

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук»
Научно-исследовательский институт психического здоровья

На правах рукописи

Ротова Ирина Александровна

ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ (КЛИНИЧЕСКАЯ
ДИНАМИКА, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОТЕРАПИЯ)

Специальность: 14.01.06-«Психиатрия»

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
Куприянова Ирина Евгеньевна

Томск-2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ (Обзор литературы)	10
1.1.Беременность и психическое здоровье	12
1.2.Психическое здоровье женщин при патологии беременности	15
1.3.Качество жизни женщин с угрозой невынашивания	24
1.4.Психотерапевтическая коррекция психических нарушений при различной патологии беременности	29
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ	39
2.1.Общая характеристика материала и методов исследования ..	39
2.2.Характеристика клинического материала	39
2.3.Методы исследования	45
Глава 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ	52
3.1.Клиническая характеристика преневротических состояний и невротических расстройств у женщин с патологией бе- ременности	52
3.1.1. Клиническая характеристика преневротических состояний у женщин с патологией беременности	53
3.1.2. Клиническая характеристика невротических расстройств у женщин с патологией беременности ...	56
3.2.Факторы, способствующие развитию преневротических состояний и невротических расстройств у женщин с патологией беременности	64
Глава 4. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ	74
4.1.Уровень качества жизни при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной па- тологией беременности	74

4.2.Уровень тревоги при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности	86
4.3.Психологические защиты при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности	96
4.4.Стратегии совладания со стрессом при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности	100
Глава 5. КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЕЁ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ	103
Глава 6. ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ	123
6.1.Методы психотерапии при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности	123
6.2.Психопрофилактические мероприятия при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности	133
6.3.Особенности проведения психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности	136
6.4.Оценка эффективности психопрофилактической помощи при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности	137
Заключение	142
Выводы	161
Список использованной литературы	164

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Исторически сложилось так, что при рассмотрении вопросов в области психического здоровья, связанных с рождением ребенка, в центре внимания всегда был послеродовой период [Yelland J.S., 2009]. Послеродовая депрессия, достаточно хорошо изученная и признанная серьезной проблемой психического здоровья, встречается у 10–21,9% женщин [Miller E.R., 2012; Koh Y.W.M., 2014].

В настоящее время перинатальная психиатрия имеет более широкое понятие за счет признания того факта, что депрессия и тревога часто взаимосвязаны и развиваются уже во время беременности, поэтому риск для младенца возникает еще до рождения [Buist A., 2014]. В отличие от психических заболеваний матери в другое время жизни, расстройства в перинатальном периоде непосредственно или косвенно влияют на ребенка. Психическое заболевание у матери может оказать неблагоприятное воздействие на познавательное, социальное и эмоциональное развитие у ребенка за счет нарушений взаимодействия между матерью и ребенком [Murray L., 2011]. Тревожность матери во время беременности подвергает ребенка воздействию более высоких уровней кортизола, которые сохраняются на протяжении всей жизни ребенка и вполне могут способствовать развитию тревоги и поведенческих расстройств у этих детей [Buist A., 2014].

Диагнозы, которые должны рассматриваться в перинатальном периоде, включают большую депрессию, расстройства адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство [Buist A., 2014].

При обследовании сплошной выборки, состоящей из 450 беременных с физиологически протекающей беременностью, установлено наличие клинически очерченных психических расстройств у 26,9%, из них у 19,3% – невротические и соматоформные расстройства, у 3,8% – эндогенные психические расстройства (шизофрения, шизотипическое расстройство и аффек-

тивные расстройства настроения), у 2,4% – органические, включая симптоматические психические расстройства, у 2% – алкоголизм и у 1,8% беременных – умственная отсталость [Кулиев Р.Т., 2012].

Основными синдромами невротических депрессивных расстройств у женщин в период беременности являются: депрессивный, тревожно-депрессивный и депрессивный с явлениями навязчивости [Колесников И.А., 2010; Балашов П.П. и др., 2011]. Депрессия в перинатальном периоде встречается с высокой частотой – у 9,4–12,7% беременных [Gaynes B.N., 2005]. «Депрессивный синдром беременных» является одним из специфических аффективных расстройств, связанных с репродуктивной функцией женщин [Смуглевич А.Б., 2001].

Степень разработанности темы исследования. Диагностика депрессии в период беременности затруднена, так как многие симптомы, такие как лабильность эмоционального фона, повышенная утомляемость, изменения аппетита и снижение когнитивных функций, нередко встречаются и при физиологически нормально протекающей беременности; в большинстве случаев нервно-психические расстройства беременных женщин остаются нераспознанными [Добряков И.В., 2008; Spitzer R.L., 2000]. Депрессия остается нераспознанной и нелеченной у беременных чаще, чем у небеременных женщин [Ко J.Y., 2012]. Выявление депрессии акушерами-гинекологами у беременных женщин в последние годы увеличилось до 13% и более [Rosenquist S.E., 2013].

Медико-социальная значимость проблемы сохранения здоровья матери и ребенка очень высока и требует особого внимания к качеству оказываемой общей и психопрофилактической помощи [Кулаков В.И., 2006]. «Любые стрессовые ситуации для организма беременной женщины, включая воспалительные и невоспалительные, эндокринные, нервно-психические, иммунные и другие заболевания, транслируются от неё к новорожденному ребенку...» [Казначеев В. П. и др., 2004].

Таким образом, пограничные психические расстройства и донозологические состояния имеют высокую распространенность среди беременных с патологией беременности. Соматические расстройства, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, социально-психологические и индивидуально-психологические характеристики беременных, конституционально-биологические факторы в совокупности опосредованно действуют через центральную нервную систему. Если ЦНС стабилизируется, то преодоление стрессовой ситуации становится возможным, если состояние ЦНС нестабильно – то возникает психическое расстройство.

Всё это обосновывает степень разработанности темы и актуальность проводимого нами исследования.

Цель исследования. Определить спектр преневротических состояний и невротических расстройств у женщин с патологией беременности, их клинические особенности течения и качество жизни у беременных с угрозой невынашивания, многоводием, патологией плаценты, преэклампсией; выявить факторы риска с последующей разработкой лечебно-реабилитационных программ психологической коррекции.

Задачи исследования.

1. Описать спектр преневротических состояний и невротических расстройств и их клинические особенности у женщин с патологией беременности (угрозой невынашивания, многоводием, патологией плаценты, преэклампсией).

2. Изучить личностно-психологический профиль и уровень качества жизни при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности.

3. Определить факторы риска развития преневротических состояний и невротических расстройств при патологии беременности (угрозе невынашивания, многоводии, патологии плаценты, преэклампсии).

4. Разработать и внедрить психотерапевтические программы по коррекции преневротических состояний и невротических расстройств у беременных в зависимости от патологии беременности.

5. Оценить эффективность проводимых программ психотерапевтической коррекции преневротических состояний и невротических расстройств у беременных с патологией беременности.

Положения, выносимые на защиту:

1. У беременных с различной акушерской патологией выявляется высокая распространенность преневротических состояний и невротических расстройств.

2. Клиническое течение преневротических состояний и невротических расстройств у беременных сопровождается повышением уровня тревоги, снижением качества жизни, использованием неадаптивных механизмов совладания со стрессом. Наиболее выражены проблемы психического здоровья у беременных с преэклампсией.

3. Психотерапевтическая и психопрофилактическая подготовка беременных с преневротическими состояниями и невротическими расстройствами к родам, ориентированная на коррекцию психологических характеристик и смягчение действия факторов риска, способствует оптимизации психического состояния беременных и успешному родоразрешению.

Научная новизна. На основании результатов клинико-психопатологического исследования получены новые данные о структуре, особенностях психического состояния и уровне качества жизни беременных с угрозой невынашивания, многоводием, патологией плаценты, преэклампсией. Впервые выявлены донозологические психические расстройства (преневротические состояния) у женщин с этими патологиями. Изучена клиническая динамика психопатологических проявлений у беременных в различные триместры для каждой группы патологии. Определены группы с высоким риском (преэклампсия и угроза невынашивания беременности) проявления невротических расстройств. Динамика психопатологических расстройств показывает,

что тяжесть акушерской патологии способствует усилению психопатологических проявлений.

Впервые разработано 6 программ комплексной психореабилитации и психотерапевтической коррекции преневротических состояний и невротических расстройств в трёх группах беременных с патологией беременности с учётом клинико-психопатологической динамики. Изучена эффективность применяемых программ. Обоснована необходимость включения психотерапевтических и реабилитационных мероприятий по психокоррекции преневротических состояний и невротических расстройств при ведении беременных с патологией беременности и обоснована необходимость дифференцированных многоуровневых программ.

Практическая значимость. Предложен комплекс мероприятий, направленный на раннюю диагностику, терапию и профилактику преневротических состояний и невротических расстройств у женщин с патологией беременности. Разработаны оригинальные психотерапевтические стратегии для беременных с психическими расстройствами: при невротических расстройствах – с акцентом на рациональную и эмоционально-образную терапию, при расстройствах личности и поведения – на поведенческую и семейную, при расстройствах депрессивного спектра – на когнитивно-поведенческую терапию и саморегуляцию. При преневротических состояниях и невротических расстройствах программы включают клинико-диагностические, психофармако- и психотерапевтические мероприятия, выявление факторов риска, превентивное направление и образовательные тренинги. Предложенный комплекс мероприятий позволит оптимизировать раннее выявление, психокоррекцию и психопрофилактику преневротических состояний и невротических расстройств у беременных с патологией беременности, повысить их качество жизни, снизить уровень личностной тревожности, купировать негативные психоэмоциональные состояния, облегчить процесс родовспоможения, улучшить физическое здоровье новорожденных.

Внедрение результатов. Результаты настоящего исследования внедрены в профилактический и лечебный процесс при ведении беременных с угрозой невынашивания, многоводием, патологией плаценты, преэклампсией на базе женской консультации и в отделении патологии беременных родильного дома ОГБУЗ «Роддом № 1» г.Томска.

Апробация работы. Основные положения и результаты диссертации были представлены и обсуждены на Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии» (Томск, 2012), на Международной научно-практической конференции в рамках пятых Яцковских чтений «Психическое здоровье населения Дальнего Востока и Сибири» (Владивосток, 2012), на XVI научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 2013), на IV региональной конференции молодых ученых и специалистов «Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения» (Томск, 2014), на XVII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 2015).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, из них 3 статьи в центральных журналах, рекомендованных перечнем ВАК РФ.

Личный вклад автора. Весь материал, представленный в работе, получен, обработан и проанализирован лично автором, курация беременных в динамике, а также статистическая обработка результатов и написание текста диссертации проведены автором.

Структура и объём диссертации. Диссертация оформлена по национальному стандарту РФ ГОСТ Р7.0.11-2011. Диссертационное исследование изложено на 190 страницах машинописного текста. Содержит введение, обзор литературы, 5 глав собственных исследований, заключение, выводы, список использованной литературы. В библиографии содержится 243 источника, из них 169 отечественных и 74 иностранных авторов. Работа проиллюстрирована 28 таблицами, 9 рисунками, 3 клиническими наблюдениями.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ (Обзор литературы)

В настоящее время большинство учёных придерживаются точки зрения, согласно которой женщины в период беременности подвержены повышенному риску развития нервно-психических расстройств [Колесников И.А., 2010; Oates M., 2003; Yelland J.S., 2009].

В столь ответственный период своей жизни женщина сталкивается с новыми адаптационными задачами, для разрешения которых требуется активная личностная перестройка. Она должна постепенно принять роль матери, научиться воспринимать будущего ребенка отдельно от себя и реализовывать свои потребности с учетом его существования [Шкуротенко О.С., 2011]. Для этого необходимо большое внимание уделять психическому здоровью женщины. Во время беременности психическое благополучие выражается в способности будущей матери адекватно проявлять свое поведение, регулировать свои психические состояния, адаптируясь к условиям кризисной ситуации [Васильева В.В., 2008; Frydenberg E., 1999]. Процесс принятия роли матери рассматривается как кризисный этап в развитии личности, который предъявляет особые требования к внутренним психологическим ресурсам и несет для женщины как потенциальные возможности, так и опасность [Абрамченко В.В., 2004; Соколова О.А., 2007; Филиппова Г.Г., 2005].

Для большинства пациенток наступившая беременность является желанной, но для некоторых это событие оказывается неожиданностью и не всегда приятной [Миронова Е. С., 2011]. Когда женщина принимает решение сохранить беременность, но при этом не готова к ней, то, как правило, период вынашивания ребенка сопровождается тревогой и воспринимается как стрессовый фактор [Ip S., 2007]. В этих случаях обычно отмечается тревожный тип переживания беременности. При этом важную роль в развитии тревожных состояний играют определенный физический дискомфорт; вынуж-

денные изменения образа жизни, в общении в семье, с коллегами по работе; беспокойство за здоровье будущего ребенка; финансовые затруднения [Абабков В.А., 2002; Gaynes B.N., 2005].

Отмечено, что осложнения и патология во время беременности являются в том числе и психосоматическим компонентом, поэтому психотерапия в данном контексте оказывает благотворное влияние на состояние таких беременных [Малкина-Пых И.Г., 2005; Карвасарский Б.Д., 2006; Пезешкиан Н., 2009].

Состояние психоэмоционального напряжения с наличием тревожности различной степени выраженности наблюдается у 40–50% женщин с нормально протекающей беременностью [Абрамченко В.В., 2001; Коваленко Н.П., 2002]. Беспокойство и напряжение усугубляются при появлении дополнительных психотравмирующих факторов, таких, например, как возникновение осложнений беременности, требующих госпитализации, выявление многоводия и патологии плаценты, угроза невынашивания беременности, преэклампсия, воспоминания о неблагоприятных в прошлом беременностях и родах и др. [Mutter W.P., Karumanchi S.A., 2008].

В отличие от психических расстройств матери, наблюдающихся в другое время жизни, расстройства в перинатальном периоде прямо или косвенно влияют на ребенка [Pariante C.M., 2014; Orr S.T., 2007]. Психическое заболевание у матери может оказать неблагоприятное воздействие на познавательное, социальное и эмоциональное развитие у ребенка за счет нарушений взаимодействия между матерью и ребенком [Murray L., 2011]. Тревожность матери во время беременности подвергает ребенка воздействию более высоких уровней кортизола, которые сохраняются на протяжении всей жизни ребенка и вполне могут способствовать развитию тревоги и поведенческих расстройств в дальнейшем у этих детей [Buist A., 2014].

При неблагоприятной адаптации у матерей могут наблюдаться послеродовые аффективные расстройства, в частности постпартальная депрессия, предрасполагающими факторами которой являются тревожные и депрессив-

ные состояния в дородовом периоде, депрессивные эпизоды в анамнезе, психотравмы в период беременности, заболевания новорожденных и неблагоприятные семейные взаимоотношения [Гречаный С.В., Кожадей Е.В., 2016; Rosenquist S.E., 2013].

Исторически сложилась ситуация, что при рассмотрении вопросов в области психического здоровья, связанных с рождением ребенка, в центре внимания исследователей всегда находился послеродовой период [Yelland J.S., 2009]. Изучению психических расстройств при патологии беременности в научных исследованиях как в России, так и за рубежом, уделялось слишком мало внимания [Ritter C. et al., 2000].

1.1. Беременность и психическое здоровье

Естественные физиологические соматические изменения, обусловленные течением беременности, создают неблагоприятный фон, на котором легко развиваются нервно-психические расстройства. В период беременности они встречаются примерно у 40% женщин [Добряков И.В., 2009]. Высокий уровень распространенности психических расстройств непсихотического уровня у женщин отмечается даже при физиологическом течении беременности. Состояние психоэмоционального напряжения с наличием тревожности различного уровня наблюдается у 24% женщин с нормально протекающей беременностью [Балашов П.П. и др, 2011].

Психиатрические диагнозы, которые должны рассматриваться в перинатальном периоде, включают большую депрессию, расстройства адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство [Buist A., 2014].

Тревога является защитной реакцией организма на определенные, опасные для него ситуации. Считается, что изменение гормонального фона во время беременности, в том числе значительное увеличение эстрогенов,

и особенно прогестерона, в сыворотке крови могут усугублять имеющиеся эмоциональные нарушения [Soares C.N., 2009]. Тревожные расстройства могут впервые появляться во время беременности, когда происходит изменение клинической картины течения уже имеющихся нарушений [Kupriyanova I., 2015; Razurel C., 2013]. Большинство пограничных психических расстройств формируются задолго до беременности и в её период под влиянием нейроэндокринных сдвигов (в том числе за счет значительного увеличения эстрогенов, особенно прогестерона), обостряются [Кулиев Р.Т., 2012; Soares C.N., 2009].

С одной стороны, тревога выполняет охранительную и мотивационную функции; с другой стороны, тревожность может препятствовать формированию адаптивного поведения [Купченко В.Е., 2008]. Как высокая, так и низкая степень интенсивности тревоги не являются оптимальными, наиболее адаптивным представляется средний уровень тревоги, соответствующий оптимальному типу отношения женщины к актуальной беременности, поскольку в данном случае тревога в наибольшей степени выполняет охранительную функцию [Аксенов М.М., Семке В.Я., Ветлугина Т.П. и др., 2011; Куприянова И.Е. и др., 2016]. Выявлено, что тревожно-фобические расстройства чаще всего встречаются во II и III триместрах беременности [Кох Л.И., 2008; Костенко И.В., 2013].

В исследовании И.В. Добрякова [2014] установлена зависимость депрессивной и тревожной симптоматики у беременных от типа психологического компонента гестационной доминанты. Беременные с преимущественно оптимальным типом наиболее благополучны по психопатологическому статусу. Для беременных с эйфорическим типом психологического компонента более характерна тревожная симптоматика; с гипогестогнозическим – депрессивные симптомы; с тревожным типом – высокий уровень реактивной и личностной тревожности; депрессивные переживания критического и явно выраженного уровня; с депрессивным типом – клинически значимые невротические проявления [Добряков И.В., 2014].

Женщины, демонстрирующие депрессивный тип отношения к беременности, весьма склонны к беспомощности и депрессии. Этот показатель является одним из самых неблагоприятных для характеристики самочувствия женщины и может обуславливать психологическую беспомощность во время беременности, нарушая взаимодействие в диаде «мать – дитя» [Шиповская В.В., 2008; Raison C.L., 2011].

Повышенная тревожность имеет положительную связь с увеличением в крови рожениц концентрации АКТГ и отрицательно взаимосвязана с концентрацией кортизола во втором периоде родов [Лысенко О.В., 2004]. Другое исследование, проведенное в группе женщин в середине беременности – начале III триместра, показало наличие значительных ассоциаций между депрессией и повышенными уровнями кортизола. При этом значительные колебания настроения у беременных были связаны с изменением суточной концентрации кортизола. Между тем эти эффекты не зависели от социально-демографических факторов и нарушений сна, но отмечены ассоциации с тревогой и психологической травмой [O'Connor T.G., 2014].

Однако обнаруженные взаимосвязи между показателями стресса и его биомаркерами в период беременности не являются однозначными при проведении больших эпидемиологических исследований. Корреляционный анализ уровня таких гормонов, как кортизол, и психосоциальных показателей (восприятие стресса, состояние тревожности, копинг-стратегии, индекс жизненного стиля, социальная поддержка), проведенный на выборке 1587 беременных женщин – жительниц Северной Каролины не обнаружил выраженных соотношений [Harville E.W., 2009].

По результатам исследования отцов в Гонконге [Koh Y.W.M., 2014] сделан вывод, что послеродовая депрессия развивается не только у матерей, но и у отцов. S.C. Klock, G. Chang et al. [1997] отмечают психологический дистресс у женщин с повторяющимися спонтанными абортами. Риск большого депрессивного эпизода повышается у женщин-латиноамериканок в течение беременности и после родов [Le H.-N., 2004; Leigh B., Milgrom J., 2008].

Психическое состояние беременных в значительной степени является результатом взаимодействия двух основных факторов: экстрагенитальных, к числу которых следует отнести соматические заболевания и индивидуально-типические особенности физического статуса женщины, а также генитальных, которые включают физиологические особенности женской половой сферы, а также особенности течения самой беременности. Помимо этого, на психический статус беременной женщины оказывают влияние её индивидуально-психологические особенности и социально-психологические факторы [Куприянова И.Е., 2012].

Некоторые авторы предлагают использовать психиатрические лекарственные средства в течение беременности и лактации, исходя из того, что психическое состояние беременных безотлагательно требует терапевтических стратегий со стороны психиатра [Arnon J., Shechtman S., Ornoy A., 2000]. Беременность после выкидыша в анамнезе является предиктором перинатальной депрессии, страха и стрессовой реакции [Blackmore E.R, 2002; Bergner A., Beyer R., Klapp B.F., Rauchfuss M., 2008]. В работе зарубежных авторов указывается на высокую возбудимость во время беременности [Challis J.R., Cohen L.S., 2009]. Многие депрессии манифестируют после рождения ребёнка [Connell C.D., 2010]. Пренатальная депрессия воздействует на плод в разных этнических и социоэкономических группах [Field T. et al., 2002].

1.2. Психическое здоровье женщин при патологии беременности

К настоящему времени определились две ведущие позиции в борьбе за здоровье родившегося ребенка. Одна из них опирается на традиционную для медицины линию: обеспечение здоровья ребенка через использование сильнодействующих лекарств, то есть интенсивную терапию. Вторая предусматривает организацию таких гигиенических условий среды, которые должны соответствовать специфическим особенностям физиологии ребенка

[Ananthakrishnan A.N., Zadvornova Y., Naik A.S., Issa M., Perera L.P., 2012].

Принято считать в наше время, что проблемой номер один в здравоохранении являются сердечно-сосудистые заболевания и рак. Нам представляется, что это не совсем верно – первый номер в списке по праву должна получить проблема физиологической незрелости. Вследствие сниженной иммунобиологической устойчивости физиологическая незрелость – поставщик разнообразных состояний патологии не только в ранние, но и в более поздние возрастные периоды, в том числе сердечно-сосудистых болезней и рака. Физиологическая незрелость, своевременно не компенсированная, является также почвой для состояний психической неполноценности и духовной инфантильности [Баженова О.В., 1993; Möhler E., Parzer P. et al., 2006].

Акушерская патология в течение беременности и родов, как правило, приводит к рождению детей с физиологической незрелостью со всеми вытекающими из этого последствиями. Одним из основных видов акушерской патологии является невынашивание беременности [Хломов К.Д., 2008; Клещеногов С.А., 2011]. Частота этого осложнения беременности остается стабильной в течение уже многих лет и составляет 15–20% от всех желанных беременностей. В структуре невынашивания около 25% составляет привычный выкидыш, в основе которого, как и при спорадическом прерывании, лежит нарушение репродуктивной функции [Сидельникова В.М., 2005]. Далее по частоте встречаемости акушерской патологии при беременности следуют преэклампсия и многоводие плаценты, однако психическое состояние женщин с данной патологией мало изучено [Ross L.E., 2006].

К невынашиванию беременности приводят также тяжелые преэклампсии второй половины беременности, предлежание и преждевременная отслойка плаценты, многоводие и многоплодие, неправильное положение плода [Печникова Е. Ю., 2004]. У женщин старше 35 лет достоверно чаще рождаются дети с пороками развития центральной нервной системы, множественными пороками. Показано, что с возрастом у женщин ослабевает отбор

полноценных яйцеклеток для оплодотворения [Ахмадеева Э. Н., 2003; Белокрылова М.Ф. и др., 2016].

Исследования отечественных ученых позволили разработать программу реабилитации, ориентированную для женщин, страдающих невынашиванием беременности. Тактика ведения таких пациенток складывается из трех основных компонентов: 1) оценка состояния репродуктивной системы супругов и устранение возможных нарушений до и в процессе беременности; 2) выявление патологических факторов гибели эмбриона/плода; 3) нормализация психического статуса [Сидельникова В.М., 2005].

Устранение/снижение психопатологической симптоматики требует оценки психического статуса беременной женщины, выявление отклонений его от оптимального уровня для успешного течения беременности, а на основе этого – применения психологических и психотерапевтических средств нормализации психического состояния будущей матери.

Факторами риска для развития психических расстройств в перинатальном периоде являются неблагоприятный акушерско-гинекологический прогноз [Бохан Т. Г., 2010; Wadhwa P.D., 2005], наличие психического заболевания в анамнезе, аффективных и тревожных расстройств в семье, изоляция или низкий уровень поддержки для матери, многочисленные стрессы, жестокое обращение в детстве, низкий уровень образования, низкий социально-экономический уровень (неудовлетворительные жилищные условия и нестабильное материальное положение), перфекционистский тип личности [Misri S., 2000; Matthieu M., 2006; Buist A., 2014; McLeod S., 2015].

К реестру факторов, увеличивающих риск развития невротических расстройств, относятся психосоциальные стрессоры, плохое питание, отсутствие физической активности, ожирение, курение и другие социальные проблемы [Криворотько Я.В., 2011; Moylan S., 2012; Berk M., 2013].

Отечественными авторами отмечается, что женщины с высшим образованием в большей степени подвержены тревоге и депрессии [Михалевич С.И., 2006; Никифорова Т.В., 2010; Мартыненко П.Г., 2012]. При беременно-

сти, особенно первой, четко прослеживаются биопсихосоциальные составляющие пограничных психических расстройств [Руженков В.А., 2011].

Повышение нервно-психического напряжения связано с увеличением возраста беременных и уровнем полученного образования, наиболее высокие показатели нервно-психического напряжения отмечаются у первородящих женщин с поздним для беременности возрастом [Пенжоян М.А., 2010].

Существенную роль в развитии психических расстройств у беременных играют социально-средовые факторы. Социально-экономическая нестабильность способствует высокой частоте возникновения угрозы прерывания беременности и осложнений родовой деятельности беременных женщин со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами. Военные действия, социальная и бытовая необустроенность, отсутствие специализированной медицинской помощи, страх за свою жизнь и за будущего ребенка приводят к формированию аффективных нарушений у беременных женщин [Гацаева Л.Т., 2011]. Психотравмы играют роль триггеров, а неадекватность копинг-поведения является predisposition к возникновению психических расстройств в ситуации повышенных требований к психологической адаптации личности [Петрова Н.Н., 2006].

Психосоциальными факторами, влияющими на течение беременности, в свою очередь являются желанность беременности, мотивы зачатия, отношения с отцом ребенка, отношения в родительской семье, материально-бытовые проблемы, утрата близких [Ситдинов З.А., 2004; Добряков И.В., 2016]. Женщины, имеющие незапланированную беременность, имеют более низкую социальную поддержку (меньшее количество друзей), высокую распространенность депрессивных симптомов (67% против 49%), более высокие средние уровни восприимчивости к стрессу [Nelson D.B., 2013]. Кроме того, симптомы тревоги и депрессии характерны для беременных с бесплодием в анамнезе [Михалевич С.И., 2006].

Установлено, что прерывание беременности является мощным психотравмирующим фактором, обуславливающим возникновение у психически

здоровых женщин почти в 60% случаев острых реакций на стресс и расстройств адаптации [Руженков В.А., 2010; Белов В.Г., 2010].

Переживание медицинского аборта, являющегося тяжелым психотравмирующим жизненным событием, продолжительно по времени [Баскакова С.А., 2010] и может накладывать отпечаток на следующую беременность. Потеря плода в анамнезе является пусковым механизмом в цепи нейрохимических изменений головного мозга и может стать основой для депрессивного состояния при последующей беременности, если время наступления беременности совпадает с временными рамками периода естественного переживания горя [Никифорова Т.В., 2012].

Факторами риска депрессивных расстройств у женщин с проблемой потери плода в анамнезе являются серьезные неблагоприятные жизненные события или перемены, недостаток или отсутствие социальной поддержки, плохие супружеские или родственные отношения [Никифорова Т.В., 2010; Блох М.Е., 2013].

Анализ исследований по изучению последствий курения у женщин в гестационном периоде позволяет выделить два основных аспекта: клинический и психологический. С одной стороны, установлено, что курение женщин во время беременности способствует развитию токсико-гипоксического поражения ЦНС у новорожденных детей, нарушает их физическое развитие, сопровождается дефицитными состояниями, снижает резистентность к воздушно-капельным инфекциям, предрасполагает к бронхолегочным заболеваниям [Гончар Н.В., 2012]. С другой стороны, женщины-курильщицы имеют значительно более высокую частоту посттравматических стрессовых расстройств, депрессии и тревоги, склонности к злоупотреблению психоактивными веществами, суицидам [Jessup M.A., 2012].

Одним из предикторов психической дезадаптации женщин в период беременности является патология репродуктивной системы [Медведев Б. И., 2011]. Патология беременности занимает значительное место среди многооб-

разия стрессоров, влияющих на психологическую адаптацию женщины в этот важный период её жизни [Грандилевская И.В., 2009].

Патология беременности способствует развитию психических расстройств, которые развиваются чаще, чем при физиологической беременности, и встречаются в 30–84% случаев при осложненной беременности [Куприянова И.Е., 2012]. Появление при беременности дополнительных психотравмирующих факторов, таких как осложнения беременности, требующих госпитализации, выявление врожденных пороков развития у плода могут вызвать негативные реакции [Тютюнник В.Л., 2009].

В свою очередь, психоэмоциональное состояние беременных играет значительную роль в развитии патологии беременности [Гацаева Л.Т., 2011]. Такие осложнения течения беременности, как преэклампсия и угроза выкидыша, достоверно чаще наблюдаются у беременных женщин с невротическими депрессивными расстройствами [Колесников И.А., 2010]. Угроза прерывания у беременных с проблемами психического здоровья в большинстве случаев встречается во II триместре беременности и наиболее часто сочетается с пограничными психическими расстройствами в виде невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (43%) [Ефанова Т.С. и др., 2013]. Частота и степень тяжести психических нарушений находятся в прямой зависимости от типа адаптации матери и плода к родовому стрессу [Гужвина Е.Н., 2012].

Развитие преэклампсии часто связывают с психической дезадаптацией в период беременности. При обследовании таких беременных выявлено выраженное преобладание психодезадаптационного синдрома – ПДАС (87,3%), в основном астенического типа, с выраженным тревожным компонентом (45,5%), реже встречались депрессивно-дистимический (27,3%) и соматовегетативный (14,5%) варианты [Куприянова И.Е., 2011].

Прогрессирование хронической плацентарной недостаточности наиболее часто наблюдается у беременных с высоким уровнем ваготонии, лабиль-

ности и реактивности ВНС в сочетании с повышенной тревожностью и наличием депрессии [Кипчатова Т.Ю., 2011].

Предполагают, что развитие гестационного диабета ассоциируется с наличием депрессии у беременных. Если в исследовании, проведенном в США у 2398 женщин не была обнаружена связь дородовой депрессии и диабета, как ранее выявленного, так и гестационного, то в более позднем исследовании, выполненном на большой многонациональной когорте, выявлена корреляция между депрессией в анамнезе и развитием гестационного диабета [Katon J.G., 2011].

Депрессия зачастую связана с неблагоприятными исходами для матери и плода. Было выявлено, что у женщин с диагнозом депрессии значительно выше частота кесарева сечения, преждевременных родов, анемии, диабета и преэклампсии или гипертонии по сравнению с женщинами без депрессии. Материнская депрессия значительно чаще сопровождается задержкой роста плода, аномалией развития плода, дистресс-синдромом плода, гибелью плода [Bansil P., 2010; Ding X.X., 2014]. Развитие предродового стресса в период беременности способствует сокращению продолжительности беременности и увеличивает риск преждевременных родов [Rubertsson C., Waldenstrom U., Wickberg B., 2003]. Кроме того, специфический страх предстоящих родов во время беременности играет важную роль в процессе родов и также может влиять на исходы родов [Reck C., 2013].

Как важный аспект в предупреждении развития послеродовой депрессии описывается поддержка грудного вскармливания. Грудное вскармливание является эмоциональным инстинктивным актом не только для ребенка, но и для матери [Meneses D.G., 2013]. Эмпирическое исследование, проведенное с целью сбора информации о когнитивных и эмоциональных аспектах поведения грудного вскармливания, показало, что сохранение грудного вскармливания является скорее эмоциональной психологической реакцией, чем рационально принятое осознанное решение; кроме того, эмоциональное

развитие грудного вскармливания не зависит от когнитивного процесса [Meneses D.G., 2013].

Систематический обзор, посвященный проблемам грудного вскармливания и материнских исходов здоровья в развитых странах, показал, что короткая продолжительность грудного вскармливания или его отсутствие были связаны с повышенным риском послеродовой депрессии [Vythilingum B., 2009]. Более того, в исследовании, проведенном в Австралии в 2007–2008 гг., обнаружено, что матери, которые не кормили грудью, чаще госпитализировались в первый год после родов по поводу шизофрении, биполярных аффективных расстройств и психических заболеваний в связи с потреблением наркотиков по сравнению с кормящими матерями [Xu F., 2014].

Уровень личностной тревожности может не подвергаться значительным изменениям в течение беременности [Соколова О.А., 2007]. Повышенная тревожность в период беременности и после родов соотносится с ответственностью за свое поведение и является одним из факторов сознательной регуляции психических состояний [Соколова О.А., 2007].

Необходимо учитывать, что беременные с выраженными акцентуациями тревожности, возбудимости, застревания, педантичности могут отказываться от посещений курсов дородовой подготовки, не признавать серьезности психопрофилактических мер; агрессивны в общении или, напротив, апатичны, пессимистичны, рассеянны [Гриндер Д., 2007; Шиповская В.В., 2008; Дилтс Р., 2008].

Беременность является критическим переходным периодом в жизни женщины, в ходе которого психика женщины подвергается повышенной нагрузке из-за необходимости к адаптации. При этом любые дополнительные сложности могут стать серьезным испытанием, усилить внутренний конфликт или вызвать состояние острой эмоциональной напряженности [Грандильевская И.В., 2009]. Наличие одного или нескольких хронических заболеваний значительно повышает риск дородовой депрессии, что подчеркивает

важность скрининга депрессии среди беременных женщин с хроническими заболеваниями [Katon J.G., 2011].

Для предотвращения возможного развития, а также для лечения психоэмоциональных расстройств у беременных предлагается стратегическая когнитивно-поведенческая психотерапия в сочетании с гипнозом [Swanson L.M., 2011]. Коррекция депрессивного фона в период беременности включает в себя, прежде всего, снижение уровня страха перед неизвестностью [Шиповская В.В., 2008]. Основными этапами взаимодействия с беременной женщиной при возникновении патологии беременности должны быть следующие: объяснение, включающее истолкование сущности осложнения, убеждение, т. е. коррекция не только когнитивного, но и эмоционального компонента отношения к патологии беременности, способствующая переходу к модификации личностных установок, переориентация (как достижение более стабильных перемен в установках беременной, прежде всего по отношению к возникшей патологии) [Грандилевская И.В., 2009]. Ранняя диагностика психических нарушений у беременных и их профилактика путем формирования конструктивных копинг-механизмов могут способствовать благоприятному протеканию беременности и успешному формированию материнской доминанты [Смулевич А.Б., 2001; Петрова Н.Н., 2006]. Внедрение психологических мероприятий, воздействующих на состояние тревоги, позитивно влияют на динамику беременности как для матери, так и плода [Филоненко А. Л., 2011; Reck C., 2013].

Исходя из вышеизложенного, изменения уровня эстрогенов в период беременности способствуют развитию или прогрессированию психических расстройств у матери, сопровождающихся высоким уровнем кортизола, которые, в свою очередь, влияют на уровень кортизола у ребенка, неблагоприятно воздействуют на познавательное, социальное и эмоциональное развитие, состояние иммунитета у ребенка. Факторами нарушения психического здоровья беременной являются хроническое системное воспаление, генетические и социальные факторы, отягощенный акушерский анамнез, наличие

психических зависимостей, патология репродуктивной системы и экстрагенитальные заболевания.

1.3. Качество жизни женщин с угрозой невынашивания

Проблема совершенствования медико-социальной помощи беременным женщинам на фоне низкой рождаемости и высокого уровня осложнений беременности и родов требует внедрения в практическое акушерство новых медицинских знаний и технологий, что, в свою очередь, обуславливает необходимость поиска новых критериев для оценки состояния здоровья беременных женщин, которые бы адекватно отражали её состояние физического, психологического и социального функционирования во время беременности. Таким критерием может стать оценка уровня качества жизни (КЖ), которая в сочетании с объективными данными обеспечит комплексный медико-социальный подход к оценке состояния здоровья беременной женщины и может быть использован для совершенствования медицинской помощи данному контингенту населения [Ковалева Т.А., 2011].

В настоящее время практическая доказательная медицина на основании многолетних наблюдений и серьезных научных исследований признает, что пациент является лишь носителем симптомов, и имеющаяся болезнь существенно нарушает его качество жизни, ограничивает его адаптивные возможности и психосоциальные контакты [Александровский Ю.А., 2004; Белокрылова М.Ф. и др., 2011].

Весомыми показателями психического здоровья беременных являются критерии качества жизни [Куприянова И.Е., 2001; Куприянова И.Е., Чуйкова К.И., Ковалёва Т.А., Алексеева Е.А., 2012]. Качество жизни (ВОЗ) понимается как «восприятие людьми своего положения в контексте культуральных ценностных ориентаций и в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского, 2006; WHOQOL: Study protocol Division of Mental health. Geneva, 1993]. В работах томских психиатров КЖ характеризуется как достига-

емость желаемого и удовлетворение достигнутым [Семке В.Я., Куприянова И.Е., 1998].

Качество жизни включает в себя информацию относительно основных сфер жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и финансовой. Его изучение позволяет выявить компоненты, связанные и не связанные с заболеванием. Качество жизни имеет свойство меняться во времени, в зависимости от состояния человека, которое обусловлено экзогенными и эндогенными факторами. При подборе оптимальных методов психотерапии исследование качества жизни важно для определения выбора правильной тактики работы с беременными, поиска путей их социально-психологической реабилитации. Определение качества жизни может послужить критерием успешности терапии, поскольку оценивается самой беременной женщиной [Куприянова И.Е. и др., 2016].

Критерии качества жизни – одни из немногих социально-психологических характеристик, которые применяются в оценке психического здоровья как личности, так и социума (микро- и макропопуляции), включающих актуальное клиническое состояние, ценностные ориентиры и мотивацию – позиции, весьма важные не только в терапевтическом и реабилитационном процессе, но и в превентивном, профилактическом и прогностическом ракурсе. Качество жизни включается в многоуровневую модель дистресса как один из основных параметров оценки социального уровня адаптации, его характеристики связываются с глубинными и фасадными психогениями [Куприянова И.Е., Семке В.Я., 2004].

Д. Пайнз [1997] рассматривает беременность как критический период жизни женщины, как важнейшую стадию её полоролевой идентификации и совершенно особую ситуацию для физиологической и психической адаптации. Нередко в этот период актуализируются неизжитые детские психологические проблемы, личностные конфликты, проблемы, осложнявшие взаимодействие с собственной матерью. Беременность является кризисным перио-

дом в жизни как самой женщины, так и семьи в целом [Скрицкая Т.В., Дмитриева Н.В., 2002].

Большее психологическое напряжение вызывает собственный болевой симптом беременной, если есть угроза прерывания и если анамнез у неё отягощен самопроизвольными абортами [Ениколопов С.Н., 2009]. Перинатальная потеря оказывает эффект не только на эмоциональное состояние женщины, но и влияет на её качество жизни, психологическое состояние в последующие беременности и воспитание детей, вызывает нарушение отношений с ближайшим социальным окружением, что может ослабить важную роль индивидуально-психологических факторов в формировании навыков разрешения социальных проблем [Бохан Т.Г., 2000].

Сниженный фон настроения, постоянно присутствующие негативные эмоции способны вызывать тяжелые патологии течения беременности. Н.П. Коваленко [2001] отмечает: «Навязчивые негативные эмоции имеют свои соматические отображения в теле человека и проявляются через накопление нервного напряжения, сбой работы конкретных органов, в данном случае через работу генитального аппарата, репродуктивной функции». Беременные с угрозой невынашивания, проживающие в крупных промышленно развитых городах, имеющие высшее образование, являющиеся служащими, испытывают хронический психоэмоциональный стресс, связанный с профессиональной деятельностью, а также переживают тяжелые социально-психологические последствия экологических стрессов.

В сочетании с повышенным уровнем личностной тревожности стресс способствует формированию психологического дискомфорта, характеризующегося состоянием внутренней напряженности, неуверенности, страха, снижением настроения и пессимистической оценкой перспективы [Равинг Л.С., Карась И.Ю., 2004]. Пессимистически настроенные беременные имеют больший риск осложненного течения беременности и родов [Добрянская Р.Г., Евтушенко И.Д., Кузьмина Ю.В., 2007]. У беременных с угрозой невынашивания отмечается отсутствие вербального выражения эмоций, что «иг-

рает роль триггера в каскаде вегетативных реакций» и соматизируется у беременных в гипертонусе матки [Горемыкин В.И. и др., 2001].

В одном из недавно опубликованных исследований приведены неблагоприятные для качества жизни факторы экономического порядка: ранняя беременность, отсутствие у женщины мужа, специального образования, работы [Могеладзе Н.О., Щуров В.А., 2009]. Авторы отмечают, что в условиях материального достатка эти факторы уже не способны оказать сдерживающего влияния на рост плода и развитие ребенка. Хроническое недоедание и неполноценное питание женщины как до, так и во время беременности относятся к числу важнейших причин, обуславливающих различные нарушения внутриутробного развития.

В другой работе изучено качество жизни у беременных, имеющих сниженное настроение, в связи с отсутствием полноценного отдыха. Выявлено, что высокие показатели депрессивного настроения были связаны с низкой оценкой пациентами качества жизни, в том числе по показателям: физическая боль, общее состояние здоровья, социальное функционирование, эмоции и психическое здоровье [Ko J.Y., Farr S.L., Dietz P.M., Robbins C.L., 2012]. Высокую тревогу у беременных авторы связывают с физическими проблемами здоровья.

Известно, что сочетание психической патологии и гинекологических заболеваний ухудшает социальную адаптацию, качество жизни женщин и, как следствие, клинический прогноз имеющихся расстройств [Улумбекова Г.Э., 2010; Насырова Р.Ф., 2012; Weidner K. et al., 2006; Noorbala A.A. et al., 2009]. В зарубежной литературе встречаются данные, что беременные женщины с неблагоприятным акушерским статусом характеризовались низкими показателями качества жизни, низким уровнем стрессоустойчивости и чаще рожали недоношенных детей [Lau Y., 2013]. При этом отмечается, что преждевременные роды являются одной из основных причин заболеваемости и смертности новорожденных и снижают экономические ресурсы здраво-

охранения из-за послеродовых последствий на здоровье новорожденного [Wang P., Liou S.R., Cheng C.Y., 2013].

Тип семейного воспитания оказывает значительное влияние на развитие невротических расстройств [Пирогова П.В., Куприянова И.Е., 2010]. Отсутствие успешной адаптации к супружеству, гармоничных отношений в семье, финансовые затруднения, осложненное течение беременности, самопроизвольное прерывание в анамнезе и поздние роды – всё это является факторами риска девиантного материнства и отказов от новорожденных детей в дальнейшем [Залевский Г.В. и др., 2005; Varga A. et al., 2000]. Беременность может повлиять на супружеские отношения из-за снижения половой функции. Зарубежными авторами обсуждается положительная корреляция между качеством жизни беременных, сексуальной удовлетворенностью и их адаптацией в браке [Kisa S., Zeyneloğlu S., Yilmaz D., Güner T., 2013].

При исследовании качества жизни и эмоционального стресса выявлено возникновение психопатологических симптомов среди здоровых беременных и беременных с различными хроническими соматическими заболеваниями [Pereira M., Canavarro C., 2012]. Во втором триместре у пациенток с соматическим отягощением обнаружены высокие показатели эмоциональной реактивности и низкие параметры качества жизни. Ретроспективное исследование 32 беременных с хроническими соматическими заболеваниями показало, что субъективная оценка качества жизни значительно снижалась во время гестации [Ananthakrishnan A.N. et al., 2012].

Изучение взаимосвязи между неврологическими заболеваниями и качеством жизни у беременных показало, что неблагоприятная социальная обстановка (отсутствие семьи, низкий уровень доходов, плохие жилищные условия, нарушение режима труда и отдыха) у беременных способствует активации симпатического отдела вегетативной нервной системы, увеличивает выраженность личностной и реактивной тревожности [Lunardi L., Costa L., Guerreiro A., Souza A., 2011]. Наличие неблагоприятных медицинских факторов, включая сопутствующие заболевания внутренних органов) оказалось

в большей степени связано с состоянием вегетативной нервной системы, чем с психоэмоциональным статусом беременных.

Указанные показатели коррелировали с тонусом симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, имели достоверную взаимосвязь с реактивностью вегетативной нервной системы и уровнем депрессии. Неблагоприятные биологические факторы, например, такие как курение, злоупотребление алкоголем, недоношенность при рождении, нарушение режима питания, оказывали влияние на реактивность вегетативной нервной системы, вегетативное обеспечение деятельности, выраженность паранойальности и ипохондрии [Чехонацкая М.Л. и др., 2012].

Следовательно, социальные, психологические и физиологические составляющие качества жизни позволяют в количественных выражениях отобразить показатели уровня психического здоровья беременных с угрозой невынашивания. Повышение уровня КЖ беременных с этой патологией является важным аспектом эффективной психопрофилактической и психотерапевтической работы. Снижение уровня отдельных компонентов и общей оценки КЖ во время беременности говорит о том, что беременная женщина относится к наиболее уязвимой группе населения в плане воздействия неблагоприятных факторов и нарушения состояния здоровья. Поэтому представленные критерии оценки их КЖ могут быть использованы как интегральные показатели, характеризующие состояние здоровья данного контингента населения.

1.4. Психотерапевтическая коррекция психических нарушений при различной патологии беременности

Медико-социальная значимость проблемы сохранения здоровья матери и ребенка очень высока и требует особого внимания к качеству оказываемой профилактической помощи [Кулаков В. И., 2006]. «Любые стрессовые ситуации для организма беременной женщины, включая воспалительные и невос-

палительные, эндокринные, нервно-психические, иммунные и другие заболевания, транслируются от неё к новорожденному ребенку...» [Казначеев В. П. и др., 2004].

Эффективность психотерапии в акушерстве общеизвестна. С 60-х годов встречаются работы, посвященные психотерапевтической помощи беременным [Платонов К.И., 1962; Вельвовский И.З., 1963; Виш И.М., 1966; Лебединский М.С., 1971; Варшавский К.М., 1973; Буль П.И., 1974; Карвасарский Б.Д., 1985; Кочнева М.А., 1992; Добряков И.В., 1993; Мухамедрахимов Р.Ж., 1994; Захаров А.И., 1998; Архангельский А.Е., 1999]. Многосторонняя оценка социальной адаптации, выявление слабых сторон качества жизни и их психотерапевтическая коррекция – задача психотерапевтов в новых социально-экономических условиях [Клубова Е.Б., 1994; Семке В.Я. и др., 2003].

