

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У )

*На правах рукописи*

**Кулиев Рустам Тельманович**

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН  
ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ**  
**(клиника и лечение)**

14.01.06 – психиатрия

**Диссертация**

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

Руженков Виктор Александрович

**Белгород - 2018**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. Клинико-психологические и клинико-психопатологические характеристики беременных.....	9
1.1. Влияние нормально протекающей беременности на психологический статус женщины.....	9
1.2. Клинико-психопатологические характеристики беременных женщин.....	15
1.3. Психофармакотерапия беременных с установленной психической патологией.....	24
1.4. Психотерапия в структуре комплексной подготовки к родам и лечению пограничных психических расстройств.....	29
Глава 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ЖЕНЩИН С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	33
Глава 3. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	40
3.1. Распространенность и клиническая структура психических расстройств у женщин с нормально протекающей беременностью.....	40
3.2. Социально-демографическая характеристика и особенности протекания беременности у женщин без психических расстройств.....	42
3.3. Донозологические психические расстройства при физиологически протекающей беременности.....	45
3.4. Состояния повышенного риска дезадаптации при физиологически протекающей беременности.....	55
3.5. Социально-демографические характеристики женщин с физиологически протекающей беременностью и психическими расстройствами клинического уровня.....	62
3.6. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, с отдаленными последствиями ЧМТ.....	64
3.7. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, и алкоголизмом.....	68

3.8. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, с шизофренией и шизотипическим расстройством.....	74
3.9. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, с аффективными расстройствами настроения.....	77
3.10. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами.....	80
3.10.1. Тревожно-фобические расстройства.....	83
3.10.2. Другие тревожные расстройства.....	85
3.10.3. Расстройства адаптации.....	89
3.10.4. Соматоформная вегетативная дисфункция.....	97
3.10.5. Неврастения.....	100
3.11. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, с расстройствами личности.....	103
3.12. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, с легкой умственной отсталостью.....	106
Глава 4. ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	109
4.1. Психотерапия в структуре комплексного лечения при психических расстройствах на фоне физиологически протекающей беременности.....	110
4.2. Психотерапия в структуре комплексного лечения при психических расстройствах, на фоне физиологически протекающей беременности.....	112
4.3. Контрольный этап (результаты терапии).....	121
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	123
ВЫВОДЫ.....	132
Библиографический указатель.....	134

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Физиологически протекающая беременность регистрируется в 22,6-36,2% случаев (Михайлин Е. С. с соавт., 2014; Ветушенко С.А., Захарова Т.Г. , 2014) и является стрессовым фактором (Филинов А.Г., Брагина Л.Б., 2012), основу которого составляют процессы адаптации и компенсации, а некоторыми авторами (Колесников И. А., 2008; Купченко В. Е., 2008) рассматривается как кризисная ситуация. С момента беременности формируется материнская доминанта (Аршавский И.А., 1967; Добряков И. В., 2015), включающая в себя гестационную, родовую и лактационную. Гестационная доминанта включает в себя физиологический и психологический компоненты: первый отвечает за перестройку в работе различных систем органов, а психологический – на клиническом уровне проявляется некоторым заторможенным состоянием беременной, преобладанием у нее интересов, связанных с рождением и здоровьем будущего ребенка (Хазова С.А., Золотова И.А., 2009).

По данным акушеров-гинекологов (А.Е.Сидоров, 2003), пограничные психические расстройства диагностируются у 56,7% беременных, ранее не обращавшихся за психотерапевтической помощью, а в период беременности от 45% (Бронфман С.А. с соавт., 2014) до 70% (Buist A., 2006) обнаруживают симптомы депрессии. Состояние тревожности различного уровня наблюдается у 40% женщин с нормально протекающей беременностью (Аведисова А.С., 2004; Gavin N.I.et al., 2005), что связывают с изменениями гормонального фона (Soares C.N., 2009). Субсиндромальная тревога выявляется у 37% беременных (Балашов П.П. с соавт., 2014). Риск развития депрессии при беременности составляет 9% (Гарданова Ж.Р. с соавт., 2016).

Отсутствие терапии при психических расстройствах (Bonari L. et al., 2004) у беременных приводит к перинатальным осложнениям (преэклампсии, угрозе выкидыша, замедлению развития плода, преждевременным родам), а эмоциональный стресс отрицательно влияет на внутриутробное развитие плода (Grizenko N. et al., 2008; Sharma P. et al., 2017). Важно выявление пред-

расположенности к нервно-психическим нарушениям у беременных женщин на ранних этапах их развития (Добряков И.В., Макушкин Е.В., Костерина Е.М., 2009), организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации и применение психофармакотерапии (Осипчук Д.О., 2009). В результате своевременной терапии происходит оптимизация родовой деятельности и улучшаются физические показатели новорожденных (Куприянова И.Е. с соавт., 2014; Rondó P.H.C. et al., 2016; Dolman C. et al., 2016; Suzuki S., 2017).

**Степень разработанности проблемы.** Большинство исследований психических расстройств у беременных проводились без учета наличия-отсутствия патологии беременности и гестозов (Куприянова И. Е. с соавт., 2012; Ефанова Т. С., Захаров Р. И., 2013; Бронфман С.А. с соавт., 2014; Vuist A., 2006; C.N. Soares, 2009). Поэтому, особенности течения психических расстройств при неосложненной беременности изучены недостаточно. В литературе встречаются единичные работы, посвященные данной проблеме (Осипчук Д.О., 2009). Кроме того, существует точка зрения, что сама беременность не связана с увеличенным риском расстройств психики (Мохаммад Х.К., 2006; Vesga-Lopez O. et al., 2009).

В связи с этим, **целью исследования** была верификация распространенности и клинической структуры психических расстройств при физиологически протекающей беременности для разработки дифференцированных алгоритмов психотерапии и психофармакотерапии.

***Задачи исследования:***

1. Изучить распространенность и особенности клинической картины психических расстройств при физиологически протекающей беременности.
2. Исследовать распространенность и клиническую структуру донозологических психических расстройств и состояний высокого риска дезадаптации у исследуемого контингента.

3. Верифицировать роль индивидуально-личностных, социально средовых и гестационных факторов в генезе и динамике психических расстройств при беременности, протекающей без осложнений.
4. Разработать дифференцированные подходы к психотерапии и психофармакотерапии беременных с психическими расстройствами и оценить их эффективность на основе числа осложнений беременности поздних сроков и родов.

**Научная новизна и теоретическая значимость исследования.** Впервые на клинически репрезентативном материале изучена распространенность и описана клиническая структура психических расстройств при физиологически протекающей беременности. Впервые верифицирована роль личностных, социально-средовых и физиологических факторов в генезе психических расстройств, донозологических нарушений и состояний высокого риска социальной дезадаптации. Впервые описаны предболезненные психические расстройства и состояния высокого риска дезадаптации, возникающие в физиологически протекающем гестационном периоде. Выявлена роль психических расстройств в формировании осложнений беременности поздних сроков и родов. Впервые выяснены особенности изменения межличностных взаимоотношений при физиологически протекающей беременности и их влияние на психическое состояние. Уточнена роль гестационных факторов в генезе, обострении и динамике психических расстройств, что обогащает знания о психических расстройствах при физиологически протекающей беременности.

**Практическая значимость.** Разработаны дифференцированные подходы к оказанию психотерапевтической и психофармакологической помощи беременным с психическими расстройствами, что позволит оптимизировать их социальную адаптацию и создать благоприятную атмосферу для вынашивания беременности. Разработаны дифференцированные алгоритмы психофармакотерапии и психотерапии, внедрение которых позволит нормализовать психический статус беременных, повысить качество их жизни и будет способствовать благоприятному течению беременности.

**Внедрение результатов исследования в практику.** Результаты исследования используются в педагогическом процессе кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии; кафедры акушерства и гинекологии НИУ БелГУ; в практической работе Белгородской областной клинической психоневрологической больницы и женской консультации №2 г. Белгорода.

**Степень достоверности результатов исследования** подтверждается репрезентативностью выборки и адекватной поставленной цели и задачам исследования статистической обработкой базы данных.

**Личный вклад автора.** Автором проанализированы отечественные и зарубежные источники по теме диссертации, проведено клинко-психопатологическое и психометрическое обследование 450 беременных, составлена база данных и проведена ее статистическая обработка, обобщены результаты исследования, подготовлены публикации, текст диссертации и автореферат.

**Апробация и публикация результатов исследования.** Материалы исследования докладывались на Белгородской областной научно-практической конференции «Семейная медицина. Здоровьесбережение» 10 ноября 2017 г.), на межкафедральной конференции НИУ БелГУ 01 марта 2018 г.

По результатам исследования опубликовано 10 печатных работ, в том числе 6 в журналах, рекомендуемых ВАК, 1 – в журнале, индексируемом Scopus и 1 – Web of science.

#### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Физиологически протекающая беременность в силу гестационной доминанты, сопровождающейся астенией и тревогой, а также высокой значимостью рождения ребенка, изменяет привычную систему семейных отношений и облегчает проявление имеющихся психических расстройств.
2. Физиологически протекающая беременность при конфликтных семейных отношениях с угрозой их разрыва у лиц с повышенной тревожностью, эмоциональной неустойчивостью и выраженным эгоцентризмом может

являться самостоятельным психотравмирующим фактором, приводящим к формированию расстройств адаптации.

3. Клинические проявления психических расстройств у женщин с физиологически протекающей беременностью отличаются полиморфизмом и включают сложное сочетание физиологических, психогенных, личностных и собственно психопатологических проявлений.
4. При беременности снижается порог переносимости психогенных влияний, что нередко обуславливает у лиц с акцентуацией характера формирование донозологических психических расстройств (невротических и адаптационных реакций) и состояний повышенного риска дезадаптации.
5. Применение методов психотерапии при лечении беременных с пограничными психическими расстройствами приводит к улучшению их психического состояния и улучшает социальную адаптацию.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, I главы – обзора литературы, II главы – материалов и методов исследования, III главы – результатов исследования, IV главы – методов психотерапии, заключения, выводов и библиографического указателя, содержащего 228 источников (131 отечественных и 97 зарубежных). Диссертация изложена на 160 страницах машинописного текста, содержит 48 таблиц.



## Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

### ***КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БЕРЕМЕННЫХ***

#### **1.1. Влияние нормально протекающей беременности на психологический статус женщины**

Беременность, протекающая без осложнений, регистрируется от 22,6% (Михайлин Е.С. с соавт., 2014) до 36,2% (Ветушенко С.А., Захарова Т.Г., 2014) случаев. Считается (Филинов А.Г., Брагина Л.Б., 2012), что даже нормально протекающая беременность является стрессовым фактором, физиологическую основу которого составляют процессы адаптации и компенсации. Поэтому некоторые авторы (Ringler M., 1981; Анфиногенова Н.Г., 1986; Кочнева М.А., 1990; Шелехов И.Л., 2006; Колесников И.А., 2008; Купченко В.Е., 2008) рассматривают физиологически протекающую беременность как кризисную ситуацию.

В течение беременности в организме женщины происходят изменения на физиологическом и нервно-психическом уровне, что является необходимым при создании оптимальных условий для развития плода (Аршавский И.А., 1957). Автор предложил термин «гестационная доминанта» для квалификации возникающей во время беременности функциональной системы, включающей физиологический и психологический компоненты. Указанная доминанта определяется биологическими и психическими изменениями у беременной и направлена на сам процесс беременности с последующим рождением ребенка и уходом за ним.

Так, психологическая составляющая гестационной доминанты направлена на охрану плода в течение всей беременности, способствует формированию отношения женщины к будущему ребенку и обуславливает ее поведение во время беременности (Добряков И.В., 2010). После родов биологическими (гормональными), психологическими и социальными факторами формируется материнская доминанта (Аршавский И.А., 1957; Батуев А.С., 1996), которую последовательно составляют гестационная, родовая и лактационная

доминанты, являющиеся важными как для ребенка, так и для матери (Батуев А.С., Соколова Л. В., 2007).

Известно, что негативные воздействия внешней среды могут отрицательно влиять на формирование материнской доминанты и приводить к ее нарушению (Батуев А.С., 1996).

Установлено, что физиологически протекающая беременность определенным образом влияет на психическое здоровье женщины (Кочнева М.А., 1990). При этом, среди женщин с нормально протекающей беременностью преобладают лица с низким уровнем нервно-психического напряжения. Кроме того, для них характерны низкий уровень тревожности, устойчивость к фрустрации, обладают низкими показателями агрессивности. В то же время, наличие тревожного и гипогестогнозического типа психологического компонента гестационной доминанты у беременных может указывать на риск развития такого осложнения беременности, как гестоз (Лысенко О.В. с соавт., 2004).

В психологии беременность рассматривается как особый этап в жизни женщины, который способствует развитию материнства в ней и подготавливает ее к осознанию своих будущих материнских обязательств (Смирнова Е.О., 1994; Волков В.Г., Садкова Ю.С., 1995). Поэтому беременность является особой стадией, на которой происходит идентификация себя с полом и адаптация к новой социальной роли. Во время беременности становятся актуальными личностные конфликты, особенно проблемы во взаимоотношениях с матерью, которые играют важную роль в формировании модели материнства (Филиппова Г.Г., 2002). Беременность может рассматриваться как начальный период развития взаимоотношений матери и ребёнка, что связано с появлением новых ощущений и физиологических преобразований в женском организме (Брутман В.И. с соавт., 1997).

Считается, что примерно на пятинедельном сроке гестации организмы беременной и плода начинают активно «общаться» друг с другом, что явля-

ется необходимым условием для благополучного развития будущего ребенка (Брутман В.И., 2000).

В литературе описан так называемый симптом «новой жизни в себе», возникающий у беременной в результате ощущения шевеления плода, что приводит к своеобразной психической перестройке самосознания будущей матери (Захарова Е.И., 2003). Совершая движения, ребенок начинает восприниматься женщиной как самостоятельное человеческое существо, действующее независимо от воли матери. С развитием плода подобные ощущения становятся ярче, обретают предметность. Будущая мать пробует интерпретировать поведение ребенка: «проснулся», «развеселился», «беспокоится» и т.п. У некоторых женщин, увлекшихся подобными переживаниями, в собственном поведении обнаруживаются черты, присущие детям (Захарова Е.И., 2003).

Сам факт наступления беременности зачастую заставляет испытать противоречивые эмоции. Известно, что для беременных женщин характерны резкие смены настроения, что связано с психофизиологическими изменениями в организме беременной (Тютюнник В.Л. с соавт., 2009). С наступлением беременности приходит тревога, страх изменений в жизни, в отношениях с мужем и в семье, сожаление о чем-то недоделанном (Брусиловский И.А., 1991), в особенности, когда настоящая беременность не являлась желанной и не была запланирована. Поэтому решение о сохранении беременности нередко приводит к усилению стресса и тревоги (Филиппова Г.Г., 2005; Ross L.E., McLean L.M., 2006).

Считается (Филиппова Г.Г., 2001), что в переживании беременности первостепенную роль играет не само состояние беременности, а то значение, которое она представляет для беременной. Более того, закономерная астения в силу физической ослабленности может привести к беспокойству. Таким образом, физиологические показатели создают предрасположенность к тревожности (Колосов Л.Ю., 2007).

В восприятии будущего материнства играет роль количество беременностей (Завялова Ж.В., 2000). При этом, после родов доминирующую позицию в сознании матери занимает ребенок (Заворотных Е.Н., 2007). Первая беременность у женщин младше 21 года редко воспринимается однозначно и адекватно. В период с 21 до 30 лет, в возрасте, наиболее благоприятном для рождения ребенка, первая беременность чаще воспринимается правильно, однако стиль восприятия беременности может быть эйфорическим, амбивалентным или тревожным. При первой беременности у женщин старше 30 лет преобладают тревожный или амбивалентный стили, что объясняется восприятием такой беременности как «последнего шанса», и, следовательно, сопровождается повышением тревожности.

Во время беременности нередко появляются дополнительные психотравмирующие факторы, которые могут вызвать тревогу и депрессию: осложнения, влекущие за собой госпитализацию или выявление у плода врожденных пороков развития (Абрамченко В.В., Коваленко Н.П., 2004; Frischione G., 2004; Ross L.E., McLean L.M., 2006).

Беременность и роды в жизни женщины сопряжены со значительными изменениями в физиологическом, социальном и психологическом аспектах, в связи с чем весь период беременности, в особенности у женщин до 25 лет, зачастую, сопровождается повышенной тревожностью (Ананьев В.А., 1998; Айламазян Э.К., 2003; Абрамченко В.В., 2004).

Физиологические изменения в организме беременной могут спровоцировать у женщины субъективные ощущения сексуальной неполноценности, вызвать страх перед родами. В этот период отмечается телесный дискомфорт и усталость, а также колебания настроения (Заворотных Е.Н., 2007).

Изменение уровня гормонов могут привести к колебаниям эмоционального фона в виде тревожности, ранимости, плаксивости, снижения сексуального влечения (Виткин Дж., 1996). Особого внимания заслуживает эмоциональная лабильность, характерная для всего периода беременности (Емелина Н., 2009; Белогай К.Н., 2012).

В третьем триместре у беременных ухудшается соматическое состояние в виде повышенной утомляемости, усталости, адинамии, что сопровождается возрастанием тревоги, связанной с предстоящими родами и послеродовым периодом (Филипова Г.Г., 1998; Абрамова Г.С., 2006).

Психологическое состояние беременных зависит во многом от их интерпретации беременности и материнства, от их личностных особенностей, смысла беременности, социальной и семейной ситуации (Батуев А.С., 1994, 1996; Добряков И.В., Лазарева И.П., 1998).

Особенности адаптации организма женщины к наступившей беременности часто определяются личностными особенностями беременной. Таким образом, частые госпитализации с целью сохранения беременности могут быть следствием декомпенсации нервно-психических реакций женщины (Баканина Н.А., Звездина Е.В., Леуткина Г.С., 2002; Сорокина Т.Т., 2003) и носить психосоматический характер, что подтверждается эффективностью лечения их психокоррекционными и психотерапевтическими методами (Швецов М.В., Старцева Н.В., 1999; Швецов М.В., 2000).

Изучение психического здоровья беременных на протяжении всего периода вынашивания плода показывает, что имеющиеся у женщины проблемы в сфере психики во время беременности подчиняются определенной динамике: наблюдается обострение симптомов в первых двух триместрах беременности и ослабление симптомов в третьем (Oriana Vesga-Lopez et al., 2008).

Х.К. Мохаммад (2006) показал, что женщины с доношенной беременностью и отсутствием признаков гестоза характеризуются сбалансированной работой вегетативной нервной системы, положительным эмоциональным отношением к беременности и родам, и могут обнаруживать небольшие признаки тревоги (Нечаева М.А., 2013).

По другим данным (Волков А.Е., 1995; Мамышева Н.Л., 1995), при физиологически протекающей беременности наблюдается подавленность, эмоциональная лабильность, тревожность и затруднения в психологической

адаптации. На наш взгляд, это связано с имеющимися непсихотическими психическими расстройствами у беременных.

В ряде исследований (Кочнева М.А., 1992; Рыжков В.Д., 1992) при физиологически протекающей беременности в 73% случаев выявлялись донозологические психические расстройства.

Беременность приобретает стрессогенное воздействие при наличии психологического внутреннего или внешнего конфликта у беременной и ведет к росту психического напряжения и развитию невротических расстройств (Колесников И.А., 2012).

Как правило, в первом триместре на первый план выходят и наиболее остро переживаются проблемы с микросоциальным окружением (родители, супруг), что сопровождается раздражительностью, слезливостью, обидчивостью (Fricchione G., 2004; Касьянова О.А., 2005).

Далее – во втором и третьем триместрах – постепенно на передний план выходит стремление избежать негативные переживания, возрастает страх перед родами, усиливается осознание собственной некомпетентности в вопросах ухода за ребенком.

К третьему триместру выражен «синдром обустройства гнезда», проявляющийся в стремлении разрешить все проблемы к моменту рождения ребенка (Абрамова Г.С., 2006). К этому времени у 70% женщин обнаруживаются снижение умственной работоспособности, эмоциональные колебания, признаки «невротических реакций» и «невротического развития личности» (Кочнева М.А., 1990; Kendell R.E., 2000).

В послеродовом периоде организм переходит на новый уровень функционирования, происходит перераспределение энергии в организме и ее запасание, что необходимо для родов и послеродового периода. Такая перестройка сказывается на общем состоянии женщины и ее эмоциональном фоне в виде апатичности, снижения активности, притупления эмоций (Коваленко Н.П., 1998).

В неблагоприятных случаях стиль переживания беременности носит игнорирующий характер. При этом у женщины физическая активность и эмоциональность сохраняются на прежнем уровне, однако утрачивается способность понимать свои ощущения и ориентироваться в них. У таких женщин беременность зачастую оканчивается преждевременными родами (Ворошнина О.Р., 1998).

Женщины с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты отличаются уравновешенностью и низкой ситуативной тревожностью, умеренной личностной тревожностью, отсутствием признаков депрессии. В то же время, для них характерны затрудненность при принятии решений и периодически возникающее беспокойство (Добряков И.В., 2014).

Таким образом, литературные данные свидетельствуют, что психофизиологические сдвиги, происходящие в организме женщины при беременности, являются источником адаптационной тревоги, что, с одной стороны, позволяет женщине лучше адаптироваться к вынашиванию беременности и материнству, с другой – может служить провоцирующим фактором для проявления невротических расстройств.

## **1.2. Клинико-психопатологические характеристики беременных женщин**

В последнее время возросло количество беременных женщин среди психически больных (Данилов С.А., Лапочкина Н.П., 2000; Власов П.Н. с соавт., 2001, 2013; Hansen H.V., Andersen H.S., 2001, Kelly R.H. et al., 2002), что связано с ростом психических расстройств в населении. Вследствие этого увеличивается число беременных женщин, принимающих психотропные препараты (Davidson J.R.T., 2001; Вознесенская Т.Г. с соавт., 2002; Касьянова О.А., 2005). Считается (Северный А.А. с соавт., 1995), что лекарственные средства этой группы принимают до 40% женщин во время беременности.

Это приводит к тому, что на сегодняшний день является актуальным скрининг психических расстройств у беременных для оказания им первичной медико-санитарной помощи (Rondo P.H.C. et. al., 2016).

По данным акушера-гинеколога А.Е.Сидорова (2003), пограничные психические расстройства в виде «неврозов» и «психопатий», диагностировались у 56,7% беременных, которые до этого не обращались за психиатрической помощью. По другим данным, пограничные психические расстройства встречаются у 10,0–79,3% беременных (Martin P.J., Millac P.A., 1993; Марфина Н.А., 1997; Szasz A., Kovacs Z., 2002).

В структуре пограничных психических расстройств у беременных с угрозой прерывания были выявлены (Ефанова Т.С., Захаров Р.И., 2013) расстройства невротического спектра (43,3%), расстройства личности (6,6%) и расстройства депрессивного спектра (5,5%).

По другим данным (Касьянова О.А., 2005; Филиппова Г.Г., 2005), пограничные психические расстройства у беременных представлены ипохондрическим и истерическим синдромами с включением в клиническую картину признаков, связанных непосредственно с самой беременностью: обеспокоенность состоянием и судьбой плода, переживание страхов, неудачными беременностями в прошлом.

Физиологические изменения, возникающие во время беременности, являются благоприятным фоном для развития нервно-психических расстройств, которые встречаются среди беременных примерно в 40 % случаев, более половины из которых приходится на депрессии (Kelly R.H., Zatzick D.F., Anders T.F., 2001). Описан «депрессивный синдром беременных», как одно из наиболее специфических расстройств, связанных с репродуктивным здоровьем женщины (Смулевич, А.Б., 2001).

Распространенность депрессии колеблется между 10% и 16% в течение беременности (Hallberg P., Sjoblom V., 2005). Примерно одна пятая часть женщин испытывают депрессию во время беременности и послеродового периода, почти 13% беременных испытывают большое депрессивное расстрой-



ство, а незапланированная беременность является фактором риска развития депрессии во время беременности (Venute G.R. et al., 2010).

По мнению ряда авторов, депрессия наблюдается у 14,8% беременных женщин, чаще во втором триместре. Факторами риска ее развития являются: число беременностей и родов, отсутствие семейной поддержки, табакокурение и употребление алкоголя, наличие психических расстройств, а также бытовое насилие (Nemeroff C.B. et al., 1994; Misri S. et al., 2000; 2007; de Jesus Silva M.M. et al., 2016).

По другим данным, в период беременности почти 70% женщин обнаруживают отдельные симптомы депрессии, а частота перинатальных депрессий составляет 10-20% (Buist A., 2006).

Риск развития депрессии во время беременности значительно выше у подростков и лиц раннего юношеского возраста (Смулевич А.Б., 2001), также у первородящих женщин депрессии встречаются почти в 2 раза чаще, чем у повторнородящих – 51% и 30% соответственно (Бронфман С.А. с соавт., 2014).

По данным Н.А. Bennett et al. (2004), заболеваемость депрессией у беременных составляет 7,4% в первый триместр, 12,8% во второй и 12,0 % в третий триместр. По данным других авторов (Gavin N.I., Gaynes V.N., Lohr K.N., 2005), распространенность тяжелой и легкой депрессии в первый триместр составляет 11,0%, затем следует снижение до 8,5% во вторые и третьи триместры. Наиболее высокому риску возникновения депрессивных симптомов во время беременности (Halbreich U., 2004) подвержены юные, не состоящие в браке, находящиеся в невыгодном финансовом положении и нуждающиеся в социальной поддержке. Нередко у них в анамнезе отмечается депрессивный эпизод, обусловленный психотравмирующими жизненными событиями.

Депрессивные расстройства не только повышают риск развития осложнений протекания беременности (Dean C. et al., 1981), но и оказывают неблагоприятное

гополучное влияние на социальное функционирование женщины (Sundstrom I.M. et al., 2001; Lusskin S.I. et al., 2007).

Несмотря на широкую распространенность депрессивных состояний среди беременных женщин, в большинстве случаев они не выявляются (Keller M.B. et al., 1998; Barber J.S. et al., 1999; Bifulco A. et al., 2004).

С началом беременности многие женщины начинают жаловаться на раздражительность, плаксивость, высокую утомляемость, постоянную потребность в сне, колебания аппетита (Брутман В.И., 2000) и частые проявления тревоги.

У женщин с нормально протекающей беременностью в 40% случаев также наблюдаются эпизоды психоэмоционального напряжения с различным уровнем тревожности (Gavin N.I. et al., 2005; Аведисова А.С., 2004).

Среди повторнородящих тревога выявляется в 20-25% случаев, в то время, как у первородящих этот показатель равен 55% (Бронфман С.А. с соавт., 2014).

У 24 % обследованных женщин отмечалось сочетание тревожных и депрессивных расстройств с преобладанием тревожных и тревожно-фобических синдромов, а также специфических фобий (Балашов П.П., 2011).

По мнению Кулага М.С. (2014), уровень ситуативной тревожности выше до родов и снижается после, что связано с самой ситуацией родов, которая является для женщины очень значимой (Кулага М.С., 2014).

Развитию тревожных состояний у беременных способствуют неблагоприятные внешние психологические факторы, которые усугубляют психоэмоциональные нарушения при беременности (Грандилевская И.В., 2004; Ross L.E., McLean L.M., 2006).

Стрессогенные факторы играют существенную роль в формировании тревожных расстройств у беременных (Беро М.П. с соавт., 2011). При этом, повышенная тревожность и астения у беременных приводят к снижению стрессоустойчивости (Захаров Р.И., 2001).

Тревога у беременных нередко рассматривается как физиологически обусловленное состояние, способствующее адаптации организма к новым условиям функционирования (Волков А.Е., 1995). Выделяют факторы, способствующие повышению уровня тревоги преимущественно в третьем триместре: негативная эмоциональная оценка женщины своего тела, субъективное ощущение утраты женственности и привлекательности, страх перед родами. Установлено, что вне зависимости от срока гестации наиболее стрессогенными являются опасения за исход беременности, здоровье ребенка, а также конфликты в семье и материально-бытовые трудности (Спивак И.Л. с соавт., 1994).

По данным Д.М. Менделевич с соавт. (1989) и Е.А. Сахаровой (1990), у значительного числа беременных (26,2%) выявляется доклинический уровень психоэмоциональных переживаний. Психологические особенности женщин с физиологически протекающей беременностью представлены психовегетативными расстройствами в стадии компенсации, что может проявляться пониженным настроением, эмоциональной лабильностью, некоторыми трудностями в психологической адаптации (Рымашевский Н.В., 1990; Волков Е.А., 1995).

Несмотря на то, что значительная часть исследователей придерживаются того, что во время беременности возрастает риск появления нервно-психических расстройств (Ушаков Г.К., 1987; Misri S. et al., 2001; Spinelli M. G., 2003), существует и другая точка зрения, предполагающая, что беременность по существу не связана с увеличенным риском расстройств психики (Vesga-Lopez O., et al., 2008), хотя и допускается риск развития депрессии у молодых, незамужних женщин с напряженными жизненными событиями и осложненной беременностью. На высокий риск депрессии у беременных молодого возраста, не состоящими в браке и испытывающих материальные затруднения указывал и Т. Pearlstein (2008).

По мнению Садыковой Г.К. и соавт. (2015), во время беременности и послеродовом периоде возникают значительные изменения в эмоциональной

сфере, тревожности, появляются различные проявления невротических расстройств, женщине приходится заново приспосабливаться к собственному изменяющемуся внутреннему миру и новой социальной роли (Родионова И.В., 2016).

В период беременности пограничные психические расстройства отмечаются у 8–11% женщин (Коваленко Н.П., 2001), по другим данным – у 29% (Сахаров Е.А., 1990). По мнению других авторов, различные психические нарушения встречаются в 29–80% общего количества родов (Roy M., Pitkin M.D., 1980; Сахаров Е.А., 1990; Щеглова И.Ю., 1992; Мамышева Л.Н., 1995).

Основными типами психических нарушений при подростковой беременности являлись расстройства адаптации с преобладанием меланхолического, тревожного и астеноипохондрического синдромов (Поздняков В.В., 2013).

Среди пограничной психической патологии у беременных выявлено преобладание астенической (49,2%) и депрессивно-ипохондрической (21,8%) симптоматики (Bennedsen B.E. et al., 2001).

По другим данным (De Muyllder X. et al., 1992; Н.А. Аликулова, 1992; Mamelle N., et al., 1997), дисфункция вегетативной нервной системы у беременных, обуславливаемая нейроэндокринными изменениями в организме, является облигатным признаком беременности и регистрируется в 92% случаев.

Частота расстройств личности у беременных не превышает обще статистические показатели в населении в целом, однако нейроэндокринные и психо-эмоциональные сдвиги во время беременности могут повлечь за собой декомпенсацию имевшегося личностного расстройства, что может проявляться в виде истерических, депрессивных, обсессивно-фобических симптомов (Полстяная Г.Н., 1989).

Наличие тревожных расстройств может негативно сказываться на беременности и родах, увеличивая риск развития фетоплацентарной недоста-

точности, задержки развития плода, преждевременных родов (Gavin N.I. et al., 2005; Soares C.N., Steiner M., 2009; Аведисова А.С., 2014).

Некоторые авторы указывают на прямую взаимосвязь вегетативного дисбаланса, эмоциональных расстройств и осложнений беременности (Omer H., 1988; Mamelle N., 1997). При этом, невротические расстройства служат промежуточным этапом в развитии гестоза (Bennedsen B.E. et al., 2001).

Установлено (Нисвандер К., Эванс А., 1999; Савельева Г.М.с соавт., 2000; Захаров Р.И., 2001), что наличие психического расстройства негативно сказывается на течении и исходе беременности в 6 раз чаще (Рымашевский Н.В. с соавт., 1990) Кроме того, психические расстройства повышают процент кесарева сечения и частоту патологии новорожденных (Bosquet M., Egeland B., 2000).

Как правило, манифестация шизофрении во время беременности встречается редко и свидетельствует о неблагоприятном течении и прогнозе заболевания (Аведисова А.С. с соавт., 2006).

В то же время, послеродовой период представляет собой наибольшую опасность в плане развития рецидива шизофрении, что наблюдается с частотой 24-75% случаев (McNeil T.F., Kaij L. Malmquist-Larsson A., 1983; Stewart D., 1984; Kelly R., Zatzick D., Anders T., 2001). Факторами риска развития психоза в послеродовом периоде могут служить как возникшие акушерские осложнения, так и психоэмоциональные перегрузки (Seeman M.V., 2004).

Установлено, что у беременных женщин, страдающих шизофренией, чаще бывают перинатальные осложнения, в том числе задержка роста и развития плода, аномальное развитие плаценты, частые обильные кровотечения, преждевременные роды, недостаточная масса тела ребенка при рождении и слабая жизнеспособность младенца, о чем свидетельствуют низкие баллы по шкале Апгар, врожденная патология плода, высокая перинатальная смертность (Nilsson E. et al., 2002; Jablensky A.V. et al., 2005; Webb R. et al., 2005; King-Hele S.A. et al., 2007; Vigod S. et al., 2014). Также у беременных с шизофренией чаще возникает необходимость в стимулировании родовой дея-

тельности и применении специальных акушерских пособий, в том числе и оперативного родоразрешения (Bennedsen B.E. et al. 2001; Hizkiyahu R., Levy A., Sheiner E., 2010).

В случаях, когда обострения шизофренического процесса приходится на период беременности, риск для здоровья и жизни плода многократно возрастает (Nilsson E. et al., 2002), о чем свидетельствуют частые случаи мертворождения среди женщин, перенесших острый приступ шизофрении во время беременности. В то же время установлено, что хорошо контролируемый шизофренический процесс практически не оказывает отрицательного влияния на беременность и роды (Hizkiyahu R., Levy A., Sheiner E., 2010).

Таким образом, в связи с широкой распространенностью донозологических психических расстройств, преимущественно невротического регистра, большинству (86%) беременных требуется эпизодическая или постоянная помощь со стороны психиатра или психотерапевта (Сахаров Е.А., 1990; Мамышева Л.Н., 1995).

### ***Факторы риска психических расстройств у беременных***

Важную роль в формировании психических расстройств у беременных женщин играет бытовое насилие. В этих случаях наблюдаются клинически значимые депрессивные симптомы (Manzollì P. et al., 2010). Женщины, которые испытали эмоциональное насилие или контролирующее поведение, имели самые высокие уровни эмоционального стресса (Ziaei S. et al., 2016). Психические расстройства у беременных, связанные с психическим стрессом, могут ослабить физический и иммунологический барьер (Vadini F. et al., 2016).

