

*На правах рукописи*

**Кулиев Рустам Тельманович**

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

14.01.06 – психиатрия

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

**Москва – 2018**

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки РФ

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор **Руженков Виктор Александрович**

**Официальные оппоненты:**

**Тювина Нина Аркадьевна** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

**Гарданова Жанна Робертовна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психотерапии психолого-социального факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

**Ведущее учреждение:**

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук

Защита состоится «25» декабря 2018 г. в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, по адресу: 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте [www.serbsky.ru](http://www.serbsky.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**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, преобладании 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 предрасположенности 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; Buist A., 2006; Soares C.N., 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. 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 клинико-

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 допозологических 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 – материал и методы 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.

#### **Объект, методология и методы исследования**

Во втором-третьем триместре выборочным методом 450 женщин с беременностью, протекающей без осложнений на всем ее протяжении. Критериями отбора были: наличие добровольного информированного согласия, отсутствие осложнений первой и второй половины беременности, экстрагенитальных заболеваний и отягощенного гинекологического анамнеза.

**Методология исследования** базировалась на теоретических основах отечественной и зарубежной психиатрии и медицинской психологии, включает основные понятия теории формирования пограничных психических расстройств и состояний повышенного риска дезадаптации, нейробиологической теории психических расстройств, а также современные принципы дифференциальной диагностики психической патологии. Клиническая верификация диагноза проводилась в соответствии с рубриками МКБ-10.

**Методы исследования:** клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический (госпитальная шкала тревоги и депрессии [HADS], методика исследования межличностных отношений Лири, шкала астенического состояния Л.Д.Майкова, тест Леонгарда-Шмишека).

Применялись методы непараметрической статистики, критерий  $\chi^2$  с поправкой Йетса на непрерывность для таблиц сопряженности 2x2, факторный анализ методом главных компонент с varimax вращением фактора при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

Исследование проводилось в три этапа. На **1 этапе – исследовательском**, выявлялись беременные, обнаруживающие психические расстройства. На **2 этапе – лечебном**, разрабатывался алгоритм и реализовывалась программа психотерапии. В необходимых случаях назначалась психофармакотерапия. На **3 – контрольном этапе**, проводилось повторное клинико-

психопатологическое обследование для оценки эффективности лечебных мероприятий.

### Результаты исследования

*На исследовательском этапе* установлено, что подавляющее большинство – 74,4% обследованных были в возрасте 21-30 лет, имеющие собственную семью (90,5%), проживающие в хороших жилищных условиях (79,3%) и получившие высшее образование (46,4%). В 2/3 случаев роды у женщин были первые. Клинический анализ показал, что у 121 (26,9%) беременной имелись клинически очерченные психические расстройства (таблица 1).

Таблица 1

#### Клиническая структура психических расстройств

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

Как видно из таблицы, в большинстве случаев – 19,3% диагностировались пограничные психические расстройства, в 3,8% – эндогенные, в 2% – алкоголизм и в 1,8% случаев – умственная отсталость. Кроме того, у 8,4% беременных выявлены донозологические психические расстройства и у 11,8% – состояния повышенного риска дезадаптации. В большинстве случаев (79,3%) психические расстройства формировались задолго до беременности и в ее период под влиянием нейроэндокринных сдвигов обострялись.

В группе психически здоровых в подавляющем числе случаев – 96,2% микроклимат в семье был спокойный, доброжелательным. 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 нарушениях** семейный микроклимат был статистически значимо ( $p=0,0009$ ) более конфликтным (34,2%), чем в группе психически здоровых, что повышает риск их формирования более чем в 4 раза ( $OR=4,5$  95%  $CI=1,9-10,6$ ).

При психометрическом обследовании выявлена легкая астения 46-61 ( $58,1\pm 1,0$ ) балл в 81,6% случаев; депрессия 2-9 ( $6,5\pm 1,6$ ) баллов – субклинический уровень у 28,9% и субклинический уровень тревоги 3-10 ( $7,2\pm 1,7$ ) баллов у 57,9%.

Факторный анализ особенностей межличностных отношений в период беременности выявил 2 значимых фактора, отражающих противоречивые отношения (контрастность и подозрительность) – 80,6% дисперсии. Факторный анализ личностных особенностей выявил 3 фактора (63,6% дисперсии): гипертимность, лабильность и педантичность, играющие существенное значение в формировании донозологических психических расстройств.