Одна из главных целей лечения психических нарушений при патологии беременности – создание для этих женщин лечебно-охранительного режима, устранение отрицательных эмоций. Коррекция психоэмоционального состояния беременной является одним из факторов повышения адаптационных возможностей беременной, плода, а в последующем и новорожденного [Еуров В.Е., 1991; Кулида Л.В., 2007]. Психотерапевтическая помощь женщинам с патологией беременности должна быть направлена на устранение тревожной и невротической симптоматики, улучшение психоэмоционального фона, выработку адекватного отношения к сохранению беременности, профилактику патологических реакций личности, профилактику потери плода [Якутовская С.Л., 1998; Урусова О.А., 2004].

Отсутствие корректирующей психотерапии психовегетативных нарушений в комплексе лечебных мероприятий объясняет недостаточную эффективность медикаментозного лечения при патологии беременности [Касьянова О.А., 2004]. Психотерапевтическая и психопрофилактическая подготовка беременных на дородовом этапе позволяет в 1,5 раза чаще родоразрешать женщин без медикаментозного обезболивания [Немцева Т.В., 2005]. При одинаковой частоте показаний к медикаментозному обезболиванию ненаркотиче-

скими средствами у рожениц, прошедших и не прошедших дородовую психопрофилактическую подготовку, уровень аналгезии выше, чем у не прошедших подготовку [Немцева Т.В., 2005].

Использование психотерапевтических методов может способствовать сокращению приема медицинских препаратов, ни один из которых не является полностью безвредным при беременности. Преимущество психотерапии заключается в отсутствии тератогенного влияния на развивающийся плод, положительное влияние на лактацию [Захаров Р.И., 2001]. Проведение психокоррекции имеет ведущее значение в создании психологического микроклимата в период течения беременности [Коваль И.П., 2000]. Психотерапия выступает как саногенный процесс. «Ведущими механизмами здесь становятся адаптационные и компенсаторные: при первых из них отдается предпочтение социально-позитивным условиям окружающей среды..., при вторых – активному участию самой личности при выработке защитно-приспособительных качеств, которые как бы «перекрывают» имеющуюся патологию» [Семке В.Я., 1999].

Течение беременности и родов, уровень болевых ощущений во многом определяются психоэмоциональным настроением женщины, степенью её психологической готовности, поведением, умением владеть эффективными приемами самообезболивания [Ледина В. Ю., 2004]. И.А. Колесников [2010] в своей работе отмечает редукцию психопатологической симптоматики у беременных с невротическими депрессивными расстройствами в результате проведения системной семейной и когнитивно-поведенческой психотерапии. Применение техник психофизиологической релаксации позволяет скорректировать нарушенное психоэмоциональное состояние, снизить степень эмоционального напряжения [Прохоров В.Н., Прохорова О.В., Петросян Е.А., 2007]. На фоне психокоррекционных мероприятий, включающих гипносуггестивную, позитивную терапию и аутогенную тренировку, снижается также процент временной утраты нетрудоспособности во время беременности (19%), количество госпитализаций (9,4%), повышается процент рождения

здоровых детей [Марфина Н.А., 1994; Турченко Н.М., 2005; Ширинян Л.В., 2006].

Помимо того, описывается положительное влияние личностно-ориентированного подхода на течение беременности [Урусова О.А., 2004]. Применение техник телесно-ориентированной терапии в сочетании с гештальт- и арттерапевтическими методиками позволяет повысить уровень адаптации к беременности, снизить проявления нейроциркуляторной дистонии во время беременности и осложнений в родах в 1,7 раза [Ласая Е.В., 2002, 2003]. Отмечается благоприятное воздействие на беременных сочетания арттерапевтических, телесно-ориентированных техник, рациональной терапии и дыхательных практик [Билецкая М.П., Лисицына О.А., 2010]. Показано, что проведение телесно-ориентированной психотерапии у беременных с угрозой невынашивания способствует предупреждению спонтанных аборт и снижает частоту преждевременных родов до 3,8% [Швецов М.В., 2002]. Описан опыт работы с беременными по типу балинтовской группы с элементами психодрамы [Королева Н.Н., 2011], цель которой – отработать эффективные копинг-стратегии и осознать их позитивное воздействие на самочувствие и качество жизни в целом.

В зарубежной литературе описано эффективное воздействие с помощью интерперсональной и когнитивно-поведенческой психотерапии на снижение тяжести и устранение депрессивных расстройств беременных и роже-ниц [O'Hara M.W. et al., 2000; Spinelli M.G. et al., 2003]. Профилактическая подготовка к беременности вошла отдельным блоком в программу, повышающую качество жизни беременных. Эмоциональный статус беременных, которые принимали участие в превентивных программах, был достоверно выше [Yamaguchi K., Suganuma N., Ohashi K., 2013].

После лечения беременных улучшаются показатели периферического кровообращения [Ниязлиева Д.О., 2005]. В связи с этим можно предположить, что в развитии этого осложнения большое значение имеют функциональные нарушения сосудистой системы [Захаров Р.И., 2001]. На фоне пси-

хокоррекционной программы на 5,2% снижается доля преждевременных родов, количество осложнений в родах – до 37,1% [Рыбалка А.Н. и др., 2011].

Общеизвестно, что для плода небезразличны изменения психоэмоционального состояния матери, обусловленные социальными факторами: режим труда и отдыха, питания, отношение матери к беременности. Стресс может быть связан с увеличением содержания катехоламинов, что в результате вызывает сосудосуживающий эффект и приводит к нарушению питания и дыхания плода [Еуров В.Е., 1991]. При этом гипоксия плода имеет высокий риск развития при стрессе в любом сроке гестации [Мальгина Г.Б., 2003; Салдусова О.А., 2006].

Изменения психоэмоционального статуса сопровождаются осложнениями беременности, а именно фетоплацентарной недостаточностью и гипоксией плода [Горемыкин В.И. и др., 2001; Кипчатова Т.Ю., 2011], с ранним и поздним гестозом, привычным невынашиванием беременности [Грон Е.А., 2004].

По данным ВОЗ, 20% детей страдают нервно-психическими расстройствами, которые в 65–80% случаев носят гипоксически-ишемический характер [Фишман Б. Б., Тишина С. Э., 2007; Badawi N. et al, 1998]. В 48–91% наблюдений угроза невынашивания беременности осложняется фетоплацентарной недостаточностью. Внутриутробная гипоксия ведет к повреждению центральной нервной системы, увеличивает частоту соматической и инфекционной заболеваемости, снижает адаптацию новорожденных в раннем неонатальном периоде [Мубаракшина А.Р., 2007]. Увеличение частоты и тяжести осложнений во время беременности часто происходит на фоне артериальной гипотонии, которая также отрицательно сказывается на состоянии плода и новорожденного. У таких новорожденных показатели физического развития снижены, как и показатели нервно-психического развития [Погасий С.Б., 1990]. Повреждения нервной системы, наблюдаемые у детей в периоде новорожденности, порождают не только сугубо медицинскую проблему, связанную с профилактикой, диагностикой, лечением и реабилитацией, но

и «...весьма сложные социальные коллизии, как для самого ребенка, так и для его семьи» [Барашнев Ю.И., 2000].

Состояние плода при различных условиях внутриутробного развития определяется характером и степенью выраженности иммунологических, гормональных, ультразвуковых, доплерометрических, морфологических изменений в функциональной системе «мать-плацента-плод». В совместном исследовании И.Д. Евтушенко и др. [2003] показано, что осложненная гипоксией беременность значительно повышает риск развития умственной отсталости (до 33,9%), шизофрении (до 39,53%), эпилепсии (до 31,34%) у детей.

Изучение клинических и преморбидных особенностей, выявление нарушений психического здоровья на ранних этапах невротических и депрессивных расстройств, диагностика донозологических проявлений беременных с угрозой невынашивания, исследование психологического профиля, качества жизни, механизмов психологической защиты, факторов риска развития психических расстройств – всё это является необходимым условием для комплексного ведения данной когорты женщин [Романова Е.С., 1999; Власова Т.В., 2002; Дементий Л.И., 2012]. Отсутствие четкой программы и научно обоснованного комплексного алгоритма психотерапевтической коррекции и реабилитации психических расстройств у беременных с угрозой невынашивания затрудняет успешное решение данной проблемы [Хломов К.Д., Ениколопов С.Н., 2007]. Учитывая недостаточную изученность вопроса о влиянии психотерапии на качество жизни беременных с угрозой невынашивания, течение родов и показатели новорожденных, этот аспект представляет несомненный практический интерес [Field T et al., 2003].

На психический статус беременных влияют не только социально-психологические, но и индивидуально-психологические факторы. Выраженная эмоциональность, высокий уровень тревожности, нейротизма определенным образом влияют на появление осложнений беременности и родов [Wenderlein J.M., 1997]. Психологические факторы могут провоцировать за-

пуск болезни, способствовать её развитию либо быть ответной на её симптомы [Арина В.А., Николаева В.В., 2003; Semke V., 2015].

При этом внутриличностный конфликт (конкуренция равно значимых ценностей, например, материнство и карьера, материнство и независимость, материнство и развлечения, материнство и саморазвитие, счастливая семейная жизнь и свобода) способствует возникновению эмоциональных нарушений в период беременности [Шелехов И.Л., 2006]. У беременных с соматической (экстрагенитальной) патологией наблюдаются неуверенность в себе, заниженная самооценка, чувство вины, неуверенность в своей материнской компетентности, зависимость от окружающих, стремление к внешней помощи [Блох М.Е., 2003; Филиппова Г.Г. и др., 2003].

Легкие стрессоры могут вызвать как острый, так и хронический психологический стресс, но при этом психологические изменения, как правило, нестойки, кратковременны.

Хронические стрессоры описываются как постоянно или длительно действующие факторы, вызывающие продолжительные по времени, часто тяжелые психологические изменения, несмотря на которые женщины по социальным или экономическим причинам не могут избежать столкновения со стрессирующими факторами [Оганесян М.Г., 1997]. На фоне хронической фрустрирующей ситуации может развиваться потеря беременности. Как правило, в этих случаях гормональный и иммунологический фон недостаточен, и процесс нормального формирования плаценты идет неравномерно [Еуров В.Е., 1999; Кошелева Н.Г., 2002]. Клинические симптомы патологии беременности, а также связанные с этим специфические дистрессовые ситуации, изменение привычного образа жизни могут служить этиологическими, патогенетическим и патопластическими факторами в возникновении и клинических проявлениях психической дезадаптации [Серикова О.И., 1992].

Состояние психического здоровья женщин репродуктивного возраста обуславливается нарушениями функциональных возможностей всей адаптивной системы в целом, при этом не только изменяется абсолютная концен-

трация гормонов, но и нарушается равновесное состояние между ними [Рядовая Л.А., Гуткевич Е.В., Агаркова Л.А., Габитова Н.А., 2009].

Многие соматические заболевания, часто встречающиеся при нарушениях психоэмоциональной сферы, в значительной мере определяются изменением механизмов психонейроиммуномодуляции и, как следствие, несостоятельностью в таких условиях защитных и иммунологических систем организма [Семке В.Я., Ветлугина Т.П., 2003; Девойно Л.В. и др., 2009]. Систематическое превышение допустимых нагрузок приводит к дестабилизации систем организма, среди которых первое место занимают нервная и иммунная [Куприянова И.Е., Семке В.Я., 2006].

При наличии хронических невротических расстройств в преморбиде часто развиваются болезни терапевтического и акушерского профилей [Виноградова Е.В., 1990; Гирич Я.П., 1994; Wenderlein J.M., 1983]. Часто имеет место вазовегетативная и церебратеническая симптоматика, связанная с резидуально-органическим поражением головного мозга. Клиническая картина психических нарушений представлена астеническими, депрессивными и истерическими проявлениями. В генезе психогенных нарушений, которые являются фактором риска угрозы прерывания, основная роль может принадлежать предыдущему опыту невынашивания [Щеглова И.Ю., 1992]. У женщин с психическими расстройствами осложнения во время беременности и родов встречаются в 6 раз чаще, чем в популяции [Рымашевский Н.В., 1985]. У беременных с потерей плода в анамнезе достоверно чаще диагностируется депрессия с ведущим тревожно-депрессивным синдромом [Никифорова Т.В., Агаркова Л.А., 2013].

Пограничные психические расстройства встречаются достоверно чаще у беременных с поздними гестозами и угрозой невынашивания по сравнению с физиологическим течением гестации [Серикова О.И., 1992]. По данным А.Е. Сидорова [2003], высокая частота случаев прерывания беременности характерна для всех беременных с пограничными психическими расстройствами и составляет 48,75%, что в 2,7 раза превышает частоту прерывания бере-

менности в популяции. При расстройствах личности и поведения (F60–69) вероятность невынашивания составляет 42,4% [Сидоров А.Е., 2003].

Невротические депрессивные расстройства у беременных напрямую взаимосвязаны с изменением отношений, происшедшим с ними в период беременности или в связи с ней, такими как изменение образа жизни, принятие роли матери, перестройка семейных и межличностных отношений. При этом отмечаются дисгармоничные взаимоотношения в семье, семейная дезадаптация [Добряков И.В., 2008; Колесников И.А., 2010]. У беременных с угрозой невынашивания наблюдаются невротические депрессивные расстройства в рамках расстройства адаптации (F43), которые сопровождаются в 40% случаев депрессивным синдромом, в 60% случаев – тревожно-депрессивным синдромом [Колесников И.А., 2010]. Согласно данным П.П. Балашова и др. [2011], у 24% обследованных беременных с патологическим течением гестации отмечаются тревожные и депрессивные расстройства (специфические фобии (F40.2) – у 70,8% беременных, генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – у 4,1%; смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) – у 16,6%; паническое расстройство (F41.0) – у 8,3%). В клинической картине данной группы расстройств преобладали тревожный и тревожно-фобический синдромы.

Подводя итоги литературного обзора, представленного по тематике психических нарушений у женщин с патологией беременности, можно отметить, что пограничные психические расстройства и донозологические состояния имеют высокую распространенность среди беременных с угрозой невынашивания. Важная роль вегетативной нервной системы в формировании и течении психических расстройств говорит о необходимости применения немедикаментозных мер превенции, направленных на улучшение её работы и угнетение патологических рефлексов с внутренних органов и систем. Соматические расстройства, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, социально-психологические и индивидуально-психологические характери-

стики беременных, конституционально-биологические факторы действуют опосредованно через центральную нервную систему.

Если состояние ЦНС стабилизируется, то преодоление стрессовой ситуации становится возможным, однако в случаях нестабильного состояния ЦНС характерна тенденция к возникновению психического расстройства.

Многие случаи психических заболеваний беременных остаются недиагностированными и нелеченными или недостаточно лечеными. Только небольшая часть женщин доходит до специалистов, оказывающих специализированную помощь. Большинство беременных наблюдается у других специалистов, таким образом при первичном обращении распознается только 50% психических расстройств. Большинство пациентов предъявляют соматические жалобы и не делают упор на психоэмоциональной симптоматике, что опять же снижает частоту диагностики этой патологии не психотерапевтами [Кулиев Р.Т., 2012].

В связи с этим акушерам-гинекологам должны быть известны симптомы психических расстройств при различной акушерской патологии: невынашивании беременности, многоводии и патологии плаценты, преэклампсии, что дает возможность направить таких пациенток на консультацию к психиатру-психотерапевту. При патологии беременности симптомы часто образуют порочный круг расстройств психического характера и соматических симптомов, и требуется комплексный подход с участием психотерапевта или психолога, чтобы разорвать его и оказать эффективную и своевременную помощь для вынашивания беременности и подготовки к родам.

Отсутствие четкой программы и научно обоснованного комплексного алгоритма психотерапевтической коррекции и реабилитации психических расстройств у женщин с патологией беременности затрудняет успешное решение данной проблемы. Учитывая недостаточную изученность вопроса о влиянии психотерапии на качество жизни женщин с патологией беременности и течение родов, следует отметить, что это представляет актуальный практический интерес.

Глава 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1. Общая характеристика материала и методов исследования

Исследование проводилось у женщин с патологией беременности после получения от них информированного согласия и согласования исследования с локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол ЛЭК № 37 от 22 ноября 2010 г., дело № 37/4.2010).

Исследование проводилось в рамках строго определенных этапов: 1) отбор больных с донозологическими состояниями и невротическими расстройствами; 2) изучение клинических и преморбидных особенностей обследованных больных; 3) исследование уровня психического здоровья с помощью клинических шкал и психологических методов; 4) формализация клинических и экспериментально-психологических данных обследованных больных; 5) статистическая обработка результатов исследования; 6) разработка и проведение программы реабилитации и психопрофилактики для данной категории пациентов; 7) оценка и обработка результатов проведенной программы психокоррекции и психопрофилактики.

Методологической основой исследования стали положения о донозологических нарушениях и пограничных психических расстройствах (классификация, клинико-динамическая характеристика), разработанные В.Я. Семке [1987–1999].

2.2. Характеристика клинического материала

Данное исследование проводилось в период с 2010 по 2015 г. В исследовании принимали участие 111 пациенток, находящихся на учете в женской

консультации на базе ОГБУЗ «Роддом № 1» г. Томска, в различные сроки беременности.

Основным критерием отбора в группу исследуемых было наличие акушерской патологии (угроза невынашивания беременности, многоводие и патология плаценты, преэклампсия), а также невротического синдрома как ведущего в клинической картине с длительностью 1 месяц и более. Критериями исключения явились: 1) выраженные органические поражения центральной нервной системы, выраженные психические расстройства (шизофрения, эпилепсия, аффективные состояния); 2) отказ от участия в исследовании.

Для изучения клинической динамики нарушений в системе психической адаптации и развития невротического синдрома, личностных особенностей пациентов, выделения критериев ранней диагностики, разработки принципов реабилитации и превенции была реализована программа исследования, состоящая из трех этапов.

На первом этапе с учетом выраженности клинической картины из 149 беременных, активно обращавшихся за психотерапевтической помощью, были выделены две группы пациенток. В первую группу (контрольную) вошло 38 человек (100%), среди которых было сформировано две подгруппы: здоровые беременные (с нормально протекающей беременностью и без психических расстройств) – 20 человек (52,6%) и беременные с психическими расстройствами без патологии беременности – 18 человек (47,4%). Вторая группа (основная) состояла из пациенток с патологией беременности – 111 человек (100%), у них имелись такие виды акушерской патологии как: преэклампсия, угроза невынашивания беременности, многоводие и плацентарные нарушения.

На втором этапе выполнения исследования выявлена определенная этапность в формировании клинической картины преневротических состояний и невротических расстройств у беременных, на основании экспериментально-психологических методов исследования оценены факторы, способствующие развитию и прогрессированию невротического синдрома, особен-

ности реагирования и поведения пациенток; проведено обследование с помощью компьютерной диагностической системы.

На третьем (заключительном) этапе осуществлено клинικο-катамнестическое исследование и внедрены в практику программы реабилитации и психопрофилактики.

Клиническая систематика изучаемых состояний проводилась в соответствии с МКБ-10 и рассматривалась в рубриках для невротических расстройств : F40 – фобические и тревожные расстройства – 11,7%, F40.2 – специфические (изолированные) фобии – 4,1%, F41.0 – паническое расстройство – 3,5%, F41.2 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство – 4,1%, F43 – реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации – 11,7%, F43.1 – посттравматическое стрессовое расстройство – 1,8%, F44 – диссоциативные (конверсионные) расстройства – 5,4%, F45 – соматоформные расстройства – 1,8%, F48.0 – неврастения – 6,4% .

Таблица 1 – Распределение беременных по возрастному составу

Возраст беременных	Женщины с акушерской патологией и проблемами психического здоровья		Здоровые			
			с акушерской патологией		без акушерской патологии	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 20 лет	11	9,9	4	10,5	9	23,7
21–30 лет	84	75,7	18	47,3	4	10,6
31–40 лет	15	13,5	3	7,9	0	0
>40 лет	1	0,9	0	0	0	0
Итого	111	100	25	65,7	13	34,3

Основную группу, в которой проводилось комплексное медикаментозное (акушерско-гинекологическое) и психотерапевтическое лечение, составили 111 беременных с верифицированными диагнозами: 1) угроза невынашивания беременности (39 женщин, из них ПДАС – 23 чел., невротические расстройства – 16 чел.); 2) многоводие и патология плаценты (27 беременных, из них ПДАС – 15 чел., невротические расстройства – 12 чел.); 3) преэклампсия (45 беременных, из них ПДАС – 30 чел., невротические расстройства – 15 чел.).

В соответствии с данными таблицы 1 в группе женщин с акушерской патологией и проблемами психического здоровья наибольшее количество находилось в возрастном интервале 21–30 лет (75,7%). В то же время было отмечено значительное число женщин 31–40 лет (13,5%), вместе с тем присутствуют беременные краевых возрастных групп (до 20 и после 36 лет – 10,8%), являющихся проблемными для вынашивания и рождения ребенка.

Анализ семейного положения показал, что среди группы женщин с акушерской патологией и проблемами психического здоровья преобладало количество замужних (71,2%). Помимо того отмечался значительный процент беременных, проживающих в незарегистрированном браке (21,6%) и незамужних (7,2%), 3,6% беременных на момент исследования состояли в разводе (табл. 2).

Таблица 2 – Распределение беременных по семейному положению

Семейное положение	Женщины с акушерской патологией и проблемами психического здоровья		Здоровые			
			с акушерской патологией		без акушерской патологии	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Замужем	79	71,2	12	31,6	8	21,1
Не замужем	8	7,2	5	13,1	1	2,7
Гражданский брак	24	21,6	7	18,4	5	13,1
Итого	111	100	24	63,1	14	36,9

Среди беременных женщин с акушерской патологией и проблемами психического здоровья большое количество женщин имели высшее и среднее специальное образование, незаконченное высшее образование было у 13,5%, отмечались беременные со средним образованием. Учитывая исторически сложившуюся ситуацию (Томск является сибирским городом с развитой системой высшего образования), преобладание женщин с высшим и незаконченным высшим образованием не является определяющим фактором в данном случае (табл. 3).

Таблица 3 – Распределение беременных по уровню образования

Образование	Женщины с акушерской патологией и проблемами психического здоровья		Здоровые			
			с акушерской патологией		без акушерской патологии	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%

Высшее	59	53,2	12	31,6	9	23,7
Незаконченное высшее	15	13,5	7	18,4	4	10,6
Среднее специальное	31	27,9	3	7,9	1	2,6
Среднее	6	5,4	2	5,2	0	0
Итого	111	100	24	63,1	14	36,9

Женщины с патологией беременности и проблемами психического здоровья имели большой процент профессий гуманитарной направленности – педагоги, учителя, значительное количество женщин выполняло квалифицированный труд. 11,8% были служащими общественных организаций (табл. 4). Данная тенденция определяет значительную социальную и профессиональную напряженность, с которой женщина встречается в обыденной жизни, что оказывает дополнительное негативное влияние на психическое и соматическое здоровье женщины.

Таблица 4 – Распределение беременных по профессиональной занятости

Трудовая и профессиональная занятость	Женщины с акушерской патологией и проблемами психического здоровья		Здоровые			
			с акушерской патологией		без акушерской патологии	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Инженерно-техническая специализация	3	2,7	5	13,2	4	10,6
Научный работник	3	2,7	1	2,6	1	2,6
Педагог, учитель	23	20,7	4	10,6	0	0
Врач	10	9	2	5,2	1	2,6
Квалифицированный работник	22	19,8	3	7,9	0	0
Студент	20	18	5	13,2	3	8,0
Руководитель	4	3,6	1	2,6	0	0
Служащий общественной организации	13	11,8	2	5,2	0	0
Неквалифицированный труд	10	9	3	7,9	1	2,6
Домохозяйка	3	2,7	1	2,6	1	2,6
Итого			27	71	11	29

Исследование соматического статуса женщин с патологией беременности и проблемами психического здоровья показало, что в исследовательской группе фактически отсутствуют женщины без соматической патологии. Выявлен большой процент женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и бронхолегочной патологией. Значительную когорту составляют беременные с заболеваниями мочеполовой системы, аллергическими реакциями.

ми (на прием пищевых продуктов или лекарственные препараты) и патологией желудочно-кишечного тракта (табл. 5).

Таблица 5 – Распределение беременных по соматической патологии

Соматические заболевания	Женщины с акушерской патологией и проблемами психического здоровья		Здоровые			
			с акушерской патологией		без акушерской патологии	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сердечно-сосудистые заболевания	33	29,8	2	5,3	0	0
Бронхолегочная система	26	23,4	1	2,6	1	2,7
Желудочно-кишечный тракт	12	10,8	0	0	0	0
Мочеполовая система	18	16,2	2	5,3	0	0
Эндокринные заболевания	9	8,1	0	0	0	0
Аллергические реакции	13	11,7	0	0	0	0
Костная система	0	0	0	0	0	0
Здоровые соматически	0	0	24	63,1	8	21
Итого	111	100	29	76,3	9	23,7

Изучение гинекологического анамнеза женщин с патологией беременности показало, что беременные с акушерской патологией и проблемами психического здоровья имели значимые нарушения в гинекологической сфере, а именно: значительный процент аборт в анамнезе, выкидыши, лечение от бесплодия. Изучение этих данных в контрольных группах выявило лишь аборт. Несомненно, осложненный гинекологический анамнез оказал негативное влияние на протекание текущей беременности (табл. 6).

Таблица 6 – Распределение беременных по гинекологическому анамнезу

Нарушения в гинекологической сфере	Женщины с акушерской патологией и проблемами психического здоровья		Здоровые			
			с акушерской патологией		без акушерской патологии	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Аборт в анамнезе	27	24,3	2	5,2	1	2,6
Выкидыши в анамнезе	11	9,9	0	0	0	0
Бесплодие в анамнезе	6	5,4	0	0	0	0
Венерические заболевания	0	0	0	0	0	0

Таблица 7 – Распределение беременных по акушерскому анамнезу

Роды по счету	Женщины с акушерской патологией и проблемами психического здоровья	Здоровые	
		с акушерской патологией	без акушерской патологии

	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Роды первые	73	65,7	17	44,7	13	34,2
Роды вторые	30	27	3	7,9	2	5,3
Роды третьи и более	8	7,3	2	5,3	1	2,6
Итого	111		22	57,9	16	42,1

Как показано в таблице 7, большой процент женщин с патологией беременности (65,7%) были первобеременными, вторая беременность выявлена у 27%, третья беременность и более – у 7,3%. Категория первой беременности исключена из исследования, так как не всегда заканчивается родами (в нашем случае 25 первобеременных в основной группе и 8 первобеременных в контрольной группе).

2.3. Методы исследования

Основным методом диссертационного исследования явился клинко-психопатологический. Полный объем информации о пациентках составлялся путем сбора подробного анамнеза, анкетирования, с подробным выяснением семейного, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Учитывались индивидуальные социально-психологические особенности, условия окружения и воспитания в родительской семье. Наблюдение осуществлялось в течение периода беременности с первой явки на прием к психотерапевту. Подробным образом исследовались соматический и психический статусы беременной. Учитывались осмотры терапевта, невролога.

Дополнительно нами использовались батарея стандартизованных опросников: Шкала тревоги и депрессии Гамильтона (Hamilton M., 1959), «Роза качества жизни» по И.А. Гундарову (1995), Опросник механизмов совладания со стрессом Е. Neim и Опросник жизненного стиля (Life style index) Келлермана-Плутчика, адаптированный Е.Б. Клубовой [1994]. Исследования по Опроснику жизненного стиля и уровню качества жизни проводились двукратно: до начала и по окончании проведенного курса психотерапии [Васерман Л.И., 2005].

Диагностическая оценка и клиническая квалификация психических

расстройств были проведены в соответствии с научно-исследовательскими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Шкала тревоги Гамильтона для выявления и оценки этих проявлений широко используется в условиях общемедицинской практики (М. Hamilton). Простота применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента) позволяет рекомендовать её к использованию в общесоматической практике для первичного выявления тревоги у пациентов, шкала обладает высокой дискриминантной валидностью. При формировании шкалы выявляются симптомы тревоги, которые могут быть интерпретированы как проявление соматического заболевания (например, головокружения, головные боли и пр.). Шкала состоит из 14 утверждений и отражает преимущественно психологические проявления тревоги (1–6-й пункты), соматические симптомы тревоги (7–12-й пункты) и вегетативные проявления (13–14-й пункты). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие выраженность признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются три области его значений: 0–7 балла – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги); 8–10 балла – «субклинически выраженная тревога»; 11 балла и выше – «клинически выраженная тревога».

Для субъективной оценки общего уровня качества жизни нами использовался Опросник качества жизни по И.А. Гундарову («Роза качества жизни», 1995) с оценкой по 15 показателям: положение в обществе, работа, душевный покой, семья, дети, здоровье, условия в районе проживания, жилищные условия, материальный достаток, питание, сексуальная жизнь, духовные потребности, общение с друзьями, развлечения, отдых. Данный опросник отвечает всем необходимым требованиям: простота применения, доступность пониманию пациентов и достоверность результатов. Количественные катего-

рии рассматривались в градации от 0 до 5 (отсутствие признака – 0 балла; полное неудовлетворение – 1 балл; минимальное – 2 балла; умеренное – 3 балла; достаточное – 4 балла; полное соответствие с желаемым – 5 балла).

В графическом отображении полученные результаты представлены так называемой розой качества жизни, что позволяет провести самоанализ удовлетворенности жизнью. При этом самое главное, по мнению И.А. Гундарова, – следует следить за динамикой показателей, в случаях «увядания розы» установить причину. Актуальной задачей указывается сопоставление объективных и субъективных показателей качества жизни с клиническими данными, соотношения с рядом валеопсихологических и психодинамических дефиниций, прежде всего в рамках континуума «психическое здоровье – психическая болезнь», «адаптация – дезадаптация», «компенсация – декомпенсация», а также отдельных вариантов личностных девиаций (акцентированные, невротические, препсихопатические, психопатические структуры), механизмов психологической защиты и форм психической патологии (пограничной, аффективной, аддиктивной и пр.).

Методика исследования копинг-поведения (механизмов совладания) разработана Е. Heim на основе изучения психологического стресса L. Murphy и R. Lazarus. С её помощью определяются способы преодоления трудностей в трех сферах копинг-поведения: поведенческой, когнитивной, эмоциональной. Виды стратегий совладания распределяются по трем основным уровням: адаптивные, относительно адаптивные, неадаптивные. Испытуемый ранжирует предложенные варианты действий, мыслей, чувств по частоте использования в стрессовых ситуациях. При обработке результатов особый интерес представляют три первых выбора, которые обозначаются как предпочитаемые стратегии совладания, и три последних выбора – как отвергаемые стратегии.

В отечественной литературе механизмы психологической защиты и механизмы совладания со стрессом (копинг-поведение) рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов индивида [Карвасарский Б.Д., 1990; Исаева Е.Р., 1999, 2009; Абабков В.А., 2002]. Копинг-стратегии

определяются как механизмы, опосредующие связь между стрессогенным событием и стрессорной реакцией, в конечном счете определяющие степень адаптации индивида к ситуации.

В целом копинг-поведение – это стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному или социальному благополучию. Осуществляемые в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности, стратегии ведут к успешной или менее успешной адаптации (Lazarus R., Folkman S., 1984; Lazarus R.S., 1993).

Пациенты с невротическими расстройствами имеют множество внутри- и межличностных конфликтов, являющихся этиопатогенетическими факторами развития заболевания, поэтому необходимо учитывать копинг-механизмы и копинг-ресурсы при этой патологии [Карвасарский Б.Д., 2000; Александровский Ю.А., 2004; Чехлатый Е.И., 2007]. Изменение копинг-поведения является существенным терапевтически ориентированным фактором при невротических расстройствах, а также одним из общих ориентиров психотерапии в системе лечения и реабилитации других психических и психосоматических расстройств. Копинг – это «поведенческие и когнитивные усилия, применяемые индивидами, чтобы справиться со взаимоотношениями «человек – среда». Во многих теориях учитывается, что копинг-стратегии по своей сути могут быть как продуктивными, функциональными (адаптивными), так и непродуктивными, дисфункциональными (неадаптивными) [Frydenberg E., 1999].

Опросник «Индекс жизненного стиля» [Life style index, 1979] разработан на основе психоэволюционной теории R. Pletcher и структурной теории личности Н. Kellerman, а впоследствии переведен и адаптирован Е.Б. Клубовой [1994]. Согласно R. Plutchik и Н. Kellerman, предполагается специфическая взаимосвязь между различными уровнями личности: уровнем эмоций, психологической защитой и диспозицией (наследственной предрасположенностью к психическим заболеваниям). Психоэволюционная теория эмоций

R. Plutchik определяет эмоции как комплексный ответ, общий для всех живых организмов.

В структурной теории личности Н. Kellerman пересекаются психоаналитические социобиологические концепции о взаимосвязи защитных механизмов и эмоций. Определенные механизмы защиты предназначены для регуляции определенных эмоций. Е.Б. Клубова [1994] на основе теории Р. Плутчика выделила 8 основных психологических защит, которые взаимодействуют с 8 основными эмоциями. Личность может пользоваться любой комбинацией механизмов защиты; все защиты в своей основе имеют механизм подавления, который первоначально возник для того, чтобы победить чувство страха.

Таким образом, определяют 8 базовых защитных механизмов:

1. *Отрицание.* Механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо отрицается какой-либо внутренний импульс или сторона самого себя. «Отрицание», как механизм психологической защиты, реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности.

2. *Вытеснение.* Механизм защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы, например, такие как желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными. 3. Фрейд определял вытеснение как главный способ защиты «инфантильного Я» невротического пациента.

3. *Регрессия* рассматривается как механизм психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревогу путем перехода к менее зрелым стадиям развития.

4. *Компенсация.* Данный механизм психологической защиты проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта, нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего

с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности.

5. *Проекция.* В основе проекции лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям и для собственного «Я» становятся как бы вторичными.

6. *Замещение.* Действие этого защитного механизма проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева) с помощью направления на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции или чувства.

7. *Интеллектуализация (рационализация).* Личность пресекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного.

8. *Реактивные образования.* Личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для неё мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений.

Опросник Е.Б. Клубовой [1994] состоит из 97 утверждений, измеряющих 8 вышеуказанных видов психологической защиты. Каждой из защит соответствует от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции индивида, которые обычно возникают в различных ситуациях. При подсчёте учитываются только положительные ответы. Сырые баллы по каждому типу защиты переводятся в процентиля (для удобства, обозначаемые как «%о») и образуют профиль системы психологических защит испытуемого. Перевод в процентиля позволяет оценить интенсивность или напряжённость защитных механизмов относительно нормы, а также поливалентность, т.е. насколько задействован весь спектр психологических защит или используется только малая его часть, но с большей напряжённостью. Кроме количественных оценок, мы проводили и качественный анализ психологических защит, рассматривая содержательную их сторону и функциональную вклю-

ченность во внутреннюю картину болезни пациента, оценивая то, как защита способствует выздоровлению и/или успешной адаптации.

Для объективной оценки соматического состояния пациентов регистрировались данные проводимых обследований: липидного спектра, суточное мониторирование АД и ЭКГ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета программ Statistika компании StatSoftInc., версия 6.0, с использованием описательной статистики, параметрического критерия Стьюдента (t), коэффициента корреляции Спирмана, непараметрический критерий Манна-Уитни для зависимых показателей. Во всех процедурах статистического анализа уровень значимости (p) принимался равным 0,05, соответственно доверительная вероятность составляла 0,95.

Глава 3

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

3.1. Клиническая характеристика преневротических состояний и невротических расстройств у женщин с патологией беременности

Патология беременности чаще всего связана со стрессовыми ситуациями и связанными с ними психическими травмами, которые приводят к нарушению адаптации [Семке В.Я. и др., 1998; Куприянова И.Е. и др., 2012; Perez M. et al., 1997; Fertl K., 2009].

Наличие соматических симптомов не только провоцирует психоэмоциональное напряжение у беременных, но и является фактором, способствующим прерыванию гестации. При этом женщины с патологией беременности в большей степени, чем здоровые, склонны к отвержению психологических симптомов и к большому напряжению в отношении соматического болевого симптома [Лашманов Б.В., 2011].

На психический статус беременных влияют как социально-психологические, так и индивидуально-психологические факторы. Психологические факторы могут провоцировать запуск болезни, способствовать её развитию либо быть ответной реакцией на её симптомы [Куприянова И.Е. и др., 2012]. При этом внутриличностный конфликт (конкуренция равнозначимых ценностей, например, материнство и карьера, материнство и независимость, материнство и развлечения, материнство и саморазвитие, счастливая семейная жизнь и свобода) способствует возникновению эмоциональных нарушений в период беременности. Психоэмоциональная адаптация проявляется либо психопатологическими проявлениями [Никифорова Т.В. и др.,

2012], либо невротическими расстройствами, либо психодезадаптационными состояниями.

В результате проведенного обследования женщин с патологией беременности были определены следующие группы психического здоровья: «без психопатологических проявлений», «донозологические, или преневротические состояния» (ПДАС) и «психические (невротические) расстройства».

3.1.1. Клиническая характеристика преневротических состояний у женщин с патологией беременности

Преневротические состояния – дезадаптация психической деятельности, клинически проявляющаяся двумя синдромами: психоадаптационным и психодезадаптационным [Семке В.Я., 1999]. Психоадаптационный синдром (ПАС) – относительно стабильные образования психической сферы в условиях меняющейся социальной, экологической среды. При напряженных механизмах социальной адаптации нет признаков их «полома». Воздействие неблагоприятных факторов не отражается на функционировании организма благодаря сохранности адаптационных способностей. Психодезадаптационный синдром (ПДАС) – относительно стабильный симптомокомплекс, соответствующий регистру пограничных расстройств, формирующихся в течение длительного времени (около полугода и более) и проявляющийся в виде четырех вариантов: астенический вариант с преобладанием физической слабости; астенический с преобладанием психической слабости (отклонения в сфере внимания, умственной продуктивности); дистимический; психовегетативный. При преневротических состояниях клиническая картина не обладает такой выраженностью, как при невротических расстройствах, но эти состояния продолжительны, характеризуются волнообразностью течения, не связаны с нагрузками или проблемами, пациентки стараются справиться с ними самостоятельно, но как правило, это приводит только к ухудшению состояния.

Астенический вариант ПДАС с преобладанием физической слабости

Жалобы на: физическую слабость в конце дня, которую пациентки могли определять как «упадок сил, трудности в выполнении привычных нагрузок», потребности в коротком отдыхе в течение дня, нарушение структуры и качества сна, подъем после сна без чувства отдыха, повышенная физическая и психическая утомляемость

Психический статус при астеническом варианте ПДАС с преобладанием физической слабости: внешне выглядели уставшими, утомлёнными. Отмечали увеличение времени, затрачиваемого на выполнение какого-либо действия. Присутствовали слабость, вялость, сонливость, физическое истощение, периодически – эмоциональная лабильность и метеотропная зависимость в виде головных болей.

Астенический вариант ПДАС с преобладанием психической слабости

Жалобы на: снижение концентрации внимания, забывчивость, рассеянность, ухудшение кратковременной памяти, затруднение в усвоении новой информации.

Психический статус при астеническом варианте ПДАС с преобладанием психической слабости: психоэмоциональное напряжение, неуверенность в собственных силах, трудности при выборе тактики поведения в жизненных ситуациях. Чувство «тяжести» и боли в голове, утомляемость. Медлительность в принятии каких-либо решений, не характерная до беременности.

Дистимический вариант ПДАС

Жалобы пациенток на: чувство внутренней напряженности, беспокойство, предчувствие неприятностей, раздражительность, повышенную чувствительность и обидчивость.

Психический статус: переживания, слезливость, когда просмотр эмоционально трогательного фильма или чтение книги вызывало слезы, когда любое необдуманное слово или незначительное замечание в адрес больной переполняло чувством обиды. Частые смены эмоционального фона: от внешней гиперактивности, суетливости до дисфории, безынициативности, апатии,

утраты интереса к прежним делам, введения самоограничений, откладывания решений на более поздний срок. Сниженный или тревожный фон настроения сохранялся от нескольких часов до 1–2 суток. Часто имели место признаки физической и психической астении. Пациентки отмечали гиперестезию на ранее малозначимые стрессовые воздействия, изменение отношений с близкими и коллегами по работе, что порождало ипохондричность, неуверенность в своих силах, беспомощность, пессимистичность, растерянность, порой озлобленность. Часто имели место головная боль, вегетативные проявления.

Психовегетативный вариант ПДАС

Ведущим проявлением в структуре этого вида ПДАС являлись кризовые дисфункции вегетативной нервной системы (покраснение/бледность кожных покровов, шум в ушах, приливы жара/холода, изменение ритма сердцебиения).

Жалобы пациенток на: головные или мышечно-суставные боли, головокружение при перемене погоды или атмосферного давления, спазмы за грудиной, внезапное чувство страха с затруднением дыхания, проходящие так же беспричинно, нарушения сна (гипо- и гиперсомния), неустойчивость психоэмоциональных реакций, повышение артериального давления перед визитом к врачу.

Психический статус: появление черт характера во время беременности, не свойственных до гестации.

Таблица 8 – Распределение вариантов преневротических расстройств (ПДАС) у женщин с различной патологией беременности

Вариант ПДАС	Абс.	%
Астенический вариант с преобладанием физической слабости	25	22,5
Астенический вариант с преобладанием психической слабости	16	14,4
Соматовегетативный вариант	18	16,2
Дистимический вариант	9	8,1
Всего	68	61,2

Изменение психоэмоционального реагирования и психического состояния женщин с патологией беременности оказывало значительное влияние на течение беременности.

3.1.2. Клиническая характеристика невротических расстройств у женщин с патологией беременности

Данные патологические проявления психической деятельности у обследованных с различной патологией беременности представляли собой совокупность взаимосвязанных, совпадающих, резонирующих симптомов, характеризующих дисбаланс психической, соматической и вегетативной сфер. Состояние тревоги, напряжения, нарушения сна, опасения и страхи за свое состояние, снижение интеллектуальной и физической работоспособности, нарушение настроения, концентрация пациенток на индивидуальных физических симптомах (сердцебиении, одышке, перебоях в работе сердца, тошноте) и массивные вегетативные проявления – эти клинические паттерны формировали индивидуальную картину невроза. Одной из патогенетических основ невротических расстройств является наличие психотравмирующей ситуации. В данной группе пациенток при наличии гестационной доминанты базовым психотравмирующим фактором было выявление акушерской патологии. Именно после постановки акушерского диагноза возникали психопатологические проявления: тревожные расстройства, нарушения адаптации, диссоциативные расстройства, соматоформная патология, неврастения.

Далее приводится краткая клиническая характеристика невротических расстройств, выявленных у женщин с патологией беременности.

Фобические и тревожные расстройства (F40)

В данной группе беременных тревога вызывается исключительно появлением факта беременности, вне зависимости от того, желанная беременность или нет. Характерным является то, что беременность не оценивается как опасная ситуация, но в связи с тем, что её уже не избежать и ничего из-

менить нельзя, она переносится с чувством страха. Фобическая тревога субъективно, физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности – от проявлений легкого дискомфорта до выраженных приступов страха.

Обеспокоенность беременных может концентрироваться на отдельных симптомах, таких как сердцебиение, ощущение дурноты, а также повышение тонуса матки – от чувства напряжения внизу живота до «каменной» матки. Часто эти проявления сочетаются со вторичными страхами смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Тревога не уменьшается в силу того, что другие люди не считают данную беременность столь опасной или угрожающей. Со слов пациенток, одно лишь представление о предстоящих родах уже заранее вызывает тревогу предвосхищения.

Фобическая тревога у беременных часто сосуществует с депрессией. Предшествующая фобическая тревога почти неизменно усиливается во время преходящего депрессивного эпизода. Некоторые депрессивные эпизоды у беременных сопровождаются временной тревогой предстоящих родов, особенно на более поздних сроках, а пониженное настроение это усиливает.

Специфические (изолированные) фобии (F40.2)

Это фобии беременных, ограниченные строго определенными ситуациями, такими как нахождение рядом с какими-то животными, высота, гроза, темнота, полеты в самолетах, закрытые пространства, мочеиспускание или дефекация в общественных туалетах, прием определенного вида пищи, лечение у зубного врача, вид крови или повреждений и страх подвергнуться определенным заболеваниям. Несмотря на то что пусковая ситуация является изолированной, попадание в неё беременной сразу вызывает панику, запуская соматическую и акушерскую симптоматику. Эти фобии имеют начало из детских страхов, усиливаясь во время беременности. Серьезность расстройства, возникающего в результате снижения продуктивности, зависит от того, насколько легко беременная может избежать фобическую ситуацию.

Паническое расстройство (F41.0)

Основным признаком у беременных являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами, поэтому непредсказуемы. Как и при других тревожных расстройствах, доминирующие симптомы варьируют у разных пациенток, но общими являются неожиданно возникающие сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности (деперсонализация и дереализация), а также боли внизу живота и повышение тонуса матки. Почти неизбежны так же вторичный страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Обычно атаки продолжаются лишь минуты, хотя временами и дольше, их частота и течение расстройства довольно вариabельны. В панической атаке беременные часто испытывают резко нарастающие страх и вегетативные симптомы, которые приводят к тому, что пациентки торопливо покидают место, где находятся, тем самым провоцируя повышение тонуса матки. Если подобное возникает в специфической ситуации, например, в автобусе или в толпе, беременная впоследствии будет избегать эту ситуацию. Аналогично, частые и непредсказуемые панические атаки вызывают страх остаться одному или появляться в людных местах. Паническая атака часто приводит к постоянному страху возникновения другой атаки. Паническое расстройство должно быть диагностировано как основной диагноз только при отсутствии любой фобии, отнесенной к рубрике F40.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)

Данная смешанная категория у беременных должна использоваться в случаях, когда присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы оправдать диагноз. Если имеется тяжелая тревога с меньшей степенью депрессии, используется одна из других категорий для тревожных или фобических расстройств. Когда присутствуют депрессивные и тревожные симптомы, если они достаточно выражены для отдельной диагностики, тогда должны кодироваться оба диагноза, а настоящая категория не должна использоваться. Если из практических соображений

можно установить только один диагноз, депрессии следует отдать предпочтение. У беременных будут иметь место некоторые вегетативные симптомы (такие как тремор, сердцебиение, сухость во рту, бурление в животе и пр.), а также акушерская симптоматика (боли внизу живота и повышение тонуса матки). Даже если такие симптомы непостоянны, то эта категория не используется в случае наличия только беспокойства или чрезмерной озабоченности без вегетативных симптомов. Если симптомы, отвечающие критериям этого расстройства, возникают в тесной связи со значимыми жизненными переменами или стрессовыми событиями жизни, тогда используется категория F43.2 (расстройство приспособительных реакций).

