

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»

На правах рукописи

Никифорова Татьяна Владимировна

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА
У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ:
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ,
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Специальность 14.01.06-«Психиатрия»

Диссертация

на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор Е. Д. Счастный

Научный консультант:
доктор медицинских наук,
профессор Л. А. Агаркова

Томск–2016

Список сокращений	4
Введение	5
Глава 1. ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ, ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	12
1.1. История формирования представлений о депрессивных расстройствах у беременных женщин с потерей плода в анамнезе ..	12
1.2. Клинико-типологические особенности депрессивных расстройств у женщин в период беременности	15
1.3. Этиопатогенетические концепции возникновения депрессии у женщин с потерей плода в анамнезе	20
1.4. Особенности реабилитации депрессивных расстройств гестационного периода	26
Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	41
2.1. Этапы клинического исследования	41
2.2. Характеристика материала	46
2.3. Методы исследования	48
2.4. Формализация клинических данных	52
2.5. Структура психотерапевтической работы	53
2.6. Статистическая обработка материала	55
Глава 3. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ ...	56
3.1. Условия формирования депрессивных расстройств у беременных женщин с потерей плода в анамнезе	56
3.2. Преморбидные особенности личности пациентов с потерей плода в анамнезе	63
3.3. Риск развития депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнез	69
3.4. Клинические особенности депрессивных расстройств у беременных женщин с потерей плода в анамнезе	74
3.5. Формы, синдромальная характеристика и типология инициального периода депрессивных расстройств у беременных женщин с потерей плода в анамнезе	78

Глава 4. ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПЕРИОДА БЕРЕМЕННОСТИ, ИМЕЮЩИХ ПОТЕРЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ	87
4.1.Тактика ведения пациентов с депрессивными расстройствами во время беременности, имеющих потерю плода в анамнезе ...	87
4.2.Клиническая эффективность психотерапевтического метода лечения депрессивных расстройств беременных женщин с потерей плода в анамнезе	89
4.3.Оценка эффективности проводимой когнитивной психотерапии в гестационном и послеродовом периодах	95
4.4.Интегративные методы психотерапевтической работы с представленными факторами риска формирования депрессивных расстройств	107
Клинические иллюстрации	131
Заключение	149
Выводы	167
Список использованной литературы	169
Приложения	193

Список сокращений

ДР	–	депрессивное расстройство
ДЦП	–	детский церебральный паралич
ДЭ	–	депрессивный эпизод
ИМАО	–	ингибиторы моноаминоксидазы
ИПТ	–	интерперсональная терапия
КТ	–	когнитивная психотерапия
КТРФ	–	кортикотропин-рилизинг-фактор
ПТСР	–	посттравматическое стрессовое расстройство
РДР	–	рекуррентное депрессивное расстройство
РЭПТ	–	рациональная эмотивно-поведенческая терапия
СИОЗС	–	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ЦНС	–	центральная нервная система

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования и ее разработанность

Депрессивные расстройства во время беременности являются актуальной проблемой современной психиатрии. Исследования, проводимые в этой области, преимущественно за рубежом, позволяют судить о высокой распространенности депрессии у беременных женщин.

Распространенность депрессивных расстройств у беременных составляет от 10 до 25 % (Краснов В. Н., 2010; Gavin N. I. et al., 2005; Breedlove G., Fryzelka D., 2011; Sit D., Perel J. M., 2011; Nasreen H. E. et al., 2011; Crowley S. K., Youngstedt S. D., 2012; Пономарев В. И., Водка М. Е., 2014). На поздних сроках беременности (33-35 недель) эта величина колеблется в пределах от 33 до 37 % (Gausia K., Fisher C., Ali M., Oosthuizen J., 2009; Lee A. M., Lam S. K. et al., 2007; Pearlstein T., 2015). При наличии рекуррентного депрессивного расстройства у женщины риск возникновения депрессивного эпизода во время беременности увеличивается до 50 % (O'Keane V., Marsh M. S., 2007).

Депрессия неблагоприятно влияет на течение беременности, родов и послеродового периода, может приводить к задержке внутриутробного развития плода, преэклампсии, преждевременным родам антенатальной потере (Петренко Т. С., 2014; Bonari L., 2004; Bennett H., et al., 2004; Koren G. et al., 2005). Отмечается высокий риск совершения самоубийства и детоубийства у женщин с психическими нарушениями в перинатальном периоде (Дубницкая Э. Б., 2008; Русина В. В., 2012; Gandhi S. G. et al., 2006; Fitelson E. et al., 2011).