В зависимости от клинической картины, выделено 2 подгруппы. В первую подгруппу вошли 17 (3,7%) беременных, клиническая картина психических нарушений у которых проявлялась не связанными синдромально астеническими, аффективными и вегетативными симптомами, возникающих в связи с конфликтными отношениями и субъективными переживаниями по поводу беременности (ее течения, предстоящих родов, уходе за маленьким ребенком и т.п.). Данное состояние нами квалифицировалось как *непатологическая адаптационная астено-вегетативная реакция*.

Вторую подгруппу составили 21 (4,7%) беременная, 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 квалифицировалось в рамках *непатологической адаптационной астено-невротической реакции с заострением преморбидных личностных черт*.

В группе с **состояниями повышенного риска дезадаптации** большинство – 58,5% человек имели среднетехническое образование, 20,8% – высшее и 20,8% – среднее. Сравнение с группой без психических расстройств выявило значимые различия ( $p=0,0005$ ;  $OR=4,6$  95%  $CI=2,2-9,9$ ), свидетельствующие что высокий уровень образования является протективным фактором, способствующим более успешной адаптации. Большинство (75,5%) женщин состояли в браке и 24,5% на период беременности не имели семьи. Сравнение по критерию  $\chi^2$  с группой психически здоровых выявило значимые различия ( $p=0,0005$ ;  $OR=77,0$  95%  $CI=10,0-1642,0$ ) свидетельствующие, что отсутствие семейных отношений и поддержки со стороны отца ребенка является значимым фактором риска формирования состояний повышенного риска дезадаптации.

В 68% случаев семейный микроклимат характеризовался как спокойный, доброжелательный; в 24,5% – были эпизодические конфликты и в 7,5% – систематические. Сравнение по критерию  $\chi^2$  с группой психически здоровых выявило значимые различия ( $p=0,0005$ ;  $OR=27,6$  95%  $CI=8,1-103,6$ ) свидетельствующие, что неблагоприятный семейный микроклимат и конфликты в период беременности являются фактором риска состояний дезадаптации.

Психометрическое обследование выявило легко выраженную астению – 44-71 ( $56,9\pm 6,5$ ) балл в 79,2%; субклиническая тревога – 2-10 ( $7,2\pm 1,9$ ) баллов выявлена в 60,4% и депрессия – 5-10 ( $8,5\pm 1,1$ ) в 90,6% случаях. Сочетание тревоги и депрессии было в 50,9% случаев.

Факторный анализ выявил: 3 личностных фактора (55,9% дисперсии): эмоциональная лабильность, гипертимность и экзальтированность, а также 2 фактора противоречивых межличностных отношений (82,1% дисперсии) – альтруистичность и эгоистичность, создающие риск состояний дезадаптации.

Клинически выделено три типа реакций: астенический, дистимический и психовегетативный.

*Астенический тип реакций повышенного риска* наблюдался в 11 (2,4%) случаях. Проявлялся физической астенией, чувством усталости, пониженным настроением, грустью, сонливостью в дневное время.

*Дисфорический тип реакций повышенного риска* встречался в 21 (4,7%) случае и проявлялся легкой астенией, пониженным настроением, повышенной раздражительностью, недовольством окружающим, чувством злобы, гнева, эмоциональной лабильностью. В третьей части случаев в конфликтных ситуациях наблюдались расстройства кожной чувствительности.

В остальных 21 (4,7%) случае диагностировался *психовегетативный вариант реакций повышенного риска*, который проявлялся полиморфной симптоматикой: сниженным настроением, чувством тревоги, неопределенной подавленностью, неустойчивостью настроения. Отмечалась вегетативная неустойчивость: расстройства засыпания, сонливость в дневное время, повышение аппетита, колебания АД, лабильность вазомоторов.

Изучение социально-демографических характеристик **беременных с психическими расстройствами** показало, что по сравнению с группой психически здоровых (все замужем) у них чаще (18,2%) не было собственной семьи ( $p=0,0005$ ;  $OR=52,7$  95%CI=7,4-1076). Систематические семейные конфликты были статистически значимо чаще ( $p=0,0005$ ;  $OR=14,5$  95%CI=4,6-50,7) в группе с психическими расстройствами (53,7%). По удельному весу женщин с абортами (31,4%) в анамнезе данная группа статистически значимо превосходила группу здоровых – 14,3% ( $p=0,0008$ ;  $OR=2,8$  95%CI=1,6-4,9).