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43.0)

Категория беременных с данным диагнозом отличается от других тем, что включает расстройства, которые определяются не только на основе психопатологической симптоматики и течения, но и в связи с наличием одного или другого из двух причинных факторов: 1) исключительно сильного стрессового жизненного события (таким событием является беременность), вызывающего острую стрессогенную реакцию, или значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации. Хотя менее тяжелый психосоциальный стресс («негативное жизненное событие») может провоцировать начало или способствовать проявлению очень широкого диапазона расстройств, классифицируемых в других рубриках этого класса. Таким образом, расстройства, рассматриваемые в данной рубрике, всегда возникают вследствие острого тяжелого стресса или пролонгированной травмы.

Стрессовое событие (беременность) или другие продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным и основным причинным фактором. И расстройство не возникло бы без их влияния. В эту категорию включаются реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации во всех трех триместрах беременности. Каждый из отдельных симптомов, из кото-

рых складываются острая реакция на стресс и расстройство адаптации, может встречаться и при других расстройствах, но имеются некоторые особые признаки, заключающиеся в том, как проявляются эти симптомы, что оправдывает объединение этих состояний в нозологической единице.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)

У беременных ПТСР возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека. Типичные признаки ПТСР включают эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно беременные боятся и избегают обстоятельств, лиц, ситуаций – т.е. всего того, что напоминает им об изначальной травме. Изредка бывают драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, резкое напряжение матки, боли внизу живота, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о травме или первоначальной реакции на нее. Обычно у беременных имеет место состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей. С вышеперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, ноющие боли внизу живота.

Начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев). Течение волнообразное, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровление, особенно после родов. В небольшой части случаев состояние может обнаруживать хроническое течение на протяжении многих лет и переход в стойкое изменение личности.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Общие признаки у беременных, которые характеризуют диссоциативные и конверсионные расстройства, заключаются в частичной/полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, сознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролировании движений тела, с другой. Обычно существует значительная степень сознательного контроля над памятью и ощущениями, которые могут быть выбраны для непосредственного внимания, и над движениями, которые надо выполнить беременной. Предполагается, что при диссоциативных расстройствах у пациенток этот сознательный контроль нарушен до такой степени, что он может меняться в зависимости от увеличения сроков беременности. Степень потери функции, находящейся под сознательным контролем, обычно, как правило, трудно оценить. Диссоциативные расстройства классифицировались ранее как различные формы «конверсионной истерии». Этот термин употреблять нежелательно в виду его многозначности. Предполагается, что данные диссоциативные расстройства беременных являются «психогенными» по происхождению, будучи тесно связанными по времени с травматическими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями. Начало и окончание диссоциативных состояний часто внезапны, но они редко наблюдаются. Все типы диссоциативных расстройств имеют тенденцию к ремиттированию спустя несколько недель или месяцев, особенно если их возникновение было связано с травматическим жизненным событием. Могут развиваться иногда более постепенно и более хронические расстройства. Особенно параличи и анестезии, если начало связано с неразрешимыми проблемами или расстроены межперсональными взаимосвязями. Беременные с диссоциативными расстройствами обычно отрицают проблемы и трудности, которые очевидны для других.

Соматоформные расстройства (F45)

Пациентки предъявляли многочисленные жалобы различного порядка, часто повторяющиеся, которые имели либо летучий, непостоянный характер, либо были четко локализованы, когда пациентки фиксировались на неприят-

ных ощущениях какого-то определенного органа. При объективном обследовании никаких существенных изменений, как правило, не выявлялось, тем не менее данные симптомы носили ремитирующий характер, в динамике – то нарастая, то снижаясь. Нормальные ощущения интерпретировались как заболевание, внимание было сосредоточено на одном или двух органах. Клинические проявления расстройств показывали отсутствие типичной картины соматического заболевания. Наличие объективных доказательств отсутствия, физической болезни воспринималось негативно, пациентки пытались объяснить и описать свои симптомы, часто демонстративно драматизируя их проявления. Жалобы предъявляли очень напористо, с выраженной аффективной окраской. Беременные достаточно активно занимались поиском помощи: находили в Интернете новые методы диагностики, ходили на приемы к экстрасенсам, часто опирались на мнение окружающих людей, на случаи из жизни и просто собственные домыслы, которые носили иногда нелепый характер. Многие становились последовательницами определенного образа жизни: оздоровительные мероприятия, щадящий режим, самолечение. Следует отметить, что пациентки очень внимательно относились к убеждениям, психотерапевтическим беседам, во время которых не наблюдалось соматических проявлений. Наблюдалась манипуляция окружающими людьми, используя декларируемые расстройства.

Неврастения (F48.0)

Пациентки предъявляли жалобы на повышенную умственную утомляемость, проявляющуюся снижением социальной активности, повышенную физическую утомляемость, неспособность осуществить даже небольшое физическое напряжение. Невозможно было довести до конца начатое дело, постоянно отвлекались на мелочи. Несмотря на свое состояние, планировали дел больше, чем делали ранее, и невозможность выполнения собственных планов негативно отражалась на психическом статусе. Подавленность, тревожность, ожидание «худшего», приводили к раздражительности, невозможности расслабиться, нарушениям сна, ангедонии. Состояние сопровождалось

выраженными мышечными болями, остеоалгиями, головными болями и головокружением. Со стороны соматической сферы наблюдались колебания артериального давления, сердцебиения, перебои в работе сердца, одышка, ощущения «нехватки воздуха», массивные желудочно-кишечные симптомы (отрыжка, ощущение «горечи во рту», спазмы в области желудка, диарея). Вегетативные проявления утяжеляли общую картину. Поведение пациенток отличалось суетливостью, непоследовательностью, быстрым переключением внимания, забывчивостью.

Таблица 9 – Распределение невротических расстройств по рубрикам МКБ-10 у женщин с различной патологией беременности

Диагноз по МКБ-10	Абс.	%
Неврастения	7	6,4
Тревожно-фобические расстройства	13	11,7
Расстройства адаптации	13	11,7
Посттравматическое стрессовое расстройство	2	1,8
Диссоциативные расстройства	6	5,4
Соматоформные расстройства	2	1,8
Всего	43	38,8

Проведенный анализ состояния психического здоровья у беременных с различной акушерской патологией показал, что в преобладающем большинстве случаев (68 женщин – 61,2%) встречаются донозологические (пре-невротические) расстройства (табл. 8). При невынашивании беременности – это физическая астения ($p \leq 0,01$ по сравнению с другими проявлениями ПДАС) и психическая астения. При многоводии и патологии плаценты чаще наблюдается физическая астения ($p \leq 0,05$), а при преэклампсии – соматовегетативный вариант ПДАС ($p \leq 0,01$).

Невротические расстройства у женщин с невынашиванием беременности характеризуются, прежде всего, тревожными расстройствами ($p \leq 0,01$) по сравнению с другими проявлениями невротозов (табл. 9). При патологии плаценты чаще диагностировались расстройства адаптации ($p \leq 0,01$), при преэклампсии – неврастения ($p \leq 0,01$).

Таким образом, при наличии акушерской патологии у женщин в большинстве случаев возникают донозологические состояния, преимущественно

протекающие с физической астенией, при формировании невротической патологии в большей степени встречались тревожно-фобические расстройства и расстройства адаптации.

3.2. Факторы, способствующие развитию преневротических состояний и невротических расстройств у женщин с патологией беременности

При исследовании факторов, формирующих психическую патологию в виде преневротических состояний и невротических расстройств среди беременных, были выделены биологические, социальные и психологические факторы.

К биологическим факторам отнесены такие как возраст, соматическое состояние беременных, гинекологический и акушерский анамнез.

Анализ распределения беременных по возрастному составу (рис. 1) показал, что преобладающее большинство женщин предпочитали рожать в молодом возрасте (от 21 до 30 лет). Среди женщин с преневротическими состояниями в этой возрастной группе было 56 беременных (50,5%), с невротическими расстройствами – 26 беременных (23,4%). Женщины без психопатологии, но с акушерскими проблемами – 18 человек (43,4%) против 9 здоровых женщин (23,7%).

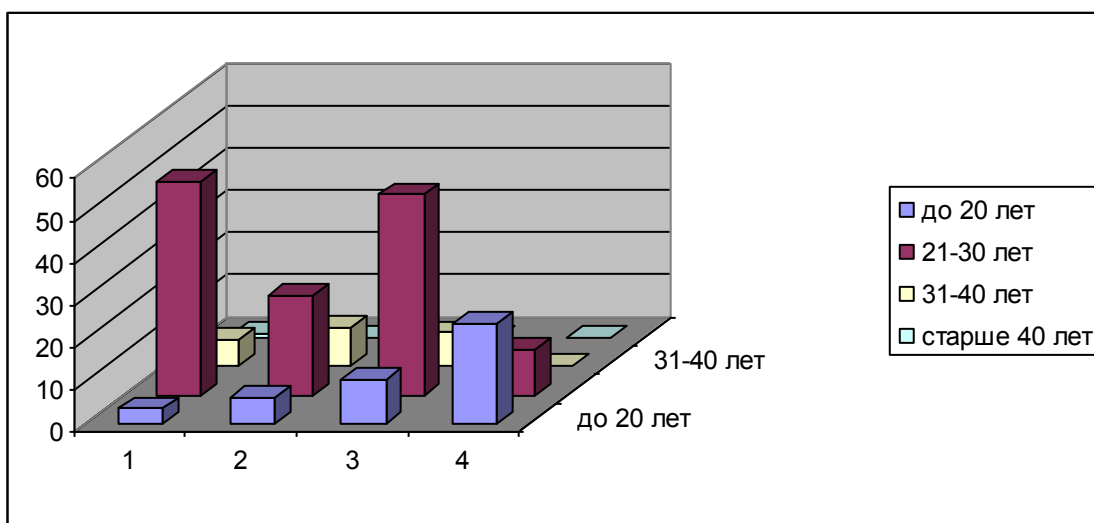


Рисунок 1 – Распределение беременных с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами, акушерской патологией и здоровых по возрасту

Примечание. 1 – Преневротические состояния, 2 – невротические расстройства, 3 – беременные с акушерской патологией, 4 – здоровые беременные.

В группе до 20 лет наблюдалось 4 беременных (3,6%) с преневротическими состояниями, 7 беременных (6,3%) с невротическими расстройствами, 4 женщины с акушерской патологией (10,5%) и 4 здоровых женщины (10,6%). В группе 31–40 лет среди женщин с преневротическими состояниями наблюдалось 7 беременных (6,3%), с невротическими расстройствами – 10 беременных (9%), с акушерской патологией – 3 женщины (7,9%). В контрольной группе здоровых не выявлено. В возрастной группе свыше 40 лет была 1 беременная (0,9%) с преневротическим состоянием.

При исследовании соматического статуса (рис. 2) у женщин с преневротическими расстройствами с более высокой частотой встречались заболевания сердечно-сосудистой системы – 17 пациенток (15,3%), с бронхолегочной патологией – 8 пациенток (7,2%), с заболеваниями мочеполовой системы – 7 пациенток (6,3%).

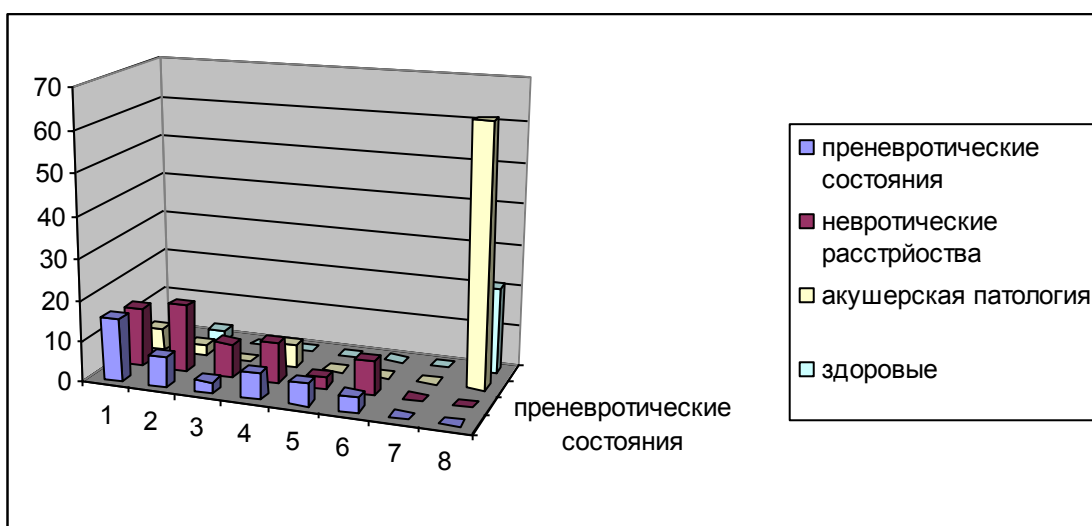


Рисунок 2 – Распределение беременных с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами, акушерской патологией и здоровых по отягощенности соматической патологией

Примечание. 1 – Сердечно-сосудистые заболевания, 2 – патология бронхолегочной системы, 3 – заболевания желудочно-кишечного тракта, 4 – патоло-

гия мочеполовой системы, 5 – эндокринные заболевания, 6 – аллергические реакции, 7 – заболевания костно-мышечной системы, 8 – здоровые соматически.

Из числа женщин с невротическими расстройствами 18 пациенток (16,3%) имели заболевания бронхолегочной системы, с незначительной разницей (16 женщин – 14,4%) выявлена сердечно-сосудистая патология, у 11 женщин (9,9%) – заболевания мочеполовой системы. В контрольных группах преимущественно были здоровые женщины: среди беременных с акушерской патологией 2 женщины (5,3%) имели заболевания сердечно-сосудистой системы, 2 (5,3%) – заболевания мочеполовой системы, 1 (2,6%) – заболевание бронхолегочной системы.

При исследовании гинекологического анамнеза беременных (рис. 3) аборт выявлен у 17 женщин (15,3%) с преневротическими состояниями, у 10 женщин (9%) с невротическими расстройствами, у 2 (5,2%) с акушерской патологией, у 1 женщины (2,6%) из группы без акушерской и психиатрической патологии. Выкидыши в анамнезе встречались у 3 женщин (2,7%) с преневротическими расстройствами и у 8 пациенток (7,2%) с неврозами. Бесплодие в анамнезе зарегистрировано у 4 женщин (3,6%) с ПДАС и у 2 пациенток (1,8%) с невротическими расстройствами.

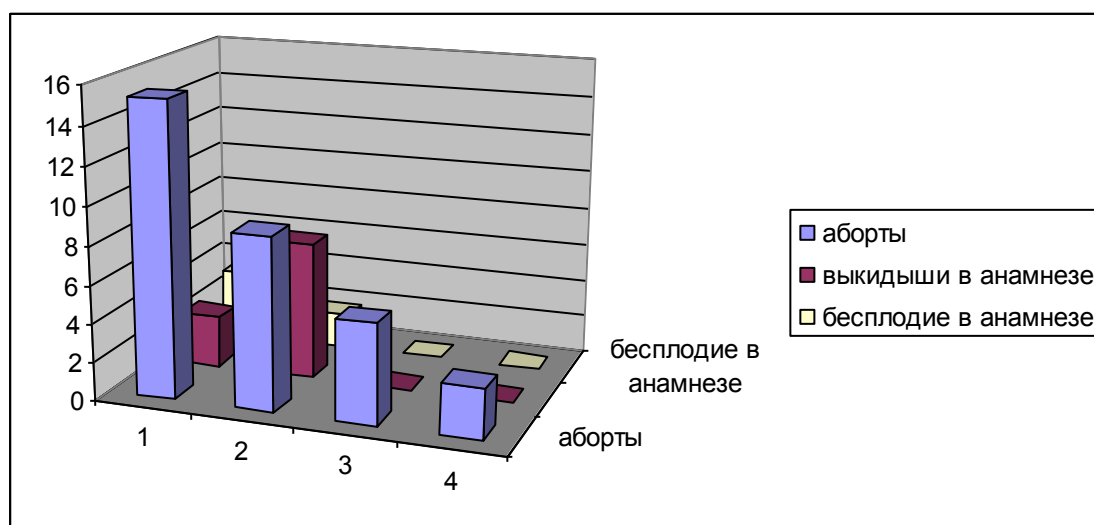


Рисунок 3 – Распределение беременных с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами, акушерской патологией и здоровых по отягощенности гинекологическим анамнезом

Примечание. 1 – Преневротические состояния, 2 – невротические расстройства, 3 – беременные с акушерской патологией, 4 – здоровые беременные.

Исследование анамнеза предыдущих родов (рис. 4) показало, что во всех группах преобладали первые роды: 45 женщин (40,5%) с преневротическими расстройствами, 28 (25,2%) – с невротическими, 17 (44,7%) – с акушерской патологией, 13 (34,2%) – здоровые. Реже встречались вторые роды – 19 (17,2%), 11 (9,2%), 3 (7,9%) и 2 (5,3%) соответственно. Еще с более редкой частотой выявлены третьи роды – 4 (3,6%), 4 (3,6%), 2 (5,3%) и 1 (2,6%).

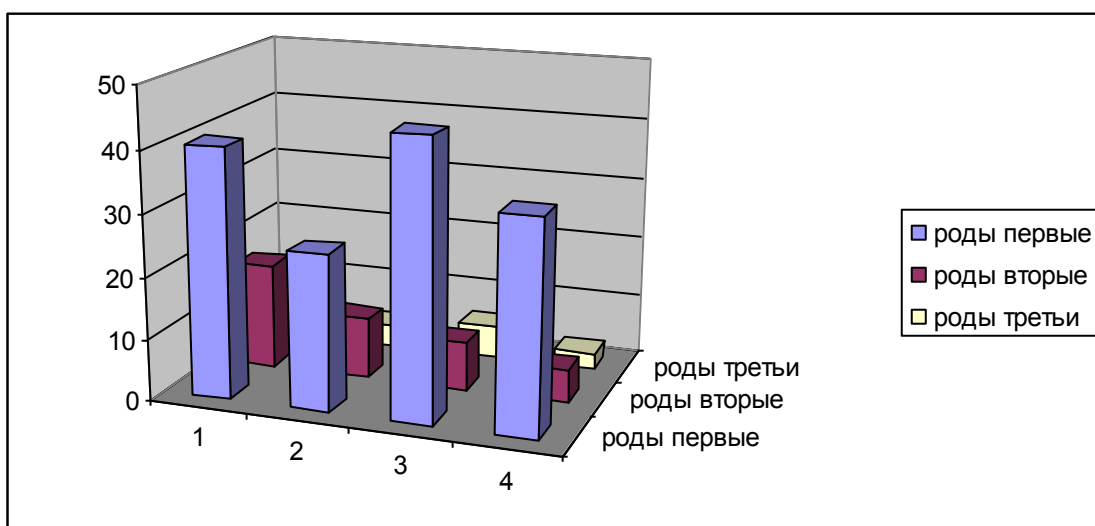


Рисунок 4 – Распределение беременных с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами, акушерской патологией и здоровых по отягощенности акушерским анамнезом

Примечание. 1– Преневротические состояния, 2 – невротические расстройства, 3 – беременные с акушерской патологией, 4 – здоровые беременные.

Таким образом, среди биологических факторов значение имеет возраст беременных – пациентки с невротическими расстройствами преобладали в возрастной группе 31–40 лет по сравнению со здоровыми беременными или пациентками с преневротическими состояниями. У беременных с невротическими расстройствами чаще встречалась патология со стороны сердечно-сосудистой, бронхолегочной, мочеполовой и желудочно-кишечной системы, у пациенток с преневротическими состояниями зафиксированы заболевания сердечно-сосудистой

системы. Гинекологический анамнез показал наличие значительного числа аборт и лечения от бесплодия у женщин с проблемами психического здоровья (неврозы и преневрозы). У беременных с невротической патологией чаще наблюдались выкидыши.

При исследовании социального статуса беременных проведен анализ следующих параметров: образовательный уровень, профессионально-производственная деятельность, семейный статус.

Анализируя образовательный ценз беременных (рис. 5), выявлено, что большинство женщин имело высшее образование: 32 женщины с преневротическими состояниями (28,7%), 27 с невротическими расстройствами (24,3%), 12 с акушерской патологией (31,6%), 9 здоровых женщин (21,7%). Незаконченное высшее образование получили 15 женщин с преневротическими состояниями (13,5%), 6 женщин с невротическими расстройствами (5,4%), 7 женщин с акушерской патологией (18,4%), 4 здоровых женщины (10,6%). Среднее специальное образование выявлено у 17 женщин (15,3%) с преневрозами, 6 женщин с невротическими расстройствами (5,4%), 3 женщин с акушерской патологией (7,9%) и у 1 здоровой женщины (2,6%). Среднее образование зафиксировано у 4 женщин с преневрозами (3,6%), 4 женщин с невротическими расстройствами (3,6%), 2 женщин с акушерской патологией (5,2%).

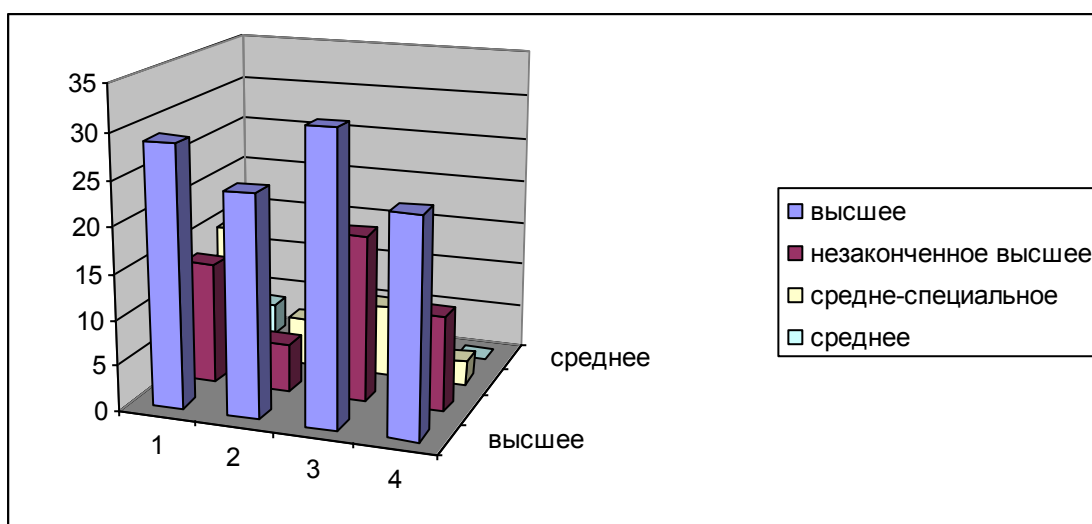


Рисунок 5 – Распределение беременных с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами, акушерской патологией и здоровых по отягощенности акушерским анамнезом

Примечание. 1– Преневротические состояния, 2 – невротические расстройства, 3 – беременные с акушерской патологией, 4 – здоровые беременные.

Профессионально-производственная занятость беременных распределена следующим образом (рис. 6). В группе преневротических расстройств преобладали студентки – 17 женщин (15,3%), 15 квалифицированных работниц (13,5%), 9 педагогов (8,1%), 8 руководителей (7,2%). В группе невротических расстройств преобладали педагоги (10 – 9%), студентки – 9 беременных (8,1%), руководители – 5 пациенток (4,5%), квалифицированные работницы – 7 беременных (6,3%). В контрольной группе женщин с акушерской патологией, но со стабильным психическим здоровьем чаще встречались студентки – 5 беременных (13,2%), инженеры – 5 беременных (13,2%), педагоги – 4 (10,6%). В контрольной группе здоровых беременных в большинстве были инженеры – 4 беременных (10,6%), студентки – 3 беременных (8%).

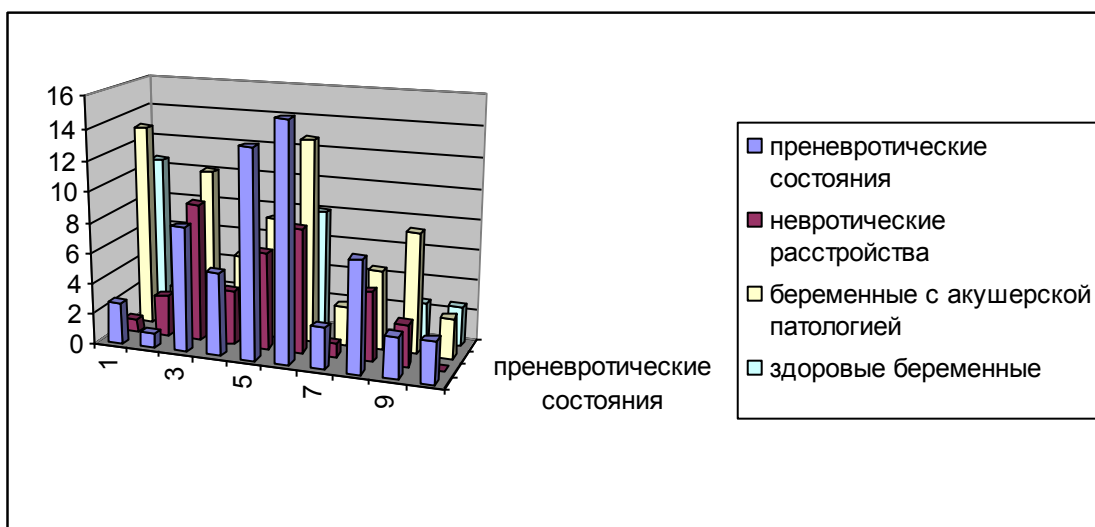


Рисунок 6 – Распределение беременных с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами, акушерской патологией и здоровых по профессионально производственному статусу

Примечание. 1 – Инженерно-технический работник, 2 – научный работник, 3 – педагог, учитель, 4 – врач, 5 – квалифицированный работник, 6 – студент, 7 – руководитель, 8 – неквалифицированный труд, 10 – домохозяйка.

При изучении семейного положения беременных выявлено, что основная когорта беременных состояла в официальном браке: из них беременные с преневротическими состояниями – 45%, невротическими расстройствами – 25,2%, беременные с акушерской патологией – 31,6%, здоровые – 21,1% (рис. 7).

Обращает на себя внимание высокий уровень состоящих в гражданском браке. Среди беременных с преневротическими состояниями таковых было 11,7%, среди больных с невротическими расстройствами – 12%, в контрольных группах – соответственно 18,4% и 13,1%. Довольно часто среди пациенток контрольной группы с акушерской патологией встречались женщины, не состоящие в браке – 18,4%.

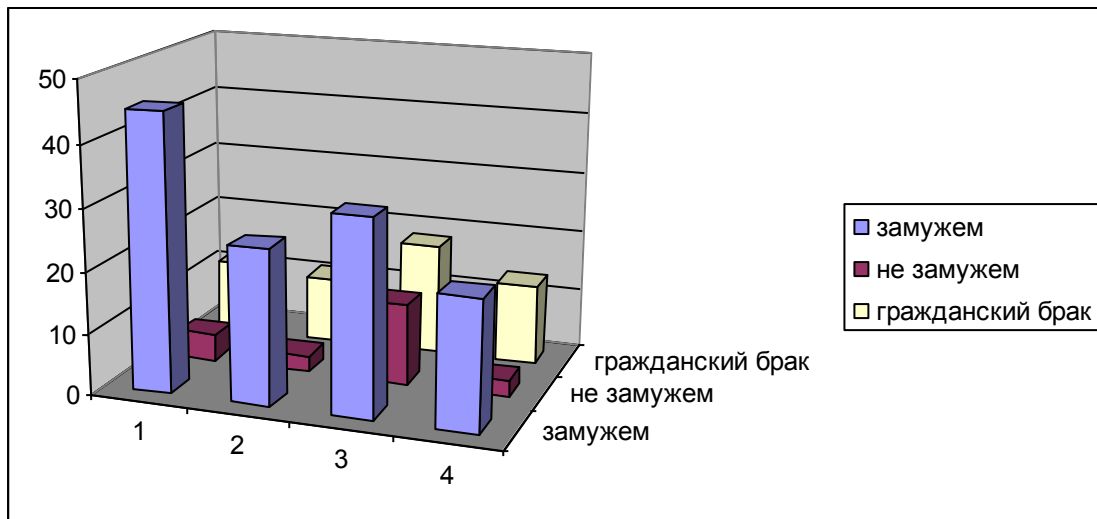


Рисунок 7 – Распределение беременных с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами, акушерской патологией и здоровых по семейному статусу

Примечание. 1 – Преневротические состояния, 2 – невротические расстройства, 3 – беременные с акушерской патологией, 4 – здоровые беременные.

Следовательно, исследование социального статуса показывает, что беременные были высокообразованными, так как преобладали женщины с высшим образованием, среди пациенток с невротическими расстройствами значительно реже встречались женщины со средним и средним специальным образованием. Неврозы чаще диагностированы у студенток и педагогов, преневротические состояния с большей частотой встречались у студенток и ква-

лифицированных работниц. При исследовании семейного статуса обращает на себя внимание большое число женщин, состоящих в гражданском браке.

Среди психологических факторов формирования психических расстройств выделены: психологическая predisposition и психотравмирующие проблемы беременных.

При анализе психологической predisposition женщин с патологией беременности выявлено, что большая часть женщин обладала синтонными характеристиками (70,3%), в 12,6% случаев фиксировались тревожно-мнительные черты характера, причем в большей степени у женщин с диагностированными во время беременности невротическими расстройствами (9,9%). Истерические черты выявлялись у 7,2% пациенток, так же в большей степени (5,4%) у лиц с невротическими расстройствами (табл. 10). При сравнении анамнестических данных с группой здоровых беременных имелись лишь единичные случаи психопатологической predisposition (2 пациентки с тревожными чертами характера и 3 женщины с истерическими чертами личности).

Таблица 10 – Распределение ведущей психологической predisposition (черты характера) у женщин с различной с патологией беременности

Психологическая predisposition	Преневротические состояния		Невротические расстройства		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Синтонность	61	54,9	17	15,3	78	70,3
Истероидность	2	1,8	6	5,4	8	7,2
Тревожная мнительность	3	2,7	11	9,9	14	12,6
Циклоидность	1	0,9	4	3,6	5	4,5
Возбудимость	1	0,9	4	3,6	5	4,5
Шизоидность	-		1	0,9	1	0,9
Всего	68	61,2	43	38,8	111	100

Психотравмирующие ситуации являются патогенетическим фактором в формировании и последующем развитии невротических расстройств. Концепция психотравмирующих ситуаций активно разрабатывалась ведущими российскими исследователями в области пограничной психиатрии [Александровский Ю.А., 2004; Семке В.Я., 2012; Куприянова И.Е. и др., 2016]. Со-

гласно взглядам одного из основателей психосоматического направления F. Alexander (1950), психотравмирующая ситуация должна подходить к пациенту, как «ключ к замку», тем самым автор подчеркивал тропность пациентов к определенной психологической ситуации.

В нашем случае для всех пациенток характерна единая психотравмирующая ситуация – патологическое протекание беременности. Это были острые состояния, которые возникали после диагностики акушерской патологии, либо хронические (в случае невынашивания беременности). «Гестационная доминанта» определяла психологическое состояние, в то же время у беременных имелись психологические проблемы различного характера (семейные разногласия, трудности с обучением, материально-финансовые затруднения), эти стрессорирующие ситуации носили, как правило, фоновый характер, на котором возникали выраженные изменения психического статуса, связанные с беременностью.

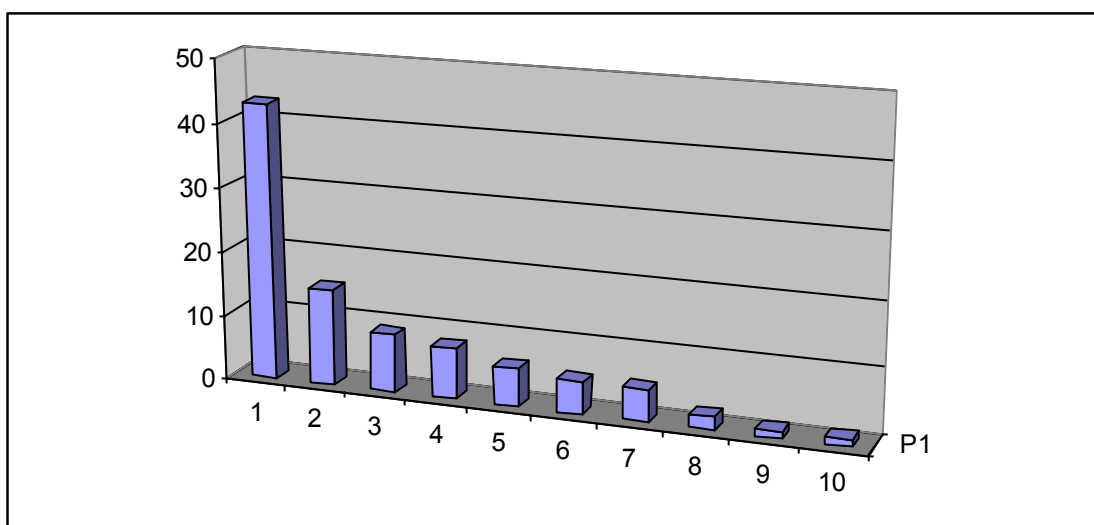


Рисунок 8 – Распределение беременных с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами, акушерской патологией и здоровых о психотравмирующим ситуациям

Примечание. 1 – Акушерская патология, 2 – семейные проблемы, 3 – проблемы на работе или с учебой, 4 – соматические заболевания, 5 – материальные проблемы, 6 – проблемы с жильем, 7 – проблемы с детьми, 8 – проблемы с родителями, 9 – кражи, 10 – несчастный случай (пожар).

В то же время психогенные ситуации усиливали действие психотравмы, связанной с трудностями гестационного периода, усиливали психотравмирующее действие, и в некоторых случаях мы встречались с политравмирующей ситуацией. Один клинический случай связан с выраженной психотравмирующей ситуацией, когда у пациентки развилось ПТСР (кража со взломом). В этом случае психотравма «перекрыла» акушерские проблемы.

Таким образом, клинические психопатологические проявления в первую очередь связаны с акушерскими проблемами. При невынашивании беременности чаще наблюдается психическая астения, при многоводии и патологии плаценты – физическая астения, при преэклампсии – соматовегетативный вариант ПДАС. Развернутая клиническая картина невротических расстройств у женщин с патологией беременности в большей мере представлена тревожными расстройствами, при патологии плаценты – расстройствами адаптации, при преэклампсии – неврастением.

В генезе невротических расстройств при акушерской патологии важную роль играет возраст беременных: с более высокой частотой невротические расстройства обнаружены в возрастной группе 31–40 лет. Наличие соматической патологии чаще сопровождает невротические расстройства. В акушерском анамнезе у беременных с акушерской патологией и проблемами психического здоровья по сравнению с контрольной группой чаще наблюдались выкидыши и высокое количество аборт.

Анализ образовательного уровня беременных с преневротическими состояниями и невротическими расстройствами выявил преобладание женщин с высшим образованием, а в контрольных группах, напротив, с большей частотой зафиксировано среднее специальное образование. Изучение профессиональной деятельности показало более высокую подверженность риску возникновения невротических расстройств у педагогов и студенток, в группе преневротических состояний преобладали студентки и квалифицированные рабочие. Большинство беременных состояли в официальном браке, хотя обращает на себя внимание значительное число гражданских браков. Изучение

психической predisпозиции женщин с патологией беременности показало, что в анамнезе преобладают лица с тревожными и истерическими чертами характера. Основной психотравмирующей ситуацией при проблемах психического здоровья был диагноз акушерской патологии.

Глава 4

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

4.1. Уровень качества жизни при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

Качество жизни является одной из важных характеристик субъективной оценки адаптации в личной и социальной сферах. Считается общепризнанным, что характеристики качества жизни отражают социальное, физическое и психологическое существование личности. Характеристики качества жизни используются для получения дополнительной информации о самочувствии больного при различных заболеваниях [Куприянова И.Е., Семке В.Я., 2004, 2006; Куприянова И.Е., Агаркова Л.А. и др., 2011], являются показателем эффективности фармако- и психотерапии [Семке В.Я., 1999, 2012], применяются при характеристике состояния беременных с угрозой невынашивания [Ефанова Т.С. и др., 2013] и с вирусными гепатитами В и С [Ковалева Т.А. и др., 2011; Куприянова И.Е. и др., 2012, 2014, 2016].

В нашем исследовании мы изучили качество жизни у пациенток с различной патологией беременности. Общее число баллов по самооценке исследуемых пациенток составило $44,01 \pm 1,2$ балла. Изучение данного показателя у пациенток с преневротическими состояниями составило $44,9 \pm 1,54$ балла, при невротических расстройствах – $42,15 \pm 2,01$ балла. Снижение уровня качества жизни отмечено на уровне тенденции и статистического подкрепления не имело. У здоровых беременных показатель качества жизни определялся на

уровне $49,1 \pm 1,6$ балла, а у женщин с акушерской патологией, но без проблем с психическим здоровьем – $48,4 \pm 1,77$ балла. Статистическая достоверность определялась при сравнении показателей пациенток с проблемами психического здоровья и пациенток контрольных групп ($p \leq 0,05$).

Сопоставление данных о качестве жизни здоровых беременных и беременных с невротическими расстройствами выявило достоверно значимые различия ($p \leq 0,05$). Вместе с тем сравнение показателей здоровых и беременных с преневротическими состояниями не обнаружило статистически значимых отличий. Та же тенденция выявлена при сравнении женщин с невротическими расстройствами и ПДАС с контрольными группами.

При сопоставлении баллов, характеризующих качество жизни у пациенток с различными типами преневротических состояний, выявлено, что наиболее высокий уровень качества жизни имели пациентки с физической астенией, а наименее низкие показатели определены у беременных с соматовегетативным вариантом ПДАС (табл. 11).

Таблица 11 – Распределение векторов качества жизни при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности

Вектор качества жизни	Преневротические состояния (ПДАС)					Невротические расстройства				
	Вариант ПДАС					Р-ва адаптации	ПТСР	Диссоциативные	Соматоформные	Неврастения
	Физическая астения	Психическая астения	Дистимический	Соматовегетативный	Тревожные р-ва					
Социальный	15,13 $\pm 0,69$	15,65 $\pm 1,02$	15,31 $\pm 1,32$	14,99 $\pm 1,27$	15,9* $\pm 0,69$	14,89 $\pm 1,0$	12,5* $\pm 0,25$	14,62 $\pm 1,43$	15 $\pm 0,2$	13,55 $\pm 2,11$
Психологический	15,16* $\pm 0,81$	14,74* $\pm 0,87$	13,09 $\pm 1,62$	14,34 $\pm 1,28$	13,77* $\pm 1,04$	12,16 $\pm 1,08$	11,5 $\pm 3,5$	11,7 $\pm 2,18$	10* $\pm 1,4$	11,27 $\pm 2,02$
Физический	15,71 $\pm 0,75$	14,68 $\pm 0,9$	14,86 $\pm 1,35$	13,86 $\pm 1,17$	15,55* $\pm 1,0$	14,97 $\pm 1,1$	13,5 $\pm 1,5$	16,0* $\pm 1,53$	12* $\pm 1,0$	12,7* $\pm 1,87$
Всего	46 $\pm 0,75$	45,07 $\pm 0,93$	43,26 $\pm 1,43$	43,19 $\pm 1,24$	45,22* $\pm 0,91$	42,02 $\pm 1,06$	37,5* $\pm 1,75$	42,32 $\pm 1,71$	37* $\pm 0,86$	37,52* $\pm 2,01$

Социальный вектор качества жизни у всех обследованных с патологией беременности находился примерно на одинаковом уровне. Психологический вектор имел более высокие значения у пациенток с физической астенией, в то

же время низкие показатели фиксировались у беременных с дистимическими проявлениями. Физический вектор характеризовался более высокими показателями у пациенток с физической астенией, низкие показатели обнаружены у пациенток с соматовегетативными проявлениями.

Среди беременных с невротическими расстройствами выявлены более низкие показатели качества жизни. Пациентки с тревожными расстройствами показали более высокий уровень качества жизни, сопоставимый с количеством баллов, полученных у беременных с преневротическими состояниями. Более низкими значениями характеризовались показатели у пациенток с расстройствами адаптации и диссоциативными расстройствами. Кроме того, группу с низкими показателями качества жизни сформировали пациентки, у которых были диагностированы посттравматические стрессовые расстройства, соматоформные нарушения и неврастения ($p \leq 0,01$ при сравнении с другими группами невротической патологии). По социальному вектору качества жизни получены высокие показатели у пациенток с тревожными расстройствами, а наиболее низкие показатели обнаружены у пациенток с ПТСР ($p \leq 0,01$). Сопоставление данного показателя у беременных с расстройствами адаптации, диссоциативными проявлениями с таковым у беременных с посттравматическими стрессовыми расстройствами выявляет статистически достоверную разницу ($p \leq 0,05$). При изучении психологического вектора качества жизни отмечается значительное снижение данного показателя во всех группах, однако статистически достоверное различие определяется лишь при сравнении показателей группы беременных с тревожными расстройствами и группы ПТСР ($p \leq 0,05$).

Исследование физического вектора качества жизни позволило выделить две группы беременных с высокими показателями невротических расстройств (диссоциативные и тревожные) и низкими показателями (ПТСР и неврастения), имеющие достоверные отличия ($p \leq 0,01$).

Исследование отдельных категорий качества жизни показало, что низкие значения у пациенток с физической и психической астенией имели пока-

затели материального достатка ($2,62 \pm 0,15$ балла и $2,64 \pm 0,14$ балла соответственно). Статистически достоверно эти показатели отличались ($p \leq 0,01$) от высоких значений по параметрам «семья» ($3,70 \pm 0,08$ балла) при физической астении и «питание» ($3,52 \pm 0,17$ балла) при психической астении (табл. 12).

Таблица 12 – Распределение характеристик (параметров) качества жизни при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности

Характеристика (параметр) КЖ	Преневротические состояния (ПДАС)					Невротические расстройства				
	Вариант ПДАС					Р-ва адапта- ции	ПТСР	Диссо- циа- тивные	Сомато- форм- ные	Невра- стения
	Психи- ческая астения	Дисти- миче- ский	Сомато- веге- татив- ный	Тре- вожные р-ва	Психи- ческая астения					
Положение в обществе	$2,96 \pm 0,16$	$3,00 \pm 0,22$	$3,11 \pm 0,26$	$3,00 \pm 0,21$	$2,92 \pm 0,19$	$3,00 \pm 0,13$	$2,50 \pm 0,50$	$2,22 \pm 0,16$	$3,00 \pm 0,00$	$2,57 \pm 0,36$
Работа	$2,48 \pm 0,18^*$	$2,94 \pm 0,23$	$2,77 \pm 0,27$	$2,66 \pm 0,25$	$3,00 \pm 0,14$	$3,00 \pm 0,19$	$2,50 \pm 1,50$	$2,60 \pm 0,40$	$2,50 \pm 0,50$	$2,00 \pm 0,43$
Душевное равновесие	$2,77 \pm 0,17$	$2,94 \pm 0,21$	$2,55 \pm 0,37$	$2,33 \pm 0,30$	$2,50 \pm 0,20$	$2,81 \pm 0,26$	$2,00 \pm 1,00$	$2,4 \pm 0,45$	$2,00 \pm 1,00$	$2,14 \pm 0,45$
Семья	$3,70 \pm 0,08^*$	$3,35 \pm 0,14$	$2,88 \pm 0,35$	$3,00 \pm 0,32$	$3,28 \pm 0,22$	$2,90 \pm 0,16$	$2,00 \pm 0,00$	$3,1 \pm 0,28$	$2,50 \pm 0,50$	$2,85 \pm 0,50$
Дети	$3,37 \pm 0,17$	$3,23 \pm 0,16$	$3,11 \pm 0,20$	$3,33 \pm 0,28$	$3,42 \pm 0,17$	$2,90 \pm 0,36$	$3,00 \pm 0,00$	$3,1 \pm 0,28$	$3,50 \pm 0,50$	$2,85 \pm 0,40$
Здоровье	$3,18 \pm 0,11$	$2,70 \pm 0,16$	$3,00 \pm 0,33$	$3,00 \pm 0,17$	$3,07 \pm 0,16$	$2,81 \pm 0,18$	$2,50 \pm 0,50$	$2,8 \pm 0,13$	$2,00 \pm 0,00$	$2,71 \pm 0,42$
Жилищные условия	$2,81 \pm 0,18$	$2,88 \pm 0,25$	$2,66 \pm 0,28$	$2,33 \pm 0,28$	$2,64 \pm 0,28$	$2,72 \pm 0,23$	$3,50 \pm 0,50$	$3,2 \pm 0,42$	$2,00 \pm 0,00$	$3,00 \pm 0,30$
Питание	$3,59 \pm 0,15$	$3,52 \pm 0,17^*$	$3,55 \pm 0,17$	$3,33 \pm 0,18$	$3,71 \pm 0,12$	$3,54 \pm 0,20$	$3,00 \pm 0,00$	$3,6 \pm 0,43$	$3,00 \pm 0,00$	$3,14 \pm 0,40$
Район проживания	$3,62 \pm 0,10$	$3,23 \pm 0,25$	$3,44 \pm 0,24$	$3,00 \pm 0,21$	$3,28 \pm 0,16$	$3,09 \pm 0,16$	$2,50 \pm 0,50$	$3,6 \pm 0,31$	$3,50 \pm 0,50$	$3,28 \pm 0,42$
Сексуальная жизнь	$3,51 \pm 0,16$	$2,94 \pm 0,18$	$2,88 \pm 0,35$	$2,75 \pm 0,35$	$3,28 \pm 0,30$	$3,00 \pm 0,33$	$2,00 \pm 0,00$	$3,2 \pm 0,42$	$2,00 \pm 1,00$	$1,71 \pm 0,35$
Духовные потребности	$3,37 \pm 0,14$	$3,05 \pm 0,20$	$3,00 \pm 0,28$	$3,08 \pm 0,22$	$2,71 \pm 0,24$	$2,36 \pm 0,20$	$2,50 \pm 0,50$	$2,8 \pm 0,48$	$2,00 \pm 1,00$	$2,57 \pm 0,36$
Общение с друзьями	$3,14 \pm 0,17$	$3,05 \pm 0,23$	$2,77 \pm 0,40$	$3,16 \pm 0,24$	$3,14 \pm 0,23$	$2,09 \pm 0,21$	$2,00 \pm 1,00$	$2,3 \pm 0,43$	$1,50 \pm 0,50$	$2,28 \pm 0,42$
Развлечения	$3,00 \pm 0,17$	$2,82 \pm 0,23$	$2,44 \pm 0,24$	$2,83 \pm 0,24$	$2,64 \pm 0,22$	$2,90 \pm 0,28$	$2,50 \pm 0,50$	$2,1 \pm 0,41$	$2,00 \pm 1,00$	$2,14 \pm 0,34$
Отдых	$2,88 \pm 0,16$	$2,88 \pm 0,18$	$2,33 \pm 0,33$	$2,91 \pm 0,28$	$2,78 \pm 0,15$	$2,00 \pm 0,13$	$2,50 \pm 0,50$	$2,1 \pm 0,41$	$2,50 \pm 0,50$	$2,14 \pm 0,45$
Материаль- ное положе- ние	$2,62 \pm 0,15^*$	$2,64 \pm 0,14^*$	$2,77 \pm 0,22$	$2,41 \pm 0,19$	$2,85 \pm 0,14$	$2,90 \pm 0,16$	$2,50 \pm 0,50$	$3,2 \pm 0,13$	$3,00 \pm 0,00$	$2,14 \pm 0,40$

При дистимическом варианте преневротических состояний высокие значения зафиксированы по категории «дети» ($3,11 \pm 0,20$ балла), низкие значения – по параметру «отдых» ($2,33 \pm 0,33$ балла) ($p \leq 0,01$). Соматовегетативные состояния протекали на фоне высоких показателей в сфере «питание» ($3,33 \pm 0,18$ балла) и низких показателей по категории «душевное равновесие» ($2,33 \pm 0,30$ балла), отличающихся высокой степенью достоверности ($p \leq 0,01$).