В связи с частыми эмоциональными перепадами, повышающими риск развития тревоги и депрессии во время беременности (Коваленко Н.П., 2001; Грандилевская И.В., 2004; Soares C.N., 2009), многие беременные для борьбы со стрессом прибегают к табакокурению (Eiden R. D. et al., 2011; Hauge L. J., 2013).

Одним из факторов риска развития психических расстройств у беременных является страх перед внутриутробной смертью ребенка (Brockington I.F., 2006), что характерно для женщин, лечившихся по поводу бесплодия, неуверенных в своей материнской состоятельности, а также ранее потерявших ребенка.

Среди неблагоприятных внешних психосоциальных факторов особое значение носят повторные браки, состояние одиночества, неудовлетворенность материально-бытовыми условиями, конфликты с членами семьи и коллегами по работе (Добряков И.В., Колесников, И.А., 2008). Психологические и социальные проблемы семьи, ожидающей ребенка, выступают в качестве факторов, провоцирующих возникновение невротических расстройств у беременных женщин (Лашманов Б.В., 2008).

В генезе психических расстройств у беременных играет существенную роль и возрастной фактор. Среди женщин до 25 лет, как правило, отмечается наибольшее число незапланированных беременностей, что, в свою очередь, трактуется женщиной как кризисная ситуация в связи с отсутствием психологической готовности к материнству (Ариас Ф., 1989). Кроме того, в случаях, когда беременность служит единственной причиной заключения брака или совместного проживания, перед женщиной возникает множество финансовых, жилищно-бытовых и социальных проблем, что является мощным психотравмирующим фактором (Архангельский А.Е., 2007).

Психическое благополучие беременных в значительной степени обуславливается взаимодействием двух составляющих (Куприянова И.Е. с соавт., 2012): экстрагенитальных (имеющиеся соматические заболевания, индивидуально-личностные характеристики женщины) и генитальных (особенности репродуктивной системы женщины).

Отдельное значение в формировании психической патологии во время беременности отводится нарушениям рациона питания. Употребление некачественных и небезопасных пищевых продуктов значительно связано с повышением риска развития психических расстройств (Power M et al., 2017).

Это подтверждает важность адекватного приема пищи для обеспечения психического здоровья во время беременности (Paskulin J.T. et al., 2017).

Общепринятым является мнение, что как сама беременность, так и процесс родов и послеродовой период повышают риск проявления психической патологии, обостряя уже имеющиеся латентные признаки психических расстройств (Roy M. et al., 1980; Спивак Л.И. с соавт., 1994).

В литературе описан специфический для беременности симптомокомплекс, названный «психосоматической реакцией на беременность», который отмечается самой женщиной уже в начале беременности и по клиническим проявлениям соответствует выраженной астении (Kumar R., 1984). Частота подобных расстройств варьирует от 13,7 до 33,3% (Рыжков В.Д., 1992; Спивак Л.И. с соавт., 1994).

Ряд авторов указывает на возможность развития невротических расстройств при неосложненной беременности (Афиногенова Н.Г., Ломазова Л.П., 1986; Кочнева М.А., 1992; Мамышева Л.Н., 1995), развитию которых способствуют психоэмоциональное напряжение, эмоциональная неустойчивость, психологический дискомфорт, сниженная работоспособность (Кочнева М.А., 1990).

Установлено, что во втором триместре беременные наиболее тяжело реагируют на различного рода остро возникающие стрессовые ситуации. При этом наблюдаются затяжные реактивные состояния, тяжелые реактивные депрессии, с трудом поддающиеся лечению (Терешин П.И., 1989).

### **1.3. Психотерапия**

#### **беременных с установленной психической патологией**

По данным Национального института психического здоровья США, примерно одна треть всех беременных в период вынашивания ребенка принимает психотропные медикаменты (National Institute of Mental Health (US), 2008).



Тем не менее, до настоящего времени ни одно психотропное лекарственное средство не было лицензировано для использования во время беременности. Это создает как женщинам, так и медицинским работникам дилемму: назначать или не назначать психотропные препараты во время беременности (Petersen I. et al., 2016). Известно, что риски неблагоприятных материнских и детских исходов у женщин, которые продолжали использовать антипсихотические препараты во время беременности, были не выше, чем у тех, кто прекратил лечение до беременности. Наряду с этим, большинство женщин (83%) с психическими расстройствами во время беременности не обращаются за помощью к специалистам и только 17% – обращаются.

Особенно важным представляется правильность выбора метода воздействия на психические расстройства у беременных. При сочетании в клинической картине расстройств невротического спектра с проявлениями гестоза предлагается использование психотропных препаратов (Рыжков В.Д., 1992), в частности, обладающих транквилизирующим и ноотропным действием по типу фенибута (Марфина Н.А., 1997; Рымашевский Н.В. с соавт., 1991), действие которых смягчает повреждающее воздействие психогенных факторов (Тютюник В.Л. с соавт., 2009). Помимо этого, комплексный подход к терапии должен включать в себя и применение психотерапевтического воздействия (Рыжков В.Д., 1992).

Организация помощи беременным с психическими расстройствами должна включать в себя дифференцированный подход как к терапии, так и своевременной диагностике психических нарушений у всех женщин, встающих на учет в женскую консультацию по поводу беременности. При этом наличие психоэмоциональных расстройств у беременных, независимо от течения беременности обуславливает необходимость включения психиатрической помощи в протоколы их ведения (Петрова Н.Н., 2006). Акцентировать внимание должно, прежде всего, на риск возникновения гестозов при наличии психических расстройств у беременных, во избежание серьезных последствий для плода и самой женщины. При этом наиболее неблагоприятны-

ми в этом аспекте являются «астенические» и «ипохондрические» невротические состояния у беременных (Сидоров А.Е., 2003).

Необходимым представляется тесное взаимосоотрудничество врачей акушеров-гинекологов с психиатрами и психотерапевтами, совместное ведение ими беременности у женщин с различными психическими расстройствами. При этом психиатрами должна оказываться не только консультативная помощь, но и предприниматься все необходимые действия по наблюдению и лечению беременной (Garza-Morales S. et al., 1996; Takeuchi R., 1996; Stocky A., Lynch J., 2000). При этом, при назначении психотропной терапии беременным женщинам психиатром должны быть максимально учтены все возможные риски и негативные последствия для будущей матери и плода, а также индивидуальные особенности женщины.

Было доказано, что активное лечение беременных женщин с психическими расстройствами способствует предотвращению обострения или рецидива психических расстройств во время беременности и в послеродовом периоде (Suzuki S., 2017). Также адекватная терапия депрессивных расстройств является протективным фактором в развитии гестоза (Bag S. et al., 1989).

Одним из важных аспектов является своевременная диагностика депрессии и назначение лечения (Nonacs R., Cohen L.S., 2003). При лечении беременных с депрессивными расстройствами (Hallberg P., Sjoblom V., 2005) предлагают использовать препараты группы СИОЗС, риск развития побочного действия которых на организм беременной и плод не описан, а негативные перинатальные последствия нелеченной депрессии известны (Bonari L., Pinto N., Ahn E., 2004). Сюда относятся как непосредственное негативное влияние на плод во внутриутробном периоде, так и опасность для ребенка со стороны матери, находящейся в состоянии депрессии, уже после рождения.

Также, по мнению ряда авторов, на низкое тератогенное воздействие СИОЗС указывает тот факт, что у женщин, принимавших данные препараты и не принимавших их, количество младенцев с врожденными пороками не отличалось (Hallberg P., Sjoblom V., 2005; Malm H., Klaukka T., Neuvonen P.J.,

2005), что позволило говорить о том, что использование СИОЗС в период беременности не сказывается на развитии плода и не связано с риском возникновения перинатальной патологии.

Аналогичной точки зрения придерживаются и другие авторы (Gentile S., 2005; Sivojelezova A., Shuhaiber S., Sarkissian L., 2005; Einarson T.R., Einarson A., 2005; Rahimi R., Nikfar S., Abdollahi M., 2006), полагающие, что антидепрессанты из группы СИОЗС, не увеличивают риск врождённых уродств.

Установлено, что риск для матери и плода от неполучения женщиной адекватной терапии антидепрессантами на много больше риска развития побочных эффектов от их применения (Blier P., 2006). При этом, у женщин, прекративших прием антидепрессантов раньше положенного срока, рецидивы депрессии отмечались чаще по сравнению с теми женщинами, которые не прерывали лечение (Cohen L.S., Altshuler L.L., Harlow B.L., 2006).

Более того, депрессивные расстройства у беременных, сопровождающиеся сниженным аппетитом, также могут спровоцировать приём алкогольных напитков или наркотиков, что негативно отразится на развитии плода (Lou H.C., Hansen D., Nordentoft M. et al, 1994; Orr S.T., Miller C.A., 1995). Поэтому нет сомнений в том, что польза от лечения депрессии в период беременности превышает возможные риски при использования антидепрессантов в течение этого периода.

Из возможных побочных эффектов при терапии беременных препаратами группы СИОЗС описаны частые диспепсические явления при назначении флуоксетина и возможное увеличение массы тела при применении комбинации циталопрама и пароксетина (Романова О.Л., Стуров Н.В., 2011). При этом (Viktorin A. et al., 2017) риск расстройств аутистического спектра у детей не связан с приемом матерями во время беременности антидепрессантов. Авторы также рекомендуют прием антидепрессантов при беременности, протекающей на фоне депрессии.

В случаях, когда беременным женщинам необходимо проведение терапии нейролептиками, препаратами выбора являются так называемые типичные нейролептики в силу их большей безопасности для организма матери и плода (Gentile S., 2011). Риски использования типичных антипсихотических препаратов являются минимальными в отношении тератогенного или токсического влияния на плод. В частности, особенностью применения фенотиазинов (например, трифлуоперазина и перфеназина) является их ограниченное тератогенное воздействие (Einarson A., Boskovic R., 2009). К тому же, справедливо отметить, что у большей части беременных, страдающих шизофренией, польза от терапии данного заболевания значительно больше риска для плода, связанного с применяемыми препаратами.

Пирролидоновые ноотропы (фенотропил и пирацетам) показали хорошую антидепрессивную активность при легких формах депрессии у беременных, а также низкую токсичность и отсутствие выраженных побочных эффектов (Ахапкина В.И., Воронина Т.А., 2005).

При лечении беременных с пограничными психическими расстройствами довольно широко применяются транквилизаторы (Кирющенков А.П., Тараховский М.Л., 1990). При этом их применение должно быть осторожным, так как они обладают способностью легко проникать через плацентарный барьер, что может вызывать накопление препарата в крови плода.

Таким образом, большинство авторов полагают, что при наличии психических расстройств во время беременности необходимо назначать психофармакологические препараты. При этом из нейролептиков следует отдавать предпочтение классическим, а из антидепрессантов – СИОЗС. При этом важно взвешивать преимущества назначения препарата и возможные риски для плода. Считается, что необходимость назначения психотерапии беременным с психическими расстройствами является доказанной (Осипчук Д.О., 2009).

#### **1.4. Психотерапия в структуре комплексной подготовки к родам и лечению пограничных психических расстройств**

Как альтернатива психофармакотерапии при беременности, протекающей с эмоциональными нарушениями, подтверждена позитивная роль психотерапии (Добряков И.В., 1993; 1997; 2005; Коваленко Н.П., 2006; Линдер Р., 2006).

Психотерапевтическое воздействие позволяет свести к минимуму потребность в психофармакотерапии у беременных и должно рассматриваться как оптимальный метод профилактики и лечения психических расстройств, что способствует улучшению качества оказания медицинской помощи беременным и повышает вероятность благополучного течения и исхода беременности (Ефанова Т.С., Захаров Р.И., 2013).

Установлено, что занятия индивидуальной и групповой психотерапией способствуют снижению уровня тревожности у беременных (Криворотько Я.В., Алиева Т.А., 2010; Криворотько Я.В., 2011), а использование релаксационных техник позволяет скорректировать психоэмоциональные нарушения и убрать эмоциональное напряжение (Прохоров В.Н. с соавт., 2007).

Даже краткосрочная психотерапия позволяет существенно снизить уровень тревоги у беременных (Newham J.J. et al., 2012). Особенно важна терапия беременных с тревожными расстройствами, так как она препятствует неблагоприятному влиянию тревоги на формирование личности ребенка (Austin M.P. et al., 2005).

Несмотря на то, что все большую популярность приобретают различные курсы дородовой подготовки, основная масса из них носит образовательный характер и позволяет решить только психогигиенические задачи, возникающие во время беременности. С этой целью на таких курсах женщин обучают приемам расслабления и самообезболивания с использованием аутотренинга (Piscicelli U., 1975; Абрамченко В.В., Терещенко А.В., 1983). Освоение некоторых техник саморегуляции позволяет женщинам самостоятельно воздействовать на свое эмоциональное состояние. Однако подобные

навыки оказываются малоэффективными во время наступления родовой деятельности, что связано с выраженными функциональными изменениями в центральной нервной системе в этот период в виде блокады навыков и умений, выработанных во время аутотренинга. Таким образом, использование данных методов становится практически невозможным.

Ряд авторов (Серіcky P., Novakova V., 1985; Duchene P.J., 1989; Bernat S.H., с соавт., 1992; Ледина В.Ю., 1999) указывают на эффективность технологий функционального биоуправления, которые, по их мнению, могут помочь беременным женщинам в достаточной мере овладеть приемами саморегуляции и использовать их, в том числе и во время родовой деятельности. Однако, методически обоснованные программы по применению указанных методов отсутствуют.

Единичные работы (Ледина В.Ю., 2004) с использованием данного подхода (индивидуальной и групповой форм психокоррекции, психофизиологического тренинга с биоуправлением и информационно-практическим блоком) отмечают, что у беременных оптимизируется психологическое и физиологическое состояние: нивелируются тревожные переживания (в среднем на 24%), уменьшаются показатели депрессии (на 9,2%), возрастает (на 25%) и становится оптимальной психологическая адаптации к беременности.

Основным достоинством психотерапии у беременных перед лекарственным воздействием является полная безопасность для жизни и здоровья плода, ввиду отсутствия тератогенного воздействия, а также стимулирующее влияние на процесс лактации (Захаров Р.И., 2001).

Отмечена высокая эффективность психотерапии у беременных с угрозой прерывания беременности, проведение которой позволило значительно повысить качество жизни женщин во время беременности, а также благотворно повлияло на родовую деятельность и физические показатели младенцев. Это позволяет рассматривать психотерапию как средство помощи беременным женщинам в решении клинических, психологических и социальных

проблем, и обосновывает необходимость включения ее в комплекс лечебных мероприятий для беременных (Куприянова И.Е. с соавт., 2014).

Аутогенная тренировка для беременных должна включать в себя не менее 2–5 курсов по 10–12 сеансов с двухнедельными интервалами между ними в течение всей беременности (Bennedsen В.Е., 2001). Такие терапевтические мероприятия предупреждают развитие осложнений беременности, позволяют улучшить родовую деятельность и укрепить состояние новорожденного (Подобед Н.Д., 2002).

Целями психотерапии у беременных являются преодоление внутренних конфликтов, снижение негативного влияния на психику женщины внешних стрессовых факторов, психокоррекция деструктивных форм поведения, развитие личности женщины, совладание со стрессом, устранение препятствий к успешной социальной адаптации (Королева Н.Н., 2011).

Вопрос о комплексной психопрофилактике и применении нефармакологических методов коррекции психосоматических расстройств у беременных представляется особенно актуальным в связи с тем, что с ухудшением психосоматического здоровья беременных возрастает число осложнений и патологии во время родов, что приводит к увеличению объема оказываемой медицинской помощи, в том числе с применением оперативных вмешательств, а также возрастанию степени медикаментозного воздействия на женщину и плод, что еще больше повышает риск перинатальной патологии (Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А., 2001; Драгун И.Е., 2002; Marcus D.A., 2002; Campbell D.C., 2003).

Таким образом, большинство авторов однозначно считают, что при выявлении психических расстройств у беременных целесообразно применение психотерапии и психотерапии. Для лечения депрессивных расстройств рекомендуется использование СИОЗС, не оказывающих побочного влияния на плод и не обладающих тератогенным действием.

При тревожных расстройствах авторы рекомендуют применение транквилизаторов, либо ноотропов с транквилизирующим действием.

Авторы утверждают, что риски, которые существуют при нелеченной психической патологии у беременных, существенно выше побочного действия лекарственных препаратов. Утверждается, что при постановке беременных под наблюдение необходимо проводить психологическое обследование для выявления расстройств психического функционирования. При выявлении психических расстройств у беременных необходимо взаимодействие акушеров и психиатров в оказании комплексной помощи.

Таким образом, литературные данные свидетельствуют, что различные психические расстройства у беременных встречаются, по разным данным, от 20% до 80% случаев. На синдромальном уровне преобладают астенические, депрессивные, тревожные, обсессивно-фобические, истерические и ипохондрические состояния. Внешние психологические факторы оказывают утяжеляющее влияние на течение пограничных психических расстройств. Имеющиеся психические расстройства отрицательно сказываются не только на социальном функционировании беременной, но, в ряде случаев и на течении и исходе самой беременности.

В литературе имеются противоречивые данные о влиянии самой беременности на психическое состояние женщины, а также на формирование и динамику психических расстройств.

Большинство исследователей (среди которых в основном психологи и врачи-акушеры) полагают, что при беременности формируются пограничные психические расстройства, которые предшествуют гестозу. Другие авторы утверждают, что беременность не является этиологическим фактором пограничных психических расстройств. В то же время, при проводившихся ранее исследованиях психических расстройств при беременности не учитывалось наличие гестоза, при котором закономерно могут формироваться сомато-психические расстройства. Более того, в доступной нам литературе клиническая систематика психических расстройств у беременных отсутствует.



## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ЖЕНЩИН С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

На базе кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии Белгородского государственного национального исследовательского университета обследовано 450 беременных (во втором-третьем триместре беременности) в возрасте от 18 до 38 ( $25,7 \pm 4,4$ ) лет с беременностью, протекающей без осложнений на всем ее протяжении, на предмет выявления психических расстройств.

Критерии включения в исследование:

- наличие добровольного информированного согласия на процедуру обследования;

- физиологически протекающая беременность (отсутствие осложнений первой половины беременности: токсикоз, угроза прерывания беременности, предлежание хориона; и второй половины: преэклампсия, угроза прерывания беременности, признак отслойки нормально расположенной плаценты, маточно-плацентарная недостаточность);

- отсутствие экстрагенитальных заболеваний (сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, мочевыделительной системы, наследственных, эндокринных)

- неотягощенный гинекологический анамнез (отсутствие миомы, матки, эндометриоза, гиперпластических процессов эндометрия, опухолей яичников, нарушений менструального цикла, бесплодия).

Основными методами исследования были:

- Клинико-психопатологический** (клиническое интервью, наблюдение, сбор субъективного анамнеза, изучение медицинской документации);

- Клинико-динамический** (изучение динамики психического состояния и особенностей социальной адаптации по мере увеличения срока беременности);

**Психометрический:**

- методика определения акцентуаций характера Леонгарда-Шмишека;
- тест самооценки межличностных отношений Лири (проводился в вариантах: «Я до беременности» и «Я в период беременности»);
- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Интерпретация результатов: 0-7 баллов – отсутствие тревоги/депрессии; 8-10 баллов – субклинический уровень тревоги/депрессии; 11 баллов и выше (max=21) – клинический уровень тревоги/депрессии;
- шкала астении (Л.Д.Майкова, Т.Г.Чертова, 1999). Интерпретация результатов: 30–50 баллов – «отсутствие астении»; 51–75 – «слабая астения»; 76–100 – «умеренная астения»; 101–120 баллов – «выраженная астения».

**Статистический** (при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6):

- метод Колмогорова-Смирнова для выяснения вида распределения признака;
- при симметричном распределении применялись параметрические методы (средние величины, среднеквадратическое отклонение, средняя ошибка средней величины);
- при несимметричном распределении применялись непараметрические методы: медиана (Me) и интерквартильный размах (Q25-Q75);
- критерий Манна-Уитни (для сравнения двух независимых переменных);
- критерий Уилкоксона (для сравнения 2 зависимых переменных);
- критерий  $\chi^2$  с поправкой Йетса на непрерывность для таблиц сопряженности 2x2;
- факторный анализ методом главных компонент (с varimax вращением фактора).

Все женщины перед обследованием информировались о целях и задачах исследования, они давали добровольное информированное согласие на проведение процедуры обследования и психологического тестирования.

Исследование проводилось в три этапа:

На **первом этапе – исследовательском**, выявлялись беременные, обнаруживающие психические расстройства. Для этого анализировались жалобы пациенток, оценивались результаты сбора субъективного анамнеза и особенности социально-психологической адаптации, изучалась медицинская документация (в особенности результаты клинического и параклинического соматического исследования, акушерского исследования – для исключения соматической патологии в стадии обострения, гестоза, патологии развития плода).

На основе анализа клинической картины психических расстройств (синдромкинез и психический статус) с учетом результатов психологического тестирования и психометрического исследования, устанавливался клинический диагноз.

Психические расстройства диагностировались в соответствии с отечественными клиническими концептуальными классификациями в соотнесенности с рубриками МКБ-10.

Донозологические психические расстройства диагностировались в соответствии с критериями, предложенными С.Б.Семичевым (1987) и Ю.А.Александровским (1997).

Женщины с установленным клиническим диагнозом – 121 (26,9%) человек - составили основную группу, а без клинически очерченных психопатологических расстройств – 329 (73,1%) человек – группу сравнения.

Из группы сравнения отдельно было выделено 38 (8,4%) беременных (от всех 450 обследованных) с донозологическими психическими расстройствами и 53 (18,2%) беременных с состояниями повышенного риска дезадаптации.

На **втором этапе – лечебном**, разрабатывались подходы и алгоритм оказания психотерапевтической помощи, реализовывалась программа психотерапии. В необходимых случаях назначалась психофармакотерапия. Психотерапевтическая программа разрабатывалась на основе современных психотехнологий нейролингвистического программирования и релаксационного тренинга. Сеансы проводились 3 раза в неделю по 45 минут во втором триместре беременности и 2 раза в неделю по 35 минут в третий триместр. Всего на курс 10-12 сеансов.

На **третьем этапе – контрольном**, проводилось повторное клинико-психопатологическое обследование с целью оценки эффективности проводимой психотерапии и психофармакотерапии.

Возрастные характеристики вошедших в выборку беременных представлены в таблице 2.1.

*Таблица 2.1*

**Возрастные характеристики  
обследованных беременных женщин**

<b>№ п/п</b>	<b>Возрастной диапазон</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1	18 -20	48	10,7
2	21-30	335	74,4
3	31-38	67	14,9
<b>ИТОГО</b>		450	100

Обследованные были в возрасте от 18 до 38 ( $25,7 \pm 4,4$ ) лет. Как видно из таблицы 2.1, большинство обследованных – 74,4% - были в возрастном диапазоне 21-30 лет, значительно меньшее число – 14,9% - составили беременные в возрасте 31-40 лет, и до 20-летнего возраста было всего 10,7% обследуемых.

Характеристика уровня образования обследованных беременных представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2

**Уровень образования беременных женщин**

№ п/п	Уровень образования	п	%
1	Высшее	209	46,4
2	Среднее специальное	163	36,2
3	Среднее	70	15,6
6	Менее 8 классов	8	1,8
ИТОГО		450	100

Как видно из таблицы 2.2, обследованные имели довольно высокий уровень образования: значительная часть – более 46% имели высшее и 36,2% – среднее специальное образование. Обращает на себя внимание факт, что почти 2% беременных не получили должного образования: 1,1% – в силу того, что не усваивали программу общеобразовательной школы, 0,7% – обучались по программе вспомогательной школы.

Большинство обследованных – 75,1% - проживали в городе, остальные 24,9% – в сельской местности (таблица 2.3).

Таблица 2.3

**Место проживания беременных женщин**

№ п/п	Место проживания	п	%
1	Село	112	24,9
2	Город	338	75,1
ИТОГО		450	100

Характеристика жилищных условий обследованных представлена в таблице 2.4.

Таблица 2.4

**Жилищные условия беременных женщин**

№ п/п	Жилищные условия	п	%
1	Собственная квартира, дом	386	85,6
2	Общежитие	64	14,2
3	Снимают комнату	46	10,2
ИТОГО		450	100

Как видно из таблицы 2.4, подавляющее большинство – 85,6% беременных имели собственное жилье, 14,2% – проживали в общежитии и 10,2% – на съемных квартирах. Таким образом, в большинстве случаев у беременных с физиологически протекающей беременностью жилищные условия были благополучными.

Характеристика социального положения обследованных представлена в таблице 2.5.

Таблица 2.5

### Социальное положение беременных женщин

№ п/п	Социальная характеристика	n	%
1	Руководящая должность	9	2,0
3	Сфера инд. предпринимательства	68	15,1
4	Работники бюджетной сферы	168	37,3
5	Квалифицированные рабочие	150	33,3
6	Неквалифицированные рабочие	49	11,0
7	Служащие	6	1,3
ИТОГО		450	100,0

Как видно из таблицы 2.5, более половины обследуемых – 70,6% - были работниками бюджетной сферы и квалифицированными рабочими. Неквалифицированные рабочие составили всего 11%. Таким образом, анализ социального положения беременных с физиологически протекающей беременностью показал, что все они были социально благополучные.

Характеристика семейного положения обследованных беременных представлена в таблице 2.6.

Таблица 2.6

### Семейное положение беременных женщин

№ п/п	Семейное положение	n	%
1	Замужем	350	77,8
2	Гражданский брак	57	12,7
3	Разведена	12	2,6
4	Не замужем	31	6,9
ИТОГО		450	100

Как видно из таблицы 2.6, подавляющее большинство обследованных – 90,5% – состояли в браке.

У 282 (62,7%) детей не было, у остальных 168 (37,3%) было преимущественно по 1 ребенку.

В большинстве случаев – 364 (80,9%) - аборт в анамнезе отсутствовал, в остальных 86 (19,1%) было от 1 до 3 абортов.

Таким образом, подавляющее большинство обследованных – 74,4% - были в возрасте 21-30 лет с достаточно высоким уровнем образования – 46,4% занимали пациентки с высшим образованием и 36,2% – среднее специальное.

Большинство беременных проживали в городской местности, в хороших жилищных условиях.

Более 2/3 занимали работники бюджетной сферы и квалифицированные рабочие. В подавляющем большинстве случаев – 90,5% - обследуемые имели собственную семью (законный и гражданский брак), и только 9,5% вынашивали беременность без собственной семьи. В 2/3 случаев роды у женщин были первые, аборт в анамнезе имели место в 19% случаев.

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ  
ЖЕНЩИН С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ  
БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**3.1. Распространенность и клиническая структура  
психических расстройств у женщин  
с нормально протекающей беременностью**

Клинико-психопатологический анализ показал, что в 121 (26,9%) случае у женщин с физиологически протекающей беременностью обнаруживаются разнообразные расстройства психической сферы, клиническая структура которых представлена в таблице 3.1.1.

*Таблица 3.1.1*

**Клиническая структура психических расстройств у женщин  
с беременностью, протекающей без осложнений**

<b>№ п/п</b>	<b>Шифр МКБ-10</b>	<b>Клиническая форма</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1	<b>00</b>	<b>Психически здоровые</b>	<b>238</b>	<b>52,9</b>
		Предболезненные психические расстройства	38	8,4
		Состояние повышенного риска дезадаптации	53	11,8
2	<b>F0</b>	Органические, включая симптоматические псих. р-ва	11	2,4
3	<b>F1</b>	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	9	2,0
4	<b>F2</b>	Шизофрения, шизотипические и бредовые р-ва	5	1,1
5	<b>F3</b>	Аффективные расстройства настроения	12	2,7
6	<b>F4</b>	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные р-ва	63	14,0
7	<b>F6</b>	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых	13	2,9
8	<b>F7</b>	Легкая умственная отсталость	8	1,8
<b>ИТОГО</b>			<b>450</b>	<b>100,0</b>

Как видно из представленной таблицы, в большинстве случаев – 63 (14,0%) - психические расстройства у беременных представлены невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, на втором месте 2,9% – расстройства личности, третьем – 2,7% случаев – аффек-



тивные расстройства настроения, несколько реже – 2,4% случаев - органические, включая симптоматические психические расстройства. Кроме того, в 8,4% случаев регистрировались предболезненные (донозологические) психические расстройства и в 11,8% случаев – состояния повышенного риска дезадаптации.

Сравнение выявленной нами распространенности психических расстройств у беременных женщин с литературными данными о распространенности психических расстройств в населении и у лиц женского пола в частности: черепно-мозговая травма (Чикина Е.С., Левин В.В., 2005; Заваденко Н.Н. с соавт., 2005), алкоголизм (Альтшуллер В.Б., 2001; Егоров А.Ю., Шайдукова Л.К., 2005), шизофрения (Гурович И.Я. с соавт., 2008; Гофман А.Г., 2010), аффективные расстройства настроения (Топчий Н.В., 2005; Пинчук И.Я., 2010; Гурович И.Я. с соавт., 2010), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (Александровский Ю. А., 1997) и расстройства личности (Samuels J., 2002; Grant V.F. et al., 2004), показало совпадение. Это свидетельствует о том, что при физиологически протекающей беременности частота психических расстройств у женщин соответствует их распространению в населении.

Характерной особенностью выявленных психических расстройств оказался тот факт, что в большинстве случаев - 96 (79,3%) - они формировались задолго до настоящей беременности, и подавляющее большинство – 65 (94,2%) из 96 пациенток - не обращались к врачу-психиатру государственной психиатрической службы. Менее четверти – 25 (20,7%) диагностируемых психических расстройств сформировались в период беременности, воспринимались женщинами как закономерное «проявление беременности».

Из 35 (36,4%) пациенток, обращавшихся за психиатрической помощью, большинство – 26 (74,2%) - обращались к частнопрактикующим специалистам, а 22 (62,9%) в том числе и к представителям «народной медицины».

### **3.2. Социально-демографическая характеристика и особенности протекания беременности у женщин без психических расстройств**

В группу вошли 238 беременных в возрасте 20-36 ( $25,9 \pm 4,0$ ) лет. Все женщины первый раз осмотрены во втором-третьем триместре беременности.

Изучение социально-демографических характеристик показало следующее.

Большинство женщин – 238 (79%) - проживали в городской местности и остальные 50 (21%) - в сельской. Более половины – 130 (54,6%) - имели высшее образование, 73 (30,7%) – среднетехническое и остальные 35 (14,7%) – среднее.

Жилищные условия у подавляющего большинства – 221 (92,9%) - были хорошими (собственная квартира или дом), только 17 (7,1%) – снимали квартиру.

Значительная часть – 89 (37,4%) - были работниками бюджетной сферы, 53 (22,3%) – индивидуальные предприниматели, 83 (34,9%) – квалифицированные рабочие и только 13 (5,5%) работали на неквалифицированных работах.

Все обследованные состояли в браке, из них 21 (8,8%) – в гражданском. В подавляющем числе случаев – 229 (96,2%) - микроклимат в семье был спокойным, доброжелательным; в 5 (2,1%) – спокойным, холодно-формальным и только в 4 (1,7%) случаях были эпизодические конфликты.

Большинство – 231 (97,1%) женщин - не курили, остальные 7 (2,9%) курили сигареты эпизодически. Почти половина – 102 (42,9%) - алкоголь практически не употребляли, 129 (54,2%) – по праздникам и только 7 (2,9%) – несколько чаще, но без злоупотребления. Наркотики никто из беременных не употреблял. В период беременности все женщины не курили и не употребляли алкогольные напитки.

У половины беременных – 123 (51,7%) человека - данная беременность была первой, у 89 (37,4%) – вторая, у остальных – 26 (10,9%) – третья-пятая. Во всех случаях беременность была желаемая. У большинства беременных –

204 (85,7%) - аборт в анамнезе отсутствовали, у 25 (10,5%) был 1 аборт и у остальных 9 (3,8%) – по 2-3 аборта. У большинства – 146 (61,3%) женщин детей не было, у остальных 92 (38,7%) было по 1 ребенку.

Задолго до беременности женщины совместно с супругами планировали свою жизнь и ожидали ребенка. Фактически все женщины были окружены теплотой и заботой как со стороны мужа, так и близких родственников.

С периода беременности психологический компонент гестационной доминанты у женщин был направлен на бережное отношение к своему здоровью, исключение из рациона алкогольных напитков и табакокурения, избегание конфликтов и состояний душевного волнения. На этом фоне возникал своего рода эгоцентризм – женщины ожидали от супругов больше внимания, меньше времени уделяли домашним работам и мужу. В связи с этим изредка возникали ситуации напряжения в семейных отношениях, которые благополучно разрешались на уровне компромисса (субдоминанта беременности). С третьего триместра беременности возникала легкая астения, сопровождающаяся некоторой заторможенностью поведения, связанного, со слов беременных, с погруженностью в себя, мечтательностью, преобладанием в сознании предстоящих родов и кормления ребенка (субдоминанта родов и вскармливания).

Шкала астении выявила у большинства беременных – 173 (72,7%) легко выраженную астению. В среднем показатели астении были в диапазоне от 32 до 69 ( $54,7 \pm 6,7$ ) баллов.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) не выявила клинического уровня симптомов депрессии. Субклинический уровень депрессии - 8-10 баллов - был зафиксирован в 70 (29,4%) случаях. Клинический уровень тревоги также не был характерен для данной группы беременных. Субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) регистрировалась в 74 (31,1%) случаях, и в 11 (4,6%) клинического уровня: от 10 до 12 баллов.

Результаты теста Лири представлены в таблице 3.2.1

Таблица 3.2.1

## Результаты теста ЛИРИ беременных без психических расстройств

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	4,9	0,2	5,0	3,0	7,0	4,9	0,2	5,0	3,0	6,0	н/дост.
II	4,1	0,1	4,0	2,0	6,0	5,5	0,1	3,0	4,0	7,0	0,000
III	4,3	0,1	4,0	3,0	6,0	4,2	0,1	4,0	3,0	6,0	н/дост.
IV	2,7	0,1	2,0	1,0	4,0	2,7	0,1	2,0	1,0	4,0	н/дост.
V	3,1	0,2	3,0	1,0	5,0	3,3	0,2	3,0	1,0	5,0	н/дост.
VI	3,1	0,1	2,0	2,0	4,0	3,1	0,1	3,0	2,0	4,0	н/дост.
VII	5,5	0,2	5,0	4,0	7,0	5,7	0,2	5,0	4,0	8,0	0,025
VIII	5,4	0,2	5,0	3,0	7,0	5,5	0,2	5,0	3,0	8,0	н/дост.

