

Л. І. Лобойко

Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ В КОНТЕКСТЕ АДАПТАЦИИ СИСТЕМЫ «МАТЬ — РЕБЕНОК»

Статья посвящена исследованию динамики психоэмоционального состояния женщин в раннем послеродовом периоде в аспекте их адаптации к материнству, а также взаимодействия в системе «мать — ребенок». В результате дважды проведенного обследования 140 молодых матерей, включавшего клиническое интервьюирование и психодиагностическое исследование, были выявлены особенности психоэмоциональной сферы женщин в раннем послеродовом периоде. У 65,6 % женщин в течение первого месяца после родов установлены симптомы депрессии и тревоги невысокой степени выраженности, которые в большинстве случаев подвергались обратному развитию в течение 3 месяцев после родов. В то же время, у 45 % женщин выявленные симптомы получали дальнейшее развитие, приводя к формированию клинически выраженных психопатологических состояний, характеризующихся, в основном, соматическими масками тревожных и депрессивных проявлений. Триггерным фактором в этом случае выступало отсутствие психологической готовности к материнству, поддерживающими — наличие проблем во взаимоотношениях с супругом и недостаточность семейной поддержки, что приводило к дезадаптации системы «мать — ребенок», дальнейшему ухудшению внутрисемейных отношений и усилению тяжести психопатологической симптоматики. Высокая готовность к материнству в сочетании с достаточным уровнем семейной поддержки являются протективными факторами, способствующими успешной адаптации женщины к материнству и формированию оптимального уровня взаимодействия в системе «мать — ребенок».

Ключевые слова: нарушения психоэмоциональной сферы, ранний послеродовой период, адаптация к материнству, взаимодействие «мать — ребенок»

В условиях роста уровня социально-психологического дистресса, демографического кризиса и ухудшения показателей здоровья населения вопросы охраны психического здоровья и психологического благополучия женщин и детей, несомненно, являются одними из наиболее актуальных проблем медицинской психологии [1—4]. Исследованиями последнего десятилетия установлено быстрое распространение аффективной патологии, в частности депрессивных и тревожных расстройств, у женщин во время беременности и в послеродовом периоде [5—9]. По данным R. Kelly с соавт., у 40 % беременных женщин проявляются психопатологические признаки, причем 56 % нарушений составляют депрессии [10], а частота послеродовой депрессии составляет от 3,6 % до 19 % [11—14]. Хотя депрессия правомерно является объектом постоянного внимания исследователей, до сих пор недостаточно изучены ассоциированные с беременностью и послеродовым периодом у женщин депрессивные и тревожные расстройства и их влияние на течение развития ребенка и детско-материнских отношений [15—18].

В литературе описаны изменения психоэмоциональной сферы, встречающиеся у женщин после родов, среди которых наиболее распространенным является короткий период депрессии «*baby blues*» (синдром «грусти рожениц»), не требующий лечения. В других случаях в послеродовом периоде развиваются более тяжелые симптомы депрессии, нарушающие работоспособность, у небольшого числа женщин развиваются психотические расстройства.

Синдром «грусти рожениц» проявляется с 3 по 6 день после рождения ребенка и длится от 2 до 6 недель. Для материнского блюза характерны сниженное

настроение, психическая и физическая истощаемость, тревога, раздражительность, слезливость и расстройство сна [19]. Некоторые авторы считают, что кроме этих симптомов важным является лабильность в эмоциональной сфере, ундулирующая от печали до повышенного настроения [20].

В связи с различными подходами к диагностике синдрома «грусти рожениц», отличаются показатели его распространенности. Так, С. Т. Beck [21], F. Teissedre, H. Chabroi [22] считают материнский блюз преходящим феноменом, длящимся от нескольких часов до нескольких дней, который может быть диагностирован у 50-80 % первородящих матерей. Большинство авторов полагают, тем не менее, что симптомы блюза должны персистировать в течение двух недель, поэтому распространенность расстройства составляет по подсчетам одних специалистов 14 % [23], а других исследователей — 33,7—35 % [24, 25].

Синдром «грусти рожениц» по ряду критериев можно отнести к реакциям нервно-психической адаптации, во-первых, из-за обратимости расстройства (более 80 % женщин преодолевают данную неглубокую депрессию в течение месяца после рождения ребенка), а во-вторых, из-за незначительной выраженности тревожно-депрессивной симптоматики [26].

Общая задача адаптации сводится к сохранению морфофункционального единства организма, высокого уровня его деятельности и обеспечению необходимых условий для достижения имеющихся потребностей. С эволюционной точки зрения, адаптация является процессом, ведущим к выживанию и репродукции, а также к приспособлению к условиям среды. Между тем, рассматривая адаптационные реакции женщины после родов, необходимо определить, какой процесс адаптации имеет место — собственная адаптация женщины или адаптация системы «мать — ребенок»?

Таким образом, с целью исследования динамики психоэмоционального состояния женщин в аспекте их адаптации к материнству, а также взаимодействия в системе «мать — ребенок», на протяжении 2010 — 2012 гг. на базе коммунального учреждения охраны здоровья «Харьковская городская поликлиника № 9» нами были обследованы 154 впервые родившие женщины и их дети. Обследование проводилось дважды: первое — в сроки 14—21 день после родов, на момент педиатрического осмотра ребенка, второе — через 3 месяца после первого, и включало клиническое интервьюирование и психодиагностическое исследование. В повторном обследовании приняли участие 140 женщин.

Средний возраст пациенток составил $24,6 \pm 3,2$ лет. 25,3 % обследованных женщин имели высшее, 11,0 % — неполное высшее, 44,8 % — среднее специальное, 18,8 % — среднее образование.

