

**В.В. Поздняк**  
**ТИПЫ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОДРОСТКОВОЙ**  
**БЕРЕМЕННОСТИ**

*каф. психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России*

**Резюме.** В статье представлены данные исследования юных беременных, описаны основные типы психических нарушений. Выделены 3 клинических варианта: меланхолический тип, тревожный тип, астеноипохондрический тип. Описаны особенности тревожности юных беременных. Произведен анализ адаптивного поведения (оценка уровня самосознания и механизмы психологических защит) юных женщин с нежелательной беременностью.

**Ключевые слова:** Подростковая беременность, психические нарушения, тревожный тип, меланхолический тип, астеноипохондрический тип, адаптивное поведение.

**Актуальность.** Подростковая беременность представляет собой важную общемедицинскую и социальную проблему. Нежелательная беременность в подростковом возрасте вызывает серьезные переживания девушки, может сопровождаться тяжелыми нервно-психическими расстройствами. Подростки реагируют на наступившую беременность стремлением к изоляции и отречению, наблюдаются депрессивные реакции, иногда антиобщественное поведение. Девушки бывают буквально парализованы страхом, вызванным необходимостью рассказать о случившемся родителям [6].

Ранняя половая жизнь и промискуитет негативно сказываются на психике подростков, ставят под сомнение гармоничность психического развития в дальнейшем [8]. Психотравмирующие факторы, связанные с сексуальным поведением подростка, могут привести к тяжелым внутренним переживаниям, которые в дальнейшей жизни повышают риск развития состояний, угрожающих первичным бесплодием (синдром лютиенизации, иммунологическим бесплодием) [3].

Целью нашего исследования являлось изучение психических расстройств, возникающих в результате нежелательной беременности в подростковом возрасте и особенностей адаптивного поведения юных беременных.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 145 подростков в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст  $16,02 \pm 0,86$ ). В основную группу вошло 100 человек.

В группу сравнения вошло 45 небеременных девушек-подростков. Группа сравнения сопоставима по основным параметрам с основной группой.

Экспериментально-психологические методы включали следующие тесты: Опросник ИЖС (LSI) для исследования механизмов психологических защит [2]. Методика «индекса жизненного стиля» (LSI) позволяет моделировать в эксперименте различные ситуации на вербальном уровне с помощью специализированного опросника, разработанного на концептуальной основе и стандартизированного в соответствии с принятыми правилами. Суммарная оценка шкальных оценок отражает уровень выраженности защитных механизмов.

Методика, определения индекса саморегуляции поведения (ИСП) [5], используется для определения уровня самосознания.

Интегративный тест тревожности (ИТТ) [1] был использован для определения уровня тревожности. В соответствии с эмпирической и теоретической целесообразностью рассматривают тревогу как состояние и как личностно-типологическое свойство.

**Полученные результаты и их обсуждение.** Клинико-психопатологический анализ психогенных нарушений позволил выделить в зависимости от преобладания типа аффективных нарушений следующих 3 клинических варианта (таблица 1).

**Таблица 1.**

**Распределение психогенных расстройств в основной группе в зависимости от типа аффективных нарушений.**

Типы аффективных нарушений	Средний возраст	Абсолютное количество	Относительное количество
Меланхолический тип	15,97±0,92	37	37%
Тревожный тип	16,00±0,77	32	32%
Астеноипохондрический тип	16,09±0,83	31	31%
ИТОГО		100	100

Меланхолический тип аффективного реагирования.

В первую подгруппу с меланхолическим типом аффективного реагирования вошли 37 юных беременных, что составляет 37% от обследованных основной группы. В эту группу вошли юные беременные от 14 до 18 лет, (средний возраст 15,97±0,92).

Для клинической картины с преобладанием меланхолического типа аффективного реагирования типичными являлись жалобы на снижение настроения, пессимистическое отношение к себе и своему будущему. Достаточно часто возникали идеи самообвинения по поводу «убийства ребенка» («во мне жизнь, а я ее убью... не знаю, как с этим буду жить»). В поведении подростков начинает проявляться несвойственное им раннее стремление к одиночеству, уединению.

Из соматовегетативных проявлений наиболее часто встречались нарушения сна, снижение аппетита, вегето-сосудистые нарушения (тахикардия, потливость).

Тревожный тип аффективного реагирования.

Во вторую подгруппу с тревожным типом аффективного реагирования вошли 32 юных беременных, что составило 32% от обследованных основной группы, в возрасте от 15 до 17 лет (средний возраст 16,00±0,77).