**Органические психические расстройства** были представлены *отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы с неврозоподобным (6 случаев) и психопатоподобным (5 случаев) синдромом*. Черепно-мозговые травмы были перенесены в возрасте 12-21 ( $15,9\pm 2,9$ ) год, а продолжительность заболевания до беременности составила 4-18 ( $11,1\pm 3,8$ ) лет. При неврозоподобном синдроме периодически возникал страх закрытых пространств, повышенная тревожность с навязчивыми страхами, вздрагивания при засыпании и во сне, неприятными сновидениями. В конце первого, начале второго триместра наблюдалось незначительное обострение симптоматики. При *психопатоподобном синдроме* во втором триместре беременности усиливалась несдержанность, раздражитель-

ность, вспыльчивость. Периодами возникали головные боли, давящего характера в затылочной области. Наряду с этим иногда беспокоила тошнота, что усиливало астению и проявлялось демонстративностью жалоб.

Шкала HADS: депрессия 9-13 ( $11,4 \pm 1,7$ ) баллов; субклинический уровень – 4 (36,4%) и клинический – 7 (63,6%) – случаев; тревога 8-13 ( $10,4 \pm 1,5$ ) баллов: 7 (63,6%) – субклинический и 4 (36,4%) случая – клинический уровень. Тест Лири выявил до беременности высокие показатели по шкалам «авторитарность» и «эгоистичность», а в период беременности авторитарность статистически достоверно усилилась.

При **алкоголизме** 1 клиническая стадия была у 5 и 2 – у 4 человек. Все до беременности проходили лечение у врача психиатра-нарколога. На период обследования все были в состоянии ремиссии. Во втором триместре беременности они жаловались на астению (повышенную физическую утомляемость, чувство усталости, эмоциональную лабильность), отмечали аффективные расстройства (сниженное настроение, чувство тревоги, обиды). Беспокоили навязчивые воспоминания о прежних обидах, опасения, что ребенок может родиться с патологией из-за предшествующего злоупотребления ими алкоголем. В ряде случаев отмечалось расстройство засыпания, недостаточная продолжительность и глубина ночного сна, сонливость днем, головокружение.

Частота конфликтных семейных отношений (77,8%) у них по сравнению с группой психически здоровых (3,8%) была статистически достоверно чаще ( $p=0,0005$ ). Более того, алкоголизм является фактором риска, более чем в 200 раз повышающий вероятность конфликтных отношений ( $OR=204,8$  95% CI=25,8-2178,8).

Шкала HADS: депрессия 8-12 ( $9,3 \pm 1,7$ ) баллов – 7 случаев субклинический и 2 – клинический уровень; тревога 9-13 ( $11,1 \pm 1,4$ ) баллов – 3 случая субклинический и 6 – клинический уровень; легко выраженная астения 55-61 ( $57,7 \pm 2,1$ ) балл.

Факторный анализ межличностных отношений выявил 3 значимых фактора (авторитарность, независимость и эгоистичность) – 86,9% дисперсии и 3 личностных – эмоциональная неустойчивость, демонстративность и гипертимность (87,7% дисперсии).

При **шизофрении** (параноидная форма, эпизодический тип течения, ремиссия) и **шизотипическом расстройстве** у беременных со второго-третьего месяца появилась утомляемость, тревога, мысли о том, что может обостриться их заболевание и они не смогут ухаживать за ребенком и в результате потеряют семью. Характерными были диссомнические расстройства, пессимистическая оценка будущего. К врачу психиатру не обращались в связи с тем, что боялись «назначения лекарств, которые негативно повлияют на ребенка». Пациентки обследованы на сроке беременности 6 месяцев. Их психическое состояние квалифицировалось тревожно-субдепрессивным синдромом.