Критериями включения в обследование были: первая беременность и первые благополучные роды; оценка соматического состояния ребёнка по шкале Апгар 7 и более баллов; отсутствие в анамнезе психических и поведенческих расстройств; наличие полной семьи.

Психодиагностическое исследование проводили с использованием методики диагностики самооценки Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина [27], Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии [28], а также клинических рейтинговых шкал депрессии и тревоги М. Гамильтона [29].

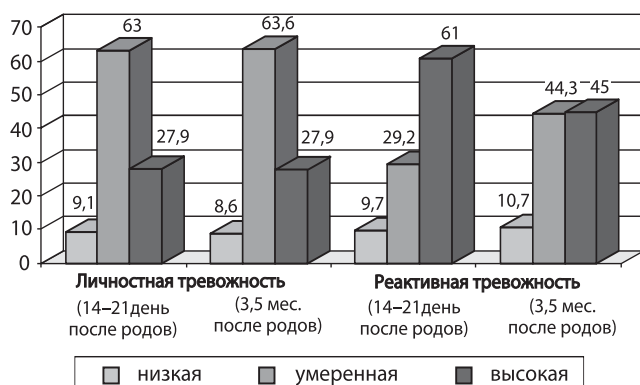
Степень готовности к материнству оценивали, руководствуясь разработанной С. Ю. Мещеряковой [30] классификацией уровней психологической готовности (низкая, средняя, высокая), основанной на оценке состояния выделенных в ходе исследования параметров: а) особенностей переживания женщиной беременности; б) ориентации на стратегию воспитания и ухода за младенцем; в) раннего детского опыта будущей матери (наличие или отсутствие привязанности к матери, стиль родительского воспитания, игровые предпочтения).

Анализ динамики личностной и реактивной тревожности у обследованных женщин позволил выявить следующее (табл. 1): на 14—21 день после родов у большинства женщин (61,0 %) уровень реактивной тревожности был высоким (среди них высоким уровнем личностной тревожности характеризовались только 27,9 % женщин), еще у трети обследованных (29,2 %) он выявился умеренным, и у остальных (9,7 %) был установлен низкий ее уровень, что соответствовало биологической детерминации данных значений низкой личностной тревожностью (рисунок). Высокая реактивная тревожность проявлялась наличием ситуативной напряженности, беспокойства, тревожным поведением, частыми мыслями о ребёнке и единичными признаками вегетативных реакций. В большинстве обследованные активно включались в уход за ребёнком при не совсем адекватном понимании своего материнского поведения, доходящего иногда до степени растерянности.

Таблица 1

Выраженность тревожности у обследованных женщин

Уровни тревожности		14—21 день после родов (n = 154)		через 3 месяца (n = 140)	
		абс. ч.	% ± m	абс. ч.	% ± m
Личностная тревожность	низкий	14	9,1 ± 2,9	12	8,6 ± 2,8
	умеренный	97	63 ± 4,8	89	63,6 ± 4,8
	высокий	43	27,9 ± 4,5	39	27,9 ± 4,5
Реактивная тревожность	низкий	15	9,7 ± 3,0	15	10,7 ± 3,1
	умеренный	45	29,2 ± 4,5	62	44,3 ± 5,0
	высокий	94	61,0 ± 3,0	63	45,0 ± 5,0



Динамика показателей реактивной и личностной тревожности у молодых матерей в послеродовом периоде, %

Спустя 3 месяца установлена иная картина: высокий и средний уровни реактивной тревожности были диагностированы у 45 % и 44,3 % женщин, соответственно, низкий ее уровень — у 10,7 %. Особенности высокой реактивной (ситуативной) тревожности пациенток через 3,5 месяца после родов характеризовались повышенной фрустрированностью, напряженностью, беспокойством при появлении новых факторов стрессорности. Эти факторы провоцировали частые тревожащие мысли о потребностях ребёнка, ситуации растерянности в обращении с ним и признаки активного ухода даже в тех ситуациях, когда ребёнок не нуждается в этом. Таким образом, установлено преобладание высоких значений реактивной тревожности после родов и нивелирование их до средних показателей примерно через 3,5 месяца.

При исследовании признаков послеродовой депрессии на 14—21 день среди пациенток единичная симптоматика постнатальной депрессии была выявлена у 101 женщины (65,6 %), отсутствие симптомов отмечалось у 53 человек (34,4 %) (табл. 2). Наиболее распространенными депрессивными проявлениями

в этот период установлены: невозможность справляться с обстоятельствами (101 чел. — 65,6 %); ощущение тревоги, беспокойства (94 чел. — 61 %); переживание печали/грусти (27 чел. — 17,5 %); трудности засыпания из-за ощущения несчастья (18 чел. — 11,68 %) и плаксивость (18 чел. — 11,68 %).

Таблица 2

Субъективные данные представленности послеродовых депрессивных проявлений у молодых матерей в динамике за 3,5 месяца после родов

Исследуемый параметр постнатальной депрессии	14—21 день после родов (n = 154)		через 3,5 месяца после родов (n = 140)	
	абс. ч.	% ± m	абс. ч.	% ± m
1. Невозможность смеяться	0	0	1	0,7 ± 0,8
2. Невозможность смотреть в будущее с удовольствием	0	0	4	2,9 ± 1,7
3. Чувство вины	5	3,2 ± 1,8	15	10,7 ± 3,1
4. Ощущение тревоги, беспокойства, паники	94	61,0 ± 3,0	63	45,0 ± 5,0
5. Невозможность справляться с обстоятельствами	101	65,6 ± 4,8	63	45,0 ± 5,0
6. Трудности засыпания из-за ощущения несчастья	18	11,7 ± 3,2	65	46,4 ± 5,0
7. Печаль/грусть	27	17,5 ± 3,8	47	33,6 ± 4,7
8. Плаксивость	18	11,7 ± 3,2	29	20,7 ± 4,1
9. Мысли о самоповреждении	0	0	0	0