Одной из причин депрессивного расстройства в период беременности может являться потеря плода в анамнезе (Rubertsson C., 2005). Имеются сведения о том, что 25 % женщин, у которых появились депрессивные симптомы вследствие потери плода, не вышли из этого состояния и через 18 месяцев (Manzano J., Righetty M., 1995).

Потеря беременности – это специфическая форма утраты, для преодоления которой требуется определенное время. С точки зрения N. Brier (1999),

процесс переживания горя длится около 2 лет. Однако в литературе отсутствуют исследования, позволяющие определять оптимальные сроки наступления беременности после перенесенной потери плода в рамках профилактики депрессивного эпизода.

Представляется интересным поиск факторов риска развития депрессивного эпизода у женщин с потерей плода в анамнезе.

До сих пор не существует отчетливых представлений относительно клинических особенностей и синдромальных вариантов депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе

Вопросы лечения депрессивных расстройств подчас являются противоречивыми. Разновекторность рекомендаций возникает отчасти потому, что не всегда учитываются тяжесть депрессивного расстройства и его влияние на течение и исход беременности (Palmsten K., Hernández-Díaz S., 2012).

При наличии рекомендаций лечения депрессивного расстройства во время беременности психотерапевтическими методами (Корнетов Н. А., 2001, 2003), до сих пор отсутствует система оценки эффективности психотерапии.

Таким образом, изучение клинических особенностей депрессивных расстройств, разработка психотерапевтического подхода с анализом выявленных факторов риска, а также системы оценки эффективности проводимых мероприятий у данной категории пациентов является чрезвычайно важным для ведения беременности у депрессивных пациентов с потерей плода в анамнезе.

Цель исследования: изучение клинических форм депрессивных расстройств у беременных женщин с потерей плода в анамнезе.

В соответствии с целью исследования определены задачи.

Задачи исследования

1. Выявление факторов риска формирования депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе и оценка степени

взаимосвязи между их наличием и развитием депрессивного расстройства во время беременности.

2. Изучение синдромальной структуры клинических проявлений текущего депрессивного эпизода у беременных женщин с потерей плода в анамнезе и определение тактики лечения депрессивного расстройства гестационного периода.

3. Исследование клинической динамики психического состояния у беременных женщин с текущим депрессивным эпизодом, имеющих потерю плода в анамнезе, в условиях когнитивной психотерапии.

4. Катамнестическая оценка эффективности проводимой психотерапии у женщин с потерей плода в анамнезе, перенесших депрессивный эпизод во время беременности.

Научная новизна

Впервые исследована взаимосвязь между депрессивным расстройством во время беременности и синдромом потери плода в анамнезе. Выявлена совокупность психопатологических, социальных и акушерских факторов, способствующих формированию депрессивного расстройства во время беременности. Произведена оценка степени взаимосвязи между значимыми факторами риска и развитием депрессивного эпизода у женщин с потерей плода в анамнезе. Установлена связь между периодом, прошедшим после потери плода, и временем возникновения актуального депрессивного эпизода. Выявлена зависимость между адинамическим вариантом депрессии и преждевременными родами. Впервые описаны особенности соматических и когнитивных симптомов при депрессивных расстройствах у женщин с потерей плода в анамнезе. Разработана оригинальная методика применения когнитивной психотерапии, в которой предусматривается анализ выявленных факторов риска и психометрическая оценка клинической динамики у депрессивных пациентов с потерей плода в анамнезе.

Для оценки эффективности проводимой психотерапии впервые проводилось наблюдение гестационного периода и родов в соотношении с группой

психически здоровых невынашивающих женщин, осуществлялось катамнестическое наблюдение в течение трех лет после рождения ребенка.