При **аффективных расстройствах настроения** у 7 пациенток диагностирован легкий депрессивный эпизод и у 5 – рекуррентное депрессивное расстройство, которые наблюдались до беременности с обращением за психиатрической помощью. Во втором триместре беременности беспричинно снизилось настроение, аппетит, появилась повышенная утомляемость, слезливость. В последующем присоединялось рассеянность внимания, наплывы пессимистических мыслей о будущем, астения диссомнические расстройства. Состояние улучшалось во второй половине дня.

Шкала HADS 8-12 ( $9,5 \pm 1,4$ ) баллов: в 9 случаях – субклинический и в 3 – клинический уровень тревоги, а также клинический уровень депрессии 12-16 ( $14,5 \pm 1,2$ ) баллов во всех случаях. Шкала астении 53-74 ( $61,8 \pm 8,0$ ) балла – легко выраженную астению во всех случаях. Факторный анализ выявил 2 значимых фактора в межличностных отношениях, объясняющих 72,5% дисперсии: подозрительность (21,8%) и зависимость (50,7%).

**Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства** выявлены в 14% случаев и составили более половины (52,5%) от всех психических расстройств.

При сравнении семейного микроклимата с группой психически здоровых выявлены статистически значимые различия ( $p=0,0005$ ;  $OR=56,7$  95%  $CI=17,4-203,8$ ), свидетельствующие о более частых (49,2%) семейных конфликтах и абортах (27%) в анамнезе ( $p=0,028$ ;  $OR=2,2$  95%  $CI=1,1-4,5$ ).

Шкала HADS: депрессия 5-14 ( $10,0 \pm 2,1$ ) баллов – 9,5% случаев – отсутствие депрессии; 50,8% – субклинический и 39,7% – клинический уровень. Тре-

вога 8-14 ( $10,0 \pm 1,5$ ) баллов – 63,5% – субклинический и в остальных 36,5% – клинический уровень. Шкала астении 38-91 ( $61,0 \pm 12,4$ ) баллов: 76,2% – лёгкая астения, 14,3% – умеренная и 9,5% – отсутствие астении.

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

*Тревожно-фобические расстройства* (11 чел.) были представлены социальными и специфическими фобиями. *Социальные фобии* (4 чел.), проявлялись страхом не справиться с задачей перед незнакомой группой людей, экзаменами, выступления с отчетом. Страх сопровождался тахикардией, похолоданием и потливостью конечностей. После начала беременности во всех случаях страхи и опасения усилились. В связи с этим нарушалась социальная адаптация, пациентки увольнялись с работы, брали отпуск за свой счет.

При *специфических фобиях* (7 чел.) часть обследуемые боялись инъекций. В период беременности они испытывали страх, что если будет слабость родовой деятельности, то необходимо будет делать инъекции для стимуляции родов. Возникало внутреннее напряжение, побледнение кожных покровов, похолодание конечностей. В других случаях пациентки боялись пауков, мышей, вида крови, крупных собак. Пациентки обследованы во втором триместре (4-6 месяц беременности). Их психическое состояние определялось легко выраженной тревогой, некоторой неуверенностью в себе.

*Другие тревожные расстройства* (12 чел.) были представлены генерализованным тревожным расстройством и смешанным тревожным и депрессивным расстройством, которые были сформированы задолго до беременности. В преморбиде пациентки характеризовались тревожно-мнительными чертами характера, испытывали широкую гамму различных страхов и опасений, представляющих собою сочетание социальных и изолированных фобий, усиливающихся после ситуаций психоэмоционального напряжения и конфликтов. После начала беременности возникала легкая астения, тревожность, опасение за исход бере-

менности и возможные проблемы с воспитанием ребенка. В период беременности они испытывали опасения по поводу ее вынашивания и родов.

*Расстройства адаптации* (25 случаев) – кратковременная депрессивная (14) и смешанная тревожно-депрессивная (11) возникали преимущественно у беременных с тревожно-мнительными и эмоциональной неустойчивыми чертами характера в ответ на конфликтную ситуацию, непосредственно связанную с беременностью (разрыв значимых отношений с отцом будущего ребенка, измена супруга, смерть мужа, арест мужа или угроза привлечения его к уголовной ответственности).

Гестационная доминанта в случаях, когда рождение ребенка было способом сохранения семьи или манипуляции мужем, носила противоречивый характер: с одной стороны, они любили ребенка и были готовы его воспитывать, с другой – переживали, что в случае разрыва отношений, ребенок будет «обузой».