\*Наименование октанта: I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность.

Как видно из таблицы 3.2.1, у психически здоровых в период беременности отмечается незначительное повышение эгоистичности и дружелюбия, что объясняется психологическим компонентом гестационной доминанты.

Факторный анализ характеристик межличностных отношений данной группы беременных выявил 1 значимый фактор – эгоистичность, определяющий поведение. Составляющие компоненты фактора эгоистичность (54,2% дисперсии):

- Альтруистичность –0,922;
- Зависимость –0,858;
- Дружелюбие –0,856;
- Авторитарность –0,816.

Факторный анализ личностных особенностей беременных выявил 4 значимых фактора (таблица 3.2.2), объясняющих 70,9% дисперсии.

**Факторы межличностных отношений в период беременности  
женщин без психических расстройств**

<b>Название фактора</b>	<b>Составляющие фактора</b>	<b>% дисперсии</b>
<b>Гипертимность</b>	Гипертимность 0,910 Демонстративность 0,866	27,4
<b>Педантичность</b>	Педантичность 0,751	21,2
<b>Застревание</b>	Застревание 0,891	12,3
<b>Экзальтированность</b>	Экзальтированность 0,854 Циклотимность 0,706	10,0

Таким образом, у женщин с беременностью, протекающей без осложнений, в 72,7% случаев выявляется легкая астения, в 29,4% – субклинический уровень депрессии и в 31,1% – тревоги. Кроме того, в 4,6% случаев тревога достигала клинического уровня. Важную роль в определении психического статуса играл психологический компонент гестационной доминанты, детерминирующий изменение межличностного взаимодействия в сторону повышения эгоистичности и актуализации личностных характеристик (гипертимность, педантичность, застреваемость и экзальтированность). Тем не менее, указанные особенности не нарушали микросоциальную адаптацию, а были направлены на создание оптимальных психологических условий вынашивания беременности.

**3.3. Донозологические психические расстройства  
при физиологически протекающей беременности**

Возраст беременных на период обследования составил 18-34 (25,2±4,1) года.

Изучение социально-демографических характеристик не выявило статистически значимых различий с группой психически здоровых. Большинство женщин – 24 (63,2%) - проживали в городе, остальные – 14 (36,8%) – в сельской местности. Высшее образование было в 9 (23,7%) случаях, среднее специальное – у 19 (50,0%), и у остальных 10 (26,3%) – среднее. 17 (44,7%)

работали на рабочих специальностях, 15 (39,5%) – в бюджетной сфере и остальные 6 (15,8%) – индивидуальные предприниматели. Большинство, 30 (78,9%) женщин, были замужем, 5 (13,2%) разведены и 3 (7,9%) – одинокие.

Семейный микроклимат характеризовался как спокойный, доброжелательный в 25 (65,8%) случаях, в 8 (21,1%) – были эпизодические конфликты и в 5 (13,1%) – наблюдались серьезные конфликты, угрожающие разрывом отношений. Установлено, что в данной группе женщин семейный микроклимат был статистически значимо ( $\chi^2=54,5$   $p=0,0005$ ) более проблематичным (напряженным, конфликтным), чем в группе психически здоровых, что является одним из факторов, повышающим риск ( $OR=30,4$   $95\%CI=8,3-120,9$ ) формирования донозологических психических расстройств более чем в 30 раз.

Большинство женщин – 30 (78,9%) - проживали в хороших жилищных условиях, и остальные 8 (21,1%) жилье снимали.

Большинство обследуемых – 30 (78,9%) - не курили и 8 (21,1%) - курили изредка. Более половины – 23 (60,5%) - женщин периодически употребляли алкогольные напитки и 15 (39,5%) – практически не употребляли.

У большинства обследованных – 31 (81,6%) - данная беременность была первой, в остальных 7 (18,4%) случаях – второй. Аборты были в анамнезе только у 4 (10,5%) женщин. Во всех случаях беременность была желаемой. Дети (по 1 ребенку) были только у 7 (18,4%) женщин.

Клинический анализ структуры предболезненных психических расстройств позволил выделить 2 их подгруппы.

**Первая подгруппа** – 17 (3,7%) беременных. В клинической картине преобладали единичные, не связанные синдромально астенические, аффективные и вегетативные симптомы. Они возникали в ответ на конфликтные семейные отношения, которые существовали и до беременности, а в ее период усиливались. В других случаях конфликтные отношения возникали в микросоциальном окружении в связи с усилением эгоистичности, авторитарности и подозрительности беременных. Кроме того, у них усиливалась тревож-

ность и астения, которые сопровождались повышенной раздражительностью. Кроме того, на этом фоне усиливались субъективные переживания беременных по поводу беременности (ее течения, предстоящих родов, уходе за маленьким ребенком и т.п.). Данное состояние нами квалифицировалось как **непатологическая адаптационная астено-вегетативная реакция**. Характерно, что психологический компонент гестационной доминанты у них был неустойчивым – в зависимости от преобладающего настроения, обусловленного межличностными отношениями, периодически отмечались колебания от оптимального понимания ситуации и правильной ее оценки, до повышенной тревожности, а в ряде случаев и эйфорическое отношение к беременности и будущим родам. В тех случаях, где имели место семейные конфликты, – отмечались характерологические реакции в виде попыток манипулирования ближайшим микросоциальным окружением.

Во всех случаях беременность была первой, желанной. В 14 (82,4%) случаях пациентки осмотрены в третьем триместре, 3 (17,6%) – в первом и третьем.

Донозологические психические нарушения в форме непатологической адаптационной астено-вегетативной реакции возникали в конце первого, начале второго триместра беременности и достигали максимума проявлений в третьем. Клиническая картина определялась повышенной физической и психической утомляемостью, чувством усталости, рассеянностью внимания. Данные нарушения были у всех беременных в подгруппе, усиливались преимущественно во второй половине дня.

В половине случаев наблюдалась эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность. Характерными были колебания настроения в течение суток от хорошего к несколько подавленному, изредка преходящее чувство тревоги, внутренний дискомфорт. Наряду с этим отмелись диссомнические нарушения (сонливость в дневное время, затрудненное засыпание, неглубокий сон), неустойчивый аппетит, повышенная жажда.

При психометрическом обследовании выявлено следующее.

Шкала астении: 53-61 ( $56,2 \pm 2,7$ ) балл - выявила легкую астению во всех случаях.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии показала следующее. Состояние тревоги - 7-10 ( $8,2 \pm 0,7$ ) баллов; легкая тревога выявлена в 15 (88,2%) случаях.

Депрессия - 5-8 ( $7,0 \pm 1,0$ ) баллов; легкая депрессия выявлена в 6 (35,3%) случаях.

Результаты теста межличностных отношений Лири представлены в таблице 3.3.1. Из таблицы 3.3.1 видно, что в период беременности имеется незначительное повышение по октантам «авторитарность» и «подозрительность», находящихся на среднем уровне. Авторитарность связана с психологическим компонентом гестационной доминанты, а подозрительность объясняется повышенным беспокойством по поводу течения беременности и предстоящих родов.

Таблица 3.3.1

**Результаты теста ЛИРИ беременных с непатологической адаптационной астено-вегетативной реакцией (критерий Уилкоксона)**

Октант*	«Я до беременности»					«Я во время беременности»					p=
	М	$\sigma$	Me	Q25	Q75	М	$\sigma$	Me	Q25	Q75	
I	5,6	2,4	5,0	4,0	8,0	6,1	2,8	6,0	4,0	8,0	0,04
II	4,7	2,1	4,0	3,0	6,0	4,2	2,0	4,0	3,0	6,0	н/дост.
III	4,8	2,1	6,0	2,0	7,0	4,5	2,5	5,0	2,0	7,0	н/дост.
IV	3,4	2,5	2,0	1,0	6,0	3,9	2,7	3,0	2,0	6,0	0,04
V	3,8	2,0	3,0	3,0	5,0	3,6	2,3	3,0	1,0	5,0	н/дост.
VI	4,4	2,1	4,0	4,0	5,0	4,1	2,2	4,0	2,0	5,0	н/дост.
VII	6,4	2,3	7,0	5,0	7,0	6,1	3,1	7,0	4,0	7,0	н/дост.
VIII	7,2	2,9	7,0	5,0	10,0	6,6	3,8	7,0	5,0	10,0	н/дост.

\*Наименование октанта: I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII –Альтруистичность.

Таким образом, данное состояние возникало в основном во втором триместре беременности на фоне астении, преимущественно у стеничных, деятельных личностей, с активной жизненной позицией, испытывалось бере-



менными субъективно, расценивалось ими как обычные проявления беременности и не приводило к социальной дезадаптации.

Факторный анализ межличностных отношений первой подгруппы представлен в табл. 3.3.2.

Таблица 3.3.2

**Факторы межличностного взаимодействия, обуславливающие риск донозологических психических расстройств в форме непатологической адаптационной астено-вегетативной реакции**

№ п/п	Фактор	Составляющие	% дисперсии
1	<b>Контрастность межличностных отношений</b>	Зависимость 0,935 Дружелюбие 0,831 Альтруистичность 0,713 Авторитарность 0,859 Эгоистичность 0,846	56,6
2	<b>Противоречивость межличностных отношений</b>	Подчиняемость 0,877 Агрессивность 0,838	18,4

Из таблицы 3.3.2. видно, что выявлено 2 значимых фактора межличностных отношений (75% дисперсии), отражающих их противоречивость, что является фактором, способствующим формированию донозологических расстройств.

Факторный анализ личностных особенностей беременных 1 подгруппы выявил 4 значимых фактора, создающих предрасположенность формирования донозологических психических расстройств, объясняющих 79,5% дисперсии (табл. 3.3.3).

Таблица 3.3.3

**Индивидуально-личностные факторы риска формирования донозологических психических расстройств в форме непатологической адаптационной астено-вегетативной реакции**

№	Фактор	Составляющие	% дисперсии
1	<b>Тревожность</b>	Тревожность 0,899 Экзальтированность -0,774 Подозрительность -0,754	27,7
2	<b>Гипертимность</b>	Гипертимность 0,879 Демонстративность 0,794	24,9
3	<b>Неуравновешенность</b>	Неуравновешенность 0,926	14,9
4	<b>Рассеянность</b>	Педантичность -0,919	12,0

Как видно из представленной таблицы, личностные факторы, в виде тревожности, гипертимности, неуравновешенности, на фоне субклинически выраженной тревоги и астении, с учетом противоречивых личностных особенностей, создают предрасположенность формирования донозологических психических расстройств в форме адаптационной астено-вегетативной реакции.

Во **вторую подгруппу** вошло 21 (4,7%) беременных, в клинической картине которых, кроме отдельных астенических, аффективных и вегетативных, присутствовали единичные навязчивые, истерические и ипохондрические симптомы, не взаимосвязанные между собою в единый клинически очерченный синдром. Данное состояние нами квалифицировалось в рамках **непатологической адаптационной астено-невротической реакции с заострением преморбидных личностных черт.**

Во всех случаях беременность была первой, желанной. С конца первого – начала второго триместра беременности у женщин возникла астеническая симптоматика, усиливающаяся во второй половине дня. Беспокоили повышенная физическая и психическая утомляемость, чувство усталости, рассеянность внимания, которые были основными симптомами, в половине случаев в сочетании с эмоциональной лабильностью, повышенной раздражительностью. На этом астеническая симптоматика исчерпывалась.

Характерными были колебания настроения в течение суток от хорошего к несколько подавленному, у некоторых преходящее чувство тревоги, внутренний дискомфорт. Наряду с этим, имелись легкие нарушения сна: сонливость в дневное время, изредка - затрудненное засыпание, колебания аппетита, повышенная жажда. У некоторых обследуемых отмечались парестезии, фиксированность на вопросах собственного здоровья, в единичных случаях - демонстративность жалоб, а также единичные навязчивые симптомы.

Характерно, что психологический компонент гестационной доминанты, так же, как и в первой подгруппе, был неустойчивым и определялся как акцентуацией характера, так во многом зависел и от преобладающего настроения, которое, в свою очередь, нередко зависело от характера межличностных

отношений и конфликтов. При наличии в психическом статусе повышенной тревоги, временно доминировал тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты, при наличии депрессии – депрессивный тип. В 2 случаях, где наблюдалось сочетание тревоги и депрессии, психологический компонент гестационной доминанты был смешанным и носил черты тревожно-депрессивного. Поскольку тревога и депрессия у беременных была не постоянной, менялся и тип отношения к беременности. При благоприятном семейном микроклимате психологический компонент гестационной доминанты был оптимальным – т.е., характеризовался чертами гармоничности с нередким сдвигом в сторону эйфорического.

При психометрическом обследовании выявлено следующее.

Шкала астении - 46-61 ( $58,1 \pm 1,0$ ) балл – выявила легко выраженную астению («слабую астению») во всех случаях.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии:

- Депрессия - 2-9 ( $6,1 \pm 1,8$ ) баллов – состояние легко выраженной (субклинической) депрессии выявлено у 5 (23,8%).
- Тревога - 3-9 ( $6,3 \pm 1,8$ ) баллов – состояние субклинически выраженной тревоги выявлено у 7 (33,3%).
- Сочетание тревоги и депрессии зарегистрировано в 2 (9,5%) случаях.

Результаты теста межличностных отношений Лири представлены в таблице 3.3.4.

В период беременности отмечается статистически достоверное повышение по трем октантам – «авторитарность», «эгоистичность» и «подчиняемость», что можно объяснить психологически понятной реакцией акцентуированных личностей, связанных с беспокойством и заботой о вынашивании беременности.

Клинический анализ показал, что данное состояние возникало у женщин с преимущественно эмоционально-лабильной акцентуацией характера (с чертами экзальтированности и демонстративности) и, наряду с астенической

симптоматикой, сочеталось с единичными аффективными, истерическими и ипохондрическими симптомами, не объединенными в единый монолитный синдром. Несмотря на относительно высокие показатели авторитарности, эгоистичности, агрессивности, они не приводили к социальной дезадаптации.

Таблица 3.3.4

**Результаты теста ЛИРИ беременных с непатологической адаптационной астено-невротической реакцией с заострением преморбидных личностных черт (критерий Уилкоксона)**

Октант*	«Я до беременности»					«Я во время беременности»					p=
	М	$\sigma$	Me	Q25	Q75	М	$\sigma$	Me	Q25	Q75	
I	4,2	3,2	4,0	1,0	7,0	6,2	2,0	6,0	5,0	7,0	0,001
II	4,1	2,5	5,0	2,0	6,0	7,0	1,4	7,0	6,0	8,0	0,0001
III	5,4	3,1	6,0	3,0	8,0	5,5	3,7	4,0	3,0	10,0	н/дост.
IV	4,5	3,3	3,0	1,0	8,0	5,1	3,6	5,0	2,0	10,0	н/дост.
V	4,8	2,8	7,0	2,0	7,0	5,0	2,8	6,0	4,0	7,0	н/дост.
VI	4,0	1,7	4,0	3,0	6,0	4,7	2,3	4,0	2,0	7,0	0,03
VII	5,7	2,6	7,0	2,0	8,0	5,9	3,1	7,0	2,0	8,0	н/дост.
VIII	5,7	2,9	5,0	3,0	7,0	5,9	3,1	7,0	2,0	7,0	н/дост.

\*Наименование октанта: I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность.

Факторный анализ особенностей межличностного взаимодействия беременных 2 подгруппы позволил выявить 2 значимых фактора (альтруистичность и подозрительность), составляющие которых свидетельствуют о противоречивости во взаимоотношениях с окружающими и являющиеся фактором риска формирования донозологических психических расстройств, и объясняющие 80,7% дисперсии (табл. 3.3.5).

Таблица 3.3.5

**Факторы межличностного взаимодействия, обуславливающие  
риск донозологических психических расстройств в форме  
непатологической адаптационной астено-невротической реакцией  
с заострением преморбидных личностных черт**

<b>№ п/п</b>	<b>Фактор</b>	<b>Составляющие</b>	<b>% дисперсии</b>
1	<i>Альтруистичность</i>	Альтруистичность (0,971) Зависимость (0,870) Дружелюбие (0,905) Авторитарность (0,764)	65,2
2	<i>Подозрительность</i>	Подозрительность (0,916) Агрессивность (0,796) Подчиняемость (0,783)	15,5

Факторный анализ личностных особенностей беременных 2 подгруппы выявил 2 значимых фактора, создающих предрасположенность формирования донозологических психических расстройств, объясняющих 64,5% дисперсии (табл. 3.3.6).

Таблица 3.3.6

**Индивидуально-личностные факторы риска формирования  
донозологических психических расстройств в форме непатологической  
адаптационной астено-невротической реакцией с заострением  
преморбидных личностных черт**

<b>№ п/п</b>	<b>Фактор</b>	<b>Составляющие</b>	<b>% дисперсии</b>
1	<i>Замкнутость</i>	Гипертимность 0,926 Подозрительность – 0,865 Дистимность –0,794	33,3
2	<i>Педантичность</i>	Педантичность 0,799 Тревожность 0,785 Циклотимность –0,757 Неуравновешенность 0,755 Демонстративность –0,709	31,2

Изучение степени выраженности личностных особенностей, при непатологической адаптационной астено-вегетативной реакции и астено-невротической реакции с заострением преморбидных личностных черт, выявило различия по 2 параметрам: гипертимность и эмоциональная лабильность (табл. 3.3.7).

Установлено, что при нормально протекающей беременности, кроме клинически значимых психических расстройств, регистрируемых более чем в 27% случаев, чаще чем в 8% наблюдений выявляются донозологические психические нарушения. В их формировании существенную роль играет астеня, присущая беременности, и легко выраженная тревога, облегчающие невротический тип реагирования на внешние психогенные воздействия (конфликты и проблемы в семейной, бытовой и производственной сферах).

Таблица 3.3.7

**Самооценка личностных особенностей при различных типах реакций  
повышенного риска дезадаптации тест Леонгарда-Шмишека  
(сравнение по критерию Манна-Уитни)**

№ п/п	Самооценка личностных особенностей	1 подгруппа		2 подгруппа		p=
		n	%	n	%	
1	Гипертимность	13,4	4,4	17,6	4,4	0,002
2	Дистимность	7,4	4,6	8,6	4,7	0,467
3	Циклотимность	10,1	2,4	12,0	3,8	0,083
4	Неуравновешенный	9,1	3,1	9,0	5,2	0,581
5	Застревающий	11,6	3,3	11,5	3,8	0,816
6	Педантичный	10,6	2,0	11,5	4,3	0,399
7	Тревожный	10,0	4,2	8,6	6,7	0,232
8	Эмотивно-лабильный	16,6	2,4	13,3	5,3	0,031
9	Демонстративный	11,7	5,3	12,7	2,3	0,161
10	Экзальтированный	14,9	3,6	15,9	5,6	0,542

Выявленные невротические реакции проявляются в двух формах:

Для первой формы – непатологической адаптационной астено-вегетативной реакции - характерно формирование во втором-третьем триместре беременности у деятельных личностей с активной жизненной позицией.

Возникающие реакции субъективно беременными расценивались как обычные проявления беременности и не приводили к социальной дезадаптации.

Для второго типа реакций – адаптационной астено-невротической реакцией с заострением преморбидных личностных черт - характерно возникновение у женщин с эмоционально-лабильной акцентуацией характера (с чертами экзальтированности и демонстративности). У них, наряду с астенической симптоматикой, выявлялись единичные аффективные, истерические и ипохондрические симптомы, не объединенные в единый монолитный синдром.

### **3.4. Состояния повышенного риска дезадаптации при физиологически протекающей беременности**

В группу вошли 53 (18,2%) беременных в возрасте 19-33 ( $20,0 \pm 4,3$ ) года. Все женщины первый раз осмотрены во втором-третьем триместре беременности. Изучение социально-демографических характеристик показало следующее.

Большинство – 39 (73,6%) женщин - проживали в городе, остальные 14 (16,4%) – в сельской местности. Большинство из них – 31 (58,5%) человек - имели среднетехническое образование, 11 (20,8%) – высшее и 11 (20,8%) – среднее. Сравнение данной группы по критерию  $\chi^2$  (с поправкой Йейтса на непрерывность) для таблиц сопряженности 2x2 с группой без психических расстройств по уровню образования (высшему) выявило значимые различия:  $\chi^2=18,57$   $p=0,0005$ ; OR=4,6 95%CI=2,2-9,9. Таким образом, установлено, что высокий уровень образования является протективным фактором, способствующим более успешной адаптации.

Большинство – 37 (69,8%) женщин - имели профессию рабочего (половина из них – невысокой квалификации); 8 (15,1%) человек работали в бюджетной сфере и 8 (15,1%) – были индивидуальными предпринимателями. Сравнение по критерию  $\chi^2$  с группой психически здоровых выявило значимые различия:  $\chi^2=14,01$   $p=0,0008$ ; OR=3,4 95%CI=1,7-6,8. Таким образом,

установлено, что более высокий уровень образования позволил достичь более высокого уровня социальной адаптации, что в совокупности способствовало более успешной адаптации и является протективным фактором, препятствующим формированию состояний риска дезадаптации.

Изучение семейного положения показало, что 40 (75,5%) женщин состояли в браке и 13 (24,5%) на период беременности не имели семьи. Сравнение по критерию  $\chi^2$  с группой психически здоровых выявило значимые различия:  $\chi^2=49,9$   $p=0,0005$ ; OR=77,0 95%CI=10,0-1642,0. Таким образом, отсутствие семейных отношений и, соответственно, поддержки со стороны отца ребенка, является фактором риска формирования состояний повышенного риска дезадаптации.

Изучение семейного микроклимата показало, что в большинстве случаев – 36 (67,9%) - он характеризовался женщинами как спокойный, доброжелательный; в 13 (24,5%) случаях были эпизодические конфликты и в 4 (7,5%) – систематические. Сравнение по критерию  $\chi^2$  с группой психически здоровых выявило значимые различия в семейном микроклимате:  $\chi^2=55,5$   $p=0,0005$ ; OR=27,6 95%CI=8,1-103,6. Таким образом, установлено, что неблагоприятный семейный микроклимат и конфликты в период беременности являются фактором риска состояний дезадаптации.

Изучение жилищных условий показало, что 10 (18,9%) женщин проживали на съемных квартирах и остальные 43 (81,1%) – в собственном доме или квартире. Сравнение по критерию  $\chi^2$  с группой психически здоровых выявило значимые различия:  $\chi^2=5,76$   $p=0,017$ ; OR=3,0 95%CI=1,2-7,6. Таким образом, отсутствие собственного жилья также является фактором риска состояний дезадаптации.

Большинство женщин – 44 (83,0%) - не курили, остальные 9 (17%) курили сигареты эпизодически. Половина обследованных – 25 (47,2%) - алкогольные напитки практически не употребляли, остальные – 28 (52,8%) – употребляли эпизодически.



Во половине – 28 (52,8%) случаев - беременность была первая, и у 25 (47,2%) – вторая. У большинства женщин – 43 (81,1%) - аборт в анамнезе отсутствовали, и у 10 (18,9%) было по 1 медицинскому аборту. У большинства женщин – 37 (69,8%) - детей не было, и у остальных 16 (30,2%) было по 1 ребенку.

Несмотря на гармоничные семейные отношения у большинства до начала беременности, со второго-третьего ее триместра возникали напряженные отношения с супругом. Это было связано с изменением привычного ранее стереотипа жизни и возникшего в результате беременности астенического синдрома, препятствующего функционированию на прежнем уровне. Последнее и послужило причиной напряженных отношений в семье.

Эти состояния возникали при одновременном негативном воздействии микросоциального окружения (напряженные семейные отношения, отсутствие, или недостаточная поддержка), индивидуально-личностных характеристик (неконформность, склонность к конфликтам и лидерству) и физиологических (беременность) факторов.

Астения, возникшая в результате беременности, субклинически выраженная тревога и субдепрессия создавали риск возникновения состояний, угрожающих дезадаптацией. Эти состояния являются своего рода предрасположенностью донозологических психических расстройств у лиц с акцентуацией характера и требуют оказания психотерапевтической помощи.

Психометрическое обследование выявило во всех случаях легко выраженную астению – 53-71 ( $58,8 \pm 4,7$ ) балл.

#### **Шкала HADS:**

- тревога 8-13 ( $9,5 \pm 1,3$ ) баллов – 77,4% субклинический и 22,6% – клинический уровень;
- депрессия – 8-12 ( $9,5 \pm 1,3$ ) в 92,5% – субклинический и 7,5% – клинический уровень.

Во всех случаях наблюдалось сочетание тревоги и депрессии. Факторный анализ выявил 3 значимых личностных фактора, создающих риск состояний дезадаптации у беременных – 55,9% дисперсии (табл. 3.4.1).

Таблица 3.4.1

**Индивидуально-личностные факторы, создающие повышенный риск состояний дезадаптации у беременных**

<b>Наименование Фактора</b>	<b>Составляющие фактора</b>	<b>% дисперсии</b>
<i>Эмоциональная Лабильность</i>	Эмоциональная лабильность (0,878) Тревожность (0,794)	24,5
<i>Гипертимность</i>	Гипертимность (0,870) Дистимность (-0,729)	17,8
<i>Экзальтированность</i>	Экзальтированность (0,709)	13,6

Факторный анализ межличностных отношений до беременности выявил 2 значимых фактора, создающих риск состояний дезадаптации у беременных – 82,1% дисперсии (табл. 3.4.2).

Таблица 3.4.2

**Факторы межличностных отношений, создающие повышенный риск состояний дезадаптации у беременных**

<b>№ п/п</b>	<b>Фактор</b>	<b>Составляющие</b>	<b>% дисперсии</b>
1	<i>Альтруистичность</i>	Подчиняемость (0,862) Зависимость (0,868) Дружелюбие (0,941) Альтруистичность (0,948)	48,4
2	<i>Эгоистичность</i>	Эгоистичность (0,903) Агрессивность (0,901) Подозрительность (0,839)	33,7

Таким образом, факторами риска дезадаптации являются личностные особенности (эмоциональная лабильность, гипертимность и экзальтированность), обуславливающие противоречивость в межличностных взаимоотношениях.

**Астенический тип реакций повышенного риска** наблюдался в 11 (20,8%) случаях и проявлялся жалобами на повышенную утомляемость, чув-

ство усталости, грусть, повышенную сонливость в дневное время. В половине случаев встречались отдельные навязчивые воспоминания. У части беременных была некоторая демонстративность жалоб.

Психологический компонент гестационной доминанты был неустойчивым, в большинстве случаев характеризовался как тревожный. В ряде случаев беременность использовалась как средство манипуляции ближайшим микросоциальным окружением. В таких случаях отмечалась некоторая переоценка значимости беременности с тенденцией к эйфорическому типу психологического компонента доминанты.

Факторный анализ личностных особенностей при астеническом типе реакций выявил 3 значимых фактора (72,1% дисперсии) – таблица 3.4.3.

Таблица 3.4.3

**Результаты факторного анализа личностных особенностей  
при астеническом типе реакций**

<b>Наименование Фактора</b>	<b>Составляющие фактора</b>	<b>% дисперсии</b>
<i>Эмоциональная лабильность</i>	Эмоциональная лабильность (0,894) Циклотимность (-0,788) Тревожность (0,758)	32,0
<i>Подавленность</i>	Экзальтированность (-0,903) Застревающий (0,830) Гипертимность (0,728)	23,6
<i>Демонстративность</i>	Демонстративность (0,898) Неуравновешенность (0,794)	16,5

**Дисфорический тип реакций повышенного риска** встречался в 17 (32,1%) случаях и проявлялся пониженным настроением, повышенной раздражительностью, недовольством окружающим, чувством злобы, эмоциональной лабильностью. Психологический компонент гестационной доминанты был неустойчивым и менялся от тревожного до эйфорического. В случае обострения конфликтов, наблюдалось сожаление о беременности, которое затем сменялось депрессивным отношением. Факторный анализ личностных особенностей выявил 5 значимых факторов (85,5% дисперсии) – таблица 3.4.4.

**Результаты факторного анализа личностных особенностей  
при дистимическом типе реакций**

<b>Наименование Фактора</b>	<b>Составляющие фактора</b>	<b>% дисперсии</b>
<i>Доверчивость</i>	Застревающий (-0,956)	25,2
<i>Гипертимность</i>	Гипертимность (0,853) Неуравновешенность (-0,786) Циклотимность (-0,719)	21,9
<i>Демонстративность</i>	Демонстративность (0,870) Эмоциональная лабильность (0,753)	16,7
<i>Экзальтированность</i>	Экзальтированность (0,892) Тревожность (-0,855)	11,5
<i>Стеничность</i>	Дистимность (-0,950)	10,2

В остальных 25 (47,2%) случаях диагностировался **психовегетативный вариант реакций повышенного риска**, который проявлялся полиморфной симптоматикой: сниженным настроением, чувством тревоги, неопределенной подавленностью, неустойчивостью настроения. Наряду с этим, отмечалась вегетативная неустойчивость: расстройства засыпания, сонливость в дневное время, повышение аппетита, колебания АД, лабильность вазомоторов.

Психологический компонент гестационной доминанты чаще был неустойчивым, с тревожным и депрессивным оттенком с переходом к оптимальному.

Факторный анализ личностных особенностей при психовегетативном типе реакций выявил 4 значимых фактора (64,0% дисперсии) – таблица 3.4.5.

Изучение механизма формирования реакций повышенного риска дезадаптации показало, что в силу индивидуальных различий – акцентуации личности - реакции повышенного риска дезадаптации возникали вследствие личностного реагирования, а невротические – психогенного реагирования на реальную проблемную или конфликтную ситуацию.

**Результаты факторного анализа личностных особенностей  
при психовегетативном типе реакций**

Наименование фактора	Составляющие фактора	% дисперсии
<i>Гипертимность</i>	Гипертимность (0,866)	20,7
	Эмотивно-лабильный (-0,767)	
<i>Тревожность</i>	Тревожность (0,840)	17,1
<i>Демонстративность</i>	Демонстративность (0,893)	13,5
<i>Экзальтированность</i>	Экзальтированность (0,737)	12,7
	Циклотимность (0,732)	

Самооценка личностных особенностей при различных типах реакций повышенного риска дезадаптации представлена в таблице 3.4.6.

Таблица 3.4.6

**Самооценка личностных особенностей при различных типах реакций  
повышенного риска дезадаптации (тест Леонгарда-Шмишека)**

№ п/ п	Самооценка личностных особенностей	Астениче- ский		Дисфориче- ский		Психовегетатив- ный	
		п	%	п	%	п	%
1	Гипертимность	<b>15,5</b>	2,6	<b>13,4</b>	3,2	16,6	3,0
2	Дистимность	9,0	3,3	10,2	3,2	8,4	2,6
3	Циклотимность	12,8	2,7	9,5	4,0	10,9	3,0
4	Неуравновешен- ный	<b>8,7</b>	3,7	<b>12,0</b>	2,1	8,2	3,1
5	Застревающий	14,3	2,8	12,5	1,1	<b>12,1</b>	2,4
6	Педантичный	<b>11,3</b>	4,4	<b>7,1</b>	2,9	11,4	4,0
7	Тревожный	12,3	3,4	11,5	5,3	10,0	5,7
8	Эмотивно- лабильный	15,3	4,5	15,0	2,1	17,6	2,2
9	Демонстративный	13,1	2,6	12,1	1,3	14,2	3,7
10	Экзальтированный	15,8	5,5	18,0	4,7	14,2	5,2

Сравнение степени выраженности отдельных личностных особенностей при различных типах реакции показало, что при астеническом типе, по

сравнению с дисфорическим, были более выражены гипертимность ( $p=0,033$ ) и педантизм ( $p=0,0001$ ), а при дисфорическом – неуравновешенность ( $p=0,01$ ). При сравнении астенического варианта с психовегетативным, при первом были более выражены ( $p=0,026$ ) черты застреваемости.

### **3.5. Социально-демографические характеристики женщин с физиологически протекающей беременностью и психическими расстройствами клинического уровня**

В группу с психическими расстройствами вошли 121 беременная в возрасте от 17 до 38 ( $26,3\pm 5,1$ ) лет. Большинство обследованных – 87 (71,9%) - проживали в городе и остальные 34 (28,1%) – в сельской местности.

По уровню образования обследуемые распределились следующим образом: 8 (6,6%) – вспомогательная школа, 14 (11,6%) – среднее образование, 40 (33,1%) – среднее специальное и 59 (48,8%) – высшее. По уровню образования данная группа статически не отличалась от группы психически здоровых, за исключением наличия обучающихся во вспомогательной школе.

Большинство – 90 (74,4%) - были обеспечены жильем (дом или квартира), остальные 31 (25,6%) – проживали в общежитии либо снимали квартиру. Сравнение с психически здоровыми выявило статистически значимые различия ( $\chi^2=22,08$   $p=0,0005$ ). При этом, вероятность отсутствия собственного жилья при наличии психического расстройства более чем в 4 раза превышает такой шанс у психически здоровых ( $OR=4,5$   $95\%CI=2,3-8,9$ ).

На неквалифицированной работе работали 17 (14%) человек, 49 (26,4%) – на квалифицированной, 52 (42,9%) – были работниками бюджетной сферы, 10 (8,3%) – работники сферы индивидуального предпринимательства, 4 (3,3%) – занимали руководящие должности и 6 (5%) – были служащими. Значимых различий по характеру работы с группой психически здоровых не выявлено.

По семейному положению обследованные распределились следующим образом: 7 (5,8%) были разведены, 15 (12,4%) – были не замужем, и осталь-

ные 99 (81,8%) состояли в браке – 25,6% в гражданском и 56,2% – в законном.

При сравнении с группой психически здоровых выявлены статистически значимые различия по удельному весу беременных, не имеющих собственной семьи ( $\chi^2=39,29$   $p=0,0005$ ; OR=52,7 95%CI=7,4-1076).

Изучение семейного микроклимата показало следующее: в 10 (8,3%) были конфликты, нарушающие единство семьи; в 14 (11,6%) случаях – имели место систематические конфликты; в 41 (33,9%) – конфликты носили эпизодический характер и в остальных 56 (46,3%) – семейный микроклимат обследуемых характеризовали как спокойный и доброжелательный. Семейные конфликты нарушающие единство семьи и систематические, были статистически значимо чаще в группе с психическими расстройствами, чем в группе психически здоровых ( $\chi^2=34,3$   $p=0,0005$ ; OR=14,5 95%CI=4,6-50,7).

Почти в половине случаев – 59 (48,9%) - беременность была первая, в 33 (27,3%) – вторая, в 24 (19,8%) – третья и в 5 (4,1%) – четвертая.