У беременных с невротическими расстройствами также отмечались значительные различия в оценке категорий КЖ. Так, при тревожных расстройствах беременными высоко оценивался показатель «дети» ($3,42 \pm 0,17$ балла), низкие значения выявлены в сфере «душевное равновесие» ($2,50 \pm 0,20$ балла) ($p \leq 0,01$). При расстройствах адаптации высокие баллы характерны для категории «район проживания» ($3,09 \pm 0,16$ балла), низкие значения обнаружены по категории «общение с друзьями» ($2,09 \pm 0,21$ балла) ($p \leq 0,01$). Беременные с посттравматическими стрессовыми расстройствами высоко характеризовали свои «жилищные условия» ($3,09 \pm 0,16$ балла), в то же время низкие показатели получены у них по параметрам: «общение с друзьями», «сексуальная жизнь», «семья», «душевное равновесие» ($2,00 \pm 1,00$ балла, $2,00 \pm 0,00$ балла), но это различие не имело статистически значимой достоверности. Женщины с диссоциативными расстройствами имели повышенные значения по категории «питание» ($3,6 \pm 0,43$ балла), но выражали недовольство такими категориями, как «отдых» и «общение с друзьями» ($2,1 \pm 0,41$ балла) ($p \leq 0,05$).

При соматоформных расстройствах высокие показатели были получены по категориям: «питание» и «район проживания» ($3,50 \pm 0,50$ балла). Вместе с тем низкие значения выявлены по 6 категориям: «душевное равновесие», «жилищные условия», «здоровье», «сексуальная жизнь», «духовные потребности», «развлечения» ($2,00 \pm 0,00$ балла, $2,00 \pm 1,00$ балла), статистических различий эти категории не имели. При неврастении высокие баллы качества жизни выявлены при оценке параметров: «район проживания» ($3,28 \pm 0,42$ балла) и «питание» ($3,14 \pm 0,40$ балла), соответственно низкие показатели по категориям: «сексуальная жизнь» ($1,71 \pm 0,35$ балла), «работа»

(2,00±0,43 балла), «душевное равновесие» (2,14±0,45 балла), «развлечения» (2,14±0,34 балла), «отдых» (2,14±0,45 балла), «материальное положение» (2,14±0,40 балла), статистически значимые различия ($p \leq 0,01$) имели только полярные показатели – «район проживания» и «сексуальная жизнь».

Исследование корреляционных связей категорий качества жизни у беременных с преневротическими расстройствами показало, что имеются корреляционные блоки, которые образуются по категориям «душевное равновесие» и «духовные потребности». В меньшей степени связаны с другими показателями категории: «сексуальная жизнь», «общение с друзьями», «развлечения», «отдых», «семья», «здоровье» (табл. 13).

Таблица 13 – Распределение корреляционных связей категорий качества жизни у беременных с преневротическими состояниями

Категории КЖ	Категории качества жизни														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1,00	0,56	0,46	0,09	0,21	0,23	0,03	0,23	0,09	0,07	0,23	0,32	0,27	0,21	0,32
2	0,56	1,00	0,40	0,11	0,12	0,07	0,00	0,09	0,04	0,06	0,16	0,24	0,27	0,28	0,18
3	0,46	0,40	1,00	0,41	0,34	0,51	0,25	0,40	0,22	0,35	0,49	0,48	0,43	0,29	0,31
4	0,09	0,11	0,41	1,00	0,41	0,13	0,31	0,20	0,11	0,45	0,38	0,16	0,16	0,25	0,31
5	0,21	0,12	0,34	0,41	1,00	0,27	0,02	0,22	0,007	0,42	0,45	0,15	0,15	0,18	0,36
6	0,23	0,07	0,51	0,13	0,27	1,00	0,11	0,18	0,22	0,25	0,36	0,25	0,39	0,27	0,22
7	0,03	0,00	0,25	0,31	0,02	0,11	1,00	0,41	0,26	0,09	0,29	0,12	0,13	0,10	0,43
8	0,23	0,09	0,40	0,20	0,22	0,18	0,41	1,00	0,27	0,28	0,29	0,19	0,10	0,10	0,41
9	0,09	0,04	0,22	0,11	0,007	0,22	0,26	0,27	1,00	0,23	0,03	0,10	0,10	0,006	0,07
10	0,07	0,06	0,35	0,45	0,42	0,25	0,09	0,28	0,23	1,00	0,27	0,21	0,20	0,21	0,26
11	0,23	0,16	0,49	0,38	0,45	0,36	0,29	0,29	0,03	0,27	1,00	0,50	0,48	0,38	0,30
12	0,32	0,24	0,48	0,16	0,15	0,25	0,12	0,19	0,10	0,21	0,50	1,00	0,57	0,43	0,21
13	0,27	0,27	0,43	0,16	0,15	0,39	0,13	0,10	0,10	0,20	0,48	0,57	1,00	0,62	0,30
14	0,21	0,28	0,29	0,25	0,18	0,27	0,10	0,10	0,008	0,21	0,38	0,43	0,62	1,00	0,18
15	0,32	0,18	0,31	0,31	0,36	0,22	0,43	0,41	0,07	0,26	0,30	0,21	0,30	0,18	1,00

Примечание. 1 – Положение в обществе, 2 – работа, 3 – душевное равновесие, 4 – семья, 5 – дети, 6 – здоровье, 7 – жилищные условия, 8 – питание, 9 – район проживания, 10 – сексуальная жизнь, 11 – духовные потребности, 12 – общение с друзьями, 13 – развлечения, 14 – отдых, 15 – материальное положение,

При невротических расстройствах у женщин с патологией беременности увеличивается число корреляционных связей и усиливаются корреляционные коэффициенты (табл. 14).

Таблица 14 – Распределение корреляционных связей категорий жизни у беременных с невротическими расстройствами

Категории КЖ	Категории качества жизни														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1,00	0,42	0,67	0,52	0,04	0,56	0,15	0,23	0,32	0,20	0,34	0,253	0,30	0,46	0,42
2	0,42	1,00	0,42	0,19	0,14	0,17	0,008	0,16	0,04	0,21	0,18	0,36	0,43	0,25	0,51
3	0,67	0,42	1,00	0,66	0,09	0,60	0,24	0,19	0,31	0,24	0,50	0,41	0,54	0,48	0,46
4	0,52	0,19	0,66	1,00	0,14	0,49	0,22	0,26	0,28	0,37	0,30	0,55	0,56	0,36	0,36
5	0,04	0,14	0,09	0,14	1,00	0,04	0,18	0,42	0,08	0,22	0,04	0,12	0,21	0,06	0,17
6	0,56	0,17	0,60	0,49	0,04	1,00	0,29	0,22	0,50	0,09	0,18	0,27	0,21	0,38	0,35
7	0,15	0,008	0,24	0,22	0,18	0,29	1,00	0,40	0,28	0,05	0,33	0,26	0,25	0,00	0,30
8	0,23	0,16	0,19	0,26	0,42	0,22	0,40	1,00	0,16	0,15	0,42	0,43	0,53	0,44	0,33
9	0,32	0,04	0,31	0,28	0,08	0,50	0,28	0,16	1,00	0,11	0,13	0,10	0,20	0,07	0,33
10	0,20	0,21	0,24	0,37	0,22	0,09	0,05	0,15	0,11	1,00	0,50	0,36	0,42	0,22	0,14
11	0,34	0,18	0,50	0,30	0,04	0,18	0,33	0,42	0,13	0,50	1,00	0,55	0,60	0,54	0,15
12	0,25	0,36	0,41	0,55	0,12	0,27	0,26	0,43	0,10	0,36	0,55	1,00	0,74	0,42	0,45
13	0,30	0,43	0,54	0,56	0,21	0,21	0,25	0,53	0,20	0,42	0,60	0,74	1,00	0,54	0,56
14	0,46	0,25	0,48	0,36	0,06	0,38	0,00	0,44	0,07	0,22	0,54	0,42	0,54	1,00	0,37
15	0,42	0,51	0,46	0,36	0,17	0,35	0,30	0,33	0,33	0,14	0,15	0,45	0,56	0,37	1,00

Примечание. 1 – Положение в обществе, 2 – работа, 3 – душевное равновесие, 4 – семья, 5 – дети, 6 – здоровье, 7 – жилищные условия, 8 – питание, 9 – район проживания, 10 – сексуальная жизнь, 11 – духовные потребности, 12 – общение с друзьями, 13 – развлечения, 14 – отдых, 15 – материальное положение,

По категории «положение в обществе» при ПДАС обнаружено 5 значимых корреляционных связей со следующими категориями: «работа», «душевное равновесие», «общение с друзьями», «развлечения», «материальное положение». Т.е. у беременных с преневротическими состояниями число значимых корреляций возрастает: к уже имеющимся добавляются значимые корреляции по категориям: «семья», «здоровье», «душевные потребности».

Повышаются корреляционные коэффициенты: у беременных с преневротическими состояниями отношения «положение в обществе» – «работа» имеют значение $r=0,56$, в то время как у беременных с невротическими расстройствами – $r=0,67$. Соответственно отношения «положение в обществе» – «материальное положение» при ПДАС имеют показатель $r=0,32$, а при невротических расстройствах – $r=0,42$.

Категория качества жизни «работа» при преневротических состояниях имеет 4 корреляции по категориям: «положение в обществе», «душевное равновесие», «развлечения», «материальное положение». Вместе с тем при невротических расстройствах число корреляций ещё больше возрастает, охватывая 5 категорий: «положение в обществе», «душевное равновесие», «общение с друзьями», «развлечения», «материальное положение». Категории, имеющие наибольшее число статистически значимых корреляций, являются характеристиками психологического вектора: «духовные потребности», «общение с друзьями», «развлечения», «отдых», «душевное равновесие», а также «материальное положение».

Сопоставление показателей качества жизни у пациенток с различной акушерской патологией показало, что уровень качества жизни у беременных с угрозой невынашивания беременности при наличии невротических расстройств характеризовался более низким показателем со статической значимостью достоверности ($42,85 \pm 1,09$ балла), нежели у беременных с преневротическими состояниями ($47,38 \pm 1,12$ балла; $p \leq 0,01$) (табл. 15)

Таблица 15 – Распределение векторов качества жизни при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

Вектор качества жизни	Угроза невынашивания беременности		Многоводие и патология плаценты		Преэклампсия	
	Преневротические состояния	Невротические расстройства	Преневротические состояния	Невротические расстройства	Преневротические состояния	Невротические расстройства
Социальный	$15,43 \pm 1,18$	$15,14 \pm 1,11$	$16,2 \pm 0,84$	$14,6 \pm 10,2$	$15,38 \pm 0,72$	$14,6 \pm 1,43$
Психологический	$15,97 \pm$	$13,97 \pm$	$15,08 \pm$	$12,71 \pm$	$13,52 \pm$	$12,7 \pm$

психический	1,19	1,02	0,89	1,13	0,78	1,55
Физический	15,98± 1,01	13,74± 1,15	15,36± 0,72	14,65± 1,1	14,16± 0,82	14,33± 1,31
Общие баллы	47,38± 1,12	42,85± 1,09	46,64± 0,81	41,96± 1,08	43,06± 0,77	41,63± 1,43

При многоводии и патологии плаценты выявляется аналогичная картина: наличие невротических расстройств в свою очередь так же ведет к статистически значимому снижению уровня качества жизни ($41,96 \pm 1,08$ балла против $46,64 \pm 0,81$ балла при ПДАС; $p \leq 0,01$). У беременных с гестозом полученные различия определяются лишь на уровне тенденции: так, при невротических расстройствах уровень качества жизни составляет $41,63 \pm 1,43$ балла, а при преневротических состояниях – $43,06 \pm 0,77$ балла.

При угрозе невынашивания беременности показатели социального вектора имеют одинаковые значения у беременных с невротическими расстройствами и преневротическими состояниями ($15,14 \pm 1,11$ балла и $15,43 \pm 1,18$ балла соответственно). Психологический вектор при невротических расстройствах ($13,97 \pm 1,02$ балла) характеризовался незначительно низкими значениями по сравнению с ПДАС ($15,97 \pm 1,19$ балла),

По физическому вектору обнаружена аналогичная тенденция: при невротических расстройствах показатели оказались ниже ($13,74 \pm 1,15$ балла), чем при преневротических состояниях у беременных ($15,98 \pm 1,01$ балла).

При многоводии и патологии плаценты пациентки с преневротическими состояниями показывали более высокий социальный уровень качества жизни и адаптированность ($16,2 \pm 0,84$ балла), чем беременные с невротическими расстройствами ($14,6 \pm 10,2$ балла). Соответственно и психологический вектор также снижается при неврозах ($12,71 \pm 1,13$ балла) по сравнению с показателями беременных с ПДАС ($15,08 \pm 0,89$ балла). В то время как показатели физического вектора у женщин отличались незначительно: при невротических расстройствах – $14,65 \pm 1,1$ балла, при преневротических состояниях – $15,36 \pm 0,72$ балла.

При преэклампсиях сопоставление показателей векторов качества жизни не выявило существенных отличий между беременными с невротическими расстройствами и преневротическими состояниями. Социальный вектор КЖ характеризовался более низкими значениями при невротических расстройствах ($14,6 \pm 1,43$ балла), чем при ПДАС ($15,38 \pm 0,72$ балла). Соответственно как и социальный, психологический ($12,7 \pm 1,55$ балла и $13,52 \pm 0,78$ балла) и физический ($14,33 \pm 1,31$ балла и $14,16 \pm 0,82$ балла) векторы не имели достоверно значимых различий.

В таблице 16 приведены результаты, полученные в ходе исследования отдельных категорий качества жизни у женщин с патологией беременности. Таблица 16 – Распределение категорий качества жизни при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

Категории качества жизни	Угроза невынашивания беременности		Многоводие и патология плаценты		Преэклампсия	
	Преневротические состояния	Невротические расстройства	Преневротические состояния	Невротические расстройства	Преневротические состояния	Невротические расстройства
Положение в обществе	$3,07 \pm 0,21$	$3,12 \pm 0,17$	$3,12 \pm 0,17$	$2,61 \pm 0,18$	$2,96 \pm 0,13$	$2,90 \pm 0,25$
Работа	$2,92 \pm 0,21$	$3,08 \pm 0,17$	$3,08 \pm 0,17$	$2,61 \pm 0,21$	$2,44 \pm 0,17$	$2,45 \pm 0,34$
Душевное равновесие	$3,08 \pm 0,17$	$2,61 \pm 0,183$	$3,08 \pm 0,17$	$2,38 \pm 0,24$	$2,29 \pm 0,17$	$2,36 \pm 0,36$
Семья	$3,00 \pm 0,27$	$3,32 \pm 0,18$	$3,32 \pm 0,18$	$2,94 \pm 0,22$	$3,44 \pm 0,13$	$2,90 \pm 0,28$
Дети	$3,00 \pm 0,27$	$3,28 \pm 0,15$	$3,28 \pm 0,15$	$3,22 \pm 0,22$	$3,25 \pm 0,15$	$2,90 \pm 0,36$
Здоровье	$3,04 \pm 0,13$	$2,61 \pm 0,21$	$3,04 \pm 0,13$	$3,00 \pm 0,18$	$2,85 \pm 0,15$	$2,72 \pm 0,30$
Жилищные условия	$2,38 \pm 0,26$	$2,76 \pm 0,21$	$2,76 \pm 0,21$	$2,88 \pm 0,21$	$2,55 \pm 0,18$	$2,90 \pm 0,21$
Питание	$3,38 \pm 0,18$	$3,64 \pm 0,09$	$3,64 \pm 0,09$	$3,44 \pm 0,23$	$3,40 \pm 0,17$	$3,45 \pm 0,15$
Район проживания	$3,15 \pm 0,15$	$3,40 \pm 0,17$	$3,40 \pm 0,17$	$3,22 \pm 0,19$	$3,29 \pm 0,14$	$3,45 \pm 0,20$
Сексуальная жизнь	$3,24 \pm 0,17$	$2,76 \pm 0,36$	$3,24 \pm 0,17$	$2,72 \pm 0,27$	$2,96 \pm 0,19$	$2,54 \pm 0,38$
Духовные потребности	$3,07 \pm 0,21$	$3,16 \pm 0,17$	$3,16 \pm 0,17$	$2,61 \pm 0,23$	$3,03 \pm 0,12$	$2,90 \pm 0,28$
Общение с друзьями	$2,84 \pm 0,24$	$3,16 \pm 0,19$	$3,16 \pm 0,19$	$2,72 \pm 0,23$	$2,88 \pm 0,18$	$2,63 \pm 0,33$

Развлечения	2,88± 0,18	2,53± 0,26	2,88± 0,18	2,50± 0,20	2,62± 0,16	2,45± 0,31
Отдых	2,92± 0,13	2,80± 0,18	2,80± 0,18	2,50± 0,23	2,70± 0,15	2,36± 0,27
Материальное положение	2,61± 0,14	2,68± 0,12	2,68± 0,12	2,61± 0,21	2,40± 0,13	2,72± 0,27

Исследование отдельных категорий качества жизни показало, что при угрозе невынашивания беременности в тех случаях, если психическое состояние беременных характеризуется невротическими проявлениями, наиболее высокие баллы были получены по 5 категориям: «семья», «дети», «питание», «положение в обществе», «работа»; в то время как низкие оценки были получены по следующим 4 параметрам: «душевное равновесие», «сексуальная жизнь», «развлечения», «материальное положение». Если психический статус беременных соответствовал ПДАС, высокие баллы были зарегистрированы по 3 категориям: «питание», «проживание», «сексуальная жизнь», а низкие – так же по 3 категориям: «жилищные условия», «материальное положение», «общение с друзьями».

При многоводии и патологии плаценты при наличии невротических расстройств женщины в большей степени были удовлетворены 3 характеристиками качества жизни такими, как «питание», «дети», «район проживания». В то же время проблемными категориями для них являлись 6 параметров: «душевное равновесие», «развлечения», «отдых», «материальное положение», «положение в обществе», «работа». У беременных с преневротическими состояниями высокими были показатели психического здоровья по 3 категориям: «питание», «район проживания», «сексуальная жизнь», соответственно низкими баллами оценивались 4 категории такие, как «жилищные условия», «отдых», «материальное положение», «развлечения».

При преэклампсиях беременные с невротическими расстройствами позитивно характеризовали «питание», «район проживания», но отмечали неудовлетворенность по 5 другим категориям: «душевное равновесие», «отдых», «развлечения», «работа», «сексуальная жизнь». Беременные с преневротическими расстройствами высоко оценивали 5 категорий: «питание»,

«район проживания», «семья», «дети», «духовные потребности», а низко – «душевное равновесие», «отдых», «работу», «развлечения», «сексуальную жизнь».

Таким образом, исследование качества жизни показало, что общий уровень качества жизни был выше у беременных без акушерской патологии и без психопатологической симптоматики, также высокий уровень качества жизни определялся у беременных с акушерскими проблемами, но без психопатологических расстройств. При патологии беременности уровень качества жизни был значительно снижен при невротических расстройствах, а при психозадаптационных состояниях снижение являлось не столь значительным.

Исследование качества жизни при различных психопатологических проявлениях выявило высокие показатели при физической и психической астении. Беременные с дистимическим и соматовегетативным вариантами ПДАС имели более низкие показатели КЖ за счет снижения уровней психологического и физического векторов. При невротических расстройствах более высокие баллы были отмечены у пациенток с тревожными расстройствами, более низкие статистически достоверно значимые показатели встречались у беременных с ПТСР, соматоформными расстройствами и неврастенией. Снижение определялось низкими показателями психологического вектора качества жизни при невротических расстройствах у женщин с разной акушерской патологией беременности. Изучение отдельных категорий качества жизни показало, что наиболее проблемными являются категории «материального достатка» у беременных с физической и психической астенией, а при дистимическом и соматовегетативном вариантах ПДАС – категории «душевное равновесие» и «отдых». При невротических расстройствах женщины высказывали неудовлетворенность по 7 категориям: «душевное равновесие», «отдых», «духовные потребности», «развлечения», «общение с друзьями», «сексуальная жизнь», «материальный достаток».

Изучение корреляционных связей категорий качества жизни при ПДАС показало большое количество значимых корреляций по категориям «душев-

ное равновесие» и «духовные потребности». При невротических расстройствах возрастает число категорий, имеющих значительное число корреляционных связей: помимо 5 психологических категорий («душевное равновесие», «общение с друзьями», «духовные потребности», «отдых», «развлечения»), к ним добавляются ещё 2 категории: «положение в обществе» и «материальное положение».

Таким образом, у женщин с патологией беременности определяли более высокий уровень качества жизни при невынашивании беременности, в то время как низкие показатели были при гестозах. У беременных с невротическими расстройствами выявляли более низкие показатели, чем при донозологических состояниях. Определяющими низкие показатели являлись категории качества жизни, касающиеся психологических характеристик, а при неврозах беременные были неудовлетворены к тому же и сексуальной жизнью.

4.2. Уровень тревоги при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

Тревога считается одним из фундаментальных психопатологических симптомов. В области пограничной психиатрии тревожные симптомы являются определяющими в актуальном психическом состоянии пациентов. Являясь одним из факторов защиты от стрессовых или неблагоприятных явлений окружающей среды, тревога оказывает патопластическое воздействие на психику человека, если уровень её превышает физиологические границы.

Нами проведено сопоставление уровней тревоги у женщин с патологией беременности и психопатологическими проявлениями, беременных с патологией беременности, но без психических расстройств и здоровых беременных. Уровень тревоги у женщин с патологией беременности и проблемами психического здоровья имел повышенные значения и составил $12,15 \pm 0,66$ балла. У здоровых беременных тревога составила $4,8 \pm 0,87$ балла, у беремен-

ных с акушерской патологией, но без психопатологических проявлений – $4,71 \pm 0,79$ балла. Данные с высокой степенью достоверности отличаются от таковых у лиц с психопатологическими проявлениями ($p \leq 0,001$).

У женщин с преневротическими расстройствами тревога определялась на уровне $7,37 \pm 0,98$ балла ($p \leq 0,05$ по сравнению со здоровыми лицами и женщинами с патологией беременности, но без психических расстройств), а при невротических расстройствах у беременных – $15,34 \pm 1,1$ балла ($p \leq 0,001$).

При исследовании тревоги у женщин с патологией беременности при преневротических состояниях выявлено, что наиболее высокие показатели у беременных с дистимическим и соматовегетативным вариантами ПДАС на статистически значимом уровне отличались от показателей ПДАС у беременных с физической и психической астенией ($p \leq 0,05$). Рассматривая структуру тревоги, отмечено, что наибольший суммарный вклад в общую тревогу вносила психическая тревога. Наименьшие показатели психической тревоги были зарегистрированы у беременных с физической астенией, наиболее высокие данные были получены при дистимическом варианте ПДАС ($p \leq 0,05$) (табл. 17).

Таблица 17 – Распределение уровней тревоги при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

Уровень тревоги	Преневротические состояния (ПДАС)					Невротические расстройства				
	Вариант ПДАС					Р-ва адаптации	ПТСР	Диссоциативные	Соматоформные	Невротические
	Физическая астенция	Психическая астенция	Дистимический	Соматовегетативный	Тревожные р-ва					
Психический	$3,98 \pm 0,39^*$	$5,14 \pm 0,47$	$5,53 \pm 0,37^*$	$5,15 \pm 0,7$	$9,62 \pm 0,75$	$8,39 \pm 0,71^*$	$11,5 \pm 0,95^*$	$8,82 \pm 1,02$	$9 \pm 0,87$	$7,13 \pm 0,73^*$
Соматический	$1,12 \pm 0,13^*$	$1,33 \pm 0,17^*$	$2,42 \pm 0,2^*$	$2,15 \pm 0,14^*$	$3,04 \pm 0,17$	$2,72 \pm 0,16$	$5,5 \pm 0,19$	$4,65 \pm 0,18$	$4,5 \pm 0,17$	$6,14 \pm 0,17$
Вегетативный	$0,62 \pm 0,05^*$	$0,46 \pm 0,15^*$	$0,55 \pm 0,11^*$	$1,07 \pm 0,12^*$	$0,85 \pm 0,12$	$1,19 \pm 0,23$	$2 \pm 0,42$	$2,49 \pm 0,35$	$2 \pm 0,42$	$2,57 \pm 0,49$
Общий	$5,71 \pm 0,32^*$	$6,93 \pm 0,29^*$	$8,5 \pm 0,62^*$	$8,37 \pm 0,74^*$	$13,51 \pm 1,06^*$	$12,3 \pm 0,92^*$	$19 \pm 1,3^*$	$15,89 \pm 1,11$	$15,5 \pm 1,03$	$15,84 \pm 0,98$

Высокие показатели психической тревоги были зарегистрированы при психической астении и соматовегетативных проявлениях, но статистически разница не подтверждалась. Соматическая тревога имела высокий уровень при дистимическом и соматовегетативном вариантах ПДАС ($p \leq 0,05$). Высокие показатели вегетативного уровня тревоги получены при соматовегетативных проявлениях преневротических состояний, которые с высокой степенью достоверности ($p \leq 0,01$) отличаются от трех других вариантов ПДАС.

При рассмотрении тревоги у беременных с невротическими расстройствами наиболее высокие показатели имели пациентки с ПТСР – $19 \pm 1,3$ балла, а низкие данные получены у беременных с расстройствами адаптации – $12,3 \pm 0,92$ балла ($p \leq 0,01$). В группе пациенток с тревожными расстройствами обнаружены умеренные проявления тревоги ($13,51 \pm 1,06$ балла), отличающиеся с высокой степенью достоверности от показателей пациенток с ПТСР ($p \leq 0,01$). У беременных с диссоциативными расстройствами, соматоформной симптоматикой, неврастенией показатели тревоги находились в одинаковых пределах ($15,89 \pm 1,11$, $15,5 \pm 1,03$ и $15,84 \pm 0,98$ балла) и не имели статистически значимых различий при сравнении с другими группами невротических расстройств. Как и при психодезадаптационных синдромах, базовой в структуре общей тревоги была психическая составляющая. Наиболее высокие показатели психической тревоги зафиксированы у беременных с ПТСР ($11,5 \pm 0,95$ балла), низкие – у беременных с неврастенией ($7,13 \pm 0,73$ балла; $p \leq 0,01$). Показатели психической тревоги у женщин с ПТСР отличались от таковых у беременных с расстройствами адаптации – $8,39 \pm 0,71$ балла ($p \leq 0,05$); с показателями беременных с тревожными расстройствами ($9,62 \pm 0,75$ балла), соматоформным симптомокомплексом ($9 \pm 0,87$ балла), диссоциативными проявлениями ($8,82 \pm 1,02$ балла) определялись различия на уровне тенденции. Соматическая тревога имела высокий уровень у беременных с неврастенией ($6,14 \pm 0,17$ балла), ПТСР ($5,5 \pm 0,19$ балла), диссоциативной симптоматикой ($4,65 \pm 0,18$ балла) и соматоформными расстройствами ($4,5 \pm 0,17$ балла). Эти

данные с высоким уровнем достоверности отличались от показателей соматической тревоги при тревожных расстройствах – $2,72 \pm 0,16$ балла ($p \leq 0,01$).

Вегетативные проявления тревоги были наиболее выражены при неврастении ($2,57 \pm 0,49$ балла), диссоциативных расстройствах ($2,49 \pm 0,35$ балла), ПТСР ($2 \pm 0,42$ балла), соматоформной патологии ($2 \pm 0,42$ балла). Низкий уровень вегетативной тревоги зарегистрирован при тревожных проявлениях ($1,19 \pm 0,23$ балла) со статистически значимой достоверностью при сопоставлении с данными при неврастении и диссоциативных расстройствах ($p \leq 0,05$).

Исследование симптомов тревоги при преневротических состояниях у беременных с акушерской патологией показало, что наиболее высокие значения имеют симптомы «напряжение», «тревога», «страхи» при всех вариантах ПДАС, причем наиболее интенсивно эти симптомы проявлялись при дистимическом варианте ПДАС. Наименее выраженными при донозологических состояниях оказались симптомы соматической тревоги, каждый из которых при сравнении с симптомами психической тревоги отличался с высокой степенью достоверности ($p \leq 0,001$). Беременные с соматовегетативным вариантом ПДАС имели высокие показатели соматической и вегетативной тревоги по отношению к другим вариантам преневротических состояний (табл. 18).

При тревожных расстройствах, ПТСР, расстройствах адаптации, диссоциативных проявлениях уровень симптома «тревога» оказался выше, чем при преневротических состояниях ($p \leq 0,05$), при соматоформных расстройствах и неврастении достоверно значимых различий не выявлено. Уровень «напряжение» характеризовался незначительным повышением у беременных с невротическими расстройствами, но только при посттравматическом стрессовом расстройстве данный симптом имел высокие значения ($2,00 \pm 0,00$ балла), отличаясь с достоверной значимостью от таковых показателей у всех беременных ($p \leq 0,05$). Страхи в большей степени определялись у пациенток с расстройствами адаптации и ПТСР – $2,00 \pm 0,00$ балла ($p \leq 0,05$).

Такие симптомы тревоги, как «снижение работоспособности», «бессонница» и «депрессия», были более выражены у пациенток с невротическими расстройствами, нежели у беременных с ПДАС. Симптомы соматической тревоги с большей выраженностью проявлялись у пациенток с невротическими расстройствами, достигая максимума у пациенток с неврастениями, у беременных с соматоформными расстройствами симптомы соматической тревоги протекали с сердечно-сосудистыми проявлениями ($2,00 \pm 0,50$ балла). Вегетативная тревога в большей степени определялась при неврастении, диссоциативных расстройствах, с меньшей выраженностью была представлена при соматоформной патологии и ПТСР; при тревожных расстройствах и расстройствах адаптации полученные данные были идентичны таковым при соматовегетативном варианте ПДАС.

Таблица 18 – Распределение симптомов тревоги при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

Уровень тревоги	Преневротические состояния (ПДАС)					Невротические расстройства				
	Вариант ПДАС					Р-ва адаптации	ПТСР	Диссоциативные	Соматоформные	Неврастения
	Физическая астенция	Психическая астенция	Дистимический	Соматовегетативный	Тревожные р-ва					
Тревога	$1,40 \pm 0,09$	$1,23 \pm 0,10$	$1,55 \pm 0,17$	$1,33 \pm 0,14$	$1,72 \pm 0,07$	$2,00 \pm 0,00$	$2,00 \pm 0,00$	$2,00 \pm 0,00$	$1,50 \pm 0,00$	$1,00 \pm 0,00$
Напряжение	$1,29 \pm 0,08$	$1,23 \pm 0,10$	$1,44 \pm 0,17$	$1,00 \pm 0,00$	$1,42 \pm 0,22$	$1,45 \pm 0,15$	$2,00 \pm 0,00$	$1,33 \pm 0,21$	$1,50 \pm 0,00$	$1,57 \pm 0,20$
Страхи	$1,11 \pm 0,06$	$1,29 \pm 0,11$	$1,44 \pm 0,17$	$1,58 \pm 0,14$	$1,64 \pm 0,13$	$2,00 \pm 0,00$	$2,00 \pm 0,00$	$1,50 \pm 0,22$	$1,50 \pm 0,00$	$1,42 \pm 0,020$
Снижение работоспособности	$0,18 \pm 0,07$	$0,58 \pm 0,12$	$0,88 \pm 0,20$	$0,58 \pm 0,14$	$1,42 \pm 0,22$	$1,27 \pm 0,14$	$1,50 \pm 0,50$	$1,33 \pm 0,21$	$1,50 \pm 0,50$	$1,57 \pm 0,20$
Бессонница	$0,33 \pm 0,09$	$0,64 \pm 0,11$	$0,22 \pm 0,14$	$0,50 \pm 0,15$	$1,64 \pm 0,13$	$1,27 \pm 0,14$	$2,50 \pm 0,50$	$1,33 \pm 0,21$	$1,50 \pm 0,50$	$1,00 \pm 0,00$
Депрессия	$0,18 \pm 0,07$	$0,17 \pm 0,09$	$0,00 \pm 0,00$	$0,16 \pm 0,11$	$1,78 \pm 0,11$	$1,61 \pm 0,15$	$1,50 \pm 0,50$	$1,33 \pm 0,21$	$1,50 \pm 0,50$	$1,57 \pm 0,20$
Общесоматические	$0,14 \pm 0,06$	$0,23 \pm 0,10$	$0,22 \pm 0,14$	$0,33 \pm 0,14$	$0,42 \pm 0,13$	$0,49 \pm 0,16$	$0,50 \pm 0,50$	$0,50 \pm 0,36$	$0,50 \pm 0,50$	$1,42 \pm 0,20$
Костно-мышечные	$0,33 \pm 0,09$	$0,29 \pm 0,11$	$0,77 \pm 0,14$	$0,75 \pm 0,13$	$0,57 \pm 0,13$	$0,72 \pm 0,23$	$0,50 \pm 0,50$	$1,16 \pm 0,16$	$0,50 \pm 0,00$	$1,28 \pm 0,18$
Сердечно-сосудистые	$0,18 \pm 0,07$	$0,29 \pm 0,11$	$0,44 \pm 0,17$	$0,33 \pm 0,14$	$0,78 \pm 0,18$	$0,27 \pm 0,14$	$2,50 \pm 0,50$	$1,33 \pm 0,21$	$2,00 \pm 0,50$	$1,74 \pm 0,18$
Легочные	$0,18 \pm$	$0,23 \pm$	$0,33 \pm$	$0,25 \pm$	$0,42 \pm$	$0,34 \pm$	$0,50 \pm$	$0,66 \pm$	$0,00 \pm$	$0,71 \pm$

	0,07	0,10	0,16	0,13	0,13	0,15	0,50	0,21	0,00	0,18
Желудочно-кишечные	0,18± 0,07	0,29± 0,11	0,33± 0,16	0,33± 0,14	0,50± 0,13	0,72± 0,14	1,00± 0,00	0,50± 0,00	1,00± 0,00	0,14± 0,14
Урогени- тальные	0,29± 0,08	0,23± 0,10	0,33± 0,16	0,16± 0,11	0,35± 0,13	0,18± 0,12	0,50± 0,00	0,50± 0,00	0,50± 0,50	0,85± 0,14
Вегетатив- ные	0,29± 0,08	0,23± 0,10	0,33± 0,16	0,66± 0,14	0,57± 0,17	0,56± 0,15	1,00± 0,00	1,16± 0,16	1,00± 1,00	1,00± 0,00
Суебливое поведение	0,33± 0,09	0,23± 0,10	0,22± 0,14	0,41± 0,14	0,28± 0,12	0,63± 0,20	1,00± 0,00	1,33± 0,21	1,00± 0,00	1,57± 0,29

При исследовании корреляции симптомов тревоги при преневротических состояниях выявлено, что лишь несколько симптомов имеют статистически достоверно значимые корреляции (табл. 19).

Таблица 19 – Распределение корреляционных связей симптомов тревоги при преневротических состояниях у женщин с различной патологией\беременности

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,00	0,08	-0,001	-0,12	-0,15	-0,06	-0,09	0,18	0,09	0,18	-0,02	-0,09	0,36	-0,09
2	0,08	1,00	-0,05	-0,16	0,007	-0,04	-0,12	0,04	0,12	-0,05	-0,01	0,22	0,02	0,39
3	-0,001	-0,05	1,00	0,07	0,05	0,007	0,15	0,15	0,20	0,12	0,002	0,002	0,09	0,01
4	-0,12	-0,16	0,07	1,00	-0,11	-0,13	0,10	0,008	0,17	0,21	0,20	0,01	0,20	-0,07
5	-0,15	0,006	0,05	-0,11	1,00	0,23	-0,07	-0,05	0,08	0,11	-0,23	-0,02	0,005	0,09
6	-0,06	-0,04	0,007	-0,13	0,23	1,00	-0,11	-0,13	-0,07	-0,03	0,03	0,03	-0,04	0,08
7	-0,09	-0,12	0,15	0,10	-0,07	-0,11	1,00	0,04	-0,15	-0,10	0,02	0,11	-0,07	-0,02
8	0,18	0,04	0,15	0,008	0,05	-0,13	0,04	1,00	-0,09	0,07	0,01	0,08	0,21	-0,01
9	0,09	0,12	0,20	0,17	0,08	-0,07	-0,15	-0,09	1,00	0,31	-0,05	0,05	-0,02	-0,11
10	0,18	-0,05	0,12	0,21	0,11	-0,03	-0,10	0,07	0,31	1,00	0,17	-0,15	-0,17	-0,20
11	-0,020	-0,01	0,002	0,20	-0,23	0,03	0,02	0,01	-0,05	0,17	1,00	-0,19	-0,001	-0,16
12	-0,09	0,22	0,002	0,01	-0,02	0,03	0,11	0,08	-0,05	-0,15	-0,19	1,00	0,43	0,36
13	0,36	0,02	0,09	0,20	0,005	-0,04	-0,07	0,21	-0,02	-0,17	-0,001	0,43	1,00	0,27
14	-0,09	0,39	0,01	-0,07	0,09	0,08	-0,02	-0,01	-0,11	-0,20	-0,16	0,36	0,27	1,00

Примечание. 1 – Тревога, 2 – напряжение, 3 – страхи, 4 – снижение работоспособности, 5 – бессонница, 6 – депрессия, 7 – общесоматические, 8 – костно-мышечные, 9 – сердечно-сосудистые, 10 – легочные, 11 – желудочно-кишечные, 12 – урогенитальные, 13 – вегетативные, 14 – суебливое поведение.

Корреляционные связи обнаружены в отношении следующих симптомов тревоги: тревога и вегетативные проявления ($r=0,36$), напряжение и суетливое поведение ($r=0,39$), сердечно-сосудистые и легочные проявления соматической тревоги ($r=0,31$). Урогенитальные симптомы соматической тревоги имели корреляционную взаимосвязь с вегетативными проявлениями ($r=0,43$) и суетливым поведением ($r=0,36$), в то время как симптомы вегетативной тревоги оказались связаны между собой ($r=0,27$).

Изучение корреляционных взаимосвязей симптомов тревоги у беременных с невротическими расстройствами также выявило статистически достоверно значимые корреляции (табл. 20).

Таблица 20 – Распределение корреляционных связей симптомов тревоги при невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,00	-0,03	-0,02	0,12	0,33	-0,12	0,17	-0,07	0,10	0,16	-0,12	-0,14	0,005	0,16
2	-0,03	1,00	-0,14	-0,07	-0,04	0,02	-0,11	0,09	-0,15	-0,22	-0,23	-0,27	-0,24	-0,13
3	-0,02	-0,14	1,00	0,10	0,13	0,07	0,24	0,27	0,43	0,38	-0,10	0,22	0,07	0,19
4	0,12	-0,07	0,10	1,00	-0,08	0,14	0,14	-0,05	0,15	0,24	-0,05	0,009	0,12	0,15
5	0,33	-0,04	0,13	-0,08	1,00	0,05	-0,28	-0,17	-0,03	-0,20	0,46	0,10	-0,22	-0,08
6	-0,12	0,02	0,07	0,14	0,05	1,00	-0,09	0,15	-0,18	-0,15	-0,009	-0,25	0,02	-0,20
7	0,17	-0,11	0,24	0,14	-0,28	-0,09	1,00	0,27	0,60	0,46	-0,14	0,22	0,39	0,37
8	-0,07	0,09	0,27	-0,05	-0,17	0,15	0,27	1,00	0,40	0,14	-0,30	-0,23	-0,09	0,30
9	0,10	-0,15	0,43	0,15	-0,03	-0,19	0,60	0,40	1,00	0,56	-0,12	0,10	0,15	0,47
10	0,16	-0,22	0,38	0,24	-0,20	-0,15	0,46	0,14	0,56	1,00	-0,29	0,39	0,12	0,24
11	-0,12	-0,23	-0,10	-0,05	0,46	-0,009	-0,14	-0,30	-0,12	-0,29	1,00	0,03	0,18	0,14
12	-0,14	-0,27	0,22	0,009	0,10	-0,25	0,22	-0,23	0,10	0,39	0,03	1,00	0,03	0,34
13	0,005	-0,24	0,07	0,12	-0,22	0,02	0,39	-0,09	0,15	0,12	0,18	0,03	1,00	0,004
14	0,16	-0,13	0,19	0,15	-0,08	-0,20	0,37	0,30	0,47	0,24	0,14	0,34	0,004	1,00

Примечание. 1 – Тревога, 2 – напряжение, 3 – страхи, 4 – снижение работоспособности, 5 – бессонница, 6 – депрессия, 7 – общесоматические, 8 – костно-мышечные, 9 – сердечно-сосудистые, 10 – легочные, 11 – желудочно-кишечные, 12 – урогенитальные, 13 – вегетативные, 14 – суетливое поведение.

Определены корреляционные взаимоотношения симптомов тревоги при невротических расстройствах у беременных: тревоги с бессонницей ($r=0,33$), страхов с сердечно-сосудистыми и легочными проявлениями тревоги ($r=0,43$ и $r=0,38$), бессонницы с желудочно-кишечными симптомами ($r=0,46$). Соматические проявления тревоги имеют многочисленные корреляционные взаимосвязи: общесоматические симптомы связаны с сердечно-сосудистыми ($r=0,60$), легочными ($r=0,46$), вегетативными ($r=0,39$) проявлениями и суевливым поведением ($r=0,37$); костно-мышечные – с сердечно-сосудистыми проявлениями ($r=0,40$) и отрицательно взаимосвязаны с желудочно-кишечными симптомами ($r=-0,30$). Урогенитальные симптомы коррелируют с легочными симптомами ($r=0,39$) и суевливым поведением ($r=0,34$).

Оценка общего уровня тревоги у женщин с различной акушерской патологией показала, что соотношение между невротическими расстройствами и преневротическими состояниями сохраняется, в то время как между группами беременных с различной акушерской патологией различий не обнаружено. Та же тенденция прослеживается при анализе психической и соматической тревоги. Уровень вегетативной тревоги при гестозах оказался с достоверной значимостью выше ($2,54 \pm 0,2$ балла) по сравнению с показателями беременных при патологии плаценты ($1,36 \pm 0,32$ балла; $p \leq 0,05$) (табл. 21).

Таблица 21 – Распределение симптомов общего уровня тревоги при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

Симптомы общего уровня тревоги	Патология беременности					
	Угроза невынашивания беременности		Многоводие и патология плаценты		Преэклампсия	
	Преневротические состояния	Невротические расстройства	Преневротические состояния	Невротические расстройства	Преневротические состояния	Невротические расстройства
Психические	$5,12 \pm 0,81$	$8,19 \pm 0,87$	$5,04 \pm 0,52$	$8,4 \pm 0,82$	$4,74 \pm 0,44$	$10,34 \pm 0,75$
Соматические	$1,36 \pm 0,62$	$4,19 \pm 0,85$	$1,96 \pm 0,53$	$4,1 \pm 0,87$	$1,6 \pm 0,47$	$6,43 \pm 1,23$
Вегетативные	$0,45 \pm 0,23$	$1,71 \pm 0,37$	$0,64 \pm 0,18$	$1,36 \pm 0,32^*$	$0,77 \pm 0,18$	$2,54 \pm 0,2^*$
Общие	$6,93 \pm 1,66$	$14,09 \pm 2,09^*$	$7,64 \pm 1,23$	$13,86 \pm 1,31^*$	$7,11 \pm 1,09$	$19,31 \pm 1,19^*$

При различной акушерской патологии у женщин с преневротическими состояниями ведущими компонентами в психической тревоге являются симптомы: «тревожное настроение», «напряжение», «страх». При угрозе невынашивания беременности наиболее высокое значение имеет симптом «тревожное настроение» ($1,53 \pm 0,14$ балла), при патологии плаценты – «напряжение» ($1,52 \pm 0,10$ балла), при гестозах – «страх» ($1,25 \pm 0,08$ балла). Следующий комплекс симптомов психической тревоги («бессонница», «снижение интеллекта», «депрессия») был наиболее выражен при гестозах, в меньшей степени проявлялся при невынашивании беременности (табл. 22).