Шкала астении – 38-75 ( $52,1 \pm 12,1$ ) баллов (в 78,6% случаях выявила легко выраженную астению). Шкала HADS: субклинический уровень тревоги 8-10 ( $8,7 \pm 0,7$ ) баллов и депрессия 9-12 ( $10,6 \pm 1,3$ ) баллов – в 50% субклинический и в 50% – клинический уровень.

*Соматоформная вегетативная дисфункция* наблюдалась у 4 пациенток с возбудимыми чертами характера. После ситуаций психоэмоционального напряжения у них наблюдалось подавленное настроение, тахикардия, тревога, опасения за свое здоровье. Пациентки лечились у неврологов с диагнозом вегето-сосудистая дистония. Со второго-третьего триместра беременности усиливались астенические и вегетативные проявления, несколько снижалось настроение. Отмечалось некоторое снижение аппетита, тяжесть и неприятные ощущения в области эпигастрия.

При **неврастении** (11 чел.), симптоматика была сформирована задолго до беременности. Женщины характеризовались гиперсоциальностью и повышенной ответственностью. Во всех случаях они были активными, целеустремленными, ставили перед собою завышенные планы. С 3-4 месяца беременности усиливалась астения, им было сложнее справляться с работой, появилась эмоциональная лабильность, раздражительность, неглубокий сон. При осмотре на

5-6 месяце беременности их психическое состояние определялось утомляемостью, физической слабостью, раздражительностью, рефлексией, диссомническими расстройствами, а также подавленным настроением, тревогой.

При **расстройствах личности** (13 чел.), значительная часть – 30,7% курили, большинство – 69,3% употребляли алкогольные напитки не реже 1 раза в неделю, более трети – 38,5% эпизодически курили анашу. В большинстве случаев – 61,5% в семье были конфликтные отношения. Со второго триместра беременности периодически возникали спонтанные колебания настроения в сторону понижения, повышенная раздражительность. Для «релаксации» беременные периодически употребляли алкогольные напитки, что провоцировало новые конфликты. Беременные чувствительно реагировали на физиологический компонент гестационной доминанты – повышенной вспыльчивостью и раздражительностью, а психологический компонент – усиливал эгоцентризм, что создавало напряженные семейные отношения.

Шкала HADS выявила у них депрессию 10-16 ( $13,4 \pm 1,6$ ) баллов (в 1 случае – субклинический, в остальных – клинический уровень) и тревогу 8-13 ( $9,6 \pm 1,6$ ) баллов (в 10 случаях субклинический и в 3 – клинический уровень). Шкала астении 53-71 ( $62,7 \pm 6,8$ ) балл – состояние легкой астении.

При **легкой умственной отсталости** (8 чел.) все беременные ранее обследовались врачом-психиатром, проходили медико-педагогическую комиссию, диагноз умственной отсталости верифицирован. На период обследования (2 триместр) в 4 (50%) случаях у замужних пациенток беременность была желательной, у остальных – формальное отношение. В 3 (37,5%) случаях клинически определялись психопатоподобные расстройства, которые в период беременности стали проявляться более выражено. В остальных 5 случаях пациентки были пассивно подчиняемыми, исполнительными, ведомыми. Со второго триместра беременности отмечались признаки астении (повышенная утомляемость, слабость, сонливость, периодами повышенная слезливость).

Шкала HADS: депрессия 7-10 ( $8,4 \pm 1,1$ ) баллов – в 2 случаях отсутствие и в 6 – субклинический уровень; тревога 8-12 ( $9,9 \pm 1,4$ ) баллов – 4 случая субклинический и 4 – клинический уровень. Шкала астении 57-71 ( $63,9 \pm 4,8$ ) балл – состояние легкой астении.



## Лечение

С нашей точки зрения – 212 (47,1%) обследованных нуждались в той или иной мере в медико-психологической помощи. Согласились 111 (52,4%) беременных (таблица 2). В остальных случаях беременные были сосредоточены на вынашивании беременности, опасались побочного влияния лекарств и психотерапии на плод.

*Таблица 2*

### Контингент беременных с оказанной психофармакологической и психотерапевтической помощью

№ п/п	Диагноз	ПФТ	%	ПТ	%	ПФТ+ПТ	%
1	Состояние повышенного риска дезадаптации	-	-	21	39,6	-	-
2	Предболезненные психические расстройства	-	-	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 и шизотипические 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.

