

## ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-092-036-055.2-02:618.396

*Н.І. Завгородня**Харківський національний медичний університет***МЕХАНІЗМ ФОРМУВАННЯ І КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ**

Проведено комплексне клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне дослідження 150 жінок, що народили недоношену дитину. Встановлений ключовий елемент механізму формування розладів адаптації, яким є відчуття вини (за даними методики, індекс провини, що сприймається). Описані основні клінічні синдроми розладів адаптації у жінок, що проявлялися депресивним, тривожним, а також змішаним клінічним варіантом.

**Ключові слова:** розлади адаптації, депресія, тривога, недоношеність.

До психічних розладів, що пов'язані зі стресом, відносяться гостра стресова реакція, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації (класифіковані в МКБ-10 і DSM-IV), а також реакція втрати (класифікована в DSM-IV). Серед цих типів психічних розладів особливе місце займають такі, що з урахуванням їх високої поширеності і значними труднощами в діагностичній кваліфікації вважаються найбільш актуальними [1–6].

Під розладами адаптації мають на увазі розвиток у відповідь на різноманітні психотравмуючі події або ситуації, що мають причинне значення, симптомів як форми пристосування до цих стресових факторів або їх довгострокових наслідків. Згідно з МКБ-10 правильність діагнозу залежить від ретельної оцінки взаємозв'язків і співвідношення між наступними трьома аспектами, а саме формою, змістом і тяжкістю симптоматики; анамнезу і особливостей особистості; психотравмуючих подій, ситуацій або кризових моментів у житті [1].

Розлади адаптації відрізняються від інших тривожно-депресивних і поведінкових розладів наявністю прямої залежності від актуальної психотравмуючої ситуації, її характеру, а також індивідуальної чутливості пацієнта. Крім того, за даними [2–10], вони менш тривалі, а випадки повторного звернення за

психіатричною допомогою дуже рідкі. Тим не менш, несвоєчасна діагностика розладів адаптації може призводити до погіршення психічного стану пацієнта, подальших хроніфікації психічних розладів, підвищення ризику суїцидальної й адиктивної поведінки, що, у свою чергу, вимагатиме більш тривалої й активної терапії та додаткових економічних витрат.

Відомо, що до причинно-значущої психотравмуючої ситуації відноситься і народження недоношеної дитини, що може стати пусковим механізмом розвитку розладів адаптації, які, у свою чергу, можуть проявлятися пограничними нервово-психічними розладами.

Зазначене свідчить про необхідність вивчення питань розвитку клінічних проявів і особливостей перебігу розладів адаптації у жінок, які народили недоношену дитину, як важливої медико-соціальної проблеми з метою подальшої розробки психотерапевтичних методів їх корекції.

Метою дослідження було встановлення механізму формування клінічних особливостей перебігу пограничних психічних розладів, що виникають як прояви розладів адаптації у жінок, які народили недоношених дітей.

**Матеріал і методи.** З дотриманням принципів біоетики і деонтології проведено комплексне обстеження 150 жінок, які народили недоношену дитину. Робота проводилася на

© Н.І. Завгородня, 2014

базі Харківського обласного клінічного перинатального центру Харківського міського клінічного перинатального центру, а також Харківської обласної дитячої клінічної лікарні № 1. У роботі були використані клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний методи дослідження.

Клініко-психопатологічний метод базувався на загальноприйнятих стандартах психіатричного обстеження пацієнтів шляхом проведення направленої клінічної бесіди та спостереження за пацієнтом під час інтерв'ю. Метод включав вивчення скарг, оцінку психічного статусу обстежених, виділення основних психопатологічних синдромів та їх динаміки. Діагноз встановлювався згідно з класифікацією МКХ-10 з виділенням провідного психопатологічного синдрому.

Клініко-анамнестичний метод використовувався для оцінки даних анамнезу життя, особливостей розвитку, отриманої освіти, трудової діяльності, рівня міжособистісної комунікації, у тому числі в сім'ї.

Психодіагностичний метод передбачав використання наступних методик: шкали депресії А.Т. Бек, методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса, шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, методики індекс-вини, що сприймається (Perceived Guilt Index, Otterbacher&Munz, 1973).

