

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СОСТОЯНИЯ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Кулиев Р.Т.¹, Руженков В.А.¹

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Министерства образования и науки Российской Федерации, Белгород, e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

Цель исследования – изучение распространенности и клинической картины донозологических психических расстройств и состояний повышенного риска дезадаптации при физиологически протекающей беременности для разработки дифференцированной программы медико-психологической помощи. Клинико-психопатологическим и психометрическим методами обследовано 450 женщин с беременностью (во втором и третьем триместрах), протекающей без осложнений. В 26,9% случаев выявлены клинически значимые психические расстройства, в 8,4% – предболезненные психические расстройства и у 11,8% – состояния повышенного риска дезадаптации. Предболезненные психические расстройства проявлялись в виде непатологических адаптационных астено-вегетативных и астено-невротических реакций с заострением преморбидных личностных черт. Состояния повышенного риска дезадаптации включали астенические, дистимические и психовегетативные реакции. Разработана комплексная программа психотерапевтической помощи, направленная на эмоциональную, когнитивную, поведенческую и телесную сферы. Применялись релаксационный тренинг, визуально-кинестетическая диссоциация тревоги, ресурсные техники. Проведенная психотерапия (41 беременная) во всех случаях привела к улучшению состояния.

Ключевые слова: беременность, донозологические психические расстройства, состояния дезадаптации, тревога, депрессия, психотерапия.

PRENOSOLOGICAL FORMS OF MENTAL DISORDERS AND THE STATES OF THE INCREASED RISK OF DISADAPTION IN WOMEN WITH PHYSIOLOGICAL PREGNANCY

Kuliev R.T.¹, Ruzhenkov V.A.¹

¹Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Belgorod National Research University», Belgorod, e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

The study aimed to analyse the prevalence and clinical aspects of prenosological disorders and conditions of increased risk of maladaptation in physiological pregnancies for the development a differentiated program of medical and psychological care. A sample of 450 women with pregnancy (in the second and third trimesters), without complications, were examined using clinical, psychopathological and psychometrical methods. In 26.9% of cases, clinically significant psychiatric disorders were detected, 8.4% - preclinical mental disorders and 11.8% - states of increased risk of maladaptation. Prenosological psychiatric disorders were manifested in the form of non-pathological adaptive astheno-vegetative and astheno-neurotic reactions with acute premorbid personality traits. The states of increased risk of maladaptation included asthenic, dysthymic and psycho-vegetative reactions. A comprehensive program of psychotherapeutic assistance has been developed. This program included relaxation training, visually-kinesthetic anxiety dissociation, resource engineering and focused on the emotional, cognitive, behavioral and body spheres. The psychotherapy (41 pregnant women) in all cases led to an improvement in the condition.

Keywords: pregnancy, prenosological mental disorders, states of disadaptation, anxiety, depression, psychotherapy.

Физиологические изменения, возникающие при беременности, создают фон, на котором легко развиваются нервно-психические расстройства, встречающиеся примерно у 40% женщин [1]. Речь идет о клинически выраженных формах расстройств. В последние годы возрос интерес к донозологическому этапу формирования расстройств психики, распознавание которых представляет большие трудности. Донозологическими считаются промежуточные между нормой и патологией состояния, не содержащие клинических

радикалов болезни, а представляющие собой варианты такой нормы, которая при определенных условиях может входить в противоречие с социально-средовыми условиями и вызывать нарушение функциональной активности индивидуального барьера психической адаптации [2], следствием чего являются различные варианты дезадаптации с феноменами психогенных расстройств [3] и не подпадающие под диагностические критерии МКБ-10 [4-6].

При донозологических невротических реакциях [7] психопатологический синдром не сформирован, в его структуре преобладают психовегетативные дисфункции, что указывает на неспецифичность этих расстройств [8]. Кроме того, описываются *ситуации (периоды) повышенного риска*, которые расцениваются [9] как инициальный этап дисгармонии психической деятельности и включают острые аффективные стрессовые реакции и преневротические состояния. Они могут проявляться в виде астенического, дистимического, психовегетативного и дисмнестического вариантов [10].