Таблица 22 – Распределение симптомов тревоги при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

Симптомы тревоги	Патология беременности					
	Угроза невынашивания беременности		Многоводие и патология плаценты		Гестозы	
	Преневротические состояния (n=13)	Невротические расстройства (n=14)	Преневротические состояния (n=25)	Невротические расстройства (n=16)	Преневротические состояния (n=27)	Невротические расстройства (n=11)
Тревожное настроение	1,53±0,14	1,92±0,07	1,44±0,10	1,93±0,06	1,22±0,08	1,00±0,00
Напряжение	1,15±0,10	1,71±0,24	1,52±0,10	0,93±0,21	1,03±0,03	1,81±0,12
Страх	1,30±0,13	0,78±0,11	1,32±0,09	1,75±0,14	1,25±0,08	1,36±0,15
Бессонница	0,38±0,18	1,71±0,12	0,44±0,10	1,12±0,08	0,51±0,09	1,36±0,15
Снижение интеллекта	0,53±0,14	0,50±0,20	0,24±0,08	0,56±0,22	0,55±0,09	1,27±0,19
Депрессивное настроение	0,23±0,12	1,57±0,13	0,08±0,05	1,75±0,11	0,18±0,07	1,54±0,15
Общесоматические	0,00±0,00	0,71±0,19	0,20±0,08	0,87±0,20	0,33±0,09	1,45±0,34
Костно-мышечные	0,30±0,13	0,42±0,13	0,52±0,10	0,50±0,12	0,48±0,09	2,27±0,19
Кардиоваскулярные	0,38±0,14	1,21±0,15	0,32±0,09	1,12±0,17	0,18±0,07	2,36±0,20
Респираторные	0,23±0,12	0,64±0,13	0,24±0,08	0,43±0,15	0,22±0,08	1,36±0,20
Гастроинтестинальные	0,30±0,13	0,71±0,12	0,36±0,09	0,68±0,11	0,14±0,06	0,36±0,15

Урогенитальные	0,15± 0,10	0,50± 0,13	0,32± 0,09	0,50± 0,12	0,25± 0,08	0,63± 0,15
Нейро- вегетативные	0,15± 0,10	1,00± 0,18	0,36± 0,09	0,93± 0,17	0,44± 0,09	1,00± 0,00
Суебливость	0,30± 0,13	0,71± 0,19	0,28± 0,09	0,43± 0,15	0,33± 0,09	1,54± 0,20

Соматические симптомы тревоги у беременных с невротическими расстройствами имели более высокую выраженность при гестозах, в меньшей мере соматическая тревога наблюдалась при невынашивании беременности. Наибольшие значения имели костно-мышечные симптомы при гестозах ($0,48 \pm 0,09$ балла) и патологии плаценты ($0,52 \pm 0,10$ балла), а сердечно-сосудистые проявления тревоги – при патологии плаценты ($0,38 \pm 0,14$ балла). Вегетативные симптомы тревоги были наиболее выражены при гестозах (нейровегетативные проявления – $0,44 \pm 0,09$ балла), менее – при патологии плаценты (нейровегетативные проявления – $0,36 \pm 0,09$ балла), самые низкие показатели зафиксированы при невынашивании беременности ($0,15 \pm 0,10$ балла).

При невротических расстройствах среди симптомов тревоги были наиболее выражены «тревожное настроение» при невынашивании беременности ($1,92 \pm 0,07$ балла) и при патологии плаценты ($1,93 \pm 0,06$ балла), «напряжение» – при гестозах ($1,81 \pm 0,12$ балла). Среди соматических симптомов преобладают кардиоваскулярные симптомы во всех исследуемых группах. Вегетативная тревога была наиболее выражена при гестозах (суебное поведение – $1,54 \pm 0,20$ балла), в меньшей степени проявлялась при невынашивании беременности и патологии плаценты (нейровегетативные симптомы – $1,00 \pm 0,18$ и $0,93 \pm 0,17$ балла).

Таким образом, уровень тревоги значительно выше у женщин с патологией беременности и проблемами психического здоровья по сравнению со здоровыми беременными и беременными с акушерскими проблемами и психопатологическими расстройствами.

Статистически значимо различаются показатели тревоги у пациенток с невротическими расстройствами и психодезадаптационными проявлениями.

ми. Наибольшие показатели тревоги при преневротических состояниях выявлены у беременных с дистимическим и соматовегетативным вариантами ПДАС. Наибольший вклад в общую тревогу вносила психическая тревога за счет симптомов «тревожное настроение», «напряжение», «страх».

Среди беременных с невротическими расстройствами наиболее высокие показатели имели пациентки с ПТСР, а низкие данные были характерны для беременных с расстройствами адаптации. Тревога нарастала как за счет усиления психической тревоги (проявлявшейся симптомами бессонницы, снижения работоспособности, депрессивного настроения) и присоединения симптомов соматической тревоги. Корреляционные взаимосвязи симптомов тревоги при невротических расстройствах значительно выше, нежели при ПДАС, наибольшее число корреляционных связей имеют симптомы соматической тревоги. Уровень тревоги, если его рассматривать в связи с акушерской патологией, был примерно одинаковым во всех группах и имел статически значимые отличия лишь при сопоставлении невротических расстройств и преневротических состояний.

4.3. Психологические защиты при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

При изучении психологических защит обнаружены отличия по психологической защите «вытеснение» между беременными с невротическими расстройствами и контрольными группами (здоровые, беременные с акушерской патологией, но без психических расстройств и сумма данных указанных выше групп) (табл. 23). Статистическая достоверность определялась на уровне $p \leq 0,05$, та же степень достоверности выявлялась при сравнении контрольных групп с группой беременных с преневротическими состояниями. Показатели психологической защиты «вытеснение» между преневротическими состояниями и невротическими расстройствами не отличались. Психологическая защита «интеллектуализация» была выше у беременных с

неврозами по сравнению со здоровыми ($p \leq 0,001$), беременные с донозологическими состояниями в меньшей степени отличались от здоровых женщин ($p \leq 0,05$). Отличий с группой «акушерская патология и психическое здоровье» у пациенток с невротическими расстройствами и ПДАС не выявлено. Данные «интеллектуализации» были выше у больных с неврозами по сравнению с общей контрольной группой ($p \leq 0,01$), более высокие показатели беременных с преневротическими состояниями не имели статистической значимости.

Таблица 23 – Распределение психологических защит у женщин с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами, здоровых, с акушерской патологией без психопатологической симптоматики и в контрольной группе

Механизм психологической защиты	Невротические расстройства (n=43)	Преневротические состояния (n=68)	Здоровые беременные (n=13)	Беременные с акушерской патологией без ПР (n=25)	Контрольная группа (n=38)
Вытеснение	66,06± 0,55*	65,62± 0,45*	56,38± 2,14*	56,32± 1,59*	56,34± 1,26*
Интеллектуализация	60,46± 0,89*	62,42± 0,80*	65,65± 1,08***	63,44± 1,12	64,24± 0,85*
Замещение	58,81± 1,14*	58,55± 0,79*	55,23± 1,66*	60,76± 1,42	58,86± 1,86
Регрессия	60,48± 1,40*	62,33± 1,16	56,00± 1,42*	57,24± 1,85	56,81± 1,30
Компенсация	67,67± 0,91	66,36± 0,95	57,46± 2,61	58,76± 1,57	58,31± 1,35
Отрицание	59,04± 1,22	60,07± 0,92	58,46± 1,73	62,52± 1,38	61,13± 1,11
Проекция	57,32± 1,13	56,33± 0,94	56,00± 2,23	58,00± 1,57	57,31± 1,27
Реактивное образование	65,27± 1,26	63,76± 1,14	48,61± 1,29	55,64± 1,43	53,23± 1,16

Исследование психологической защиты «замещение» определило более высокий уровень данной защиты при невротической патологии и донозологических состояниях при сопоставлении с данными здоровых беременных ($p \leq 0,05$). Сопоставление с другими контрольными группами не имело статистически значимой достоверности.

Более высокие показатели психологической защиты «регрессия» у беременных с преневротическими состояниями по отношению к беременным

с невротическими расстройствами определялись лишь на уровне тенденции. По сравнению со здоровыми беременными данные по «регрессии» были выше у беременных с невротическими расстройствами ($p \leq 0,05$) и преневротическими состояниями ($p \leq 0,01$). Сравнение с контрольными группами беременных с акушерской патологией, но без психопатологии и общей контрольной группой показало недостоверно значимую разницу с невротическими расстройствами и статистически значимые отличия между группой беременных с ПДАС и здоровыми с акушерскими проблемами ($p \leq 0,01$).

Показатели психологической защиты «компенсация» у беременных с психопатологической симптоматикой (невротические расстройства и ПДАС) значительно выше, нежели чем во всех контрольных группах ($p \leq 0,01$).

Количественные показатели психологических защит «отрицание» и «проекция» имели практически одинаковые значения у беременных всех обследуемых групп.

Показатели психологической защиты «реактивное образование» у пациенток с невротическими расстройствами и беременных с преневротическими состояниями с достоверным уровнем значимости превышали таковые показатели трех контрольных групп ($p \leq 0,001$).

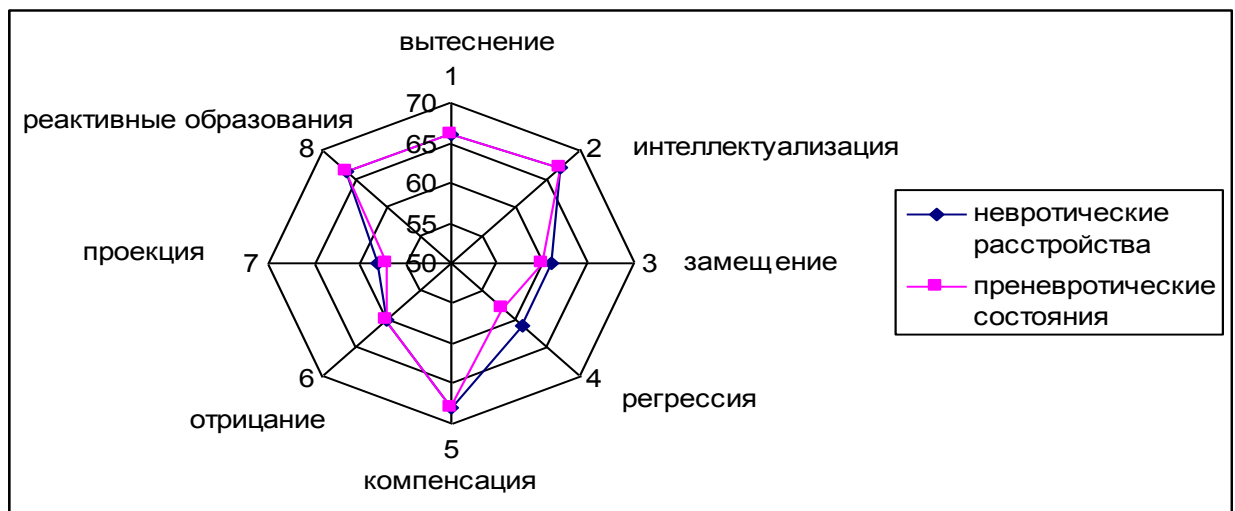
Исследование психологических защит у пациенток с различной патологией беременности показало, что независимо от акушерской патологии не выявлено значимых различий между показателями беременных с невротическими расстройствами и преневротическими состояниями (рис. 9).

Так, при невынашивании беременности (рис. 9А) при невротических расстройствах выявляется незначительное усиление архаичных защит по типам: «замещение», «проекция», «регрессия». Зрелые защиты, такие как «компенсация» и «интеллектуализация», имели высокие значения и равнозначные показатели в обеих группах.

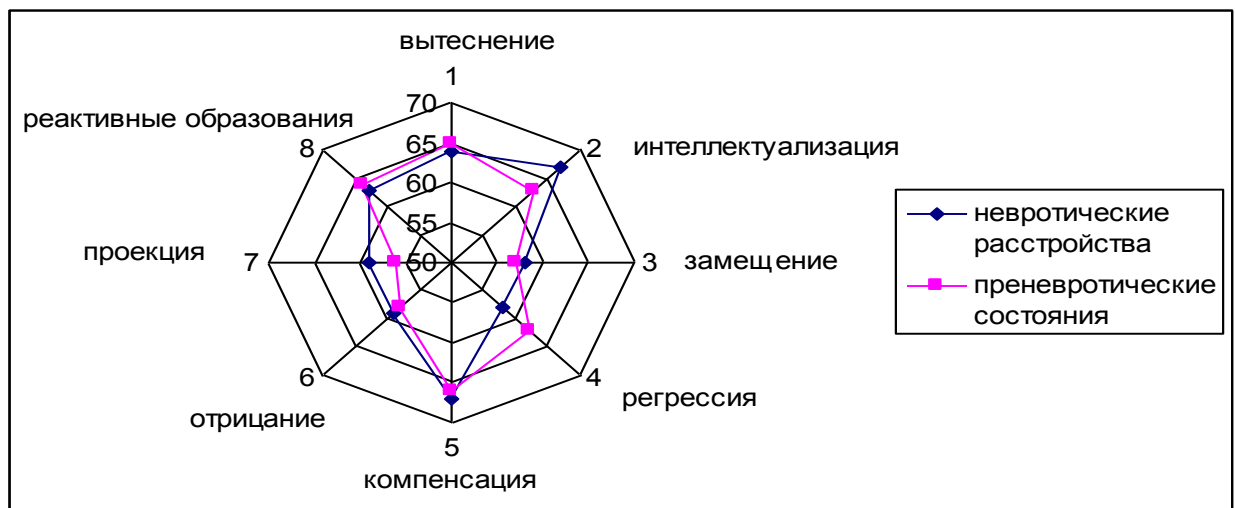
Психологические защиты у беременных при многоводии и патологии плаценты имели почти такой же профиль, как и у женщин при невынашивании беременности (рис. 9В). Для женщин с невротическими расстройствами

наиболее характерно повышение механизмов зрелой психологической защиты («интеллектуализация») и архаической защиты «проекция», в то время как МПЗ «регрессия» оказался заметно снижен по сравнению с беременными с преневротическими состояниями.

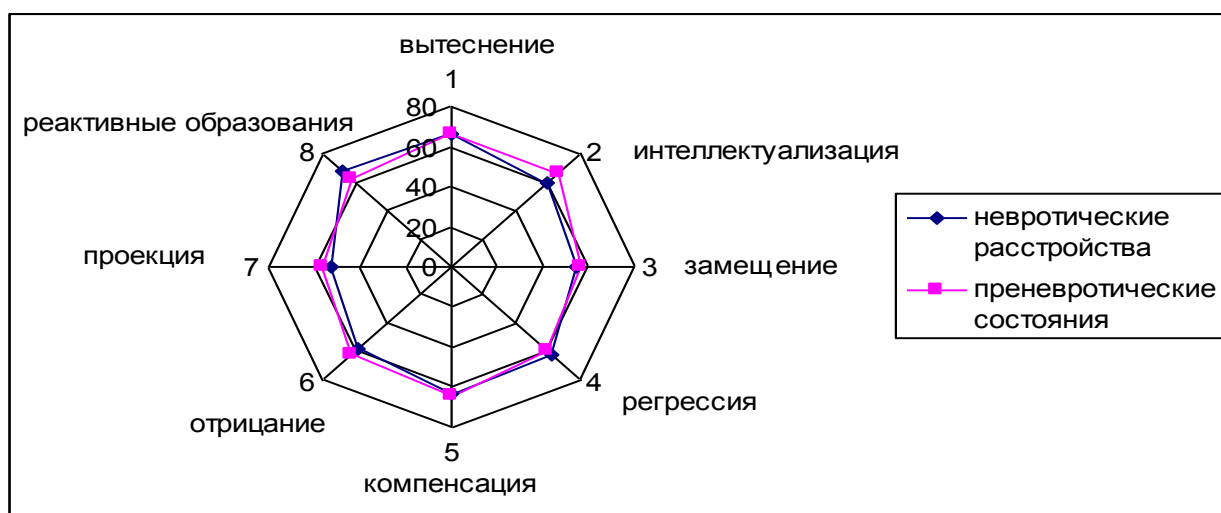
При сопоставлении психологических защит у беременных с гестозами (рис. 9С) выявлено незначительное снижение «интеллектуализации» и повышение «реактивных образований» в случае, если психический статус обследованных характеризовался невротическими расстройствами.



А. Психологические защиты у женщин с невынашиванием беременности



В. Психологические защиты у беременных при многоводии и патологии плаценты



С. Психологические защиты у беременных при гестозах

Рисунок 9 – Распределение психологических защит у беременных с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами и акушерской патологией

4.4. Стратегии совладания со стрессом при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с различной патологией беременности

При выполнении данного раздела работы применялась методика исследования копинг-поведения (механизмов совладания), разработанная Е. Heim на основе изучения психологического стресса L. Murphy и R. Lazarus. С её помощью определялись способы преодоления трудностей в трех сферах копинг-поведения: поведенческой, когнитивной, эмоциональной. Виды стратегий совладания распределялись по основным уровням: адаптивные, относительно адаптивные, неадаптивные. Испытуемые ранжировали предложенные варианты действий, мыслей, чувств по частоте их использования в стрессовых ситуациях. При обработке результатов особый интерес представляли три первых выбора, которые обозначались как предпочитаемые стратегии совладания, и три последних выбора – как отвергаемые стратегии.

Сопоставление стратегий совладания со стрессом показывает, что у здоровых лиц снижена когнитивная стратегия по сравнению с поведенческой и эмоциональной стратегиями (табл. 24).

Таблица 24 – Распределение копинг-стратегий у женщин с преневротическими состояниями, невротическими расстройствами, здоровых, с акушерской патологией без психопатологической симптоматики и в контрольной группе

Копинг-стратегия	Акушерская патология						Контрольная группа	
	Угроза невынашивания беременности		Многоводие и патология плаценты		Преэклампсия			
	Преневротические состояния	Невротические расстройства	Преневротические состояния	Невротические расстройства	Преневротические состояния	Невротические расстройства	Акушерская патология	Здоровые
Эмоциональная	30,35± 2,04	29,2± 1,63	35,39± 2,67	23,96± 1,39	32,37± 1.39	18, 75± 2,04	45,56± 2,3	44,79± 2,11
Когнитивная	38,27± 1,95	26,36± 1,35	39,77± 1,75	33,1± 1,68	38,81± 1,2	25,83± 1,96	39,51± 2,13	40,62± 1,88
Поведенческая	39,75± 2,11	27,53± 2,14	45,95± 2,03	27,05± 1,64	37,1± 1,29	18,57± 1,55	42,32± 2,23	45,22± 1,74

Аналогичная тенденция выявляется у беременных без психических расстройств, но с акушерской патологией. В то же время только в этой группе при сопоставлении показателей эмоциональной и когнитивной стратегий наблюдается статистически значимая достоверность ($p \leq 0,05$).

При сопоставлении данных контрольных групп у женщин с проблемами психического здоровья выявлены значительные отличия по всем копинг-стратегиям. При преневротических расстройствах все стратегии совладания со стрессом снижают эффективность своего воздействия ($p \leq 0,05$), наиболее четко это проявляется в эмоциональной сфере. При невротических расстройствах достоверная значимость различий возрастает ($p \leq 0,01$): наиболее низкие показатели получены при исследовании когнитивной стратегии при угрозе невынашивания беременности, эмоциональной стратегии при патологии плаценты и эмоциональной и поведенческой стратегий при преэклампсии.

Таким образом, изменение копинг-стратегий является существенным фактором в системе «адаптация – дезадаптация» у женщин с акушерской патологией беременности. Существенное отличие адаптивных поведенческих стилей и адаптивных эмоциональных стратегий от показателей здоровых беременных женщин показывает значительный вклад в патогенез заболевания

психологических составляющих. У беременных с невротическими расстройствами повышается спектр неадаптивных стилей копинг-реагирования. Пассивные стратегии являются когнитивно-поведенческими переменными и влияют на прогноз заболевания. Активные проблемно-ориентированные действия в условиях стресса, в том числе в ситуации болезни, обеспечивают высокий уровень адаптации и положительную динамику заболевания. Учитывая сложность применения лекарственных средств в данной группе пациенток, приведенные данные будут являться одним из общих ориентиров психотерапии в системе лечения и реабилитации.

Анализ психологических характеристик беременных с различной акушерской патологией показал, что субъективная оценка суммарного качества жизни у женщин с преневротическими состояниями была достоверно выше, чем при невротических расстройствах, наиболее низкий уровень качества жизни зарегистрирован у женщин с преэклампсией. При невротических расстройствах наиболее низкие показатели качества жизни обнаружены у женщин с ПТСР, соматоформными расстройствами и неврастенией. При исследовании уровня тревоги выявлено нарастание симптомов психической тревоги по сравнению с контрольными группами и беременными с ПДАС. При преэклампсии наблюдались наиболее высокие показатели тревоги с выраженными проявлениями соматической тревоги, при угрозе невынашивания беременности и патологии усиливались нейровегетативные симптомы. У беременных с невротическими расстройствами и преневротическими состояниями наблюдалось снижение зрелых психологических защит («интеллектуализация») и отмечено наиболее частое обращение к использованию незрелых защит («вытеснение», «реактивное образование»). Различия в группах беременных с различной акушерской патологией выявлены только на уровне тенденции. Копинг-стратегии у беременных с преневротическими состояниями соответствовали значениям, полученным у женщин без патологии психического здоровья. При невынашивании беременности наблюдалось снижение эмоциональных, когнитивных и поведенческих копинг-стратегий, при мно-

говодии и патологии плаценты – эмоциональных. При преэклампсии выявлялись самые низкие показатели по эмоциональным и поведенческим стилям.

Следовательно, психологические характеристики имели более низкие показатели при невротических расстройствах, нежели при донозологических состояниях. У беременных с преэклампсией выявлялись негативно выраженные психологические показатели, но статистически достоверно значимым был низкий уровень тревоги по сравнению с другими группами.

Глава 5

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЕЁ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Изучение клинической динамики нарушений в системе психической адаптации и развития невротического синдрома, личностных особенностей пациентов, выделения критериев ранней диагностики, разработки принципов реабилитации дает четкое представление о том, что происходит с беременными в течение всей беременности. Более важна клинико-динамическая оценка психических состояний на фоне предложенных комплексных психореабилитационных программ [Семке В.Я., 2012; Куприянова И.Е. и др., 2016].

Исследование психического статуса женщин с различной патологией беременности и последующее проведение реабилитационных программ позволило проследить динамику психотерапевтического процесса в различные триместры беременности. Таким образом, мы оптимизировали не только психоэмоциональное состояние самих беременных, но и физически подгото-

вили их к благополучному родоразрешению. Динамика преневротических состояний и невротических расстройств показывает, что тяжесть акушерской патологии способствует усилению психопатологических проявлений. В частности психодезадаптивное состояние течёт всю беременность, отнимая у беременных физические и эмоциональные силы, а невротические расстройства имеют определённую длительность.

Комплексный анализ клинических и психологических характеристик беременных с различным уровнем психического здоровья показал единство показателей при доназальных состояниях и различия клинических и психологических данных, если у беременных женщин формируются невротические расстройства (табл. 25).

Таблица 25 – Распределение клинических и психологических характеристик при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с акушерской патологией

Характеристика	Акушерская патология		
	Угроза невынашивания	Многоводие и патология плаценты	Преэклампсия
Преневротические состояния			
Клинические проявления	Преобладание физической астении	Преобладание физической астении	Преобладание физической астении
Показатели качества жизни	47,38±1,12**	46,64±0,81**	43,06±0,77**
Психологические защиты	Усиление замещения, проекции, регрессии	Рост механизмов компенсации и интеллектуализации	Повышение реактивных образований, снижение интеллектуализации
Показатели копинг-стратегий	39,75±2,11**	45,95±2,01**	37,1±1,29**
Показатели тревоги	6,93±1,66	7,64±1,23	7,11±1,09
Невротические расстройства			
Клинические проявления	Преобладание реакции на тяжёлый стресс и нарушение адаптации	Преобладание фобических тревожных расстройств	Преобладание фобических тревожных расстройств, реакции на тяжёлый стресс, нарушение адаптации
Показатели качества жизни	42,85±1,09	41,96±1,08	41,63±1,43
Психологические защиты	Усиление замещения, проекции, регрессии	Рост механизмов компенсации и интеллектуализации	Повышение реактивных образований, снижение интеллектуализации
Показатели	27,53±2,14**	27,05±1,64**	18,57±1,55**

копинг-стратегий			
Показатели тревоги	14,09±2,09*	13,86±1,31*	19,31±1,19*

При анализе ПДАС выявляется, что во всех случаях акушерской патологии беременности преобладала физическая астения. Уровень качества жизни был более высоким при невынашивании беременности, более низкие показатели выявлены при преэклампсии, но без статистически значимой достоверности. Тревога характеризовалась наиболее высокими показателями при многоводии и патологии плаценты, средними были показатели при преэклампсии, наиболее низкие показатели выявлены при угрозе невынашивания беременности, однако все эти изменения констатировались лишь на уровне тенденции.

При исследовании копинг-стратегий низкие показатели были получены при невынашивании беременности и преэклампсии, наиболее высокими оказались показатели при многоводии и патологии плаценты. Наблюдалось усиление архаических психологических защит при угрозе невынашивания беременности, при преэклампсии выявлено повышение реактивных образований, снижение интеллектуализации. Это говорит о том, что возрастали архаические защиты и снижались зрелые защиты. При многоводии и патологии плаценты повышались зрелые защиты: компенсация и интеллектуализация.

При анализе нозологической структуры невротических расстройств при угрозе невынашивания беременности в клинической картине преобладали реакции на тяжёлый стресс и нарушение адаптации, при многоводии и патологии плаценты доминировали фобические и тревожные расстройства, при преэклампсии формировались психопатологические проявления с фобическими, тревожными расстройствами и реакцией на тяжёлый стресс и нарушение адаптации. Качество жизни характеризовалось более высокими показателями у женщин с угрозой невынашивания беременности. Вместе с тем следует сказать, что количественные значения были практически равнозначны таковым значениям при всех патологиях беременности. Психологические

защиты фактически отражали ту же клиническую картину, которую мы наблюдали при ПДАС. Показатели копинг-стратегий при невротических расстройствах были значительно ниже таковых по сравнению с ПДАС. У беременных с угрозой невынашивания и многоводием плаценты имеют место практически равнозначные показатели, в то время как статистически достоверные различия показателей копинг-стратегий наблюдались только у беременных с преэклампсией. Тревога при преэклампсии имела значительно более высокие показатели, чем при угрозе невынашивания и многоводии плаценты.

Динамические показатели психического здоровья и психологических данных были рассмотрены в различные триместры беременности у женщин с акушерской патологией (табл. 26).

Таблица 26 – Распределение кинических и психологических характеристик психического здоровья при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с акушерской патологией

Триместр беременности	Акушерская патология		
	Угроза невынашивания	Многоводие и патология плаценты	Преэклампсия
Преневротические состояния			
II триместр	Психопатологические проявления могут распространяться на всю беременность, отнимая у беременных физические и эмоциональные силы	Психопатологические проявления ПДАС исчезают, то есть психическое состояние приходит к норме. Но у некоторых беременных вариант ПДАС переходит в невротическое состояние	Даже незначительные проявления ПДАС действуют на протяжении всего периода беременности
III триместр	Психопатологические проявления ПДАС выравниваются	Наблюдается плавное клиническое течение, то есть психопатологические проявления исчезают к III триместру и имеют тенденцию к затяжному течению	Как правило, очень часто к III триместру психопатологические проявления переходят в состояние невротических расстройств
Невротические расстройства			
II триместр	Психическое состояние беременных улучшается	Невротические расстройства максимально выражены во II триместре	Невротические расстройства при данной акушерской патологии приобретают затяжной характер

III триместр	Невротические проявления либо исчезают, и тогда психическое состояние приходит к нормативному, либо же выходит на уровень ПДАС	В большинстве случаев невротические расстройства приходят к значениям нормы либо нивелируются до уровня ПДАС	Невротические расстройства либо переходят в ПДАС, либо наблюдается незначительное улучшение
--------------	--	--	---

Если у беременных с преневротическими состояниями на ранних этапах беременности (т.е. в I и II триместрах) ещё отмечалась психическая и физическая астения, так же как и соматовегетативный и дистимический варианты, то в III триместре преневротические состояния утрачивали свою нозологическую специфичность.

Во II триместре присутствуют признаки всех форм ПДАС: астения психическая и физическая, соматовегетативные и дистимические проявления. Данная преневротическая симптоматика с ростом срока беременности приближается к клинической картине невроза с формированием пограничного состояния, когда сложно отличить ПДАС от невроза. В данном случае мы не ставили диагноз невротического состояния, так как признаки появлялись только к III триместру беременности. Такое клиническое течение проходило в рамках ПДАС в связи с тем, что после ухудшения состояния (приближение к пограничному) во II триместре наблюдались периоды улучшения.

При угрозе невынашивания беременности психопатологические проявления купируются к III триместру. Женщины с таким диагнозом встают на учёт в женской консультации в ранние сроки, как правило, в I триместре. Более значимым для них является II триместр, когда наблюдались проявления всех психопатологических феноменов. Но в III триместре психопатологическая симптоматика при ПДАС нивелируется, невротические расстройства либо исчезают, и тогда психическое состояние приходит к норме, либо же выходит на уровень ПДАС. Динамика в данной группе беременных характеризуется как прогрессивно-позитивная. Следует отметить, что несмотря на

улучшение акушерского состояния при угрозе невынашивания, психотерапия значительно улучшает психическое состояние, тем самым способствуя более прогностически лёгкому течению родов и родоразрешению.

Многоводие и патология плаценты, как правило, констатируются во время II триместра, для женщин этот диагноз является выраженной психотравмой. Если женщины с невынашиванием беременности имеют достаточный уровень информации о своей акушерской патологии и психологически подготовлены к возможным последствиям, то диагноз многоводия для беременных является неожиданностью. И сам факт постановки акушерского диагноза является мощным психогенным стрессором. При динамическом процессе наблюдается плавное клиническое течение, то есть психопатологические проявления исчезают достаточно медленно к III триместру и имеют тенденцию к затяжному течению.

У части женщин психопатологические проявления донозологических форм к III триместру исчезают, т.е. психическое состояние приходит к норме. Вместе с тем у другой части беременных переходят в невротическое состояние. Как правило, это женщины, которые имели определённый невротический уровень реагирования еще до беременности или у них присутствовал инфантилизм, что изначально снижало степень ответа на психотерапевтические тактики. Невротические состояния при многоводии и патологии плаценты в большинстве случаев либо приходят к норме, либо к уровню ПДАС.

Наиболее трудно психолого-психотерапевтическое воздействие было проводить в группе пациенток с преэклампсией. В первую очередь необходимо было помочь пациентке понять, что психологические проблемы при преэклампсии уходят гораздо глубже, а именно в детско-родительские отношения с матерью. И это не только неприятие матери как таковой, это ещё и отторжение роли матери в отношении самой себя. В данной группе даже незначительные проявления ПДАС действовали на протяжении всего периода беременности. Как правило, очень часто к III триместру они переходят в невротические расстройства. То есть психопатологическая симптоматика

имеет кумулятивный эффект, со временем накапливаясь и структурно усложняясь. Невротические расстройства при данной акушерской патологии либо принимают затяжной характер, либо переходят в ПДАС, либо наблюдается просто незначительное улучшение. То есть женщины данной группы нуждаются в длительном психолого-психотерапевтическом сопровождении, мониторинге, наблюдении в течение II и III триместров. В данном случае речь идёт не о психотерапевтических занятиях в общегрупповом формате, как для женщин с угрозой невынашивания и многоводием, а о дифференцированном индивидуальном психотерапевтическом сопровождении в течение всего срока беременности.

Несмотря на то что во всех группах беременных с акушерской патологией клинически преневротическое состояние проявлялось минимальной психопатологической симптоматикой, этой группе пациенток с ПДАС уделялось достаточное внимание, что способствовало предотвращению развития неврозов. Психотерапевтические мероприятия были направлены на осознание беременными протекающих подсознательных процессов и психокоррекцию особенностей индивидуально-личностного профиля, которые могли способствовать развитию патологии беременности.

Обобщая динамику психотерапевтического процесса, следует отметить, что чаще всего обострение психопатологической симптоматики было характерно для женщин с дистимическим и соматовегетативным вариантами ПДАС, причем вне зависимости от вида акушерской патологии. Данные беременные были фиксированы на своих внутренних ощущениях и трудно поддавались методу разубеждения.

Если в I-II триместрах больший акцент был сделан на работу с группами беременных с угрозой невынашивания, многоводием и патологией плаценты, то в III триместре основное внимание было обращено на пациенток с преэклампсией, многоводием и патологией плаценты. Причём снижение тревожности к III триместру отмечалось у пациенток с угрозой невынашивания, а повышение тревожности – у пациенток с преэклампсией. При много-

водии и патологии плаценты уровень тревоги в триместрах в основном не изменялся, а снижался только ближе к родам: на 37–38-й неделе. Следует отметить важность мониторинга – постоянного наблюдения за женщинами с частотой 1 раз в неделю, а также наличие подкрепляющей терапии, что также входило в реабилитационные программы.

Критериями эффективности проводимых психопрофилактических программ у беременных с патологией беременности явилось исчезновение в психическом состоянии отдельных симптомов, нормализация частично нарушенной адаптации и принятие своего изменённого состояния.

Улучшение клинической симптоматики отчетливо продемонстрировано динамическим изменением психологических показателей. При повторном исследовании (по окончании II этапа психореабилитационных мероприятий), направленного на оценку уровня соматического и психического здоровья, использовался опросник качества жизни, предложенный И.А. Гундаровым («Роза качества жизни», 1994), и шкала тревоги Гамильтона.

У беременных с ранними формами невротических расстройств значительно изменились клинические проявления: снижался уровень тревоги, выравнивался фон настроения, редуцировалась астеническая симптоматика, улучшалась способность концентрации внимания, повышались работоспособность и социальная активность, улучшались внутрисемейные, сексуальные, межличностные и социальные отношения.

Таким образом, за время нахождения беременных в женской консультации на учете (от постановки на учет до родов) осуществлялся постоянный мониторинг за их психическим состоянием. За время клинического наблюдения улучшения в самочувствии были очевидны.

Иллюстрацией к данным исследованиям являются приведенные далее клинические примеры, в частности наблюдение 1.

Пациентка Е., 25 лет. Состоит на учете в женской консультации с 8–9 недель беременности. На прием к психотерапевту пришла в срок 12–13 недель, по собственной инициативе и направлению участкового гинеколога. В анамнезе медицинский аборт 6 лет назад на сроке 9–10 недель. Акушер-

ский диагноз: беременность вторая, 12–13 недель, роды первые. Угроза невынашивания беременности.

На первичном приеме предъявляла жалобы следующего характера: с начала течения беременности появилась внутренняя напряженность, беспокойство, беспричинное предчувствие возможных неприятностей. Отмечает частую раздражительность и обидчивость, направленные на мужа. Со слов пациентки, он стал более занятой и уделяет ей минимальное количество времени и внимания. Просмотр эмоционально трогательного фильма вызывает слезы. Любое необдуманное слово или незначительное замечание мужа в её адрес в ответ могло спровоцировать чувство обиды, слезливость. Часто настроение было нестабильным, могло меняться по несколько раз за день – от благодушного до раздражительно-придирчивого, в зависимости от отношения к мужу. Подавленное настроение сохранялось от нескольких часов до 1–2 суток.

Анамнез: родилась и выросла в Томске. Со слов пациентки, родители часто ссорились, когда они с сестрой были маленькими, но тем не менее быстро находили общий язык и примирялись. Ссоры сопровождались криками, руганью. Родилась в срок от второй беременности, неосложненной. Имеет старшую сестру. В раннем возрасте в психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. По характеру считает себя впечатлительной, тревожно-мнительной, излишне общительной. Вспоминает такой случай из детства: у неё была любимая игрушка, которую она очень оберегала и любила. Старшая сестра, когда была рассержена на неё, отбирала игрушку, бросала её на пол, что вызывало бурное психологическое реагирование со слезами, рыданиями навзрыд. Вспоминает об этом, как о кошмаре из детских воспоминаний, долго мучил страх, что не увидит больше любимую игрушку.

В школу пошла с 7 лет. Из преподававшихся предметов выделяла связанные с гуманитарной направленностью (литературу, историю). Училась хорошо, хотя всегда неуверенно чувствовала себя на уроках по математике и геометрии. По окончании школы поступила в колледж искусств по специальности актерского мастерства, училась с интересом. Во время учебы принимала участие в молодежных театральных постановках, в коллективных празднованиях.

Менструации с 13 лет, болезненные, сопровождались изменением настроения в предменструальный период. Интерес к противоположному полу с 15 лет. В 17 лет стала встречаться с парнем из колледжа старше неё на 1 год. Спустя 2 года забеременела, но близкий друг был не готов к такому известию, воспринял сообщение о будущем ребенке резко негативно, кричал, в последующем быстро разорвал с ней отношения. На фоне острого стресса прервала беременность на сроке 9–10 недель. Очень долго переживала разрыв, отмечала тревожное настроение и расстройство сна в течение 2–3 месяцев. Затем сосредоточилась на учебе. В возрасте 20 лет стала работать актрисой в театре. В 21 год на фоне повышенной психоэмоциональной нагрузки снизилось настроение, появились тревога и беспокойство. Выполнение даже обычных бытовых дел считала «чем-то сверхъестественным». Отмечала, что

в то время с удовольствием играла роли отрицательных персонажей. Год спустя познакомилась со своим будущим супругом. Настоящая беременность желанная. Но несмотря на замужество, никогда не покидал внутренний страх, что муж то же может разорвать с ней отношения, исходя из негативного прошлого опыта. На сроке 8–9 недель был поставлен акушерский диагноз: угроза прерывания беременности. После этого отмечает изменение состояния с погружением в эмоциональное переживание, схожее с состоянием из детства, когда её старшая сестра отбирала у неё самое дорогое, представлявшее особую ценность. Стала отмечать тянущие боли внизу живота, появляющиеся 2–3 раза в течение дня на фоне волнения, эмоционального перенапряжения. Во время очередного осмотра участкового гинеколога был диагностирован гипертонус матки. Появилось беспокойство по поводу течения беременности, особенно ночью. Нарушился сон. Обратилась за помощью на прием к психотерапевту.

Психический статус. Выглядит опрятной, ухоженной, моложе биологического возраста, следит за своим внешним видом. Волосы чистые, уложенные, ногти покрашены. На индивидуальных консультациях сидит зажатое, положив ногу на ногу. Мимика живая, выразительная. Особенно активно ведет себя на групповых занятиях, жестикулирует и нарочито громко говорит, стараясь привлечь внимание окружающих и ведущего. Не курит, алкоголь не употребляет. Просмотр эмоционально трогательного фильма или чтение сентиментальной книги вызывал слезы. Ответной реакцией на любое необдуманное слово или незначительное замечание является чувство обиды, слезливость, внутренний монолог с обидчиком. Частые смены эмоционального фона: от внешней гиперактивности, суетливости до дисфории, безынициативности, утраты интереса к прежним делам и самоограничений, откладывания решений на более поздний срок. Сниженный или тревожный фон настроения сохранялся от нескольких часов до 1–2 суток. Часто имели место признаки физической и психической астении. Отмечала гиперестезию на ранее малозначимые стрессовые воздействия, отношения с людьми. Часто имели место головная боль, бессонница, вегетативные проявления. Доминирующим в психопатологической симптоматики был дистимический синдром.

Неврологический статус: без особенностей, очаговой симптоматики не выявлено. В позе Ромберга устойчива, пальценосовую пробу выполняет. Зрачковые реакции живые. Дистальный гипергидроз. Черепно-мозговые нервы интактны. Патологических знаков не выявлено. Диагноз: вегетососудистая дистония.

Соматический статус: рост 168 см, несколько повышенного питания, гиперстенического телосложения. Кожные покровы чистые, тургор сохранен, видимых отеков нет. Видимые слизистые розовые, чистые. Грудная клетка правильной формы, в акте дыхания участвует симметрично. Дыхание везикулярное, частота 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/60 мм рт. ст. ЧСС 88 в минуту. Живот увеличен за счет беременной матки. Стул регулярный, устойчивый.

Мочеполовая система без особенностей, общий анализ мочи без отклонений от нормы. Количество принятой и выделенной жидкости в пределах нормы.

Исходя из предъявляемых жалоб, данных анамнеза жизни (частые ссоры родителей в детстве, детский страх из-за стресса возможной утраты любимой игрушки, повышенная психоэмоциональная нагрузка, сниженное артериальное давление, гипергидроз), анамнеза заболевания (реакция дистресса на эмоционально значимые события), соматического, неврологического и гинекологического анамнеза, психического статуса, у пациентки – ПДАС, дистимический вариант.

Далее приведены данные психологического обследования.

При первичном тестировании по опроснику КЖ по Гундарову выявлено: положение в обществе – 3, работа – 2, душевный покой – 2, семья – 3, дети – 3, здоровье – 1, условия в районе проживания – 2, жилищные условия – 2, материальный достаток – 2, питание – 2, сексуальная жизнь – 2, духовные потребности – 3, общение с друзьями – 2, развлечения – 1, отдых – 2. Большинство показателей свидетельствует об абсолютной неудовлетворенности по дефинициям.

Общее число баллов – 32. Физический вектор – 13 баллов, психологический – 10 баллов, социальный – 9 баллов.

Выявленные психологические защиты: замещение (83,31%), регрессия (71,62%), отрицание (35,66%), проекция (36,38%), вытеснение (31,93%), реактивное образование (19,0%), интеллектуализация (15,68%), компенсация (12,0%). Полученные данные свидетельствуют о преобладании примитивных психологических защит по сравнению с данными по группе. Выявленные адаптивные копинг-стратегии: эмоциональные (75%), когнитивные (0%), поведенческие (0%). Заключение: эмоциональный уровень реагирования, нет позитивных когнитивных и поведенческих стратегий.

При первичном тестировании по шкале Гамильтона: общий уровень тревоги составил 10 баллов: беспокойство и предчувствие неприятности (2 балла), внутренняя напряженность (3 балла), кардиоваскулярные симптомы (2 балла), нарушение дыхания (1 балл), суетливость, хождение по помещению взад и вперед (2 балла). Таким образом, психический уровень составил 5 баллов, соматический уровень – 3 балла, вегетативный уровень – 2 балла.

Диагноз: психодазадаптационный синдром с физической астенией.

Лечение комплексное: сочетание биологической (медикаментозной) терапии и психотерапии. Фармакотерапия начата до направления к психотерапевту – профилактика фетоплацентарной недостаточности, гипоксии плода, нормализация тонуса матки и сосудистого тонуса.

Особенностью психотерапевтической тактики ведения данного вида психопатологии у беременных являются мероприятия, направленные на смягчение и последующее устранение дистемии: общеукрепляющая психотерапия (гетероаутогенная тренировка с последующим обучением саморегуляции, обучение телесно-ориентированным навыкам самопомощи, формирование лечебно-охранительного режима).

Пациентке было дано задание из области поведенческой терапии (ведение дневника-самоотчета с последующим четким отслеживанием причин утомляемости). Проведена терапия с элементами психоанализа. После проведения 3 сеансов индивидуальной психотерапии отмечалось улучшение психоэмоционального состояния. Отмечает, что стала фиксировать список предстоящих дел на бумаге, чем стала снижать напряжение от угнетения из-за «несделанной работы». Улучшился сон, головные боли стали появляться с более редкой частотой. По результатам акушерского обследования и УЗИ матка в нормальном тонусе.

Пациентка переведена на групповую форму психотерапевтических занятий. После посещения 4 групповых коррекционных занятий состояние беременной стабилизировалось. Освоила элементы самопомощи, саморегуляции, регулярно пишет дневники-самоотчеты, посещает занятия в группе и индивидуально. На групповых занятиях поведение активное, постоянно интересуется новым материалом занятий.

Повторное обследование на сроке беременности 38 недель: жалоб не предъявляет, состояние соответствует сроку беременности. Регулярно занимается самогипнозом, использует навыки дыхательных техник, в результате чего снизились внутреннее напряжение и тревожность, тонус матки нормализовался.

Далее приведены результаты повторного (после психотерапевтической программы) экспериментально-психологического обследования.

Уровень КЖ по Гундарову: положение в обществе – 4, работа – 4, душевный покой – 4, семья – 4, дети – 4, здоровье – 4, условия в районе проживания – 3, жилищные условия – 3, материальный достаток – 3, питание – 3, сексуальная жизнь – 4, духовные потребности – 3, общение с друзьями – 3, развлечения – 3, отдых – 4. Показатели субъективной оценки КЖ повысились до уровня «удовлетворена» и «абсолютно удовлетворена». Категории качества жизни значительно усилились за счёт увеличения всех показателей: физического (19 баллов), психического (17 баллов), социального (17 баллов). Значительно усилился социальный вектор.

Результаты повторного обследования по шкале Гамильтона: беспокойство и предчувствие неприятности снизились до 1 балла, внутренняя напряженность – до 2 баллов, кардиоваскулярные симптомы составили 1 балл, сохранилось нарушение дыхания в виде частых вздохов – 1 балл, суетливость и хождение взад и вперед снизились до 1 балла. Таким образом, все показатели снизились до суммарной оценки 6 баллов: психический уровень – 3 балла, соматический – 2 балла, вегетативный – 1 балл.

Результаты повторного обследования по определению адаптивных копинг-стратегий: эмоциональные – 53%, когнитивные – 20%, поведенческие – 17%. Усилились когнитивные и поведенческие стратегии.

Результаты исхода: самопроизвольные срочные роды в срок, без применения медикаментозного обезболивания, живым доношенным мальчиком без асфиксии, вес 3800 г, рост 52 см, по шкале Апгар – 10 баллов. Лактация достаточная.

Следующий клинический пример показывает развитие, клиническую динамику беременной пациентки с клинической картиной невротического состояния (наблюдение 2).

Пациентка Ю., 26 лет. Состоит на учете в женской консультации со срока 5–6 недель. На прием к психотерапевту направлена участковым гинекологом. Акушерский диагноз: беременность вторая, 18 недель, роды первые. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Многоводие (О40).

Жалобы на: повышенную тревожность, раздражительность, злость, гневливость. Беспокоят страхи за развитие беременности, мысли о причинении вреда ребенку. Отмечает нарушение аппетита, ночного сна, головные боли, тянущие боли внизу живота, усиливающиеся после эмоционального напряжения; повышенную утомляемость при нахождении на работе.

Анамнез: родилась в Северске, вторым ребенком в семье. Имеет старшего брата. Отношения с родителями напряженные. Мать по профессии педагог, эмоционально неустойчивая, страдает гипертонической болезнью. По характеру властная, подавляющая в семье и на работе. Не принимает ничью точку зрения, считается только со своим мнением. Отец принимает сторону матери, когда она находится рядом, так как не любит разногласий. Страдает ЯБЖ. Пациентка отмечает, что отношения между родителями спокойные, доминирует мать.

Пациентка в школе училась на хорошо и отлично. Окончила 11 классов, поступила в университет. После окончания вуза устроилась в городскую администрацию. Не курит, алкоголь не употребляет. Состоит в браке, отношения с мужем хорошие, но он воспринимает её как ребёнка. Живут в съёмной квартире. Беременность желанная, на учет встала в 5–6 недель. Явки в консультацию осуществляет регулярно.