При исследовании постнатальных депрессивных проявлений спустя 3,5 месяца после родов у обследованных отмечалась тенденция к увеличению количества женщин без депрессии (34,4 % против 55,5 %) и к уменьшению количества обследованных с признаками послеродовой депрессии (60,4 % против 25 %). Однако практически вчетверо выросло количество женщин с выраженной постнатальной депрессией (5,2 % против 20 %). Кроме того, впервые выявлены новые симптомы, в частности, у 1 пациентки появились трудности, выражающиеся в невозможности смеяться (0,7 %), у 4 пациенток выявлена невозможность смотреть в будущее с удовольствием (2,9 %). В целом, через 3,5 месяца после родов отсутствие

постнатальной депрессии установлено у 77 молодых матерей (что составляет 55 %), единичные ее признаки выявлены у 35 человек (25 %), выраженная послеродовая депрессия определялась у 28 пациенток (20 %) (табл. 3).

Установленная динамика согласуется с имеющимися данными о преобладании в раннем послеродовом периоде состояний материнского блюза (синдрома «грусти рожениц»), являющихся проявлением реакции нервно-психической адаптации к материнству и установлению оптимального взаимодействия в системе «мать — ребенок», носящих обратимый характер и проходящих в большинстве случаев самостоятельно.

Таблица 3

Динамика выраженности послеродовой депрессии по данным субъективной оценки обследованных женщин

Степень выраженности постнатальной депрессии	14—21 день после родов (n = 154)			через 3,5 мес. после родов (n = 140)		
	ср. бал	абс. ч.	% ± m	ср. бал	абс. ч.	% ± m
Отсутствие постнатальной депрессии (9—12 баллов)	9	53	34,4 ± 4,8	9	77	55 ± 5,0
Признаки постнатальной депрессии (13—18 баллов)	15	93	60,4 ± 4,9	14	35	25 ± 4,3
Выраженная постнатальная депрессия (19—24 баллов)	21	8	5,2 ± 2,2	23	28	20 ± 4,0

Объективное исследование клинических проявлений и выраженности депрессии и тревоги в послеродовом периоде позволило дополнить представления о психоэмоциональном состоянии молодых матерей (табл. 4).

Анализ динамики распространенности и выраженности клинических проявлений нарушений психоэмоциональной сферы у женщин в послеродовом периоде позволил установить, что в течение первого месяца после родов симптомы депрессии и тревоги встречались у подавляющего количества женщин. Однако степень их выраженности оставалась

невысокой, и в большинстве случаев они подвергались обратному развитию в течение 3-х месяцев после родов. В то же время, у части женщин выявленные симптомы, напротив, получали дальнейшее развитие, приводя к формированию клинически выраженных психопатологических состояний, характеризующихся, в основном, соматическими масками тревожных и депрессивных проявлений. Таким образом, в динамике послеродового периода установлено уменьшение количества женщин с тревожно-депрессивными симптомами, однако, у остальных установлена тенденция усиления их выраженности.

Динамика распространенности и выраженности объективных проявлений тревоги и депрессии в послеродовом периоде у обследованных

Распространенность/выраженность				Исследуемые параметры	Оценка в баллах
14—21 день после родов (n = 154)		через 3,5 мес. после родов (n = 140)			
абс. ч.	% ± m	абс. ч.	% ± m		
Исследуемые параметры депрессии*					
1. Депрессивное настроение (чувство угнетённости и безнадёжности, собственной малоценности)					
53	34,4 ± 4,8	77	55,0 ± 5,0	Отсутствие	0
32	20,77 ± 4,1	0	0	Ощущения выражаются только при прямом вопросе	1
42	27,3 ± 4,5	16	11,4 ± 3,2	Раскрывается в жалобах спонтанно	2
27	17,5 ± 3,8	43	30,7 ± 4,6	Определяется не только вербально, но и в ходе наблюдения за мимикой, позой, интонацией голоса, слезливостью	3
0	0	4	2,9 ± 1,7	Пациент может говорить только о своём депрессивном состоянии, которое определяется и по невербальным знакам	4
ср. балл	1,28	ср. балл	1,26		
2. Ощущение вины					
149	96,8 ± 1,8	125	89,3 ± 3,1	Отсутствие	0
5	3,2 ± 1,8	15	10,7 ± 3,1	Высказывание идей самоунижения, утверждает, что подвела других людей	1
0	0	3	2,1 ± 1,4	Высказывает идеи собственной виновности или неприятные размышления о прошлых ошибках или грехах	2
ср. балл	0,03	ср. балл	0,15		
3. Суицидальные намерения					
154	100 ± 0,0	140	100 ± 0,0	Отсутствие	0
ср. балл	0	ср. балл	0		
4. Ранняя инсомния					
136	88,3 ± 3,2	75	53,6 ± 5,0	Отсутствие трудностей при засыпании	0
18	11,7 ± 3,2	61	43,6 ± 5,0	Жалобы на эпизодические трудности при засыпании (больше чем полчаса)	1
0	0	4	2,9 ± 1,7	Жалобы о невозможности заснуть каждую ночь	2
ср. балл	0,12	ср. балл	0,49		
5. Средняя инсомния					
144	93,50 ± 2,8	127	90,7 ± 2,9	Отсутствие	0
10	6,49 ± 2,5	9	6,4 ± 2,5	Жалобы на беспокойный сон на протяжении всей ночи	1
0	0	4	2,9 ± 1,7	Многочисленные пробуждения на протяжении ночи без физиологических причин	2
ср. балл	0,06	ср. балл	0,12		
6. Поздняя инсомния					
147	95,45 ± 2,1	135	96,4 ± 1,9	Отсутствие	0
7	4,54 ± 2,1	5	3,6 ± 1,9	Раннее пробуждение утром с дальнейшим засыпанием	1
ср. балл	0,05	ср. балл	0,04		
7. Работоспособность и активность					
53	34,4 ± 4,8	77	55,0 ± 5,0	Отсутствие трудностей	0
101	65,6 ± 4,8	59	42,1 ± 4,9	Мысли и ощущения невозможности, ощущение утомления и слабости, связанной с работой или хобби	1
0	0	4	2,9 ± 1,7	Потеря интереса к деятельности (к работе или хобби), которая выражается или непосредственно в жалобах, или опосредовано через апатичность и нерешительность	2
0	0	2	1,4 ± 1,2	Уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности	3
ср. балл	0,66	ср. балл	0,52		
8. Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)					
154	100 ± 0,0	112	80,0 ± 4,0	Нормальная речь и мышление	0
0	0	28	20,0 ± 4,0	Лёгкая заторможенность, выявленная в беседе	1
ср. балл	0	ср. балл	0,2		