Учитывая, что даже нормально протекающая беременность вносит серьезные изменения в образ жизни женщины, ее самоощущение и восприятие мира [11], а гестационная доминанта на психологическом уровне проявляется в некоторой заторможенности беременной, преобладании интересов, связанных с рождением и выхаживанием ребенка [12], возникает риск дезадаптивных реакций. В связи с этим целью исследования было изучение распространенности и клинической картины донозологических психических расстройств и состояний повышенного риска дезадаптации при физиологически протекающей беременности для разработки дифференцированной программы медико-психологической помощи.

Объект и методы исследования

Выборочным методом обследовано 450 женщин в возрасте от 17 до 38 ($25,7 \pm 4,4$) лет с беременностью, протекающей без осложнений. Критериями включения беременных в исследование были: отсутствие гестозов беременности, патологии плода и обострения соматического заболевания.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический, психометрический: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала астении (Л.Д. Майкова, Т.Г. Чертова), тест самооценки межличностных отношений Лири, методика определения акцентуаций характера Леонгарда-Шмишека и статистический: описательная статистика, критерий Манна-Уитни – для сравнения двух независимых переменных, критерий Уилкоксона – для сравнения 2 зависимых переменных, критерий χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность для таблиц сопряженности 2x2 и факторный анализ методом главных компонент с varimax вращением фактора.

Результаты исследования и обсуждение

Клинико-психопатологическое и психометрическое исследование показало, что на период обследования психические расстройства клинического уровня были выявлены у 121 (26,9%) беременной. Из общего числа психически здоровых – 329 (73,1%) человек, у 38 (11,6%) диагностировались предболезненные психические расстройства и у 53 (16,1%) – состояния повышенного риска дезадаптации. При расчете этого показателя на всех обследованных с нормально протекающей беременностью установлено, что предболезненные психические расстройства имеются у 8,4% и у 11,8% – состояния повышенного риска дезадаптации.

Изучение основных социально-демографических показателей *группы психически здоровых* – 238 (52,9%) человек (с исключением из нее донозологических психических расстройств и состояний повышенного риска дезадаптации), показало, что более половины (54,6%) имели высшее образование, 30,7% – среднетехническое и остальные 14,7% – среднее. Все обследованные состояли в браке, из них 8,8% – в гражданском. В подавляющем числе случаев (96,2%) микроклимат в семье был спокойным, доброжелательным; в 2,1% – спокойным, холодно-формальным, и только в 1,7% случаев были эпизодические конфликты. У половины (51,7%) женщин данная беременность была первой, у 37,4% – вторая и у 10,9% – третья-пятая. Во всех случаях беременность была желаемая. У большинства (85,7%) беременных аборт в анамнезе отсутствовал, у 10,5% был 1 аборт и у остальных 3,8% – по 2-3.

Свое самочувствие на период 2-3 триместра беременности обследуемые характеризовали как хорошее и не предъявляли каких-либо жалоб на состояние здоровья и проблемы вынашивания беременности. Они были окружены заботой и вниманием со стороны мужа и родных, готовились к родам.

Шкала астении выявила у 72,7% беременных легко выраженную астению. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) не выявила клинического уровня симптомов депрессии и тревоги. Субклинический уровень депрессии был зафиксирован в 29,4% случаев. Субклинически выраженная тревога – в 31,1% случаев.

Факторный анализ характеристик межличностных отношений данной группы беременных выявил 1 значимый фактор – эгоистичность (54,2% дисперсии), определяющий поведение. Факторный анализ личностных особенностей выявил 4 значимых фактора: гипертимность, педантичность, застреваемость и экзальтированность, объясняющих 70,9% дисперсии. Указанные особенности не нарушали микросоциальную адаптацию, а были направлены на создание оптимальных психологических условий вынашивания беременности.

Изучение группы с *донозологическими психическими расстройствами* показало, что большинство (78,9%) женщин состояли в браке, 13,2% были разведены и 7,9% – одиноки. У большинства обследованных (81,6%) данная беременность была первой, в остальных (18,4%) случаях – второй. Аборты были в анамнезе только у 10,5%. Во всех случаях беременность была желаемой. Установлено, что в данной группе женщин семейный микроклимат был более ($\chi^2=13,78$ $p=0,0009$) проблематичным (напряженным, конфликтным), чем в группе психически здоровых, что является одним из факторов, повышающих риск формирования донозологических психических расстройств более чем в 4 раза ($OR=4,5$ $95\%CI=1,9-10,6$). По остальным социально-демографическим показателям они не отличались от здоровых беременных.

