

ПРЕДБОЛЕЗНЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Кулиев Р. Т., Руженков В. А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, кафедра психиатрии, наркологии и клинической психологии

Обследовано 450 женщин с беременностью, протекающей без серьезных осложнений на всем ее протяжении. Установлено, что у 121 (26,9 %) беременной имелись клинически очерченные психические расстройства (невротические, связанные со стрессом и соматоформные, эндогенные, органические, включая симптоматические психические расстройства, алкоголизм и умственная отсталость). В 38 (8,4 %) случаях обнаружены донозологические психические нарушения, клиническая картина которых исчерпывалась набором единичных, не связанных синдромально астенических, аффективных и вегетативных симптомов, а также заострением преморбидных личностных характеристик. В зависимости от клинического выражения донозологические психические нарушения квалифицировались как непатологическая адаптационная астено-вегетативная реакция и непатологическая адаптационная астено-невротическая реакция с заострением преморбидных личностных черт. Обсуждаются подходы к оказанию медико-психологической помощи.

Ключевые слова: беременность, предболезненные психические расстройства, астено-вегетативный синдром, непатологические адаптационные реакции, медико-психологическая помощь.

PREPATHOLOGICAL MENTAL DISTURBANCE AT PHYSIOLOGICALLY PROCEEDING PREGNANCY

Kuliev R. T., Ruzhenkov V. A.

Belgorod state national research university Department of psychiatry, narcology and clinical psychology

Four hundred fifty (450) women with the pregnancy proceeding without serious complications its all extent are surveyed. It is established that at 121 (26,9 %) the pregnant woman were available clinically outlined mental disorders (connected with a stress neurotic and somatoform, endogen, organic, including symptomatic mental disorders, alcoholism and mental handicap). In 38 (8,4 %) cases detected prenosological mental diseases which clinical picture was settled by a set of the individual, not connected syndrome asthenic, affective and vegetative symptoms, and also a point of premorbid personal characteristics. Not pathological adaptable asteno-vegetative syndrome and not pathological adaptable asthenic syndrome with a point of premorbid personality trait in dependence on clinical expression prenosological mental disorders were qualified. Approaches to medico-psychological delivery of care are discussed.

Key words: pregnancy, prepathological mental disorders, asteno-vegetative syndrome, not pathological adaptable reactions, medico-psychological delivery of care.

Происходящие в организме женщины в период беременности физиологические и нервно-психические изменения направлены на обеспечение максимально благоприятных условий для нормального развития плода и носят доминантный характер [4]. Развивая идеи А. А. Ухтомского, автор предложил термин «гестационная доминанта» для обозначения возникающей во время беременности в ответ на образование зиготы специальной системы констелляций нервных центров. Гестационная доминанта включает физиологический и психологический компоненты, которые соответственно определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими с женщиной, направленными на вынашивание, а затем на рождение и выхаживание ребенка. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а

затем плода. Это происходит путем формирования под влиянием факторов внешней и внутренней среды стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, обладающего повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности и способным оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры. Психологический компонент гестационной доминанты представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы [6].

И. А. Аршавским [4] было также предложено понятие материнской доминанты – последовательно возникающих в связи с репродуктивной функцией и сменяющих друг друга доминантных состояний в организме женщины, детерминированных биологическими (прежде всего гормональными) изменениями, психологическими и социальными факторами [5].