Распространенность/выраженность				Исследуемые параметры	
14—21 день после родов (n = 154)		через 3,5 мес. после родов (n = 140)			
абс. ч.	% ± m	абс. ч.	% ± m		
9. Ажитация (тревожное возбуждение)					
149	96,75 ± 2,2	129	92,1 ± 2,7	Отсутствие	0
5	3,24 ± 2,1	4	2,9 ± 1,7	Беспокойство	1
0	0	2	1,4 ± 1,2	Суетливые движения руками, поглаживание волос	2
0	0	5	3,6 ± 1,9	Излишняя подвижность, суетливость, непоседливость	3
ср. балл	0,03	ср. балл	0,16		
10. Психическая тревога					
60	39,0 ± 4,9	77	55,0 ± 5,0	Отсутствие	0
51	33,1 ± 4,7	12	8,6 ± 2,8	Субъективное напряжение и раздражительность	1
43	27,9 ± 4,5	30	21,4 ± 4,1	Беспокойство по незначительным поводам	2
0	0	21	15,0 ± 3,6	Тревога, выражающаяся в выражении лица, интонациях голоса	3
ср. балл	0,89	ср. балл	0,96		
11. Соматическая тревога (физиологические проявления тревоги)					
152	98,7 ± 1,1	77	55,0 ± 5,0	Отсутствие	0
2	1,29 ± 1,1	35	25,0 ± 4,3	Слабая	1
0	0	28	20,0 ± 4,0	Средняя	2
ср. балл	1	ср. балл	1,62		
12. Желудочно-кишечные соматические симптомы					
142	92,2 ± 2,5	99	70,7 ± 4,6	Отсутствие	0
12	7,79 ± 2,7	41	29,3 ± 4,6	Потеря аппетита, однако, приём пищи без принуждения, ощущение тяжести в животе	1
ср. балл	0,08	ср. балл	0,29		
13. Общие соматические симптомы					
146	100 ± 0,0	112	80,0 ± 4,0	Отсутствие	0
8	5,2 ± 2,2	28	20,0 ± 4,0	Тяжесть в конечностях, спине, голове; боли в спине, голове, мышечные боли; ощущение потери энергии или упадка сил	1
ср. балл	0,05	ср. балл	0,20		
14. Ипохондрия					
130	84,4 ± 3,6	112	80,0 ± 4,0	Отсутствие	0
5	3,24 ± 1,8	19	13,6 ± 3,4	Погружённость в собственное телесное состояние	1
19	12,3 ± 3,3	8	5,7 ± 2,3	Чрезмерная озабоченность здоровьем	2
0	0	1	0,7 ± 0,8	Частые жалобы, просьбы о помощи	3
ср. балл	0,28	ср. балл	0,27		
15. Потеря массы тела (оценивается либо пункт А, либо Б)					
А. По данным анамнеза:					
0	0	134	95,7 ± 2,0	Отсутствие потери массы тела	0
0	0	3	2,1 ± 1,4	Вероятная потеря массы тела в связи с этим заболеванием	1
0	0	3	2,1 ± 1,4	Явная (со слов пациента) потеря массы тела	2
ср. балл	0	ср. балл	0,06		
Б. Если изменения массы тела имеют место еженедельно и регистрируются в данное время					
0	0	3	2,1 ± 1,4	Потеря массы тела менее 0,5 килограмма за неделю	0
0	0	1	0,7 ± 0,8	Потеря массы тела более 0,5 килограмма за неделю	1
ср. балл	0	ср. балл	0,01		
16. Критичность отношения к болезни					
0	0	28	20,0 ± 4,0	Осознание того, что пациентка страдает депрессией или каким-либо заболеванием	0
0	0	35	25,0 ± 4,3	Осознание болезненности состояния, но отнесение этого за счет плохой пищи, климата, переутомления и пр.	1
ср. балл	0	ср. балл	0,25		

