



МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И СИТУАТИВНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ В ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ЖЕНЩИН С РАННЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПОТЕРЕЙ

Л. В. Косцова, Л. В. Гутикова, С. Л. Бойко

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Цель. Оценить социально-психологические характеристики женщин с ранней репродуктивной потерей и предложить формы психологической поддержки для данной категории пациентов.

Материал и методы. Выборка представлена 64 женщинами репродуктивного возраста с первичным эпизодом потери беременности. Проведено медико-социологическое интервью и психологическое анкетирование с помощью шкалы Спилберга-Ханина.

Результаты. На материале пилотной выборки показана значимость ситуативно-обусловленного психоэмоционального состояния (идеи самообвинения и ситуативно обусловленная тревожность) женщин с ранней репродуктивной потерей, приведены направления и формы возможной амбулаторной психологической интервенции после пережитой перинатальной потери (дыхательная гимнастика, аутотренинг, нервно-мышечная релаксация, музыка- и арт-терапия).

Выводы. С целью сохранения психического благополучия у женщин после ранней репродуктивной потери необходим комплексный интегративный подход, включающий оказание медицинской помощи со стороны акушера-гинеколога и психологического сопровождения психологом женской консультации.

Ключевые слова: ранняя репродуктивная потеря, реактивная тревожность, психологическая помощь.

Для цитирования: Косцова, Л. В. Медико-социологические и ситуативно-обусловленные факторы в психоэмоциональном состоянии женщин с ранней репродуктивной потерей / Л. В. Косцова, Л. В. Гутикова, С. Л. Бойко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2022. Т. 20, № 4. С. 414-418. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-4-414-418>

Введение

Среди множества кризисных событий, встречающихся на жизненном пути женщины, можно выделить событие репродуктивной потери. Согласно статистическим данным, приведенным в многочисленных зарубежных изданиях, во всем мире примерно каждая пятая беременность заканчивается неблагоприятно [1-3].

В Республике Беларусь 15-20% всех диагностируемых беременностей заканчиваются спонтанным прерыванием, из них 75-80% приходится в сроки до 12 недель [4].

Надо сказать, что на современном этапе проблема невынашивания беременности приобрела особую клиническую значимость и, несмотря на достигнутые в последние годы успехи в профилактике и лечении данной патологии, частота ее остается стабильной и высокой [5].

При этом актуальны вопросы снижения числа репродуктивных потерь, улучшения демографической ситуации в стране, усиления роста ответственности за психическую полноценность будущего поколения, что, на наш взгляд, тесно связано с повышением значимости своевременного психологического сопровождения женщины после репродуктивной потери [6].

Потеря гестации – это мощный стрессогенный фактор для женщины. Ряд исследователей рассматривают синдром утраты как «острое горе» и протекание его в ситуации репродуктивной потери во многом похоже на горе в случае утраты значимого другого [6]. Сразу после репродуктивной потери женщина может находиться в состоянии шока, имеют место эмоциональная отрешенность и трудности с концентрацией внимания, кроме того, женщине сложно

поверить в случившееся [2, 3, 6, 7]. После постепенного понимания реальности потери может появиться гнев по отношению к себе и к окружающим, а также раздражение и возмущение [2, 3, 8]. Необходимо отметить, что в случае утраты женщина находится в поисках ответа по поводу причины потери, испытывает чувство вины, часто приходит к пониманию собственной ответственности за случившееся [1, 2, 6, 7]. Кроме того, у нее может появиться разочарование в жизни и чувство пустоты, отчаяния и бессилия, особенно при первой и/или желанной беременности, при опыте предыдущей репродуктивной потери, длительном бесплодии [2, 6, 7].

Рассматривая синдром утраты как «острое горе», следует понимать, что женщине свойственна динамика прохождения ряда этапов, когда осуществляется «работа горя» [9, 10]. Однако реакция утраты может блокироваться на любой стадии горевания, женщина может задерживаться на определенной стадии синдрома утраты и в этой связи могут возникнуть разные проблемы даже по истечении многих лет. За непроработанным горем может стоять разный уровень патологии [9, 10].