6 лет назад перенесла медицинский аборт на сроке 8 недель на фоне ссоры с мужчиной, с которым пришлось расстаться.

Как только узнала о текущей беременности, начали беспокоить мысли о возможных неудачах в беременности, постоянно мучительно размышляет, сможет ли выносить ребенка, о причинении возможного вреда ребенку со стороны родственников и медицинского персонала. На фоне угнетающих мыслей и переживаний появились тянущие боли внизу живота.

На сроке 10–12 недель вдвоем с мужем поехали жить на 2 месяца к родителям мужа на дачу, так как они попросили приглядеть за домом в связи с отъездом. На 3-й день после приезда произошла стрессовая ситуация, от которой пациентка до сих пор не может оправиться. Днём, когда муж уехал на работу, осталась дома одна с закрытыми дверями. Неожиданно услышала шум в двери, будто хотят открыть замок. Хотя только что по телефону разговаривала с мужем, понимала, что он вдали от дачного поселка, в городе и находится на работе. Никого другого из родственников и знакомых не ждала. Первой реакцией был испуг, затем побежала за телефоном на второй этаж,

чтобы позвонить мужу. Далее слышались шаги на первом этаже, но, видимо, похититель понял, что дома кто-то есть, поэтому быстро удалился. Из-за перенесенного шока и испуга спряталась в шкаф и сидела там «тише воды, ниже травы». Охватившему страху не было предела. Она как будто впала в ступор и не могла сообразить, что следует предпринять в этой ситуации. Через 30 минут после телефонного звонка приехал муж и после всего случившегося они вновь вернулись в городскую квартиру.

Вскоре, во время очередного УЗИ-исследования было диагностировано многоводие. Пациентка ещё не могла отойти от психотравмирующей ситуации на даче. Появился новый страх потери беременности, страх причинения вреда развивающемуся ребенку, возникающий «в свободное от работы время». Нарушились сон и аппетит. Отмечает, что «навязчивые мысли о плохом» появлялись каждый раз при просыпании ночью, часто вспоминала себя, сидящую в шкафу, ретроспективно переживая ужас от того, что мог с ней совершить проникший в дом преступник.

Стала отмечать повышенную утомляемость на работе, отвлекаемость на мысли о причинении вреда ребенку от «перенапряжения в администрации». Тяготеет тем, что мысли о пребывании на даче возникают самостоятельно, попытки отвлечься от них на что-либо нейтральное периодически бывают безуспешными. Отмечает, что стала суеверна: «а что, если ребенок не начнёт шевелиться, вдруг с ним что-то случится?». Придумала для себя ритуальные действия: «если не взглянуть на себя в зеркало перед уходом, то с ребёнком случится что-то плохое». Направлена на прием к психотерапевту.

Психический статус. Выглядит гораздо моложе паспортного возраста, на 18–19 лет. Голос нарочито детский. Мимика живая. Волосы длинные, распущенные. Декоративной косметикой не пользуется. Одета аккуратно. В общении насторожена. Выражение лица тревожное, внимательно слушает, взгляд пристальный. Речь с ускоренным темпом, фон настроения тревожный, задаёт много вопросов, тут же хочет услышать на них ответы. Обеспокоена тем, что ребёнок еще не шевелится, хотя ей говорили подруги, что шевеление начинается с 18–20 недель. Ориентация во времени, месте, пространстве, собственной личности сохранена полностью. Отмечается вязкость в мышлении, постоянно возвращается к проблемам во взаимоотношениях с мужем. Говорит, что он недостаточно уделяет ей своего внимания, полностью погружен в проблемы на работе. Обвиняет родителей мужа в ухудшении своего состояния, в том числе в повышенной тревожности. Фиксирована на своих переживаниях, обеспокоена, как будет протекать в дальнейшем беременность, как пройдут роды, сможет ли нормально доносить ребёнка. Красочно описывает свои переживания, говоря, что они «накатывают будто волной и выносят её из реальности».

Интеллект соответствует возрасту, полученному образованию и образу жизни. Эмоциональное состояние определяется повышенной тревожностью, неустойчивостью, истощаемостью. Доминирующим синдромом являются повышенная тревожность, фиксированность на переживаниях, страх.

Неврологический статус: без особенностей, очаговой симптоматики не выявлено. В позе Ромберга устойчива, пальценосовую пробу выполняет. Зрачковые реакции живые. Черепно-мозговые нервы интактны. Патологических знаков не выявлено. Неврологический диагноз: нейроциркуляторная дистония, гипотонический вариант.

Соматический статус: умеренного питания, нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, тургор сохранен, видимых отеков нет. Видимые слизистые розовые, чистые. Грудная клетка правильной формы, в акте дыхания участвует симметрично. Дыхание везикулярное, частота 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/60 мм рт. ст. ЧСС 78 в минуту. Живот увеличен за счет беременной матки. Стул регулярный, устойчивый.

Мочеполовая система без особенностей, общий анализ мочи без отклонений от нормы. Количество принятой и выделенной жидкости в пределах нормы.

На основании жалоб, анамнеза (воспитывалась в семье, где доминирующую позицию занимала мать), анамнеза заболевания (стрессовая ситуация на сроке 10–12 недель беременности, повышенная тревожность, страхи за развитие беременности, мысли о причинении вреда ребенку), соматического, неврологического и акушерско-гинекологического анамнеза, психического статуса был поставлен диагноз: реакция на тяжёлый стресс и нарушение адаптации (F43.0).

При первичном тестировании по шкале Гамильтона: общий уровень тревожности – 12 баллов, из них тревога за протекающую беременность – 4 балла, страхи за развитие беременности – 4 балла, головные боли – 2 балла, тянущие боли внизу живота – 2 балла. Суммарно психический уровень составил 8 баллов, соматический – 2 балла, вегетативный – 2 балла. Полученные показатели свидетельствуют об очень высоком уровне тревожности.

Выявленные психологические защиты: отрицание – 53,84%, вытеснение – 33,33%, регрессия – 35,71%, компенсация – 40%, проекция – 46,15%, замещение – 40%, интеллектуализация – 50%, реактивное образование – 0%. Анализ используемых психологических защит свидетельствует о преобладании примитивных механизмов психологической защиты.

Определены ведущие копинг-стратегии: поведенческие психологические защиты – 12,5%, когнитивные – 20%, эмоциональные – 25%.

По опроснику качества жизни по Гундарову выявлено: положение в обществе – 2, работа – 2, душевный покой – 1, семья – 1, дети – 2, здоровье – 1, условия в районе проживания – 4, жилищные условия – 2, материальный достаток – 2, питание – 3, сексуальная жизнь – 1, духовные потребности – 1, общение с друзьями – 2, развлечения – 2, отдых – 1. Большинство данных свидетельствует об абсолютной неудовлетворенности по предложенным характеристикам.

Диагноз: реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43.0).

Индивидуально разработанные комплексные лечебно-реабилитационные психотерапевтические мероприятия включали сочетание медика-

ментозного лечения и психотерапии. Фармакотерапия начата до направления к психотерапевту, включая профилактику многоводия и гипоксии плода, нормализацию тонуса матки и сосудистого тонуса. Психотерапевтическое воздействие было направлено на смягчение воздействия психогенных факторов риска, устранение патологических влияний со стороны вегетативной нервной системы.

Начало проведения I этапа психотерапевтической коррекции: общеукрепляющая психотерапия, обучение телесно-ориентированным навыкам самопомощи, формирование лечебно-охранительного режима. Особенностью психотерапевтической тактики ведения данного вида психопатологии у беременных является акцент на поведенческой терапии (ведение дневника-самоотчета) после дезактуализации стресса с помощью техник НЛП. После проведения 4 сеансов индивидуальной психотерапии отмечалось улучшение состояния. Улучшился сон, снизилась тревожность, при акушерском обследовании и УЗИ матка в нормальном тонусе.

Пациентка переведена на групповую форму психотерапевтических занятий. После проведения 8 коррекционных занятий состояние беременной стабилизировалось. Освоила элементы самопомощи, саморегуляции, регулярно пишет дневники-самоотчеты, посещает занятия в группе и индивидуально. На групповых занятиях пытается помогать психотерапевту, давая советы новым участникам группы.

Результаты повторного экспериментально-психологического обследования по шкале Гамильтона: тревога за протекающую беременность снизилась до 2 баллов, страхи за развитие беременности – до 3 баллов, головные боли – до 1 балла, тянущие боли внизу живота остались на прежнем уровне – 2 балла. Таким образом, психический уровень снизился до 5 баллов, соматический уровень сохранился (2 балла), вегетативный уровень снизился до 1 балла. Общий суммарный показатель составил 8 баллов.

Уровень качества жизни по Гундарову по результатам повторного обследования: положение в обществе – 3, работа – 2, душевный покой – 2, семья – 1, дети – 4, здоровье – 3, условия в районе проживания – 2, жилищные условия – 3, материальный достаток – 3, питание – 3, сексуальная жизнь – 1, духовные потребности – 1, общение с друзьями – 2, развлечения – 3, отдых – 3. Полученные данные свидетельствуют о субъективном улучшении по таким показателям, как положение в обществе, дети, духовные потребности, развлечения и отдых.

Следующая клиническая иллюстрация содержит материалы о клинической картине и реабилитационной тактике в отношении пациентки с наиболее тяжелым акушерским осложнением – преэклампсией (наблюдение 3).

Пациентка В., 37 лет. Акушерский диагноз: Беременность 26–27 недель. Преэклампсия лёгкой степени.

Предъявляет жалобы на тревогу и страх по поводу течения беременности и родов, высказывает опасение за протекание беременности. Жалуется на нарушение сна, приступы различных болевых ощущений по всему телу, развивающиеся в любое время суток, сопровождающиеся тахикардией, обильным потоотделением, чувством нехватки воздуха. Сообщает, что появился страх сдавать анализы, потому что «в них опять найдут что-то не то». Отмечает периодические отёки нижних конечностей, появившиеся последние 1–2 недели, дрожание и парестезии конечностей. Отмечает периодически возникающие болевые ощущения различной локализации (то в руке, то в ноге, то в области шеи, спины, живота), в такие моменты ничего не может с собой сделать, бесцельно мечется по квартире. Однако, когда остаётся одна, боли и связанное с ними «беспокойство куда-то пропадают». Иногда отмечает головокружение, чувство неустойчивости, приближающегося обморока. Пациентка отмечает трудности засыпания из-за тревоги, утром просыпается без чувства отдыха.

Анамнез: родилась и выросла в Томске, старшим ребенком в семье, есть младший брат. Считает, что родители его любят больше. Воспитывалась в полной семье до 13 лет. Затем родители неожиданно развелись и с тех пор живут «как кошка с собакой». До сих пор необходимую информацию друг другу передают только через пациентку. С матерью общается спокойно, но с детства была очень привязана к отцу. Отмечает, что отец всегда находился «рядом в трудную минуту», служил ей надежной опорой, поэтому испытывает постоянную потребность в его поддержке и заботе. В школе училась хорошо. После окончания поступила в институт, по окончании вуза работает финансовым директором в крупной промышленной организации. Считает, что коллектив на работе не принимает её «такой, какая она есть». Замужем, муж старше на 6 лет, по характеру спокойный, сдержанный. На поведение пациентки реагирует терпеливо, хотя «в последнее время стал беспокоиться, не повлияет ли её изменившееся эмоциональное состояние на ребенка». В анамнезе частые побои, оскорбления и крики матери, которая из-за собственных проблем постоянно «срывалась» на дочери. С начала подросткового возраста (13–14 лет) появились головокружения и обмороки при нахождении в душном помещении, головные боли, боли напряжения.

Считает себя больной с 13–14 лет, когда на фоне (как ей казалось) «безоблачных» отношений между родителями последовал резкий развод без объяснения причины. Психотравмирующая ситуация распада семьи наложилась на трудности обучения в выпускных классах перед окончанием школы. Отмечает, что во время последующей учёбы в институте перед сдачей сессионных экзаменов несколько раз впадала в состояние ступора. В эти моменты не понимала, что с ней происходит: где она находится, с какой целью здесь оказалась, что собирается делать? Ощущала такую слабость, что не могла стоять без посторонней помощи, контролировать движение рук и ног, ноги становились «как будто ватными», а затем начинало трясти, дрожь охватывала всё тело. Через какое-то время это состояние самостоятельно проходило и она шла на экзамен.

В 23 года вышла замуж и прожила в браке 3 года. Муж, с её слов, мало обращал на неё внимания. Когда наступила беременность, сделала медаборт на фоне усложнившихся отношений с мужем, а затем развелась. Через год вновь вышла замуж и живёт в этом браке 10 лет. Актуальная беременность по счету вторая и очень желанная, так как после аборта беременностей не наступало.

На учет в консультации встала в 6–7 недель, как только узнала о беременности. Состояние ухудшилось после просьбы участкового гинеколога сдать плановый анализ мочи. Появились мысли о том, что её пытаются в чём-то «уличить», написала отказ от сдачи анализов. На фоне постоянного эмоционального перенапряжения в 20 недель появился гипертонус матки, возникла угроза преждевременных родов. В связи с этим была госпитализирована в стационар, где находилась несколько дней. После облегчения состояния выписана с рекомендацией обратиться к психотерапевту.

Психическое состояние. Держится тревожно. Общая двигательная активность имеет тенденцию к усилению, суетливости, беспокойству. Выглядит соответственно биологическому возрасту. Мимика живая, непосредственная. Умеренно пользуется декоративной косметикой. Волосы короткие, рыжего цвета. Одета опрятно, по-молодёжному, модно. На приеме старается пододвинуться ближе к психотерапевту, смотрит прямо в глаза. Говорит живо, активно жестикулируя, фон тревожный, речь хорошо модулирована. Расстройств памяти, внимания не обнаружено. Интеллект соответствует полученному образованию, образу жизни.

Выражение лица немного беспомощное и тревожное, как будто не понимает, что происходит, вот-вот заплачет. Ориентировка во времени, месте, пространстве, собственной личности сохранена. Не может сосредоточиться на сообщаемой информации, периодически перебивает вопросами о своем психическом и физическом здоровье. На всё высказываемое смотрит через призму собственных переживаний, мало обращает внимания на окружающую действительность. Тревожится, как будет протекать беременности до её окончания.

Память на прошлые и текущие события сохранена. Интеллект соответствует возрасту, полученному образованию и образу жизни. Эмоциональное состояние определяется тревожностью.

Неврологический статус: без особенностей, очаговой симптоматики не выявлено. В позе Ромберга устойчива, пальценосовую пробу выполняет. Зрачковые реакции живые. Гипергидроз ладоней. Черепно-мозговые нервы интактны.

Соматический статус: умеренного питания, нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, тургор сохранен, видны отеки на голенях. Видимые слизистые розовые, чистые. Грудная клетка правильной формы, в акте дыхания участвует симметрично. Дыхание везикулярное, частота 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 88

в минуту. Живот увеличен за счет беременной матки. Стул регулярный, устойчивый.

Мочеполовая система без особенностей. В общем анализе мочи следы белка. Количество принятой и выделенной жидкости в пределах нормы.

Лечение комплексное: сочетание медикаментозного лечения и психотерапии. Фармакотерапия начата до направления к психотерапевту – профилактика отёков, периодического повышения АД до 140/80 мм рт ст, гипоксии плода, нормализация тонуса матки.

При первичном тестировании по шкале Гамильтона общая тревожность составила 15 баллов, из них страх по поводу течения беременности и родов – 4 балла, опасение за протекание беременности – 4 балла, нарушение сна – 1 балл, тахикардия и ощущение нехватки воздуха – 4 балла, потоотделение и парестезии – 2 балла. Психотическая тревога в общей сложности составила 9 баллов, соматическая – 4 балла и вегетативная – 2 балла. Первый показатель говорит об очень высоком уровне психической тревожности.

Результаты обследования по опроснику КЖ Гундарова: положение в обществе – 3, работа – 2, душевный покой – 1, семья – 3, дети – 3, здоровье – 1, условия в районе проживания – 2, жилищные условия – 2, материальный достаток – 2, питание – 2, сексуальная жизнь – 2, духовные потребности – 3, общение с друзьями – 2, развлечения – 1, отдых – 2. Физический вектор – 15 баллов, психологический – 10, социальный – 12. Большинство показателей свидетельствует об абсолютной неудовлетворенности по дефинициям.

Выявленные психологические защиты: замещение – 53,84%, регрессия – 80%, отрицание – 60%, проекция – 76,92%, вытеснение – 50%, реактивное образование – 25%, интеллектуализация – 50%, компенсация – 46,15%. Полученные данные свидетельствуют о напряженности всего спектра психологических защит, за исключением реактивного образования.

Предпочитаемые копинг-стратегии: сотрудничество, обращение, отвлечение; эмоциональные (12,5%), когнитивные (30%), поведенческие (37,5%).

Диагноз: диссоциативное расстройство (F44.4).

Психотерапевтическая тактика строилась на формировании лечебно-охранительного режима. Пациентке разъяснялись клинические проявления преэклампсии и её зависимость от соблюдения режима дня и настроения. Учитывая отсутствие видимых соматических проявлений, с пациенткой была проведена психотерапия с элементами психоанализа в течение 2 месяцев с частотой 2 раза в неделю. Однако в общей сложности было проведено 10 сеансов, так как она пропускала сессии (включались механизмы защиты, которые были интерпретированы ей на последующих занятиях). Уже после проведения 4 сеансов состояние заметно улучшилось: уменьшилась тревога, улучшился сон. На втором коррекционном этапе проводилось формирование положительной гестационной доминанты (установка на вынашивание и рождение здорового ребенка). С больной обсуждались механизмы формирования эмоций. Проводилось обучение элементам самогипноза. Рекомендовано написание дневников-самоотчетов. Затем присоединилась к группе и про-

должила занятия в формате групповой терапии, на которой проводилось обсуждение волнующих тем, изменение отношения к прошлым проблемным ситуациям, выявлялась сопричастность к мнению других участниц.

При повторном тестировании по шкале Гамильтона общая тревожность снизилась и составила 8 баллов: страх по поводу течения беременности и родов снизился до 2 баллов, опасение за протекание беременности – до 3 баллов, нарушение сна исчезло, тахикардия и ощущение нехватки воздуха снизились до 2 баллов, потоотделение и парестезии – до 1 балла. Психотическая тревога суммарно – 5 баллов, соматическая – 2 балла, вегетативная – 1 балл.

По опроснику КЖ по Гундарову повторно выявлено: положение в обществе – 3, работа – 2, душевный покой – 1, семья – 3, дети – 3, здоровье – 1, условия в районе проживания – 2, жилищные условия – 2, материальный достаток – 2, питание – 2, сексуальная жизнь – 2, духовные потребности – 3, общение с друзьями – 2, развлечения – 1, отдых – 2. Физический вектор – 15 баллов, психологический – 12, социальный – 16.

Находясь на групповой психотерапии, долго не могла найти контакт с другими участниками группы, Была очень трудна в терапии, не шла на контакт, в группе внимание перетягивала на себя. Не работала, дезорганизовывала группу. При обращении на неё внимания своё недовольство выражала громкими стонами, оханьем, демонстрируя своё состояние.

После 10 сеансов индивидуальной психотерапии состояние улучшилось, стала значительно спокойнее, нормализовался ночной сон, уменьшились отеки, снизилась интенсивность приступов боли.

Таким образом, прослеженная динамика психопатологических расстройств показывает, что тяжесть акушерской патологии способствует усилению психопатологических проявлений. В частности психодезадаптивное состояние течёт всю беременность, отнимая у беременных физические и эмоциональные силы, а невротические состояния длятся определённое время.

При угрозе невынашивания беременности психопатологические проявления при ПДАС выравниваются, если невротические расстройства исчезают, то психическое состояние приходит к норме либо выходит на уровень ПДАС. Динамика в этой группе беременных прогрессивно-позитивная. В данной группе зафиксирован высокий психотерапевтический ответ.

При многоводии и патологии плаценты в динамическом процессе наблюдается плавное клиническое течение, то есть психопатологические проявления исчезают достаточно медленно только к III триместру и характеризуются тенденцией к затяжному течению. Так, при ПДАС к III триместру

в большинстве случаев именно так и происходит, то есть психическое состояние постепенно восстанавливается до нормы. Но у некоторых переходит в неврозы. Невротические состояния при многоводии и патологии плаценты в большинстве случаев приходят к норме либо к уровню ПДАС.

Наиболее психотерапевтически трудной оказалась группа пациенток с преэклампсией. В данной группе даже незначительные проявления ПДАС действуют на протяжении всей беременности. Как правило, очень часто к III триместру преневротическое состояние трансформируется в невротическое расстройство. Невротические расстройства при данной акушерской патологии либо принимают затяжной характер, либо переходят на уровень ПДАС, либо наблюдается временное незначительное улучшение.

Глава 6

ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

6.1. Методы психотерапии при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности

Возникшая при беременности гестационная доминанта вызывает физиологическую перестройку в организме матери и влияет на её эмоциональное состояние. В результате беременные становятся более ранимыми, чувствительными к стрессовым воздействиям, у них легче развивается невротическое реагирование. Особую проблему представляют ситуации, когда сама беременность становится психотравмирующим фактором [Ветчанина Е. Г., 2003].

В современных условиях в России организационные принципы комплексной реабилитации беременных включают раннюю постановку на учет в женских консультациях, выявление токсикоза, патологического предлежания плаценты, невынашивания, недостатка железа в крови. Психопрофилактика

тическая подготовка к родам так же проводится в отделениях патологии беременных, предродовых палатах и родильном зале [Айламазян Э.К., 2009].

Способ психотерапевтической коррекции беременных в женской консультации подбирался индивидуальное. Разработка психопрофилактической и психокоррекционной программы проводилась с учетом данных анамнеза (личностные индивидуально-психологические особенности, семейное положение, наличие соматических и психосоматических заболеваний), клинических проявлений патологии беременности, сроков беременности, психических расстройств, характерологических особенностей личности, наличия актуальной психогении, особенностей воспитания в родительской семье, физиологических особенностей (ведущая модальность, стратегия мышления).

Появление новой функциональной триадной системы «мать – плацента – плод» с её мощными афферентными структурами приводит к изменению внутрицентральных отношений в нервной системе беременной. Изменения во внутрисемейных отношениях, в соматическом и психическом здоровье женщин негативно сказывается на течении беременности. Эти изменения имеют большое значение для выбора наиболее адекватного метода психотерапии в этот период жизни женщины. Поэтому очевидно применение интегративного подхода психотерапии, так называемая эклектическая психотерапия. Актуальна задача по разработке индивидуальных программ психотерапевтической коррекции и профилактики, оптимизации результатов в работе психотерапевта женской консультации.

Лечение беременных с патологией беременности должно быть комплексным [Гирич Н.Я., 1993]. Такой подход обуславливает предупреждение развития соматической и гинекологической патологии во время беременности и родов. Психотерапевтическая коррекция проводилась у беременных параллельно с медикаментозным лечением акушерской патологии, получаемым женщинами у акушеров-гинекологов.

Программа проводится в 3 этапа в зависимости от акушерской и психиатрической патологии. Она включает в себя компоненты когнитивной психо-

терапии, рациональной, положительной эмоционально-образной психотерапии, нейролингвистической психотерапии, метафоротерапии, эриксоновского гипноза, арттерапии, психоаналитической работы, а также лёгкие трансовые техники. Занятия проходят преимущественно в формате групповой работы, а если это необходимо, проводятся индивидуально.

На I этапе (I–II триместры) участницы заполняли индивидуальные карты обследования, каждая из них проходила психологическое тестирование с целью изучения структурных особенностей личности, характера реагирования на жизненные трудности, психотравмирующие ситуации в прошлом и настоящем и, как следствие, для выявления факторов риска прерывания беременности.

Проводилось клиническое исследование: сбор анамнеза, жалоб. При этом выявлялись актуальные психогении, вызвавшие ту или иную патологию беременности. Учитывались данные осмотров терапевта, невролога, гинеколога. На занятиях разъяснялась психопрофилактическая подготовка к родам, знакомились с программой работы. Происходило формирование мотивации беременных на сотрудничество. Оно осуществлялось с помощью применения известных пословиц и поговорок, эмоционально-образной и рациональной психотерапии. Психологическое тестирование включало несколько направлений. Для определения уровня эмоциональных переживаний использовалась шкала Гамильтона. Опросник качества жизни по И.А. Гундарову («Роза качества жизни») использовали для субъективной оценки общего уровня соматического и психического здоровья. При сборе жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболевания выявлялись факторы риска и условия появления и развития патологии беременности. На основании этих обследований пациентки делились на 3 группы по акушерской патологии.

Таким образом, были разработаны три реабилитационные психотерапевтические программы: 1) для беременных с угрозой невынашивания, 2) для беременных с многоводием и патологией плаценты, 3) для беременных с преэклампсией.

Отдельно необходимо отметить, что была создана открытая психотерапевтическая группа, которую свободно могли посещать беременные на всём протяжении беременности. Большинство из них приходили с преневротическими состояниями. Такой большой процент беременных с ПДАС объяснялся повышением инфантилизации за последние 5–7 лет в молодежной среде: некоторые молодые девушки приходили под присмотром матерей и даже бабушек. У таких пациенток наблюдались достаточно низкие показатели субъективной оценки качества жизни. Под действием различных социальных, физических и психологических факторов преневротические состояния с течением беременности переходили в неврозы. Поэтому таким женщинам уделялось достаточно большое внимание.

Таким образом, было сформировано ещё две подгруппы: с преневротическими расстройствами и с невротическими расстройствами. За период работы с такими пациентками разработано и внедрено 6 психотерапевтических программ.

Женщинам было рекомендовано обсуждать часть пройденного материала занятий с супругами или близкими родственниками. В случае необходимости последние приглашались на 1–2 индивидуальные встречи. Как правило, отношение близких к беременным становилось более мягким, эмпатичным.

Вводная часть I этапа (рекомендательного) проводилась для всех групп беременных с акушерской и психиатрической патологией и занимала I и II триместры. Это связано с тем, что беременные вставали на учёт в женскую консультацию в разные сроки и диагностика проводилась позднее.

II этап (основной) осуществлялся в зависимости от уровня психического здоровья женщин с патологией беременности.

1. Для беременных с преневротическими состояниями на II этапе проводилась психокоррекционная работа: в группах обсуждалось самочувствие, проводилась информационно-образовательная работа, а также научение методам релаксации и эмоционально-образной психотерапии. Работа в откры-

тых группах проводилась с частотой 2 раза в месяц, а в дальнейшем еженедельно. Несмотря на то что клинически преневротическое состояние проявлялось минимальной психопатологической симптоматикой, этой группе пациенток уделялось достаточное внимание, что способствовало предотвращению развития в будущем неврозов. Психотерапевтические мероприятия были направлены на осознание беременными актуальной для них ситуации и предстоящих родов, коррекцию особенностей личности, которые могли способствовать развитию патологии беременности.

Группа беременных с угрозой невынашивания с преневротическими состояниями характеризуется средним уровнем тревоги. В коррекции преневротических состояний для осознания беременными эмоционального состояния использовались компоненты положительной эмоционально-образной терапии. Они включала выяснение отношений беременных к возможным или актуальным психотравмирующим событиям с дальнейшим доступным разъяснением о влиянии отрицательного психоэмоционального напряжения на тонус матки, возникновение внутриутробной гипоксии. Использование терапевтических метафор облегчало восприятие беременными информации.

Группа беременных с многоводием и патологией плаценты с преневротическими состояниями характеризовалась средним уровнем тревоги и практически отсутствием соматических и вегетативных симптомов. Качество жизни у них имело более высокую субъективную оценку, чем в других группах. В занятиях было достаточно применения рациональной, трансовой, когнитивной и психоаналитической психотерапии. Улучшение самочувствия отмечалось при регулярном посещении занятий.

В группе беременных с преневротическими состояниями при преэклампсии отмечалось присоединение соматических симптомов, появление стабильной бессонницы, снижение в интеллектуальной сфере. Поэтому когнитивные, трансовые и дыхательные техники оказывали наиболее благоприятное влияние. Также у этой категории пациенток отмечалось депрессивное

настроение, поэтому мотивирующие метафоры помогали освободиться от депрессивной настроенности, пессимизма.

2. Для беременных с невротическими расстройствами II этап состоял из 10 тематических занятий, на которых использовались рациональная, трансовая психотерапия, релаксационная, основы саморегуляции, а также семейная психотерапия. По показаниям дополнительно проводились индивидуальные консультации совместно с родственниками.

Группа беременных с угрозой невынашивания и неврозами характеризуется более высоким уровнем тревоги, бессонницей, появлением выраженных соматических симптомов. С помощью невербальных техник эриксоновского гипноза данная группа беременных обучалась предупреждать и снимать эмоциональное напряжение.

Психотерапия при угрозе невынашивания начиналась с релаксационных методик – это были лёгкие медитативные техники. Для нормального течения беременности и родов, адаптации новорожденного к условиям внешней среды необходима достаточная подготовка всех физиологических систем беременной к работе с большим напряжением и готовностью к быстрой перестройке. С целью коррекции патологических влияний со стороны ВНС беременные обучались элементам телесно-ориентированных и дыхательных методик самопомощи. Совместно с этим происходит коррекция аномального эмоционально-стрессового реагирования беременных. Проводилось формирование положительной гестационной и лактационной доминант. Обучение техникам поведенческой психотерапии позволяло пациенткам самостоятельно регулировать свое состояние в разных ситуациях, которые могли оказаться стрессовым фактором и, следовательно, фактором риска угрозы невынашивания.

Группа беременных с многоводием и патологией плаценты и неврозами характеризовалась выраженной тревогой, бессонницей и появлением соматических, кардиоваскулярных, нейровегетативных симптомов. В данной группе наиболее эффективными явились дыхательные техники в сочетании с применением психотерапевтических метафор.

В группе беременных с преэклампсией и невротическими расстройствами наблюдалось повышение всех симптомов тревоги (бессонница, напряжение, снижение в интеллектуальной сфере, длительный депрессивный настрой, сомнения в благополучном исходе беременности). Присоединялись и усиливались общесоматические (повышение АД, отёки) и нейровегетативные симптомы. В этой группе показатели тревоги были более высокими в сравнении с другими, а уровень качества жизни – самый низкий. Нарушение эмоционального состояния могли спровоцировать совершенно незначительные события, не имеющие к беременной непосредственного отношения. Психотерапевтическая коррекция была направлена на усиление доминанты беременности, что достигалось применением когнитивных и трансовых техник в сочетании с эриксоновским гипнозом.

В таблице 27 представлены основные направления II (основного) этапа реабилитации.

Таблица 27 – Психотерапевтическая реабилитация на II (основном) этапе при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с акушерской патологией

Акушерская патология у беременных		
Угроза невынашивания	Многоводие и патология плаценты	Преэклампсия
Акцент на I триместр	Акцент на II-III триместрах	Акцент на III триместр
Преневротические состояния		
Общие элементы: - еженедельная работа в открытых группах с учётом сниженных показателей отдельных категорий качества жизни; - информационно-образовательные лекции; - когнитивно-поведенческая терапия		
Низкий уровень тревоги Работа с тревогой с использованием эмоционально-образной терапии и подключением метафоротерапии	Уровень тревоги средний Использование методов ПТ: рациональная, трансовая, психоаналитическая терапия, дыхательные техники	Средний уровень тревоги, присоединение соматических проявлений Использование методов ПТ: когнитивные, трансовые, дыхательные техники
Невротические расстройства		
Общие элементы: - 10 тематических занятий (рациональная терапия); - еженедельная работа в открытых группах с учётом сниженных показателей отдельных категорий качества жизни; - научение основам саморегуляции		

Работа с повышенной тре- вогой (релаксационная, трансовая терапия, невер- бальные техники эриксо- новского гипноза)	Работа с высоким уровнем тре- воги (трансовые, дыхательные техники, применявшиеся с учё- том возрастающей гипоксии плода, и невербальные техники эриксоновского гипноза)	Работа с высоким уровнем тревоги (расслабляющие техники, дыхательные и невербальные техники эриксоновского гипноза)
---	---	---

Обобщая динамику психотерапии, следует отметить, что чаще наблюдалось обострение дистимического и соматовегетативного вариантов ПДАС, причем вне зависимости от вида акушерской патологии. Беременные с высокой степенью поглощенности фиксировались на внутренних ощущениях.

Таким образом, в ходе работы определилась структура психологической помощи беременным при всех патологиях, которая включала в себя 4 основных компонента: образовательный, психокоррекционный, релаксационный, индивидуальной проработки.

При невротических расстройствах при угрозе невынашивания ведущий акцент в психотерапии делался на I-II триместр. Улучшение психического состояния женщин происходило с увеличением срока беременности. При многоводии и патологии плаценты психотерапия приносила облегчение женщинам во II-III триместре. При преэклампсии, сочетанной с невротическим расстройством, акцент на психотерапевтическое воздействие отводился во II–III триместре, так как с повышением срока беременности психоэмоциональное состояние женщин ухудшалось.

Следует отметить важность мониторинга – постоянного наблюдения за женщинами с частотой 1 раз в неделю, а также наличие подкрепляющей терапии, что также входило в реабилитационные программы. Во время индивидуальных занятий с беременными прорабатывали такие проблемы, как положение в обществе, неудовлетворенность работой и материальным положением, жилищными условиями, отсутствие развлечений и отдыха, проблемы в семье и с детьми, сексуальная неудовлетворенность.

Важное значение при невротических состояниях беременных играла рациональная психотерапия – логически обоснованная разъяснительная психотерапия, целью которой являлась переоценка сложившейся ситуации во

время беременности, психологического и физического состояния и компенсаторных возможностей организма. Принцип работы сводился к переориентации личности с изменением эмоционального отношения к определённым фактам и попыткой без потерь для себя приспособиться к ним, варианты поиска разумного выхода из создавшегося положения с отказом от недостижимых стремлений и аномальных форм поведения.

Термин «рациональная психотерапия» используется большинством авторов для обозначения метода психотерапии, связанного с именем Поля Дюбуа (1905). «Рациональной психотерапией я называю ту, которая имеет своей целью действовать на мир представлений пациента непосредственно и именно путем убедительной диалектики» – так определяет этот метод её основоположник Дюбуа.

Основная мишень воздействия рациональной психотерапии сводилась к трансформации искажённой «внутренней картины беременности», создающей дополнительный источник эмоциональных переживаний для пациенток. Изменение неадекватных представлений беременных достигалось определёнными методическими приёмами, однако существенное качество рациональной психотерапии – построение их на логической аргументации – прослеживалось во всех её модификациях.

Помимо вышеописанных техник, у таких пациенток видимое улучшение наблюдалось после занятий арттерапией. Изложение сути своих страхов в письменном виде с последующей проработкой оказывало благотворное влияние на их внутреннее состояние.

По окончании II (основного) этапа занятий проводилось повторное психологическое тестирование, целью которого являлась регистрация субъективной динамики психоэмоционального состояния.

На всех этапах психотерапевтической коррекции проводилось формирование и усиление лечебно-охранительного режима с помощью формул самогипноза путем самовнушения и аутогенной тренировки. Формулы самогипноза и аутогенной тренировки выстраивались с учетом интеллекта, стра-

тегии мышления и ведущей модальности беременной. Частота использования в день данных техник релаксации варьировала в зависимости от физического и психического состояния женщин. «Минимальное» количество «расслаблений» – по 2–3 раза в день в течение 15–20 минут. По результатам катамнестического исследования после родов до 60% женщин продолжали систематически использовать элементы самогипноза. При этом они отмечали, что роды протекали без негативных эмоциональных волнений, что по прошествии родов стали чувствовать себя намного спокойнее, владеть ситуацией, избавились от страхов и тревоги вследствие изменения эмоционального отношения к источникам тревожного ожидания, волнений и конфликтов; лактация достаточная.

После выявления актуальной психогении проводилась психотерапевтическая коррекция отношения пациентки к данной ситуации. При использовании психотерапевтического подхода учитывался интеллектуальный «багаж» пациентки, индивидуально-психологические особенности и личностно-психологический прорфиль. По мере устранения невротических и смягчения соматических симптомов ведущий ориентир психотерапии был направлен на дезактуализацию психогении, выработку правильного, критического восприятия ситуации или умение рационально относиться к наличию разных патологических симптомов.

III этап (соответствовал по времени III триместру) проводился по типу открытой группы с обсуждением наиболее волнующих тем, общением по интересам. Цель этапа – закрепить и усовершенствовать полученные навыки и сохранить их до периода родов. Под влиянием коррекции врача укреплялась система значимых отношений личности. Занятия проводились в формате групповой терапии 1 раз в неделю.

Следует отметить, что если в I–II триместре главный акцент ставился на работу с группами беременных с угрозой невынашивания и многоводием, патологией плаценты, то в III триместре основное внимание было обращено на пациенток с преэклампсией, многоводием и патологией плаценты. Снижение

тревоги к III триместру отмечалось у пациенток с угрозой невынашивания, повышение тревоги – у пациенток с преэклампсией. При многоводии и патологии плаценты уровень тревоги в триместрах не менялся, а снижался только ближе к родам: на 37–38-й неделе. Психологические защиты с течением беременности практически не менялись.

Для эффективной первичной психопрофилактики важно воздействовать на факторы риска развития патологии беременности. Нами выявлены следующие факторы риска: психогении, соматогении (соматические, психосоматические и акушерско-гинекологические заболевания в анамнезе), социогении, психологические (личностно-психологические особенности). Это совпадает с данными многих других исследователей.

6.2. Психопрофилактические мероприятия при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности

Совместно с изучением психических расстройств при патологии беременности нами были выделены факторы риска её развития. Программа психопрофилактики была направлена на смягчение действия факторов риска, дезактуализацию психотравмирующих ситуаций, смягчение течения соматических заболеваний.

Психопрофилактическая коррекция на II этапе проводилась в форме групповых занятий, а при необходимости применялись индивидуальные консультации. Программа включала 10 занятий.

Занятие 1 (ознакомительное). Беременные заполняли индивидуальную карту обследования, проходили психологическое тестирование с целью выявления факторов риска патологии беременности.

Занятие 2. Обсуждалось актуальное психическое состояние беременных, проводился анализ предъявляемых жалоб и волнующих тем на момент начала психотерапии. При субъективном выявлении патологических влияний

со стороны ВНС проводится обучение беременных основам телесно-ориентированных техник самопомощи с целью облегчения состояния.

Занятие 3. Проводится разбор темы «Эмоции во время беременности». Беременным в доступной форме разъяснялись происходящие изменения в организме женщин, в эндокринной и нервной системе в связи с беременностью, об этапах формирования эмоций и механизмах их возникновения.

Занятие 4. Тема: «Развитие плода». Проводился опрос об изменении текущего состояния за неделю, проверка усвоения материала, ответы на волнующие темы. С помощью разбора ситуаций с позиций жизненных сценариев, системы убеждений и ценностей проводилось обучение управлению эмоциями. Подробно разбиралась тематика влияния отрицательного психоэмоционального напряжения пациенток. Использование существующих пословиц, поговорок и психотерапевтических метафор облегчало восприятие беременными информации. Использование компонентов положительной эмоционально-стрессовой психотерапии усиливало эффективность получаемой информации и стремление беременных справляться с возникающими трудностями. С помощью техник эриксоновского гипноза беременные обучались предупреждать и снимать эмоциональное напряжение. Обучение самогипнозу по формуле «4–3–2–1». Частота использования в день данных техник релаксации варьировала в зависимости от физического и психического состояния женщин. Минимальное количество «расслаблений» – по 2–3 раза в день в течение 15–20 минут с последующей формулой выведения (активизации). Беременные обучались короткой формуле самогипноза в течение дня (3–4 минуты) и аутогенной тренировке длительностью около 30 минут перед сном. Женщинам рекомендовано обсуждать часть пройденного материала занятий с супругами или близкими родственниками. В случае необходимости последние приглашаются на одну-две встречи. Как правило, отношение близких к беременным меняется на более мягкое, эмпатичное, сочувственное, одобрительное.

Занятие 5. Тема: «Отношения с матерью и влияние детско-родительских отношений на текущее эмоциональное состояние». Проводился контроль усвоения материала, разбор возникших вопросов, проверка техники проведения самогипноза. Разбирались наиболее волнующие беременных ситуации с помощью техник НЛП (пространственное расположение сознания, «временные линии», коррекция временных форм глаголов), рациональной психотерапии. Проводился разбор возможных вариантов предупреждения конфликтных ситуаций и эмоционального волнения. Беременные обучались навыкам бесконфликтного поведения, адекватному эмоциональному отношению к возникшим и возможным жизненным ситуациям, повышалась ответственность матери за здоровье ребенка. Давалась форма дневника-самоотчета и рекомендации по его написанию. Занятие завершалось проведением сеанса саморегуляции.

Занятие 6. Обсуждались произошедшие изменения в физическом и психологическом состоянии женщин с момента предыдущего занятия. Проводился разбор конфликтных и кризисных ситуаций за неделю, проверка дневников-самоотчетов, если необходимо – коррекция их составления. Подробно разбиралась тема: механизмы формирования болей в родах и возможность беременной самостоятельно уменьшать боль. Занятие завершается проведением сеанса саморегуляции.

Занятие 7. Тема: «Лактация». После обсуждения актуальных вопросов подробно разбиралась тема лактации, разъяснялись преимущества грудного вскармливания для здоровья ребенка. У беременных формировалась лактационная доминанта. В конце занятия проводится сеанс самогипноза.

Занятие 8. Тема: «Дыхательные и расслабляющие техники во время схваток». Проверка усвоения прошлого материала, дневников-самоотчетов. Разбор процесса родов с позиции знаний анатомии и физиологии. Знакомство с элементами физической подготовки к родам. Проводился сеанс саморегуляции.

Занятие 9. Тема: «Дыхательные техники во время потуг и умение правильно тужиться». Обсуждаются вопросы перинатальной психологии. На существующих примерах разбирались механизмы родов и физиологического деторождения. Проводился сеанс самогипноза.

С 10-го занятия включалось обсуждение наиболее волнующих моментов и подготовки к родам. Проводилась саморегуляция. На завершающем занятии беременные повторно проходили психологическое тестирование с целью мониторинга психического состояния.

Таким образом, за время нахождения беременных на учете в женской консультации и участия их в психотерапевтических психообразовательных программах осуществлялся постоянный мониторинг за психическим состоянием женщин с патологией беременности. Данные катамнеза подтверждают улучшение психического и физиологического самочувствия.

6.3. Особенности проведения психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности

В таблице 28 представлены и кратко описаны основные результаты психореабилитации.

Таблица 28 – Результаты психотерапии при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с акушерской патологией

Этап	Акушерская патология		
	Угроза невынашивания	Многоводие и патология плаценты	Преэклампсия
	Преневротические и невротические состояния		
I этап	1. Вводная часть проводилась для всех групп беременных с акушерской и психиатрической патологией (I и II триместры). Такая «смешанность» связана с тем, что беременные вставали на учёт в женскую консультацию в разные сроки и диагностика проводилась позже. Вводная часть включала в себя: психологическое тестирование, клиническое исследование (сбор анамнеза, жалоб), данные осмотров терапевта, невролога, гинеколога. 2. Образовательные программы: рациональная психотерапия, основы саморегуляции, когнитивная психотерапия, психоаналитическая работа, лёгкие трансовые техники – проводились в общих группах		
	Преневротические состояния		

II этап	Проводилась психотерапевтическая работа в группах, где участники обсуждали самочувствие на фоне беременности, обучались методам релаксации и эмоционально-образная психотерапия
	Невротические состояния 1. Использовалась рациональная психотерапия, релаксационная, основы саморегуляции, а также семейная психотерапия. 2. В соответствии с показаниями проводились индивидуальные консультации совместно с родственниками. 3. Психотерапевтическая коррекция была направлена на усиление доминанты беременности, что достигалось когнитивными и трансовыми техниками, а также применением эриксоновского гипноза. С помощью невербальных техник беременные обучались предупреждать и снимать эмоциональное напряжение.
III этап	Преневротические расстройства Беременные продолжали периодически посещать открытые группы, так как это является профилактикой развития перехода ПДАС в невроз
	Невротические расстройства Беременные в данной категории переходили с основной терапии на поддерживающую терапию: внимание уделяется основам саморегуляции и работе с напряжением. Важное значение при невротических расстройствах беременных имела рациональная психотерапия.

При явлениях астенизации ведущий акцент ставился на саморегуляцию и усиление лечебно-охранительного режима. При психических нарушениях преимущественно когнитивного круга большее внимание уделялось поведенческому компоненту, обучению сознательно управлять эмоциями. При нарушениях депрессивного характера одновременно устранялись астенические проявления и восстанавливались нарушенные когнитивные функции.

Таким образом, разработанные программы психотерапии позволили наиболее точно выявить уровень психического здоровья женщин с акушерской патологией беременности, подобрать оптимально подходящий метод немедикаментозной коррекции и профилактики. Психопрофилактические и психотерапевтические мероприятия начинались на этапе прегравидарной подготовки, или с момента первой явки в женскую консультацию по поводу беременности.

6.4. Оценка эффективности психопрофилактической помощи при преневротических состояниях и невротических расстройствах у женщин с патологией беременности

Оценка эффективности применяемых психопрофилактических и реабилитационных программ у беременных осуществлялась с использованием клинико-динамического метода и проводилась по окончании II этапа психотерапии. С целью регистрации субъективной динамики психоэмоционального состояния проводилось повторное психологическое тестирование.

Критериями эффективности разработанных и внедренных психопрофилактических программ у женщин с патологией беременности явилось устранение в психическом состоянии отдельных психопатологических симптомов, нормализация частично нарушенной личностной социальной адаптации и осознанное позитивное принятие своего изменённого состояния.

В группе беременных с диагностированными преневротическими состояниями после проведения соответствующей психореабилитационной программы при угрозе невынашивания отмечено снижение внутреннего напряжения, которое выражалось в уменьшении тонуса матки, устранении проблем со сном, редукции тревоги и страхов, значительном улучшении психического и физического самочувствия. Показатели качества жизни преимущественно повышались за счёт психологического вектора (восстановление душевного равновесия, повышение духовных потребностей, общение с друзьями, отдых).

В группе беременных с многоводием и патологией плаценты с диагностированными преневротическими расстройствами женщины после проведения психотерапевтических мероприятий отмечали редукцию чувства тревоги, внутреннего напряжения, психологического дискомфорта. За счёт улучшения психологического вектора качества жизни они стали менее вспыльчивы и раздражительны, улучшились их взаимоотношения внутри семьи и в микросоциуме, социализация в целом.