Распространенность/выраженность				Исследуемые параметры	
14—21 день после родов (n = 154)		через 3,5 мес. после родов (n = 140)			
абс. ч.	% ± m	абс. ч.	% ± m		
Исследуемые параметры тревоги					
1. Тревожное настроение (озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность)					
15	9,7 ± 3,0	15	10,7 ± 3,1	отсутствует	0
94	61,0 ± 4,9	62	44,3 ± 5,0	в слабой степени	1
45	29,2 ± 4,5	63	45,0 ± 5,0	в умеренной степени	2
ср. балл	1,19	ср. балл	1,34		
2. Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться)					
53	34,4 ± 4,8	39	27,9 ± 4,5	отсутствует	0
83	53,9 ± 5,0	64	45,7 ± 5,0	в слабой степени	1
18	11,7 ± 3,2	37	26,4 ± 4,4	в умеренной степени	2
ср. балл	0,77	ср. балл	0,99		
3. Страхи (боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одной)					
53	34,4 ± 4,8	89	63,6 ± 4,8	отсутствует	0
93	60,4 ± 4,9	23	16,4 ± 3,7	в слабой степени	1
8	5,2 ± 2,2	28	20,0 ± 4,0	в умеренной степени	2
ср. балл	0,71	ср. балл	0,56		
4. Инсомния (затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха)					
63	40,9 ± 4,9	65	46,4 ± 5,0	отсутствует	0
83	53,9 ± 5,0	51	36,4 ± 4,8	в слабой степени	1
8	5,2 ± 2,2	24	17,1 ± 3,8	в умеренной степени	2
ср. балл	0,64	ср. балл	0,70		
5. Интеллектуальные нарушения (затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти)					
154	100,0 ± 0,0	112	80,0 ± 4,0	отсутствует	0
0	0	28	20,0 ± 4,0	в слабой степени	1
ср. балл	0	ср. балл	0,2		
6. Депрессивное настроение (утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния)					
53	34,4 ± 4,8	77	55,0 ± 5,0	отсутствует	0
96	62,3 ± 4,8	35	25,0 ± 4,3	в слабой степени	1
5	3,2 ± 1,8	28	20,0 ± 4,0	в умеренной степени	2
ср. балл	0,68	ср. балл	0,65		
7. Соматические мышечные симптомы (боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение» зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус)					
154	100,0 ± 0,0	112	80,0 ± 4,0	отсутствует	0
0	0	28	20,0 ± 4,0	в слабой степени	1
ср. балл	0	ср. балл	0,2		
8. Соматические сенсорные симптомы (звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, покалывания)					
146	94,8 ± 2,2	77	55,0 ± 5,0	отсутствует	0
8	5,2 ± 2,2	63	45,0 ± 5,0	в слабой степени	1
ср. балл	0,05	ср. балл	0,45		
9. Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ)					
154	100,0 ± 0,0	105	75,0 ± 4,3	отсутствует	0
0	0	35	25,0 ± 4,3	в слабой степени	1
ср. балл	0	ср. балл	0,25		

Распространенность/выраженность				Исследуемые параметры	
14—21 день после родов (n = 154)		через 3,5 мес. после родов (n = 140)			
абс. ч.	% ± m	абс. ч.	% ± m		
10. Респираторные симптомы (чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ)					
154	100,0 ± 0,0	127	90,7 ± 2,9	отсутствует	0
0	0	13	9,3 ± 2,9	в слабой степени	1
ср. балл	0	ср. балл	0,09		
11. Гастроинтестинальные симптомы (затруднённое глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство перенаполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, снижение массы тела, запоры)					
142	25,0 ± 4,3	84	60,0 ± 4,9	отсутствует	0
8	25,0 ± 4,3	49	35,0 ± 4,8	в слабой степени	1
0	0	7	5,0 ± 2,2	в умеренной степени	2
ср. балл	0,05	ср. балл	0,45		
12. Вегетативные симптомы (сухость во рту, покраснение или бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения)					
154	100,0 ± 0,0	77	55,0 ± 5,0	отсутствует	0
0	0	35	25,0 ± 4,3	в слабой степени	1
0	0	28	20,0 ± 4,0	в умеренной степени	2
ср. балл	0	ср. балл	0,65		
13. Поведение при осмотре (ёрзанье на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмушивание бровей, напряжённое выражение лица, вздохи или учащённое дыхание, бледность лица, частое сглатывание слюны и т. д.)					
154	100,0 ± 0,0	77	55,0 ± 5,0	отсутствует	0
0	0	63	45,0 ± 5,0	в слабой степени	1
ср. балл	0	ср. балл	0,45		

Примечание. * — Кластеры генитальных симптомов шкалы депрессии и мочеполовых симптомов шкалы тревоги не использовались в связи со спецификой выборки

По большинству изучаемых параметров средний балл их выраженности увеличивался с течением времени после родов (см. табл. 4). Так, у женщин через 3,5 месяцев после родов отмечалось увеличение выраженности чувства вины (0,03/0,15), инсомнических проявлений (0,12/0,49), психической (0,89/0,96) и соматической (1,0/1,62) тревоги по всем ее составляющим. При этом необходимо отметить, что выраженность показателей депрессивного настроения была практически неизменна в динамике (1,28/1,26 по HDRS и 0,68/0,65 по HARS). Однако, учитывая уменьшение с течением времени количества человек с данными симптомами (101 женщина при исследовании на 14—21 день после родов и 63 — через 3,5 месяца), прогрессивность депрессии и тревоги у данного контингента обследуемых становится очевидным фактом.

По выраженности выявленных психопатологических феноменов обследованные распределились следующим образом (табл. 5): отсутствие клинической симптоматики было выявлено у 34,4 % женщин в период 14—21 дня и у 55 % — через 3,5 месяца после родов. У большинства женщин в раннем послеродовом периоде имели место отдельные депрессивные включения (60,4 %) и симптомы тревоги (65,6 %), а симптоматика на уровне выраженного малого депрессивного эпизода была характерна 5,2 % обследованных. Через 3,5 месяца после родов количество женщин с мозаично представленными симптомами

депрессии и тревоги уменьшилось (25 % и 30 %, соответственно), однако произошло увеличение числа пациенток с клинически выраженными нарушениями психоэмоциональной сферы: психопатологические проявления уровня малого депрессивного эпизода были диагностированы у 20 %, тревожного расстройства — у 15 % обследованных.