Таким образом, проблема психоэмоционального состояния женщин после ранней репродуктивной потери, разработка форм психологической поддержки актуальны, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель – оценить социально-психологические характеристики женщин с ранней репродуктивной потерей и предложить формы психологической поддержки для данной категории пациентов.

Материал и методы

Дизайн исследования включал медико-социологическое интервью и психологическое тестирование. Интервью проведено с использованием авторской анкеты, бланк которой включал социально-биографические данные, акушерско-гинекологический анамнез, вопросы о психологическом самочувствии. Для оценки ситуативной тревожности использована шкала реактивной тревожности Спилбергера-Ханина. Каждая женщина была ознакомлена с целью исследования, подписано информированное согласие.

Выборка наблюдения составила 64 женщины репродуктивного возраста с первичным эпизодом потери беременности, отсутствием анатомической, а также тяжелой соматической и гинекологической патологии и наличием ближайших репродуктивных планов.

Группа пациентов после раннего невынашивания была разделена на две подгруппы. Женщины из подгруппы 1 (n=34) после первичного эпизода потери гестации проходили традиционную прегравидарную подготовку для планирования новой беременности, в подгруппе 2 (n=30) осуществлялось как гинекологическое, так и психологическое сопровождение (оценка реактивной тревожности, сессии со штатными психологами женских консультаций г. Гродно).

Реакция женщин на ситуацию первичного эпизода потери беременности оценивалась путем определения уровня реактивной тревожности (РТ) при выписке. Для оценки уровня РТ как индикатора уровня напряжения, беспокойства, нервозности использовался тест Спилбергера-Ханина. Эффективность амбулаторной психологической интервенции оценивалась по динамике РТ через 3 месяца.

Для проведения статистического анализа применен пакет программ «Statistica 10.0» и язык программирования «R» версии 4.1 [11]. Описательные статистики численных показателей представлены в виде медианы – Me, первого и третьего квартиля – Q1; Q3. Сравнение уровней показателя между двумя группами выполнялось при помощи критерия Манна-Уитни.

Номинативные показатели в разных группах анализировались путем построения таблиц сопряженности с вычислением абсолютных и относительных частот встречаемости градаций признака в каждой группе.

Доверительные интервалы для процентов встречаемости бинарных признаков находились при помощи метода Вильсона, для мультиномиальных признаков использовался метод Гудмана. Сравнение распределений частот встречаемости градаций номинативного показателя между группами выполнялось при помощи критерия однородности χ^2 -Пирсона, в случае невозможности его использования применялся точный критерий Фишера, адаптированный для таблиц произвольной размерности. Попарные апостериорные сравнения распределений номинативных признаков выполнялись при помощи этих же критериев с использованием поправки Холма-Бонферрони.

Результаты и обсуждение

По социально-демографическим характеристикам подгруппы 1 и 2 сопоставимы ($p > 0,05$ при всех сравнениях). Так, возраст обследованных пациентов находился в пределах от 19 до 37 лет и в среднем составил 28 (26; 34) лет в подгруппе 1 и 28 (25; 32) лет в подгруппе 2 ($p > 0,05$), что соответствует наиболее активному периоду репродуктивной функции женщины. Большая часть женщин были жителями города: 94,12 (80,91; 98,37)% и 93,33 (78,68; 98,15)%. Большинство респондентов в обеих подгруппах 70,59 (53,83; 83,17)% в подгруппе 1 и 56,67 (39,2; 72,62)% в подгруппе 2 имели высшее образование и напряженную умственную работу. В зарегистрированном браке находились 79,41 (63,2; 89,65)% и 66,67 (48,78; 80,77)%, соответственно.

