но и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной и других систем [33].

Что касается проявления функции системы гипофиз - гонады в условиях стресса, то, как считают Н.П.Гончаров и соавт., она почти не изучена, а имеющиеся данные противоречивы [цит. по 33].

В последнее время изучается роль эндогенных опиоидных пептидов и их влияния на гипоталамус - гипофиз - гонады [34]. Ряд исследователей считают, что эндогенные опиаты взаимодействуют со специфическими опиатными рецепторами, которые локализованы на нервных окончаниях нейронов, продуцирующих люлиберин. Однако не исключается и второй путь реализации действия опиатов - через моноамины мозга, которые функционируют как связующее звено между центральной нервной системой и секреторными нейронами, контролирующими секрецию гормонов гипофиза [34, 40].

Сопоставление данных, касаю-

щихся действия опиоидных пептидов на систему гипоталамус - гипофиз - гонады, дает возможность высказаться в пользу определяющей роли биогенных аминов как главного звена в запуске овуляторного выброса лютеинизирующего гормона.

Основной точкой приложения их во всей сложной системе взаимодействия нейропептидов, лютеинизирующего гормона и половых гормонов является преопитическая зона гипоталамуса. На этом же уровне и выявляется причастность опиоидных пептидов к системе регуляции гонадотропной функции гипофиза [34].

Эндогенные опиоидные пептиды оказывают влияние на выделение гормонов задней доли гипофиза - вазопрессина и окситоцина. Так, например, известна роль стресса в возникновении нарушений менструальной функции, и, в частности, аменореи. В ответ на стресс повышается выработка кортиколиберина, что ведет к усиленному синтезу проопиомеланокортина, предшественника адренотропного гормона, В-эндорфинов и других нейропептидов [29]. Повышение уровня В-эндорфинов подавляет секрецию гонадотропинов и, следовательно, лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, что, возможно, и является причиной ановуляции, а в более тяжелых случаях - аменореи [29].

Наименее изученным являются центральные механизмы регуляции сократительной деятельности матки и сам эффектор - матка [14, 26]. В наше время ряд физиологов и клиницистов подчеркивают ту мысль, что среди гладкомышечных органов матка занимает исключительное положение вследствие особой функции, отличий в строении и реагировании на различные факторы среды. Чтобы понять особенности сократительной деятельности матки, необходимо знать структуру, механизм возбуждения и сокращения отдельных клеток, процессы клеточной саморегуляции [4].

Под влиянием эстрогенов повы-

шается рецепторная чувствительность матки, афферентная нервная система матки оказывается подготовленной к восприятию сигналов, характеризующих не только функциональный уровень органа в данный момент, но и его изменения в связи с жизнедеятельностью плода [12].

Повышение симпатической активности матки, обусловленное повышенным выбросом катехоламинов, приводит к стимуляции адренорецепторов, действие которых моделируется множеством гормонов [44]. В первую очередь необходимо отметить половые стероиды (эстрогены, гестагены), а также окситоцин и простагландины: альфа-адренорецепторы чувствительны к эстрогенам, бета-адренорецепторы - к прогестерону. Посредством деятельности адренорецепторов осуществляется васкуляризация, сократительная активность матки и ее релаксация [44].

Известно также, что в конце беременности 90 % адренорецепторов принадлежит к бета-2 - классу рецепторов, действующих на релаксацию матки. Количество рецепторов зависит от уровня катехоламинов и от влияния названных гормонов. Количество альфа-рецепторов увеличивается под действием прогестерона, а под влиянием эстрогенов снижается. Прогестерон оказывает тормозящий эффект на маточную моторику. Благодаря антагонистическому эффекту увеличение концентрации эстрогена в матке, обусловленное повышенным выбросом катехоламинов, может привести к падению уровня прогестерона и усилить маточные сокращения [36, 43, 44].

Роды для женщин являются очень сильным раздражителем, требуют напряжения функций всех органов и систем. Происходит активация симпатико-адреналовой системы. Катехоламины участвуют в развязывании родовой деятельности, что проявляется прежде всего зрелостью тканей надпочечников плода, продуциру-

ющих кортизол, который воздействует на плаценту таким образом, что начинает меняться эстроген-прогестероновое соотношение с повышением продукции прогестерона.