Теоретическая и практическая значимость

Определены оптимальные сроки наступления беременности после предыдущей потери плода с учетом факторов риска развития депрессивного расстройства. Выявлены и описаны специфические когнитивные и соматические симптомы депрессивного расстройства у невынашивающих пациентов. Предложен метод оценки проводимой психотерапии. Полученные в ходе настоящего исследования данные были использованы при проведении образовательных программ для врачей-психиатров, клинических психологов, врачей акушеров-гинекологов. По результатам исследования получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2015610769 «Прогнозирование развития депрессии у беременных женщин с потерей плода в анамнезе», зарегистрированное в Реестре программ для ЭВМ 16.01.2015. Получен патент на изобретение № 2565742 «Способ прогнозирования развития депрессии у беременных с потерей плода в анамнезе», зарегистрированный в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 21.09.2015. Разработаны и изданы в виде пособий две медицинские технологии: «Диагностика и лечение методом когнитивной психотерапии депрессивных нарушений у беременных женщин с потерей плода в анамнезе», «Диагностика депрессивных нарушений у беременных женщин с потерей плода в анамнезе в первичной медицинской сети». Данные медицинские технологии рекомендованы для использования в практической работе врачей акушеров-гинекологов и врачей других медицинских специальностей, консультирующих беременных женщин, а также психиатров, психотерапевтов, интернов, ординаторов, медицинских психологов.

Результаты настоящего исследования позволили разработать практические рекомендации для повышения эффективности диагностики и дифференцированного подхода к терапии депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе.

Положения, выносимые на защиту:

1. Формирование клинических форм депрессивного расстройства, выявляемого во время беременности у женщин с потерей плода в анамнезе, определяется комплексным вкладом психопатологических, социальных и акушерских факторов.

2. Текущий депрессивный эпизод имеет полиморфную синдромальную структуру и характеризуется наличием специфических соматических и когнитивных нарушений у данной категории пациентов.

3. Когнитивная психотерапия, как метод выбора терапии легких и умеренных эпизодов депрессивного расстройства, способствует формированию длительной ремиссии при положительном отклике на данный вид терапии, проводимой во время беременности.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность представленных результатов обеспечивается большим объемом выборки, включавшей на первом этапе исследования 350 пациентов, на втором этапе исследования 103 пациента, на третьем этапе исследования 77 пациентов, использованием комплекса современных методов исследования, всесторонним анализом литературно-библиографического материала. Достоверность подтверждается современной статистической обработкой полученного материала.

По материалам исследования было опубликовано 19 работ, из них 10 в реферируемых журналах, входящих в перечень ВАК РФ для публикации результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «психиатрия», программа для ЭВМ и патент на изобретение.

Материалы диссертации были представлены на Российской научно-практической конференции «Здоровье девочки, девушки, женщины» (ГУ НИИ акушерства гинекологии и перинатологии, Томск, 2006); на 11-й научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» (ГОУ ВПО «Кемеровская государственная

медицинская академия» Россздрава, Кемерово, 2007); на региональной научно-практической конференции «Клинико-биологические проблемы охраны психического здоровья материнства и детства» (ГУ НИИ ПЗ СО РАМН, ГУ НИИ акушерства гинекологии и перинатологии, Томск, 2007); на региональной научно-практической конференции «Клинико-биологические проблемы охраны психического здоровья матери и ребенка» (ГУ НИИ ПЗ СО РАМН, ГУ НИИ акушерства гинекологии и перинатологии, Томск, 2009); на 4-й Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье девочки, девушки, женщины» (НИИ акушерства гинекологии и перинатологии СО РАМН, Томск, 2010); на международной научно-практической конференции «Тромбофилические аномалии и акушерские кровотечения» (ФГБУ НИИ акушерства гинекологии и перинатологии СО РАМН, Томск, 2012); на межрегиональной научно-практической конференции «Здоровье девочки, девочки, женщины» (ФГБУ НИИ акушерства гинекологии и перинатологии СО РАМН, Томск, 2012); на международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы акушерства и перинатологии» (ФГБУ «НИИАГП», Томск, 2013); на 16-й межрегиональной научно-практической конференции «Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии (ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, Томск, 2013); на 16-й отчетной научной сессии (ФГБУ «НИИПЗ», Томск, 2013); на II Российско-китайской научно-практической конференции «Актуальные вопросы биопсихосоциальной реабилитации пациентов с аффективными расстройствами» (ФГБУ «НИИПЗ», Томск, 2015).

Внедрение в практику

Результаты исследования внедрены в клиническую практику ФГБУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» (г. Томск); ОГАУЗ «Родильный дом № 4»; ОГАУЗ «Областной перинатальный центр» (г. Томск); перинатального центра и женской консультации ФГБУ «Сибирский федеральный научно-клинический центр» ФМБА России (г. Северск); ОГАУЗ «Родильный дом им.