Психометрическое обследование выявило субклинический уровень депрессии – 2-9 ($6,1\pm 1,8$) баллов у 23,8% обследованных и субклинический уровень тревоги 3-9 ($6,3\pm 1,8$) баллов – у 33,3%. Легко выраженная астения – 46-61 ($58,1\pm 1,0$) балл обнаружена во всех случаях.

В данной группе было выделено 2 подгруппы в зависимости от выраженности предболезненных психических нарушений: первая подгруппа – 17 (3,7%) беременных с состоянием, квалифицировавшимся нами как непатологическая адаптационная астено-вегетативная реакция, и вторая – 21 (4,7%) беременная с симптоматикой в рамках непатологической адаптационной астено-невротической реакции с заострением преморбидных личностных черт. Подробная характеристика группы беременных с донозологическими психическими расстройствами была опубликована нами ранее [13].

Факторный анализ личностных особенностей беременных 1-й подгруппы выявил 4 значимых фактора, создающих предрасположенность к формированию донозологических психических расстройств, объясняющих 79,5% дисперсии: тревожность, гипертимность, неуравновешенность и рассеянность. Во 2-й подгруппе, в свою очередь, выявлены 2 значимых фактора (64,5% дисперсии): замкнутость и педантичность.

Факторный анализ особенностей межличностного взаимодействия беременных 1-й подгруппы выявил 2 значимых фактора межличностных отношений (75% дисперсии): их контрастность и противоречивость, составляющие которых (сосуществование зависимости, дружелюбия, подчиняемости и альтруизма с эгоистичностью, авторитарностью и агрессивностью) отражают их двойственность, что является фактором, способствующим формированию донозологических расстройств. Во 2-й подгруппе выявлено 2 значимых фактора (80,7% дисперсии): альтруистичность и подозрительность, составляющие которых также свидетельствуют о противоречивости во взаимоотношениях с окружающими.

В группу с *состояниями повышенного риска дезадаптации* вошли 53 (18,2%)

беременные женщины. Большинство (58,5%) из них имели среднетехническое образование, 20,8% – высшее и 20,8% – среднее. Женщины этой группы реже ($\chi^2=18,57$ $p=0,0005$; $OR=4,6$ $95\%CI=2,2-9,9$) имели высшее образование, чем беременные без психических расстройств. Таким образом, установлено, что высокий уровень образования является протективным фактором, способствующим более успешной адаптации.

Большинство (69,8%) женщин имели профессию рабочего (половина из них – невысокой квалификации); 15,1% – работали в бюджетной сфере, и 15,1% – были индивидуальные предприниматели. Установлено ($\chi^2=14,01$ $p=0,0008$; $OR=3,4$ $95\%CI=1,7-6,8$), что в группе психически здоровых был более высокий уровень социальной адаптации, которому способствовал более высокий уровень образования.

Изучение семейного положения показало, что 75,5% женщин состояли в браке – меньше ($\chi^2=49,9$ $p=0,0005$; $OR=77,0$ $95\%CI=10,0-1642,0$), чем в группе психически здоровых. Таким образом, отсутствие семейных отношений и, соответственно, поддержки со стороны отца ребенка является фактором риска формирования состояний повышенного риска дезадаптации.

Изучение семейного микроклимата показало, что, несмотря на гармоничные семейные отношения у большинства беременных до начала беременности, в последующем (со второго-третьего триместра беременности) возникли напряженные отношения с супругом. Это было связано с изменением привычного ранее стереотипа жизни и возникшего в результате беременности астенического синдрома, препятствующего функционированию на прежнем уровне. В большинстве случаев (67,9%) микроклимат в семье характеризовался женщинами как спокойный, доброжелательный; в 24,5% случаях были эпизодические конфликты и в 7,5% – систематические. Т.е. в этой группе чаще ($\chi^2=55,5$ $p=0,0005$; $OR=27,6$ $95\%CI=8,1-103,6$) выявлялись конфликтные отношения в семьях, чем в группе психически здоровых. Таким образом, установлено, что неблагоприятный семейный микроклимат и конфликты в период беременности являются фактором риска состояний дезадаптации.

