

© Завгородня Н.І.

УДК: 616.89-055.2-02:618.396

Завгородня Н.І.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Харківський національний медичний університет (пр. Леніна, 4, Харків, 62001, Україна)

## ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ

**Резюме.** Визначені особистісні чинники, які обумовлюють формування у жінок, що народили недоношену дитину, розладів адаптації за депресивним, тривожним або змішаним варіантами. Провідними патогенетичними чинниками є алекситимічний симптомокомплекс; високий рівень ймовірності розвитку неврозу; підвищена схильність до розвитку стресу; висока інтенсивність почуття провини; пригнічений або ганебний характер сприйняття відчуття провини. Доведена наявність зв'язку між індексом вини, що сприймається, і рівнем депресії, а також рівнем реактивної та особистісної тривожності. Обґрунтовано необхідність розробки індивідуалізованих підходів до психотерапевтичної корекції з урахуванням структури комплексу особистісних чинників, що призвели до розвитку станів дезадаптації.

**Ключові слова:** жінки, що народили недоношену дитину; особистісні чинники формування розладів адаптації; психотерапевтична корекція.

### Вступ

Дослідження в галузі вивчення материнства підкреслюють, що материнство як психосоціальний феномен розглядається з двох основних позицій: як забезпечення умов для розвитку дитини і як зміни особистісної сфери жінки [Соколова, 2000; Філіппова, 2002; Батуєв та ін., 2007].

При цьому медична наука, в тому числі психіатрія та психологія, зосереджують свою увагу на вивченні психологічних чинників, що можуть слугувати факторами адаптації або дезадаптації за умови потрапляння жінки в ситуації, що носять характер психотравмуючих.

Особливий інтерес з цього приводу являє питання про вплив на психо-емоційний стан жінки народження дитини передчасно [Брутман, 2002; Міхановська, 2009; Barlow, Copen, 2004] та визначення особистісних особливостей, що розглядаються у якості психологічних факторів, які впливають на стан жінки після пологів.

Вищевикладене визначило мету дослідження - вивчення особистісних факторів породіль з подальшим визначенням їх ролі у розвитку дезадаптаційних процесів у жінок, що народили недоношену дитину.

### Матеріали та методи

З дотриманням принципів біоетики і деонтології нами було проведено комплексне обстеження 150 жінок, що народили недоношену дитину.

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

Психодіагностичний метод передбачав використання анкети Ховарда "Як сильно ви піддаєтесь стресу", методики експрес-діагностики неврозу К.Хека і Х.Хесса, Торонтської алекситимічної шкали, методики індексу вини, що сприймається (Perceived Guilt Index,

Otterbacher&Munz, 1973), шкали депресії Бека [Бек, 1961] та методики Спілбергера-Ханіна для визначення рівня тривожності [Акімова, Гуревич, 2003].

### Результати. Обговорення

Більшість жінок, які прийняли участь у обстеженні, постійно проживають у великому місті - 77 (51%), 37 опитаних постійно проживає в селі (25%) і 36 - в маленькому місті (24%).

Розподіл обстежених жінок за віком представлено в таблиці 1.

Особливості преморбідного фону та потенційного реагування жінки на народження недоношеної дитини були також оцінені за допомогою Торонтської алекситимічної шкали. Результати, отримані із використанням методики наведено в таблиці 2.

Як видно з отриманих даних, 51 жінка (34%) була віднесена до алекситимічного типу, тобто у таких жінок була вираженою характеристика особистості, що проявляється у зниженні або відсутності здатності до розпізнання та вираження емоційних переживань, їх тонкому диференціюванню. Це потенційно може обумовлювати як складнощі у формування критичного ставлення до стану свого здоров'я, так і вербалізації наявних відчуттів та станів. У свою чергу, така тенденція спонукає до активного використання у діагностиці розладів адаптації у вказаного контингенту жінок не тільки даних клініко-анамнестичного до клініко-діагностичного, а й клініко-психологічного методу. На таку необхідність

Таблиця 1. Розподіл жінок за віком.