Литературные данные свидетельствуют, что любое психическое расстройство возникает постепенно, через предшествующие ему реакции и состояния. Для их обозначений используются различные термины: «преморбидные состояния», «пограничные состояния», а также «адаптивные реакции», «дезадаптационные расстройства» [1, 2, 3, 7, 8]. Но наиболее распространенным и признанным является термин «предболезненные состояния» [10]. Эти нарушения чаще всего формируются у лиц с выраженными признаками нервно-психической неустойчивости и включают в себя предпатологические состояния с латентной, не выраженной, компенсированной в обычных условиях легкой патологией психической деятельности [9]. Непатологические проявления в едином ряду психогенных нарушений могут рассматриваться в качестве начального этапа развития невротических симптомов. При ряде условий они вызывают нарушение функциональной активности индивидуального барьера психической адаптации. Указанные проявления отличаются парциальностью, не объединяются в синдром, существует возможность их полной самокоррекции [1, 2]. К непатологическим невротическим проявлениям (адаптационным реакциям) автор относит тревожную напряженность, вегетативные дисфункции, расстройства ночного сна, возникновение и декомпенсация соматических расстройств и снижение порога переносимости различных вредностей.

В связи с вышесказанным целью исследования было изучение распространенности и клинической структуры предболезненных психических нарушений у женщин при физиологически протекающей беременности для разработки рекомендаций по оказанию медико-психологической помощи.

Материал и методы исследования

В течение 2010–2011 гг. обследовано 450 женщин с беременностью, протекающей без серьезных осложнений на всем ее протяжении. Основными методами исследования были: клини-

ко-психопатологический, клинико-динамический, психометрический (тест Леонгарда-Шмишека, опросник депрессии Бека, шкала Гамильтона [HARS] для оценки тревоги, методика исследования межличностных отношений Лири, шкала астенического состояния Л. Д. Майкова в адаптации Т. Г. Чертовой) и статистический (описательная статистика).

Результаты исследования и обсуждение

Клинический анализ показал, что у 121 (26,9 %) беременной имелись клинически очерченные психические расстройства (в 19,3 % случаев диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, в 3,8 % – эндогенные психические расстройства, в 2,4 % – органические, включая симптоматические психические расстройства, в 2 % – алкоголизм и в 1,8 % случаев – умственная отсталость), а в 38 (8,4 %) случаях обнаружены донозологические (предболезненные) психические нарушения. В зависимости от клинического выражения предболезненных психических нарушений группа была разделена на 2 подгруппы.

В *первую подгруппу* вошли 17 (3,7 %) беременных, клиническая картина психических нарушений у которых исчерпывалась набором единичных, не связанных синдромально астенических, аффективных и вегетативных симптомов. Данное состояние нами квалифицировалось как **непатологическая адаптационная астено-вегетативная реакция**.

Во *вторую подгруппу* вошло 21 (4,7 %) беременных, в клинической картине которых, кроме отдельных астенических, аффективных и вегетативных, присутствовали единичные навязчивые, истерические и ипохондрические симптомы, не взаимосвязанные между собою в единый клинически очерченный синдром. Данное состояние нами квалифицировалось в рамках **непатологической адаптационной астено-невротической реакции с заострением преморбидных личностных черт**.

В первой подгруппе беременные были в возрасте от 20 до 30 ($23,1 \pm 0,6$) лет. В 9 (52,9 %) случаях они имели высшее образование, в 7 (41,2 %) среднее специальное образование и в 1 (5,9 %) – среднее. В 12 (70,6 %) случаях они были служащими и в 5 (29,4 %) – индивидуальные предприниматели. В подавляющем большинстве случаев – 14 (82,4 %) обследуемые состояли в законном браке, в 2 (11,8 %) случаях в гражданском и в 1 (5,9 %) были не замужем. Преимущественно обследуемые характеризовали свой семейный микроклимат как спокойный и доброжелательный и только в 1 (5,9 %) случае были эпизодические конфликты, не нарушающие единство семьи. В большинстве случаев – 9 (52,9 %) обследуемые проживали в собственном доме, в 7 (41,2 %) – в квартире и только в 1 (5,9 %) случае у семейной пары не было собственного жилья и они снимали квартиру. Все беременные не курили табак, изредка, «по праздникам» – 6 (35,3 %) человек употребляли алкогольные напитки. Большинст-

во – 11 (64,7 %) обследуемых имели хобби (спорт, музыка, танцы, путешествия) и только у 6 (35,3 %) увлечений, позволяющих получить разрядку эмоций не было.