В группе беременных с преэклампсией с диагностированными преневротическими расстройствами значительно снизилось тревожное

настроение и внутреннее напряжение, уменьшились необоснованные страхи за ребёнка. Общее качество жизни улучшилось в основном за счёт психологического вектора: восстановилось душевное равновесие, появились духовные потребности, отдых и развлечение), параллельно улучшилось питание и отношения внутри семьи.

В группе невротических расстройств у женщин с угрозой невынашивания после проведения соответствующей психореабилитационной программы выравнился фон настроения, редуцировалась астеническая симптоматика, нормализовался сон. Качество жизни повысилось незначительно, преимущественно за счёт психологического и физического (исчезла соматическая симптоматика) векторов.

У женщин с многоводием и патологией плаценты и диагностированными невротическими расстройствами после участия в психотерапевтических программах уменьшились страхи, снизился уровень тревоги, исчезли бессонница и депрессивное настроение, уменьшилась интенсивность нейровегетативных симптомов. Качество жизни повысилось незначительно, в основном за счёт усиления психологического фактора (появления духовных потребностей, общения, развлечений) и улучшения сексуальной сферы жизни.

В группе беременных с преэклампсией и диагностированными невротическими расстройствами женщины отмечали выход из депрессивного состояния, редукцию внутреннего напряжения, страхов и улучшение общего самочувствия. Значительно улучшилась способность концентрации внимания, повысились работоспособность и социальная активность, нормализовались внутрисемейные отношения. Из всех групп в данной категории отмечается значительное повышение качества жизни за счёт улучшения сексуальных отношений.

Нивелирование или полное устранение клинической психопатологической симптоматики можно продемонстрировать положительной динамикой психологических показателей. Мы провели повторное исследование

(после окончания II этапа психореабилитационных мероприятий) уровня соматического и психического здоровья, используя опросник качества жизни по И.А. Гундарову («Роза качества жизни», 1994) и шкалу тревоги Гамильтона.

Наглядно показано снижение уровня психической тревоги, в частности таких её составляющих как «тревога» (далее приведены средние значения) – с 0,94 до 0,5 балла, «напряжение» – с 1,3 до 0,6 балла, «бессонница» – с 0,88 до 0,37 балла, нейровегетативная тревога – с 0,8 до 0,45 балла. В меньшей степени положительная динамика выявлена в отношении показателей соматического уровня.

У беременных с ранними формами невротических расстройств значительно изменились клинические проявления: снижался уровень тревоги, выравнивался фон настроения, редуцировалась астеническая симптоматика, улучшалась способность концентрации внимания, повышались работоспособность и социальная активность, улучшались внутрисемейные, сексуальные и социальные отношения.

Эффективность реабилитационных программ подтверждалась снижением уровня тревоги и повышением уровня качества жизни. Средний балл уровня качества жизни у женщин с преневротическими состояниями до проведения реабилитационных программ составлял $45 \pm 1,12$ балла, соответственно после проведения реабилитационных программ – $49,02 \pm 1,01$ балла. Прослеживалась количественная положительная динамика в улучшении качества жизни на 9%. Средний балл уровня качества жизни у беременных с невротическими расстройствами до проведения реабилитационных программ был $40,96 \pm 1,02$ балла, что составляло 91% от максимальной оценки вектора, а после проведения реабилитационных программ – $45,68 \pm 1,11$ балла.

Средний суммарный балл уровня тревоги по шкале Гамильтона у лиц с преневротическими состояниями до проведения реабилитационных программ составил $7,22 \pm 1,44$ балла, после – $4,7 \pm 0,55$ балла ($p \leq 0,01$). Средний суммарный показатель уровня тревоги у пациенток с невротическими рас-

стройствами до проведения реабилитационных программ составил $15,75 \pm 0,63$ балла, а после – $11,7 \pm 1,05$ балла ($p \leq 0,01$).

Использование клинико-катамнестического метода показало результативность примененных методов: в течение 3–6 месяцев не выявлено случаев ухудшения состояния у беременных. Превентивные мероприятия, направленные на гармонизацию семейных отношений, повышение личной ответственности за здоровье не только себя, но и плода, умение самостоятельно применять техники саморегуляции с помощью релаксирующих методов психотерапии (аутотренинг, медитации) значительно повышали качество жизни беременных.

Для оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий использовалась «Шкала оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» [Семке В.Я., 1980], отражавшая степень достигнутого лечебного эффекта по трём параметрам: клинической динамике психопатологических проявлений; уровню социальной адаптации; данным экспериментально-психологических исследований. Шкала содержит 4 уровня выздоровления: «А» – полное выздоровление (с устранением психопатологических расстройств, восстановлением прежнего социального и трудового статусов); «В» – практическое выздоровление (устранение большинства болезненных проявлений, выравнивание основных нейрофизиологических показателей, с осуществлением эпизодических социотерапевтических мероприятий); «С» – неполное выздоровление (наличие отдельных клинических свойств и нерезко выраженных нейрофизиологических сдвигов, с возможностью выполнения прежних социальных функций); «Д» – незначительное улучшение (элементы послабления клинической симптоматики, частичное выравнивание нейрофизиологических и психологических параметров, неполное восстановление социально-трудовой адаптации).

Полное выздоровление (ремиссия «А») достигнуто у 106 пациенток (95,5%), что обусловлено ранним выявлением преневротических состояний и невротических расстройств у женщин с патологией беременности, адекват-

но подобранным комплексом лечебно-коррекционных мероприятий. Ремиссия «В» определялась у 5 пациенток (4,5%) с преэклампсией и преневротическими состояниями. Психический статус пациенток был стабилен, психотерапевтические мероприятия не позволили дестабилизировать состояние.

Исследование психического статуса беременных с последующей разработкой и внедрением психотерапевтических программ позволило оптимизировать эмоциональное состояние самих беременных и подготовить их к родам и представило возможность изменить отношение к патологии беременности, облегчить само течение беременности, с позитивным настроем подвести к родам, что сделало родовой процесс наиболее оптимальным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследовании принимали участие 111 пациенток, находящихся на учете в женской консультации на базе ОГБУЗ «Роддом № 1» г. Томска, в различные сроки беременности. Исследование проводилось у женщин с патологией беременности, после получения информированного согласия.

Критериями включения в группу были: 1) наличие акушерской патологии: угроза невынашивания, многоводие или патология плаценты, преэклампсия, согласно критериям МКБ-10; 2) клиническая симптоматика донозологических состояний и невротических расстройств непсихотического уровня; 3) информированное согласие пациентки на участие в исследовании;

Критериями исключения явились: 1) выраженные органические поражения центральной нервной системы, выраженные психические расстройства (шизофрения, эпилепсия, аффективные состояния); 2) отказ от участия в исследовании.

Диагнозы акушерской патологии (угроза невынашивания беременности, многоводие и патология плаценты, преэклампсия) ставились акушерами-гинекологами на основании жалоб, клинической картины заболевания, данных гинекологического осмотра, инструментальных методов исследования (УЗИ). Акушерские диагнозы в соответствии с МКБ-10 представлены в ука-

занной группе беременных следующими формами: O20.0 – Угрожающий самопроизвольный выкидыш, O40 – Многоводие и патология плаценты, O12 – Вызванные беременностью отёки и протеинурия без гипертензии, O13 – Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии.

Клиническая систематика психопатологической симптоматики проводилась в соответствии с МКБ-10 и рассматривалась в рубриках для невротических расстройств : F40 – фобические и тревожные расстройства, F40.2 – специфические (изолированные) фобии, F41.0 – паническое расстройство, F41.2 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство, F43.0 – реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации, F43.1 – посттравматическое стрессовое расстройство, F44 – диссоциативные (конверсионные) расстройства, F45 – соматоформные расстройства, F48.0 – неврастения.

Основную группу, в которой проводилось комплексное медикаментозное (акушерско-гинекологическое) и психотерапевтическое лечение, составили 111 беременных с верифицированными диагнозами: 1) угроза невынашивания беременности (35 женщин, из них ПДАС – 23 чел., невротические расстройства – 12 чел.); 2) многоводие и патология плаценты (29 беременных, из них ПДАС – 15 чел., невротические расстройства – 14 чел.); 3) преэклампсия (47 беременных, из них ПДАС – 30 чел., невротические расстройства – 17 чел.). Возраст варьировал от 19 до 41 года, средний возраст составлял $28,19 \pm 3,78$ года.

В контрольную группу вошли 38 беременных, из них 18 женщин с акушерской патологией, которым проводилось только медикаментозное (акушерско-гинекологическое) лечение. Их возраст находился в пределах от 20 до 37 лет, средний возраст $27,18 \pm 4,27$ года. Группа сравнения состояла из 20 практически здоровых женщин с нормальным течением беременности. Возраст от 20 до 35 лет, средний возраст $25,3 \pm 3,98$ года.

В группе женщин с акушерской патологией и проблемами психического здоровья наибольшее количество женщин было в возрастном интервале 21–30 лет (75,7%). Но было отмечено значительное число женщин 31–40 лет

(13,5%) и присутствие беременных краевых возрастных групп (до 20 и после 36 лет – 10,8%), являющихся проблемными для вынашивания и рождения ребенка.

Анализ семейного положения показал, что среди группы женщин с акушерской патологией и проблемами психического здоровья наблюдалось большое количество замужних (71,2%), в то же время отмечался значительный процент беременных, проживающих в незарегистрированном браке (21,6%) и незамужних (7,2%), 3,6% беременных на момент исследования состояли в разводе.

Среди беременных женщин с акушерской патологией и проблемами психического здоровья большое количество женщин имели высшее (53,2%) и среднее специальное (27,97%) образование, незаконченное высшее образование было у 13,5%, редко встречались беременные со средним образованием (5,4%). Беременные с патологией беременности и проблемами психического здоровья имели большой процент профессий гуманитарной направленности – педагоги, учителя (20,7%), значительное количество женщин выполняло квалифицированный труд (19,8%), 11,8% были служащими общественных организаций. Преобладающее большинство женщин с патологией беременности (65,7%) были первобеременными, вторая беременность – у 27%, третья беременность и более – у 7,3%.

Основной метод исследования – клинико-психопатологический.

Полный объем информации о пациентках осуществляли путем сбора подробного анамнеза, анкетирования с подробным выяснением семейного, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Учитывались индивидуальные социально-психологические особенности личности, условия окружения и воспитания в родительской семье. Наблюдение осуществлялось в течение периода беременности с первой явки на прием к психотерапевту. Подробным образом исследовались соматический и психический статусы беременной. Учитывались результаты осмотров терапевта и невролога.

Клинико-психопатологическое исследование включало: шкалу тревоги по Гамильтону, Опросник качества жизни по И.А. Гундарову («Роза качества жизни», 1994), Опросник по выявлению механизмов совладания со стрессом Е. Heim и Опросник жизненного стиля («Life style index») Келлермана-Плутчика, адаптированный Е.Б. Клубовой. Исследования по шкале тревоги по Гамильтону и уровню качества жизни проводились двукратно: до начала и по окончании проведенного курса психотерапии.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета программ Statistica компании StatSoftInc., версия 6.0, с использованием описательной статистики, параметрического критерия Стьюдента (t), коэффициента корреляции Спирмана, непараметрического критерия Манна-Уитни для зависимых показателей. В статистическом анализе уровень значимости (p) принимался равным 0,05, доверительная вероятность – 0,95.

В исследовательской выборке из 111 беременных, разделенных на группы, была определена структура психопатологических расстройств: психозадаптационные состояния и невротическая патология.

Преневротическими состояниями – ПДАС (61,2% от общей структуры патологии) представлены 4 вариантами: во всех триместрах преобладала физическая астения – 25 беременных (22,5%); психическая астения – 16 беременных (14,4%), соматовегетативный вариант – 18 женщин (16,2%), реже встречался дистимический вариант – 9 женщин (8,1%).

Астенический вариант ПДАС с преобладанием физической слабости характеризовался усталостью, повышенной утомляемостью, увеличением времени, затрачиваемого на выполнение какого-либо действия. В клинической картине присутствовали слабость, вялость, сонливость, физическое истощение, периодически эмоциональная лабильность, также отмечалась метеотропная зависимость в виде головных болей.

Астенический вариант ПДАС с преобладанием психической слабости характеризовался психоэмоциональным напряжением, неуверенностью в своих силах, трудностями при выборе линии поведения в жизненных ситу-

ациях, чувством «тяжести» и болей в голове, утомляемостью, медлительностью в принятии каких-либо решений, не характерной до беременности.

Дистимический вариант ПДАС протекал на фоне неуверенности, беспомощности, пессимистичности, растерянности, порой озлобленности, повышенной эмоциональности, восприимчивости даже нейтральных составляющих (просмотр фильмов, передач, чтение книг), чрезмерной обидчивостью, слезливостью в ответ на незначительные внешние раздражители, частыми эпизодами физической и психической астении, частой сменой эмоционального фона: от внешней гиперактивности, суетливости до дисфории, безынициативности, утраты интереса к прежним делам и самоограничений, откладывания решений на более поздний срок, гиперестезией на ранее малозначимые стрессовые воздействия, отношения с людьми. Сниженный или тревожный фон настроения сохранялся от нескольких часов до 1–2 суток. Часто имели место головные боли, вегетативные проявления.

Психовегетативный вариант ПДАС характеризовался появлением во время беременности не свойственных до гестации черт характера, протекал с нарушениями характера и длительности сна, лабильностью психоэмоциональных реакций, ростом артериального давления перед визитом к врачу.

Психическое состояние беременных оказывало значительное влияние на течение беременности. Общим для всех вариантов преневротических состояний явилось то, что симптомы появлялись с началом беременности, причем проявления их усугублялись с её прогрессированием.

При обследовании у беременных женщин с акушерской патологией были диагностированы следующие невротические расстройства: фобические и тревожные расстройства (F40), специфические (изолированные) фобии (F40.2), паническое расстройство (F41.0), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43.0), посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1), диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44), соматоформные расстройства (F45), неврастения (F48.0).

Нозологическое распределение показало преобладание женщин с диагнозами: фобические тревожные расстройства, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации – по 11,7%; на втором месте по частоте встречаемости были беременные с невротизмами (6,3%); далее следовали женщины с диссоциативными (конверсионными) расстройствами (5,4%) и специфическими фобиями (4,1%).

При исследовании факторов, формирующих психическую патологию среди беременных, выявлены биологические, социальные и психологические.

Среди биологических факторов были выделены: возраст, соматическое состояние беременных, гинекологический и акушерский анамнезы.

Анализ возрастного состава беременных показал, что большая часть женщин предпочитала рожать в 21–30 лет. Среди женщин с преневротическими состояниями в этой возрастной группе было 50,5% беременных, с невротическими расстройствами – 23,4%, женщины без психопатологии, но с акушерскими проблемами – 43,4%, 9 здоровых женщин (23,7%). В группе до 20 лет наблюдалось 4 беременных (3,6%) с преневротическими состояниями, 7 беременных (6,3%) с невротическими расстройствами, 4 женщины с акушерской патологией (10,5%), 4 здоровых (10,6%). В группе 31–40 лет среди женщин с преневротическими состояниями наблюдалось 7 беременных (6,3%), с невротическими расстройствами – 10 (9%), с акушерской патологией – 3 (7,9%). В контрольной группе здоровых наблюдаемых женщин не было. В группе свыше 40 лет была 1 беременная (0,9%) с преневротическим состоянием.

При исследовании соматического статуса у женщин с преневротическими состояниями чаще встречались заболевания: сердечно-сосудистые – 17 пациенток (15,3%), бронхолегочные – 8 (7,2%), мочеполовой системы – 7 (6,3%). У женщин с невротическими расстройствами обнаружены заболевания: бронхолегочные – 18 пациенток (16,3%), 16 (14,4%) – сердечно-сосудистые, 11 (9,9%) – мочеполовой системы. В контрольных группах преимущественно были здоровые женщины: среди беременных с акушерской

патологией встречались заболевания сердечно-сосудистой и мочеполовой систем – по 2 женщины (5,3%), у 1 (2,6%) – бронхолегочное заболевание.

При исследовании гинекологического анамнеза аборт обнаружен у 17 женщин (15,3%) с преневротическими состояниями, у 10 (9%) с невротическими расстройствами, у 2 (5,2%) с акушерской патологией, у 1 (2,6%) из группы без акушерской и психиатрической патологии. Выкидыши в анамнезе встречались у 3 женщин (2,7%) с преневротическими состояниями, у 8 пациенток (7,2%) с неврозами. Бесплодие в анамнезе зарегистрировано у 4 женщин (3,6%) с ПДАС и 2 пациенток (1,8%) с невротическими расстройствами.

Исследование истории родов показало, что преимущественно во всех группах констатировались первые роды: 45 женщин (40,5%) с преневротическими состояниями, 28 (25,2%) с неврозами, 17 (44,7%) с акушерской патологией и 13 (34,2%) здоровые. Соответственно вторые роды – 19 (17,2%), 11 (9,2%), 3 (7,9%) и 2 (5,3%); третьи роды – 4 (3,6%), 4 (3,6%), 2 (5,3%) и 1 (2,6%).

Таким образом, среди биологических факторов значение имеет возраст беременных – пациентки с невротическими расстройствами преобладали в возрастной группе 31–40 лет по сравнению со здоровыми беременными или пациентками с преневротическими состояниями. У беременных с невротическими расстройствами чаще встречалась патология сердечно-сосудистой, бронхолегочной, мочеполовой и желудочно-кишечной систем, у пациенток с преневротическими состояниями зафиксированы заболевания сердечно-сосудистой системы. Гинекологический анамнез показал наличие значительного числа абортов и лечения от бесплодия у женщин с проблемами психического здоровья (неврозы и преневрозы). У беременных с невротической патологией чаще наблюдались выкидыши.

При исследовании социального статуса анализировались образовательный уровень, производственная значимость, семейный статус.

Изучение уровня психического здоровья у беременных с различной акушерской патологией выявило преобладание преневротических состояний (61,2%) по сравнению с невротическими расстройствами (38,8%).

Изучение образовательного уровня показало преобладание женщин с высшим образованием: 32 с преневротическими состояниями (28,7%), 27 с неврозами (24,3%), 12 с акушерской патологией (31,6%), 9 здоровых (21,7%). Незаконченное высшее образование имели 15 женщин с преневротическими состояниями (13,5%), 6 с невротическими расстройствами (5,4%), 7 с акушерской патологией (18,4%), 4 здоровых (10,6%). Среднее специальное образование – 17 женщин (15,3%) с преневрозами, 6 с невротическими расстройствами (5,4%), 3 с акушерской патологией (7,9%), 1 здоровая (2,6%). Среднее образование – 4 женщин с преневрозами (3,6%), 4 с невротическими расстройствами (3,6%), 2 с акушерской патологией (5,2%).

Изучение профессиональной занятости выявило в группе преневротических состояний: 17 студенток (15,3%), 15 квалифицированных работниц (13,5%), 9 педагогов (8,1%), 8 руководителей (7,2%). В группе с невротическими расстройствами преобладали педагоги – 10 (9%), реже встречались студентки – 9 (8,1%), руководители – 5 (4,5%), квалифицированные работницы – 7 (6,3%). В контрольной группе женщин с акушерской патологией, но со стабильным психическим здоровьем преобладали студентки – 5 (13,2%) и инженеры – 5 (13,2%), реже встречались педагоги – 4 (10,6%). В контрольной группе здоровых беременных в большинстве были инженеры – 4 (10,6%), студентки – 3 (8%).

Изучение семейного положения показало, что основная когорта беременных состояла в браке: беременные с преневротическими состояниями – 45%, с невротическими расстройствами – 25,2%, с акушерской патологией – 31,6%, здоровые – 21,1%.

Психологическими факторами формирования психических расстройств являлись психологическая predisпозиция и психотравмирующие психогении. Изучение психической predisпозиции беременных показало в анамнезе преобладание лиц с тревожными и истерическими чертами характера. Основной психотравмирующей ситуацией при проблемах психического здоровья был диагноз акушерской патологии.

Изучение качества жизни у пациенток с различной патологией беременности выявило общее число баллов – $44,01 \pm 1,2$ балла, при преневротических состояниях – $44,9 \pm 1,54$ балла, при невротических расстройствах – $42,15 \pm 2,01$ балла. Снижение уровня качества жизни отмечено на уровне тенденции без достоверно статической значимости. У здоровых беременных показатели качества жизни – $49,1 \pm 1,6$ балла, у женщин с акушерской патологией, но без проблем с психическим здоровьем – $48,4 \pm 1,77$ балла. Статистически значимые различия выявлены при сравнении показателей пациенток с проблемами психического здоровья и пациенток контрольных групп ($p \leq 0,05$). При сопоставлении данных здоровых и пациенток с невротическими расстройствами так же выявлены достоверно значимые различия ($p \leq 0,05$), но сравнение показателей здоровых и беременных с преневротическими состояниями, а также женщин с невротическими расстройствами и ПДАС с контрольными группами обнаружило различия только на уровне тенденции.

Наиболее высокий уровень качества жизни был выявлен у пациенток с физической астенией, наименее низкие показатели – у беременных с соматовегетативным вариантом ПДАС. Социальный вектор качества жизни у всех обследованных находился примерно на одинаковом уровне. Психологический вектор был выше у пациенток с физической астенией, а низкие показатели фиксировались у беременных с дистимическими проявлениями. Физический вектор был выше у пациенток с физической астенией, а низкие показатели были у пациенток с соматовегетативными проявлениями.

Беременные с невротическими расстройствами выявили более низкие показатели качества жизни, с тревожными расстройствами – более высокий уровень качества жизни, сопоставимый с таковым при преневротических состояниях. Самые низкие показатели – у пациенток с расстройствами адаптации и диссоциативными расстройствами. Группу с низкими показателями качества жизни сформировали пациентки с диагнозами: посттравматические стрессовые расстройства, соматоформные нарушения и неврастения ($p \leq 0,01$ при сравнении с другими группами невротической патологии). Социальный

вектор качества жизни был высоким у пациенток с тревожными расстройствами, наиболее низким – с ПТСР ($p \leq 0,01$). Сопоставление данного показателя беременных с расстройствами адаптации, диссоциативными проявлениями, посттравматическими стрессовыми расстройствами выявляет статистически достоверно значимые различия ($p \leq 0,05$). Изучение психологического вектора качества жизни обнаружило значительное снижение данного показателя во всех группах, однако статистически значимые различия лишь при сравнении показателей группы с тревожными расстройствами и ПТСР ($p \leq 0,05$).

При исследовании физического вектора качества жизни выделены две группы беременных с высокими показателями встречаемости диссоциативных и тревожных расстройств и ещё две группы пациенток с низкими показателями встречаемости ПТСР и неврастении ($p \leq 0,01$).

Исследование отдельных категорий качества жизни показало наименьшие значения у пациенток с физической и психической астенией по «материальному положению» ($2,62 \pm 0,15$ балла и $2,64 \pm 0,14$ балла). Статистически достоверно эти показатели отличались ($p \leq 0,01$) от высоких значений по категориям «семья» ($3,70 \pm 0,08$ балла) при физической астении и «питание» ($3,52 \pm 0,17$ балла) при психической астении. При дистимическом варианте высокие значения фиксировались по категории «дети» ($3,11 \pm 0,20$ балла), низкие значения – «отдых» ($2,33 \pm 0,33$ балла) ($p \leq 0,01$). Соматовегетативные состояния протекали на фоне высоких показателей «питания» ($3,33 \pm 0,18$ балла) и низких показателей «душевного равновесия» ($2,33 \pm 0,30$ балла) ($p \leq 0,01$).

Невротические расстройства имели различия в оценке категорий качества жизни. При тревожных расстройствах высоко оценивался показатель «дети» ($3,42 \pm 0,17$ балла), низко – «душевное равновесие» ($2,50 \pm 0,20$ балла) ($p \leq 0,01$). При расстройствах адаптации высокие баллы получены по категории «район проживания» ($3,09 \pm 0,16$ балла), низкие – «общение с друзьями» ($2,09 \pm 0,21$ балла) ($p \leq 0,01$). При посттравматических стрессовых расстройствах высокие показатели выявлены по «жилищным условиям» ($3,09 \pm 0,16$ балла), низкие – «общение с друзьями», «сексуальная жизнь», «семья», «ду-

шевное равновесие» ($2,00 \pm 1,00$ балла; $2,00 \pm 0,00$ балла), но только на уровне тенденции. При диссоциативных расстройствах высоко оценивался показатель «питание» ($3,6 \pm 0,43$ балла), низко – «отдых» и «общение с друзьями» ($2,1 \pm 0,41$ балла) ($p \leq 0,05$). При соматоформных расстройствах высокие показатели получены по категориям «питание» и «район проживания» ($3,50 \pm 0,50$ балла), низкие – «душевное равновесие», «жилищные условия», «здоровье», «сексуальная жизнь», «духовные потребности», «развлечения» ($2,00 \pm 0,00$ балла; $2,00 \pm 1,00$ балла) без статистической достоверности различий.

При неврастении высокие показатели выявлены по категориям «район проживания» ($3,28 \pm 0,42$ балла) и «питание» ($3,14 \pm 0,40$ балла), низкие – «сексуальная жизнь» ($1,71 \pm 0,35$ балла), «работа» ($2,00 \pm 0,43$ балла), «душевное равновесие» ($2,14 \pm 0,45$ балла), «развлечения» ($2,14 \pm 0,34$ балла), «отдых» ($2,14 \pm 0,45$ балла), «материальное положение» ($2,14 \pm 0,40$ балла), статистически значимыми ($p \leq 0,01$) были только полярные показатели – «район проживания» и «сексуальная жизнь».

Сопоставление показателей качества жизни у пациенток с различной акушерской патологией показало, что уровень качества жизни у беременных с угрозой невынашивания беременности при невротических расстройствах ниже ($42,85 \pm 1,09$ балла), чем при преневротических состояниях ($47,38 \pm 1,12$ балла; $p \leq 0,01$). При многоводии и патологии плаценты выявляется аналогичная картина: наличие невротических расстройств ведет к значительному снижению уровня качества жизни ($41,96 \pm 1,08$ балла против $46,64 \pm 0,81$ балла при ПДАС; $p \leq 0,01$). При преэклампсии различие определяется лишь на уровне тенденции: при невротических расстройствах уровень качества жизни составляет $41,63 \pm 1,43$ балла, при ПДАС – $43,06 \pm 0,77$ балла.

При угрозе невынашивания беременности социальный вектор имеет сходные значения при невротических расстройствах и ПДАС ($15,14 \pm 1,11$ балла и $15,43 \pm 1,18$ балла). Психологический вектор при невротических расстройствах ($13,97 \pm 1,02$ балла) снижен по сравнению с ПДАС ($15,97 \pm 1,19$

балла), физический вектор при невротических расстройствах так же ниже ($13,74 \pm 1,15$ балла), чем при преневротических состояниях ($15,98 \pm 1,01$ балла).

При многоводии и патологии плаценты при преневротических состояниях выявлен более высокий социальный уровень качества жизни ($16,2 \pm 0,84$ балла), чем при невротических расстройствах ($14,6 \pm 10,2$ балла). Психологический вектор ниже при неврозах ($12,71 \pm 1,13$ балла) по сравнению с ПДАС ($15,08 \pm 0,89$ балла). Показатели физического вектора отличались незначительно: при неврозах – $14,65 \pm 1,1$ балла, при преневротических состояниях – $15,36 \pm 0,72$ балла.

При преэклампсиях сопоставление показателей векторов качества жизни не выявило существенных отличий между невротическими расстройствами и преневротическими состояниями. Социальный уровень был ниже при невротических расстройствах ($14,6 \pm 1,43$ балла), чем при ПДАС ($15,38 \pm 0,72$ балла); психологический уровень – $12,7 \pm 1,55$ балла и $13,52 \pm 0,78$ балла; физический уровень – $14,33 \pm 1,31$ балла и $14,16 \pm 0,82$ балла соответственно.

Изучение уровня тревоги выявило высокие показатели у женщин с патологией беременности и проблемами психического здоровья ($12,15 \pm 0,66$ балла). У здоровых беременных тревога имела меньшие значения ($4,8 \pm 0,87$ балла), так же как и у беременных с акушерской патологией, но без психопатологических проявлений ($4,71 \pm 0,79$ балла). Данные с высокой достоверностью отличаются от лиц с психопатологическими проявлениями ($p \leq 0,001$).

У женщин с преневротическими состояниями тревога определялась на уровне $7,37 \pm 0,98$ балла ($p \leq 0,05$ по сравнению со здоровыми и женщинами с патологией беременности, но без психических расстройств), при невротических расстройствах – $15,34 \pm 1,1$ балла ($p \leq 0,001$).

Исследование тревоги у женщин с патологией беременности при преневротических состояниях выявило наибольшие показатели у беременных с дистимическим и соматовегетативным вариантами ($p \leq 0,05$) в отличие от показателей ПДАС с физической и психической астенией. Изучение структуры тревоги обнаружило наибольший суммарный вклад в общую тревогу пси-

хической тревоги. Наименьшие показатели психической тревоги зарегистрированы у беременных с физической астенией, наиболее высокие данные получены при дистимическом варианте ПДАС ($p \leq 0,05$).

Высокие показатели психической тревоги зарегистрированы при психической астении и соматовегетативных проявлениях, но без статистически достоверной значимости различий. Соматическая тревога имела высокий уровень при дистимическом и соматовегетативном вариантах ПДАС ($p \leq 0,05$). Высокие показатели вегетативного уровня тревоги получены при соматовегетативных проявлениях преневротических состояний, которые отличаются от трех других вариантов ПДАС ($p \leq 0,01$).

При рассмотрении тревоги у пациенток с невротическими расстройствами наиболее высокие показатели имели пациентки с ПТСР ($19 \pm 1,3$ балла), низкие – беременные с расстройствами адаптации ($12,3 \pm 0,92$ балла; $p \leq 0,01$). Пациентки с тревожными расстройствами имели умеренные проявления тревоги ($13,51 \pm 1,06$ балла) в сравнении с пациентками с ПТСР ($p \leq 0,01$). Беременные с диссоциативными расстройствами, соматоформной симптоматикой, неврастенией имели схожие показатели тревоги ($15,89 \pm 1,11$, $15,5 \pm 1,03$ и $15,84 \pm 0,98$ балла), без статистической значимости различий при сравнении с другими группами неврозов. Как и при психодезадаптационных синдромах, базовой в структуре общей тревоги была психическая составляющая. Наиболее высокие показатели психической тревоги выявлены у беременных с ПТСР ($11,5 \pm 0,95$ балла), меньшие – с неврастенией ($7,13 \pm 0,73$ балла; $p \leq 0,01$). Показатели психической тревоги при ПТСР отличались от таковых при расстройствах адаптации ($8,39 \pm 0,71$ балла; $p \leq 0,05$), тревожных ($9,62 \pm 0,75$ балла), соматоформных ($9 \pm 0,87$ балла), диссоциативных ($8,82 \pm 1,02$ балла) расстройствах, но различия определялись только на уровне тенденции. Соматическая тревога имела высокий уровень у беременных с невротическими расстройствами: при неврастении ($6,14 \pm 0,17$ балла), ПТСР ($5,5 \pm 0,19$ балла), диссоциативных ($4,65 \pm 0,18$ балла) и соматоформных ($4,5 \pm 0,17$ балла)

расстройствах, превышая показатели соматической тревоги при тревожных расстройствах ($2,72 \pm 0,16$ балла; $p \leq 0,01$).

Вегетативные проявления тревоги были наиболее выражены при неврастении – $2,57 \pm 0,49$ балла, диссоциативных расстройствах – $2,49 \pm 0,35$ балла, ПТСР – $2 \pm 0,42$ балла, соматоформной патологии – $2 \pm 0,42$ балла. Низкий уровень вегетативной тревоги зарегистрирован при тревожных проявлениях – $1,19 \pm 0,23$ балла, статистически значимые различия имелись с данными при неврастении и диссоциативных расстройствах ($p \leq 0,05$).

Исследование симптомов тревоги при преневротических состояниях у беременных с акушерской патологии показало, что наиболее высокие значения имеют симптомы «напряжение», «тревога». «страхи» при всех вариантах ПДАС, но с наибольшей интенсивностью эти симптомы проявлялись при дистимическом психозадаптивном синдроме.

При тревожных расстройствах, ПТСР, расстройствах адаптации, диссоциативной психопатологии уровень симптома «тревога» выше, нежели при преневротических состояниях ($p \leq 0,05$), при соматоформных расстройствах и неврастении достоверно значимых различий не выявлено. Симптом «напряжение» имел незначительное повышение у беременных с невротическими расстройствами, лишь только при посттравматическом стрессовом расстройстве данный симптом имел высокие значения ($2,00 \pm 0,00$ балла), достоверно значимо отличаясь от показателей этого симптома у всех обследованных лиц ($p \leq 0,05$). Симптом «страхи» в большей степени определялся у пациенток с расстройствами адаптации и ПТСР ($2,00 \pm 0,00$ балла; $p \leq 0,05$).

Среди пациенток с невротическими расстройствами наиболее высокие показатели тревоги имели беременные с ПТСР, а низкие данные были характерны для беременных с расстройствами адаптации. Тревога нарастала за счет усиления психической тревоги (присоединение симптомов бессонницы, снижения работоспособности, депрессивного настроения) и присоединения симптомов соматической тревоги. Уровень тревоги, если рассматривать его в связи с акушерской патологией, был примерно одинаковым во всех группах

и имел статически значимые отличия лишь при сопоставлении невротических расстройств и преневротических состояний.

При изучении психологических защит наблюдались выраженные достоверно значимые отличия по психологической защите «вытеснение» между пациентками с невротическими расстройствами и контрольными группами (здоровые беременные, беременные с акушерской патологией, но без психических расстройств, суммарный показатель указанных выше групп) и при сравнении контрольных групп с преневротическими состояниями ($p \leq 0,05$).

Исследование психологических защит у пациенток с различной патологией беременности показало, что между видами акушерской патологии отсутствуют достоверно значимые различия при невротических расстройствах и преневротических состояниях. Так, при невынашивании беременности при невротических расстройствах выявляется небольшое усиление архаичных защит («замещение», «проекция», «регрессия»). Зрелые психологические механизмы защиты «компенсация» и «интеллектуализация» имели высокие и равнозначные значения в обеих группах.

Психологические защиты при многоводии и патологии плаценты беременности имели почти такой же профиль, как и у женщин при невынашивании беременности. Для женщин с невротическими расстройствами было характерно повышение зрелой психологической защиты «интеллектуализация» и архаической защиты «проекция», в то время как «регрессия» заметно снижена по сравнению с беременными с преневротическими состояниями.

Сопоставление психологических защит у женщин с преэклампсией выявило незначительное снижение «интеллектуализации» и повышение «реактивных образований», если психический статус обследованных характеризовался невротическими расстройствами.

Для изучения механизмов совладания со стрессом применялась методика исследования копинг-поведения, разработанная Е. Heim на основе изучения психологического стресса L. Murphy и R. Lazarus. С её помощью определялись способы преодоления трудностей в трех сферах копинг-поведения:

поведенческой, когнитивной, эмоциональной. Виды стратегий совладания распределялись по основным уровням: адаптивные, относительно адаптивные, неадаптивные. Испытуемые ранжировали предложенные варианты действий, мыслей, чувств по частоте их использования в стрессовых ситуациях. При обработке результатов особый интерес представляли не только три первых выбора, которые обозначались как предпочитаемые стратегии совладания, но и три последних выбора – как отвергаемые стратегии.

Сопоставление стратегий совладания со стрессом у здоровых лиц обнаружило сниженные показатели когнитивной стратегии по сравнению с поведенческой и эмоциональной.

При сопоставлении данных контрольных групп женщин с проблемами психического здоровья выявлены значительные отличия по всем стратегиям. При преневротических расстройствах все стратегии совладания со стрессом снижают эффективность своего воздействия ($p \leq 0,05$), что наиболее отчетливо проявляется в эмоциональной сфере. При невротических расстройствах достоверная значимость различий возрастает ($p \leq 0,01$): наиболее низкие показатели получены при исследовании когнитивной стратегии при угрозе невынашивания беременности, эмоциональной стратегии – при патологии плаценты, а также эмоциональной и поведенческой стратегий – при преэклампсии.

Таким образом, изменение копинг-стратегий является существенным фактором в системе «адаптация – дезадаптация» у женщин с различной патологией беременности. Существенное отличие адаптивных поведенческих стилей и адаптивных эмоциональных стратегий от показателей здоровых беременных связано со значительным вкладом в патогенез заболевания психологических составляющих. У беременных с невротическими расстройствами увеличивается спектр неадаптивных стилей поведения. Пассивные стратегии являются когнитивно-поведенческими переменными и влияют на прогноз заболевания. Активные проблемно-ориентированные действия в психогенной ситуации стресса, в том числе в условиях болезни, обеспечивают высокий уровень адаптации и положительную динамику заболевания. Учитывая

сложность применения лекарственных средств в когорте беременных с преневротическими состояниями и невротическими расстройствами, приведенные данные будут являться одним из общих ориентиров психотерапии в системе лечения и реабилитации.

На основании полученных данных разработаны 3 комплексные реабилитационные психотерапевтические программы для профилактики развития психических нарушений при различных видах патологии беременности.

Программа 1 предназначена для беременных с угрозой невынашивания.

При ПДАС (преневротические состояния) – образовательный цикл, рациональная психотерапия, психотерапия тревожных проявлений – метод терапевтических метафор.

При невротических расстройствах – когнитивно-рациональная и позитивная эмоционально-образная терапия (визуализация благополучного протекания беременности).

Программа 2 разработана для беременных с многоводием и патологией плаценты.

При ПДАС (преневротические состояния) наряду с информационно-образовательной программой акцент делался на рациональную психотерапию и трансовые дыхательные техники.

При невротических расстройствах вышеуказанные методики дополнялись телесно-ориентированной психотерапией.

Программа 3 ориентирована на беременных с преэклампсией.

При ПДАС (преневротические состояния) использовалась рациональная и эмоционально-образная терапия в сочетании с информационно-образовательным комплексом.

При невротических расстройствах – невербальные техники эриксоновского гипноза и бихевиоральная психотерапия.

Каждая из трех программ проводится в виде трёх последовательных этапов в зависимости от акушерской и психиатрической патологии.

На I этапе (в I-II триместре) участницы заполняли индивидуальные карты обследования, каждая из них проходила психологическое тестирование, проводилось клинико-психопатологическое исследование: сбор анамнеза, жалоб. При этом выявлялись актуальные психогении, вызвавшие ту или иную патологию беременности. Учитывались данные осмотров терапевта, невролога, гинеколога.

На II этапе проводились 10 тематических занятий, включающих образовательный и когнитивный компоненты, арттерапию, метафоротерапию.

Факт преобладания беременных с преневротическими состояниями объясняется ростом инфантилизации в обществе, в молодежной среде особенно, когда беременные – сами будущие матери – приходили в сопровождение матерей и даже бабушек. У таких пациенток наблюдались достаточно низкие показатели расстройств качества жизни, что вызывало трудности в психотерапевтическом процессе. Под действием неблагоприятных социальных, физических и психологических факторов преневротические состояния с течением беременности имели высокую вероятность динамического перехода в неврозы. Поэтому таким женщинам уделялось особое внимание.

Таким образом, на II этапе было сформировано ещё 2 подгруппы беременных: с преневротическими состояниями и невротическими расстройствами. В целом за время работы с такими пациентками разработано и внедрено 6 психокоррекционных программ. На II этапе психотерапевтическая помощь предлагалась в виде психокоррекционных техник и релаксационных методик. По окончании II этапа психолого-психотерапевтических занятий проводилось повторное психологическое тестирование с целью регистрации субъективной оценки динамики психоэмоционального состояния.

На III этапе была создана открытая психотерапевтическая группа, которую свободно могли посещать беременные на всём протяжении беременности с обсуждением наиболее волнующих и актуальным тем, общением по интересам. Цель III этапа – закрепить и усовершенствовать полученные навыки и сохранить их до периода родов. Под влиянием психотерапевтиче-

ской коррекции укреплялась система значимых отношений личности. Занятия проводились в формате групповой терапии с частотой 1 раз в неделю.

Следует отметить, что если в I-II триместре больший акцент проецировался на работу с группами беременных с угрозой невынашивания, многоводием и патологией плаценты, то в III триместре внимание было обращено на пациенток с преэклампсией, многоводием и патологией плаценты. Причём снижение тревожности к III триместру отмечалось у пациенток с угрозой невынашивания, а повышение тревожности – у пациенток с преэклампсией. При многоводии и патологии плаценты уровень тревоги в триместрах не изменялся, а снижался только ближе к родам: на 37–38-й неделе.

Таким образом, за время нахождения беременных на учете в женской консультации осуществлялся постоянный мониторинг за их психическим состоянием, подтвердивший клиническое улучшение в самочувствии преобладающего большинства пациенток (95,5%).

Оценка эффективности применяемых психопрофилактических и реабилитационных программ у беременных осуществлялась с использованием клинико-катамнестического метода, который применялся по окончании II этапа психокоррекции и включал в себя повторное психологическое тестирование с целью субъективной оценки динамики психоэмоционального состояния.

Клиническая эффективность комплексных программ выражалась в полном устранении или снижении выраженности и интенсивности психопатологической симптоматики при невротических расстройствах либо в значительном снижении тяжести тревожных и депрессивных проявлений в структуре преневротических состояний, что подтверждалось показателями клинических шкал.

Полученные нами результаты доказывают необходимость внедрения разработанных программ психотерапевтической работы с беременными на базе женских консультаций. Это позволяет своевременно диагностировать и купировать развитие психических расстройств у данной категории женщин,

что способствует значительному увеличению эффективности реабилитационных воздействий при патологии вынашивания, повышению качества жизни женщин с акушерской патологией, благоприятному исходу беременности и родов.

ВЫВОДЫ

1. Исследование психического здоровья 111 женщин с патологией беременности (угроза невынашивания, многоводие и патология плаценты, преэклампсия) выявило высокий уровень психических расстройств, из них преневротические состояния встречались в 61,2% случаев, невротические расстройства – в 38,8%.

1.1. Преневротические состояния при акушерской патологии характеризовались психодезадаптационным синдромом с физической астенией ($p < 0,01$), при преэклампсии чаще встречался соматовегетативный вариант ПДАС.

1.2. Невротические расстройства у женщин с угрозой невынашивания беременности чаще проявлялись тревожными расстройствами ($p < 0,01$ по сравнению с другими невротическими расстройствами), при многоводии и патологии плаценты преобладали расстройства адаптации ($p < 0,01$), при преэклампсии – неврастения ($p < 0,01$).

2. Субъективная оценка суммарного качества жизни у женщин с преневротическими состояниями была достоверно выше ($p < 0,01$), чем при невротических расстройствах, наиболее низкий уровень качества жизни зарегистрирован у женщин с преэклампсией. При невротических расстройствах наиболее низкие показатели качества жизни были у женщин с ПТСР, соматоформными расстройствами и неврастенией.

3. Психологический профиль женщин с патологией беременности характеризовался выраженным уровнем тревоги, напряженностью психологических защит, проблемами совладания со стрессом:

3.1. При невротических расстройствах выявлены достоверные различия при исследовании уровня тревоги ($p < 0,001$) и нарастание симптомов психической тревоги по сравнению с контрольными группами и беременными с преневротическими состояниями. При преэклампсии наблюдались наиболее высокие показатели ($19,31 \pm 1,19$ балла) и выраженные проявления соматической тревоги. При угрозе невынашивания беременности уровень тревоги составлял $14,09 \pm 2,09$ балла ($p < 0,05$), при патологии плаценты – $13,86 \pm 1,31$ балла ($p < 0,05$) с усилением нейровегетативных симптомов.

3.2. У беременных с невротическими расстройствами и преневротическими состояниями наблюдалось снижение зрелых психологических защит «интеллектуализация» ($p < 0,01$), наиболее частое использование незрелых защит «вытеснение», «реактивное образование». Различия в группах с различной акушерской патологией выявлены на уровне тенденции.

3.3. Копинг-стратегии у беременных с преневротическими состояниями соответствовали поведенческим копингам у женщин без патологии психического здоровья. При невынашивании беременности снижались эмоциональные, когнитивные и поведенческие стратегии, при многоводии и патологии плаценты – эмоциональные. При преэклампсии выявлялись самые низкие показатели по эмоциональным и поведенческим стилям.

4. Формирование психических нарушений при патологии беременности обусловлено наличием акушерской патологии, возрастом беременной, семейными, образовательными и профессиональными характеристиками, соматическими проблемами и психотравмирующими факторами:

4.1. Наличие дополнительных психотравмирующих факторов (усиление акушерской патологии, появление соматических заболеваний, семейные конфликты, проблемы с учебной/работой) приводило к нарастанию симптомов

тревоги и быстрому переходу преневротического состояния в невротическое расстройство.

5. Динамика психопатологических расстройств показывает, что тяжесть акушерской патологии усиливает психопатологические проявления. Наиболее тяжёлой группой были пациентки с преэклампсией: незначительные проявления преневротических состояний сохранялись на протяжении всей беременности, а психопатологические проявления невротических расстройств исчезали достаточно медленно к III триместру и имели тенденцию к затяжному течению.

6. На основании полученных данных были разработаны 3 комплексные реабилитационные психотерапевтические программы:

6.1. Программа 1 для беременных с угрозой невынашивания. При преневротических состояниях – образовательный цикл, рациональная психотерапия, психотерапия тревожных проявлений – терапевтические метафоры. При невротических расстройствах – когнитивно-рациональная и позитивная эмоционально-образная терапия (визуализация благополучного протекания беременности).

6.2. Программа 2 для беременных с многоводием и патологией плаценты. При преневротических состояниях наряду с образовательной программой акцент делался на рациональную психотерапию и трансовые дыхательные техники. При невротических расстройствах вышеописанные методики дополнялись телесно-ориентированной психотерапией.

6.3. Программа 3 для беременных с преэклампсией. При преневротических состояниях – рациональная и эмоционально-образная терапия в сочетании с образовательным комплексом. При невротических расстройствах – невербальные техники эриксоновского гипноза и бихевиоральная психотерапия.