О.Н. Аржанова в своих исследованиях отмечает, что содержание катехоламинов в крови во время родов возрастает почти в 2 раза по сравнению с поздними сроками беременности. Повышение содержания норадреналина в плазме крови может быть обусловлено снижением активности моноаминоксидазы плаценты во время схваток в связи с периодической гипоксией плаценты, а также является результатом рефлекторного выброса норадреналина из депо в ответ на стрессорное раздражение. Этим обеспечивается постоянство гомеостаза в организме при перераспределении крови во время родового акта в условиях повышенного кровотока в матке и плаценте [5].

Исходя из вышеизложенного, необходимо отметить, что беременность и роды не являются исключительно биологическим процессом, методологически удобнее рассматривать роды как: а) биологический процесс; б) физиологический феномен; в) социальное событие [9, 11, 41, 42, 47]. Развивающаяся перинатальная психология приведёт к пересмотру сложившегося взгляда на беременность и родовый процесс, окажет существенное влияние на всю технологию родовспоможения: подготовка к зачатию, формирование новых принципов взаимоотношений с беременной, роженицей, родильницей и новорожденным. Особая роль возлагается на психопрофилактическую подготовку беременных и их партнёров к родам, проведение родов без применения медикаментозного вмешательства. Особая роль и ответственность возлагается на медицинский персонал, который должен быть особенно внимательным [9, 20, 39].

Грубое, бесцеремонное отношение часто оставляет глубокий след в сердце беременной женщины, Журнал акушерства и женских болезней

чувство разочарования. Необходимо помнить, что любой стресс может повлиять на пациентку, воздействовать на её психику, оказывая влияние на симпатическую и парасимпатическую нервные системы, вызывая различные соматические реакции, приводящие к маточным сокращениям во время беременности или аномалиям родовой деятельности [50, 39, 19, 43, 44].

### Литература

1. Абрамченко В.В., Мжаванадзе Э.Г., Каплун И.В. // Материалы III съезда акуш. - гинекол. Грузии. - Тбилиси, 1990. - С.65
2. Абрамченко В.В., Киселёв А.В., Аль-Хури Амант Аль-Карим Али. Обезболивание родов. - С. - Петербург, 1996.
3. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология. - С. - Петербург, 1996.
4. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. - С. - Петербург: Специальная литература, 1996.
5. Аржанова О.Н., Чудинов Ю.В., Абрамченко В.В. // Акуш. и гин. - 1985. - № 8. - С. 3-5.
6. Бодяжина В.И. Акушерская помощь в женской консультации. - М.: Медицина, 1983.
7. Беллер Н.Н. Организация и механизмы центральных эфферентных влияний на висцеральные функции. - Л.: Наука, 1983.
8. Беллер Н.Н. и др. Холинергические механизмы регуляции висцеральных функций. - Л.: Наука, 1986.
- 9-10. Брехман Г.И., Гольдберг В.Я., Парейшвили В.В. и др. // Нарушение сократительной деятельности матки на протяжении беременности и родов. - Саратов, 1995. - С. 24-25 и 26, 27.
11. Брехман Г.И. // Сборник материалов конференции «Перинатальная психология в родовспоможении». - С. - Петербург, 1997. - С. 8-9.
12. Гармашева Н.Л., Константинова Н.Н. Введение в перинатальную медицину. - М.: Медицина, 1978.
13. Губачёв Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. - Л.: Медицина, 1981.
14. Гендель М.Г. Особенности сократительной деятельности и тонуса матки при слабости родовой деятельности: Автореф. дис...канд. мед. наук. - Л., 1984.
15. Горизонтов П.Д. // Вестн. АМН СССР. - 1975. - № 8. - С. 81-89.
16. Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. - М.: Издательство Трансперсонального Института, 1993.
17. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М.: Наука, 1983.
18. Коваленко Н.П. // Сборник материалов конференции «Перинатальная психология в родовспоможении». - С. - Петербург, 1997. - С. 62-73.
19. Каплун И.Б., Аль-Хури-Амант-Карим, Киселёв А.Г., Абрамченко В.В. // Нарушение сократительной деятельности матки на протяжении беременности и родов. - Саратов, 1995. - С. 49-51.
20. Каплун И.Б. Психические состояния при нормальном и осложнённом течении беременности: Автореф. дис. канд. мед. наук. - С. - Петербург, 1995
21. Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины. - Л.: Наука, 1973.
22. Маринова-Михова Д. А. Психосоциальные аспекты патогенеза позднего токсикоза (гестоза) беременных: Автореф. дис. канд. мед. наук. - С. - Петербург, 1992.
23. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. - Л.: Изд. ЛГУ, 1983.
24. Психика и роды / под ред. Э.К. Айламазяна. - С. - Петербург, 1997.
25. Серов В.Н. // Акуш. и гин. - 1988. - № 10. - С.3-7.