Срок потери гестации в обеих подгруппах составил 9,4 (8,7; 11,7) и 9,9 (8,9; 11,1) недель, соответственно ($p > 0,05$). Данная беременность была первой у 41,18 (26,37; 57,78)% женщин в подгруппе 1 и у 60 (42,32; 75,41)% женщин в подгруппе 2 ($p > 0,05$).

В результате анализа структурированного интервью получены результаты, свидетельствующие о том, что у женщин после ранней репродуктивной потери преобладает низкий уровень самочувствия и активности (41,4% опрошенных), а также сниженное настроение (50,3%). Женщины сообщали о рассеянности (45,2%), сонливости (39,3%), усталости (50,3%) и желании отдохнуть (54,1%). Большинство из них описывали свое состояние как напряженное (65,1%), испытывали грусть, уныние и печаль (40,3%). Кроме того, женщины отмечали, что стали более раздражительными и плаксивыми (58,1%). При этом 69,4% женщин испытывали чувство вины за сложившуюся ситуацию и обвиняли себя в невнимательности, 54,1% сообщали о проблемах со сном.

Полученные данные согласовываются с результатами других ученых, которые отмечали, что у 20-55% женщин после репродуктивной потери имели место постоянные мысли о случившемся, чувство отчаяния, тоски и апатии, имелись расстройства сна и ощущение физической разбитости [3, 12]. В то же время у абсолютного большинства отмечалось чувство вины [8].

Более половины женщин выборки (57,12%) постоянно думали о потере беременности, при этом в 43,3% наблюдений сознательно избегали мыслей об утрате, у 32,4% дополнительно фиксировалось нежелание с кем-либо говорить о случившемся. Ряд зарубежных исследователей описывают состояния, когда в ситуации репродуктивной потери женщины могут пребывать в социальной изоляции и информацию о подобном событии не разглашают [2]. Кроме того, потерявшие беременность женщины отмечают, что окружающие, узнав об утрате, не всегда в состоянии оценить ее значимость, могут допускать неприятные комментарии, становятся менее отзывчивыми, избегают разговоров о произошедшем [2, 8].

У женщин с историей ранней репродуктивной потери выявлен высокий уровень РТ. Так, по итогам психологического тестирования, показатель РТ в подгруппе 1 изменялся в пределах от 40 до 59 и составил 50 (46; 54), у женщин в подгруппе 2 уровень РТ варьировал в пределах 32-61 и составил 51 (46; 54) ($p > 0,05$), показатели РТ в обеих подгруппах при первом тестировании были сопоставимы, соответствовали очень высокому уровню РТ.

У 79,41 (63,2; 89,65)% в подгруппе 1 и у 80 (62,69; 90,49)% в подгруппе 2 был зарегистрирован высокий уровень РТ. При этом только у 20,59 (10,35; 36,8)% и 20 (9,51; 37,31)% в двух подгруппах определен умеренный уровень РТ. Низкого уровня РТ не отмечено ни в одном из случаев исследования.

Ни одна из женщин, включенных в исследование, не состояла на учете у психиатра, ранее за помощью к психотерапевтам не обращалась, при консультировании психологом в стационаре в связи с репродуктивной потерей также не были установлены значимые изменения психического благополучия.

Поскольку все женщины, включенные в подгруппы исследования, имели ближайшие репродуктивные планы, 34 из них (подгруппа 1) проходили традиционную прегравидарную подготовку, а в подгруппе 2 ($n=30$) осуществлялось как гинекологическое, так и психологическое сопровождение психологами женских консультаций г. Гродно. Программа психологической интервенции включала теоретический и практический блоки. На теоретическом уровне осуществлялось ознакомление женщин с понятием «стресс», стадиями и путями прохождения каждой стадии стресса и о последствиях непроработанных стрессовых состояний. Практический блок был введен с целью улучшения психического состояния женщин, перенесших раннюю репродуктивную потерю, использованы разные формы психологического консультирования и терапии: дыхательная гимнастика, аутотренинг, нервно-мышечная релаксация, музыка- и арт-терапия. Практический блок вводился через 1 неделю после прерывания гестации. Все формы психологической работы просты в применении,