7. Оценка клинической эффективности психопрофилактических реабилитационных программ у беременных осуществлялась с использованием клинико-динамического метода. Во всех группах улучшение клинической

симптоматики (ремиссия «А» – 95,5%) сопровождалось снижением тревоги, повышением уровня качества жизни. Ремиссия «В» наблюдалась в 4,5% случаев при преневротических состояниях у беременных с преэклампсией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков, В.А. Неврозы / В.А. Абабков. – СПб.: Изд-во Диля, 2002. – 154 с.
2. Абрамченко, В.В. Психосоматическое акушерство / В.В. Абрамченко. – СПб.: Сотис, 2001. – 311 с.
3. Абрамченко, В.В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / В.В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 350 с.
4. Аксенов, М.М. Клиническая динамика стрессоустойчивости при непсихотических психических расстройствах / М.М. Аксенов, В.Я. Семке, Т.П. Ветлугина, О.Э. Перчаткина, А.В. Диденко, А.В. Гычев, В.А. Рудницкий // Сибирский вестник наркологии. – 2011. – № 4 (67). – С. 11–19.
5. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1200 с.
6. Александровский, Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 240 с.
7. Арина, Г. А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности / Г. А. Арина, В.В. Николаева // Психологический журнал. – 2003. – № 1. – С. 119–124.

8. Архангельский, А.Е. Патология нервной системы и беременность: автореф. дис. ... д-ра мед наук / А.Е. Архангельский – СПб., 1999. – 46 с.
9. Ахмадеева, Э.Н. Избранные лекции по педиатрии / Э.Н. Ахмадеева. – Уфа: Виртуал, 2003. – 434 с.
10. Баженова, О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка / О.В. Баженова, Л.Л. Баз, О.А. Копыл // Синапс. – 1993. – № 4. – С. 20–25.
11. Балашов, П.П. Тревожно-фобические невротические расстройства у беременных женщин / П.П. Балашов, Н.Л. Мамышева, А.М. Колесникова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4 (67). – С. 90–92.
12. Барашнев, Ю. А. Клинико-морфологическая характеристика и исходы церебральных расстройств при гипоксически-ишемических энцефалопатиях / Ю. А. Барашнев // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 5. – С. 9–42.
13. Баскакова, С.А. Современные представления о способах совладания со стрессом / С.А. Баскакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 2. – С. 88–96.
14. Белов, В.Г. Клинико-психофизиологические маркеры стрессоустойчивости при невынашивании беременности / В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов и др. // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2010. – № 4 (32). – С. 68–72.
15. Белокрылова, М.Ф. Особенности медицинской реабилитации пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, ассоциированными с соматическими заболеваниями / М.Ф. Белокрылова, Н.П. Гарганеева, В.Я. Семке, В.Ф. Лебедева, Е.М. Епанчинцева, О.А. Редчиц, А.К. Костин, Е.В. Лукьянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4 (67). – С. 78–84.
16. Белокрылова, М.Ф. Непсихотические психические расстройства у женщин: возрастной аспект / М.Ф. Белокрылова, Н.П. Гарганеева, М.М. Аксенов, Е.В. Лукьянова, О.Э. Перчаткина, А.К. Костин, В.А. Рудницкий, Е.М. Епа-

чинцева, В.С. Мальцев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 4 (93). – С. 33–39.

17. Билецкая, М.П. Психотерапия женщин с патологией беременности. Материалы IV Российского форума «Здоровье детей: профилактика социально значимых заболеваний. Санкт-Петербург – 2010» / М.П. Билецкая, О.А. Лисицына // Педиатр. – 2010. – Т. 1, № 1. – С. 11.

18. Блох, М.Е. Использование психотерапии у женщин с невынашиванием беременности / М.Е. Блох // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4–5. – С. 199–207.

19. Блох, М.Е. Психотерапевтическое вмешательство в структуре комплексной помощи женщинам с нарушением репродуктивного здоровья на этапе планирования беременности. Материалы III Конгресса психотерапевтов и психологов-консультантов в Санкт-Петербурге (1–2 февраля 2013 г.) / М.Е. Блох // Психотерапия. – 2013. – № 2 (122). – С.11–12.

20. Бохан, Т.Г. Роль индивидуально-психологических факторов в формировании навыков разрешения социальных проблем / Т.Г. Бохан // Сибирский психологический журнал. – 2000. – № 13. – С. 56.

21. Бохан, Т.Г. Реферативный анализ проблемы изучения факторов риска невынашивания беременности / Т.Г. Бохан, А.Л. Филоненко // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 334. – С. 142–146.

22. Буль, П.И. Основы психотерапии / П.И. Буль. – Л.: Изд-во «Медицина», Ленинградское отделение, 1974.

23. Варшавский, К.М. Гипносуггестивная терапия / К.М. Варшавский. – М.: Изд-во «Медицина», 1973.

24. Васильева, В.В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения / В.В. Васильева, В.В. Авруцкая // Психологический журнал. – 2008. – Т.29, № 3. – С. 110–119.

25. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др.. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 54 с.
26. Вельвовский, И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов / И.З. Вельвовский. – М., 1963. – 308 с.
27. Ветчанина, Е.Г. Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса и особенности их психокоррекции: дис. ... канд. психол. наук / Е.Г. Ветчанина. – Томск, 2003. – 191 с.
28. Виноградова, Е.В. Социально-психологический анализ факторов риска развития гестозов / Е.В. Виноградова // Вопросы ментальной медицины и экологии. – М., 1990. – С. 54–73
29. Виш, И.М. Внушение и аутогенная тренировка как средства восстановления нервной деятельности / И.М. Виш // Вопросы психотерапии: автореф. докл. на Всесоюз. совещании по психотерапии (27–30 июня 1966 г.). – М., 1966. – С. 37–38.
30. Власова, Т.В. Когнитивно-бихевиоральный подход в психотерапии и консультировании: Хрестоматия / сост. Т.В. Власова. – Владивосток: ГИ МГУ, 2002. – 110 с.
31. Гацаева, Л.Т. Психосоматические взаимоотношения во время беременности у женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности / Л.Т. Гацаева, А.М. Торчинов, С.Г. Цахилова // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18, № 3. – С. 190–192.
32. Гирич, Н.Я. Этиологически ориентированное комплексное немедикаментозное лечение в терапевтической и акушерско-гинекологической практике / Н.Я. Гирич. – Красноярск, 1993. – 46 с.
33. Гирич, Я.П. Этологическая теория в разработке лечебных и профилактических программ / Я.П. Гирич. – Красноярск: Фонд ментального здоровья, 1994. – 96 с.

34. Гончар, Н.В. Вегетососудистая дистония как маркер соматических последствий никотиновой зависимости в раннем онтогенезе / Н.В. Гончар, М.И. Соколова, М.В. Новожилова, А.Ф. Филимонова // Детская медицина Северо-Запада. – 2012. – Т. 3, № 1. – С. 50–54.

35. Горемыкин, В.И. Изменения психоэмоционального статуса беременных с угрозой прерывания и их коррекция / В.И. Горемыкин, А.А. Протопопов, К.А. Королев, И.Д. Черняк // Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: материалы Всероссийской конференции с международным участием. – Иваново, 2001. – С. 144–147

36. Грандилевская, И.В. Комплексная программа психологического сопровождения беременных / И.В. Грандилевская // Вестник СПбГУ. – 2009. – Сер. 12, вып. 4. – С. 226–230.

37. Гречаный, С.В. Феномен «переходного материнства» и синдром «грусти родильниц» / С.В. Гречаный, Е.В. Кожадей // Сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. – СПб., 2016. – С. 114–115.

38. Гриндер, Д. Паттерны гипнотических техник Милтона Эриксона / Д. Гриндер / пер. с англ. – М.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 414 с.

39. Грон, Е.А. Генетические и психологические аспекты невынашивания беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.А. Грон. – М., 2004. – 23 с.

40. Гужвина, Е.Н. Плацентарная недостаточность с позиции концепции о типах адаптации матери и плода к родовому стрессу / Е.Н. Гужвина, О.Б. Мамиев // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2012. – № 3(39). – С. 81–85.

41. Гундаров, И.А. Роза качества жизни / И.А. Гундаров // Сибирское здоровье. – 1995. – № 1. – С. 15–16.

42. Девойно, Л.В. Психонейроиммуномодуляция. Поведение и иммунитет. Роль «нейромедиаторной установки мозга» / Л.В. Девойно, Г.В. Идова, Е.Л. Альперина. – Новосибирск: Наука, 2009. – 167 с.
43. Дементий, Л.И. Особенности копинг-стратегий беременных с разным типом психологического компонента гестационной доминанты / Л.И. Дементий, Ю.Г. Василевская // Вестник Омского университета. – 2012. – № 4. – С. 251–255.
44. Дилтс, Р. Фокусы языка. Изменение убеждений с помощью НЛП / Р. Дилтс. – СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
45. Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков, О.В. Защирина. – СПб., 1993. – С. 21.
46. Добряков, И.В. Депрессия в период беременности / И.В. Добряков, И.А. Колесников // Журн. неврологии и психиатрии. – 2008. – Вып. 7. – С. 91–97.
47. Добряков, И.В. Перинатальная психотерапия семьи / И.В. Добряков // Вестник новых мед. технологий. – 2009. – Т. XVI, № 4. – С. 191–192.
48. Добряков, И.В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты / И.В. Добряков // Вестник Российской Военно-медицинской академии – 2014. – Т. 45, № 1. – С. 46–50.
49. Добряков И.В. Перинатальная психологическая помощь как ранняя психопрофилактика нервно-психических расстройств / И.В. Добряков // Сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. – СПб., 2016. – С. 132–133.
50. Добрянская, Р.Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у беременных женщин, отличающихся стратегиями копинг-поведения / Р.Г. Добрянская, И.Д. Евтушенко, Ю.В. Кузьмина // Сибирский психологический журнал. – 2007. – № 25. – С. 215–218.
51. Евтушенко, И.Д. Психические заболевания, ассоциированные с особенностями течения беременности и родов / И.Д. Евтушенко, Т.П. Крас-

ноносеньких, П.П. Балашов // Бюллетень СО РАМН. – 2003. – № 2 (108). – С. 9–11.

52. Ениколопов, С.Н. Отношение к соматическим симптомам у беременных с угрозой прерывания / С.Н. Ениколопов, К.Д. Хломов, С. О. Кузнецова // Московский психотерапевтический журнал. – 2009. – № 1 (60). – С.112–125

53. Еуров, В.Е. Профилактика перинатальных и послеоперационных осложнений методом психофизиоаутотренинга при плановом кесаревом сечении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1991. – 25 с.

54. Ефанова, Т.С. Структура психических расстройств у беременных с угрозой прерывания / Т.С. Ефанова, Р.И. Захаров // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 51–53.

55. Залевский, Г.В. Индивидуально-психологические особенности беременных в прогнозе формирования девиантных форм материнского поведения / Г.В. Залевский, Н.Л. Мамышева, И.Л. Шелехов // Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 22. – С. 7–12.

56. Захаров, Р.И. Особенности психических расстройств при гестозах (клиника, психотерапевтическая коррекция, профилактика) / Р.И. Захаров: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2001. – 18 с.

57. Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е.Р. Исаева. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. – 136 с.

58. Казначеев, В.П. Физическое развитие и состояние здоровья детей в подростковом возрасте, рожденных болевшими во время беременности женщинами / В.П. Казначеев, В.Д. Петерсон, В.Г. Селятицкая, Л.О. Гаврилова, С.В. Одинцов, Е.В. Ладунова, Т.И. Ребяченко, В.В. Гаузер // Бюллетень СО РАМН. – 2004. – № 1 (111). – С. 8–13.

59. Карвасарский, Б.Д. Психопрофилактический метод обезболивания родов / Б.Д. Карвасарский // Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб., 2000. – С. 419–421.

60. Карвасарский, Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – 3-е изд., перераб.и доп. – СПб.: Питер-Юг, 2006. – 944 с.
61. Карвасарский, Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Изд-во «Медицина», 1985. – 303 с.
62. Касьянова, О.А. Психологические аспекты невынашивания беременности / О.А. Касьянова // Современные технологии охраны репродуктивного здоровья на региональном уровне: Материалы научно-практической конференции. – Саратов, 2004. – С. 67–71.
63. Кипчатова, Т.Ю. Психовегетативный статус беременных с хронической фетоплацентарной недостаточностью и возможности её коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. Ю. Кипчатова. – Саратов, 2011. – 26 с.
64. Клещенко, С.А. Динамика вегетативного баланса при функциональных нагрузочных пробах у беременных с преждевременными родами / С.А. Клещенко, Р.Р. Мандрова, Л.И. Погорелова // Бюллетень СО РАМН. – 2011. – Т. 31, № 3. – С. 45–50
65. Клубова, Е.Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов / Е.Б. Клубова // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии: сб. науч. тр. / под общ. ред. М.М. Кабанова. – СПб.: Изд. ПНИ и М.В.М. Бехтерева, 1994. – Т. 133. – С. 77–81.
66. Ковалева, Т.А. Оценка качества жизни и уровень тревоги у беременных женщин с хроническими гепатитами В и С // Т.А. Ковалева, Е.А. Алексеева, И.Е. Куприянова, К.И. Чуйкова // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26, № 4. – Вып. 1. – С. 96–99.
67. Коваленко, Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов / Н.П. Коваленко. – СПб., 2001. – 318 с.
68. Коваленко, Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов: медико-социальные проблемы: дис. ... д-ра психол. наук / Н.П. Коваленко. – СПб., 2002. – 492 с.

69. Коваль, И.П. Влияние психоэмоционального статуса и вегетативной регуляции беременных женщин групп высокого риска по перинатальным осложнениям на исход родов и состояние новорожденных: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Владивосток, 2000. – 24 с.
70. Колесников, И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии): автореф. дис. ...канд. мед. наук / И. А. Колесников. – СПб, 2010. – 27 с.
71. Королева, Н.Н. Влияние внутриличностного конфликта на психоэмоциональный статус беременных и способы его коррекции / Н.Н. Королева // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. Серия: Педагогика и психология. – 2011. – № 1. – С. 86–94.
72. Костенко, И.В. Личностные особенности у беременных с различной степенью тяжести гестоза / И.В. Костенко // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3. – С. 317–320.
73. Кох, Л. И. Влияние тревожности на течение беременности и родов у женщин крайних возрастных групп / Л.И. Кох, Ю.В. Егоркина // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2008. – Т. 23, № 1 (2) – С. 15–19.
74. Кочнева, М.А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А. Кочнева. – М., 1992. – 22 с.
75. Кошелева, Н.Г. Невынашивание беременности: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение / Н.Г. Кошелева. – СПб., 2002. – 58 с.
76. Криворотько, Я.В. Динамика формирования непсихотических психических расстройств у беременных по триместрам беременности / Я.В. Криворотько // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вып. 1 (66). – С. 54–59.

77. Кулаков, В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулаков, В.Н. Прилепская, В.Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1056 с.
78. Кулида, Л.В. Клиническое значение плацентарных факторов в генезе перинатальной патологии при беременности, осложненной гестозом / Л.В. Кулида, И.А. Панова, Л.П. Перетятко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 7, № 2. – С. 25–28.
79. Кулиев, Р.Т. Предболезненные психические нарушения при физиологически протекающей беременности / Р.Т. Кулиев, В.А. Руженков // Современные проблемы науки и образования: электрон. науч. журн. – 2012. – № 6.
80. Кулиев, Р.Т. Психофармакотерапия при психических расстройствах у женщин с физиологически протекающей беременностью / Р.Т. Кулиев, В.А. Руженков // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2012. – № 22 (141). – С. 41–45.
81. Куприянова, И.Е. Профиль качества жизни больных невротическими расстройствами / И.Е. Куприянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 2. – С. 67–69.
82. Куприянова, И.Е. Качество жизни и психическое здоровье / И.Е. Куприянова, В.Я. Семке. – Томск: Изд-во «Раско», 2004. – 121 с.
83. Куприянова, И.Е. Качество жизни – ведущая парадигма современной психиатрии (по материалам XIII Всемирного конгресса психиатрии) / И.Е. Куприянова, В.Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2 (40). – С. 76–78.
84. Куприянова, И.Е. Качество жизни и превентивная психиатрия / И.Е. Куприянова, В.Я. Семке. – Томск, 2007. – 186 с.
85. Куприянова, И.Е. Клинические особенности и психологические характеристики беременных, страдающих гестозом / И.Е. Куприянова, Л.А. Агаркова, М.Я. Лисовская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5 (68). – С. 72–74.

86. Куприянова, И.Е. Психическое здоровье беременных / И.Е. Куприянова, Р.И. Захаров, Т.С. Ефанова [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2 (71). – С. 80–84.
87. Куприянова, И.Е. Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С / И.Е. Куприянова, К.И. Чуйкова, Т.А. Ковалёва, Е.А. Алексеева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 63–65.
88. Куприянова, И.Е. Адаптивные копинг-стратегии беременных женщин с хроническими гепатитами В и С / И.Е. Куприянова, К.И. Чуйкова, Т.А. Ковалёва, С.В. Спивак // Проблемы коморбидности у больных шизофренией: сб. тез. научно-практ конф. с международным участием. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2014. – 72–73.
89. Куприянова, И.Е. Клинические проявления у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами в III триместре и их взаимосвязь с показателями тревоги / И.Е. Куприянова, С.В. Спивак, К.И. Чуйкова, Е.И. Петрова, Е.М. Климанова // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2016. – Т. 31, № 3. – С. 68–71
90. Купченко, В.Е. Самосознание и эмоциональное состояние женщины в период беременности / В.Е. Купченко // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. – № 1. – С. 48–59.
91. Ласая, Е.В. Психотерапия при угрозе прерывания беременности / Е.В. Ласая // Новые технологии в медицине: диагностика, лечение, реабилитация: Материалы конференции. – Минск, 2002. – С. 269–270.
92. Ласая, Е.В. Клинико-психологические особенности и психотерапия беременных с соматоформной вегетативной дисфункцией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Ласая. – Минск, 2003. – 17 с.
93. Лашманов, Б.В. Профилактика психосоматических нарушений во время беременности / Б.В. Лашманов, В.Г. Абашин, Н.В. Павлова, А.Б. Шангин // Вестник Российской Военно-мед. академии. – 2011. – № 1 (33). – С.112–114.

94. Лебединский, М.С. Очерки психотерапии / М.С. Лебединский. – М.: Медицина, 1959.
95. Ледина, В.Ю. Комплексная модель подготовки беременных к родам в профилактике психосоматических дезадаптаций рожениц: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Ю. Ледина. – СПб., 2004. – 25 с.
96. Лысенко, О.В. Характеристика типичных психологических состояний при нормальной и осложненной поздним гестозом беременности / О.В. Лысенко, С.Н. Занько, С.В. Лысенко // Вестник ВГМУ. – 2004. – Т. 3, № 1. – С. 62–68.
97. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во «Эксмо», 2005. – 992 с.
98. Мальгина, Г.Б. Патогенез, профилактика и коррекция перинатальных осложнений при психоэмоциональном стрессе в период беременности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.Б. Мальгина. – СПб., 2003. – 49 с.
99. Мартыненко, П.Г. Прогнозирование преждевременных родов на основе выявления наиболее значимых факторов риска / П.Г. Мартыненко, В.Г. Волков // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 1. – С. 103–107.
100. Марфина, Н.А. Психотерапевтическая помощь беременным с поздним токсикозом / Н.А. Марфина // Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии: сборник материалов научно-практической конференции. – Уфа, 1994. – С. 97–101.
101. Медведев, Б.И. Новые организационные технологии реабилитации репродуктивного здоровья женщин после самопроизвольного выкидыша / Б.И. Медведев, Е.Е. Воропаева // Вестник ЮУрГУ. – 2011 – № 7, вып. 26. – С. 81–83.
102. Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств / пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: «Оверлайн», 1994. – 430 с.

103. Миронова, Е.С. Психологические факторы неготовности к материнству (на примере женщин с угрозой прерывания беременности): дис. ... канд. психол. наук / Е.С. Миронова. – М., 2011. – 186 с.
104. Михалевич, С.И. Психосоциальные нарушения у беременных после преодоления бесплодия / С.И. Михалевич, Н.Л. Андреева // Охрана материнства и детства. – 2006. – № 2 (8). – С. 10–20.
105. Могеладзе, Н.О. Влияние изменения качества жизни населения на показатели невынашивания беременности и развития плода / Н.О. Могеладзе, В.А. Щуров // Современные наукоемкие технологии. – 2009. – № 9. – С. 110–112.
106. Мубаракшина, А.Р. Асфиксия как фактор риска развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей / А.Р. Мубаракшина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. – № 6. – С. 67–72.
107. Мухамадиев, И.М. Течение беременности, родов и перинатальные исходы у женщин, перенесших экстремальные ситуации: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.М. Мухамадиев. – Душанбе, 2004. – 22 с.
108. Мухамедрахимов, Р.Ж. Формы взаимодействия матери и младенца / Р.Ж. Мухамедрахимов // Вопросы психологии. – 1994. – № 6.
109. Насырова, Р.Ф. Междисциплинарный подход к реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями, ассоциированными с непсихическими психическими расстройствами // Р.Ф. Насырова, Л.С. Сотникова, И.Е. Куприянова, В.А. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – Т. 63, № 6. – С. 57–59.
110. Насырова, Р.Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетический, социально-психологический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Р.Ф. Насырова. – Томск, 2012. – 50 с.
111. Немцева, Т.В. Влияние психопрофилактической подготовки и индивидуальной поддержки в родах на эффективность обезболивания и исходы родов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Немцева. – Барнаул, 2005. – 23 с.

112. Никифорова, Т.В. Распространенность и факторы риска развития депрессивных расстройств у женщин с проблемой плода в анамнезе / Т.В. Никифорова, Е.Д. Счастный, Г.А. Михеенко // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т. 25, № 4, вып. 2. – С. 154–156.

113. Никифорова, Т.В. Значимость временного фактора при формировании депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе / Т.В. Никифорова, Л.А. Агаркова, Е.Д. Счастный, Г.А. Михеенко // Врач-аспирант. – 2012. – Т. 54, № 5.2. – С. 286–290.

114. Никифорова, Т.В. Клинические проявления депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе / Т.В. Никифорова, Л.А. Агаркова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6 (81). – С.46–50.

115. Ниязalieва, Д.О. Морфофункциональные особенности плацентарного комплекса у беременных с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.О. Ниязalieва. – М., 2005. – 18 с.

116. Оганесян, М.Г. Патофизиологические аспекты нарушения репродуктивной функции после воздействия психоэмоционального стресса: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.Г. Оганесян. – М., 1997. – 38 с.

117. Пайнз, Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / Д. Пайнз / пер. с англ. Н.И. Замфир / под ред. М.М. Решетникова. – СПб.: Восточно-Европейский Ин-т психоанализа; Б. С. К., 1997. – 195 с.

118. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан / пер. с нем. Ю.С. Наумовой. – 3-е изд-е. – М.: Ин-т позитивной психотерапии, 2009. – 464 с.

119. Пенжоян, М.А. Оценка регуляторно-адаптивного статуса беременных женщин, прошедших психопрофилактику / М.А. Пенжоян, Г.В. Гудков, Н.В. Кривоносова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 6 (120). – С. 108–113.

120. Петрова, Н.Н. Психозэмоциональные нарушения и беременность / Н.Н. Петрова // Медицина XXI век. – 2006. – № 3 (4). – С. 44–46.
121. Печникова, Е.Ю. Особенности стиля переживания беременности и онтогенеза материнской сферы при акушерской патологии / Е.Ю. Печникова // Перинатальная психология репродуктивной сферы. – 2010. – № 1. – С. 121–137.
122. Пирогова, П.В. Семейная дезадаптация пациентов с невротическими расстройствами / П.В. Пирогова, И.Е. Куприянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 (62) – С. 16–17.
123. Платонов, К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор / К.И. Платонов. – М., 1962. – 437 с.
124. Погасий, С.Б. Состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с артериальной гипотонией. Методы коррекции: дис. ... канд. мед. наук / С.Б. Погасий. – Харьков, 1990. – 123 с.
125. Прохоров, В.Н. Возможности применения методики психофизической релаксации при психозэмоциональном напряжении у беременных / В.Н. Прохоров, О.В. Прохорова, Е.А. Петросян // Уральский медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 64–66.
126. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер-Юг, 2006. – 944 с.
127. Равинг, Л.С. Социально-психологические аспекты угрозы прерывания беременности у женщин города Кемерово / Л.С. Равинг, И.Ю. Карась // Успехи современного естествознания: материалы конференций. – Пенза: Изд. дом «Академия естествознания», 2004. – № 3. – С. 32–33.
128. Романова, Е.С. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика / Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников. – Мытищи: Талант, 1999. – 144 с.
129. Руженков, В.А. Психические расстройства у женщин, прерывающих беременность по медицинским показаниям на поздних сроках / В.А. Руженков, М.А. Качан // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 3 (60). – С. 35–37.

130. Руженков, В.А. Непсихотические психические расстройства при неосложненной беременности / В.А. Руженков, Р.Т. Кулиев, Н.И. Жернакова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – № 16 (15). – С. 46–52.

131. Рыбалка, А.Н. Психологическая адаптация женщин во время беременности и после родов / А.Н. Рыбалка, И.С. Глазков, И.Б. Глазкова // Здоровье Украины. – 2011. – № 3 (42). – С. 44–49.

132. Рылова, О.В. Влияние различных методов дородовой подготовки на течение беременности, качество жизни и психоэмоциональный статус женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. В. Рылова. – Самара, 2009. – 24 с.

133. Рымашевский, Н.В. Методические аспекты оценки некоторых соматических и вегетативных функций в онтогенезе / Н.В. Рымашевский, И.И. Мирущенко, А.Ф. Михельсон, Н.А. Алексеева. – Ростов н/Д, 1985. – 49 с.

134. Рядовая, Л.А. Гормональные и генетические особенности женщин с невротическими психическими расстройствами / Л.А. Рядовая, Е.В. Гуткевич, Л.А. Агаркова, Н.А. Габитова // Бюллетень СО РАМН. – 2009. – № 2 (136). – С. 9–13

135. Салдусова, О.А. Интранатальная гипоксия плода при фетоплацентарной недостаточности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Салдусова. – М., 2006. – 24с.

136. Северный, А.А. Психосоматические аспекты беременности / А.А. Северный, Т.А. Баландина, К.В. Солоед, Р.И. Шалина // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 4. – С. 17–22.

137. Семке, В.Я. Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции, Сообщение 1 (Обзор материалов X конгресса Всемирной Ассоциации психиатров) / В.Я. Семке, И.Е. Куприянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1998. – № 1–2. – С. 118–123.

138. Семке, В.Я. Факторы риска и патогенетические механизмы при хронических неспецифических болезнях / В.Я. Семке, Я.П. Гирич, Г.Т. Красильников, Т.В. Коробицина. – Томск: «Экос», 1998. – 64 с.

139. Семке, В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 403 с.
140. Семке, В.Я. Качество жизни как критерий психического здоровья женщин / В.Я. Семке, И.Е. Куприянова, В.Б. Трусов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 1. – С. 37—41.
141. Семке, В.Я. Клиническая нейроиммунопатология / В.Я. Семке, Т.П. Ветлугина, Т. И. Невидимова. – Томск: РАСКО, 2003. – 298 с.
142. Семке, В.Я. Психогении современного общества / В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. – 408 с.
143. Семке, В.Я. Исследовательские подходы к классификации пограничных и аддиктивных расстройств / В.Я. Семке // Медицинская психология в России: [Электронный ресурс]. – 2012. – Т. 13, № 2.
144. Серикова, О.И. Пограничные психические расстройства при наиболее распространенных акушерско-гинекологических заболеваниях (клиника, систематика, психотерапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.И. Серикова. – Харьков, 1992. – 22 с.
145. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. – М.: Триада – Х, 2005. – 304 с.
146. Сидоров, А.Е. Осложнения беременности и родов и их профилактика у женщин с психическими нарушениями: дис. ... канд. мед. наук / А.Е. Сидоров. – Казань, 2003. – 123 с.
147. Ситдилов, З.А. Теоретико-методологические аспекты изучения качества жизни и психического здоровья в разных социально-профессиональных группах населения / З.А. Ситдилов, И.Е. Куприянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2. – С. 15–17.
148. Скрицкая, Т.В. Особенности психологического реагирования и системы ценностных ориентаций женщины в период беременности / Т.В. Скрицкая, Н.В. Дмитриева. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2002. – 96 с.
149. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей / А.Б.Смулевич. – М.: МИА, 2001. – 256 с.

150. Соколова, О.А. Динамика личностных характеристик женщины в период беременности как фактор психического здоровья матери и ребенка / О.А. Соколова, Е.А.Сергиенко // Психологический журнал. – 2007. – № 6. – С. 69–81.
151. Турченко, Н.М. Использование гипносуггестивной психотерапии в ведении осложненной беременности при различной стереофункциональной организации системы «мать – плацента – плод»: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.М. Турченко. – М., 2005. – 23 с.
152. Тютюнник, В.Л. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции / В.Л. Тютюнник, О.И. Михайлова, Н.А. Чухарева // РМЖ. Неврология. Психиатрия. – 2009. – № 20. – С. 1386–1389.
153. Улумбекова, Г.Э. Демография и показатели здоровья населения России / Г.Э. Улумбекова // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 2. – С. 28–35.
154. Урусова, О.А. Динамика психических состояний беременных и их нормализация с помощью авторской программы психофизиологической подготовки к родам: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Урусова. – Калуга, 2004. – 168 с.
155. Филиппова, Г.Г. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности / Г.Г. Филиппова, И.Н. Черткова, И.М. Сапарова, М.В. Антонов, О.А. Соколова, А.В. Рябухина, Ю.В. Пашкова, Ю.А. Николаева // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4–5. – С. 64–82
156. Филиппова, Г.Г. Психологическая готовность к материнству / Г.Г. Филиппова // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / под ред. А.Н. Васиной. – М., Изд-во «УРАО», 2005. – 328 с.
157. Филоненко, А.Л. Особенности становления «пренатальной психологической общности» беременных женщин с нормальным физиологиче-

ским течением беременности и с угрозой её прерывания / А. Л. Филоненко // Вестник ТГПУ. – 2011. – Вып. 12 (114). – С. 212–217.

158. Фишман, Б.Б. Особенности неврологического статуса и осложнений у детей с внутриутробной инфекцией / Б.Б. Фишман, С.Э. Тишина // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 6. – С. 44–47.

159. Хломов, К.Д. Влияние психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей на течение беременности женщин с угрозой прерывания / К.Д. Хломов, С.Н. Ениколопов // Сибирский психологический журнал. – 2007. – № 26. – С. 148–153.

160. Хломов, К.Д. Психоэмоциональные особенности беременных с угрозой прерывания: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.Д. Хломов. – М., 2008. – 25 с.

161. Чехлатый, Е.И. Совладающее поведение у больных неврозами, лиц с преневротическими нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.И. Чехлатый. – СПб., 2007. – 59 с.

162. Чехонацкая, М.Л. Особенности психоэмоционального статуса у беременных с фетоплацентарной недостаточностью / М.Л. Чехонацкая, Е.В. Чернышкова, А.А. Чехонацкий, Т.Ю. Кипчатова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 541–547.

163. Швецов, М.В. Факторы риска невынашивания и вклад телесно-ориентированной психотерапии в комплексное лечение беременных женщин: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.В. Швецов. – Томск, 2002. – 40 с.

164. Шелехов, И.Л. Влияние типа акцентуации личности и структуры ценностей на формирование материнской функции беременных женщин: автореф. дис. ... канд. психол. наук / И.Л. Шелехов. – Томск, 2006. – 26 с.

165. Шиповская, В.В. Взаимосвязь личностных свойств и беспомощности в сложной ситуации беременности / В.В. Шиповская // Известия ВГПУ. Психологические проблемы современного образования. – 2008. – С. 249–252.

166. Ширинян, Л.В. Роль психофизиологической адаптации во время беременности в профилактике гестационных и перинатальных осложнений: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.В. Ширинян. – Благовещенск, 2006. – 25 с.
167. Шкуротенко, О.С. Влияние психологических особенностей беременной женщины на психосоматические показатели новорожденного / О.С. Шкуротенко // Вектор науки ТГУ. – 2011. – № 4 (18). – С. 396–401.
168. Щеглова, И.Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Ю. Щеглова. – СПб., 1992. – 19 с.
169. Якутовская, С.Л. Роль психологических, гемодинамических и нейрогуморальных факторов в патогенезе невынашивания беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Л. Якутовская. – Минск, 1998. – 20 с.
170. Ananthakrishnan, A.N. Impact of pregnancy on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease / A.N. Ananthakrishnan, Y. Zadvornova, A.S. Naik, M. Issa, L.P. Perera // Dig. Dis. – 2012. – Sep. – P. 472–477.
171. Arnon, J. The use of psychiatric drugs in pregnancy and lactation / J. Arnon, S. Shechtman, A. Ornoy // Isr. J. Psychiatr. RelatSci. – 2000. – Vol. 37, № 3. – P.205–222.
172. Badawi, N. Antepartum risk factors for newborn encephalopathy: the Western Australian case-control study / N. Badawi, J.J. Kurinczuk, J.M. Keogh et al. // BMJ. – 1998. – Vol. 317, № 7172. – P. 1554–1558.
173. Bansil, P. Maternal and fetal outcomes among women with depression / P. Bansil, E.V. Kuklina, S.F. Meikle et al. // J. Womens Health (Larchmt). – 2010. – Vol. 19, № 2. – P. 329–334.
174. Bergner, A. Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatic and coping / A. Bergner, R. Beyer, B.F. Klapp, M. Rauchfuss // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. – 2008. – Jun. – Vol. 29 (2). – P. 105–113.

175. Berk, M. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? / M. Berk, L.J. Williams, F.N. Jacka et al. // *BMC Medicine*. – 2013. – Vol. 11. – P. 200–215.
176. Blackmore, E. R. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety / E. R. Blackmore, D. Côté-Arsenault, W. Tang, V. Glover, J. Evans, J. Golding, T. G. O'Connor // *Am. J. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 159. – P. 1954–1955.
177. Buist, A. Perinatal mental health – identifying problems and managing medications / A. Buist // *Aust. Fam. Physician*. – 2014. – Vol. 43, № 4. – P. 182–185.
178. Challis, J.R. Inflammation and Pregnancy / J.R. Challis, C.J. Lockwood, L. Myatt et al. // *Reprod. Scienc.* – 2009. – Vol. 16, № 2. – P. 206–215.
179. Cohen, L.S. Birth outcomes following prenatal exposure fluoxetine / L.S. Cohen, V.L. Heller, J.W. Bailey et al. // *Biol. Psychiatr.* – 2000. – Vol. 48, № 10. – P. 996–1000.
180. Cohen, L.S. Psychological aspects of pregnancy / L.S. Cohen. – New York, 1994
181. Connelly, C.D. A model for maternal depression / C.D. Connelly, M.J. Baker-Ericzen, A.L. Hazen et al. // *J. Womens Health (Larchmt)*. – 2010. – Vol. 19, № 9. – P. 1747–1757.
182. Ding, X.X. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies / X.X. Ding, W.Y. Lu, S.J. Xu et al. // *J. Affect. Disord.* – 2014. – Vol. 159. – P. 103–110.
183. Fertl, K. Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage / K. Fertl et al. // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2009. – Jan. – Vol. 142 (1). – P. 23–29.
184. Field, T. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate / T. Field et al. // *Depression and Anxiety. Special Issue: Anxiety disorders in women*. – 2003. – Vol. 17. – P. 140–151.

185. Field, T. Prenatal depression effects on the foetus and neonate in different ethnic and socio-economic status groups / T. Field et al. // *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. – 2002. – Vol. 20. – P. 149–157.
186. Frydenberg, E. Academic and general well-being: The relationship with coping / E. Frydenberg, R. Lewis // *Austr. J. Guid. Counsel.* – 1999. – Vol. 9, № 1. – P. 19–35.
187. Gaynes, B.N. The aims and design of the sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D) study / B.N. Gaynes, L. Davis, A. Rush et al. // *Primary Psychiatry*. – 2005. – Vol. 12, № 2. – P. 36–41.
188. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // *Br. J. Med. Psychol.* – 1959. – Vol. 32, № 1. – P. 50–55.
189. Harville, E.W. Stress questionnaires and stress biomarkers during pregnancy / E.W. Harville, D.A. Savitz, N. Dole et al. // *J. Womens Health (Larchmt)*. – 2009. – Vol. 18, № 9. – P. 1425–1433.
190. Heim, E. Coping und Adaptivitat: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping? / E. Heim // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* – 1988. – Vol. 38, № 1. – P. 8–18.
191. Ip, S. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries / S. Ip, M. Chung, G. Raman et al. // *Evid. Rep. Technol. Assess. (Full Rep.)*. – 2007. – №. 153. – P. 186.
192. Jessup, M.A. Cooper. Smoking and behavioral health of women / M.A. Jessup, S.L. Dibble, A. Bruce // *J. Womens Health (Larchmt)*. – 2012. – Vol. 21, № 7. – P. 783–791.
193. Katon, J.G. Diabetes and depression in pregnancy: is there an association? / J.G. Katon, J. Russo, A.R. Gavin et al. // *J. Womens Health (Larchmt)*. – 2011. – Vol. 20, № 7. – P. 983–989.
194. Klock, S.C. Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion / S.C. Klock, G. Chang et al. // *Psychosomat.* – 1997. – V. 38. – P. 503–507.

195. Ko, J.Y. Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005–2009 / J.Y. Ko, S.L. Farr, P.M. Dietz, C.L. Robbins // *J. Womens Health*. – 2012. – Vol. 21, № 8. – P. 830–836.
196. Koh, Y.W.M. The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong / Y.W.M. Koh, C.Y. Chui, C.S.K. Tang, A. Lee // *Depress. Res. Treat.* – 2014. – Vol. 2014. – Article ID 127632. – P. 1–11.
197. Kupriyanova, I. *Neurotik disorders: pharmaco- and psychotherapy* / I. Kupriyanova. – North Carolina, USA: Lulu Press Inc. Raleigh, 2015 – 93 p.
198. Lau, Y. The effect of maternal stress and health-related quality of life on birth outcomes among Macao Chinese pregnant women / Y. Lau // *PerinatNeonatal. Nurs.* – 2013. – Jan. – P. 14–24.
199. Lazarus, R.S. *Stress, appraisal, and coping* / R.S. Lazarus, S. Folkman. – New York: Springer, 1984. – 456 p.
200. Lazarus, R.S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks / R.S. Lazarus // *An. Rev. Psychol.* – 1993. – Vol. 44. – P. 1–21.
201. Lazarus, R.S. Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping / R.S. Lazarus // *J. Pers.* – 2006. – Vol. 74, № 1. – P. 9–46.
202. Le, H.-N. Identifying risk for onset of major depressive episodes in low-income Latinas during pregnancy and postpartum / H.-N. Le // *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. – 2004. – Vol. 26. – P. 463–482.
203. Leigh, B. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress / B. Leigh, J. Milgrom // *Journal of Affective Disorders*. – 2008. – Vol. 80. – P. 65–73.
204. Lunardi, L.L. Quality of life in pregnant women with epilepsy versus women with epilepsy / L.L. Lunardi, A.L Costa, C.A. Guerreiro, E.A. Souza // *Arq. Neuropsiquiatr.* – 2011. – P. 336–341.

205. Matthieu, M. Using stress, appraisal, and coping theories in clinical practice: assessments of coping strategies after disasters / M. Matthieu, A. Ivanoff // *Brief Treatment and Crisis Intervention*. – 2006. – Vol. 6, № 4. – P. 337–348.
206. McLeod, S. Stress Management / S. McLeod. – 2015. – URL: <http://www.simplypsychology.org/saul-mcleod.html>.
207. Meneses, D.G. Breastfeeding: an emotional instinct / D.G. Meneses // *Breastfeed. Med.* – 2013. – Vol. 8. – P. 191–197.
208. Misri, S. Reproductive Psychiatry: An Overview [Electronic resource] / S. Misri. – New York, 2000. – Mode access: 138.
209. Möhler, E. Emotional stress in pregnancy predicts human infant reactivity / E. Möhler, P. Parzer et al. // *Early Hum Dev.* – 2006. – Nov. – Vol. 82 (11). – P. 731–737.
210. Moylan, S. The neuroprogressive nature of major depressive disorder: pathways to disease evolution and resistance, and therapeutic implications / S. Moylan, M. Maes, N.R. Wray, M. Berk // *Mol. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 18. – P. 595–606.
211. Murray, L. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age / L. Murray, A. Arteche, P. Fearon et al. // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 50. – P. 460–470.
212. Mutter, W.P. Molecular mechanisms of preeclampsia / W.P. Mutter, S. A. Karumanchi // *Microvasc. Res.* – 2008. – Vol. 75, № 1. – P. 1–8.
213. Nelson, D.B. The role of stress, depression, and violence on unintended pregnancy among young urban women / D.B. Nelson, S.J. Lepore // *J. Womens Health (Larchmt)*. – 2013. – Vol. 22, № 8. – P. 673–680.
214. Noorbala, A.A. Psychiatric disorders among infertile and fertile women / A.A. Noorbala, F. Ramezanzadeh, N. Abedinia, M.M. Naghizadeh // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2009. – V. 44, № 7. – P. 587–591.
215. O'Hara, M.W. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression / M.W. O'Hara, S. Stuart, L.L. Gorman, A. Wenzel // *Arch. Gen. Psychiatr.* – 2000. – Vol. 57, № 11. – P. 1039–1045.

216. Oates, M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality / M. Oates // *Br. Med. Bull.* – 2003. – Vol. 67, № 1. – P. 219–229.
217. O'Connor, T.G. Diurnal cortisol patterns and psychiatric symptoms in pregnancy: short-term longitudinal study / T.G. O'Connor, W. Tang, M.A. Gilchrist et al. // *Biol. Psychol.* – 2014. – Vol. 96. – P. 35–41.
218. Orr, S.T. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy / S.T. Orr, D.G. Blazer, S.A. James, J.P. Reiter // *J. Womens Health.* – 2007. – Vol. 16, № 4. – P. 535–542.
219. Pariante, C.M. Depression during pregnancy: molecular regulations of mothers' and children's behavior / C.M. Pariante // *Biochem. Soc. Trans.* – 2014. – Vol. 42, № 2. – P. 582–586.
220. Pereira, M. Quality of life and emotional distress among HIV-positive women during transition to motherhood / M. Pereira, M. C. Canavarro // *Span Psychol.* – 2012. – Nov. – P. 1303–1314.
221. Perrez, M. Stress und Coping als Einfluss-faktoren (für die Aetiologie psychischer Störungen) / M. Perrez, A.-R. Laireiter, U. Baumann // *Lehrbuch Klinische Psychologie Psychotherapie* / U. Baumann, M. Perrez (Eds.). – Bern: Hans Huber, 1997. – P. 277–305.
222. Raison, C.L. Is depression an inflammatory? / C.L. Raison, A.H. Miller // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2011. – Vol. 13, № 6. – P. 467–475.
223. Razurel, C. Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature / C. Razurel, B. Kaiser, C. Sellenet, M. Epiney // *Women Health.* – 2013. – Vol. 53, № 1. – P. 74–99.
224. Reck, C. The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome / C. Reck, K. Zimmer, S. Dubber et al. // *Arch. Womens Ment. Health.* – 2013. – Vol. 16, № 5. – P. 363–369.

225. Ritter, C. Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy / C. Ritter et al. // *Health Psychology*. – 2000. – Vol. 19. – P. 576–585.
226. Rosenquist, S.E. When the bough breaks: rethinking treatment strategies for perinatal depression / S.E. Rosenquist // *Am. J. Clin. Hypn.* – 2013. – Vol. 55, № 3. – P. 291–323.
227. Ross, L.E. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review / L.E. Ross, L.M. McLean // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 6, № 8. – P. 1285–1298.
228. Rubertsson, C. Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample / C. Rubertsson, U. Waldenstrom, B. Wickberg // *J. Reproductive and Infant Psychology*. – 2003. – Vol. 21. – P. 113–123.
229. Semke, V. Basic principles and approach to therapy of mental disorders in aboriginal scanty peoples of East Russia / V. Semke // *Word Cultural Psychiatry Research Review*. – 2015. – V. 10, № 2. – P. 57–58.
230. Soares, C.N. Perinatal depression: searching for specific tools for a closer look at this window / C.N. Soares, M. Steiner // *J. Clin. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 70, № 9. – P. 1317–1318.
231. Spinelli, M.G. Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy Versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women / M.G. Spinelli, J. Endicott // *Am. J. Psychiat.* – 2003. – Vol. 160, № 3. – P. 555–562.
232. Swanson, L.M. Relationships among depression, anxiety, and insomnia symptoms in perinatal women seeking mental health treatment / L.M. Swanson, S.M. Pickett, H. Flynn, R. Armitage // *J. Womens Health*. – 2011. – Vol. 20, № 4. – P. 553–558.
233. Varga, A. Deviant mother, Her parental family and baby perception / A. Varga, I. Hamitova, V. Sidorova // *Reconciliation. New voices for a new era: XXII IFTA Family Therapy World Congress*. – Oslo, Norway, 2000. – P. 162.
234. Vythilingum, B. Anxiety disorders in pregnancy and postnatal period / B. Vythilingum // *CME*. – 2009. – Oct. – Vol. 27, № 10. – P. 450–452.

235. Wadhwa, P.D. Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health / P.D. Wadhwa // Psychoneuroendocrinology. – 2005. – Sep. – Vol. 30 (8). – P. 724–743.
236. Wang, P. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study / P. Wang, S.R. Liou, C.Y. Cheng // BMC Pregnancy Childbirth. – 2013. – Jun.
237. Weidner, K. Effects of psychosomatic interventions within the consultation service of a gynecological university hospital / K. Weidner, K. Zimmermann, M. Neises et al. // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. – 2006. – V. 56, № 9–10. – P. 362–369.
238. Wenderlein, J.M. Evolution promotes a minimal effect of fetal labor stress during birth / J.M. Wenderlein // Z. Geburtshilfe Neonatol. – 2013. – May-Jun. – P. 82–85.
239. Wenderlein, J.M. Gestose und Psychosomatic / J.M. Wenderlein // Zbl. Gynar. – 1983. – V. 103, № 22. – P. 1457–1467.
240. World Health Organization. WHO-QOL: Study Protocol. Division of Mental Health. – Geneva, 1993. – P. 361–374.
241. Xu, F. Does infant feeding method impact on maternal mental health? / F. Xu, Z. Li, C. Binns, M. Bonello et al. // Breastfeed. Med. – 2014. – Vol. 9, № 4. – P. 215–221.
242. Yamaguchi, K. Prevention of striae gravidarum and quality of life among pregnant Japanese women / K. Yamaguchi, N. Suganuma, K. Ohashi // Midwifery. – 2013. – Aug. 17.
243. Yelland, J.S. A national approach to perinatal mental health in Australia: Exercising caution in the roll-out of a public health initiative / J.S. Yelland, G.A. Sutherland, J.L. Wiebe et al. // Med. J. Aust. – 2009. – Vol. 191, № 5. – P. 276–279.