В подавляющем большинстве случаев – 13 (76,5 %) в преморбиде (тест Леонгарда-Шмишека) пациентки характеризовались как гипертимные личности (в 5 случаях в сочетании с экзальтированными чертами характера и в 2 – с эмоциональной лабильностью), в 3 (17,6 %) случаях были выявлены педантичные и застревающие черты характера и в 1 (5,9 %) случае экзальтированный тип с эмоциональной лабильностью.

Во всех случаях беременность была первой, желанной. В 13 (76,5 %) случаях пациентки осмотрены в третьем триместре, 3 (17,6 %) – в первом и 1 (5,9 %) – во втором. В этот же период у беременных и возникли донозологические психические нарушения, клиническая картина которых определялась повышенной физической и психической утомляемостью, чувством усталости, рассеянностью внимания. Данные нарушения были у всех беременных данной подгруппы, возникали преимущественно во второй половине дня. В половине случаев наблюдалась эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность. Характерными были колебания настроения в течение суток от хорошего к несколько подавленному, изредка переходящее чувство тревоги, внутренний дискомфорт. Наряду с этим отмелись диссомнические нарушения (сонливость в дневное время, затрудненное засыпание, неглубокий сон), неустойчивый аппетит, повышенная жажда.

При психометрическом обследовании выявлено следующее.

- Опросник депрессии Бека от 4 до 8 ($5,9 \pm 0,4$) баллов показал отсутствие депрессии во всех случаях.
- Шкала тревоги Гамильтона от 4 до 11 баллов, выявила в 6 (35,3 %) случаях (10–11 баллов) лёгкие симптомы тревоги.
- Шкала астении 48–57 баллов, выявила астению в 13 (76,5 %) случаях (51–57 баллов).
- Тест межличностных отношений Лири (проводился в двух вариантах: Я – до беременности и Я – в период беременности). Результаты представлены в диаграмме 1.



Как видно из диаграммы 1, показатели всех октант не выходят за границы средних величин, хотя и имеется некоторое повышение по «авторитарности», «эгоистичности» и «подозрительности» в период беременности, однако статистически не достоверное.

Таким образом, данное состояние возникало в основном в третьем триместре беременности на фоне астении, преимущественно у стеничных, деятельных личностей, с активной жизненной позицией, испытывалось беременными субъективно, расценивалось ими как обычные проявления беременности и не приводило к социальной дезадаптации.

Во второй подгруппе беременные были в возрасте от 21 до 30 (±) лет. В 11 (52,3 %) случаях они имели среднее специальное образование, в 3 (14,2 %) случаях – среднее, в 1 (4,8 %) случае высшее, 6 (28,5 %) случаях являлись учащимися ВУЗов. В 9 (42,8 %) случаях они были безработными, в 7 (33,3 %) – служащие, в 3 (14,2 %) – квалифицированные рабочие и в 2 (9,5 %) – неквалифицированные рабочие. В подавляющем большинстве случаев – 17 (80,9 %) обследуемые состояли в законном браке, в 4 (19,1 %) случаях – были в разводе. В большинстве случаев – 15 (71,4 %) обследуемые характеризовали свой семейный микроклимат как спокойный и доброжелательный, в 6 (28,5 %) случаях были эпизодические конфликты, не нарушающие единство семьи. В 9 (42,8 %) случаях обследуемые проживали в собственном доме, в 7 (33,3 %) у семейной пары не было собственного жилья и они снимали квартиру, и только в 5 (23,8 %) случае проживали в собственной квартире. Все беременные не курили табак, изредка, «по праздникам» – 13 (61,9 %) человек употребляли алкогольные напитки. В 9 (42,8 %) случаях у обследуемых было увлечение (музыка, танцы, путешествия), у 12 (57,2 %) хобби, увлечений не было.

