

психологічним здоров'ям освітнього персоналу учасниками тренінгу віднесено; розробка спеціальної програми освітньої організації з означеного питання; здійснення психологічної підтримки персоналу на всіх етапах здійснення професійної кар'єри; оволодіння персоналом спеціальними засобами саморегуляції, зокрема, медитації, для підтримки психологічного здоров'я та ін.

Висновки. Застосування тренінгової програми «Професійна кар'єра та психологічне здоров'я освітнього персоналу» може сприяти психологічному забезпеченню здійснення професійної кар'єри освітнього персоналу та усвідомлення значення психологічного здоров'я у цьому процесі.

АЛГОРИТМ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

В. Є. Клебан,

студентка 5 курсу медичного факультета

М. К. Білоус,

студент 5 курсу медичного факультета

В.Ю. Жук,

кандидат медичних наук, асистент

Донецький національний медичний університет МОЗ України

Ще Гіппократ описував хронічні психози, що ускладнювалися перинатальними інфекціями, виникали після пологів і закінчувалися летально. Ескіроль (1838), а пізніше – Магсе (1858) відзначали пуерперальні психози, описані в праці «Безумство вагітних жінок» (*La folie des femmes enceintes*). На початку ХХ сторіччя був запропонований термін «депресія післяпологового періоду». Цим було підкреслено особливий характер згадуваного розладу. Поява цього терміна мала велике значення для виникнення нового напрямку – перинатальної психіатрії. У працях R.Kumar і K.M.Robson показано, що пуерперальні психози, мають органічне походження, на відміну від післяпологової депресії (ППД) [1]. Післяпологовий психоз має поширеність 1:500–1:1000 новонароджених і

найчастіше є клінічним проявом біполярного афективного розладу та уніполярної депресії [2].

Актуальність питань діагностики депресивних розладів зумовлена значною їх поширеністю саме серед жіночого населення та фактичною відсутністю системи кваліфікованої, спеціалізованої психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги вагітним і молодим матерям. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2020 р. серед захворювань, які призводять до інвалідності, депресивні розлади посідатимуть друге місце після ішемічної хвороби серця [3]. Від 45 до 60% випадків самогубств відбувається в депресивному стані [4].

Епідеміологічними дослідженнями останнього десятиліття встановлено швидке поширення афективної патології, зокрема, депресивнотривожних розладів у жінок під час вагітності та в постнатальному періоді. За даними зарубіжних вчених, близько 40% вагітних жінок мають ознаки психопатології. До 56% психічних порушень, асоційованих із вагітністю та післяпологовим періодом, становлять депресії. За даними літератури, поширеність розладів депресивного спектра у країнах Європи і США становить на сьогодні близько 5-10%. Їх частота упродовж життя становить 16%, упродовж 12-ти місяців – близько 7% [5]. У загальній медичній практиці частота депресій сягає 22-33%. Це обумовлює необхідність діагностики цієї патології в жінок під час вагітності та після пологів як найбільш відповідальних періоді репродуктивного циклу жінки та запобігання можливого негативного впливу депресивних та тривожних розладів на перебіг вагітності, розвиток плода та ранні взаємовідносини мати плід і мати дитина [6].

Мета дослідження: діагностика депресивних і тривожнодепресивних розладів у жінок під час вагітності та після пологів.

У психодіагностичному скринінгу взяли участь 247 жінок під час II триместру вагітності віком від 17 до 45 років поглибленим клінічним і клініко-психопатологічним методом досліджувалися 67 вагітних жінок віком від 22 до 38 років, які мали високі показники за шкалами особистісної чи ситуативної тривоги та/або депресії (основна група); і 31 вагітна жінка віком від 24 до 39 років із низькими показниками за вказаними шкалами (група порівняння). На підставі даних клініко-психопатологічного та патопсихологічного досліджень апробовано і впроваджено в умовах акушерського стаціонару алгоритм етапної діагностики депресивних і тривожнодепресивних розладів у вагітних жінок у II триместрі, у 6-8 тижнів, та до року після пологів.

Відомо, що депресивний розлад є одним з найпоширеніших психічних розладів у післяпологовому періоді. Післяпологовий «материнський смуток» – «бемі-блюз», чи синдром третьої доби – найбільш поширений розлад настрою, він триває від 5 до 10 днів. Спостерігається у 50-80% жінок, які народили вперше. Цей розлад настрою характеризується постійним плачем без пригніченості, лабільним настроєм. Цей стан зазвичай минає через 5-10 днів в умовах сприятливого та чуйного ставлення оточуючих до породіллі. Тим не менш, у 10% випадків «післяпологовий блюз» може мати інтенсивний та затяжний характер і стати початком розвитку ППД. Ризик розвитку депресії значно підвищується в разі настання вагітності в підлітковому та ранньому юнацькому віці. У 15-17-річних вагітних частота депресій більш ніж у 2 рази перевищує цей показник для зрілих матерів [7].

Розвиток депресивних і тривожних розладів непсихотичного реєстру може бути обумовлений специфічними особистісними характеристиками жінок у поєднанні з порушенням системи міжособистісних стосунків, актуальними і невідреагованими в минулому стресогенними впливами та комплексом соціальних чинників, які призводять до погіршення якості життя. Значна увага має приділятися фахівцями питанню виникнення та загострення тривожно-депресивних розладів і невротичних реакцій на стрес на різних етапах вагітності.