В клинической картине обследованных второй подгруппы преобладали тревожные симптомы различной степени тяжести - от латентной формы в виде субъективного чувства внутреннего волнения, беспокойства, проявляющиеся в вербальных характеристиках своего состояния («внутри страшно... как-будто дрожу постоянно»), до относительно глубоких тревожных переживаний, при которых аффективный компонент преобладал над вербальным. Тревожные реакции

проявлялись в повышенной двигательной активности. В виде характерных для тревоги: поз, жестов, мимики, выражающих тревожно окрашенное оживление, суетливость. Тревожное напряжение отражало страх перед бесплодием, одиночеством и отверженностью («родители меня не простят... молодой человек, не захочет со мной общаться»). У ряда обследуемых наблюдались острые деперсонализационные состояния, что было характерно для первой реакции на известие о беременности («когда на тест посмотрела все чувствовать перестала... как-будто колпак на голову одели»). Эпизодические и более продолжительные тревожные состояния не достигали невротического уровня по своей выраженности тревоги.

Астеноипохондрический тип аффективного реагирования.

В третью подгруппу с астеноипохондрическим типом аффективного реагирования вошли 31 юная беременная, что составило 31% от обследованных основной группы, в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст  $16,09 \pm 0,9$ ).

В структуре депрессии преобладал астенический компонент - раздражительность, повышенная утомляемость, нарушение сна, снижение аппетита, апатия. Тревожные опасения были связаны со страхом за свое здоровье («в результате аборта могу стать бесплодной... боюсь кровотечения, которые врачи не остановят... беременность вызывает тошноту и рвоту, из-за моего слабого здоровья»). Настроение колебалось от ровного до подавленного и угнетенного, раздражительного и тревожного. Повышенная возбудимость сменялось легко возникающей слабостью и утомляемостью. Нарастало снижение продуктивности – появлялись значительные затруднения при концентрации внимания, рассеянность. Раздражительность, нередко сопровождалась симптомами вегетативной лабильности: головокружение, головными болями, тошнотой, обморочными состояниями. Ипохондрия, возникающая на фоне астенизации, характеризовалась фиксированностью на слабости своего здоровья, и, как следствие, невозможности выносить ребенка. Тревожные ожидания были связаны с опасениями осложнений при аборте и родах.

Во всех подгруппах основной группы, вне зависимости от типа аффективного реагирования определяется высокий уровень ситуативной тревожности связанный с реально существующей психотравмирующей ситуацией нежелательной беременности, что говорит о дезадаптации в интериндивидуальных и интраиндивидуальных отношениях.

Структура тревожности различна в зависимости от типа аффективного реагирования.

Эмоциональный фон юных беременных с меланхолическим типом аффективного реагирования характеризуется неуверенностью в себе, снижением самооценки и повышением эмоциональной чувствительности.

В подгруппе с тревожным типом аффективного реагирования выявляется проекция страхов в будущее, общая озабоченность последствиями.

В подгруппе с астеноипохондрическим типом аффективного реагирования выявляется преобладание в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

У подростков с нежелательной беременностью выявляется более низкий уровень самосознания, чем в группе сравнения. При регуляции своего поведения юные беременные пользуются аффективной составляющей, они недостаточно осознают как собственные слова и поступки могут восприниматься окружающими, а также к чему впоследствии могут привести. Незрелость когнитивного компонента самосознания приводит к недооценке последствий своих поступков. Преобладание аффективного компонента в саморегуляции поведения, принятие решений и совершение действий под влиянием сиюминутных чувственных порывов, приводит к случайным половым связям, редкому использованию контрацептивных средств, следствием чего является нежелательная беременность в подростковом возрасте.

В основной группе используется более широкий спектр напряженных МПЗ, что свидетельствует об актуальной психотравмирующей ситуации – нежелательной беременности.

Обращает на себя внимание выраженная дисгармоничность в профиле МПЗ у юных беременных, значительный перевес протективных (незрелых) защит [4]. Нехватка зрелых МПЗ, основанных на вытеснении и когнитивной переработке, признается в теории уровней организации личности [7], одним из критериев пограничных расстройств.

Наиболее интенсивно используется МПЗ «регрессия», характеризующийся переходом на более ранние стадии развития, с использованием более простых поведенческих стереотипов и ослаблением эмоционально-волевого контроля. Беременная девушка ищет поддержки, понимания

В основной группе достаточно напряженным является МПЗ «отрицание», характеризующийся стремлением игнорировать, внутриличностный конфликт, связанный с нежелательной беременностью. Примечательна способность в таких случаях “пропускать” в своих воспоминаниях неприятные пережитые события, заменяя их вымыслом. С последним можно связать то, что в подгруппе с преобладанием МПЗ «отрицание» доля повторнобеременных подростков составляет 50%.

### ***Выводы/***

1. Основными типами психических нарушений при подростковой беременности явились расстройства адаптации с преобладанием следующих типов аффективного реагирования: меланхолический, тревожный и астеноипохондрический типы.

