

---

# ПЕРЕДПОЛОГОВА ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ТОКОФОБІЇ

---

*Ольга Марченко, Тамара Коваленко*

---

**Аннотація.** *Рассмотрена методика комплексного психологического воздействия на беременных женщин с симптомом токофобии. Доказано, что правильное сочетание лечебной и дыхательной гимнастики с набором речевых средств, относящихся к разным уровням сознания, способствует формированию у женщин положительной установки на течение беременности и родов.*

**Ключевые слова:** *беременные, роды, токофобия, психологическая реабилитация, аутотренинг, стрессоустойчивость.*

**Abstract.** *The methods of complex psychological impact on pregnant women with symptoms of tocophobia have been addressed. It has been proved that the proper combination of remedial and respiratory gymnastics with a set of speech means that belong to different levels of consciousness, promotes the formation of women's positive attitude to pregnancy and childbirth.*

**Keywords:** *pregnant women, childbirth, tocophobia, psychological rehabilitation, auto training, compliance with the pressures.*

**Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій.** У період, що безпосередньо передує пологам, вагітні часто відчують нетерпіння, котре, зазвичай, є реакцією на довгі місяці вагітності і на неминучі фізіологічні зміни. У багатьох жінок виникає страх перед пологами, вони бояться болю, ускладнень і навіть смерті [2, 9]. Важливими чинниками, що формують реакцію на вагітність, є професійна грамотність і ставлення до стану жінки в тому мікросередовищі, в якому вона перебуває [9]. До таких факторів належать також уявлення про перебіг пологів, які сформувалися у неї під впливом рідних і друзів, читання художньої літератури або перегляду фільмів, особливо тих, де показано серйозні ускладнення. Жінки також можуть побоюватися неминучих змін у житті, до котрих приведе поява малюка, багато з них просто не відчують себе готовими піклуватися про нього.

Страх супроводжується вегетативними розладами, тримає вагітну в постійному напруженні [7]. Розлади можуть призвести до таких психосоматичних порушень: викидень у ранніх термінах вагітності, загроза переривання вагітності, передчасні пологи [1]. У жінки, яка перебуває в стані паніки під час пологів, спостерігається надмірний викид адреналіну в кров, що призводить до спазму судин і, як наслідок, дистресу [2].

У частини вагітних тривога за результат пологів, своє здоров'я, здоров'я майбутньої дитини, а нерідко і безпредметна тривога, можуть ставати надмірними, і тоді фахівець може говорити про тривожні розлади або фобії. Фобія описується як сильно виражений нав'язливий страх, що незворотно загострюється в певних ситуаціях і не підда-

ється повному логічному поясненню. В результаті її розвитку жінка починає боятися і, відповідно, уникає певних об'єктів, видів діяльності або ситуацій. У вагітних стан погіршується неможливістю вийти з травмуючої ситуації [8], і виникає так звана токофобія (з грец. страх перед пологами).

Як зазначають дослідники, у період пологів небажані психічні зміни частіше спостерігаються у жінок, які не пройшли психологічну реабілітацію і недостатньо навчені поведінці під час пологів [5]. Особливо надмірними є хвилювання при першій вагітності, це пов'язано з тим, що жінки не ознайомлені детально з процесом їх перебігу.

**Мета дослідження** – розробка програми психологічної реабілітації, спрямованої на поліпшення психоемоційного стану та позбавлення від синдрому токофобії у жінок у третьому триместрі вагітності.

**Методи та організація дослідження.** Визначення психоемоційного статусу вагітної необхідне для спрямованої психологічної реабілітації. Для цього було здійснено оцінювання психічного стану 40 вагітних, розподілених на дві групи: перша група – 20 осіб, які проходили курс допологової реабілітації, друга група – 20 осіб, які не проходили. За допомогою анкетування визначали особливості стресостійкості перед пологами. Основою для розробки анкети були роботи М. Г. Айрапетянца (1982) і Н. М. Жонічевої (1984), які вивчали роль нервової системи у відповідній реакції організму на вплив ззовні. Індекс стресостійкості (Іс) характеризується сукупністю розрахунків: адаптивності (а), емоційності (е) і тривожності (т). Підраховуючи бали, на кожному рівні розраховували досліджуваний індекс:

$$I_c = \frac{a \times 2,78}{e \times 4,16 + t \times 4,76}.$$

Якщо показник  $I_c > 1$ , це свідчить про високу стресостійкість, при показнику  $I_c$  від 0,5 до 0,99 – помірну, при  $I_c < 0,5$  – низьку стресостійкість.