В большинстве случаев – 83 (68,6%) - аборт в анамнезе отсутствовали, и в остальных 39 (31,4%) было от одного (21,5%) до трех (4,1%) аборт. По удельному весу женщин с абортами в анамнезе данная группа статистически значимо превосходила группу психически здоровых ( $\chi^2=14,5$   $p=0,0008$ ; OR=2,8 95%CI=1,6-4,9).

У 68 (56,2%) беременных детей не было и у остальных 53 (43,8%) были 1-2 ребенка.

Таким образом, изучение социально-демографических характеристик женщин с беременностью, протекающей без осложнений и с наличием психических расстройств, установлено, что жилищные условия у них несколько хуже, чем у психически здоровых, более высокий удельный вес женщин без собственной семьи, более часты конфликты, угрожающие единству семьи и более высокий удельный вес женщин, прерывавших беременность.

### **3.6. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, с отдаленными последствиями ЧМТ**

В данную группу вошли 11 (2,4%) пациенток в возрасте 24-32 (27,0±2,9) года. Все пациентки проживали в городе.

В большинстве случаев – 8 (72,7%) - пациентки имели среднее специальное образование, в 1 (9,1%) – высшее и остальных 2 (18,2%) случаях было среднее образование. По удельному весу пациенток с высшим образованием пациентки данной группы статистически достоверно ( $\chi^2=7,0$   $p=0,009$ ; OR=12,0 95%CI=1,5-258,7) уступали группе психически здоровых. Удельный вес пациенток со среднетехническим образованием в группе с отдаленными последствиями ЧМТ был выше, чем в контрольной группе ( $\chi^2=6,7$   $p=0,01$ ; OR=6,0 95%CI=1,4-29,6).

Во всех случаях на период обследования беременные числились на работе: кабинетная работа (бухгалтер, учетчик, сметчик) – 5 (45,4%), швея – 3 (27,3%) и в 3 (27,3%) случаях пациентки работали строителями (натяжные потолки, витражи, штукатурка).

В 5 (45,4%) случаях пациентки были замужем, в 4 (36,4%) – не замужем и в остальных 2 (18,2%) – разведены. По удельному весу пациенток без семьи группа с ЧМТ статистически достоверно ( $\chi^2=93,8$   $p=0,0005$ ; OR=284,4 95%CI=24,8-7591,3) превышала психически здоровых.

Таким образом, сравнительный анализ социально-демографических показателей беременных с отдаленными последствиями ЧМТ показал преобладание среднетехнического образования и семейной дезадаптации, по сравнению с группой здоровых.

Более чем в половине случаев жилищные условия были хорошими (собственная квартира, частный дом). Более трети – 4 (36,4%) пациенток курили табак, большинство – 9 (81,8%) человек эпизодически, «по праздникам» употребляли алкогольные напитки.



У большинства обследованных – 8 (72,7%) – настоящая беременность была первой, 3 (27,3%) женщины до этой беременности делали аборт, в 2 (18,2%) случаях у пациенток были дети.

По психическим расстройствам наследственность во всех случаях неотягощена, в 3 (27,3%) случаях наблюдался семейный алкоголизм.

Методика диагностики типа акцентуации характера Леонгарда-Шмишека показала следующее. В 4 случаях диагностировалась акцентуация характера по аффективно-лабильному типу (с чертами тревожности и гипертимности), в 4 случаях по возбудимому типу (с чертами застревания), в 2 случаях по застревающему типу и в 1 случае по гипертимному типу.

Во всех случаях расстройства психической сферы возникли задолго до начала беременности. Черепно-мозговые травмы были перенесены в возрасте 12-21 ( $15,9 \pm 2,9$ ) год, а продолжительность до беременности составила 4-18 ( $11,1 \pm 3,8$ ) лет. Во всех случаях после получения черепно-мозговой травмы пациентки обращались за медицинской помощью к неврологу, лечились стационарно, наблюдались амбулаторно. В 7 (63,6%) случаях консультированы врачом-психиатром, принимали рекомендованное лечение.

Клинически на период обследования у 6-и пациенток диагностировался **неврозоподобный синдром** в структуре отдаленных последствий ЧМТ и в 5-и - **психопатоподобный**.

При психометрическом обследовании выявлено следующее.

- Госпитальная шкала тревоги - 8-13 ( $10,4 \pm 1,5$ ) баллов и депрессии 9-13 ( $11,4 \pm 1,7$ ) баллов - выявила субклинический уровень депрессии в 4 (36,4%) случаях и в остальных – 7 (63,6%) – клинический. В 7 (63,6%) – была выявлена субклинически выраженная тревога и в остальных 4 (36,4%) случаях – клинический уровень.
- Шкала астенического состояния во всех случаях выявила симптомы легкой астении от 53 до 71 ( $60,7 \pm 6,4$ ) балла.

Результаты теста межличностных отношений Лири представлены в таблице 3.6.1.

**Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом  
«Отдаленные последствия ЧМТ» (сравнение по критерию Уилкоксона)**

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	11,0	0,4	11,0	10,0	12,0	12,4	0,4	12,0	11,0	14,0	0,003
II	11,9	0,3	12,0	11,0	13,0	12,6	0,3	13,0	12,0	13,0	0,04
III	12,3	0,3	12,0	12,0	13,0	12,6	0,2	13,0	12,0	13,0	н/дост.
IV	8,7	0,4	9,0	8,0	10,0	8,7	0,4	9,0	8,0	10,0	н/дост.
V	2,5	0,2	2,0	2,0	3,0	3,5	0,3	4,0	3,0	4,0	0,04
VI	2,3	0,2	2,0	2,0	3,0	3,6	0,5	3,0	2,0	5,0	н/дост.
VII	3,0	0,2	3,0	2,0	4,0	4,0	0,4	4,0	3,0	5,0	0,04
VIII	3,0	0,2	3,0	2,0	4,0	4,5	0,3	4,0	4,0	5,0	0,018

\*Наименование октанта: I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность.

Как видно из таблицы 3.6.1, до беременности у пациенток имели место высокие показатели по шкалам «авторитарность», «эгоистичность», которые были характерны для пациенток до беременности, а в период беременности авторитарность, как личностная характеристика, статистически достоверно усилилась. Наряду с этим, несколько повысились показатели по октантам подчиняемость, дружелюбность и альтруистичность, что объясняется определенной зависимостью беременных от мужа и ближайшего микросоциального окружения, изменения семейного микроклимата в более благоприятную сторону.

В конце второго, начале третьего триместра беременности у женщин доминировали переживания, связанные с рождением ребенка и последующим его воспитанием. Больше времени они уделяли своим переживаниям, мечтам. В тех случаях, где с отцом ребенка отношения не были узаконены, возникали ситуации напряжения, которые усиливали симптоматику.

Факторный анализ самооценки межличностных отношений (таблица 3.6.2) в период беременности выявил 3 значимых фактора (78,4% дисперсии).

Таблица 3.6.2

**Факторы межличностных отношений в период беременности  
женщин с отдаленными последствиями ЧМТ**

<b>Название фактора</b>	<b>Составляющие фактора</b>	<b>% дисперсии</b>
<b>Эгоистичность</b>	Эгоистичность 0,963 Альтруистичность -0,887 Дружелюбие 0,779 Авторитарность 0,716	49,4
<b>Агрессивность</b>	Агрессивность 0,964	16,0
<b>Зависимость</b>	Зависимость 0,896	13,0

Приведенные данные характеризуют усиление особенностей межличностного взаимодействия беременных с отдаленными последствиями ЧМТ, которые способствуют конфликтным отношениям и обострению симптоматики.

Факторный анализ личностных особенностей (таблица 3.6.3) также выявил 3 значимых фактора (93,7% дисперсии).

Таблица 3.6.3

**Личностные факторы беременных с отдаленными последствиями ЧМТ**

<b>Название фактора</b>	<b>Составляющие фактора</b>	<b>% дисперсии</b>
<b>Демонстративность</b>	Демонстративность 0,972 Гипертимность 0,944 Циклотимность 0,915 Педантичность -0,813	49,0
<b>Лабильность</b>	Эмоциональная лабильность 0,982 Тревожность 0,966	24,2
<b>Декларируемое спокойствие</b>	Неуравновешенность -0,936 Дистимность -0,855 Застревание -0,768	20,5

Приведенные данные свидетельствуют о высокой значимости личностных особенностей в формировании напряженных межличностных отношений, актуализирующихся на фоне астении, легко выраженной депрессии и тревожности.

Таким образом, психические расстройства в структуре отдаленных последствий черепно-мозговой травмы у женщин при физиологически проте-

кающей беременности клинически представляют собою сложное взаимопроникновение и сочетание заостренных преморбидно-личностных характеристик с высоким удельным весом демонстративности, астении, вегетативных, тревожных и фобических симптомов. При этом, при психопатоподобном синдроме симптоматика носит эго-синтонный характер, как бы присваивается пациенткой, становится частью ее личности, а при неврозоподобном синдроме – часть симптоматики (вегетативная и тревожная) носит эгодистонный характер, со стремлением избавиться от нее, а часть симптомов, связанных с заострением преморбидно-личностных характеристик, носят эго-синтонный характер. Сама беременность у женщин с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы, в силу астении, изменения физиологического статуса и необходимости придерживаться определенного режима, является провоцирующим фактором, приводящим к обострению имеющейся ранее симптоматики.

### **3.7. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, и алкоголизмом**

В данную группу вошли 9 беременных (с диагнозом «Алкоголизм I клиническая стадия» – 5 человек и «Алкоголизм II клиническая стадия» – 4 человека).

Возраст обследуемых был от 27 до 33 ( $29,7 \pm 1,9$ ) лет, все проживали в городе. Большинство – 7 (77,8%) - обследуемых имели среднее специальное образование и 2 (22,2%) – высшее.

В 7 (77,8%) случаях женщины занимались квалифицированным трудом и в 2 (22,2%) – занимали должности инженерно-технических работников. Половина – 5 (55,6%) обследуемых - жили в гражданском браке, и 4 (44,4%) – в зарегистрированном.

Более чем в половине – 7 (77,8%) - случаев в семье были конфликтные отношения, в 2 случаях на грани развода. Частота конфликтных отношений у беременных в алкоголизмом по сравнению с группой психически здоровых

была статистически достоверно чаще ( $\chi^2=100,8$   $p=0,0005$ ). Более того, алкоголизм является фактором риска, более чем в 200 раз повышающим вероятность конфликтных отношений ( $OR=204,8$   $95\%CI=25,8-2178,8$ ).

Во всех случаях жилищные условия обследуемых были хорошими (квартира, частный дом). Все обследуемые курили табак, 3 (33,3%) иногда эпизодически употребляли наркотики (конопля). Серьезные увлечения имели только 2 (22,2%) обследуемых, спортом не занималась ни одна.

Наследственность по психическим расстройствам, со слов обследуемых, не отягощена; в 5 (55,6%) случаях в семье отец злоупотреблял алкогольными напитками, что, как правило, создавало конфликтные отношения в семье, обследуемые воспитывались в неблагоприятных условиях. По сравнению с группой психически здоровых, частота семейного алкоголизма статистически значимо более высокая ( $\chi^2=89,2$   $p=0,0005$ ).

Клинически преморбидно-личностные характеристики у обследуемых характеризовались: в 4 (44,4%) как акцентуация характера по истерическому типу, в 3 (33,3%) – как акцентуация характера по неустойчивому типу (по классификации Личко А.Е.) и в 2 (22,2%) – как эмоционально-неустойчивая акцентуация.

Методика диагностики типа акцентуации характера Леонгарда-Шмишека вывила следующее. В 4 случаях диагностировалась акцентуация по демонстративному типу (в сочетании с чертами экзальтированности, гипертимности, тревожности, и циклотимности), в 3 случаях регистрировалась тревожная акцентуация, и в 2 – эмоционально лабильная.

Клиника алкоголизма сформировалась до начала беременности, все пациентки обращались за помощью к врачу-наркологу, в большинстве случаев – 8 (88,9%) - к частнопрактикующим, так как не желали огласки. Клиника алкогольной зависимости сформировалась к возрасту 24-29 ( $27,0\pm 1,6$ ) лет, а продолжительность заболевания до настоящего исследования составила 1-6 ( $2,7\pm 1,5$ ) лет.

В большинстве случаев – 6 (66,7%) пациентки были зависимы от «легких» алкогольных напитков – пиво, джин-тоник, вино, а в 3 (33,3%) – от крепких (преимущественно водка).

К периоду беременности у большинства – 7 (77,8%) - были аборты, так как беременность наступала в состоянии алкогольного опьянения, «случайно». В 5 (55,5%) случаях перед планированием беременности пациентки «кодировались» от употребления алкоголя, в остальных случаях – пытались сдержаться самостоятельно.

Осмотрены врачом-психиатром во втором триместре на сроке беременности 14-18 недель. Во всех случаях пациентки жаловались на астенические расстройства (повышенную физическую утомляемость, постоянное чувство усталости, снижение настроения и эмоциональную лабильность), кроме того, отмечали аффективные расстройства (сниженное настроение, чувство тревоги, обиды), беспокоили навязчивые воспоминания о прежних обидах, в 4 случаях опасения, что с ребенком может быть что то не так, из-за злоупотребления алкоголем. Во всех случаях пациентки жестами, интонацией, мимикой подчеркивали свою озабоченность состоянием здоровья будущего ребенка. Они были фиксированы на беременности, на ее протекании, несколько преувеличивали свои страхи и опасения, четко придерживались предписанного режима. В ряде случаев отмечалось расстройство засыпания, недостаточная продолжительность и глубина ночного сна, сонливость днем, колебания АД, то повышение, то понижение аппетита, иногда головокружение. Таким образом, их психическое состояние можно квалифицировать как астенический синдром с тревожным компонентом у больного алкоголизмом в рамках физиологически протекающей беременности.

Психометрическое исследование показало следующее:

Госпитальная шкала тревоги и депрессии:

- состояние депрессии во всех случаях - 8-12 ( $9,3 \pm 1,7$ ) баллов – в 7 случаях субклинический и в 2 – клинический уровень;

- состояние тревоги во всех случаях - 9-13 ( $11,1 \pm 1,4$ ) баллов – в 3 случаях субклинического и в 6 – клинического уровня.

Шкала астении выявила у всех обследуемых симптомы легкой астении - 55-61 ( $57,7 \pm 2,1$ ) балл.

Результаты теста Лири представлены в таблице 3.7.1.

Таблица 3.7.1

**Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом  
«Алкоголизм» (сравнение по критерию Уилкоксона)**

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	4,7	0,6	5,0	3,0	6,0	7,0	0,4	7,0	6,0	8,0	0,02
II	3,8	0,3	4,0	3,0	4,0	5,0	0,7	4,0	3,0	6,0	н/дост.
III	4,6	0,4	5,0	4,0	5,0	6,6	0,5	7,0	6,0	8,0	0,03
IV	2,9	0,4	3,0	2,0	3,0	5,9	0,7	6,0	4,0	8,0	0,03
V	7,2	0,4	7,0	7,0	8,0	7,1	0,5	8,0	6,0	8,0	н/дост.
VI	5,0	0,6	5,0	4,0	6,0	8,0	0,5	8,0	7,0	9,0	0,04
VII	8,1	0,5	8,0	7,0	9,0	9,4	0,4	10,0	9,0	10,0	н/дост.
VIII	8,1	0,9	8,0	6,0	10,0	10,7	0,4	11,0	10,0	12,0	0,05

\*Наименование октанта: I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII –Альтруистичность.

Как видно из таблицы, в период беременности у пациенток данной группы несколько повысилась авторитарность, агрессивность и подозрительность, а также зависимость и альтруистичность. Это связано, с нашей точки зрения, с гестационной доминантой, обусловившей направленность на вынашивание беременности и последующие роды. В то же время, сама беременность обуславливает определенную зависимость от ближайшего микро-социального окружения.

Гестационная доминанта в определенной степени сыграла роль в формировании ремиссии алкоголизма: сформировался как внешний, так и внутренний «запрет» на употребление алкогольных напитков. В связи с конфликтными отношениями в семье и угрозой разрыва отношений, – декларируются зависимость и альтруистичность.

Факторный анализ межличностных отношений в период беременности выявил 3 значимых фактора – 86,9% дисперсии (таблица 3.7.2).

Таблица 3.7.2

**Факторы межличностных отношений в период беременности  
женщин с алкоголизмом**

<b>Название фактора</b>	<b>Составляющие фактора</b>	<b>% дисперсии</b>
<b>Авторитарность</b>	Авторитарность 0,976 Дружелюбие –0,800 Эгоистичность 0,720 Подчиняемость 0,729	38,9
<b>Независимость</b>	Зависимость –0,933 Подозрительность –0,918	31,0
<b>Эгоистичность</b>	Альтруистичность –0,885 Агрессивность 0,837	17,0

Таким образом, значимыми факторами в межличностных отношениях у беременных с алкоголизмом являются авторитарность, эгоистичность и независимость. В то же время, до беременности факторами, определяющими межличностные отношения, были зависимость и агрессивность – 77,5% дисперсии (таблица 3.7.3).

Таблица 3.7.3

**Индивидуально-личностные факторы до беременности  
женщин с алкоголизмом**

<b>Название фактора</b>	<b>Составляющие фактора</b>	<b>% дисперсии</b>
<b>Зависимость</b>	Зависимость 0,952 Авторитарность 0,912 Альтруистичность 0,904 Подозрительность 0,718 Дружелюбие 0,706	60,6
<b>Агрессивность</b>	Агрессивность 0,954 Подчиняемость 0,834	16,9

Как видно из таблицы 3.5.3, определяется внутренняя противоречивость личностных факторов, что также ставит личность в конфликт с микро-социальным окружением.



Факторный анализ личностных особенностей (87,7% дисперсии) в период беременности представлен в таблице 3.7.4.

Таблица 3.7.4

**Индивидуально-личностные факторы в период беременности  
женщин с алкоголизмом**

<b>Название фактора</b>	<b>Составляющие фактора</b>	<b>% дисперсии</b>
<b>Эмоциональная неустойчивость</b>	Эмоциональная лабильность 0,960 Неуравновешенность 0,937 Подозрительность 0,928 Дистимность 0,803	52,5
<b>Демонстративность</b>	Демонстративность 0,926 Циклотимность 0,811 Тревожность -0,722	24,5
<b>Гипертимность</b>	Гипертимность 0,838	10,7

Таким образом, значимыми личностными факторами в период беременности у женщин с алкоголизмом являются эмоциональная неустойчивость, демонстративность и гипертимность.

Перечисленные факторы, с учетом гестационной доминанты, способствуют формированию конфликтных отношений, что является фактором риска семейной дезадаптации и требует оказания своевременной психотерапевтической помощи.

Установлено, что у женщин с алкоголизмом 1 и 1-2 клинической стадии под влиянием внешних условий (запрет на употребление алкоголя со стороны мужа и родителей), а также значимости беременности для себя и для сохранения семьи, может наступить ремиссия в употреблении алкоголя. При этом беременность оказывает астенизирующее влияние и, в силу особенностей состояния, усиливает подчиняемость, зависимость и ответственность. Во втором триместре в большинстве случаев – 8 (88,9%) - на фоне изменения привычного стереотипа жизни, вынужденного отказа от употребления алкогольных напитков, возникало состояние легкой депрессии.

Таким образом, при алкогольной зависимости у беременных с физиологически протекающей беременностью более чем в половине случаев отме-

чался семейный алкоголизм и неблагоприятные условия воспитания с формированием в последующем демонстративных и эмоционально-лабильных черт характера, с формированием своеобразного гедонистического стиля жизни с продолжительным периодом привычного употребления алкогольных напитков и последующего формирования алкоголизма. В большинстве случаев первая беременность заканчивалась абортom, так как ребенок зачинался в состоянии алкогольного опьянения, что служило своего рода психотравмирующим фактором. Будучи пролечены от алкоголизма, в том числе и методом «кодирования» в период вынужденного воздержания от алкоголя, астенизирующего влияния самой беременности, у пациенток возникали аффективные колебания в сторону понижения настроения, диссомнические расстройства, тревога, вегетативная неустойчивость, опасения по поводу здоровья будущего ребенка. Таким образом, формировался астено-субдепрессивный синдром с тревожным компонентом, требующий назначения терапии и индивидуальной психотерапии.

### **3.8. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, с шизофренией и шизотипическим расстройством**

В данную группу вошли 5 беременных с клинически верифицированным диагнозом шизофрении (3 случая) и шизотипического расстройства (2 случая). Возраст на период обследования был 27-29 ( $28,4 \pm 0,9$ ) лет. Все обследуемые проживали в городе, большинство – 5 (80%) - имели высшее, и 1 (20%) - среднее специальное образование. Пациентки были хорошо адаптированные – 4 (40%) работали в бюджетной сфере, 2 (40%) работали продавцами у индивидуальных предпринимателей (торговали на рынке) и 1 – медицинским статистиком.

Все пациентки имели собственную семью – 3 проживали в законном браке и 2 – в гражданском. Микроклимат в семье был спокойным, доброжелательным. Жилищные условия были хорошими (собственная квартира).

Все пациентки не курили, алкоголь употребляли по праздникам, без злоупотребления. Большинство – 4 (80%) - из них имели увлечения.

В 2 (40%) случаях имела место наследственная отягощенность по психическим расстройствам (отец и мать лечились у врача-психиатра) и в 1 случае – семейный алкоголизм (отец злоупотреблял алкоголем, перенес алкогольный психоз, лечился в наркологическом диспансере).

В преморбиде пациентки характеризовались как акцентуация характера по психастеническому, неустойчивому и паранояльному типу (при шизофрении), и шизоидная акцентуация (при шизотипическом расстройстве).

Во всех случаях психические расстройства начинались задолго до настоящей беременности в возрасте 24-26 ( $25,2 \pm 0,8$ ) лет, а продолжительность заболевания составила 2-4 ( $3,2 \pm 0,8$ ) года. Все пациентки с диагнозом «Шизофрения, приступообразный тип течения, аффективно-бредовый синдром» лечились стационарно, в последующем течение незначительного периода времени (до 1 года) наблюдались у врача-психиатра амбулаторно, затем лечение прекратили.

Две пациентки с шизотипическим расстройством (неврозоподобный тип) обращались вначале к знахарям, экстрасенсам, «бабкам», а затем к частнопрактикующим врачам-психиатрам. В течение 1,5-2 лет до начала беременности чувствовали себя хорошо, жалоб со стороны психического здоровья не предъявляли.

Пациентки обследованы на сроке беременности 6 месяцев. Их психическое состояние квалифицировалось тревожно-субдепрессивным синдромом.

Психометрическое обследование: шкала астении выявила легко выраженную астению («слабую астению») в 2 случаях (53-55 баллов) и в 1 случае – умеренную астению (78 баллов); госпитальная шкала тревоги и депрессии выявила клинический уровень депрессии (13-16 баллов) и тревоги (11-14 баллов) во всех трех случаях.

После беседы с врачом психиатром пациенткам было предложено амбулаторное лечение.

У беременных с шизотипическим расстройством со второго месяца от начала беременности появлялась повышенная утомляемость, нежелание что-либо делать, они становились тревожными, более замкнутыми, прекращали общаться со знакомыми, возобновлялись опасения за состояние здоровья.

Осмотрены врачом-психиатром во втором триместре. Психическое состояние характеризовалось подавленным настроением, замкнутостью, малообщительностью, тревожностью, навязчивыми мыслями о «сглазе», «порче». Они беспокоились за состояние здоровья будущего ребенка.

Пациенткам было предложено амбулаторное лечение, на которое они дали свое согласие. Назначались антидепрессанты и малые нейролептики.

Психометрическое обследование: шкала астении выявила легко выраженную астению («слабую астению») – 56-60 баллов. Госпитальная шкала тревоги и депрессии выявила клинический уровень депрессии (13-14 баллов) и тревоги (11-13 баллов).

Факторный анализ (90,2% дисперсии) результатов самооценки особенностей межличностных взаимоотношений (тест Лири) в период беременности группы в целом (шизофрении и шизотипического расстройства) выявил амбивалентность (таблица 3.8.1), что вполне соотносится с клинической формой выявленной психической патологии.

Таблица 3.8.1

**Факторы межличностных отношений в период беременности женщин с шизофренией и шизотипическим расстройством**

Название фактора	Составляющие фактора	% дисперсии
<b>Демократичность-эгоистичность</b>	Авторитарность -0,994 Альтруистичность -0,876 Эгоистичность 0,708	44,6
<b>Подчиняемость</b>	Подчиняемость 0,926 Подозрительность -0,845	23,6
<b>Агрессивность</b>	Дружелюбие -0,929 Агрессивность 0,756	22,0

Таким образом исследование показало, что психофизиологические и нейрогуморальные сдвиги в результате беременности оказывают определенное воздействие на течение эндогенного заболевания, приводя к его обострению в виде тревожно-депрессивной симптоматики, что требует своевременного оказания психофармакологической помощи. Негативным последствием психофармакотерапии является необходимость перевода ребенка на искусственное вскармливание, а позитивным – купирование симптоматики, избежание госпитализации в психиатрический стационар и последующей интенсивной психофармакотерапии, и как следствия – необходимостью прерывания беременности по медицинским показаниям.

### **3.9. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, с аффективными расстройствами настроения**

Аффективные расстройства настроения выявлены у 12 (2,7%) беременных. Возраст женщин на период исследования составил 17-35 ( $26,1 \pm 5,9$ ) лет.

В большинстве случаев – 8 - женщины проживали в городе, и в 4 случаях в деревне. В 5 (41,7%) случаях они имели высшее, в 5 (41,7%) – среднее и в 2 – среднее специальное образование.

Все женщины работали: 5 (41,7%) были работниками бюджетной сферы, 3 (25%) - квалифицированные рабочие и 4 (33,3%) – неквалифицированные рабочие.

Одна пациентка была не замужем, одна состояла в гражданском браке и 10 (83,3%) были замужем. В большинстве случаев – 8 (66,7%) - семейный микроклимат был благоприятным, а в 4 (33,3%) случаях в семье периодически были конфликты.

В большинстве случаев – 10 (83,3%) - жилищные условия пациенток были хорошие (квартира или частный дом), и только в 2 (16,7%) случаях пациентки проживали в общежитии.

Большинство пациенток – 10 (83,3%) - эпизодически, «по праздникам», употребляли алкогольные напитки, наркотические и токсические вещества пациентки данной группы не употребляли. В большинстве случаев – 8 (66,7%) у обследуемых было хобби, спортом не занимался никто.

У 4 (33,3%) у пациенток была наследственная отягощенность по психическим расстройствам: в 2 случаях отец или мать обращались за психиатрической помощью к частнопрактикующим врачам-психиатрам и в 2 случаях – в государственную психиатрическую клинику, в 3 (25%) случаях отец злоупотреблял алкоголем, однако за наркологической помощью не обращался.

Клинически в преморбиде пациентки характеризовались в 4 (33,3%) случаях как аффективно-лабильная акцентуация характера, в 4 (33,3%) – как психастеническая, в 1 (8,3%) случае как неустойчивая и в остальных 3 (25%) – как тревожная личность.

Тест диагностики акцентуаций характера Леонгарда-Шмишека показал в 5 случаях эмоционально-лабильный тип акцентуации (в сочетании с циклотимными, гипертимными и тревожными чертами), в 4 случаях циклотимная (с чертами экзальтированности, тревожности и эмоциональной лабильности), в 3 случаях диагностировалась тревожная акцентуация.

Психометрическое обследование группы в целом показало следующее. Шкала астении - 53-74 ( $61,8 \pm 8,0$ ) - выявила у всех беременных легко выраженную астению.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии выявила у всех пациенток тревогу – 8-12 ( $9,5 \pm 1,4$ ) баллов: в 9 случаях – субклинического и в 3 – клинического уровня, а также клинический уровень депрессии - 12-16 ( $14,5 \pm 1,2$ ) баллов во всех случаях.

Результаты теста Лири представлены в таблице 3.9.1.

Как видно из таблицы, результаты теста Лири свидетельствует о низких показателях авторитарности, эгоистичности и агрессивности, что вполне согласуется с преморбидно-личностными характеристиками обследованных.

Несколько более высокие показатели по шкалам подчиняемость, дружелюбие и альтруистичность также согласуются с преморбидом. Беременность незначительно повысила показатели агрессивности (по сравнению с данными «до беременности»), однако не оказала существенного влияния на систему межличностных отношений пациенток.

Таблица 3.9.1

**Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом  
«Аффективные расстройства настроения» (критерий Уилкоксона)**

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	М	m	Me	Q25	Q75	М	m	Me	Q25	Q75	
I	5,3	1,0	4,5	3,5	6,0	6,0	0,9	5,5	4,0	7,0	н/дост.
II	3,4	0,5	3,0	2,0	4,5	4,8	0,6	5,0	3,0	6,5	0,038
III	4,8	0,8	5,0	2,0	7,0	6,8	0,7	7,5	5,5	8,0	0,008
IV	4,8	0,6	5,0	4,0	5,0	5,3	0,7	5,0	4,0	7,5	н/дост.
V	8,6	1,0	9,0	8,0	11,0	9,5	0,6	9,0	8,0	11,0	н/дост.
VI	5,8	1,1	5,5	2,0	10,0	5,2	1,1	4,0	1,5	9,0	н/дост.
VII	6,8	1,1	6,0	3,0	11,0	7,4	1,1	7,5	4,5	11,0	н/дост.
VIII	9,4	0,9	9,0	6,0	14,0	8,8	1,2	9,0	6,0	12,5	н/дост.

\*I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность

Факторный анализ выявил 2 значимых фактора (таблица 3.9.2) в межличностных отношениях, объясняющих 72,5% дисперсии: подозрительность (21,8%) и зависимость (50,7%).

Таблица 3.9.2

**Факторы межличностных отношений у беременных  
с аффективными расстройствами настроения**

№	Название фактора	Составляющие фактора	% дисперсии
1	<b>Зависимость</b>	Зависимость 0,94 Дружелюбие 0,87 Подчиняемость 0,85 Альтруистичность 0,83	50,7
2	<b>Подозрительность</b>	Подозрительность 0,83 Авторитарность 0,73	21,8

В 5 (41,7%) случаях аффективные расстройства – легкий депрессивный эпизод - наблюдались задолго до беременности и пациентки обращались за психиатрической помощью. Возраст начала аффективных расстройств составил 16-25 ( $21,4 \pm 1,9$ ) лет.

Клинический анализ выявленной психопатологической симптоматики позволил разделить данную группу пациенток **на две подгруппы**:

- в первую вошли 7 пациенток с *легким депрессивным эпизодом*;
- во вторую – 5 пациенток с *рекуррентным депрессивным расстройством*, текущий эпизод легкой степени.

Установлено, что при аффективных расстройствах настроения у беременных при физиологически протекающей беременности астения и физиологические сдвиги способствуют более легкому возникновению очередного приступа субдепрессии. При этом аффективные расстройства не оказали существенного влияния на систему межличностных отношений пациенток.

### **3.10. Клинико-психопатологические характеристики женщин с беременностью, протекающей без осложнений, с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами**

В данную группу вошли беременные, обнаруживающие на период исследования тревожно-фобические и другие тревожные расстройства, расстройства адаптации, соматоформную вегетативную дисфункцию и неврастению (таблица 3.10.1).

Возраст обследуемых был 18-38 ( $26,0 \pm 4,7$ ) лет. В большинстве случаев 44 (69,8%) беременные проживали в городе.

На период обследования подавляющее большинство были замужем: 34 (54%) – законный брак и 21 (33,3%) – гражданский; 2 (3,2%) были разведены и остальные 6 (9,5%) – в браке не состояли.



**Клиническая структура невротических, связанных со стрессом  
и соматоформных расстройств**

<b><i>Тревожно-фобические расстройства</i></b>	<b>11</b>
- <i>Социальные фобии</i>	4
- <i>Специфические (изолированные) фобии</i>	7
<b><i>Другие тревожные расстройства</i></b>	<b>12</b>
- <i>Генерализованное тревожное расстройство</i>	7
- <i>Смешанное тревожное и депрессивное расстройство</i>	5
<b><i>Расстройства адаптации</i></b>	<b>25</b>
- <i>Кратковременная депрессивная реакция</i>	14
- <i>Смешанная тревожная и депрессивная реакция</i>	11
<b><i>Соматоформная вегетативная дисфункция</i></b>	<b>4</b>
<b><i>Неврастения</i></b>	<b>11</b>
<b>Всего</b>	<b>63</b>

В половине случаев – 32 (50,8%) - семейный микроклимат был спокойным, доброжелательным; в 23 (36,5%) случаях были эпизодические конфликты и в остальных 8 (12,7%) – систематические. При сравнении семейного микроклимата с группой психически здоровых выявлены статистически значимые различия ( $\chi^2=104,9$   $p=0,0005$ ;  $OR=56,7$   $95\%CI=17,4-203,8$ ), что свидетельствует о более частых (в 56 раз) семейных конфликтах при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах.

Более чем в половине случаев – 35 (55,6%) - беременность была первая, в 15 (23,8%) – вторая и в остальных 13 (20,6%) – третья-четвертая. У большинства – 36 (57,1%) - детей не было, в остальных было по 1 ребенку.

У большинства женщин – 46 (73%) - предшествующие беременности аборт отсутствовали, в остальных 17 (27%) было от 1 до 3 аборт – чаще, чем в группе психически здоровых ( $\chi^2=4,84$   $p=0,028$ ;  $OR=2,2$   $95\%CI=1,1-4,5$ ).

Психометрическое обследование: шкала астении - 38-91 ( $61,0\pm 12,4$ ) баллов: 48 (76,2%) – лёгкая астения, 9 (14,3%) – умеренная и в остальных 6 (9,5%) – отсутствие астении. Госпитальная шкала тревоги и депрессии: тревога - 8-14 ( $10,0\pm 1,5$ ) баллов: в 40 (63,5%) – субклинический уровень и в остальных 23 (36,5%) – клинический; депрессия - 5-14 ( $10,0\pm 2,1$ ) баллов: в 6

(9,5%) случаях – отсутствие депрессии; в 32 (50,8%) – субклинический и в остальных 25 (39,7%) – клинический уровень.

Факторный анализ межличностных отношений в период беременности выявил 2 значимых фактора (77,2% дисперсии), играющих существенную роль в формировании пограничных психических расстройств, и отражающих противоречивость в межличностных взаимоотношениях (таблица 3.10.2).