В подавляющем большинстве случаев – 19 (90,4 %) в преморбиде (тест Леонгарда-Шмишека) пациентки характеризовались как эмоционально лабильные личности (в 11 случаях в сочетании с экзальтированными чертами характера, в 2 случаях – с демонстративностью и в 2 случаях – с тревожностью, в 1 случае – с гипертимностью), в 2 (9,6 %) случаях был выявлен демонстративный тип в сочетании с гипертимностью.

Во всех случаях беременность была первой, желанной. В 14 (66,6 %) случаях пациентки осмотрены во втором триместре, 4 (19 %) – в первом и в 3 (14,2 %) – в третьем. В этот же период у беременных и возникли донозологические психические нарушения, клиника которых определялась следующим. Пациенток, преимущественно во второй половине дня, беспокоили повышенная физическая и психическая утомляемость, чувство усталости, рассеянность внимания, которые были основными симптомами, в половине случаев в сочетании с

эмоциональной лабильностью, повышенной раздражительностью. На этом астеническая симптоматика истощалась. Характерными были колебания настроения в течение суток от хорошего к несколько подавленному, у некоторых преходящее чувство тревоги, внутренний дискомфорт. Наряду с этим отмелись легкие нарушения сна: сонливость в дневное время, изредка затрудненное засыпание, колебания аппетита, повышенная жажда. У некоторых обследуемых отмечались парестезии, фиксированность на вопросах собственного здоровья, в единичных случаях демонстративность жалоб, а также единичные навязчивые симптомы.

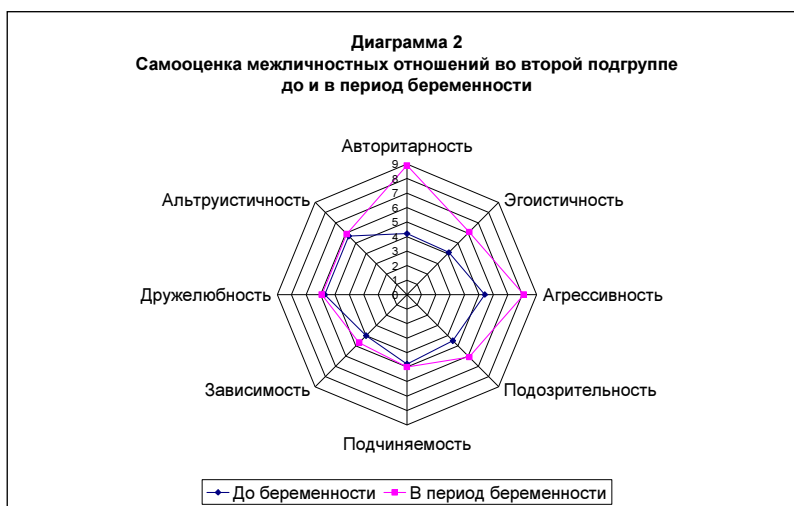
При психометрическом обследовании выявлено следующее.

- Опросник депрессии Бека от 7 до 13 ($10,1 \pm 0,4$) баллов, выявил в 13 (62 %) случаях ($11,1 \pm 0,4$ баллов) симптомы лёгкой депрессии.
- Шкала тревоги Гамильтона от 8 до 15 ($11,1 \pm 0,4$) баллов, выявила во всех случаях симптомы легко выраженной тревоги.
- Шкала астении 51-68 ($58,1 \pm 1,0$) баллов выявила легко выраженную астению («слабую астению») во всех случаях.

Тест межличностных отношений Лири (проводился в двух вариантах: Я – до беременности и Я – в период беременности) показал (диаграмма 2).

Как видно из диаграммы 2, до беременности показатели всех октант были в пределах средних значений. По октанту «авторитарность» показатели во второй группе статистически достоверно ($p < 0,05$) были ниже, чем в первой. В период беременности отмечается статистически достоверное ($p < 0,05$) увеличение показателей по трем октантам – «авторитарность», «эгоистичность» и «агрессивность», что можно объяснить психологически понятной реакцией акцентуированных личностей, связанных с беспокойством и заботой о вынашивании беременности. Выявлена средней степени выраженности корреляционная зависимость ($r = 0,5$ $p = 0,014$) между подозрительностью и астенией, что свидетельствует о значимости астении в личностных реакциях беременных.