Вагітні так само відповідали на запитання, що стосуються їхнього самопочуття і страху перед майбутніми пологами.

#### **Результати дослідження та їх обговорення.**

Страх перед невідомим, зазвичай, є найсильнішим і небагатом вагітним вдається впоратися зі станом тривоги навіть у тих випадках, якщо їм повідомлять про те, що для цього у них немає жодних підстав. Страх за своєю суттю ірраціональний. У зв'язку з цим нам здається, що для усунення токофобії найбільш ефективним є комплексний вплив, що поєднує елементи як раціональної психотерапії (переконання), так і впливу на несвідому сферу (навіювання). Необхідність обох підходів обумовлена ще й тим, що реакція на зазначені впливи неоднакова у різних типів особистості. Як зазначають деякі дослідники, під час роботи з жінками астенічного типу корисна раціональна поведінкова (умовно-рефлекторна) психотерапія. Навпаки, жінки істеричного типу вирізняються підвищеною сугестивністю, через це у роботі з ними показана гіпнотерапія [3].

У зв'язку з тим що фобії належать до емоційних розладів, нам здається, що для подолання токофобії основна увага має приділятися усуненню загальної негативної установки на перебіг вагітності та пологів і заміні її позитивною. Під установкою в психології розуміють основну початкову реакцію індивіда на вплив ситуації, в якій йому доводиться ставити і вирішувати завдання. Це цілісна спрямованість жінки на певну активність. Установка ніби випереджає вирішення завдання, заздалегідь включає напрямок, в якому воно має бути вирішене [11].

Поведінка вагітної жінки може бути обумовлена позитивною або негативною установкою. Відомо, що токофобія є наслідком загального негативного ставлення до свого стану і впевненістю в тому, що пологи будуть відбуватися тяжко, з ускладненнями. В даному випадку завданням реабілітолога є усунення негативної установки та заміна її позитивною. Важливо, щоб жінка вірила в те, що все у неї буде добре: пологи пройдуть успішно, дитина народиться здоровою.

Для досягнення зазначеної мети рекомендується психологічний комплекс реабілітації, який ми використали в третьому триместрі вагітності в умовах стаціонару. Заняття проводилися щодня протягом 40 хв. Найбільш ефективним у формуванні позитивної установки є комплексний підхід, застосований у вагітних першої групи, що вклю-

чає такі реабілітаційні заходи: фізичні вправи, дихальну гімнастику й аутотренінг за М. Денісовою, а також релаксацію. У нашому випадку фізичні вправи та дихальна гімнастика використовувалися як деякий фон, що створюється з метою відвернення уваги жінок від негативних переживань. Під час виконання фізичних вправ не просто поліпшуються м'язовий тонус і кровообіг, а й внутрішньоутробний стан плода. Фіксування уваги на різних ділянках тіла сприяє формуванню у жінки впевненості в тому, що воно їй підвладне і в потрібний момент здійснить свою роботу. Друга частина заняття являє собою власне аутотренінг і релаксацію, в ході яких спільними зусиллями реабілітолога і пацієнтки формувалася позитивна установка.

У ході психологічної реабілітації надзвичайно важливим є правильний підбір мовних засобів впливу. Метод аутотренінгу і релаксації служить сугестивним впливом (навіювання) на протидію раціональній психотерапії (переконання). Проте в ході спостереження ми прийшли до висновку, що в умовах групової терапії більш ефективним є поєднання обох підходів: навіювання і переконання [10].