экономичны и возможны для реализации в амбулаторных условиях, не требуют дополнительной профессиональной подготовки штатных психологов женских консультаций, соответствуют нормам приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 662 от 29.06.2018 «Об утверждении примерного перечня методов и методик оказания психологической помощи, рекомендуемых к применению в государственных организациях здравоохранения» и приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 663 от 29.06.2018 «О некоторых вопросах оказания психологической помощи в государственных организациях здравоохранения».

Спустя 3 месяца после проведения прегравидарной подготовки и работы с психологами повторно была проведена оценка уровня РТ. В подгруппе 1 уровень РТ по шкале баллов составил 42 (30; 45), что соответствует умеренному уровню РТ и в 1,4 раза превышал показатель подгруппы 2 ($p < 0,05$). Значение РТ в подгруппе 2 составило 30 (29; 30) и свидетельствовало о низком уровне РТ, а также о сбалансированном эмоциональном состоянии.

В таблице представлено процентное распределение женщин двух исследуемых подгрупп по уровню РТ; так, в подгруппе 1 спустя три месяца прегравидарной подготовки к следующей беременности у 11 женщин (32,35 (19,13; 49,16))% отмечался низкий показатель РТ, у 18 (52,94 (36,74; 68,55))% – умеренный показатель РТ, однако у 5 женщин (14,71 (6,45; 30,13))% показатель соответствовал высокому значению РТ.

Необходимо подчеркнуть, что в подгруппе 2 спустя три месяца после репродуктивной потери (прегравидарная подготовка и психологическое сопровождение) у большинства женщин (76,67 (59,07; 88,21))% отмечен низкий уровень РТ, у 20 (9,51; 37,31)% – умеренный уровень и только у 1 женщины (3,33 (0,59; 16,67))% показатель РТ остался на высоком уровне.

Так как невынашивание беременности представляет собой кризисное событие в жизни женщины и может приводить к многочисленным психологическим и социальным последствиям, применение комплексной прегравидарной подготовки с проведением мероприятий, направ-

Таблица. – Процентное распределение женщин, перенесших раннюю репродуктивную потерю, по уровню РТ

Table. – Percentage distribution of women after early reproductive loss according to the level of reactive anxiety

РТ/подгруппа	Начальный уровень		Спустя три месяца (прегравидарная подготовка)	Спустя три месяца (прегравидарная подготовка + психологическое сопровождение)
	подгруппа 1	подгруппа 2	подгруппа 1	подгруппа 2
Низкий уровень	отсутствует	отсутствует	32,35 (19,13; 49,16)%	76,67 (59,07; 88,21)%
Умеренный уровень	20,59 (10,35; 36,8)%	20 (9,51; 37,31)%	52,94 (36,74; 68,55)%	20 (9,51; 37,31)%
Высокий уровень	79,41 (63,2; 89,65)%	80 (62,69; 90,49)%	14,71 (6,45; 30,13)%	3,33 (0,59; 16,67)%
Точный критерий Фишера	p=1		p=0,001	

ленных на коррекцию психического состояния, позволяет улучшить психоэмоциональное состояние женщин (снижение уровня реактивной тревожности) после ранней репродуктивной потери.

Выводы

1. С целью сохранения психического благополучия у женщин после ранней репродуктивной потери необходим комплексный интегративный подход, включающий оказание медицинской помощи со стороны акушера-гинеколога и психологического сопровождения психологом женской консультации.

2. Наиболее сложны для преодоления ситуации ранней репродуктивной потери идеи самообвинения и ситуативно обусловленная тревожность.

3. Опыт включения в программу психологического сопровождения женщин после ранней репродуктивной потери информации медицин-

ского характера о возможных причинах невынашивания беременности, о стадиях стресса, о путях прохождения каждой стадии и о последствиях непроработанных стрессовых состояний признан положительным и поможет женщине справиться с переживанием ситуации и самообвинением.