Таблица 3.10.2

**Факторы межличностных отношений, играющие роль  
в формировании пограничных психических расстройств**

Наименование фактора	Составляющие фактора	% дисперсии
<b>Дружелюбие</b>	Дружелюбие 0,919 Альтруистичность 0,857 Подчиняемость 0,822 Зависимость 0,820	58,2
<b>Эгоистичность</b>	Эгоистичность 0,884 Агрессивность 0,862 Авторитарность 0,849	16,6

Результаты теста Лири представлены в таблице 3.10.3.

Таблица 3.10.3

**Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом  
«Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»  
(сравнение по критерию Уилкоксона)**

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	5,3	0,5	4,0	1,0	7,0	5,3	0,4	6,0	3,0	7,0	н/дост.
II	4,2	0,3	4,0	2,0	6,0	4,6	0,4	4,0	2,0	6,0	н/дост.
III	4,5	0,3	3,0	3,0	7,0	5,3	0,4	5,0	3,0	7,0	0,0008
IV	4,6	0,3	5,0	3,0	7,0	4,8	0,3	5,0	3,0	6,0	н/дост.
V	5,5	0,4	5,0	3,0	8,0	5,8	0,4	6,0	4,0	8,0	н/дост.
VI	4,5	0,4	4,0	2,0	7,0	4,7	0,4	5,0	2,0	7,0	н/дост.
VII	5,9	0,4	5,0	3,0	9,0	5,9	0,4	6,0	4,0	9,0	н/дост.
VIII	6,1	0,4	6,0	4,0	8,0	5,8	0,4	6,0	3,0	8,0	н/дост.

\***Наименование октанта:** I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность.

Как видно из таблицы, в период беременности отмечается повышение показателей по шкале агрессивность, что связано, с нашей точки зрения, с психологическим компонентом материнской доминанты – направленностью на защиту будущего ребенка.

### ***3.10.1. Тревожно-фобические расстройства***

В данную группу вошли 11 (2,4%) беременных: 4 – с диагнозом «Социальные фобии» и 7 – «Специфические (изолированные) фобии».

Возраст пациенток на период исследования составил 20-34 (25,8±4,5) года.

Наследственность по психическим заболеваниям во всех случаях не была отягощена, семейного алкоголизма не встречалось.

По преморбидно-личностным характеристикам обследуемые распределились следующим образом: в 4 (36,4%) случаях была аффективно-лабильная акцентуация характера, в 4 (36,4%) – психастенический тип и в остальных 3 (27,2%) – акцентуация характера по истерическому типу.

Тест диагностики акцентуации характера Леонгарда-Шмишека показал следующее. Тревожный тип акцентуации выявлен в 3 случаях, эмоционально-лабильный – в 5 случаях и демонстративный – в 3 случаях.

Во всех случаях психические расстройства сформировались задолго до данной беременности, в возрасте 8-13 (10,9±1,4) лет с продолжительностью расстройства от 7 до 25 (14,9±5,6) лет.

Часть – 5 (45,5%) - беременных ранее лечились у врача психиатра.

В 5 (45,5%) в семьях были конфликты, в остальных – микроклимат спокойный, доброжелательный. Сравнение семейного микроклимата данной группы с группой психически здоровых выявил статистически значимые различия ( $\chi^2=45,94$   $p=0,0005$ ;  $OR=40,8$   $95\%CI=8,4-307,9$ ). Приведенные данные свидетельствуют, что наличие тревожно-фобических расстройств у беременных повышает вероятность семейных конфликтов в 40 раз.

При психометрическом обследовании установлено следующее.

Шкала астении выявила во всех случаях состояние легкой астении:  $58,5 \pm 5,4$  балла (от 53 до 69 баллов).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии: тревога - 8-13 ( $10,1 \pm 1,6$ ) баллов – в 7 случаях субклинического и в 4 – клинического уровня; депрессия 8-10 ( $9,2 \pm 0,9$ ) баллов – во всех случаях субклинического уровня.

Тест диагностики межличностных отношений Лири показал следующее (таблица 3.10.1.1).

Как видно из таблицы, в межличностных отношениях пациентки данной группы характеризуются как слабо уверенные в себе, с чертами легко выраженного эгоизма, легким упрямством и настойчивостью, критичностью по отношению к окружающим, скромностью, робостью, уступчивостью, конформизмом и склонностью к сотрудничеству, ответственные по отношению к людям, проявляют сострадание и заботу, отзывчивость. Данные характеристики не изменились и в период беременности, хотя и обнаружилось статистически достоверное повышение уровня авторитарности и альтруистичности в период беременности.

*Таблица 3.10.1.1*

**Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом  
«Тревожно-фобические расстройства» (критерий Уилкоксона)**

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	6,7	1,0	6,5	4,5	9,0	5,2	0,6	6,0	4,0	7,0	0,034
II	4,2	0,6	4,5	3,0	5,5	2,8	0,5	3,0	1,5	4,0	н/д
III	6,0	0,9	6,5	3,0	7,0	5,0	0,6	5,0	4,0	6,0	н/д
IV	5,3	0,8	6,0	3,0	7,0	4,7	0,6	5,0	3,0	6,5	н/д
V	5,5	0,8	5,0	3,5	8,0	5,1	0,7	5,0	4,0	7,0	н/д
VI	5,3	0,8	5,0	4,0	7,0	5,0	0,6	6,0	4,0	6,5	н/д
VII	6,2	0,8	6,0	3,0	9,0	5,9	0,8	5,0	4,0	7,5	н/д
VIII	6,3	0,9	6,0	4,0	10,0	5,4	0,9	6,0	2,5	9,0	0,027

\*Наименование октанта

I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность

Таким образом, тревожно-фобические расстройства при беременности имеют склонность к легкому обострению и усилению тревоги, а также более выраженным вегетативным проявлениям. Характерной их особенностью является эгосинтонность, как бы «присвоение симптоматики», принятие ее как личностной особенности и выработке компенсаторных механизмов по преодолению. Тем не менее, субъективно тревожно-фобические расстройства в период беременности переносились женщинами тяжело, что при инициативе врача-психиатра способствовало охотному согласию на сеансы психотерапии.

### ***3.10.2. Другие тревожные расстройства***

В данную группу вошли 12 беременных женщин: 7 – с диагнозом генерализованное тревожное расстройство и 5 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

При *генерализованном тревожном расстройстве* беременные были в возрасте 21-31 ( $25,8 \pm 3,0$ ) год, преимущественно жители города – 8 (66,7%) человек.

В большинстве случаев – 8 (66,7%) - в семьях были конфликтные отношения и в 4 (33,3%) – семейный микроклимат характеризовался как спокойный, доброжелательный.

Во всех случаях, со слов пациенток, их наследственность не была отягощена психопатологическими расстройствами родителей, только в 2 случаях наблюдался семейный алкоголизм (отец).

Преморбидно-личностные характеристики пациенток распределились следующим образом: тревожно-мнительные черты характера с раннего детства наблюдались в 8 (66,7%) случаях, в 2 (16,7%) преморбид можно было квалифицировать как сенситивный шизоид и в 2 (16,7%) – эмоционально-лабильная акцентуация.

Симптомы генерализованного тревожного расстройства начались (со слов) в 4-8-летнем ( $5,9 \pm 1,1$ ) возрасте. Продолжительность их до периода исследования 14-26 ( $19,8 \pm 3,4$ ) лет.

После начала беременности, спустя 1-2 месяца, у всех пациенток данной группы появлялась легкая астения, тревожность, опасение за исход беременности и смогут ли они справиться с воспитанием ребенка. Тревога и опасения зачастую провоцировались конфликтными отношениями в семье. С течением времени в 5 случаях возникали опасения езды в общественном транспорте – не могли выносить духоты и того, что приходится соприкасаться телом с другими людьми. В других случаях – боялись оказаться в неловкой ситуации, поступить не так, как надо. В третьих – покупая продукты в магазине, боялись что в них много нитратов и они смогут нанести вред ребенку. Родители и мужья успокаивали их, считая тревожные проявления «причудами беременных».

В 5 (41,6%) случаях к тревоге и опасениям присоединялось подавленное настроение, снижение аппетита, нежелание что-либо делать. Они переставали интересоваться своим внешним видом, залеживались в постели. Жаловались на одышку, нехватку кислорода, неприятные ощущения в эпигастрии. Считая указанные жалобы проявлением «патологии беременности» они просили обследовать их (кардиолог, гастроэнтеролог, акушер-гинеколог), однако, патология не выявлялась. Осмотрены врачом-психиатром в рамках данного исследования на 4-6 месяцах беременности.

Психическое состояние пациенток характеризовалось эмоциональным напряжением и такой же напряженной позой. Стержневым симптомом была тревога. Они жаловались на учащенное сердцебиение, повышенную потливость, сухость во рту. В некоторых случаях, отмечали беспричинное повышение температуры в утренние часы до 37,3 градусов. С одной стороны, они стремились получить помощь от врача, с другой – боялись диагноза и социальных последствий. Высказывали опасения по поводу вынашивания беременности, не были уверены в том, что смогут родить самостоятельно, рас-

считывали на кесарево сечение и, в то же время, боялись умереть в период операции, или что ребенка смогут не столько подменить, сколько принести затем не своего.

При психометрическом обследовании выявлено следующее.

Шкала астении выявила легкую астению 54-63 балла.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии: тревога - 11-14 ( $12,3 \pm 1,1$ ) баллов – во всех случаях клинический уровень тревоги; депрессия - 9-14 ( $10,7 \pm 1,8$ ) балла – в 3 случаях субклинический и в 4 – клинический уровень.

В 5 случаях диагностировалось *смешанное тревожное и депрессивное расстройство*. У пациенток наряду с тревогой отмечалось подавленное настроение, медлительность, снижение двигательной активности, трудности в принятии решений. У пациенток был снижен аппетит, у них были стойкие нарушения сна – когда они не могли долго уснуть, перед глазами всплывали картинки из прошлого (обиды, сцены сексуального насилия), они начинали плакать, не раскрывая родным и мужу причину слез. Кроме того, у них был снижен аппетит, они принимали пищу неохотно, хотя и понимали, что необходимо придерживаться режима, предписанного акушерами.

При психометрическом обследовании выявлено следующее.

Шкала астении выявила состояние легкой астении во всех случаях: 58-67 ( $61,8 \pm 3,7$ ) баллов.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии: тревога - 8-10 ( $9,2 \pm 0,8$ ) баллов – во всех случаях субклинически выраженная тревога; депрессия 11-13 ( $11,6 \pm 0,9$ ) баллов – во всех случаях клинически выраженная депрессия.

Результаты теста диагностики межличностных отношений Лири беременных с диагнозом "другие тревожные расстройства" представлены в таблице 3.10.2.1.

Как видно из таблицы, пациентки были с низким уровнем авторитарности и эгоистичности, однако упорные, настойчивые и энергичные, наряду с этим скромные, робкие, уступчивые, конформные, склонные к сотрудничеству и ответственные. Установившийся стиль взаимоотношений с окружаю-

щими у них в период беременности изменился незначительно: несколько снизилась авторитарность и подозрительность.

Таблица 3.10.2.1

### Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом

«Другие тревожные расстройства» (сравнение по критерию Уилкоксона)

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	7,0	0,7	7,5	5,0	9,0	5,2	0,5	6,0	4,0	6,0	0,007
II	4,9	0,5	5,0	4,0	6,0	3,3	0,4	4,0	2,0	4,0	н/дост.
III	5,5	0,6	6,0	3,0	7,0	5,0	0,5	4,5	4,0	6,0	н/дост.
IV	6,0	0,6	6,5	4,0	7,5	3,8	0,4	3,5	3,0	5,0	0,013
V	5,9	0,6	5,5	4,0	8,0	4,8	0,6	5,0	4,0	6,0	н/дост.
VI	5,3	0,7	5,5	4,0	7,5	5,1	0,4	5,0	4,0	6,0	н/дост.
VII	6,5	0,7	6,5	5,0	9,0	5,9	0,6	5,5	5,0	7,5	н/дост.
VIII	6,3	0,6	6,0	4,5	8,0	6,2	0,6	6,0	4,5	8,0	н/дост.

\*Наименование октанта

I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность

Тем не менее, факторный анализ особенностей межличностного взаимодействия в период беременности позволил выделить три значимых фактора (79,4% дисперсии), определяющих взаимоотношения с окружающими (таблица 3.10.2.2).

Таблица 3.10.2.2

### Факторы межличностных отношений при других тревожных расстройствах

Наименование фактора	Составляющие фактора	% дисперсии
Подозрительность	Подозрительность 0,932 Агрессивность 0,787	49,8
Противоречивость	Эгоистичность 0,924 Альтруистичность 0,739	16,6
Пассивность	Подчиняемость 0,927 Дружелюбие 0,834 Зависимость 0,813	13,0



Таким образом, в силу повышенной тревожности важную роль в межличностных отношениях беременных с диагнозом «Другие тревожные расстройства» играла подозрительность, а также противоречивость и пассивная позиция, которая была характерна и до беременности.

Основанием для выделения этой группы пациенток было то, что, несмотря на раннее начало симптоматики, она была относительно изолированным аффективным (тревожным и тревожно-депрессивным) расстройством, не затрагивала волевую сферу и сферу мышления, а также не приводила к стойкой социальной дезадаптации, хотя и отмечалась определенная периодичность (психогенно спровоцированная) в ее обострении (что не позволяет квалифицировать данное состояние в рамках расстройства личности), кроме того, симптоматика носила эгодистонный характер.

### ***3.10.3. Расстройства адаптации***

В данную группу вошли 25 беременных в возрасте 18-38 ( $24,1 \pm 5,2$ ) лет.

Наследственность по психическим расстройствам во всех случаях не была отягощена. У 4 (16%) обследуемых отец злоупотреблял алкоголем, лечился по поводу алкоголизма.

По преморбидно-личностным характеристикам пациентки распределились следующим образом: астеническая акцентуация характера была установлена в 3 (12%) случаях, аффективно-лабильная в 5 (20%) и истерическая в 5 (20%), в 4 (16%) - возбудимая, в 3 (12%) - тревожно-мнительные черты характера и в 5 (20%) пациентки характеризовали себя как «гармоничных личностей».

Клинический анализ позволил выделить 2 типа реакций: ***кратковременную депрессивную реакцию (14 наблюдений)*** и ***смешанную тревожно-депрессивную реакцию (11 наблюдений)***.

При ***кратковременной депрессивной реакции*** большинство обследуемых в раннем детстве росли и развивались наравне со сверстниками. Как правило, дошкольных учреждений не посещали, воспитывались родителями,

чрезмерно ими опекались. Лишь 3 пациентки посещали детский сад. В 2 случаях воспитанием ребёнка занималась исключительно мать.

К новым условиям привыкали достаточно быстро, так как без особого труда заводили знакомства, были общительными. В школе успевали хорошо и отлично, однако порой проявляли раздражительность, переменчивость настроения. В большинстве случаев отмечались эпизодические конфликты в семье из-за излишнего употребления алкоголя одним из родителей.

В период обучения в ВУЗе в течение года успеваемость была хорошей, но во время сессии обследуемые испытывали трудности, опасения перед экзаменами не давали им покоя, порой принимали успокоительные, дабы не думать о предстоящих тяжёлых испытаниях.

При устройстве на работу обследуемые поначалу испытывали тревогу, боялись не соответствовать своей должности, опасались не справиться с выполняемыми обязанностями. Со слов, со временем они обретали уверенность в себе и своих возможностях, хорошо адаптировались на новом месте работы.

Большинство женщин после получения образования создавали семьи. Беременность у всех была желанной, запланированной.

Со второго триместра беременности женщины стали меньше внимания уделять мужу и семейным делам. Они были больше сосредоточены на своей беременности, стали несколько медлительнее, задумчивее. Такое поведение можно объяснить гестационным компонентом материнской доминанты. Однако, такое поведение вызывало непонимание со стороны супруга. Возникали проблемные и конфликтные отношения. В ряде случаев супруги начинали злоупотреблять алкоголем, поздно приходили домой.

Конфликты с супругом зачастую были постоянными, нарушающими единство семьи, что в итоге и способствовало развитию кратковременной депрессивной реакции. После конфликтов у женщин снижалось настроение, нарушался сон. В 2 случаях стрессовым фактором, являющимся причиной

развития кратковременной депрессивной реакции, была скоропостижная смерть родственников.

Беременные осмотрены в начале третьего триместра беременности. Клиническая картина характеризовалась выраженной эмоциональной напряженностью, чувством угнетения, подавленности, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью. У части женщин выявлялась астеническая симптоматика с вялостью, повышенной утомляемостью, унынием, снижением побуждения («ничего не хочется делать», «апатичное состояние»), пассивностью, истощаемостью, эмоциональной неустойчивостью, плаксивостью. Осмотр психиатра и рекомендованное лечение несколько улучшали взаимоотношения в семье.

Молодой возраст пациенток и нормализация семейных отношений способствовали снижению депрессивной симптоматики и разрешению конфликтов в семье.

Психометрическое обследование показало следующее.

Шкала астении: 38-75 ( $52,1 \pm 12,1$ ) баллов, в 11 случаях выявила легко выраженную астению («слабую астению») и в 3 – отсутствие астении.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии: тревога - 8-10 ( $8,7 \pm 0,7$ ) баллов – во всех случаях субклинический уровень; депрессия - 9-12 ( $10,6 \pm 1,3$ ) баллов – в половине (7) случаев субклинический и в половине – клинический уровень.

Результаты теста диагностики межличностных отношений Лири представлены в таблице 3.10.3.1.

Как видно из представленной таблицы, у пациенток данной группы преобладают низкие показатели по всем октантам, что свидетельствует о том, что у них имеется низкий уровень авторитарности, эгоистичности, агрессивности и подозрительности. Несколько более высокие показатели по октантам подчиняемость, зависимость, дружелюбность и альтруистичность. Такой стиль взаимоотношений с окружающими служил основой для формирования

психогенных адаптационных реакций в психотравмирующей для них ситуации.

Таблица 3.8.3.1

**Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом «Кратковременная депрессивная реакция» (сравнение по критерию Уилкоксона)**

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	3,2	1,0	1,0	1,0	5,0	3,0	1,0	1,0	1,0	5,0	Статистически значимых различий не выявлено
II	2,7	0,4	2,0	2,0	3,0	2,4	0,4	2,0	2,0	2,0	
III	3,8	0,7	2,5	2,0	7,0	4,1	0,8	3,0	2,0	8,0	
IV	4,4	0,6	5,0	2,0	5,0	4,6	0,5	5,0	3,0	5,0	
V	7,4	1,0	8,0	4,0	11,0	7,6	1,0	8,0	5,0	11,0	
VI	4,4	1,0	4,0	1,0	8,0	4,4	1,0	4,0	1,0	8,0	
VII	5,9	1,1	7,0	2,0	11,0	5,9	1,1	7,0	2,0	11,0	
VIII	6,6	1,4	6,5	1,0	11,0	6,6	1,4	6,5	1,0	11,0	

\*Наименование октанта

I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность

При *смешанной тревожно-депрессивной реакции (11 наблюдений)* обследуемые в раннем детстве были малообщительны, плаксивы, обидчивы. В 4 случаях обследуемые посещали детские дошкольные учреждения. Среди сверстников не выделялись, не были на виду, шумным играм предпочитали тихие.

В школе успевали хорошо и отлично, но в общении с одноклассниками и учителями были, как правило, стеснительны, проявляли изменчивость настроения, отмечали, что если одноклассники шумели во время их ответа у доски или у парты, не слушали их ответ на вопрос учителя, то они могли сбиться, внезапно прервать ответ и даже сесть на место и заплакать. В пубертатном возрасте, как правило, обследуемые мало общались со сверстниками и не любили шумные компании.

С трудом заводили друзей, новые знакомства. В семье у обследуемых преобладали напряжённые, зачастую конфликтные отношения, нарушающие единство, в 2 случаях отец регулярно злоупотреблял алкоголем. В среде сверстников девочки проявляли раздражительность, переменчивость настроения, в конфликтных ситуациях бывали плаксивы и пытались оградить себя от окружающих. В пубертатном возрасте обследуемые предпочитали проводить время дома, больше внимания уделяли учёбе, нежели общению с друзьями.

В период обучения в ВУЗе успеваемость была хорошей, большую часть своего времени пациентки уделяли учёбе, предпочитали свободное время проводить в библиотеке, избегали шумных компаний. Знакомства заводили с трудом. В период сессии порой испытывали страх, боязнь не сдать экзамены и остаться на повторный курс, и даже быть отчисленными, несмотря на хорошую успеваемость в течение года. Во время ответов на экзамене, испытывали волнение, хотя и знали предмет. У них отмечались вегетативные нарушения: покраснение или побледнение кожных покровов, сердцебиение, потливость. В 3-х случаях возникало ощущение кома в горле, чувство жара в теле, имели место кратковременные эпизоды заикания, что порой мешало успешно сдавать экзамен с первого раза.

Большинство из обследуемых женщин после получения образования трудоустроивались по специальности, создавали семьи. У 4 обследуемых женщин отношения с мужем складывались конфликтными, в ряде случаев конфликты были систематическими, в основном из-за алкоголизации мужа и «его неспособности брать на себя ответственность за семью». После конфликтов у них кратковременно снижалось настроение, нарушался сон, появлялись мысли о неспособности самостоятельно справиться с семейными обязанностями. Несмотря на конфликтную обстановку, женщины стремились сохранить семьи и одним из «способов» исправить ситуацию являлось возникновение беременности.

Беременность у всех женщин была запланированной, женщины «возлагали» на нее «большие надежды», считали, что муж «одумается», бросит злоупотреблять алкоголем. В 4 случаях стрессовым фактором являлся разезд и расставание с гражданским мужем (вследствие его супружеской неверности), в одном случае – квартирная кража, в одном – угон автомобиля пациентки, в одном случае причиной развития смешанной тревожно-депрессивной реакции явилась скоропостижная смерть матери.

Клиническая картина характеризовалась выраженной эмоциональной напряженностью, страхом, тревогой, оценкой сложившейся ситуации как безвыходной, на первый план выступало стойкое снижение настроения с чувством отчаяния, тревогой, снижением аппетита, интересов, с чувством безнадежности, безысходности, разочарования. Депрессивный компонент, как правило, сочетался с симптомами тревоги. У всех женщин отмечались нарушения сна: тревожный, беспокойный, недостаточной глубины сон в первую неделю с кошмарными сновидениями, в которых женщины вновь переживали психотравмирующую ситуацию, также имели место гиперсомния, не приносящая ощущения утренней бодрости. В ряде случаев у женщин наблюдались соматовегетативные расстройства с сердцебиением, гипергидрозом, головокружением и диспепсическими расстройствами. У всех выявлялась астеническая симптоматика, с вялостью, повышенной утомляемостью, унынием, снижением побуждений, эмоциональной неустойчивостью, плаксивостью.

Психометрическое обследование показало следующее.

Шкала астении: 51-69 ( $57,5 \pm 5,6$ ) баллов - выявила легко выраженную астению («слабую астению») во всех случаях.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии: тревога - 9-12 ( $10,4 \pm 1,1$ ) балла – в 6 случаях субклинический и в остальных 5 – клинический уровень; депрессия - 10-14 ( $12,3 \pm 1,1$ ) баллов – в большинстве случаев (10) клинический уровень.

Результаты теста межличностных отношений Лири представлены в таблице 3.10.3.3.

Таблица 3.10.3.3

**Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом «Смешанная тревожно-депрессивная реакция» (сравнение по критерию Уилкоксона)**

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	5,8	1,3	5,0	1,0	9,0	7,8	0,9	8,0	5,0	11,0	0,008
II	4,1	0,6	5,0	2,0	6,0	7,5	0,5	8,0	6,0	9,0	0,007
III	4,9	0,9	3,0	3,0	7,0	6,6	0,7	5,0	5,0	8,0	0,003
IV	5,0	0,8	6,0	3,0	7,0	4,8	0,6	6,0	3,0	6,0	н/дост.
V	5,2	1,1	4,0	3,0	8,0	4,7	0,9	5,0	3,0	8,0	н/дост.
VI	4,8	1,0	5,0	2,0	8,0	4,5	0,8	6,0	2,0	7,0	н/дост.
VII	5,7	1,0	5,0	3,0	9,0	5,5	0,9	5,0	3,0	9,0	н/дост.
VIII	5,5	1,0	5,0	4,0	8,0	4,6	0,9	4,0	1,0	6,0	0,04

**\*Наименование октанта**

I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность

Как видно из таблицы 3.10.3.3, все показатели по октантам у пациенток находятся несколько ниже среднего уровня, что в межличностных взаимоотношениях характеризует их как уравновешенных, спокойных, в меру авторитарных и дружелюбных. В период беременности статистически достоверно повысились показатели по октантам «авторитарность», «эгоистичность», «агрессивность» и снижение «альтруистичности», что свидетельствует о повышенной заботе пациенток относительно вынашивания беременности и бережном отношении к себе и к своему здоровью.

Факторный анализ результатов теста Лири в период беременности во всей группе с «Расстройством адаптации» выявил 2 значимых фактора (79% дисперсии), определяющих поведение обследуемых (табл. 3.10.3.4).

Перечисленные факторы свидетельствуют о влиянии на межличностные отношения гестационной субдоминанты (беременности), актуализирующей в определенной мере эгоистичность обследованных, а фактор дружелю-

бие – был присущ их поведению преморбидно в силу тревожно-мнительных личностных особенностей.

Таблица 3.10.3.4

#### Факторы межличностных отношений при расстройствах адаптации

Наименование фактора	Составляющие фактора	% дисперсии
Дружелюбие	Дружелюбие 0,939 Зависимость 0,909 Альтруистичность 0,886 Подчиняемость 0,857	51,4
Авторитарность	Авторитарность 0,925 Эгоистичность 0,887 Агрессивность 0,841	27,6

Факторный анализ личностных характеристик выявил 4 значимых фактора (82,7% дисперсии), оказывающих влияние на межличностные отношения и создали predisposition адаптационных реакций (таблица 3.8.3.3).

Как видно из структуры фактора 1, колебания настроения от хорошего к подавленному, наряду с тревожностью и педантичностью, способствующей склонности к рефлексии и анализу, наряду с замкнутостью и стремлению к гипертимности, приводят к депрессивному и тревожно-депрессивному реагированию на проблемные ситуации.

Таблица 3.10.3.5

#### Личностные факторы при расстройствах адаптации

Наименование фактора	Составляющие фактора	% дисперсии
Эмоциональная неустойчивость	Циклотимность 0,911 Педантичность 0,891 Тревожность 0,873	31,9
Замкнутость	Демонстративность –0,926 Гипертимность –0,850	26,7
Эмоциональная лабильность	Эмоциональная лабильность 0,800	13,9
Гипертимность	Дистимность –0,929	10,2

При тревожно-депрессивной реакции в ряде случаев беременность была как бы средством манипуляции супругом, что в свою очередь усугубило



конфликтные отношения и способствовало развитию адаптационной реакции, так как надежды на изменение поведения супруга не оправдались.

#### ***3.10.4. Соматоформная вегетативная дисфункция***

В данную группу вошло 4 пациентки в возрасте 28-34 года, жители городской местности, имеющие среднее специальное образование, работающие на ИТР должностях и в частном секторе. Все пациентки замужем (законный брак и гражданский), с благоприятным микроклиматом в семье и хорошими жилищными условиями.

Тест диагностики акцентуации характера Леонгарда-Шмишека во всех случаях выявил акцентуацию характера по возбудимому типу, в 3 случаях в сочетании с эмоционально-лабильными чертами и в 1 случае – с чертами акцентуации по застревающему типу.

Всем пациенткам диагноз устанавливался в подростковом возрасте. Назначались транквилизаторы и малые нейролептики.

Будучи взрослыми, после проблем на работе или бытовых конфликтов, у пациенток возникала повышенная утомляемость, слабость, снижалось настроение. Они долго не могли уснуть, а ночью просыпались в тревоге, им казалось, что звонил телефон, что что-то произошло с родными. Отмечалось сердцебиение, тревога, неприятные ощущения в области сердца и эпигастрия. В 2 случаях в ночное время в период приступов возникал страх смерти от разрыва сердца, так как отмечалась выраженная тахикардия, а в последующем озноб – «трясло всю», «было холодно». В двух других случаях после приема пищи женщины испытывали затруднение вдохнуть полной грудью, ощущалась нехватка воздуха, они начинали дышать чаще, поверхностно, что приводило к головокружению. Такие состояния возникали в основном после состояний эмоционального напряжения, конфликтов.

У всех обследуемых ранее были беременности - от 2 до 4, было по 1 ребенку и по 1-3 медицинских аборта. Во всех случаях данная беременность была желаемой.

До настоящей беременности в течение 1-1,5 лет пациенток практически ничего не беспокоило, они не принимали медикаментов, планировали беременность, хотя периодически испытывали опасения, что все может повториться вновь.

Со второго-третьего месяца беременности у всех у них появилась легкое физическое недомогание, несколько подавленное настроение, снижение аппетита, повышенная потливость. Им стало труднее справляться с работой. Во втором триместре в 2-х случаях присоединилась тревожность, они ожидали, что могут вновь появиться приступы, самостоятельно, при усилении тревоги принимали феназепам. В остальных двух случаях примерно с 4-5 месяцев отмечалось некоторое снижение аппетита, отрыжка, тяжесть и неприятные ощущения в области эпигастрия. Наряду с этим, отмечалось учащенное мочеиспускание.

Все пациентки осмотрены врачом-психиатром в рамках данного исследования на 4-6 месяцах беременности. С первой беседы, они сообщили, что обращались за помощью к психотерапевту и что у них ранее были «панические атаки», просили назначить лечение, чтобы они не возобновились, и они могли благополучно выносить беременность.

Психическое состояние пациенток на период исследования определялось астенией, несколько сниженным настроением, легко выраженной тревогой за свое состояние. Из-за повышенной утомляемости пациентки не работали, занимались домашними делами, много времени проводили в постели, хотя и «заставляли себя двигаться».

Психометрическое обследование показало следующее.

Шкала астении - от 54 до 58 ( $56,3 \pm 1,7$ ) баллов – выявила легкую астению во всех случаях.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии: тревога - 8-12 ( $10,0 \pm 1,8$ ) баллов – в 2 случаях субклинический и в 2 – клинический уровень; депрессия - 8-10 ( $9,0 \pm 0,8$ ) баллов – во всех случаях субклинический уровень.

Тест диагностики межличностных отношений Лири показал следующее (таблица 3.10.4.1).

Таблица 3.10.4.1

**Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом  
«Соматоформная вегетативная дисфункция»  
(сравнение по критерию Уилкоксона)**

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	8,3	1,7	8,0	5,5	11,0	11,0	0,6	11,0	10,0	12,0	Различия статистически не значимы
II	7,5	1,6	6,5	5,5	9,5	14,0	0,4	14,0	13,5	14,5	
III	6,5	0,9	7,0	5,5	7,5	12,5	0,6	12,5	11,5	13,5	
IV	5,5	0,6	5,5	4,5	6,5	8,5	0,6	8,5	7,5	9,5	
V	6,5	0,6	6,5	5,5	7,5	9,0	0,7	8,5	8,0	10,0	
VI	6,8	0,9	6,5	5,5	8,0	9,0	0,7	8,5	8,0	10,0	
VII	7,3	0,9	7,5	6,0	8,5	8,3	1,1	8,0	6,5	10,0	
VIII	7,8	0,8	8,0	6,5	9,0	7,8	0,6	8,0	7,0	8,5	

\*Наименование октанта

I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность

Как видно из таблицы, в период беременности отмечается некоторое повышение показателей по октантам авторитарность, эгоистичность и агрессивность (по критерию Уилкоксона различия статистически не значимы).

Таким образом, у беременных, при соматоформной вегетативной дисфункции, во втором триместре отмечается спонтанное обострение психопатологической симптоматики, что требует своевременного назначения психотерапии. Для них также характерно наличие тревоги и астении, что, с одной стороны, объясняется адаптационным синдромом, с другой – реальными опасениями за обострение симптоматики и благоприятный исход беременности.

### **3.10.5 Неврастения**

В данную группу вошли 11 беременных женщин в возрасте от 23 до 33 (28,9±3,2) лет, проживающие в большинстве случаев – 8 (72,7%) - в городе. Почти в половине случаев – 5 (45,5%) - у них было высшее образование, в остальных 6 (54,5%) – среднее специальное. В 5 (45,5%) они были служащими, в 3 (27,3%) - работники бюджетной сферы, и в 3 (27,3%) были квалифицированными рабочими.

В большинстве случаев – 8 (72,7%) - женщины проживали в законном браке и в 3 (27,3%) – в гражданском. Все пациентки имели собственное жилье – квартира и в 2 случаях – частный дом. Во всех случаях семейный микроклимат был благоприятным, только в 2 (18,2%) случаях в семьях иногда возникали конфликты, которые разрешались супругами самостоятельно и они не влияли на дальнейшие отношения.

В большинстве случаев – 8 (72,7%) - женщины не курили табак, только в 3 (27,3%) отмечали эпизодическое табакокурение. Все обследуемые изредка употребляли алкогольные напитки без признаков психологической и физической зависимости. Наркотики никто из обследуемых данной группы не употреблял. В 4 (36,4%) случаях у женщин были увлечения (хобби), которым они уделяли много из малого количества свободного времени, 4 (36,4%) женщины посещали спортзал (2 из них имели хобби).

Во всех случаях наследственность по психическим расстройствам неотягощена, в 2 (27,3%) случаях был семейный алкоголизм (отец злоупотреблял алкоголем в виде запойного пьянства).

Пациентки ставили перед собою трудновыполнимые задачи, но стремились «держать планку на уровне», не хотелось отказывать себе в удовольствии, «привыкли достигать всего самостоятельно».

Спустя 2-3 года интенсивной работы, либо после продолжительного выполнения напряженной работы, у них возникала повышенная утомляемость, общая слабость, нарушался сон (ложились в постель и не могли расслабиться, постоянно думали о производственных делах и проблемах, плани-

ровали следующий день и неделю). Наутро просыпались не отдохнувшими, не успевали выполнить запланированный объем работы, что ставило их в конфликтные отношения с работодателем. Возникало эмоциональное напряжение, тревога, что не справятся со взятыми на себя обязанностями.

Такие состояния впервые возникали в возрасте 22-30 ( $26,9 \pm 3,0$ ) лет и продолжались до настоящего исследования 1-3 ( $2,0 \pm 0,9$ ) года.