Застосовувані нами методики аутотренінгу і релаксації відрізняються від гіпнотерапії, котра являє собою грубе вторгнення в несвідому сферу індивіда. Нам видається, що в разі токофобії метод гіпнотерапії малоефективний. Недоцільно позбавляти жінку контролю над собою і підкоряти її впливу іншої людини, адже під час пологів вона буде активним учасником процесу. Отже, вплив психологічної реабілітації було сформовано таким чином, щоб, з одного боку, позбавити вагітну від нав'язливого страху, а з іншого – привести її до усвідомлення того факту, що для успішного результату вагітності надзвичайно важливий позитивний настрій. У лінгвістичному аспекті поєднання двох зазначених методів впливу проявляється у використанні в мові реабілітолога мовних одиниць і структур, які належать як до свідомої, так і до несвідомої сфери. Отже, якщо в звичайній мові вживати тільки структури, типові для «мови» деякого глибинного рівня, то і буде активована мовна діяльність цього рівня [10]. В ході заняття з вагітними жінками використовувалися структури, що належать до трьох рівнів усвідомленості: від найбільш високого, до рівня, на якому настають розслаблення і легка сонливість.

**Приклад 1.** *Від того як ви будете слухати лікаря, залежить здоров'я вашої дитини.*

Це висловлювання є складнопідрядною пропозицією. Для його сприйняття вагітна повинна провести в умі логічну операцію підпорядкування, що вимагає певної уваги. У зв'язку з тим що передане висловлювання повідомлення надзвичайно важ-

ливе, для його сприйняття необхідна участь свідомості. У прагматичному плані висловлювання являє собою непрямий мовленнєвий акт-директиву (спонування), в даному випадку – інструкцію. На цьому етапі пацієнтка має усвідомити, наскільки важливо для неї суворо слідувати рекомендаціям лікарів.

**Приклад 2.** *Мої руки і ноги важкі і теплі. Моє дихання легке і вільне. Мій живіт м'який і теплий. Моє серце працює чітко і ритмічно. Мій мозок спокійний і відпочиває.*

Ці висловлювання являють собою прості речення, що описують стан різних органів пацієнтки. Пропозиції безпосередньо слідують одна за одною; логічне підпорядкування відсутнє. Тому при сприйнятті подібних висловлювань роль уваги нижча, ніж у попередньому випадку. Крім того, зазначені пропозиції являють собою паралельну конструкцію, тобто побудовані на основі ідентичної синтаксичної структури: іменник-прикметник (прислівник). Синтаксичний паралелізм є одним із прийомів, за допомогою яких створюється ритмічність мови. У свою чергу, ритм являє собою одну з найважливіших категорій несвідомого [4, 11]. Для того щоб викликати у вагітної стан сонливості, часто досить просто змусити її тривалий час слухати тексти, що включають паралельні конструкції.

У ході мовного впливу особливе місце займає так звана вузькоденотативна лексика, яка являє собою високочастотні лексичні одиниці, що володіють конкретним високоемоційним у даних умовах змістом [10]. Іншими словами, це одиниці, котрі позначають те, що в даній ситуації найбільше цікавить людину. Саме виголошення таких слів викликає сильну емоційну реакцію, а висока концентрація їх у висловленні здійснює функцію впливу. У випадку з вагітними вузькоденотативними є емоційно значущі слова: руки, ноги, серце, головний мозок, спинний мозок і, особливо, лексичні одиниці, що мають відношення до вагітності та пологів: живіт, дитина, матка, малюк, пологи, перейми.

Заняття, що проводяться з вагітними, поділялися на два етапи: фізичні вправи і релаксація з дихальною гімнастикою. Уже в першій частині заняття в мові реабілітолога використовуються структури, що належать до різних рівнів усвідомленості. В основу зазначеної класифікації покладено синтаксичну складність пропозицій, наявність або відсутність в їхній структурі відносин залежності. На першому рівні знаходяться дво-членні розповідні і спонукальні пропозиції.

**Приклад 3.** *Ліва рука йде назад – вдих, повертається – видих* (двочленна розповідна пропозиція).

**Приклад 4.** *Лягайте на підлогу* (спонукальна пропозиція).

Другий рівень представлений неповними (еліптичними) пропозиціями.