Клинико-психопатологическое обследование выявило три типа реакций, определяющих риск дезадаптации: астенический, дисфорический и психовегетативный.

Астенический тип реакций повышенного риска наблюдался в 11 (20,8%) случаях и проявлялся жалобами на повышенную физическую утомляемость, постоянное чувство усталости, из-за чего периодами беспокоило пониженное настроение, грусть, сонливость в дневное время. В половине случаев встречались отдельные навязчивые воспоминания. У части беременных была некоторая демонстративность жалоб.

Факторный анализ личностных особенностей при астеническом типе реакций выявил 3 значимых фактора (72,1% дисперсии): эмоциональная лабильность, подавленность и

демонстративность, составляющие которых определяют развитие реакций данного типа.

Дисфорический тип реакций повышенного риска встречался в 21 (39,6%) случае и проявлялся пониженным настроением, повышенной раздражительностью, недовольством окружающими, чувством злобы, гнева, эмоциональной лабильностью. В третьей части случаев встречались отдельные навязчивые воспоминания, демонстративность в конфликтных ситуациях и расстройства кожной чувствительности. Кроме того, наблюдалась повышенная сонливость в дневное время, поверхностный сон ночью.

Факторный анализ личностных особенностей при дисфорическом типе реакций выявил 5 значимых факторов (85,5% дисперсии), определяющих их возникновение – доверчивость, гипертимность, демонстративность, экзальтированность и стеничность.

В остальном 21 (39,6%) случае диагностировался *психовегетативный вариант реакций повышенного риска*, который проявлялся полиморфной симптоматикой: сниженным настроением, чувством тревоги, неопределенной подавленностью, неустойчивостью настроения. Наряду с этим отмечалась вегетативная неустойчивость: расстройства засыпания, сонливость в дневное время, повышение аппетита, колебания АД, вазомоторная лабильность.

Факторный анализ личностных особенностей при психовегетативном типе реакций выявил 4 значимых фактора, объясняющих 64,0% дисперсии (гипертимность, тревожность, демонстративность и экзальтированность).

Психометрическое обследование выявило легко выраженную астению – 53-71 (58,8±4,7) балл во всех случаях. Шкала HADS: тревога 8-13 (9,5±1,3) баллов – 77,4% субклинический и 22,6% – клинический уровень; депрессия – 8-12 (9,5±1,3) баллов в 92,5% – субклинический и 7,5% – клинический уровень. Во всех случаях наблюдалось сочетание тревоги и депрессии.

Факторный анализ выявил 3 значимых личностных фактора (55,9% дисперсии): эмоциональная лабильность, гипертимность и экзальтированность, а также 2 значимых (82,1% дисперсии) фактора межличностных отношений (альтруистичность и эгоистичность), создающих риск состояний дезадаптации у беременных.

Почти половина – 41 (45%) беременных проходили сеансы психотерапии. Психотерапевтическая программа разрабатывалась на основе релаксационных техник – для групповой работы и современных психотехнологий нейролингвистического программирования, эриксоновского гипноза и гештальттерапии – для индивидуальной и состояла из трех базовых блоков: вводного, терапевтического и контрольного (проверка эффективности проведенной психотерапии).

Психотерапевтическая помощь была комплексной и включала воздействие на

эмоциональную сферу (нейтрализация тревоги и подавленности, гармонизация межличностных отношений); когнитивную сферу (осознание этапов материнской доминанты, изменения собственного самочувствия и поведения, проблем в связи с изменившимися взаимоотношениями в семье); поведенческую сферу (общение с ребенком, проигрывание проблемных семейных ситуаций); телесную сферу (осознание и принятие телесных изменений в результате беременности).

Применяли релаксационный тренинг, визуально-кинестетическую диссоциацию тревоги, ресурсные техники.

Одним из направлений работы было снижение уровня тревоги и депрессии, устранение тревожных опасений (боязнь боли) перед родами. Применялись техники присоединения ресурсов, нейтрализации тревоги, возрастной прогрессии (мысленное перемещение в послеродовой период с присоединением ресурса).

Во всех случаях отмечалась положительная динамика, психическое состояние существенно улучшалось. В дальнейшем беременность и роды протекали без осложнений.