В этот период в 3 (27,3%) случаях кроме сказанного, возникали конфликты в семье, связанные с повышенной раздражительностью и обидчивостью пациенток. В других 5 (45,5%) случаях у пациенток возникали проблемы по работе (сокращение, перевод на вышестоящую должность с повышением требований и объема работы), или в быту (кража денег и ценностей из дома, измена мужа, нарушение поведения у детей). После этого пациентки становились более раздражительными, могли вспылить по несущественному поводу. В общей сложности 5 (45,5%) пациенток до беременности обращались за помощью по поводу своего психического состояния: 3 к представителям альтернативной медицины и 2 – к частнопрактикующему психотерапевту. Представители альтернативной медицины не оказали какой-либо существенной помощи, а обращающиеся к врачу-психотерапевту после посещения сеансов гипнотерапии некоторое время чувствовали себя лучше. После начала беременности (в 5-ти случаях намеренно запланированной) пациентки продолжали работать. С 3-го месяца беременности усиливалась астения, им было сложнее справляться с работой, появилась повышенная слезливость, раздражительность, неглубокий сон. Периодически возникали тревожные опасения «сумеют ли справиться» с нагрузкой. Снижалось либидо, отказывались от сексуальной близости с мужем, что провоцировало конфликты и усугубляло психическое состояние. В ряде случаев пациентки думали обращаться за помощью к врачу-психотерапевту самостоятельно.

Только в 2 (18,2%) беременности была первая, в остальных случаях вторая-третья. Во всех семьях, за исключением 2, были дети. В большинстве

случаев – 6 (54,5%) - в анамнезе были аборт. Данная беременность во всех случаях желанная, планировалась.

Осмотрены врачом-психиатром в рамках настоящего исследования на 5-6 месяце беременности. Психическое состояние их определялось повышенной утомляемостью, физической слабостью, раздражительностью вспыльчивостью. Они постоянно были склонны к рефлексии – пытались найти причины своего нынешнего состояния в прежнем «неправильном образе жизни». У них был нарушен сон – не могли долго уснуть, наплывали мысли о завтрашнем дне, о том, что снова не будут справляться с обыденными делами. В некоторых случаях отмечалось подавленное настроение, эмоциональная напряженность, тревога. Некоторые пациентки в беседе с врачом жаловались, что муж не помогает, «и ранее не помогал», не понимает, что ей тяжело со всем справляться. Активно искали помощи, все согласились на сеансы психотерапии.

При психометрическом обследовании выявлено следующее.

Шкала астении - от 65 до 91 ( $81,6 \pm 8,6$ ) балла - выявила состояние умеренной астении в 9 случаях и в 2 – состояние легкой астении.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии: тревога 8-12 ( $10,2 \pm 1,3$ ) баллов – в 6 случаях субклинический и в 5 – клинический уровень; депрессия 5-9 ( $7,2 \pm 1,4$ ) баллов – в 5 случаях субклинический уровень и в 6 – отсутствие депрессии. В 5 случаях наблюдалось сочетание тревоги и депрессии.

Тест диагностики межличностных отношений Лири показал следующее (таблица 3.11.1).

Как видно из таблицы, представительницы данной группы беременных, до беременности характеризовались достаточной уверенностью в себе, ориентацией на себя, склонностью к соперничеству, настойчивостью и энергичностью, адекватной критичностью к окружающему, наряду с этим скромностью, уступчивостью, сдержанностью, конформностью, вежливостью, склонностью к сотрудничеству и ответственностью по отношению к людям. В период беременности произошло статистически достоверное повышение пока-

зателей по шкалам: агрессивность, подозрительность, подчиняемость, зависимость и дружелюбность.

Таблица 3.11.1

**Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом  
«Неврастения» (сравнение по критерию Уилкоксона)**

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	3,8	0,6	4,0	3,0	4,0	4,9	0,8	7,0	3,0	7,0	н/д
II	4,3	0,6	5,0	3,0	6,0	4,1	0,6	4,0	3,0	6,0	н/д
III	2,7	0,1	3,0	2,0	3,0	3,6	0,4	4,0	2,0	5,0	0,028
IV	2,3	0,5	1,0	1,0	4,0	5,0	0,8	6,0	3,0	6,0	0,028
V	2,8	0,6	2,0	2,0	4,0	5,5	1,1	7,0	3,0	9,0	0,028
VI	2,3	0,5	2,0	2,0	4,0	3,5	0,7	4,0	2,0	5,0	0,028
VII	5,0	0,6	5,0	4,0	7,0	6,1	0,8	7,0	4,0	7,0	0,028
VIII	5,5	1,2	4,0	3,0	7,0	6,3	0,9	7,0	3,0	7,0	н/д

\*Наименование октанта

I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность, V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность

Таким образом, исследование показало, что при неврастении в период беременности происходит некоторое усиление выраженности симптоматики за счет присоединения физической астении и в некоторых случаях адаптационной тревожности. Само расстройство приводит к проблемам в социальном функционировании и требует своевременного оказания медико-психологической помощи.

**3.11. Клинико-психопатологические характеристики женщин  
с беременностью, протекающей без осложнений,  
с расстройствами личности**

В данную группу вошло 13 беременных женщин в возрасте 22-37 (28,9±5,6) лет достигших достаточно хорошего социального уровня: 5 были служащими, 6 – индивидуальные предприниматели и 3 –квалифицированные

рабочие. Большинство – 10 (76,9%) - имели высшее образование. Большая часть – 10 (76,9%) - были замужем (9 из них повторно, а 4 – третий раз), и 3 пациентки на период обследования были разведены.

В трети случаев – 4 (30,7%) - семейный микроклимат был благоприятным, в 6 (46,2%) случаях в семье были конфликты, нарушающие единство и в 3 (23,1%) случаях были эпизодические конфликты. Таким образом, в большинстве случаев – 69,3% - семейные отношения были напряженными, что характерно для лиц с расстройством личности.

Жилищные условия обследуемых женщин были хорошими: 6 (46,2%) проживали в частном доме, 4 (30,8%) – в квартире и 3 (23,0%) в общежитии.

Значительная часть женщин – 4 (30,7%) - курили до 1 пачки сигарет в сутки, 3 (23,1%) до 0,5 пачки, 5 (38,5%) – до 5 сигарет в сутки и всего 1 (7,7%) не курила табак. Большинство женщин – 9 (69,3%) - употребляли алкогольные напитки не реже 1 раза в неделю, иногда до 2-3 раз, а 4 (30,7%) – на уровне бытового пьянства. Большинство пациенток – 8 (61,5%) - не пробовали наркотики, а остальные 5 (38,5%) эпизодически курили анашу.

По типу расстройства личности пациентки распределились следующим образом:

***Истерическое расстройство личности*** – 4 случая;

***Зависимое расстройство личности*** – 4 случая;

***Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности*** – 3 случая.

***Эмоционально-неустойчивое расстройство личности*** (импульсивный тип) – 2 случая.

Психометрическое обследование группы в целом выявило следующее.

Шкала астении - 53-71 ( $62,7 \pm 6,8$ ) балл - выявила состояние легкой астении во всех случаях.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии: депрессия - 10-16 ( $13,4 \pm 1,6$ ) баллов (в 1 случае – субклинический и в остальных – клинический уровень депрессии); тревога - 8-13 ( $9,6 \pm 1,6$ ) баллов (в 10 случаях субклинический и в 3 – клинический уровень).



Тест диагностики межличностных отношений Лири (в двух вариантах: Я до беременности и Я – в период беременности) показал следующее (таблица 3.12.1).

Таблица 3.12.1

**Результаты теста ЛИРИ беременных с диагнозом  
«Расстройство личности» (сравнение по критерию Уилкоксона)**

Октант*	До беременности					В период беременности					p=
	M	m	Me	Q25	Q75	M	m	Me	Q25	Q75	
I	10,7	0,8	9,0	9,0	13,0	13,2	0,5	14,0	12,0	15,0	0,0015
II	8,3	1,1	7,0	6,0	12,0	10,6	1,0	9,0	9,0	14,0	0,0015
III	6,2	0,9	5,0	4,0	7,0	8,1	0,9	8,0	6,0	8,0	0,0015
IV	7,5	0,7	7,0	6,0	9,0	8,5	0,7	8,0	7,0	9,0	0,018
V	5,7	0,5	5,0	5,0	7,0	6,3	0,5	6,0	5,0	8,0	н/д
VI	7,8	0,7	7,0	6,0	10,0	9,8	0,9	11,0	8,0	12,0	0,009
VII	9,2	0,4	9,0	8,0	10,0	10,1	0,4	10,0	9,0	11,0	0,014
VIII	10,9	1,0	11,0	8,0	14,0	10,5	0,6	11,0	10,0	13,0	н/д

\***Наименование октанта**

I – Авторитарность, II – Эгоистичность, III – Агрессивность, IV – Подозрительность,  
V – Подчиняемость, VI – Зависимость, VII – Дружелюбность, VIII – Альтруистичность

Как видно из таблицы 3.12.1, в данной группе пациенток до беременности были высокие показатели авторитарности, эгоистичности, а также дружелюбности и альтруистичности, что свидетельствует о дисгармоничности психического склада. В период беременности увеличились показатели по октантам: авторитарность, эгоистичность и агрессивность, что объясняется усилением материнского инстинкта и определенным ростом эгоистичности. Наряду с этим, статистически достоверно увеличились показатели по октантам зависимость и дружелюбность, что объясняется ренальной жизненной ситуацией – потребности в помощи и заботе со стороны окружающих.

Факторный анализ выявил 3 значимых поведенческих фактора (82,4% дисперсии), определяющих межличностные отношения женщин с расстройством личности в период беременности (таблица 3.12.2).

**Факторы межличностных отношений в период беременности  
женщин с расстройством личности**

<b>Название фактора</b>	<b>Составляющие фактора</b>	<b>% дисперсии</b>
<b>Декларативность</b>	Агрессивность –0,911	42,5
	Зависимость 0,879	
	Авторитарность –0,817	
	Эгоистичность –0,811	
<b>Враждебность</b>	Дружелюбие –0,931	25,7
	Альтруистичность –0,815	
<b>Доверчивость</b>	Подозрительность –0,921	14,2

Выделенные факторы свидетельствуют о декларативном поведении беременных с расстройством личности, их враждебности по отношению к окружающим и в определенной степени подавлении подозрительности и декларации доверчивости.

**3.12. Клинико-психопатологические характеристики женщин  
с беременностью, протекающей без осложнений,  
с легкой умственной отсталостью**

В данную группу вошли 8 беременных женщин в возрасте от 17 до 19 ( $17,8 \pm 0,7$ ) лет. Большинство – 5 (62,5%) - проживали в сельской местности (районные центры), остальные в городе. Во всех случаях обследуемые не имели среднего образования: не смогли обучаться в общеобразовательной школе – 5 (62,5%) человек, и учились в специализированной школе для детей с интеллектуальным недоразвитием - 3 (37,5%) человека.

Из обучающихся в общеобразовательной школе (по причине отсутствия спец. школы) обследуемые в первых классах с трудом усваивали материал, оставались на второй год в 3-4 классах. В старших классах пропускали уроки, так как было не интересно учиться и не понимали большинство школьных дисциплин, после окончания 5-7 класса учебу бросали, нигде не работали, помогали по дому. Проживающие в городе обучались в спец. школе, успевали удовлетворительно. Все пациентки в период учебы в школе в

связи с неуспеваемостью обследовались врачом-психиатром (5 – районными психиатрами и 5 – участковыми областного ПНД), направлялись на медико-педагогическую комиссию. Диагноз легкой умственной отсталости подтверждался психометрическим обследованием – детский вариант теста Векслера. Во всех случаях IQ был <69 баллов.

Большинство – 6 (75%) пациенток курили табак, все употребляли эпизодически, «по праздникам», алкогольные напитки без признаков психологической и физической зависимости. Все пациентки рано начали половую жизнь (12-14 лет), имели по несколько беременностей, которые завершились медицинскими абортами. Половина обследуемых на период обследования были замужем (2 – в гражданском браке), остальные 4 – не замужем. В половине случаев в семьях были конфликтные отношения, причиной которых была неуживчивость и конфликтность самих пациенток, а также злоупотребление (в 4 случаях) родителей алкогольными напитками.

Беременные обследованы во втором триместре беременности на сроке 20-23 недели. Провести психометрическое обследование (тест Лири) не представилось возможным, так как многие вопросы тестов пациентки не совсем понимали.

Шкала астении - 57-71 ( $63,9 \pm 4,8$ ) балл – во всех случаях состояние легкой астении.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии: депрессия 7-10 ( $8,4 \pm 1,1$ ) баллов: в 2 случаях отсутствие и в 6 – субклинического уровня; тревога 8-12 ( $9,9 \pm 1,4$ ) баллов: в 4 случаях субклинического и в 4 – клинического уровня.

Клинически в 3 (37,5%) случаях определялись психопатоподобные расстройства в виде эмоциональной неустойчивости, вспыльчивости, раздражительности, которые, со слов пациенток были им присущи «с рождения», а в период беременности стали проявляться более выражено. Они пытались доминировать в семье, требовали особого отношения, мотивируя это беременностью, что часто провоцировало конфликты как с мужем, так и с родителями.

В 5 (62,5%) случаях пациентки были «домашними», пассивно подчиняемыми, исполнительными, ведомыми. У них со второго триместра бере-

менности отмечались признаки астении (повышенная утомляемость, слабость, сонливость, периодами повышенная слезливость).

Установлено, что беременность у женщин с легкой умственной отсталостью несколько усиливает облигатные симптомы, которые были характерны им и до беременности, и при благоприятной семейной обстановке не оказывает существенного влияния на социальную адаптацию.

#

Таким образом, исследование показало, что при физиологически протекающей беременности в 26,9% случаев выявляются клинически очерченные психические расстройства, частота которых отражает их распространенность в женской популяции. Большинство психических расстройств сформировались задолго до беременности.

Физиологически протекающая беременность в результате нейрогуморальных сдвигов проявляет психические расстройства, имеющиеся ранее (но не диагностированные), либо обостряет латентно протекающие невротические, органические и эндогенные. На синдромальном уровне преобладают симптомы депрессии и тревоги. Это диктует необходимость назначения терапии более чем в половине случаев (психотерапии и психофармакотерапии).

При невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах показано проведение дифференцированной психотерапии в амбулаторных условиях, а при эндогенных психических расстройствах и расстройствах личности – психофармакотерапии (антидепрессанты, малые нейрорепти и транквилизаторы).

Из антидепрессантов предпочтение отдается СИОЗС, не увеличивающим риск врождённых уродств, тем более, что риск неполучения адекватной антидепрессивной терапии к настоящему времени явно превышает риск побочных эффектов от использования антидепрессантов как у матери, так и у плода (P.Blier, 2006). Необходимо тесное сотрудничество акушеров-гинекологов и психиатров при ведении беременности у женщин, страдающих любой психической патологией. Психиатры должны не только оказывать консультативную помощь, но и принимать активное участие в процессе наблюдения и лечения этих женщин.

## ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В общей сложности, с нашей точки зрения, 212 (47,1%) обследованных нами беременных нуждались в той или иной мере в медико-психологической помощи. На предложенную помощь согласились 111 (52,4%) беременных. Структура оказанной помощи представлена в таблице 4.1.

Таблица 4.1

### Контингент беременных и структура оказанной психофармакологической и психотерапевтической помощи

№ п/п	Диагноз	ПФТ	%	ПТ	%	ПФТ+ПТ	%
1	<i>Состояние повышенного риска дезадаптации</i>	-	-	21	39,6	-	-
2	<i>Предболезненные психические расстройства</i>	-	-	16	42,1	-	-
3	Органические, включая симптоматические психические расстройства	6	54,5			3	81,8
4	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	6	66,7	-	-	-	-
5	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	5	100,0	-	-	-	-
6	Аффективные расстройства настроения	12	100,0	-	-	-	-
7	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	-	-	24	38,1	-	-
8	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых	-	-	7	53,8	6	46,2
9	Легкая умственная отсталость	5	62,5	-	-	-	-
<b>ИТОГО</b>		<b>34</b>	<b>30,6</b>	<b>68</b>	<b>61,3</b>	<b>9</b>	<b>8,1</b>

ПФТ – психофармакотерапия; ПТ – психотерапия; ПФТ+ПТ – сочетание психофармакотерапии и психотерапии. Процентные соотношения клинических форм представлены от числа обследованных; итого – удельный вес от проходивших терапию.

#### 4.1. Психофармакотерапия в структуре комплексного лечения при психических расстройствах на фоне физиологически протекающей беременности

Психофармакотерапия беременных с психическими расстройствами была традиционной, но с учетом минимальных побочных эффектов препаратов и отсутствия тератогенного действия. При достаточности психотерапии, психофармакотерапия не назначалась. Более того, во всех случаях психофармакотерапия если и назначалась, то по просьбе беременной, когда психическое расстройство затрудняло социальное функционирование. Психофармакотерапия назначалась в минимально эффективных дозах.

При назначении психофармакотерапии при шизофрении и аффективных расстройствах настроения мы учитывали, что при лечении беременных женщин предпочтение отдается типичным нейролептикам ввиду их более благоприятного профиля безопасности (Gentile S., 2011), а при терапии депрессии рекомендуется применение СИОЗС, обнаруживающих минимальные побочные действия (Романова О.Л., Стуров Н.В., 2011).

При *отдаленных последствиях ЧМТ при неврозоподобном синдроме*, требовалось назначение психофармакотерапии. При наличии субдепрессии назначались:

1. Антидепрессанты – *Fluoxetine* в дозе 20 мг однократно в сутки утром.
2. *Thioridazinum* по 10 мг утром.

При *психопатоподобном синдроме* назначались невысокие дозы малых нейролептиков – *Thioridazinum* 0,01 по 1 таблетке утром и на ночь.

Как правило, эффективность терапии беременные отмечали с первых дней лечения.

У беременных с диагнозом «*Шизофрения*» при наличии повышенной тревожности и субдепрессии назначалась традиционная терапия.

Для устранения тревоги назначались:

1. *Chlorprothixenum* в дозе 30-60 мг в сутки.

2. *Sulpiridum* 200-400 мг в сутки.

3. *Thioridazinum* 30-60 мг в сутки.

При легко выраженном тревожно-депрессивном синдроме назначались перечисленные препараты в сочетании (малые нейролептики + антидепрессанты).

При субдепрессивном синдроме назначался антидепрессант из группы СИОЗС – *Fluoxetine* 20 мг утром.

При обострении симптоматики или рецидиве (возникновении нового приступа заболевания) показана госпитализация в психиатрический стационар и в зависимости от срока беременности, совместно с акушерами решается вопрос дальнейшей тактики лечения и ведения беременности. Как правило, такие состояния встречались при наличии гестоза, поэтому в наше исследование не вошли.

При ***шизотипическом расстройстве*** при наличии астенической симптоматики, апатичности, тревожности, замкнутости назначались:

Антидепрессанты:

1. Чаще всего – *Fluoxetine* 20 мг утром.

Малые нейролептики:

1. *Thioridazinum* до 20-40 мг в сутки в течение 2-4 недель.

При ***аффективных расстройствах настроения*** со второго триместра при подавленном настроении, снижении аппетита, расстройствах сна, назначались:

Антидепрессанты:

1. *Fluoxetine* 20 мг в сутки утром.

Малые нейролептики:

1. *Thioridazinum* 30-50 мг в сутки в 2-3 приема.

2. *Chlorprothixenum* 30-45 мг в сутки.

## **4.2. Психотерапия в структуре комплексного лечения при психических расстройствах на фоне физиологически протекающей беременности**

Психотерапевтическая программа разрабатывалась на основе релаксационных техник – для групповой работы, и современных психотехнологий нейролингвистического программирования, эриксоновского гипноза и гештальттерапии – для индивидуальной, и состояла из трех базовых блоков: вводного, терапевтического и контрольного (проверка эффективности проведенной психотерапии).

Психотерапевтическая помощь была комплексной и включала следующие направления. Воздействие на эмоциональную сферу: нейтрализация тревоги и подавленности и гармонизация межличностных отношений. Работа с когнитивной сферой: осознание этапов материнской доминанты, изменения собственного самочувствия и поведения, проблем в связи с изменившимися взаимоотношениями в семье. Влияние на поведенческую сферу: общение с ребенком, проигрывание проблемных семейных ситуаций. Воздействие на телесную сферу: осознание и принятие телесных изменений в результате беременности, астении.

Применялись релаксационный тренинг, визуально-кинестетическая диссоциация тревоги, ресурсные техники.

**Вводный этап** состоял из информирования беременной о целях и задачах психотерапии, ожидаемом эффекте. Собственно, данный блок начинался уже в период первой встречи врача с беременной. Задачей вводной части было установление эффективного терапевтического контакта с пациенткой и мотивация ее на психотерапию с последующим овладением методами саморегуляции.

На основе анализа клинической картины психических расстройств, преморбидно-личностных особенностей пациентки, содержания конфликта – выделялись симптомы-мишени для психотерапевтической коррекции, определялся метод психотерапии.



**Психотерапевтический этап** заключался в разработке и реализации психотерапевтической программы, включающей 3 части:

1. Проведение тренинга релаксации с последующим обучением методам саморегуляции. На данный этап отводилось 3-5 сеансов.

2. Собственно психотерапия. Целью психотерапии было улучшение психического состояния пациентки (по возможности – устранение симптомов, изменение отношение к психотравмирующим ситуациям), а также мотивация на овладение методами саморегуляции.

Одним из направлений работы было снижение уровня тревоги и депрессии, устранение тревожных опасений (боязнь боли) перед родами. Применялись техники присоединения ресурсов, нейтрализации тревоги, возрастной прогрессии (мысленное перемещение в послеродовой период с присоединением ресурса).

Для достижения поставленной цели применялись известные (С.В.Ковалев, 1999; С.Найт, 2000) техники нейролингвистического программирования (коллапс якорей, генерирование ресурсов, линия времени и изменение личной истории, метод трехместной диссоциации), техники гештальттерапии (В.А.Руженков, 2007), направленные на редукцию эмоционального напряжения (превращение чувств в образы с последующим отреагированием неприятных эмоций), «два стула».

3. Самостоятельные занятия беременными методами релаксации.

На **контрольном этапе** методом клинического интервью проверялась эффективность проведенной психотерапии и психофармакотерапии.

На **этапе психотерапии** применялись следующие приемы психотерапии.

### **Техника НЛП «Коллапс якорей»**

Техника НЛП «Коллапс якорей» применялась для снижения эмоционального напряжения и тревоги. Техника выполнялась следующим образом.

Шаг 1. Психотерапевт размещался рядом с пациенткой, «присоединялся» (поза, дыхание, жесты).

Шаг 2. Психотерапевт предлагал пациентке рассказать о ее тревоге, страхах, опасениях. Далее предлагалось «прожить» их в ассоциированном состоянии в трех модальностях. Проблемное состояние фиксировалось при помощи кинестетического «якоря».

Шаг 3. Пациентке предлагалось вспомнить ситуацию, когда она была спокойная и уверенная в себе. Далее эта ситуация представлялась пациенткой в трех модальностях (вижу, слышу, чувствую) и «якорилась».

Шаг 4. Психотерапевт одновременно активизировал оба якоря. В результате две модели поведения - ресурсное и проблемное - сталкивались, так, что эмоциональное напряжение существенно снижалось

Для генерирования ресурсов использовались следующие приемы:

1. Воспоминания самой пациентки об искомом ресурсе.
2. «Придумывание» ресурса.
3. Использование ресурсов «других людей».

### **Техника трехместной диссоциации**

Данная техника НЛП реализовывалась в следующей последовательности.

Шаг 1. Присоединение (гармонизация).

Шаг 2. Закрепление якорем беспокоящих симптомов (тревоги, фобий). С этой целью пациентке задавали вопросы в трех модальностях: «Вспомните, когда в последний раз вы испытывали это?» (в трех модальностях). Когда наблюдалась достаточная вегетативная реакция – устанавливался «якорь».

Шаг 3. Первичная диссоциация. Беременной предлагалось «как будто выйти из своего тела» и поместиться в любом другом месте кабинета и оттуда посмотреть на себя, сидящую рядом с психотерапевтом и испытывающую проблемное состояние (тревогу, страх).

Шаг 4. Вторичная диссоциация. Беременной предлагали представить, что она как бы «выплыла из своего тела» и разместилась в верхнем углу ком-

наты. С этой позиции ей предлагалось «увидеть себя, наблюдающей за собой».

Шаг 5. Когда пациентка переставала испытывать значительные негативные эмоции, она «возвращалась назад в свое тело».

Проведение в таком упрощенном виде трехместной диссоциации позволяло существенно снизить тревогу, страх, эмоциональное напряжение.

### **Техники «Линия времени»**

#### **в сочетании с изменением личной истории**

Данная техника применялась в тех случаях, когда необходимо было снизить эмоциональное напряжение, чувство тревоги, страха. Вначале на листе бумаги строилась «Линия жизни» – от возраста, с которого сама пациентка себя помнит, до нынешнего времени. Затем эта линия проецировалась на пол. В зависимости от симптома, с которым проводилась психотерапевтическая работа, пациентку спрашивали, когда она в последний раз испытывала, к примеру, сильную тревогу. Затем пациентка фиксировала этот период на линии, становилась буквально на нее и повторно проживала негативную эмоцию в трех модальностях.

Далее выяснялось, когда пациентка еще ранее испытывала такие же негативные переживания, и вновь, на линии в определенной точке, соответствующей временному периоду, она проживала повторно в трех модальностях негативную эмоцию.

В последующем аналогичная процедура проводилась несколько раз, пока не вспоминался первый случай данных отрицательных переживаний.

Далее, у пациентки выясняли, «какой ресурс ей необходим» – другими словами – желаемое состояние, вместо проблемного.

В последующем, используя технологию генерирования ресурсов, создавали мощный ресурс – состояние покоя и комфорта, уверенности и спокойствия. Данный ресурс брался на якорь (в нашем случае – крепко сжатый

кулак самой пациентки, чтобы она могла иметь доступ к этому ресурсу в любое время).

На следующем этапе пациентке предлагали буквально «стать на линии времени в точку, когда впервые появились неприятные эмоции» и активизировать якорь ресурса. И так последовательно пройти через все точки, в которых проявлялись эмоциональные нарушения, с которыми в данный период работает психотерапевт. Таким образом, в результате данной психотерапевтической техники снижался уровень эмоционального напряжения пациентки, уменьшалась тревога и улучшалось настроение.

### **Техники гештальттерапии, применяемые при индивидуальной психотерапии**

#### *Техника «пустого стула»*

Техника «пустого стула» применялась при оказании психотерапевтической помощи беременным с психогенными расстройствами. Сущность техники заключалась в том, что пациентке вначале предлагалось сконцентрировать внимание на чувствах, которые у неё возникают в связи с проблемной ситуацией.

На втором этапе проводилась амплификация (усиление) этого чувства. Далее, предлагалось пациентке «представить, что ее чувство превращается как бы в туман», выходит из ее тела и концентрируется над пустым стулом, который предварительно размещали перед пациенткой.

В последующем, пациентке предлагалось представить, что «туман, размещенный над стулом, закручивается «как в вихре» и превращается в какой-то образ».

Если образ возникал, то в последующем проводилась проработка проблемной ситуации, ассоциированной с данным образом (человеком). Пациентка садилась на стул, где «создался образ», и высказывалась в адрес «себя», которую представляла на противоположном стуле; затем пациентка перемещалась на свой стул – и отвечала созданному образу. Такие манипуля-

ции проводились до тех пор, пока диалог не завершался. В результате существенно снижалось эмоциональное напряжение, тревога, улучшалось настроение.

### **Обучение методам саморегуляции**

Для обучения пациенток навыкам саморегуляции применялись модифицированные нами техники эриксоновского гипноза «4-3-2-1» М.Спаркс (1999). Схема самогипноза адаптировалась с учетом ведущей модальности пациента.

Уже на самом первом сеансе психотерапии (при применении эриксоновского гипноза), при выходе из состояния транса беременной давали инструкцию на самогипноз: «В последующем Вы легко и просто войдете сами в это комфортное состояние. Для этого вы просто сядете, закроете глаза, вспомните, как вы сидели вместе со мною рядом, вспомните слова, которые я говорил вам, вспомните приходившие к вам ощущения и образы, и так вы сможете быстро и легко войти в это состояние».

Чтобы самогипноз удался лучше, использовался какой-либо приятный цвет, найденный в хорошем воспоминании. Психотерапевт сначала предлагал пациентке обрести этот цвет, и этот цвет срабатывал как «якорь».

Сеансы самогипноза длительностью 10-15 минут рекомендовались к выполнению перед сном без формулы выведения с плавным переходом в ночной сон. Основной его целью была регуляция ночного сна и устранение тревожных опасений. Для обучения пациентов методам самогипноза требовалось от 3 до 5 сеансов. Причем, первые 2 сеанса проводилась собственно гипнотерапия, направленная как на устранение болезненных симптомов, так и на ознакомление беременной с трансовым состоянием и изучением особенностей вхождения пациента в транс, для последующего использования данной стратегии при обучении самогипнозу по модифицированной нами методике «4-3-2-1».

Вначале пациентке разъясняли условия для занятия релаксацией (проводить в одиночестве, в тихой, спокойной обстановке).

Поскольку данный вид саморегуляции выполнялся перед сном с последующим переходом в физиологический сон, то занятие необходимо было начинать в кровати, полностью подготовившись ко сну.

**Алгоритм обучения технике саморелаксации: «четыре, три, два, один»** заключался в следующем. В первую очередь, беременной предлагалось, лежа удобно в кровати, на потолке выбрать точку и зафиксировать ее взглядом.

После этого – проговорить про себя четыре стимула, которые она видит, четыре – которые слышит, а затем четыре наиболее выраженных ощущения в теле.

Затем проговорить про себя три стимула, которые она видит, три – которые слышит, а затем три ощущения в теле.

После этого проговорить про себя два воспринимаемых визуальных стимула, два аудиальных и два телесных ощущения;

Наконец, выделить один стимул, воспринимаемый визуально, один — аудиально и один – телесно.

После этого сознание беременной переключалось от внешних стимулов и ощущений – к внутренним. Таким образом, возникало легкое трансовое состояние. Нередко, после того, как беременная выполняла это упражнение – она засыпала. Если же не засыпала, то ее состояние (самочувствие, настроение) существенно улучшались.

### **Психотерапевтическая помощь беременным без психических расстройств, находящимся в состоянии риска дезадаптации**

Клинический анализ и результаты психометрического исследования показали, что важными симптомами-мишенями для психотерапии с целью предупреждения дезадаптации являются легко выраженная тревога и суб-

клинический уровень депрессии. Указанные состояния и стали симптомами-мишенями для психотерапии.

## **Психотерапевтические методы редуции тревоги**

**1. Методика визуально-кинестетической диссоциации и релаксации.** Эта методика, известная в НЛП и адаптированная нами для снижения актуальности тревоги у беременных, применялась в сочетании с методами релаксации. Первые 2-3 сеанса проводил врач, обучая пациентку методам релаксации и диссоциации. После освоения методики пациентки занимались самостоятельно в домашних условиях.

На 1 этапе пациентке предлагалось удобно разместиться на кушетке (в домашних условиях – на кровати). Занять позу на спине, под голову положить удобную подушку. Руки вытянуты вдоль тела, ладонями кверху, большой и указательный палец «замыкаются в кольцо». Глаза закрыты. Помещение полузатемненное.

На 2 этапе пациентке предлагалось обратить внимание на свое дыхание. Сделать 3 раза в обычном темпе неглубокие вдох и выдох.

Затем, после каждого дыхательного движения («вдох-выдох») внушалось расслабление рук, затем ног, затем туловища, затем мышц шеи и, наконец, плечевого пояса.

На 3 этапе, после расслабления, пациентке предлагалось, что она «как будто выходит из своего тела» и наблюдает за собою, находящейся в состоянии расслабленности и спокойствия (собственно визуально-кинестетическая диссоциация). В этом состоянии беременная пребывала в течение 5-10 минут.

На 4 этапе – пациентка «возвращалась обратно в свое тело», которое находится в состоянии расслабленности и спокойствия. Предлагалось побыть в этом состоянии также 5-10 минут.

После того, как беременная почувствует оптимально комфортное состояние, предлагалось сделать вдох, слегка потянуться, открыть глаза. Затем - медленно подняться.

**2. Полка с тревогой и проблемами.** Эта методика адаптирована нами для беременных.

На 1 этапе – беременная при помощи блюдца рисует на листе бумаги формата А4 круг (мандалу).

На втором этапе – беременная вспоминает свою тревогу (проблему) и рисует ее цветными карандашами в круге.

На 3 этапе – лист бумаги с тревогой беременная оставляет на полочке в кабинете у психотерапевта.

**3. Место «силы», уверенности и спокойствия.** Данная техника хорошо известна в символдраме и адаптирована нами для беременных с субклинически выраженной тревогой.

На 1 этапе беременной предлагается занять удобную позу лежа (или полусидя) и расслабиться.

На 2 этапе – беременной предлагается вспомнить, когда она ранее видела (или гуляла) по лугу, когда было хорошее настроение, спокойствие, уверенность. Беременная рассказывает о своем опыте психотерапевту в трех модальностях. Психотерапевт записывает (запоминает) ключевые слова, чтобы в последующем – на 3 этапе, при помощи техники эриксоновского гипноза «сопровождение в приятном воспоминании» – «провести» пациентку по лугу для того, чтобы отыскать «место силы» – то место, в котором ей станет наиболее спокойно, она почувствует уверенность и комфорт.

После того, как беременная находит искомое место, ей предлагается «разместиться там комфортно, почувствовать спокойствие и уверенность. Насладиться приятным отдыхом». Побывать в этом состоянии «сколько хочется».

На 4 этапе – легкий вдох, потянуться и вернуться в реальность.



## Психотерапевтические методы преодоления субклинического уровня депрессии

### 1. Воспоминание и фиксация приятных переживаний из прошлого.

Данная техника является модификацией известной в НЛП «Техники многократного ресурсирования» и феноменологически напоминает технику «Круг совершенства».

На первом этапе беременной предлагалось вспомнить эпизод из прошлого, когда у нее было хорошее настроение и хорошее самочувствие в трех модальностях: что она видела в тот период, слышала и чувствовала. После этого беременной предлагалось буквально «шагнуть внутрь» картинки и повторно прожить данный эпизод.

На втором этапе – когда будет достаточно выраженная физиологическая реакция, переживание «берется на якорь» с таким расчетом, чтобы сама беременная имела к нему доступ. Другими словами, чтобы инициировать у себя хорошее настроение. В таких случаях якорем наиболее часто мы предлагали сделать сжатый кулак.

В последующем 1 и 2 этапы проводились с другими приятными воспоминаниями (не менее 3-5).