**Приклад 5.** *Тягнемо на себе стопу.*

**Приклад 6.** *Поперемінно праве–ліве коліно всередину.*

Приклади 5 і 6 різняться між собою тим, що в п'ятому реченні опущено підмет *ми*, а в шостому – присудок *виводимо*. У цьому випадку висловлення за структурою та семантикою ближче до номінативних пропозицій і тому належить до більш низького рівня свідомості.

На третьому рівні знаходяться номінативні пропозиції, відмітною рисою яких є висока інформативність при структурній стислості та компактності.

**Приклад 7.** *Вдих, видих.*

Висока концентрація структур другого і третього рівнів у мові реабілітолога веде до зниження критичної функції свідомості у пацієнток. Як видно із деяких досліджень, тексти, розраховані на сугестивний вплив, будуються, зазвичай, таким чином, щоб «відволікти», «приспати», нейтралізувати свідомість, обійти контроль «критичного розуму» і другої сигнальної системи [3].

Друга частина заняття присвячена власне ауто-тренінгу і релаксації [6]. Пацієнткам пропонували лягти на підлогу і подумки повторювати текст за реабілітологом. Для нашої методики характерним є поєднання сугестивної атмосфери і мовних структур, що належать до вищих шарів свідомості. Розглянемо кілька видів висловлювань. Ті, які описують дії, що виконуються пацієнткою.

**Приклад 8.** *Я налаштовую себе на своєчасні, легкі пологи.*

**Приклад 9.** *Я повністю намагаюся позбутися всіх сумнівів у тому, що пологи пройнуть легко і щасливо.*

Те, про що йдеться у цих прикладах, підвладне контролю мовця. Іншими словами, пацієнтки самі вирішують, налаштовуватися їм на легкі пологи чи ні, чи хочуть вони позбавитися сумнівів.

**Приклад 10.** *Всі мої органи отримують силу й енергію.*

На відміну від прикладів 8 і 9, те, про що йдеться у прикладі 10, не підвладне прямому впливу пацієнтки. У звичайній, стандартній ситуації жінка просто не здатна змусити свої органи наливатися силою і енергією. Так само зростання плода в утробі відбувається саме по собі, без впливу матері. Проте в ході ауто-тренінгу вагітна знаходиться в зміненому стані свідомості, тому фрази, які вона повторює за реабілітологом, безпосередньо потрапляють у сферу несвідомого. Формується установка на позитивний результат вагітності і тому активізуються резервні можливості організму і позитивні зміни, про які йде мова, дійсно відбуваються. Серед висловлювань, що використовують-

ся для самонавіювання, можна виділити пропозиції з дієсловом у теперішньому часі і пропозиції з дієсловом у майбутньому часі.

**Приклад 11.** *Мій малюк росте і міцніє. Він готується до зустрічі зі мною.*

**Приклад 12.** *У визначений термін матка здійснить покладену на неї роботу.*

У поданому тексті пропозиції з дієсловами в теперішньому часі передують пропозиціям із дієсловами в майбутньому часі. Вагітній легше сфокусувати увагу на те, що відбувається в її організмі в даний момент. Повторюючи фрази за реабілітологом, вона подумки уявляє собі малюка і його зростання. З іншого боку, віра в пологи з позитивним результатом вимагає участі уяви. Тому ми пропонуємо пацієнткам висловлювання про те, що має статися пізніше, після того, як установка на позитивний результат вагітності вже частково сформована. Для того щоб самонавіювання було успішним, жінка повинна вірити в ефективність вимовлених нею фраз. Створення такої впевненості досягається такими способами:

1. Положенням пацієнток. Жінці пропонують лягти на підлогу і заплющити очі, в результаті чого блокується відволікаюча дія зовнішніх подразників.

2. Повторенням фраз за реабілітологом. Коли жінка промовляє пропозиції, які містять повідомлення про позитивне завершення вагітності, її ставлення до сказаного змінюється. Зміст повторюваних фраз ніби стає її частиною.

3. Музичним супроводом. Використовують твори Ф. Шуберта «Аве Марія», Л. В. Бетховена «Місячна соната», Ф. Шопена «Ноктюрн», К. А. Дебюссі «Місячне сяйво».

4. Ритмічним диханням: на вдиху – я, на видиху – розслаблена.