Таблица 5

Выраженность психопатологических феноменов тревоги и депрессии по данным объективного исследования

Степень выраженности депрессии и тревоги	14—21 день после родов (n = 154)		через 3,5 мес. после родов (n = 140)	
	абс. ч.	% ± m	абс. ч.	% ± m
Отсутствие депрессивного эпизода (0—6 баллов)	53	34,4 ± 4,8	77	55 ± 5,0
Малый депрессивный эпизод (7—16 баллов), в т. ч.:	101	65,6 ± 4,8	63	45 ± 5,0
	93	60,4 ± 4,9	35	25 ± 4,3
— отдельные проявления (7—11 баллов)	8	5,2 ± 2,2	28	20 ± 4,0
— выраженный малый депрессивный эпизод (12—16 баллов)				
Отсутствие тревоги (0—7 баллов)	53	34,4 ± 4,8	77	55 ± 5,0
Симптомы тревоги (8—19 баллов)	101	65,6 ± 4,8	42	30 ± 4,6
Тревожное расстройство (20 баллов и выше)	0	—	21	15 ± 3,6

Таким образом, на основании изучения динамики состояния психоэмоциональной сферы женщин в раннем послеродовом периоде можно утверждать, что в течение первого месяца после родов в рамках формирования адаптации к материнству большинство женщин (65,6 %) испытывают отдельные симптомы тревожного и депрессивного характера, которые у основной части из них нивелируются в течение 3 месяцев после родов. Между тем, у другой части женщин (45 %) эти явления, не получая обратного развития, прогрессируют до клинически очерченных нарушений (20 %) или мозаично представленных психопатологических включений (25 %).

С целью изучения причин и условий развития психоэмоциональных нарушений у женщин после родов обследованные были разделены на группы. Критерием формирования групп стала установленная дифференциация состояния их психоэмоциональной сферы: основную группу составили 63 женщины с нарушением психоэмоционального состояния, группу сравнения — 77 психологически благополучных женщин.

Проведенный анализ контекстуальных факторов адаптации выявил особенности их распределения

и влияния на возникновение расстройств психоэмоциональной сферы у женщин в послеродовом периоде (табл. 6).

Установлено, что у всех женщин основной группы срыв процесса адаптации к изменению образа жизни, на фоне неадекватной семейной поддержки, наличия проблем во взаимоотношениях с супругом и/или родственниками, а также недостаточного уровня психологической готовности к материнству, приводил к возникновению психоэмоциональных нарушений тревожно-депрессивного спектра.

Необходимо отметить, что у части женщин группы сравнения также имели место проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни, взаимоотношений с родственниками или родственниками мужа, однако ни у кого из них не были отмечены нарушения семейной поддержки или взаимоотношений с супругом, а также низкий уровень готовности к материнству. Эти женщины не испытывали колебаний в принятии решения иметь ребенка, радовались, узнав о беременности, отмечали преобладание положительных ощущений и переживаний при общении с ребенком, были ориентированы на позитивный эмоционально-тактильный контакт с ним.

Таблиця 6

Контекстуальні фактори, впливаючі на стан здоров'я жінок в послеродовому періоді

Контекстуальний фактор	Основна група, n = 63	Група порівняння, n = 77
Проблеми, пов'язані з обставинами жилищного і економічного характеру Z 59	46,0 ± 5,0	10,4 ± 3,1
Проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни образу життя Z 60.0	100,0	33,8 ± 4,7
Проблеми, пов'язані з взаємодіями подружжя або партнерів Z 63.0	81,0 ± 3,9	—
Проблеми взаємодій з родичами або родичами чоловіка Z 63.1	52,4 ± 5,0	18,2 ± 3,9
Неадекватна сімейна підтримка Z 63.2	100,0	—
Проблеми, пов'язані з небажаною вагітністю Z 64.0	28,6 ± 4,5	—
Рівень психологічної готовності до материнства	низький	39,7 ± 4,9
	середній	60,3 ± 4,9
	високий	—
		40,3 ± 4,9

Між тим, середі жінок основної групи осіб з високим рівнем психологічної готовності до материнства не було, а середі обстежених з низьким її рівнем для 72 % вагітність була небажаною, що обумовлювало сприйняття жінкою вагітності, родов і послеродового періоду як довготривалої психотравмуючої ситуації. Крім небажання і/або коливання в прийнятті рішення родити дитину, для них було характерним наявність негативних відчуттів і переживань в період вагітності, відсутність почуття общності з народившимся дитиною, вони відчували подразнення від необхідності догляду за дитиною, старалися уникати тактильних контактів з нею.

Таким чином, у подавляючого більшості перших народивших жінок через 3,5 місяця після родов мають місце психосоціальні проблеми, впливаючі на якість їх адаптації до змінюваних умов життя і приводячі в ряді випадків до розвитку порушень їх психоэмоциональної сфери. Триггерним

фактором в цьому випадку виступає відсутність психологічної готовності до материнства, підтримуючими — наявність проблем у взаємодіях з подружжям і недостатність сімейної підтримки, що призводить до дезадаптації системи «мати — дитина», подальшому погіршенню внутрішньосімейних відносин і посиленню тяжкості психопатологічної симптоматики.

Між тим, висока готовність до материнства в поєднанні з достаточним рівнем сімейної підтримки являються протективними факторами, сприяючими успішній адаптації жінки до материнства і формуванню оптимального рівня взаємодії в системі «мати — дитина».

Отримані дані були покладені нами в основу розробки заходів медико-психологічного супроводження, направлених на формування оптимального взаємодії системи «мати — дитина».

Список літератури

1. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / [М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 13—18.

2. Маркова М. В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии / М. В. Маркова // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. — 2009. — Т. 1, № 1 (1). — С. 57—62.

3. Юдин Ю. Б. Международные рекомендации для разработки стратегических подходов к охране психического здоровья / Ю. Б. Юдин // Психічне здоров'я. — 2005. — № 3. — С. 4—9.