Місце постійного проживання	Вік (M±m)	Кількість обстежених	Відсоток
У сільській місцевості	26,62±0,83	37	24,7
У маленькому місті	28,28±0,77	36	24
У місті	29,68±0,64	77	51,3
Усього	28,59±0,44	150	100

**Таблиця 2.** Результати методики "Торонтська алекситимічна шкала".

Категорія	Значення показника	
	Абс.	Відсоток
Неалекситимічний тип	55	36,67
Алекситимічний тип	51	34,00
Група ризику	44	29,34

**Таблиця 3.** Результати методики "Експрес діагностика неврозу".

Категорія	Значення показника	
	Абс.	Відсоток
Низька	119	79,33
Висока	31	20,67

**Таблиця 4.** Результати методики Анкета Ховарда.

Категорія	Значення показника	
	Абс.	Відсоток
Слабко	49	32
Помірно	97	65
Сильно	4	3

**Таблиця 5.** Особливості сприйняття відчуття провини жінками, що народили недоношену дитину.

Категорія	Значення показника	
	Абс.	Відсоток
Такий, шр не заслуговує вибачення	10	6,6
Ганебний	16	10,6
Недостойний	9	6,0
Такий, шр осуджує	11	7,3
Розчарований	9	6,0
Такий, шр знаходиться в стані занепаду	15	10,0
Дратівливий	6	4,0
Пригнічений	28	18,6
Стримуваний	15	10,0
Спокійний	29	19,3
Невинний	2	1,3

вказує також наявність групи ризику по відношенню до розвитку алекситимічного типу реагування - 44 породілі (29,3%).

Таким чином, мова може йти про потенційну вірогідність формування алекситимічного симптомокомплексу у породіль, що в подальшому проявлятиметься слабкою вербалізацією власних переживань, що буде обумовлене слабкою здатністю до саморефлексії, самоусвідомлення та захисного "відторгнення" об'єктивної ситуації.

За даними експрес діагностики неврозу Хека і Хесса 119 жінок (79,34%) мають низький рівень невротизації, що свідчить про загальну емоційну стійкість та загальний позитивний фон сприйняття реальності у опитаних; 31 жінка має високий рівень ймовірності розвитку неврозу (20,67%) (табл. 3).

Додатково проведене опитування із використанням анкети Ховарда "Як сильно ви піддаєтесь стресу" підтвердило результати отримані за допомогою методики експрес діагностики неврозу Хека і Хесса. Як видно з таблиці 4, найбільша кількість жінок помірно схильні до розвитку стресу у випадку потрапляння у психотравмуючу ситуацію - 97 опитаних (65%), у 49 жінок (32%) потенціальна схильність до стресу виражена слабко (32%) і лише у 4 (3%) - сильно.

Особливості сприйняття відчуття провини жінками, що народили недоношену дитину були визначені за результатами аналізу методики "Індекс вини, що сприймається" (Perceived Guilt Index, Otterbacher & Munz, 1973).

Так, у 96 жінок (64 %) отримане значення індексу провини було вище 10, що свідчить про те, що 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 жінок, що може бути пояснене особливостями менталітету.

Ретельний аналіз методики дозволив виявити особливості сприйняття відчуття провини жінками, що народили недоношену дитину (табл. 5). На прохання вибрати одну характеристику, яка відображає актуальні відчуття на момент бесіди та анкетування 29 жінок (19,3%) визначили свій стан як спокійний. Це практично втричі менше ніж кількість породіль, що заперечували наявність відчуття вини в ході клінічної бесіди (99 жінок, що становить 66%). Пригніченими себе вважали 28 опитаних (18,6%), ганебними - 16 жінок (10,6%), такими, що знаходяться у стані занепаду і стримуваними - відповідно по 15 жінок (10%), такими, що осуджують - 11 (7,3%), 10 породіль (6,6%) вважали, що не заслуговують вибачення, по 9 (6%) опитаних визначили свій стан як недостойний або розчарований, 6 жінок (4%) як дратівливий, а лише 2 з 150 опитаних вважали себе невинними (1,3%).

Відповіді опитаних на аналогічне питання по відношенню вже не до конкретного моменту часу, а до життя взагалі виявили, що 48 жінок (32%) вважать свій звичайний стан спокійним, 33 жінки (22%) пригнічені особливостями свого життя, 29 (19,3%) є такими, що осуджують (себе), 13 визначили, що невинуваті (8,6%), 11 осіб (7,3%) вважать свій стан ганебним, 10 жінок вважать, що постійно перебувають у стані занепаду, а 6 опитаних (4%) розчаровані (табл. 6).

Вартими на увагу є 13 жінок, що охарактеризували свій стан як невинний. При ретельному розпитуванні та деталізації цієї відповіді, особливо у визначенні логіки вибору цього варіанту, було виявлено, що такі жінки стикалися із прикладами народження недоношених або хворих дітей у своєму оточенні, а також, відповідно, із реакцією на це з боку сім'ї, близьких та родичів. Таким чином, вибір цього варіанту відповіді нами розглядаєть-

**Таблиця 6.** Особливості сприйняття загального стану жінками, що народили недоношену дитину, протягом життя.

Категорія	Значення показника	
	Абс.	Відсоток
Ганебний	11	7,3
Пригнічений	33	22,0
Розчарований	6	4,0
Такий, щр осуджує	29	19,3
Такий, щр знаходиться в стані занепаду	10	6,6
Спокійний	48	32,0
Невинний	13	8,6

**Таблиця 7.** Результати кореляції показників індексу вини, що сприймається, та показників шкали депресії Бека та шкали реактивної та особистісної тривожності.