Психофармакотерапия была традиционной, назначалась редко, только для больных шизофренией, аффективными расстройствами настроения и умственной отсталостью. Целью ее было устранение тревоги и депрессии. Назначались малые нейролептики и антидепрессанты из группы СИОЗС.

Психотерапевтическая программа разрабатывалась на основе мультимодального подхода с использованием современных релаксационных технологий, нейролингвистического программирования и эриксоновского гипноза. 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. Психотерапия была комплексной и включала следующие направления.

Воздействие на эмоциональную сферу: нейтрализация тревоги, 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.

Полностью прошли терапию 98 (88,3%), а 13 (11,7%) – не завершили. Все прошедшие терапию оценили результат как «улучшение» психического состояния.

Катамнестическое исследование (1 год) показало, что у 80% больных шизофренией и шизотипическим расстройством и у 58,3% с аффективными расстройствами настроения спустя 1-2 месяца после родов отмечался рецидив заболевания с последующим стационарным лечением. У 75,0% женщин с предболезненными психическими расстройствами, у 76,2% – с состояниями повышенного риска дезадаптации, а также у 70,8% с невротическими расстройствами, проходившими сеансы психотерапии психическое состояние было стабильным. При органических психических расстройствах у 45,5% обследованных 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.

## **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%), рас-

стройств 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 угрозой 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 способ-

ствовал 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.

#### **Список научных работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Руженков В.А., **Кулиев Р.Т.**, Жернакова Н.И. Непсихотические психические расстройства при неосложненной беременности // Научные ведомости БелГУ. – 2011. – №16. – Вып. 15. – С. 46-53.
2. Руженков В.А., **Кулиев Р.Т.** Клиническая структура психических расстройств при беременности, протекающей без осложнений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – №4 (73). – С. 72-75.

3. **Кулиев Р.Т.**, Руженков В.А. Психофармакотерапия при психических расстройствах у женщин с физиологически протекающей беременностью // Научные ведомости БелГУ. – 2012. – №22 (141). – Вып 20. – С. 41-45.
4. **Кулиев Р.Т.**, Руженков В.А. Психические расстройства при физиологически протекающей беременности // Психическое здоровье. – 2012. – №12. – С. 69-74.
5. **Кулиев Р.Т.**, Руженков В.А. Предболезненные психические нарушения при физиологически протекающей беременности // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №6. URL: [www.science-education.ru/106-7933](http://www.science-education.ru/106-7933).
6. **Кулиев Р.Т.**, Руженков В.А. Психические расстройства при нормально протекающей беременности (клиническая структура и лечение) // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – №1. – С. 27-28.
7. **Кулиев Р.Т.**, Руженков В.А. Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. Сборник материалов Третьей Всероссийской конференции с международным участием (Томск, 5-6 марта 2013 г.) / Под научной редакцией В.Я. Семке, Н.А. Бохана, Т.П. Ветлугиной. – Томск, 2013. – С. 101-102.
8. Ruzhenkov V.A., **Kuliev R.T.**, Ruzhenkova V.V., Boeva A.V. Psychopharmacotherapy of Mental Disorders In The Course Of Physiological Pregnancy // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2014. – № 5. – P. 1087-1090.
9. Ruzhenkov V.A., **Kuliev R.T.**, Pakhomov S.P., Verzilina I.N., Ruzhenkova V.V., Lukyantseva I.S. Clinical features of mental disorders among women with physiological pregnancy // Helix. – 2017. – Vol. 8 (1). – P. 2602-2606. DOI: 10.29042/2018-2602-2606.
10. **Кулиев Р.Т.**, Руженков В.А. Донозологические формы психических расстройств и состояния повышенного риска дезадаптации у женщин с физиологически протекающей беременностью // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №6. URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=27322>

Подписано в печать 22.10.2018. Формат 60×84/16.  
Гарнитура Times New Roman. Усл. п. л. 1,0. Тираж 100 экз. Заказ 270.  
Оригинал-макет подготовлен и тиражирован в ООО «ЭПИЦЕНТР»  
308010, г. Белгород, ул. Б. Хмельницкого, 135, офис 1