4. Актуальные вопросы психосоматического подхода и психотерапевтической помощи в педиатрии / [Е. М. Лукьянова, С. И. Табачников, Т. Н. Пушкарёва и др.] // Архив психіатрії. — 2003. — Т. 9, № 4 (35). — С. 99—103.

5. Колесников И. А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук : спец. 14.01.06 «Психиатрия»; 19.00.04 «Медицинская психология» / И. А. Колесников. — СПб.: ФГУ «Санкт-Петербургский НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2010. — 26 с.

6. Криворотько Я. В. Основні причини та клініка неспихотичних психічних розладів у вагітних / Я. В. Криворотько // Медицинская психология. — 2011. — Т. 6, № 1. — С. 86—90.

7. Ballestrem C.-L. Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany — implications for the utilization of treatment / C.-L. Ballestrem, M. Strauß, H. Kächele // Archives of Women's Mental Health. — 2005. — № 1. — 7 p.

8. Пушкарёва Т. Н. Распространенность и клинико-психопатологические особенности депрессивных и тревожных расстройств неспихотического уровня у женщин во время беременности / Т. Н. Пушкарёва // Архив психіатрії. — 2005. — Т. 11, № 3 (42). — С. 59—65.

9. Anxiety disorders during pregnancy and postpartum / [R. E. Levine, A. P. Oandasan, L. A. Primeau et al.] // Am. J. Perinatol. — 2003. — Vol. 20. — P. 239—248.

10. Kelly R. H. Anders The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for obstetrics / R. H. Kelly, D. F. Zatzick, T. F. // Am. J. Psychiat. — 2001. — Vol. 158. — P. 213—219.

11. Пушкарёва Т. Н. Послеродовая депрессия: распространенность, клиника, динамика / Т. Н. Пушкарёва // Психічне здоров'я. — 2005. — № 3 (8). — С. 31—36.

12. Пушкарёва Т. Н. Компаративный анализ распространенности послеродовой депрессии / Т. Н. Пушкарёва // Здоров'я жінки. — 2005. — № 3 (23). — С. 203—205.

13. Evans J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and following childbirth / J. Evans, J. Heron, N. Francomb // BMJ. — 2001. — Vol. 323. — P. 257—260.

14. Cooper P. J. Postnatal depression / P. J. Cooper, L. Murray // British Medical J. — 1998. — Vol. 316. — P. 1884—1886.

15. Бачериков А. М. Деякі клінічні особливості депресивних матерів та їх дітей / [А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, Т. В. Ткаченко та ін.] // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4, № 2—3. — С. 21—24.

16. Влияние депрессивного расстройства матери на семейное функционирование и психоэмоциональное развитие ребенка / [А. Н. Бачериков, Э. Г. Матузок, Т. В. Ткаченко, Р. В. Лакинский] // Там же. — 2008. — № 4. — С. 13—16.

17. Пушкарёва Т. Н. Пограничная психическая патология у детей раннего возраста, матери которых страдают депрессивными и тревожными расстройствами / Т. Н. Пушкарёва // Перинатология та педіатрія. — 2005. — № 3—4 (24). — С. 200—203.

18. Пушкарёва Т. Н. Особенности процесса формирования материнской привязанности у беременных с депрессивными и тревожными расстройствами неспихотического уровня / Т. Н. Пушкарёва // Психічне здоров'я. — 2006. — № 1 (10). — С. 48—52.

19. Кошавцев А. Г. Синдром «грусти рожениц» как адаптационное расстройство на ранних этапах развития системы мать — дитя / А. Г. Кошавцев, В. Н. Мультиановская, В. В. Лорер // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 2007. — № 2. — С. 56—58.

20. Milne V. Postpartum depression makes headlines: celebrities talk about postpartum depression [Electronic resource] / V. Milne. — Access mode: Canadian Living.com. — Accessed on April 13, 2006.

21. Beck C. T. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory / C. T. Beck // J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. — 2002. — Vol. 31. — P. 394—402.

22. Teissedre F. Edinburgh Postnatal Depression Scale Predicts Postnatal Depression / F. Teissedre, H. Chabroi // Can. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 49. — P. 51—54.

23. Maternity blues and Postnatal Depression in Low Risk Mothers / [May Su et al.] // Hong Kong J. of Gynecology Obstet. and Midwifery. — 2000. — Vol. 1. — P. 40—46.

24. Sakumoto K. Post-partum maternity 'blues' as a reflection of newborn nursing care in Japan / K. Sakumoto, H. Masamoto, K. Kanazawa // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2002. — Vol. 78 (1). — P. 25—30.

25. Yamashita H. Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants / H. Yamashita, K. Yoshida // Seishin Shinkeigaku Zasshi. — 2003. — Vol. 105 (9). — P. 1129—1135.

26. Fluvoxamine for postpartum depression / [R. Suri, V. K. Burt, L. L. Altshuler et al.] // Am. J. Psychiatry. — 2001. — Vol. 158. — P. 1739—1740.

27. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. — Самара: Бахрах, 2002. — 668 с.

28. Thorpe K. A study of Edinburgh Postnatal Depression Scale for use with parent groups outside the postpartum period / K. Thorpe // Journal of Reproductive and Infant Psychology. — 1993. — Vol. 11. — P. 119—125.

29. Подкорытов В. С. Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 350 с.

30. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству / С. Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. — 2005. — № 4. — С. 18—27.

Надійшла до редакції 17.12.2012 р.