Так, доведено, що для розвитку дитини найбільш небезпечні патологічні реакції на стрес і поява афективної патології у II й III триместрах вагітності. Наслідки стресу у вагітних негативно позначаються на психофізіологічних характеристиках немовлят при народженні і визнаються схожими з такими в матерів, залежних від тютюнокуріння. Механізми розвитку психопатологічної симптоматики непсихотичного рівня обумовлені співвідношенням типології особистості, ступенем особистісної зрілості, соціально психологічними факторами, характером соціального функціонування. Важливу роль у патогенезі психоемоційних розладів у жінок під час вагітності відіграє преморбідний рівень функціонування особистості, який переважає в період початку вагітності – рівень зрілості полоролевої ідентичності, який жінка набула до цього часу. Доведено, що в період вагітності відбуваються зміни в емоційній сфері жінки в напрямку збільшення лабільності. Жінка стає більш чутливою і більш податливою до змін настрою.

У низці зарубіжних досліджень доведено, що тривожні і депресивні розлади в жінок під час вагітності потребують раннього виявлення та

корекції у зв'язку з їх значним негативним впливом на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду і подальший психофізичний розвиток та соціальну адаптацію дитини [7, 8].

Алгоритм діагностики депресивних і тривожно-депресивних розладів складається з первинного етапу відбору жінок у II триместрі вагітності, які мають підвищений ризик розвитку тривожно-депресивних розладів, та їх скринінгового обстеження за даними психометричних шкал самооцінки з метою виявлення вагітних жінок із підвищеними показниками депресивних і тривожних проявів. До цих груп належать вагітні з попередніми перинатальними втратами, бездітні жінки з довготривалим періодом безпліддя, вагітні з ускладненнями актуальної вагітності, а також вагітні з високим ризиком народження дитини з пренатальним ураженням центральної нервової системи, жінки, вагітність яких не була бажаною, жінки, що мали психоемоційні розлади в минулому.

Перше дослідження психічного статусу рекомендується проводити у II триместрі вагітності, друге – через 6-8 тижнів після пологів і протягом першого року життя дитини. Час дослідження визначається тим, що в I триместрі вагітності зазвичай вирішується доля вагітності, а в III триместрі відзначається так звана передпологова тривога. Термін другого дослідження збігається з часом імовірного прояву симптомів післяпологової депресії. Пакет методик для скринінгового етапу діагностики включає анкету соціодемографічних даних (вік, освіта, професія, трудова діяльність, матеріальне становище, сімейний стан) із коротким опитувальником стресових подій життя і даними акушерського анамнезу та психодіагностичні методики.

Результати вивчення показників першого етапу алгоритму психодіагностичного дослідження демонструють високу питому вагу пацієнток із підвищеними показниками за шкалами депресії та тривоги (відповідно 38% і 85%).

До 38,2% жінок під час II триместру вагітності мали підвищені (24%) та високі (14,2%) показники і клінічні прояви депресії та потребували подальшого уточнення клінічного діагнозу.

Таким чином, отримані дані психодіагностичного скринінгу свідчать про значну поширеність симптомів тривоги та депресії й високу питому вагу пацієнток із підвищеними показниками за шкалами депресії та тривоги, що обґрунтовує актуальність даного наукового дослідження, спрямованого на оптимізацію медико-психологічної допомоги вагітним жінкам і матерям із немовлятами. Доведено ефективність алгоритму

своєчасного виявлення депресивних розладів у жінок під час вагітності та після пологів, який має бути впроваджений у загальномедичну, акушерську та спеціалізовану (психолого-психіатричну) практику для принципового підвищення якості охорони психічного здоров'я вагітних жінок і матерів із немовлятами.

Література

1. Depression during and after pregnancy [Electronic resource]. Access mode:<https://www.womenshealth.gov/publications/ourpublications/factsheet/depressionpregnancy.html>. Accessed July 1, 2015. Title from screen.
2. Карагодина Е.Г. Об особенностях функционирования этических принципов в психодиагностическом процессе. *Архив психиатрии*. 2004. Т. 10, № 4. С. 17-21.
3. Бюлетень ВООЗ. 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/bulletin/volumes/ru>.
4. Пушкарева Т.Н. К вопросу диагностики послеродовой депрессии. *Архив психиатрии*. 2003. Т. 7, № 1. С. 42-46.
5. American Academy of Pediatrics. Intrapartum and postpartum care of the mother // In: Guidelines for Perinatal Care. – 7th ed. Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics; Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.
6. Cox J.L. Perinatal mental disorders – a cultural approach / J.L. Cox // *International Review of Psychiatry*. 1996. Vol. 8. P. 9-16.
7. Depressive disorders // In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. – 5th ed. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013 [Electronic resource]. Access mode : <http://www.psychiatryonline.org>. – Accessed July 16, 2015. Title from screen.
8. Пушкарева Т.Н. Послеродовая депрессия: распространенность, клиника, динамика. *Психичне здоров'я*. 2005. № 3 (8). С. 31-36.