Клинический анализ показал, что данное состояние возникало у женщин с преимущественно эмоционально-лабильной акцентуацией характера (с чертами экзальтированности и демонстративности) и наряду с астенической симптоматикой сочетались с единичными аффективными, истерическими и ипохондрическими симптомами, не объединенными в единый монолитный синдром. Несмотря на относительно высокие показатели авторитарности, эгоистичности агрессивности, они не приводили к социальной дезадаптации.



Таким образом, исследование показало, что при физиологически протекающей беременности, наряду с высоким удельным весом (почти 27 %) клинически очерченных психических расстройств, более чем в 8 % случаев наблюдаются донозологические психические нарушения, связанные с астенией, присущей третьему триместру беременности и клинически проявляются в двух вариантах.

Для первого характерно формирование в третьем триместре беременности на фоне астении, преимущественно у активных, деятельных личностей, с активной жизненной позицией, испытывалось беременными субъективно, расценивалось ими как обычные проявления беременности, не приводило к социальной дезадаптации.

Для второго характерно возникновение у женщин с эмоционально-лабильной акцентуацией характера (с чертами экзальтированности и демонстративности) и наряду с астенической симптоматикой сочетались с единичными аффективными, истерическими и ипохондрическими симптомами, не объединенными в единый монолитный синдром.

Во всех случаях не требовалась психофармакотерапия; часть беременных посещали сеансы психотерапии (релаксационный тренинг, аутогенная тренировка, самогипноз) с положительным эффектом.

Список литературы

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – 2-е изд., перераб.и доп. – М. : Зевс ; Ростов н/Д : Феникс, 1997. – 570 с. : табл.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. образования / Ю. А. Александровский. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. – 495 с. : ил.
3. Апчел, В. Я. Стресс и стрессустойчивость человека / В. Я. Апчел, В. Н. Цыган ; Воен.-мед. акад. – СПб. : ВМедА, 1999. – 86 с.

4. Аршавский И. А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющего нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша / И. А. Аршавский // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии : сб. статей, посвящ. 75-летию со дня рожд. и 50-летию науч.-врачеб. деятельности действ. чл. Акад. мед. наук, заслуж. деятеля науки проф. М. С. Малиновского / под ред. Ф. А. Сыроватко. – М., 1957. – С. 320–333.
5. Батуев А. С. Психофизиологическая природа доминанты материнства / А. С. Батуев // Детский стресс – мозг и поведение : тез. докл. II науч.-практ. конф. / Междунар. фонд «Культурная инициатива», СПбГУ, РАО. – СПб., 1996. – С. 3–4.
6. Добряков И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. – СПб. [и др.] : Питер, 2010. – 271 с. : ил., табл. – (Мастера психологии).
7. Довгуша В.В. Преморбидные состояния в экстремальной медицине и экстремальной психологии / В. В. Довгуша, И. Д. Кудрин, А. И. Кудрин [и др.]. – СПб.: ГУП НИИ ПММ, 2003. – 282 с.
8. Курпатов В. И. Влияние специфических особенностей служебной деятельности на психическое состояние плавсостава ВМФ / В. И. Курпатов // Морской медицинский журнал. – 1997. – Т. 4. – № 5. – С. 9–14.
9. Литвинцев С. В. Дезадаптивные психологические реакции: особенности их формирования и купирования / С. В. Литвинцев // Теоретические и прикладные вопросы обитаемости и профессионального отбора: всеарм. науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 30 мая 1996 г. / ВМедА. – СПб., 1996. – С. 56–57.
10. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичов. – Л.: Медицина. Ленингр. отд., 1987. – 183 с.

Рецензенты:

Оруджев Назим Яшарович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград.

Пахомов Сергей Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГАОУ ВПО Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Волгоград.