5. Довірою до реабілітолога.

Для майбутньої матері дуже важлива віра в те, що реабілітолог здатний надати їй кваліфіковану допомогу і бажає їй найкращого. Розподіл вагітних за рівнями стресостійкості представлено в таблиці 1.

Аналізуючи таблицю 1, бачимо, що показники помірної стресостійкості в обстежуваних групах відрізнялися несуттєво, а кількість вагітних з

високим рівнем стресостійкості була більша в першій групі, що підтверджує достатній рівень підготовки та адаптації жінок до процесу пологів. Показники перебігу пологів у першій групі істотно відрізняються від таких у другій. Так, у першій групі кожен другий полог був фізіологічним і становили 50 % випадків, а у жінок другої групи, які не готувалися до пологів за викладеною програмою, цей показник становив 15 %. У вагітних, які працювали за запропонованою нами комплексною програмою підготовки, скоротилася тривалість пологів на 2,3 год ( $< 0,05$ ) порівняно з другою групою.

Слід також зазначити, що зменшилася кількість оперативних втручань («кесаревого» розтину) у жінок першої групи – 4 (20,0 %) на відміну від другої групи – 8 (40,0 %).

Аналізуючи оцінку новонароджених за шкалою Апгар, бачимо, що більшість дітей, які народилися у жінок першої групи, мали середні і високі оцінки: 8–9 балів – 11 (55,0 %) новонароджених, 7–8 балів – 7 (35,0 %) дітей. У другій групі оцінка була меншою: 6–7 балів мали 7 (35,0 %) новонароджених, передовсім, за рахунок більш низької стресостійкості і боязні пологів, а також більшої кількості операцій. Сказане вище підтверджує ефективність програми підготовки вагітних до пологів із включенням психологічної реабілітації.

Хочеться зазначити, що кульмінацією заняття є проголошення слідом за реабілітологом фраз, звернених до дитини (перинатальна психологія): *ми тебе любимо і чекаємо; ми впораємося з поставленим завданням; ми допоможемо один одному в пологах*. Після цього реабілітолог пропонує вагітній посміхнутися своїй дитині, не відкриваючи очей. Зазначений прийом чинить надзвичайно сильний емоційний вплив на вагітну, внаслідок чого дається позитивна установка на результат вагітності та пологів; її можна вважати сформованою.

**Висновки.** Розроблена комплексна психологічна програма реабілітації дозволила знизити удвічі фобічні стани перед пологами вагітних першої групи. Покращився психоемоційний стан жінок у третьому триместрі вагітності, що сприяло поліпшенню перинатальних наслідків для матері та плода.

**Перспективи подальших досліджень.** Нам видається цікавим розглянути залежність строків настання пологів у вагітних з перенесеною та пролонгованою вагітністю від типу особистості жінки. Ми допускаємо, що ступінь вираженості тривоги і страху може бути різною у пацієнток з різними типами темпераменту при перенесеній/пролонгованій вагітності. Цікаво було б з'ясувати, як вагітні з перенесуванням при різних психологічних типах реагують на запропоновану нами методику позбавлення від токофобії.

**Таблиця 1** – Показники розподілу вагітних за рівнями стресостійкості

Показник	Група			
	Перша		Друга	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Високий	6	30,0	3	15,0
Помірний	9	45,0	6	30,0
Низький	5	25,0	11	55,0