Л. І. Лобойко

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Динаміка стану психоемоційної сфери жінок в післяпологовому періоді в контексті адаптації системи «мати — дитина»

Стаття присвячена дослідженню динаміки психоемоційного стану жінок в ранньому післяпологовому періоді в аспекті їх адаптації до материнства, а також взаємодії в системі «мати — дитина». В результаті двічі проведеного обстеження 140 молодих матерів, що включав клінічне інтерв'ювання та психодіагностичне дослідження, були виявлені особливості психоемоційної сфери жінок в ранньому післяпологовому періоді. У 65,6 % жінок протягом першого місяця після пологів встановлені симптоми депресії і тривоги невисокого ступеня вираженості, які в більшості випадків піддавалися зворотному розвитку протягом 3 місяців після пологів. У той же час, у 45 % жінок виявлені симптоми отримували подальший розвиток, приводячи до формування клінічно виражених психопатологічних станів, що характеризуються, в основному, соматичними масками тривожних і депресивних проявів. Тригерним фактором у цьому випадку виступала відсутність психологічної готовності до материнства, підтримуючими — наявність проблем у взаєминах з чоловіком і недостатність сімейної підтримки, що призводило до дезадаптації системи «мати — дитина», подальшого погіршення внутрішньосімейних відносин і посилення тяжкості психопатологічної симптоматики. Висока готовність до материнства у поєднанні з достатнім рівнем сімейної підтримки є протективними факторами, що сприяють успішній адаптації жінки до материнства і формуванню оптимального рівня взаємодії в системі «мати — дитина».

Ключові слова: порушення психоемоційної сфери, ранній післяпологовий період, адаптація до материнства, взаємодія «мати — дитина».

L. I. Loboiko

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

Dynamics of psychoemotional sphere postnatal women within the context of the system “mother — a child”

The article investigates the dynamics of emotional state of women in the early postpartum period, in terms of their adaptation to motherhood, as well as interaction in the “mother — a child”. As a result, two of the survey 140 young mothers include clinical interviews and psychodiagnostic study identified particular psycho-emotional sphere of women in the early postpartum. In 65,6 % of women in the first month after birth installed symptoms of depression and anxiety low degree, which in most cases regress within 3 months after delivery. At the same time, 45 % of women identified symptoms are further developed, leading to the formation of clinically significant psychiatric conditions characterized mainly masks somatic anxiety and depressive symptoms. Trigger factor in this case is the lack of psychological readiness for motherhood support — there were problems in the relationship with her husband and lack of family support, which led to the exclusion of the “mother — a child”, a further deterioration of family relations and increase the severity of symptoms. High availability for motherhood, combined with adequate family support are protective factors that contribute to successful adaptation to motherhood, women and the formation of an optimal level of interaction in the “mother — a child”.

Key words: disorders of psycho-emotional sphere, early postpartum adaptation to motherhood, the interaction of the “mother — a child”.

УДК 616.831:616.8—008.64-07-08

Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, зав. отд. неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины», Т. В. Панько, канд. мед. наук, вед. науч. сотрудн. отд. неврозов и пограничных состояний ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО И ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что в структуре психической патологии тревожные расстройства являются вторыми по распространенности после расстройств настроения. Целью исследования было изучение клинико-психопатологических особенностей тревожных расстройств невротического и органического генеза и их динамика в процессе терапии.

Было обследовано 50 больных с тревожными расстройствами невротического генеза и 25 больных с тревожными расстройствами органического генеза. Установлены особенности клинической картины с учетом психической и соматовегетативной составляющих этих расстройств, различия в показателях по шкалам «Интегративный тест тревожности». Показана эффективность терапии препаратом Афобазол в сочетании с психотерапией на разных этапах лечения этих расстройств (стабилизирующем, поддерживающем и профилактическом).

Ключевые слова: тревожные расстройства, невротический и органический генез, терапия, Афобазол

Проблема психических расстройств не утрачивает своей актуальности в современных условиях вследствие двух основных аспектов: во-первых, состояние психического здоровья населения является приоритетным направлением развития медицинской науки, во-вторых, увеличивается число психических расстройств во всех странах мира. Стойкая тенденция к росту расстройств психики и поведения среди населения в последнее десятилетие обусловлена наличием множества разноплановых стрессогенных воздействий. Рост психической патологии отмечается преимущественно за счет увеличения числа пограничной патологии. Как свидетельствует анализ эпидемиологических исследований за 25 лет в 60 странах мира, среднегодовой показатель роста уровня

распространенности невротических расстройств составляет 10,80 %, в том числе в развивающихся странах этот показатель составляет 30,40 %, в развитых странах — 8,40 %, в странах Восточной Европы, в том числе в странах СНГ — 5,40 % [1—6].

Представления о распространенности расстройств психики, их генеза и классификации остаются противоречивыми. Например, S. Schnabl, ссылаясь на доклад ВОЗ, писал, что около 10,00 % населения индустриально развитых стран страдают невротическими расстройствами; в амбулаториях Нью-Йорка у 80 % пациентов выявляют невротические расстройства, у жителей западного Берлина у 65,00 % обследованных выявлены невротические симптомы [7]. По результатам российских исследований, невротические расстройства в структуре общей психической патологии составляют от 20,00 до 30,00 %; по результатам международных исследований, при проведении общемедицинских осмотров населения распространенность психических расстройств составляет в Англии — 22,00 %, в Германии — 32,70 %, в Баварии — 23,20 %, в Австралии — 14,80 %, в Норвегии — 26,60 %, в Нигерии — 22,40 %, в Канаде — до 50,00 %.

Эпидемиологические исследования показывают, что в структуре психической патологии тревожные расстройства — вторая по распространенности группа психических нарушений после расстройств настроения. Тревожные расстройства относятся к наиболее распространенным формам психической патологии. По данным эпидемиологических исследований, на протяжении жизни тревожные состояния развиваются примерно у одной четверти популяции. Симптомы патологической тревоги выявляются у 30—40 % больных, обращающихся к врачам общемедицинской практики. Тревожные расстройства часто сочетаются с депрессией и различными (преимущественно

© Марута Н. О., Панько Т. В., 2013