Змінні	Шкала депресії Бека	Шкала реактивної тривожності	Шкала особистісної тривожності
Індекс вини, щр сприймається	0,337705	0,325162	0,267623

ся як варіант підсвідомого сприйняття себе як винної особи зараз по відношенню до фонового відчуття невинності.

Майже усі жінки під час клінічної бесіди повідомляли про відчуття, що "у тому, що відбувається зараз зі мною та моєю дитиною є моя вина", "моя дитина страждає за мої провини", "неправильна поведінка під час вагітності стала причиною передчасних пологів". Крім того, мала місце тенденція до викривленого сприйняття слів та поведінки оточуючих, в тому числі близьких родичів та членів родини, із їх інтерпретацією на користь підтвердження тези про значущість особистого внеску у розвиток передчасних пологів та актуальний стан новонародженого.

Надалі, з метою встановлення залежності між показником індексу вини, що сприймається, а також показниками шкали депресії Бека та шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, був проведений кореляційний аналіз (табл. 7).

Встановлена наявність зв'язку ( $p < 0,05$ ) між індексом вини, що сприймається, і рівнем депресії, вимірної за шкалою Бека (непараметричний коефіцієнт Спірмена на рівні  $RSP = 0,3377$  для всіх опитаних), а

### Список літератури

- Батуев А.С. Принцип доминанты и ранний онтогенез человека /А.С.Батуев, Л.В.Соколова //Журнал эволюционной физиологии и биохимии.- 2000.- Т.36, №5.- С.478-488.
- Биосоциальная природа материнства и раннего детства (коллективная монография под ред. акад. РАО А.С.-Батуева). СПб.: изд. СПбГУ, 2007.- 374 с.
- Брутман В.И. Методики изучения психологического состояния женщины во время беременности и после родов /В.И.Брутман, Г.Г.Филиппова, И.Ю.Хамитова //Вопр. психологии.- 2002.- №3.- С.110-118.
- Міхановська Н.Г. Особливості дитячобатьківської взаємодії та соціально-психологічні фактори її порушень при перинатальному ураженні нервової системи у дитини /Н.Г.Міхановська //Мед.психология.- 2009.- Т.4 №2/3.- С.97-101.
- Психологическая диагностика /Под ред. М.К.Акимовой и К.М.Гуревича.- СПб.: Питер, 2003.- С.23-31.
- Филиппова Г.Г. Психология материнства /Г.Г.Филиппова : Учебн. пособие.- М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.- 240с.
- An Inventory for Measuring Depression / [Beck A.T., Ward C.H., Mendelson] // Archives of General Psychiatry.- 1961.- Vol.4.- P.10-13.
- Barlow J. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health /J.Barlow, E.Coren //Cochrane Database Syst. Rev.- 2004.- №1.- P.20-25.

також рівнем реактивної та особистісної тривожності (відповідно  $RSP = 0,3251$  і  $RSP = 0,2676$ ).

Загалом, зі 110 породілля, що за даними методики "Шкала депресії Бека" мали ознаки депресії різного ступеня вираженості, 95 жінок у відповідях виявили присутність відчуття вини, що становить 86,3%. Така тенденція, зокрема, може слугувати підтвердженням патогенетично значущого впливу відчуття провини на розвиток розладів адаптації, що проявляються депресивними розладами.

Таким чином, вищевикладене ініціювало становлення розладів адаптації у жінок, які клінічно проявлялися в рамках депресивного, тривожного або змішаного варіантів розладів адаптації, що було підтверджено використанням шкали депресії Бека та методики Спілбергера-Ханіна для визначення рівня тривожності.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Процес становлення адаптаційних станів у жінок, що народили недоношену дитину, обумовлюється формуванням алекситимічного симптомокомплексу; високим рівнем ймовірності розвитку неврозу; підвищеною схильністю до розвитку стресу у випадку потрапляння у психотравмуючу ситуацію; високою інтенсивністю почуття провини, яка перевищувала звичайні переживання; пригніченим, ганебним або такими, що знаходиться у стані занепаду характером сприйняття відчуття провини жінками як у конкретний момент часу, так і до життя взагалі.