## Література

1. *Абдурахманов Ф. М.* Влияние психоэмоционального стресса на течение и исходы беременности / Ф. М. Абдурахманов, И. М. Мухаммедов, З. Х. Рафиев // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2006. – № 3. – С. 38–41.
2. *Астахов В. М.* Вагітність і пологи у жінок з психоемоційним стресом (профілактика, лікування фетоплацентарної недостатності та ускладнень пологів): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: 14.00.05 / В. М. Астахов. – К.: ІПАГ АМН України, 1998. – 38 с.
3. *Базылев В. Н.* Российская лингвистика XXI века: традиции и новации / В. Н. Базылев. – М.: Изд-во СГУ, 2009. – 380 с.
4. *Берлов А.* Психические особенности современного пациента /А. Берлов // Врач. – 2003. – № 9. – 64 с.
5. *Владимиров О. А.* Психологічна підготовка вагітних до материнства: метод. рек. / О. А. Владимиров, Н. І. Тофан, А. В. Гончарова, Т. В. ТрEMBач. – К., 2004. – 42 с.
6. *Качалина Т. С.* Психологическая и физическая подготовка беременных к родам: учеб.-метод. пособие / Т. С. Качалина. – [3-е изд]. – Н. Новгород: Изд-во Нижегород. гос. мед. акад., 2005. – 96 с.
7. *Коваленко Т. М.* Вегетативний баланс та стан адаптаційних можливостей серцево-судинної системи у вагітних із ожирінням при розробці профілактично-реабілітаційного комплексу / Т. М. Коваленко // Молода спортивна наука України: зб. наук. праць. – Львів, 2010. – Т. 3, № 14. – С. 90–94.
8. *Польова С. П.* Акушерство та гінекологія з основами клінічної психології / С. П. Польова, О. В. Булашенко, Р. І. Рудницький та ін.; за заг. ред. доц. С. П. Польової. – Вінниця; Чернівці: Медуніверситет, 2010. – Кн. І. Акушерство. – 269 с.
9. *Сорокина Т. Т.* Роды и психика: практ. рук. / Т. Т. Сорокина. – Мн.: Новое знание, 2003. – 352 с.
10. *Спивак Д. Л.* Лингвистика измененных состояний сознания / Д. Л. Спивак. – Л.: Наука, 1986. – 92 с.
11. *Kolomyitseva O. A.* Psycholinguistics / O. A. Kolomyitseva. – Kyiv: KNLU, 1999. – 192 с.

## Literature

1. *Abdurakhmanov F. M.* Psychoemotional stress influence on pregnancy course and outcome / F. M. Abdurakhmanov, I. M. Mukhammedov, Z. H. Rafiyev // Ros. Vestnik akushera-ginekologa. – 2006. – N 3. – P. 38–41.
2. *Astakhov V. M.* Pregnancy and delivery in females with psychoemotional stress (prevention, treatment of fetoplacental insufficiency and delivery complications): author's abstract for Doctoral degree in Medicine: 14.00.05 / V. M. Astakhov. – Kiev: IPAH AMN Ukrainy, 1998. – 38 p.
3. *Bazylev V. N.* Russian linguistics of the XXI century: traditions and innovations / V. N. Bazylev. – Moscow: Izdatelstvo SGU, 2009. – 380 p.
4. *Berlov A.* Mental features of modern patient /A. Berlov // Vrach. – 2003. – N 9. – 64 p.
5. *Vladymyrov O. A.* Psychological preparation of pregnant females to maternity: methodical recommendations / O. A. Vladymyrov, N. I. Tofan, A. V. Goncharova, T. V. Trembach. – Kyiv, 2004. – 42 p.
6. *Kachalina T. S.* Psychological and physical preparation for delivery: teaching guide / T. S. Kachalina. – [3rd ed.]. – N. Novgorod: Izdatelstvo nizhegorodskoy gosudarstvennoy med. akademiyi, 2005. – 96 p.
7. *Kovalenko T. M.* Vegetative balance and state of cardiovascular system adaptation capacities in pregnant obese women / T. M. Kovalenko // Moloda sportyvna nauka Ukrainy. – Lviv, 2010. – Vol. 3, N 14. – P. 90–94.
8. *Poliova S. P.* Obstetrics and gynecology with clinica; psychology elements / S. P. Poliova, O. V. Bulavenko, R. I. Rudnytskyi et al.; ed. by S. P. Poliova – Vinnitsa; Chernivtsi: Meduniversitytet, 2010. – Book I. – 269 p.
9. *Sorokina T. T.* Childbirth and psychics / T. T. Sorokina – Minsk: Novoye znaniye, 2003. – 352 p.
10. *Spivak D. L.* Linguistics of altered conscious states / D. L. Spivak. – L.: Nauka, 1986. – 92 p.
11. *Kolomyitseva O. A.* Psycholinguistics / O. A. Kolomyitseva. – Kyiv: KNLU, 1999. – 192 p.