В результате формировался мощный ресурс хорошего настроения и приятного самочувствия. Актуализируя «якорь» этого состояния происходила своего рода «систематическая десенсибилизация» (в терминах бихевиоральной психотерапии) субдепрессии и плохого самочувствия – в результате настроение у беременных значительно улучшалось.

### **4.3. Контрольный этап (результаты терапии)**

Из 111 беременных полностью прошли назначенную терапию 98 (88,3%). В 13 (11,7%) случаях часть беременных (8) прекращали принимать психофармакотерапию из-за страха побочного действия, другая часть – 5 человек - не завершили сеансы психотерапии. Методом клинического интервью

проверялась эффективность проведенной психофармакотерапии и психотерапии (таблица 5.3.1).

Таблица 4.3.1

### Эффективность проведенной психофармакотерапии и психотерапии

№ п/п	Диагноз	Улучшение		Без изменений	
		п	%	п	%
1	<i>Состояние повышенного риска дезадаптации</i>	21	100	–	–
2	<i>Предболезненные психические расстройства</i>	16	100	–	–
3	Органические, включая симптоматические психические расстройства	6 (3*)	66,7	3	33,3
4	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	4 (2*)	66,7	2	33,3
5	Шизофрения и шизотипические расстройства	5	100	–	–
6	Аффективные расстройства настроения	9 (3*)	75	3	25,0
7	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	24	100	–	–
8	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых	8 (5*)	61,5	5	38,5
9	Легкая умственная отсталость	5	100	–	–
<b>ИТОГО</b>		<b>98</b>	<b>88,3</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>

\*Беременные, прекратившие терапию (n=13).

Беременным предлагалось оценить эффективность психотерапии и психофармакотерапии по трем параметрам: «Улучшение», «Без изменений», «Ухудшение». Как видно из представленной таблицы, все беременные, прошедшие полностью курс, оценили результат оказанной комплексной помощи (психотерапии и психофармакотерапии) положительно – как «улучшение» психического состояния. Беременные, не завершившие терапию были отнесены нами к категории «без изменений». Ухудшения психического состояния не наблюдалось.

Катамнестическое исследование (1 год) удалось получить от 61 (55%) обследованной. Установлено, что у 4 (80%) больных шизофренией и шизоти-

пическим расстройством и у 7 (58,3%) с аффективными расстройствами настроения спустя 1-2 месяца после родов отмечался рецидив заболевания с последующим стационарным лечением. У 12 (75,0%) женщин с предболезненными психическими расстройствами, у 16 (76,2%) – с состояниями повышенного риска дезадаптации, а также у 17 (70,8%) с невротическими расстройствами, проходившим сеансы психотерапии, психическое состояние было стабильным. При органических психических расстройствах – 5 (45,5%) - отмечалась астения, расстройства сна. Пациентки терапию не принимали в связи с кормлением ребенка.

Таким образом, разработанная программа психотерапевтической и психофармакологической помощи беременным с физиологически протекающей беременностью и психическими расстройствами, как эффективная, может быть рекомендована для более широкого внедрения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинико-психопатологическим и психометрическим методами с обработкой базы данных методами непараметрической статистики пакетом прикладных статистических программ Statistica 6 обследовано 450 женщин с беременностью, протекающей без осложнений.

Цель исследования – изучение распространенности и клинической структуры психических расстройств у женщин с физиологически протекающей беременностью для разработки дифференцированных алгоритмов психотерапии и психофармакотерапии.

Исследование проводилось в три этапа:

На **первом этапе – исследовательском**, выявлялись беременные, обнаруживающие психические расстройства, донозологические (предболезненные психические расстройства) и состояния риска дезадаптации.

На **втором этапе – лечебном**, разрабатывались подходы и алгоритм оказания психотерапевтической помощи, реализовывалась программа психотерапии. В необходимых случаях назначалась психофармакотерапия. Психо-

терапевтическая программа разрабатывалась на основе мультимодального подхода с использованием современных релаксационных технологий, нейролингвистического программирования и эриксоновского гипноза с применением отдельных техник гештальттерапии. Сеансы проводились 3 раза в неделю по 45 минут во втором триместре беременности и 2 раза в неделю по 35 минут в третий триместр. Всего на курс 10-12 сеансов.

На **третьем этапе – контрольном**, проводилось повторное клинико-психопатологическое обследование с целью оценки эффективности проводимой психотерапии и психофармакотерапии.

Клинико-психопатологическое обследование показало, что у 121 (26,9%) беременной имели место психические расстройства.

С наибольшей частотой – 19,3% случаев - диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Эндогенные психические расстройства (шизофрения, шизотипическое расстройство и аффективные расстройства настроения) наблюдались в 3,8% случаев. Реже встречались расстройства личности – 2,9%, и органические психические расстройства – 2,4%, а также алкоголизм (2%) и умственная отсталость – 1,8% случаев.

Большинство психических расстройств были сформированы до беременности, а в ее период, под влиянием эндокринных сдвигов и изменения привычного стереотипа жизни, наблюдалось обострение симптоматики.

В **группе психически здоровых** в подавляющем числе случаев – 96,2% - микроклимат в семье был спокойный, доброжелательный. У половины – 51,7% - данная беременность была первой, у 37,4% – вторая и у 10,9% – третья-пятая. Во всех случаях беременность была желаемая. Свое самочувствие обследуемые характеризовали хорошим. Они были окружены заботой и вниманием со стороны мужа и родных. Физиологический компонент гестационной доминанты проявлялся несколько повышенной чувствительностью к звукам и запахам, незначительной медлительностью. Психологический компонент заключался в сдвиге интересов на вынашивание беременности,

преобладании в высказываниях тематики предстоящих родов и кормления ребенка.

При **донозологических психических расстройствах** семейный микроклимат был статистически значимо более проблематичным (напряженным, конфликтным), чем в группе психически здоровых, что является одним из факторов, повышающих в 4,5 раза риск психических расстройств. Выделено 2 группы расстройств: *непатологическая адаптационная астено-вегетативная реакция* и *непатологическая адаптационная астено-невротическая реакции с заострением преморбидных личностных черт*.

В первом случае характерными были колебания настроения в течение суток от хорошего к несколько подавленному, изредка преходящее чувство тревоги, внутренний дискомфорт. Наряду с этим, имелись диссомнические нарушения (сонливость в дневное время, затрудненное засыпание, неглубокий сон), неустойчивый аппетит, повышенная жажда. Была характерна астения, в большинстве случаев субклинический уровень тревоги и в трети случаев – депрессии.

Во втором случае были присущи колебания настроения в течение суток - от хорошего к несколько подавленному, у некоторых - преходящее чувство тревоги, внутренний дискомфорт. Наряду с этим, имелись легкие нарушения сна: сонливость в дневное время, изредка затрудненное засыпание, колебания аппетита, повышенная жажда. У некоторых обследуемых отмечались парестезии, фиксированность на вопросах собственного здоровья, в единичных случаях демонстративность жалоб, а также единичные навязчивые симптомы. Для всех обследованных была характерна легкая астения, в четвертой части – субклинически выраженная депрессия и в третьей части – тревога.

При **состояниях повышенного риска дезадаптации** четвертая часть женщин не имели собственной семьи и чаще, чем в группе психически здоровых, были конфликты. Кроме того, у них были более проблематичными жилищные условия.

Эти состояния возникали при одновременном негативном воздействии микросоциального окружения (напряженные семейные отношения, отсутствие, или недостаточная поддержка), индивидуально-личностных характеристик (неконформность, склонность к конфликтам и лидерству) и физиологических (беременность) факторов.

Астения, возникшая в результате беременности, субклинически выраженная тревога и субдепрессия создавали риск возникновения состояний, угрожающих дезадаптацией. Эти состояния являются своего рода предрасположенностью доназологических психических расстройств и требуют оказания психотерапевтической помощи.

Выделено три типа реакций дезадаптации: астенический, дистимический и психовегетативный.

**Органические психические расстройства** ограничивались *отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы с неврозоподобным и психопатоподобным синдромами*. Во всех случаях черепно-мозговые травмы были перенесены задолго до беременности, пациентки обращались за помощью к врачам неврологам и психиатрам. Психическое состояние ухудшалось во втором триместре. На фоне цефальгий усиливались повышенная раздражительность, вспыльчивость, неврозоподобные нарушения. Во всех случаях требовалась терапия (психофармакотерапия и психотерапия).

При *алкоголизме* на период обследования все пациентки были в состоянии ремиссии. В середине второго триместра беременности возникала астения и сниженное настроение, легко выраженная тревога. На этом фоне возникала рефлексия. Пациентки переоценивали свою жизнь, обвиняли себя в злоупотреблении алкоголем. Возникали тревожные опасения за возможные нарушения развития плода. Психометрическое исследование зарегистрировало легко выраженные тревогу и депрессию. Тест Лири показал снижение эгоистичности с повышением подозрительности, подчиняемости, зависимости и ответственности. Беременным были рекомендованы сеансы психотерапии.

Все беременные с диагнозом «*Шизофрения*» находились в состоянии качественной ремиссии. Со второго-третьего месяца от момента начала беременности у них возникала астеническая симптоматика с тревожными опасениями по поводу течения беременности и будущего ухода за ребенком. Рекомендованную участковым психиатром терапию они не принимали из-за опасений неблагоприятного воздействия нейролептиков на ребенка. Беременные были обследованы в конце второго триместра беременности. Психическое состояние их квалифицировалось легко выраженной тревогой и субдепрессивным настроением с повышенной утомляемостью.

При *шизотипическом расстройстве* достаточно рано (со второго-третьего месяца беременности) появлялась астеническая симптоматика и тревожность. Усиливалась замкнутость. Возникали опасения за состояние здоровья. Актуализировались мысли о возможном «сглазе» или «порче». Всем пациенткам назначалась психофармакотерапия, которую они принимали до родов.

*Аффективные расстройства настроения* проявлялись колебанием настроения в сторону пониженного в сочетании с нарушением витальных функций. Наибольшей выраженности такая симптоматика достигала в конце второго триместра. Усиливалась тревожность, опасения за свое будущее, эмоциональная лабильность. Кроме того, усиливались симптомы астении, присоединялись расстройства сна. В первую половину дня состояние беременных было более тяжелым. Они испытывали вялость, общую слабость. Общее и, в особенности, психическое состояние улучшалось во второй половине дня. У всех беременных были выявлены легко выраженные симптомы депрессии и тревоги. Назначались антидепрессанты и малые нейролептики. Часть пациенток посещали индивидуальную психотерапию.

*Социальные фобии* у беременных проявлялись повышенной тревогой и страхом держать испытание, экзамен. Они боялись покраснеть, выглядеть нелепо, продемонстрировать свою несостоятельность. При необходимости выполнять незнакомую работу в присутствии других людей у них возникало

сердцебиение, повышенная потливость. С середины второго триместра беременности у них усиливалась астения, присоединялись навязчивости, страхи. В связи с затруднениями, возникающими в работе, пациентки увольнялись, другие уходили в отпуск без содержания.

*Специфические фобии* у беременных проявлялись боязнью уколов с выраженной тревогой, вегетативными расстройствами, выраженной эмоциональной лабильностью, склонностью к синкопальным состояниям. Эти состояния были актуальны, так как беременные испытывали страх перед возможной слабостью родовой деятельности и необходимостью стимуляции при помощи уколов. У других пациенток был страх перед видом крови, некоторые панически боялись мышей, пауков. В период обследования во втором триместре психический статус квалифицировался тревожно-субдепрессивным синдромом.

В группу *«Другие тревожные расстройства»* вошли *«Генерализованное тревожное расстройство»* и *«Смешанное тревожное и депрессивное расстройство»*. Беременные испытывали многообразные страхи и опасения по различным поводам. Было характерным сочетание социальных и изолированных фобий. Выраженность тревоги, внутреннего напряжения, фобий усиливались во втором триместре беременности на фоне астении, а также в ситуациях эмоционального напряжения и конфликтов.

Психометрическое исследование выявило симптомы тревоги и депрессии, требующие назначения психофармакотерапии и посещения сеансов психотерапии.

*Расстройства адаптации* были свойственны беременным с тревожно-мнительными и эмоциональной неустойчивыми чертами характера. В силу социальных конфликтов (разлад семейных отношений, угроза уголовного преследования супруга, супружеская измена), имеющих для беременных особую значимость, возникали тревожные и тревожно-субдепрессивные реакции.



**Соматоформная вегетативная дисфункция** встречалась у беременных с возбудимыми чертами характера. Во втором триместре беременности астено-вегетативная симптоматика у них сочеталась с субдепрессией и тревогой. На этом фоне возникали расстройства сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Указанная симптоматика усиливалась после состояний психоэмоционального напряжения или конфликтов. В ряде случаев присоединялась тревога, страх возможных вегетативных кризов. Указанная симптоматика требовала своевременного назначения психофармакотерапии и релаксационного тренинга.

Симптоматика *неврастении* была сформирована задолго до беременности. Личностные особенности в виде гиперсоциальности и перфекционизма обуславливали повышенную нагрузку, с которой они не могли справиться. С конца первого триместра астеническая симптоматика усиливалась, сопровождалась субдепрессией и тревогой. Психиатром осмотрены во втором триместре. Психическое состояние их квалифицировалось астено-субдепрессивным синдромом, в ряде случаев в сочетании с тревогой. Отмечалось некоторое повышение показателей теста Лири по шкалам: агрессивность, подозрительность и подчиняемость.

У беременных с **расстройством личности** наблюдались конфликтные отношения в семье. Беременность провоцировала спонтанные колебания настроения в сторону понижения, повышенную раздражительность, стремление к доминированию и манипуляцию родными, с использованием состояния беременности. На этом фоне несколько пациенток употребляли легкие алкогольные напитки, чтобы «расслабиться». Это провоцировало конфликты с мужем и родными. Психометрическое обследование выявило у них легко выраженную тревогу и депрессию.

Беременные с *легкой умственной отсталостью* были хорошо социально адаптированы. В половине случаев беременность была желаемой, в остальных – формальное отношение и расчет на родителей и мужа. В 3 случаях отмечались психопатоподобные расстройства, усилившиеся в период бере-

менности и требующие назначения психофармакотерапии. Остальные беременные были пассивно подчиняемыми, исполнительными, ведомыми. У них отмечались признаки астении, усиливающиеся во второй половине дня. Во всех случаях были определенные затруднения в режиме дня. Они нерегулярно посещали женскую консультацию, опаздывали на прием, либо приходили в другое время.

Таким образом, исследование показало, что клиническая структура психических расстройств при физиологически протекающей беременности в основном отражает их распространенность в населении у лиц женского пола. Имеющиеся у женщин психические расстройства, возникшие задолго до беременности и протекающие латентно, под влиянием физиологических и психологических факторов, а также изменения привычного стереотипа жизни актуализируются в период беременности и приводят к затруднениям в социальной адаптации. При беременности снижается порог переносимости психогенных влияний, что нередко обуславливает формирование адаптационных реакций субдепрессивной и тревожно-субдепрессивной структуры.

Беременным назначалась традиционная психофармакотерапия в минимально эффективных терапевтических дозах. Из антидепрессантов назначались препараты из группы СИОЗС. Предпочтение отдавалось малым нейролептикам. В значительном числе случаев к терапии присоединялись ноотропы с транквилизирующим эффектом. В случаях необходимости, при выраженных тревожных расстройствах, приступах паники, назначались транквилизаторы бензодиазепинового ряда.

Поскольку у беременных с физиологически протекающей беременностью преобладали пограничные психические расстройства, для терапии предпочтение отдавалось методам полимодальной психотерапии.

Психотерапевтическая программа разрабатывалась на основе современных психотехнологий нейролингвистического программирования, эриксоновского гипноза и гештальттерапии и состояла из трех базовых блоков:

вводного, терапевтического и контрольного (проверка эффективности проведенной психотерапии).

**Вводный этап** состоял из информирования беременной о целях и задачах психотерапии, ожидаемом эффекте. Собственно, данный блок начался уже в период первой встречи врача с беременной. Задачей вводной части было установление эффективного терапевтического контакта с пациенткой и мотивация ее на психотерапию с последующим и овладением методами саморегуляции.

На основе анализа клинической картины психических расстройств, преморбидно-личностных особенностей пациентки, содержания конфликта – выделялись симптомы-мишени для психотерапевтической коррекции, определялся метод психотерапии.

**Психотерапевтический этап** заключался в разработке и реализации психотерапевтической программы, включающей 3 части:

1. Проведение тренинга релаксации с последующим обучением методам саморегуляции. На данный этап отводилось 3-5 сеансов.
2. Собственно психотерапия. Целью психотерапии было улучшение психического состояния пациентки (по возможности – устранение симптомов, изменение отношения к психотравмирующим ситуациям), а также мотивация на овладение методами саморегуляции.

Одним из направлений работы было снижение уровня тревоги и депрессии, устранение тревожных опасений (боязнь боли) перед родами. Применялись техники присоединения ресурсов, нейтрализации тревоги, возрастной прогрессии.

3. Самостоятельные занятия беременных методами релаксации.

На **контрольном этапе** методом клинического интервью проверялась эффективность проведенной психотерапии и психофармакотерапии.

Исследование показало, что применение методов психотерапии и психофармакотерапии при лечении беременных с психическими расстройствами

приводит к улучшению их психического состояния, благоприятно сказывается на течении беременности и повышает социальную адаптацию.

## ВЫВОДЫ

1. При физиологически протекающей беременности у женщин в 26,9% случаев наблюдаются клинически значимые психические расстройства с преобладанием невротических, связанных со стрессом и соматоформных (14%), расстройств личности (2,9%) и аффективных расстройств настроения (2,7%), а также органических, включая симптоматические психические расстройства (2,4%).
  - 1.1. В большинстве случаев (79,3%) психические расстройства формировались задолго до беременности и в ее период под влиянием нейроэндокринных сдвигов и психогенных влияний обострялись.
  - 1.2. На синдромальном уровне, вне зависимости от клинической принадлежности симптоматики, на фоне астении доминировали депрессивные и тревожно-депрессивные состояния.
2. При беременности, протекающей без осложнений, обнаруживается высокий удельный вес (8,4%) донозологических форм психических расстройств, включающих непатологические адаптационные астено-вегетативные и астено-невротические реакции с заострением преморбидных личностных черт, а также состояний высокого риска социальной дезадаптации (11,8%), в структуре которых астенический, дистимический и психовегетативный варианты.
3. Индивидуально-личностные особенности (эгоцентризм, демонстративность, противоречивость и тревожность) играют предрасполагающую, а социально-средовые факторы (напряженные условия труда, конфликтные отношения с супругом) – провоцирующую роль в формировании донозологических психических расстройств, состояний повышенного риска дезадаптации и невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. При конфликтных отношениях матери и отца ребенка с угро-

зой разрыва отношений, сама беременность выступала в качестве психотравмирующего фактора и обуславливала формирование расстройств адаптации.

4. Гестационная доминанта, сопровождающаяся нейрогуморальными сдвигами, астенией и тревогой играет существенную роль в формировании психических расстройств у женщин при физиологически протекающей беременности.
  - 4.1. Физиологический компонент гестационной доминанты у беременных женщин с психическими расстройствами проявлялся снижением инициативы и трудоспособности, погруженностью в себя, рассеянностью внимания, субъективным ощущением снижения сообразительности и способствовал обострению органических и эндогенных психических расстройств.
  - 4.2. Психологический компонент гестационной доминанты, в силу высокой значимости рождения ребенка, переключает деятельность беременной на вынашивание ребенка и последующие роды, изменяет привычный стереотип межличностных взаимоотношений и способствует обострению имеющихся ранее пограничных психических расстройств.
5. При психических расстройствах у женщин с физиологически протекающей беременностью более чем в половине случаев целесообразно назначение терапии.
  - 5.1. При невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, а также донозологических формах психических расстройств и состояниях высокого риска социальной дезадаптации показано проведение дифференцированной психотерапии, а при эндогенных психических расстройствах психофармакотерапии.
  - 5.2. Гестационная и родовая доминанты снижают субъективную значимость имеющихся психических расстройств, что приводит к избеганию терапии и затрудняет проведение медико-психологических мероприятий.

6. Реализация комплекса психофармакотерапии и психотерапии в амбулаторных условиях при психических расстройствах у беременных с физиологически протекающей беременностью позволяет привести к редукции психопатологической симптоматики и предупредить развитие осложнений беременности поздних сроков и родов.

### **Библиографический указатель**

1. Абрамова Г.С. Психология материнства / Г.С. Абрамова. - М.: Академический проект, 2006. –43.
2. Абрамченко, В. В. Клиническая перинатология [Текст] / В. В. Абрамченко, Н. П. Шабалов. – Петрозаводск : ИнтелТек, 2004. – 424 с.
3. Абрамченко, В. В. Перинатальная психология: теория, методология, опыт [Текст] / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко ; С.-Петерб. гос. ун-т. – Петрозаводск : ИнтелТек, 2004. – 350 с.
4. Абрамченко, В. В. Применение аутогенной тренировки для подготовки беременных женщин к родам [Текст] / В. В. Абрамченко, А. В. Терещенков // Психическая саморегуляция : сб. ст. / под общ. ред. А. С. Ромена. – Москва, 1983. – Вып. 3. – С. 82-84.
5. Аведисова, А. С. Терапия тревожно-фобических расстройств в общеймедицинской практике [Текст] / А. С. Аведисова // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 9. – С. 14-22.
6. Аведисова А.С., Чахава В.О., Лесс Э.Ю., Малыгин Я.В. Новый анксиолитик «Афоба-зол» при терапии генерализованного тревожного расстройства (результаты сравнительного исследования с диазепамом) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006. - Т. 8, № 3. - С. 16-19.
7. Акушерство [Текст] : справочник Калифорнийского университета / под ред. К. Нисвандера, А. Эванса ; пер. с англ. Н. А. Тимониной. – Москва : Практика, 1999. – 704 с. – (Зарубеж. практ. руководства по медицине ; № 7).

8. Акушерство [Текст] : учебник / Г. М. Савельева, В. И. Кулаков, А. Н. Стрижаков [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. – Москва : Медицина, 2000. – 816 с. – (Учеб. лит. для студентов мед. вузов).
9. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства [Текст] : рук. для врачей / Ю. А. Александровский. – Москва : Зевс ; Ростов-на-Дону : Феникс, 1997. – 571 с.
10. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства [Текст] : учеб. пособие / Ю. А. Александровский. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 2000. – 495 с. – (Учеб. лит. для слушателей системы последиплом. образования).
11. Аликулова, Н. А. Распространенность и клинико-физиологические особенности синдрома вегетативной дистонии при беременности [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 / Н. А. Аликулова. – Ташкент, 1995. – 22 с.
12. Альтшуллер В.Б. Женский алкоголизм // Лекции по наркологии. / Изд. третье, перераб. и расшир. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика, 2001. – С. 91 – 104.
13. Ананьев, В. А. Введение в психологию здоровья [Текст] : учеб. пособие / В. А. Ананьев ; С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, Балт. пед. акад. – Санкт-Петербург : [б. и.], 1998. – 146 с.
14. Анфиногенова, Н. Г. К вопросу о преневротических проявлениях у беременных женщин [Текст] / Н. Г. Анфиногенова, Г. Г. Долгина, К. Т. Китаева // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии / под ред. С. Б. Семичова [и др.]. – Ленинград, 1986. – С. 114-117. – (Сб. науч. тр. Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева ; т. 115).
15. Ариас, Ф. Беременность и роды высокого риска [Текст] / Ф. Ариас ; пер. с англ. Г. М. Алехиной. – Москва : Медицина, 1989. – 656 с.

16. Архангельский, А. Е. Психопатология беременности, родов и послеродового периода [Текст] / А. Е. Архангельский. – Санкт-Петербург : [б. и.], 2007. – 79 с.
17. Аршавский, И. А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющего нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша [Текст] / И. А. Аршавский // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии : сб. ст., посвящ. 75-летию со дня рожд. и 50-летию науч.-врачеб. деятельности действ. чл. Акад. мед. наук, заслуж. деятеля науки проф. М. С. Малиновского / М-во здравоохранения СССР, Центр. ин-т усовершенствования врачей ; под ред. Ф. А. Сыроватко. – Москва, 1957. – С. 320-333.
18. Ахапкина, В. И. Спектр фармакологических эффектов фенотропила [Текст] / В. И. Ахапкина, Т. А. Воронина // Фарматека. – 2005. – № 13. – С. 19-25.
19. Баканина, Н. А. Картина реакции адаптации и ее динамика у беременных женщин [Текст] / Н. А. Баканина, Е. В. Звездина, Г. С. Леуткина // Мать и дитя : материалы IV Рос. форума, Москва, 21-25 окт. 2002 г. : тез. докл. : в 2 т. / Ин-т Акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН ; гл. ред. В. И. Кулаков. – Москва, 2002. – Т. 1. – С. 168-172.
20. Балашов, П. П. Тревожно-фобические невротические расстройства у беременных женщин [Текст] / П. П. Балашов, Н. Л. Мамышева, А. М. Колесникова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4 (67). – С. 90-92.
21. Балашов П.П., Колесникова А.М., Мамышева Н.Л. Клинические особенности тревожных расстройств у беременных женщин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2014. – №11. – С. 20-23.
22. Батуев, А. С. Биологическое и социальное в природе человека [Текст] / А. С. Батуев, Л. В. Соколова // Биосоциальная природа материнства и раннего детства / под ред. А. С. Батуева ; С.-Петербур. гос. ун-т, Науч. центр «Психофизиология матери и ребенка». – Санкт-Петербург, 2007. – С. 8-40.



23. Батуев, А. С. Психофизиологическая природа доминанты материнства [Текст] / А. С. Батуев // Детский стресс – мозг и поведение : тез. докл. науч.-практ. конф. / Междунар. фонд «Культурная инициатива», СПбГУ, РАО. – Санкт-Петербург, 1996. – С. 3-4.
24. Батуев, А. С. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя» [Текст] / А. С. Батуев, Л. В. Соколова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 3. Биология. – 1994. – № 10, вып. 2. – С. 85-102.
25. Боро, М. П. Особенности формирования тревожно-депрессивных расстройств невротического уровня у беременных женщин с сахарным диабетом, психодинамический подход [Текст] / М. П. Боро, В. В. Волобуев, С. Я. Боро // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 4 (69). – С. 45-49.
26. Бронфман, С. А. Сравнительное исследование клиничко-психопатологических особенностей перво- и повторнородящих женщин в третьем триместре беременности [Электронный ресурс] / С. А. Бронфман, Е. И. Перова, Л. М. Кудаева // Вестник новых медицинских технологий : электрон. изд. – 2014. – № 1. – Режим доступа: <http://vnmt.ru/Bulletin/E2014-1/4569.pdf>.
27. Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах [Текст] / И.Я. Гурович [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – Т.110, №3. – С.77-82.
28. Брусиловский, А. И. Жизнь до рождения [Текст] / А. И. Брусиловский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Знание, 1991. – 224 с.
29. Брутман, В. И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери [Текст] / В. И. Брутман, А. Я. Варга, И. Ю. Хамитова // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21, № 2. – С. 79-87.
30. Брутман, В. И. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности [Текст] / В. И. Брутман, М. С. Радионова // Вопросы психологии. – 1997. – № 6. – С. 38-47. Москва : Смысл, 2003. – С. 38.

31. Ветушенко, С. А. Частота и тяжесть осложнений беременности и родов у женщин с туберкулезом различной локализации в Красноярском крае [Текст] / С. А. Ветушенко, Т. Г. Захарова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – Т. 63, № 3. – С. 58-65.
32. Виткин, Дж. Женщина и стресс [Текст] : пер. с англ. / Дж. Виткин. – Санкт-Петербург : Питер : Питер Пресс, 1996. – 305 с. – (Сам себе психолог).
33. Власов, П. Н. Эпилепсия и беременность: современная терапевтическая тактика [Текст] / П. Н. Власов, В. А. Карлов, В. А. Петрухин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – № 1. – С. 13-17.
34. Вознесенская, Т. Г. Персен-форте в лечении тревожных расстройств у больных психовегетативным синдромом [Текст] / Т. Г. Вознесенская, А. В. Федотова, Н. М. Фокина // Лечение нервных болезней. – 2002. – № 3 (8). – С. 38-41.
35. Волков, А. Е. Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / А. Е. Волков. – Ростов-на-Дону, 1995. – 16 с.
36. Волков, В. Г. Индивидуально-психологические особенности беременных с угрозой выкидыша [Текст] / В. Г. Волков, Ю. С. Садкова // Актуальные вопросы трансфизиологии и клинической медицины : материалы науч.-практ. конф. ин-та по итогам работы в 1994 г. / Киров. НИИ гематологии и переливания крови ; отв. ред. С. Л. Шарыгин. – Киров, 1995. – С. 74-75.
37. Ворошникова, О. Р. Психологическая коррекция депривированного материнства [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / О. Р. Ворошникова. – Москва, 1998. – 23 с.
38. Гарданова Ж.Р., Серов В.Н., Короткова Н.А. Беременность и депрессивные расстройства // Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. – М., 2016. –1029 с.

39. Грандилевская, И. В. Психологические особенности реагирования женщин на выявленную патологию беременности [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / И. В. Грандилевская. – Санкт-Петербург, 2004. – 18 с.
40. Гурович И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция "RECOVERY" [Текст] / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №. 2. –С.7-14.
41. Данилов, С. А. Влияние психологических особенностей личности женщины на течение и исход беременности при угрозе прерывания в первом триместре [Текст] / С. А. Данилов, Н. П. Лапочкина // Актуальные проблемы здоровья семьи : сб. науч. тр., посвящ. 20-летию основания ин-та / Иван. НИИ материнства и детства ; отв. ред. Л. В. Посисеева. – Иваново, 2000. – С. 30-32.
42. Добряков, И. В. Депрессия в период беременности [Текст] / И. В. Добряков, И. А. Колесников // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – Т. 108, № 7. – С. 91-97.
43. Добряков, И. В. Диагностика и лечение невротических расстройств у беременных женщин [Текст] / И. В. Добряков // Перинатальная психология в родовспоможении : сб. материалов конф., Санкт-Петербург, 20-22 марта 1997 г. / Акад. медико-социал. управления, Каф. практ. психологии, Межрегион. ассоц. перинатальной психологии и медицины России. – Санкт-Петербург, 1997. – С. 57-61.
44. Добряков, И. В. Здоровые роды – счастливый малыш [Текст] / И. В. Добряков, И. П. Лазарева. – Санкт-Петербург : ИК «Комплект», 1998. – 266 с.
45. Добряков, И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты [Текст] / И. В. Добряков // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода : учеб. пособие / сост. А. Н. Васина. – Москва, 2005. – С. 93-101.

46. Добряков, И. В. Опыт психотерапии беременных с использованием психосинтеза Р. Ассаджиоли [Текст] / И. В. Добряков // Календарь психотерапевта. – 1993. – Вып. сент.-окт. – С. 2-3.
47. Добряков, И. В. Перинатальная психология [Текст] / И. В. Добряков. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2010. – 271 с. – (Мастера психологии).
48. Добряков, И. В. Перинатальная психология и психиатрия [Текст] / И. В. Добряков // Детская психиатрия : учебник / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – Санкт-Петербург, 2005. – Гл. 7. – С. 175-216.
49. Добряков, И. В. Позитивный подход в психотерапии семьи, ожидающей ребенка [Текст] / И. В. Добряков // Abstractbook of the First World Conference of Positive Psychotherapy : 24th Annual Symposium of Positive Psychotherapy, St. Petersburg, 11-18 May 1997 / World Association for Positive Psychotherapy. – Saint Petersburg, Russia, 1997. – P. 52.
50. Добряков И.В., Макушкин Е.В., Костерина Е.М. Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации: методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ, 2009. – 28 с.
51. Добряков, И. В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты [Текст] / И. В. Добряков // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. – № 1 (45). – С. 46-50.
52. Добряков, И. В. Психологический компонент гестационной доминанты [Текст] / И. В. Добряков // Добряков И. В. Перинатальная психология : моногр. – Санкт-Петербург, 2010. – С. 83-103.
53. Драгун, И. Е. Лактационная функция у родильниц после кесарева сечения и немедикаментозные методы ее коррекции [Текст] / И. Е. Драгун // Мать и дитя : материалы IV Рос. форума, Москва, 21-25 окт. 2002 г. : тез. докл. : в 2 т. / Ин-т Акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН ; гл. ред. В. И. Кулаков. – Москва, 2002. – Т. 1. – С. 272.

- 54.Егоров, А.Ю. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект [Текст] / Егоров, А.Ю., Шайдукова Л.К. // Наркология. –2005. – №9. –С .49 – 55.
- 55.Емелина, Н. Жду малыша [Текст] / Н. Емелина // Мама, это я! – 2009. – № 11 (44). – С. 88-91.
- 56.Ефанова, Т. С. Структура психических расстройств у беременных с угрозой прерывания [Текст] / Т. С. Ефанова, Р. И. Захаров // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6 (81). – С. 51-53.
- 57.Заваденко, Н. Н. Психоневрологические нарушения в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у детей и подростков [Текст] / Заваденко, Н. Н., Кемалов А.И., Гузилова Л. С. // Лечащий врач. –2005. –С. 37-45.
- 58.Заворотных, Е. Н. Особенности эмоциональной сферы беременных женщин [Текст] / Е. Н. Заворотных // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 6. Философия, политология, социология, психология, право, международные отношения. – 2007. – № 2, ч. 2. – С. 136-140.
- 59.Завьялова, Ж. В. Психологическая готовность к родам и метод её формирования [Текст] : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Ж. В. Завьялова. – Москва, 2000. – 191 с.
- 60.Захаров, Р. И. Влияние психоэмоционального состояния и психосоматических заболеваний на развитие психических расстройств у беременных с привычным невынашиванием [Текст] / Р. И. Захаров, Т. С. Ефанова // Психотерапия. – 2011. – № 10. – С. 8-9.
- 61.Захаров, Р. И. Особенности психических расстройств при гестозах: клиника, психотерапевт. коррекция, профилактика [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Р. И. Захаров. – Новосибирск, 2001. – 127 с. : ил., табл.
- 62.Захаров, Р. И. Особенности психических расстройств при гестозах: клиника, психотерапевт. коррекция, профилактика [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Р. И. Захаров. – Новосибирск, 2001. – 18 с.