2. Меланхолический тип аффективного реагирования характеризуется снижением настроения, активности, самооценки и сосредоточенности на представлениях депрессивного круга.

3. Тревожный тип аффективного реагирования характеризуется тревожными симптомами различной степени тяжести – от латентной формы в виде субъективного

чувства внутреннего волнения, до относительно глубоких тревожных переживаний, при котором аффективный компонент преобладал над вербальным.

4. Астеноипохондрический тип аффективного реагирования характеризуется астеническими симптомами: раздражительность, утомляемость, снижение продуктивности, расстройства сна.

5. Юные беременные используют более широкий спектр напряженных МПЗ, что свидетельствует об актуальной психотравмирующей ситуации – нежелательной беременности.

6. При подростковой беременности выявляется выраженная дисгармоничность в профиле МПЗ с преобладанием протективных форм.

### ***Литература***

1. Бизюк А.П., Применение интегративного теста тревожности / Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. - СПб, 1997. - 22 стр.
2. Вассерман Л. И., Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов. / Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б., Беспалько И. Г., Аристова Т. А. и др. – СПб., 1998. – 48 с.
3. Глущенко С.И., Психогенные факторы в возникновении бесплодия / Глущенко С.И., Киселев А.Г.// Материалы конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия – 2004», СПб, Издательство СПбГПМУ, 2004, стр.64
4. Поздняк В.В. Нарушения психической адаптации при подростковой беременности /Поздняк В.В.// Вестник педиатрической академии. - СПб., 2003, с. 168-170.
5. Чудновский В.С., Самосознание подростков с гармоничным и отклоняющимся поведением. / Чудновский В.С., Кржечковский А.Ю., Можейко А.А. - Ставрополь, 1993- 141 стр.
6. Karen N. Trends in Teen Sexual behavior. /Karen N.// Children and youth services review,2006 - p. 341
7. Kernberg O. Severe Personality Disorders. / Kernberg O. Yale University Press, 1994 – 300 p.
8. Smith L.B. Underreporting sensitive behaviors: the case of young women's willingness to report abortion. /Adler N.E., Tschann JM. // J. Health Psychol., 1999, - № 1 – p. 37-43.

### ***Abstract***

***V. V. Pozdnyak***

### **TYPES OF MENTAL VIOLATIONS AT TEENAGE PREGNANCY**

*Saint-Petersburg State Pediatric Medical University,*

*Department of Psychiatry and Narcology*

In article researches of young pregnant women are submitted data, the main types of mental violations are described. 3 clinical options are allocated: melancholic type, disturbing type, astenoipokhondrichesky type. Features of uneasiness of young pregnant women are described. The analysis of adaptive behavior (an assessment of level of consciousness and mechanisms of psychological protection) young women with undesirable pregnancy is made.

**Keywords:** Teenage pregnancy, mental violations, disturbing type, melancholic type, astenoipokhondrichesky type, adaptive behavior.

### **References:**

1. Bizjuk A.P., Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti / Bizjuk A.P., Vasserman L.I., Iovlev B.V. - SPb, 1997. - 22 p. (in Russian)
2. Vasserman L. I., Psihologicheskaja diagnostika indeksa zhiznennogo stilja: Posobie dlja vrachej i psihologov. / Vasserman L. I., Eryshev O. F., Klubova E. B., Bepal'ko I. G., Aristova T. A. i dr. – SPb., 1998. – 48 p. (in Russian)

3. Glushhenko S.I., Kiselev A.G.// Materialy konferencii «Psihatrija konsul'tirovanija i vzaimodejstvija – 2004», SPb, Izdatel'stvo SPbGPMU, 2004, p. 64 (in Russian)
4. Pozdnjak V.V., Vestnik pediatricheskoj akademii. - SPb., 2003, p. 168-170. (in Russian)
5. Chudnovskij B.C., Samosoznanie podrostkov s garmonichnym i otklonjajushhimsja povedeniem. / Chudnovskij B.C., Krzhechkovskij A.Ju., Mozhejko A.A. - Stavropol', 1993- 141 p. (in Russian)
6. Karen N. Trends in Teen Sexual behavior. /Karen N.// Children and youth services review,2006 - p. 341
7. Kernberg O. Severe Personality Disorders. / Kernberg O. Yale University Press, 1994 – 300 p.
8. Smith L.B. Underreporting sensitive behaviors: the case of young women's willingness to report abortion. /Adler N.E., Tschann JM. // J. Health Psychol., 1999, - № 1 – p. 37-43.

**Сведения об авторе:** Поздняк Вера Владимировна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, egodoe@yandex.ru.