Заключение

Исследование показало, что при беременности, протекающей без осложнений, обнаруживается высокий удельный вес донозологических форм психических расстройств и состояний высокого риска социальной дезадаптации. При беременности снижается порог переносимости психогенных влияний, что нередко обуславливает формирование адаптационных реакций субдепрессивной и тревожно-субдепрессивной структуры. Гестационная доминанта, сопровождающаяся нейрогуморальными сдвигами, астенией, тревогой, а также высокой значимостью рождения ребенка, изменяет привычную систему семейных отношений, что при наличии противоречивых личностных особенностей способствует формированию донозологических психических нарушений, а у лиц с акцентуацией характера – состояний высокого риска дезадаптации. При этом факторами риска дезадаптации являются личностные особенности: эмоциональная лабильность, гипертимность и экзальтированность, которые обуславливают противоречивость в межличностных взаимоотношениях – альтруистичность в сочетании с эгоистичностью. Это обуславливает необходимость своевременной медико-психологической и особенно психотерапевтической помощи, включающей проведение релаксационных тренингов и обучение методам саморегуляции и собственно психотерапию, направленную на устранение симптомов и изменение отношения к психотравмирующим ситуациям.

Список литературы

1. Бронфман С.А. Сравнительное исследование клинико-психопатологических особенностей перво- и повторнородящих женщин в третьем триместре беременности / С.А. Бронфман, Е.И. Перова, Л.М. Кудаева // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1 [Электронный ресурс]. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sravnitelnoe-issledovanie-kliniko-psihopatologicheskikh-osobennostey-pervo-i-povtornorodyaschih-zhenschin-v-tretem-trimestre> (дата обращения: 18.10.2017).
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. образования. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. – 495 с.
3. Сухотина Н.К. Донозологические формы нервно-психических расстройств у детей // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18. – № 1. – С. 75-80.
4. Кекелидзе З.И. Медико-психологическая помощь пострадавшим при стихийных бедствиях и катастрофах: пособие для врачей. – М.: Медицина, 1997. – 95 с.
5. Вельтищев Д.Ю. Аффективная модель стрессовых расстройств: психическая травма, ядерный аффект и депрессивный спектр // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 9. – С. 104–107.
6. Марченко А.А. Проблемные вопросы диагностики и патоморфоза невротических расстройств у военнослужащих / А.А. Марченко [и др.] // Доктор.Ру. – 2012. – № 5 (73). – С. 61–66.
7. Битенский В.С. Вопрос о неспецифических реакциях в работах К. Бонгёффера, Э. Крепелина и Г. Селье / В.С. Битенский, Л.Н. Аряев, Э.В. Мельник, В.А. Пахмурный // Вестник психического здоровья. – 2001. – № 1–2. – С. 14–23.
8. Ичитовкина Е.Г. Психическое здоровье комбатантов министерства внутренних дел в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности: автореф. дис. ... д.м.н. – Архангельск, 2016. – 41 с.
9. Снедков Е.В. Понятия здоровья и болезни в психиатрии. Предпатологические состояния психической деятельности и предболезненные психические расстройства: учеб. пособие / Е.В. Снедков [и др.]; под ред. Е.В. Снедкова. – СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», 2012. – 36 с.
10. Насырова Р.Ф. Психические непсихотические расстройства у женщин репродуктивного возраста с миомой матки // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 5. – С. 135-140.
11. Полякова О.О. Влияние стресса на психологические особенности беременных

женщин / О.О. Полякова, Я.В. Ушакова // Огарев-online. – 2014. – № 1 [Электронный ресурс].
- URL: <http://journal.mrsu.ru/arts/vliyanie-stressa-na-psikhologicheskie-osobennosti-beremennykh-zhenshhin> (дата обращения: 21.11.2017).

12. Хазова С.А. Особенности гестационной доминанты женщин, не встающих на учет по беременности / С.А. Хазова, И.А. Золотова // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2009. – Т. 15. - № 5. – С. 200–205.

13. Кулиев Р.Т. Предболезненные психические нарушения при физиологически протекающей беременности / Р.Т. Кулиев, В.А. Руженков // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6. - URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=7933> (дата обращения: 29.11.2017).