**Результати та їх обговорення.** Більшість жінок, які прийняли участь у обстеженні, постійно проживають у великому місті – 77 (51 %), 37 опитаних постійно проживають у селі (25 %), 36 – у маленькому місті (24 %) (таблиця).

перебували ні в цивільному, ні в офіційному шлюбі) не мали 19 жінок (12,7 %), до року перебували у шлюбі або проживали спільно 14 жінок (9,3 %), від 1 до 3 років – 52 (34,6 %), більше 5 років – 43 (28,7 %), більше 10 років – 22 (14,7 %).

Побутові умови постійного проживання як незадовільні оцінили 4 жінки (2,6 %), як задовільні – 92 (61,4 %), хороші – 54 (36 %). Проживають самотійно 10 жінок (6,7 %), 41 жінка (27,4 %) з родичами, 99 жінок (66 %) постійно проживають з чоловіком. Не працюють 54 жінки (36 %), 29 (19,3 %) зайняті у сфері обслуговування, 12 жінок (8 %) зайняті фізичною працею, на державній службі – 24 жінки (16 %), власний бізнес мають 6 (4 %), 25 жінок (16,7 %) неодноразово змінювали місце роботи. Під час вагітності 70 (46,7 %) жінок продовжували роботу за фахом, 80 жінок (53,3 %) – ні. Тривалі подорожі під час вагітності здійснювали 32 жінки (21,3 %), утрималися від тривалих подорожей 118 опитаних (78,7 %).

Для 55 жінок (36,6 %) дані пологи були першими, у 71 опитаної (47 %) вже була одна дитина, 19 жінок (12,6 %) мали двох дітей, 5 жінок (3,4 %) – трьох.

Під час вагітності школу або курси для підготовки до пологів регулярно відвідували 12 жінок (8 %), нерегулярно – 19 (13 %), самотійно ознайомилися з необхідною інформацією 48 майбутніх матерів (32 %) і 71 жінка (47 %) з різних причин не відвідувала подібні заняття.

За медичною допомогою під час вагітності зверталися 80 жінок (52,7 %), 71 жінка (47,3 %) відвідувала лікаря тільки в рамках

*Розподіл жінок за віком*

Місце постійного проживання	Вік, (M±m) років	Кількість обстежених	
		абс. ч.	%
Сільська місцевість	26,62±0,83	37	24,7
Маленьке місто	28,28±0,77	36	24
Місто	29,68±0,64	77	51,3
Усього	28,59±0,44	150	100

На момент вагітності і пологів 128 жінок (85 %) перебували у шлюбі, незаміжніми були 18 (12 %), розлученими – 4 жінки (3 %).

За рівнем освіти всі опитані були розділені на наступні групи: 8 жінок (5,3 %) мали неповну середню освіту, 21 (14 %) жінка – загальну середню, 32 (21,3 %) – середню спеціальну, 17 (11,3 %) – незакінчену вищу, 72 (48 %) – вищу. Постійного партнера (не

обов'язкових профілактичних оглядів згідно із затвердженим графіком. При цьому одноразово з приводу, пов'язаному з перебігом вагітності, до лікаря зверталися 42 жінки (28 %), одноразово з приводу, не пов'язаному з перебігом вагітності, – 8 (5,3 %); багаторазово за медичною допомогою з приводу, безпосередньо пов'язаному з перебігом вагітності, зверталися 27 опитаних (18 %),

а з приводу, не пов'язаному з перебігом вагітності, – 2 жінки (1,4 %).

Не вірять в існування Божественної субстанції 5 жінок (3,3 %), 52 жінки (34,7 %) заявили, що вважають себе релігійними, але намагаються не допускати впливу релігії на повсякденне життя. Для 22 жінок (14,7 %) релігійні погляди не виявилися такими важливими, поки вони ведуть правильний спосіб життя, а 24 жінки (16 %) розглядають релігію як засіб душевного комфорту під час смутку і нещастя. Досить часто усвідомлюють присутність Бога або Божественної субстанції у своєму житті 47 жінок (31,3 %).