26. Савицкий Г.А. Биомеханика раскрытия шейки матки в родах. – Кишинёв: Штиинца, 1988.

27. Сейден А.М. / Травмы при беременности: Сб.тр., перевод с англ. цит. по Бухсбаум. – М.: Медицина, 1982.

28. Спивак Л.И., Вистранд К.Р., Абрамченко В.В. // Патология нервной системы у женщин репродуктивного возраста. – Рязань, 1993. – С. 76-78.

29. Смирнов В.М., Мучник Л.С., Шандурина А.Н. // Естественные основы психологии. – М.: Педагогика, 1978. – С. 76-108.

30. Судаков К.В. // Нервные и эндокринные механизмы стресса: Сб.тр. – Кишинёв: Штиинца, 1980. С. 173-184.

31. Спивак Л.И., Вистранд К.Р., Абрамченко В.В. и др. // Нервные системы и беременность. – Рязань, 1996. – С. 55-58.

32. Тигранян Р.А. Стресс и его значение для организма / Под ред. О.Г. Газенко. – М.: Наука, 1988.

33. Фурдуй Ф.И. // Механизмы развития стресса. – Кишинёв: Штиинца, 1987. – С. 8-33.

34. Хомасуридзе А.Г., Герсамия Т.В. // Акуш. и гин. – 1986. - № 7. – С. 5-8.

35. Четвертаков В.В., Каструдин Э.М., Соколов А.К., Левина О.Е. // Акуш. и гин. – 1988. - № 4. – С. 17-20.

36. Шаляпина В.Г., Ракицкая В.В., Абрамченко В.В. Адренергическая иннервация матки. – Л.: Наука, 1988.

37. Abramchenko V.V., Kaplun I.B. // X International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. - Stockholm. - 1992. – p. 93.

38. Abramchenko V.V., Kaplun I.B. // I International Congress on Hormones Brain and Neuropsychopharmacology. – Greece, 1993.

39. Abramchenko V.V., Arzhamova O.N., Kaplun I.B. // Advanced Research in Psychosomatic

Obstetrics and Gynaecology/ Ed. by D.Richter, P.Nijs, 1995.

40. Hirsch H. // Emotion and reproduction: 5-th International Congress of Psychosomatic obstetrics and gynecology /Ed. by L.Carenza, L.Zichella. – London: Academic Press, 1979. – v.20a. – p. 159-163.

41. Kagan A., Levi L. // 5-th International Congress of Psychosomatic obstetrics and gynecology /Ed. by L.Carenza, L.Zichella. – London: Academic Press, 1979. – v.20a. – p. 7-11.

42. Lapidus L.B. // 5-th International Congress of Psychosomatic obstetrics and gynecology /Ed. by L.Carenza, L.Zichella. – London: Academic Press, 1979. – v.20a. – p.69-73.

43. Lapple Von M. // Lent. Bl. Gynäkol. – 1988, № 110. – S.325-335.

44. Lapple M., Lukesch H. // Lent. Bl. Gynäkol. – Leipzig, 1988. – Bd. 110., № 195. – S. 1185-1194.

45. Lederman R.P., Lederman E., Work B., McCann D.S. // Am. J. Obst. And Gyn. – 1985. – v. 153, № 8. – p.870-877

46. Magni Q., Rizzardo R., Andredi C. // Acta obstet. Gynecol. Scand. – 1986. - v.65, № 3. – p.273-276.

47. Miraglia F. // The young woman. Psychosomatic aspects of obstetrics and gynecology: 7-th International Congress of Psychosomatic obstetrics and gynecology /Ed. by L.Dennerstein, M.Senarclens. – Amsterdam: Experta Medica, 1983. № 618. – p.283-291.

48. Pancheri P., Lichella L. // 5-th International Congress of Psychosomatic obstetrics and gynecology /Ed. by L.Carenza, L.Zichella. – London: Academic Press, 1979. – v.20a. – p. 41-53.

49. Soulaire A. // 5-th International Congress of Psychosomatic obstetrics and gynecology /Ed. by L.Carenza, L.Zichella. – London: Academic Press, 1979. – v.20a. – p. 75-91.

50. Spielberger C.D., Jacob G.A. // 5-th International Congress of

Psychosomatic obstetrics and gynecology /Ed. by L.Carenza, L.Zichella. – London: Academic Press, 1979. – v.20a. – p. 13-24.