4. В программу прегравидарной подготовки к планируемой беременности после ранней репродуктивной потери целесообразно включать комплекс разных форм амбулаторной психологической интервенции (дыхательная гимнастика, аутотренинг, нервно-мышечная релаксация, музыка- и арт-терапия) уже через 1 неделю после прерывания гестации.

5. Перспективное направление научной разработки проблемы психического здоровья и психологического благополучия женщин с невынашиванием беременности ранних сроков – изучение личностных факторов, способствующих совладанию с ситуацией горя.

Литература

- Brier, N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature / N. Brier // *Journal of Women's Health*. – 2008. – Vol. 17, № 3. – P. 451-464. – doi: 10.1089/jwh.2007.0505.
- Пергаменщик, Л. А. Перинатальная потеря как кризисное событие в жизни женщины / Л. А. Пергаменщик, Е. А. Петражицкая // *Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология*. – 2020. – № 1. – С. 77-84. – edn: KTTXNM.
- Murlikiewicz, M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following miscarriage / M. Murlikiewicz, P. Sieroszewski // *Archives of Perinatal Medicine*. – 2012. – Vol. 18, № 3. – P. 157-162.
- Кухарчик, Ю. В. Рациональные методы терапии угрозы самопроизвольного прерывания беременности / Ю. В. Кухарчик, Л. В. Гутикова, И. В. Кухарчик // *Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности* : сборник научных трудов / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» ; редкол.: К. У. Вильчук [и др.]. – Минск, 2015. – Вып. 10. – С. 80-84.
- Полиморфизм генов системы репарации ДНК при генитальном эндометриозе / И. Д. Евтушенко [и др.] // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2013. – № 4. – С. 49-53. – edn: SDBSDL.
- Добряков, И. В. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи / И. В. Добряков, М. Е. Блох, Л. М. Фаерберг // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2015. – Т. 64, № 3. – P. 4-10. – edn: TZXFKN.
- Завгородняя, И. В. Невынашивание беременности как переживание перинатальной утраты / И. В. Завгородняя // *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика*. – 2017. – Т. 5, № 2. – Режим доступа: http://www.medpsy.ru/climp/2017_2_16/article09.php. – Дата доступа: 20.03.2022.
- Kersting, A. Complicated grief after perinatal loss / A. Kersting, B. Wagner // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2012. – Vol. 14, № 2. – P. 187-194. – doi: 10.31887/dcms.2012.14.2/akersting.
- Добряков, И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. – Санкт-Петербург : Питер, 2010. – С. 125-141.
- Grief Counseling and Grief Therapy : A Handbook for the Mental Health Practitioner / ed. J. Worden. – 4nd ed. – London, 2008. – P. 248.
- R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.r-project.org/about.html>. – Date of access: 13.03.2022.
- Clossick, E. The impact of perinatal loss on parents and the family / E. Clossick // *Journal of Family Health Care*. – 2016. – Vol. 26, № 3. – P. 11-15.

References

- Brier N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*. 2008;17(3):451-464. doi: 10.1089/jwh.2007.0505.
- Pergamenshchik LA, Petrazhitskaya EA. Perinatal loss as a crisis event in a woman's life. *Journal of the Belarusian State University. Philosophy and psychology*. 2020;1:77-84. edn: KTTXNM.
- Murlikiewicz M, Sieroszewski P. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following miscarriage. *Archives of Perinatal Medicine*. 2012;18(3):157-162.
- Kukharchik YuV, Gutikova LV, Kukharchik IV. Racional'nye metody terapii ugrozy samoproizvol'nogo preryvaniya beremennosti. In: Vilchuk KU, editor. *Sovremennyye perinatalnyye medicinskie tehnologii v reshenii problem demograficheskoy bezopasnosti* [Modern perinatal medical technologies in solving the problems of demographic security]. *Sbornik nauchnyh trudov*. Minsk; 2015. Iss. 10. p. 80-84. (Russian).
- Evtushenko ID, Naslednikova IO, Novickij VV, Ilidi EB, Tkachev VN, Urazova OI, Kublinskij KS. Polimorfizm genov sistemy reparacii DNK pri genital'nom jendometrioze [Polymorphism of dna repair system genes in genital endometriosis]. *Mat i ditja v Kuzbasse* [Mother and Baby in Kuzbass]. 2013;4:49-53. edn: SDBSDL. (Russian).