Народили дитину шляхом кесаревого розтину 80 жінок (53,3 %), природні пологи мали місце у 70 (46,6 %) жінок. Одну дитину народили 128 жінок (85,3 %), двійню – 19 (12,7 %), трійню – 3 (2 %). Партнерські пологи були у 35 опитаних (23,3 %), 115 жінок народжували самотійно (76,7 %).

За даними Perceived Guilt Index (Otterbacher & Munz, 1973), у 96 жінок (64 %) індекс провини був вище 10, тобто інтенсивність почуття провини була вище рівня звичайних переживань. При цьому в ході психодіагностичної бесіди лише 51 жінка (34 %) активно повідомляла про суб'єктивні почуття провини і сорому внаслідок народження недоношеної дитини, що свідчить про складнощі вербалізації відчуття провини у обстежених і може бути пояснено особливостями менталітету.

За шкалою депресії Бека у 40 жінок (26,7 %) були відсутні симптоми депресивного розладу, у 48 (32 %) мала місце субдепресивна симптоматика, у 24 (16 %) відзначалися симптоми помірної депресії, у 25 (16,7 %) – виражений депресивний розлад, у 13 жінок (8,6 %) – важкий депресивний розлад.

За даними методики Спілбергера–Ханіна, тривожні епізоди низького ступеня вираженості були виявлені у 64 жінок (42,7 %), помірною ступеня вираженості – у 54 (36 %), високого ступеня вираженості – у 32 породіль (21,3 %). При цьому низький рівень особистісної тривожності був виявлений у 5 жінок (3,3 %), помірний – у 70 (46,7 %), високий – у 75 жінок (50 %).

Надалі був проведений кореляційний аналіз залежності індексу вини, що сприймається, і балів за шкалою депресії Бека, а також

методики ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна.

Встановлена наявність зв'язку ( $p < 0,05$ ) між індексом вини, що сприймається, і рівнем депресії, виміряної за шкалою Бека (непараметричний коефіцієнт Спірмена на рівні  $RSP = 0,3377$  для всіх опитаних), а також рівнем реактивної та особистісної тривожності (відповідно  $RSP = 0,3251$  і  $RSP = 0,2676$ ).

За даними клініко-психопатологічного і клініко-анамнестичного дослідження, 75 жінок (50 %) активно не висловлювали жодних скарг. У 32 породіль (21,3 %), які висловлювали скарги, відзначений депресивний варіант клінічного перебігу розладів адаптації, у 21 жінки (14 %) переважали симптоми тривожного спектра та у 22 (14,7 %) діагностований змішаний варіант. Виявлена в ході дослідження симптоматика відрізнялася поліморфізмом.

В рамках депресивного синдрому серед основних скарг були визначені знижений фон настрою, песимістичне ставлення до актуальної психотравмуючої ситуації (загального стану дитини, перспектив її одужання, подальшого розвитку). Так, жінки висловлювали побоювання щодо покращення стану немовля, набору маси тіла, виписування додому; породілля очікували на погіршення стану дитини, допускали та боялися можливої її смерті. При цьому, поряд із подібними ідеями, жінки висловлювали думки про безперспективність власного життя, втрату сенсу подальшого існування. У більшості жінок цієї групи мали місце зниження загальної активності, швидкості перебігу інтелектуальних процесів, погіршення загального самопочуття. Відмічені паралінгвістичні ознаки депресивного розладу, як монотонне та тихе мовлення, скорботний вираз обличчя, збіднілість міміки.

В рамках тривожного синдрому провідними скаргами були постійне відчуття неспокою, тривоги, безпричинного страху, внутрішньої напруги, роздратованості, плаксивості. Побоювання щодо майбутнього дитини у даному випадку носили більш розлогий характер і охоплювали більший проміжок часу (до віддаленого майбутнього новонародженого). Загострення подібних переживань спостерігалось у випадку зміни умов перебування дитини (відмова від використання кювету) і факторів його життєдіяльності (від-

мова від зондового вигодовування). Заслуговує на увагу факт загострення тривожної симптоматики навіть за умов об'єктивного покращення стану дитини. Подібне загострення тривожної симптоматики часто супроводжувалося проявами з боку нервової, зокрема вегетативної, системи (тахікардія, похолодіння та тремтіння кінцівок, відчуття клубка у горлі, ознобу або, навпаки, жару) та зміни перебігу процесу лактації (мали місце якісні та кількісні зміни, що, однак, не впливали на можливість грудного вигодовування).