63. Захарова, Е. И. Личностные изменения, связанные с появлением ребенка [Текст] / Е. И. Захарова // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4-5. – С. 38-46.
64. Касьянова, О. А. Социально-психологические факторы подготовки женщин к беременности, родам и материнству [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / О. А. Касьянова. – Ярославль, 2005. – 22 с.
65. Кирющенко, А. П. Влияние лекарственных средств на плод [Текст] / А. П. Кирющенко, М. Л. Тараховский. – Москва : Медицина, 1990. – 271 с.
66. Коваленко, Н. П. Психологические аспекты психосоматической патологии беременности и родов [Текст] / Н. П. Коваленко // Репродуктивное здоровье общества : сб. науч. тр. членов Рос. ассоц. перинатальной психологии и медицины, Санкт-Петербург, 26-30 мая 2006 г. / Рос. Ассоц. перинатальной психологии и медицины, Междунар. ин-т психологии и управления. – Санкт-Петербург, 2006. – С. 92-96.
67. Коваленко, Н. П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.11 / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург, 1998. – 20 с.
68. Коваленко, Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: перинатальная психология, медико-соц. проблемы [Текст] : моногр. / Н. П. Коваленко ; С.-Петерб. гос. ун-т. – Санкт-Петербург : Изд-во СПбГУ, 2001. – 318 с.
69. Колесников, И. А. Депрессивные расстройства в период беременности [Текст] / И. А. Колесников // Психотерапия. – 2008. – № 5. – С. 7-14.
70. Колесников, И. А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин [Электронный ресурс] / И. А. Колесников // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2012. – № 5 (16). – Режим доступа: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_5\\_16/nomer/nomer05.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_5_16/nomer/nomer05.php).

71. Колосов, Л. Ю. Мамы разные бывают [Текст] / Л. Ю. Колосов // Растем вместе. – 2007. – № 5. – С. 3-5.
72. Королева, Н. Н. Психодиагностика беременных женщин с внутриличностным конфликтом [Текст] / Н. Н. Королева // Молодой ученый. – 2011. – Т. 2, № 3. – С. 91-95.
73. Кочнева, М. А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / М. А. Кочнева. – Москва, 1992. – 22 с. : ил.
74. Криворотько, Я. В. Динамика формирования непсихотических психических расстройств у беременных по триместрам беременности [Текст] / Я. В. Криворотько // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вып. 1. – С. 54-59.
75. Криворотько, Я. В. Психогигиена, психопрофілактика и психотерапия беременных [Текст] / Я. В. Криворотько, Т. А. Алиева // Медична психологія. – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 81-84.
76. Кулага, М. С. Динамика тревожных состояний женщин в дородовый и послеродовый период [Текст] / М. С. Кулага // Философия и социальные науки. – 2014. – № 3. – С. 68-71.
77. Куприянова, И. Е. Психотерапевтическая коррекция и реабилитация нарушений психического здоровья у беременных с угрозой невынашивания [Текст] / И. Е. Куприянова, Т. С. Ефанова, Р. И. Захаров // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – Т. 6, № 4. – С. 46-50.
78. Купченко, В. Е. Самосознание и эмоциональное состояние женщины в период беременности [Текст] / В. Е. Купченко // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. – № 1. – С. 48-59.
79. Лашманов, Б. В. Поведенческие эмоциональные отклонения у беременных женщин, ведущие к развитию послеродовых невротических расстройств [Текст] / Б. В. Лашманов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. 57, № 2. – С. 138-145.

- 80.Ледина, В. Ю. Комплексная модель подготовки беременных к родам в профилактике психосоматических дезадаптаций рожениц [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / В. Ю. Ледина. – Санкт-Петербург, 2004. – 25 с.
- 81.Ледина, В. Ю. Использование метода биологической обратной связи в психофизиологической подготовке беременных женщин к родам [Текст]/ В. Ю. Ледина // Биоуправление в медицине и спорте: техн. средства : материалы I всерос. конф., 26-27 апр. 1999 / РАМН, Сиб. отд-ние, Ин-т мед. и биол. кибернетики, Сиб. гос. акад. физ. культуры : ред. совет: М. Б. Штарк [и др.]. – Москва, 1999. – С. 33-35.
- 82.Личностные особенности беременных в норме и при патологии [Текст] / Н. В. Рымашевский, В. М. Коваленко, А. Е. Волков [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 5. – С. 97-101.
- 83.Лысенко, О. В. Характеристика типичных психологических состояний при нормальной и осложненной поздним гестозом беременности [Текст] / О. В. Лысенко, С. Н. Занько, С. В. Лысенко // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2004. – Т. 3, № 1. – С. 62-68.
- 84.Мамышева, Н. Л. Непсихотические расстройства у беременных: клинико-эпидемиол. и орг. аспекты [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Н. Л. Мамышева. – Томск, 1995. – 14 с.
- 85.Марфина, Н. А. Соматопсихические и психосоматические соотношения при позднем токсикозе с гипертензивными нарушениями у беременных [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Н. А. Марфина. – Челябинск, 1997. – 19 с.
- 86.Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология [Текст] : практ. руководство / В. Д. Менделевич. – Москва : Медпресс, 1998. – 588 с.



87. Менделевич, Д. М. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности [Текст] / Д. М. Менделевич, Е. А. Сахаров // Казанский медицинский журнал. – 1989. – Т. 70, № 2. – С. 112-114.
88. Михайлин, Е.С. Особенности течения беременности и родов у несовершеннолетних женщин в условиях мегаполиса (на примере Санкт-Петербурга) [Текст] / Е.С. Михайлин, Л.А. Иванова, А.Г. Савицкий, Л.П. Жибура, А.Г. Минина // Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – Т. LXIII. – № 3. – С. 36-43.
89. Мохаммад, Х. К. Дифференцированный подход к профилактике и лечению гестозов второй половины беременности на основе оценки состояния вегетативной нервной системы [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Х. К. Мохаммад. – Барнаул, 2006. – 21 с. : ил.
90. Нечаева, М. А. Отношение к беременности и его психологическая диагностика у женщин с различными вариантами репродуктивного статуса [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / М. А. Нечаева. – Санкт-Петербург, 2013. – 22 с.
91. Осипчук, Д. О. Использование антидепрессантов, бензодиазепиновых транквилизаторов и ноотропных препаратов в период беременности и лактации [Текст] / Д. О. Осипчук // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2009. – № 4. – С. 83-89.
92. Петрова, Н. Н. Психоэмоциональные нарушения и беременность [Текст] / Н. Н. Петрова // Медицина. XXI век. – 2006. – № 4. – С. 44-45.
93. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН України. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.
94. Подобед, Н. Д. Коррекция психовегетативного статуса беременных и её роль в снижении перинатального риска [Текст] / Н. Д. Подобед // Мать и дитя : материалы IV Рос. форума, Москва, 21-25 окт. 2002 г. : тез. докл. : в 2 т. / Ин-т Акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН ; гл. ред. В. И. Кулаков. – Москва, 2002. – Т. 1. – С. 480-482.

95. Поздняк, В. В. Типы психических нарушений при подростковой беременности [Текст] / В. В. Поздняк // Прикладные информационные аспекты медицины. – Воронеж, 2013. – Т. 16, № 1. – С. 126-131. – (Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии : материалы 15 межрегион. науч.-практ. конф., Воронеж, 27 марта 2013 г. / Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н. Н. Бурденко).
96. Полстяная, Г. Н. Течение беременности и родов при неврозах [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Г. Н. Полстяная. – Красноярск, 1989. – 142 с. : ил., табл.
97. Прохоров, В. Н. Возможности применения методики психофизической релаксации при психоэмоциональном напряжении у беременных [Текст] / В. Н. Прохоров, О. В. Прохорова, Е. А. Петросян // Уральский медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 64-66.
98. Психиатрия: справочник практического врача / Под ред. А. Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ. – 2010.
99. Психическое здоровье беременных [Текст] : обзор лит. / И. Е. Куприянова, Р. И. Захаров, Т. С. Ефанова [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 80-84.
100. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности [Текст] / М. А. Кочнева, М. М. Орлова, А. Е. Сумовская [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 3. – С. 13-16.
101. Психологический портрет женщины во время беременности и после родов [Текст] / Г. К. Садыкова, Н. С. Сединина, Н. Л. Лазарькова [и др.] // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии, неонатологии и неонатальной хирургии : сб. тр. науч.-практ. конф., посвящ. 100-летию мед. образования в Пермском крае, Пермь, 9 апр. 2015 г. / Перм. гос. мед. ун-т им. акад. Е. А. Вагнера Минздрава России. – Пермь, 2015. – С. 84-89.
102. Психосоматические аспекты беременности [Текст] / А. А. Северный, Т. А. Баландина, К. В. Солоед [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 4. – С. 17-22.

103. Родионова, И. В. Инновационные стратегии и проблемы изучения психического состояния женщин во время беременности [Текст] / И. В. Родионова // World science: problems and innovations : сб. ст. победителей IV междунар. науч.-практ. конф., Пенза, 27 окт. 2016 г. / Междунар. центр науч. сотрудничества «Наука и Просвещение» ; отв. ред. Г. Ю. Гуляев. – Пенза, 2016. – С. 211-216.
104. Романова, О. Л. Безопасность применения психотропных средств при беременности [Текст] / О. Л. Романова, Н. В. Стуров // Земский врач. – 2011. – № 2. – С. 34-37.
105. Рыжков, В. Д. Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / В. Д. Рыжков. – Санкт-Петербург, 1992. – 17 с.
106. Рымашевский, Н. В. Влияние особенностей психологической адаптации матери на исход родов [Текст] / Н. В. Рымашевский, А. Е. Волков // Акушерство и гинекология. – 1992. – № 8-12. – С. 15-18.
107. Рымашевский, Н. В. Соматопсихологические параллели в до- и послеродовом периодах. Психофармакотерапия поздних гестозов перед родами [Текст] / Н. В. Рымашевский, А. Е. Волков, Е. В. Ермилова ; Рост. мед. ин-т. – Ростов-на-Дону, 1991. – 31 с., табл. – Деп. в ЦНМБ.
108. Савельева, Г. М. Принципы ведения осложненной беременности и родов: фармакотерапия [Текст] / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, М. А. Курцер // Мать и дитя : материалы III Рос. форума, Москва, 22-26 окт. 2001 г. : тез. докл. / Ин-т Акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН ; гл. ред. В.И. Кулаков. – Москва, 2001. – С. 173.
109. Сахаров, Е. А. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Е. А. Сахаров. – Ленинград, 1990. – 17 с.
110. Семичов, С. Б. Предболезненные психические расстройства [Текст] / С. Б. Семичов. – Ленинград : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1987. – 183 с.

111. Сидоров, А. Е. Осложнения беременности и родов и их профилактика у женщин с психическими нарушениями [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / А. Е. Сидоров. – Казань, 2003. – 19 с.
112. Смирнова, Е. О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе [Текст] / Е. О. Смирнова // Вопросы психологии. – 1994. – № 6. – С. 5-15.
113. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине [Текст] / А. Б. Смулевич. – Москва : Мед. информ. агентство, 2001. – 252 с.
114. Сорокина, Т. Т. Роды и психика [Текст] : практ. руководство / Т. Т. Сорокина. – Минск : Новое знание, 2003. – 351 с. – (Практическая медицина).
115. Спивак Л. И., Спивак Д. Л., Вистранд К. Психические феномены у здоровых женщин при физиологических родах // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 1, 21. <https://sites.google.com/site/isspivak/Home/materials/spivakwistrand-1994>
116. Терешин, П. И. Влияние острого психоэмоционального стресса на течение и исход беременности [Текст] / П. И. Терешин, Г. Б. Мальгина // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии на современном этапе : тез. докл. I съезда акушеров-гинекологов Перм. обл., Пермь, сент. 1989 г. / М-во здравоохранения РСФСР, Перм. гос. мед. ин-т, Перм. обл. отд. здравоохранения, Перм. обл. о-во акушеров-гинекологов ; науч. ред. Л. З. Балежин. – Пермь, 1989. – С. 103-104.
117. Тютюнник, В. Л. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции [Текст] / В. Л. Тютюнник, О. И. Михайлова, Н. А. Чухарева // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 20. – С. 1386-1388.
118. Ушаков, Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства [Текст] / Г. К. Ушаков. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 1987. – 304 с.

119. Физиология плода и детей [Текст] : учеб. пособие / А. С. Батуев [и др.] ; под ред. В. Д. Глебовского. – Москва : Медицина, 1988. – 221 с. – (Учеб. лит. для студентов мед. ин-тов. Педиатр. фак.)
120. Филинов, А. Г. Функциональное состояние вегетативной нервной системы при нормально протекающем гестационном процессе [Текст] / А. Г. Филинов, Л. Б. Брагина // Медицинский альманах. – 2012. – № 5 (24). – С. 44-45.
121. Филиппова, Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии [Текст] / Г. Г. Филиппова // Вопросы психологии. – 2001. – № 2. – С. 22-36.
122. Филиппова, Г. Г. Материнство: сравнительно психологический подход [Текст] / Г. Г. Филиппова // Психологический журнал. – 1998. – № 5. – С. 81-88.
123. Филиппова, Г. Г. Психологическая готовность к материнству [Текст] / Г. Г. Филиппова // Хрестоматия по перинатальной психологии : психология беременности, родов и послеродового периода : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений по направлению и спец. психологии / Ун-т Рос. акад. образования ; сост. А. Н. Васина. – Москва, 2005. – С. 62-65.
124. Филиппова, Г. Г. Психология материнства : учеб. пособие [Текст] / Г. Г. Филиппова. – Москва : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 238 с.
125. Хазова С.А., Золотова И.А. Особенности гестационной доминанты женщин, не встающих на учет по беременности // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. –2009. –Т. 15. –С. 201-206.
126. Чикина Е.С., Левин В.В. Черепно-мозговые травмы: применение современных ноотропных препаратов в острый период и при лечении посттравматической энцефалопатии // Русский врач. –2005. –№11. –С. 54-61.
127. Швецов, М. В. Морфологические аспекты телесно-ориентированной психотерапии при невынашивании беременности [Текст] / М. В. Швецов // Российские морфологические ведомости. – 2000. – № 3-4. – С. 184-188.

128. Швецов, М. В. Психотерапия при гипертензионном синдроме у беременных [Текст] / М. В. Швецов, Н. В. Старцева // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – Т. 47, № 4. – С. 72-75.
129. Швецов, М. В. Телесно ориентированная психотерапия при невынашивании беременности [Текст] / М. В. Швецов, Н. В. Старцева // Мать и дитя : материалы II Рос. форума, Москва 18-22 сент. 2000 г. / Ин-т Акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН : гл ред. В. И. Кулаков. – Москва, 2000. – С. 174-175.
130. Шелехов, И. Л. Влияние типа акцентуации личности и структуры ценностей на формирование материнской функции беременных женщин [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / И. Л. Шелехов. – Томск, 2006. – 26 с.
131. Щеглова, И. Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 : 19.00.04 / И. Ю. Щеглова. – Санкт-Петербург, 1992. – 19 с.
132. A woman's attitude toward pregnancy. Can it predispose her to preterm labor? [Text] / X. De Muyllder, S. Wesel, M. Dramaix [et al.] // J. Reprod. Med. – 1992. – Vol. 37, № 4. – P. 339-342.
133. Anger, hostility, and aggression as predictors of persistent smoking during pregnancy [Text] / R. D. Eiden, K. E. Leonard, C. R. Colder [et al.] // J. Stud. Alcohol Drugs. – 2011. – Vol. 72, № 6. – P. 926-932.
134. Association between dietary patterns and mental disorders in pregnant women in Southern Brazil [Text] / J. T. A. Paskulin, M. Drehmer, M. T. Olinto [et al.] // Rev. Bras. Psiquiatr. – 2017. – Vol. 39, № 3. – P. 208-215.
135. Autism risk following antidepressant medication during pregnancy [Text] / A. Viktorin, R. Uher, A. Reichenberg [et al.] // Psychol. Med. – 2017. – Vol. 47, № 16. – P. 2787-2796.

136. Barber, J. S. Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships [Text] / J. S. Barber, W. G. Axinn, A. Thornton // J. Health. Soc. Behav. – 1999. – Vol. 40, № 3. – P. 231-257.
137. Bennedsen B.E., Mortensen P.B., Olesen A.V. et al. Obstetric complications in women with schizophrenia // Schizophr Res. – 2001. – Vol. 47. – Suppl. 2-3. – P. 167-175.
138. Biofeedback-assisted relaxation to reduce stress in labor [Text] / S. H. Bernat, P. J. Wooldridge, M. Marecki [et al.] // J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. – 1992. – Vol. 21, № 4. – P. 295-303.
139. Blier, P. Pregnancy, depression, antidepressants and breast-feeding [Text] / P. Blier // J. Psychiatry Neurosci. – 2006. – Vol. 31, № 4. – P. 226-228.
140. Bosquet, M. Predicting parenting behaviors from Antisocial Practices content scale scores of the MMPI-2 administered during pregnancy [Text] / M. Bosquet, B. Egeland // J. Pers. Assess. – 2000. – Vol. 74, № 1. – P. 146-162.
141. Brockington, I. F. Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium [Text] / I. F. Brockington, E. Macdonald, G. Wainscott // Arch. Womens Ment. Health. – 2006. – Vol. 9, № 5. – P. 229-231.
142. Buist, A. Perinatal depression – assessment and management [Text] / A. Buist // Aust. Fam. Physician. – 2006. – Vol. 35, № 9. – P. 670-673.
143. Campbell, D. C. Parenteral opioids for labor analgesia [Text] / D. C. Campbell // Clin. Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 46, № 3. – P. 616-622.
144. Cepický, P. The views of the author of the feedback theory of pain on labor pain and labor psychoprophylaxis [Text] / P. Cepický, V. Nováková // Cesk. Gynekol. – 1985. – Vol. 50, № 7. – P. 501-503.
145. Citalopram use in pregnancy: prospective comparative evaluation of pregnancy and fetal outcome [Text] / A. Sivojelezova, S. Shuhaiber, L. Sarkissian [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 193, № 6. – P. 2004-2009.
146. Congenital malformations, stillbirths, and infant deaths among children of women with schizophrenia [Text] / B. E. Bennedsen, P. B. Mortensen, A. V. Olesen [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – Vol. 58, № 7. – P. 674-679.

147. Davidson, J. R. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder [Text] / J. R. Davidson // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 62, suppl. 11. – P. 46-50.
148. Dean, C. The symptomatology of puerperal illnesses [Text] / C. Dean, R.E. Kendell // *Brit. J. Psychiatr.* – 1981. – Vol. 139, № 2. – P. 128-133.
149. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes [Text] / G. R. Benute, R. M. Nomura, J. S. Reis [et al.] // *Clinics (Sao Paulo).* – 2010. – Vol. 65, № 11. – P. 1127-1131.
150. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors [Text] / M. M. de Jesus Silva, E. Peres Rocha Carvalho Leite, D. Alves Nogueira [et al.] // *Invest. Educ. Enferm.* – 2016. – Vol. 34, № 2. – P. 342-350.
151. Dolman C., Jones I.R., Howard L.M. Women with bipolar disorder and pregnancy: factors influencing their decision-making // *B.J.Psych Open.* –2016. –№2. –P, 294–300. DOI: 10.1192/bjpo.bp.116.003079
152. Duchene, P. Using biofeedback to ease the pain of childbirth [Text] / P. Duchene // *Am. J. Nurs.* – 1989. – Vol. 89, № 8. – P. 1070B, 1070D.
153. Duchene, P. J. Effects of biofeedback on childbirth pain [Text] / P. J. Duchene // *J. Pain Symptom Manage.* – 1989. – Vol. 4, № 3. – P. 117-123.
154. Einarson, A. Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy [Text] / A. Einarson, R. Boskovic // *J. Psychiatr. Pract.* – 2009. – Vol. 15, № 3. – P. 183-192.
155. Einarson, T. R. Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies [Text] / T. R. Einarson, A. Einarson // *Pharmacoepidemiol. Drug. Saf.* – 2005. – Vol. 14, № 12. – P. 823-827.
156. Epilepsy and pregnancy. Prospective study of 100 cases [Text] / S. Garza-Morales, J. M. Ibarra-Puig, A. Poblano-Luna [et al.] // *Ginecol Obstet Mex.* – 1996. – Vol. 64. – P. 449-454.
157. Experiencing Lifetime Domestic Violence: Associations with Mental Health and Stress among Pregnant Women in Rural Bangladesh: The MINIMat Randomized Trial [Electronic resource] / Sh. Ziaei, A. L. Frith, E.-Ch. Ekström



- [et al.] // PLoS One. – 2016. – Vol. 11, № 12. – Art. e0168103. – Mode of access: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0168103>.
158. Food insecurity and mental health: an analysis of routine primary care data of pregnant women in the Born in Bradford cohort [Text] / M. Power, E. Uphoff, B. Kelly [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 2017 – Vol. 71, № 4. – P. 324-328.
159. Fricchione, G. Clinical practice. Generalized anxiety disorder [Text] / G. Fricchione // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 351, № 7. – P. 675-682.
160. Gentile, S. Drug treatment for mood disorders in pregnancy [Text] / S. Gentile // Curr. Opin. Psychiatry. – 2011. – Vol. 24, № 1. – P. 34-40.
161. Gentile, S. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding [Text] / S. Gentile // Drug. Saf. – 2005. – Vol. 28, № 2. – P. 137-152.
162. Grant B.F., Hasin D.S., Stinson F.S. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions // J. Clin. Psychiatry. – 2004. – Vol. 65. – P. 948–958.
163. Halbreich, U. Prevalence of mood symptoms and depressions during pregnancy: implications for clinical practice and research [Text] / U. Halbreich // CNS Spectr. – 2004. – Vol. 9, № 3. – P. 177-184.
164. Hallberg, P. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and breast-feeding: a review and clinical aspects [Text] / P. Hallberg, V. Sjöblom // J. Clin. Psychopharmacol. – 2005. – Vol. 25, № 1. – P. 59-73.
165. Hansen, H. V. Psychosis and pregnancy: five cases of severely ill women [Text] / H. V. Hansen, H. S. Andersen // Nord J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 55, № 6. – P. 433-437.
166. Hironaka M., Kotani T., Sumigama S. et al. Maternal mental disorders and pregnancy outcomes: A clinical study in a Japanese population // J Obstet Gynaecol Res. - 2011. - Vol. 37. - Suppl. 10. - P. 1283-1289.
167. Hizkiyahu R., Levy A., Sheiner E. Pregnancy outcome of patients with schizophrenia // Am J Perinatol. - 2010. - Vol. 27 (1). - P. 19-23.

168. Jablensky A.V., Morgan V., Zubrick S.R. et al. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders // *Am J Psychiatry*. - 2005. - Vol. 162. - Suppl. 1. - P. 79-91.
169. Keller, M. B. Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression [Text] / M. B. Keller, R. J. Boland // *Biol. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 44, № 5. – P. 348-360.
170. Kelly, R. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics [Text] / R. Kelly, D. Zatzick, T. Anders // *Am. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158, № 2. – P. 213-219.
171. Kelly R., Zatzick D., Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics // *Am J Psychiatry*. - 2001. - Vol. 158. - P. 213.
172. King-Hele S.A., Abel K.M., Webb R.T. et al. Risk of sudden infant death syndrome with parental mental illness // *Arch Gen Psychiatry*. - 2007. - Vol. 64. - P. 1323-1330.
173. Kumar R, Robson KM: A prospective study of emotional disorders in childbearing women // *Br. J. Psychiatry*. 144:35–47. 1984.
174. Linder, R. How women can carry their unborn babies to term – the prevention of premature birth through psychosomatic methods / R. Linder // *Journal of prenatal and perinatal psychology and health*. – 2006. – Vol. 20, № 4. – P. 293-304.
175. Lusskin, S. I. Perinatal depression: hiding in plain sight [Text] / S. I. Lusskin, T. M. Pundiak, S. M. Habib // *Can. J. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 52, № 8. – P. 479-488.
176. Malm, H. Risks associated with selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy [Text] / H. Malm, T. Klaukka, P. J. Neuvonen // *Obstet. Gynecol.* – 2005. – Vol. 106, № 6. – P. 1289-1296.
177. Marcus, D. A. Pregnancy and chronic headache [Text] / D. A. Marcus // *Expert Opin Pharmacother.* – 2002. – Vol. 3, № 4. – P. 389-393.

178. Martin, P. J. Pregnancy, epilepsy, management and outcome: a 10-year perspective [Text] / P. J. Martin, P. A. Millac // *Seizure*. – 1993. – Vol. 2, № 4. – P. 277-280.
179. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study [Text] / A. Bifulco, B. Figueiredo, N. Guedeney [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 46, suppl. – P. S31-S37.
180. Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament [Text] / M. P. Austin, D. Hadzi-Pavlovic, L. Leader [et al.] // *Early Hum Dev*. – 2005. – Vol. 81, № 2. – P. 183-190.
181. Mental disorders in pregnancy and 5-8 years after delivery [Electronic resource] / P. H. C. Rondó, R. F. Ferreira, J. O. Lemos [et al.] // *Glob. Ment. Health (Camb)*. – 2016. – Vol. 3. – Art. e31. – Mode of access: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0ADA897D561163D66678DF703A01CE98/S2054425116000261a.pdf/mental\\_disorders\\_in\\_pregnancy\\_and\\_58\\_years\\_after\\_delivery.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0ADA897D561163D66678DF703A01CE98/S2054425116000261a.pdf/mental_disorders_in_pregnancy_and_58_years_after_delivery.pdf).
182. Misri, S. The use of SSRIs in pregnant and lactating women [Text] / S. Misri, X. Kostaras // *Arch. Womens Ment. Health*. – 2001. – Vol. 3, suppl. 2. – P. 2.
183. Misri, S. Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review [Text] / S. Misri, K. Kendrick // *Can. J. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 52, № 8. – P. 489-498.
184. McNeil T.F., Kaij L. Malmquist-Larsson A. Pregnant women with nonorganic psychosis: life situation and experience of pregnancy // *Acta Psychiatr. Scand*. - 1983. - Vol. 68. - P. 445-457.
185. The numbers count: mental disorders in America [Electronic resource] / The National Institute of Mental Health (NIMH) is part of the National Institutes of Health (NIH), a component of the U.S., Department of Health and Human Services. – Bethesda, MD, 2013. – 10 Jan. – Mode of access: <http://www.lb7.uscourts.gov/documents/12-cv-1072url2.pdf>.

186. Nemeroff, C. B. Evolutionary trends in the pharmacotherapeutic management of depression [Text] / C. B. Nemeroff // *J. Clin. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 55, suppl. – P. 3-15.
187. Nilsson E., Lichtenstein P., Cnattingius S. et al. Women with schizophrenia: pregnancy outcome and infant death among their offspring // *Schizophr Res.* - 2002. - Vol. 58. - P. 221-229.
188. Nonacs, R. Assessment and treatment of depression during pregnancy: an update [Text] / R. Nonacs, L. S. Cohen // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 2003. – Vol. 26, № 3. – P. 547-562.
189. Obstetric complications and schizophrenia. Two case-control studies based on structured obstetric records [Text] / R. E. Kendell, K. McInnery, E. Juszczak [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 176. – P. 516-522.
190. Obstetric complications in women with schizophrenia [Text] / B. E. Bennedsen, P. B. Mortensen, A. V. Olesen [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2001. – Vol. 47, № 2-3. – P. 167-175.
191. Omer, H. Psychological factors in preterm labor: critical review and theoretical synthesis [Text] / H. Omer, G. S. Everly Jr. // *Am. J. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 145, № 12. – P. 1507-1513.
192. Orr, S. T. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome. Review of the literature and preliminary findings [Text] / S. T. Orr, C. A. Miller // *Epidemiol. Rev.* – 1995. – Vol. 17, № 1. – P. 165-171.
193. Pearlstein, T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas [Text] / T. Pearlstein // *J. Psychiatry Neurosci.* – 2008. – Vol. 33, № 4. – P. 302-318.
194. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence [Text] / N. I. Gavin, B. N. Gaynes, K. N. Lohr [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2005. – Vol. 106, № 5, pt. 1. – P. 1071-1083.
195. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy [Text] / L. Bonari, N. Pinto, E. Ahn [et al.] // *Can. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 49, № 11. – P. 726-735.

196. Pereira P.K., Lima L.A., Magnanini M.M. et al. Severe mental illness in mothers and congenital malformations in newborns: a meta-analysis // *Cad Saude Publica*. - 2011. - Vol. 27. - Suppl.12. - P. 2287-2298.
197. Piscicelli, U. Psychological dynamics of the respiratory role in preparation for painless labor [Text] / U. Piscicelli // *Minerva Med.* – 1970. – Vol. 61, № 84. – P. 4712-4715.
198. Post-traumatic stress in pregnant women with primary cytomegalovirus infection and risk of congenital infection in newborns [Text] / F. Vadini, E. Tracanna, E. Polilli [et al.] // *BJPsych. Open*. – 2016. – Vol. 2, № 6. – P. 373-376.
199. Pregnancy and epilepsy [Text] / S. Bag, M. Behari, G. K. Ahuja [et al.] // *J. Neurol.* – 1989. – Vol. 236, № 5. – P. 311-313.
200. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development [Text] / H. C. Lou, D. Hansen, M. Nordentoft [et al.] // *Dev. Med. Child. Neurol.* – 1994. – Vol. 36, № 9. – P. 826-832.
201. Prevalence of depression during pregnancy [Text] : systematic review / H. A. Bennett, A. Einarson, A. Taddio [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2004. – Vol. 103, № 6. – P. 698-709.
202. Prevalence of psychiatric disorders in gynecologic outpatients [Text] / I. M. Sundström, M. Bixo, I. Björn [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2001. – Vol. 184, № 2. – P. 8-13.
203. Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor –The benefits of psych [Text] / N. Mamelle, M. Segueilla, F. Munoz[et al.] // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 1997. – Vol. 177, № 4. – P. 947-952.
204. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery [Text] / R. H. Kelly, J. Russo, V. L. Holt [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol. 100, № 2. – P. 297-304.

205. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States [Text] / O. Vesga-López, C. Blanco, K. Keyes [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2008. – Vol. 65, № 7. – P. 805-815.
206. Rahimi, R. Pregnancy outcomes following exposure to serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of clinical trials [Text] / R. Rahimi, S. Nikfar, M. Abdollahi // Reprod. Toxicol. – 2006. – Vol. 22, № 4. – P. 571-575.
207. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment [Text] / L. S. Cohen, L. L. Altshuler, B. L. Harlow [et al.] // JAMA. – 2006. – Vol. 295, № 5. – P. 499-507.
208. Relation of maternal stress during pregnancy to symptom severity and response to treatment in children with ADHD [Text] / N. Grizenko, Y. R. Shayan, A. Polotskaia [et al.] // J. Psychiatry Neurosci. – 2008. – Vol. 33, № 1. – P. 10-16.
209. Ringler, M. Psychohygienic aspects of behavioural methods in preparation for childbirth [Text] / M. Ringler // Wien Med. Wochenschr. – 1981. – Vol. 131, № 8. – P. 199-203.
210. Risks and benefits of psychotropic medication in pregnancy: cohort studies based on UK electronic primary care health records [Text] / I. Petersen, R. L. McCrea, C. J. Sammon [et al.] // Health Technol. Assess. – 2016. – Vol. 20, № 23. – P. 1-176.
211. Ross, L.E. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review [Text] / L. E. Ross, L. M. McLean // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, № 8. – P. 1285-1298.
212. Samuels J., Eaton W., Bienvenu J. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample // Br. J. Psychiatry. –2002. –Vol. 180. –P. 536–542.
213. Sharma P., Singh N., Tempe A., Malhotra M. Psychiatric Disorders during Pregnancy and Postpartum // J. Preg. Child Health. –2017. –P. 314-317. DOI:10.4172/2376-127X.1000317
214. Smoking during consecutive pregnancies among primiparous women in the population-based Norwegian Mother and Child Cohort Study [Text] / L. J.

- Hauge, L. E. Aarø, L. Torgersen [et al.] // *Nicotine Tob. Res.* – 2013. – Vol. 15, № 2. – P. 428-434.
215. Soares, C. N. Perinatal depression: searching for specific tools for a closer look at this window [Text] / C. N. Soares, M. Steiner // *J. Clin. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70, № 9. – P. 1317-1318.
216. Spinelli, M. G. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women [Text] / M. G. Spinelli, J. Endicott // *Am. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 160, № 3. – P. 555-562.
217. Stewart D. Pregnancy and Schizophrenia // *Can Fam Physician.* - 1984. - Vol. 30. - P. 1537-1542.
218. Seeman M.V. Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs // *Am J Psychiatry.* - Vol. 2004. - Vol. 161. - P. 1324-1333.
219. State-trait anxiety inventory (STAI) scores during pregnancy following intervention with complementary therapies [Text] / J. J. Newham, M. Westwood, J. D. Aplin [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2012. – Vol. 142, № 1-3. – P. 22-30.
220. Stocky, A. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium [Text] / A. Stocky, J. Lynch // *Baillieres Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2000. – Vol. 14, № 1. – P. 73-87.
221. Suzuki, S. Recent status of pregnant women with mental disorders at a Japanese perinatal center [Electronic resource] / S. Suzuki // *J. Matern. Fetal. Neonatal Med.* – 2017. – Jun 15. – P. 1-5. – Mode of access: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2017.1336761?scroll=top&needAccess=true>.
222. Szász, A. Pregnancy and psychiatric disorders [Text] / A. Szász, Z. Kovács // *Ideggyogy Sz.* – 2002. – Vol. 55, № 1-2. – P. 50-53.
223. Schneid-Kofman N., Sheiner E., Levy A. Psychiatric illness and adverse pregnancy outcome // *Int J Gynaecol Obstet.* - 2008. - Vol. 101. - Suppl. 1. - P. 53-56.
224. Takeuchi, R. Influence of maternal neuropsychiatric disorders on clinical course of pregnancy and neonatal outcome [Text] / R. Takeuchi // *Nihon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi.* – 1996. – Vol. 48, № 11. – P. 1071-1078.

225. The year book of obstetrics and gynecology. 1980 [Text] / ed. R. M. Pitkin, assoc. ed. F. J. Zlatnik. – Chicago ; London : Year Book Medical Publishers, 1980. – 471 p. : ill.
226. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil [Text] / P. Manzolli, M. A. Nunes, M. I. Schmidt [et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2010. – Vol. 45, № 10. – P. 983-988.
227. Vigod S., Kurdyak P., Dennis C. et al. Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: a retrospective population-based cohort study // BJOG. - 2014. - Vol. 121. - Suppl. 5. - P. 566-574.
228. Webb R., Abel K., Pickles A. et al. Mortality in offspring of parents with psychotic disorders: a critical review and meta-analysis // Am J Psychiatry. - 2005. - Vol. 162. - P. 1045-1056.