6. Dobrjakov IV, Blokh ME, Faerberg LM. Perinatal loss: psychological aspects, the specificity of mourning, forms of psychological help [Perinatal loss: psychological aspects, the specificity of mourning, forms of psychological help]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei* [Journal of Obstetrics and Womans Diseases]. 2015;64(3):4-10. edn: TZXFKH. (Russian).
7. Zavgorodnjaja IV. Nevynashivanie beremennosti kak perezhivanie perinatal'noj utraty [Internet]. *Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: issledovanija, obuchenie, praktika*. 2017;5(2). Available from: http://www.medpsy.ru/climp/2017_2_16/article09.php (Russian).
8. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012;14(2):187-194. doi: 10.31887/dcms.2012.14.2/akersting.
9. Dobrjakov IV. Perinatal'naja psihologija. Sankt-Peterburg: Piter; 2010. p. 125-141. (Russian).
10. Worden J, editor. Grief Counseling and Grief Therapy. 4nd ed. London; 2008. p. 248.
11. R Core Team. The R Project for Statistical Computing. R: A Language and Environment for Statistical Computing [Internet]. Available from: <https://www.r-project.org/about.html>
12. Clossick E. The impact of perinatal loss on parents and the family. *Journal of Family Health Care*. 2016;26(3):11-15.

MEDICO-SOCIOLOGICAL AND SITUATIONAL FACTORS IN THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH EARLY REPRODUCTIVE LOSS

L. V. Kastsova, L. V. Gutikova, S. L. Boiko

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Purpose of the study: To evaluate socio-psychological characteristics of women after early reproductive loss and to suggest some forms of psychological support for this category of patients.

Material and methods. The sample is represented by 64 women of reproductive age with a primary episode of pregnancy loss. A medical and sociological interview and psychological questionnaire were conducted using the Spielberg-Khanin scale (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).

Results. The material of the pilot sample demonstrates the significance of the situationally conditioned psycho-emotional state (ideas of self-blame and situationally conditioned anxiety) of women with early reproductive loss and shows the directions and forms of possible outpatient psychological intervention after experiencing perinatal loss (respiratory gymnastics, auto-training, neuromuscular relaxation, music and art therapy).

Conclusions. In order to maintain mental well-being in women after early reproductive loss, a comprehensive integrative approach is needed, including the provision of medical care by an obstetrician-gynecologist and psychological support by a psychologist at an antenatal clinic.

Keywords: early reproductive loss, reactive anxiety, psychological help

For citation: Kastsova LV, Gutikova LV, Boiko SL. Medico-sociological and situational factors in the psycho-emotional state of women with early reproductive loss. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2022;20(4):414-418. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-4-414-418>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.
Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.
Conformity with the principles of ethics. The study was approved by the local ethics committee.

Об авторах / About the authors

*Косцова Любовь Владимировна / Kastsova Liubou, e-mail: kostsova94@mail.ru, ORCID: 0000-0002-0628-912X

Гутикова Людмила Витольдовна / Gutikova Ludmila, e-mail: klam4@mail.ru, ORCID: 0000-0003-1894-0810

Бойко Светлана Леонидовна / Boiko Svetlana, e-mail: sduduk@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-8767-6892

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 10.05.2022

Принята к публикации / Accepted for publication: 01.07.2022