В рамках змішаного варіанта у жінок були виявлені скарги як депресивного, так і тривожного спектра. Крім того, відзначені часті й неконтрольовані зміни настрою.

У жінок усіх груп були виявлені розлади сну, підвищена втомлюваність, роздратованість та фіксованість на проблемах дитини.

### Список літератури

1. Классификация болезней в психиатрии и наркологии: Пособие для врачей / под ред. М.М. Милевского. – М.: Триада-Х, 2009. – С. 66–67.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей / Ю.А. Александровский. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. – 576 с.
3. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
4. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии / В.М. Воробьев // Обзорение психиатрии и мед. психологии. – 1993. – № 2. – С. 33–39.
5. Диагностические алгоритмы расстройств адаптации: Методические рекомендации / Сост.: В.Н. Кузнецов, А.Г. Соловьев / под ред. П.И. Сидорова. – Архангельск: ИЦ СГМУ, 2005. – 14 с.
6. Пограничные депрессивные состояния у женщин после родов / А.С. Батуев, А.Г. Кошавцев, Н.Н. Иовлева, В.Н. Мультиановская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 10. – С. 31–33.
7. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкас. – СПб.: Питер, 2000. – 652 с.
8. Casey P. Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary / P. Casey, C. Dowrick, G. Wilkinson // British J. Psychiatry. – 2001. – № 179. – P. 479–481.
9. Cohen S. Measuring stress. A guide for health and social scientists / S. Cohen, R.C. Kessler, L.U. Gordon. – New York, Oxford: Oxford University Press, 1995.
10. McFarlane A. Posttraumatic stress disorder: the intersection of epidemiology and individual psychobiological adaptation / A. McFarlane // Current Opinion in Psychiatry. – 2003. – Vol. 16. – P. 57–63.

### *Н.И. Завгородняя*

#### **МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ НЕДОНОШЕННОГО РЕБѐНКА**

Проведено комплексное клиничко-психопатологическое, клиничко-анамнестическое и психодиагностическое исследование 150 женщин, родивших недоношенного ребѐнка. Установлен ключевой элемент механизма формирования расстройств адаптации – чувство вины (по данным методики, индекс воспринимаемой вины). Описаны основные клинические синдромы, выявленные при расстройствах адаптации у женщин и представленные депрессивным, тревожным, а также смешанным клиническим вариантом.

**Ключевые слова:** *расстройства адаптации, депрессия, тревога, недоношенность.*

### **Висновки**

1. Народження недоношеної дитини слід вважати психотравмуючим фактором, що може призвести до розладів адаптації у жінок, які народили передчасно.

2. Виявлений зв'язок між індексом провини, що сприймається, і рівнем депресії, вимірної за шкалою Бека (непараметричний коефіцієнт Спірмена на рівні  $RSP = 0,3377$  для всіх опитаних), а також рівнем реактивної та особистісної тривожності, що визначений за методикою Спілбергера–Ханіна ( $RSP = 0,3251$  і  $RSP = 0,2676$  відповідно). Наявність відчуття провини у жінок, очевидно, є пусковим фактором розвитку у них розладів адаптації.

3. Розлади адаптації у жінок, що народили недоношену дитину, проявлялися депресивними, тривожними симптомами, а також змішаним клінічним варіантом.

*N.I. Zavgorodnia*

**MECHANISM AND CLINICAL ASPECTS OF ADAPTATION DISORDERS IN WOMEN DELIVERING THE PREMATURE INFANT**

It was conducted comprehensive psychopathological and psychodiagnostic examination of 150 women delivering the premature infant. The main source of the mechanism of formation adaptation disorders is the sense of guilt (according to Perceived Guilt Index). It was described the main clinical syndromes which were identified in women delivering the premature infant with adaptation disorders: depressive syndrome, anxiety disorder, and mixed clinical variant.

**Key words:** *adaptation disorders, depression, anxiety, prematurity.*

*Поступила 31.01.14*