2. Встановлена статистично-вірогідна наявність зв'язку між індексом вини, що сприймається, і рівнем депресії, а також рівнем реактивної та особистісної тривожності як можливого патогенетичного механізму розвитку станів дезадаптації у жінок, що народили недоношену дитину.

3. Клінічні прояви розладів адаптації відповідали формуванню депресивного, тривожного або змішаного варіантів.

Перспективним слід вважати розробку індивідуалізованих підходів до психотерапевтичної корекції з урахуванням структури комплексу особистісних чинників, що призвели до розвитку станів дезадаптації у жінок, що народили недоношену дитину.

*Завгородняя Н.И.*

**ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА**

**Резюме.** Определены личностные факторы, обуславливающие формирование у женщин, родивших недоношенного ребенка, расстройств адаптации по депрессивному, тревожному или смешанному вариантам. Ведущими патогенетическими факторами являются алекситимичный симптомокомплекс; высокий уровень вероятности развития невроза; повышенная склонность к развитию стресса; высокая интенсивность чувства вины; подавленность или стыд в восприятии вины. Доказано наличие связи между воспринимаемым индексом вины и уровнем депрессии, а также уровнем реактивной и личностной тревожности. Обоснована необходимость разработки индивидуализированных подходов к психотерапевтической коррекции с учетом структуры комплекса личностных факторов, которые привели к развитию состояний дезадаптации.

**Ключевые слова:** женщины, родившие недоношенного ребенка; личностные факторы формирования расстройств адаптации; психотерапевтическая коррекция.

*Zavgorodnia N.I.*

**PERSONAL FACTORS OF FORMATION OF ADAPTATION DISORDERS IN WOMEN DELIVERING A PREMATURE BABY**

**Summary.** The data identified personal factors that lead to the formation of women delivering a premature baby, adaptation disorders in depressive, anxiety or mixed variants. The leading pathogenetic factors are alexithymia; high likelihood of neurosis; increased susceptibility to the development of stress; high intensity of guilt; depressed or shameful nature of perception of sense of guilt. It was demonstrated the connection between the Perceived Guilt Index, and the level of depression and level of reactive and personal anxiety. The necessity to develop of individualized approaches to psychotherapeutic correction in view of the complex structure of the personal factors that led to the development of conditions exclusion was defined.

**Key words:** delivering a premature baby; personal factors of adaptation disorders; psychotherapeutic correction.

Стаття надійшла до редакції 05.12.2013 р.

Завгородня Наталія Ігорівна - аспірант кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету; +38 050 343-31-87

---

© Колісник С.П.

УДК: 616.33-008.8:616-002.28:615.03

*Колісник С.П.*

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи (вул. Пирогова 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

**ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО ЕЗОФАГО-РН-МОНІТОРИНГУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ З АТИПОВИМИ ПРОЯВАМИ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ЛАНЗОПРАЗОМ**

---

**Резюме.** У статті висвітлено динаміку показників добового езофаго-рН-моніторингу у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу з атиповими проявами під впливом однотижневої фармакотерапії за допомогою ланзопразолу в дозі 30 мг двічі на добу. Результати проведеного дослідження свідчать про необхідність контролю внутрішньостравохідного рН у хворих з супутньою патологією хребта у зв'язку з виникненням у 33,3% випадків феномену "нічного прориву" кислоти. Дослідження відкриває нові перспективи щодо вивчення впливу коморбідної патології на перебіг, особливості діагностики та лікування ГЕРХ.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба з атиповими проявами, ланзопразол, добовий рН-моніторинг стравоходу.

---

**Вступ**

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) - одне з найбільш поширених захворювань, яке Всесвітньою організацією гастроентерологів визнано хворобою XXI століття. Симптоми ГЕРХ, від яких значно страждає якість життя, зустрічаються майже у 40% дорослого населення різних країн світу [Белялов, 2009]. Часто захворювання інших органів та систем можуть змінювати клінічний перебіг ГЕРХ, суттєво ускладнюючи при цьому діагностику та знижуючи ефективність лікування [Fass, 2009]. Атипові симптоми ГЕРХ та резистентність до фармакотерапії нерідко пов'язані з

супутньою патологією інших органів та систем [Бабак, 2011], особливо - патологією хребта [Колісник, 2006].

Для лікування ГЕРХ застосовуються антациди, антисекреторні препарати (блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів, інгібітори H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-АТФ-ази), прокінетики та хірургічні методи, ефективність яких продовжує вивчатись [Вялов, Чорбинская, 2011; Grant et al., 2013].

Доведено, що ефективними засобами лікування рефлюксної хвороби є інгібітори протонної помпи - ІПП, зокрема ланзопразол, який відрізняється доведеною антихелікобактерною активністю та здатністю стійко