Н. А. Семашко» (г. Томск); ОГБУЗ «Центр Медицинской Профилактики» (г. Томск).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 207 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, списка использованной литературы, приложений. Работа иллюстрирована 23 таблицами и 8 рисунками, включает 3 клинических случая и 6 психотерапевтических примеров. Библиографический указатель включает 297 наименований, из которых 134 отечественных авторов и 163 иностранных источника.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ
С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ:
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ,
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ
(АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. История формирования представлений о депрессивных расстройствах
у беременных женщин с потерей плода в анамнезе

В современном акушерстве, так же как и в современной психиатрии, особое место занимают депрессивные расстройства периода беременности, хотя изучение психической патологии, затрагивающей период беременности, началось сравнительно недавно, лишь во второй половине XX века.

Долгое время, со времен Гиппократ (около 460 до н. э), Гален (130—200 гг), существовала точка зрения, что нормально протекающая беременность оказывает оздоравливающее влияние на организм. Сам термин «меланхолия», введенный Гиппократом, продолжительное время не применялся врачами по отношению к беременным женщинам. Все последующие работы, посвященные психическим нарушениям генеративного периода, не давали представления о возможной связи беременности с депрессивными расстройствами. Весьма широк круг ученых, чьи интересы занимали эмоциональные расстройства генеративного периода: Жан Эстен Доминик Эскироль (1833), Э. Крепелин (1896, 1923), И. М Балинский (1870), Е. Блейер (1920), В. А. Гиляровский (1954). Однако в опубликованных этими авторами научных трудах основной акцент был сделан на изучение послеродовых психозов. И. Д Жданов, подводя итог учению о послеродовых психозах на стыке XIX – XX веков, уже высказывал предположение о мультифакториальной природе этих состояний. Этой же точки зрения в 1913 г. придерживался отечественный психиатр С. С. Корсаков. Однако классификация послеродовых психозов была создана только в 50-х годах XX века во Франции, где наряду с психозами, впервые возникшими в послеродовом периоде, выделялась группа психозов, уже имевших место в латентной форме и лишь обострившихся в послеродо-

вом периоде. Именно с этого времени в психиатрии возникло новое перспективное направление в изучении психической патологии, затрагивающей период беременности (Сорокина Т. Т., 2003).

В настоящее время депрессивные расстройства считаются наиболее типичными расстройствами периода беременности (Evans J., Heron J., Francomb H. et al., 2001; Rahman A., Iqbal Z., Harrington R., 2003; Lovisi G. M., Lopez J. R., Coutinho E. S. et al., 2005; Evans J et al., 2007; Eyal R., Yaeger D., 2008).

Основываясь на обзоре существующей доказательной базы в области психиатрии, депрессивное расстройство с началом эпизода во время беременности было включено в классификацию DSM-V. Таким образом, для диагностики перинатальной депрессии, согласно DSM-V, необходимо наличие диагностических критериев, имеющих место во время беременности или в течение 4 недель после родов. Депрессия периода беременности чаще наблюдается у женщин с аффективными заболеваниями, при семейной отягощенности аффективными заболеваниями, а также в тех случаях, когда беременность в прошлом сопровождалась депрессией (Смулевич А. Б., 2003; Краснов В. Н., 2010; Marcus S. M., Flynn H. A., Blow F. C. et al., 2003; O'Keane V., Marsh M. S., 2007). Среди причин, приводящих к депрессивному расстройству, рассматривают предыдущие потери беременности: выкидыши и антенатальные потери (Rubertsson C. et al., 2005).

В настоящее время установлено, что от 15 до 20 % всех клинически диагностированных беременностей заканчивается спонтанным прерыванием (Сидельникова В. М., 2009; Радзинский В. Е, 2009, 2011; Гриневич В. Н., Мальков П. Г., Ларина Е. Б., 2011; Тулупова М. С., 2011). В ряде исследований продемонстрировано, что частота встречаемой патологии в сроках до 12 недель достигает 80 % (Райгородский Д. Я., 2003; Гросс Е. В., 2005). В том случае, если в анамнезе женщины имеется 3 выкидыша или более, следующих один за другим, в сроке до 22 недель беременности, согласно определению ВОЗ, потеря беременности считается привычной.

В последнее время большинство специалистов считают, что достаточно двух последовательных выкидышей для выделения супружеской пары в категорию семей с привычным невынашиванием (Агаджанова А. А., 2003; Сухих Г. Т., 2012). В этиологической структуре привычного выкидыша выделяют самые разнообразные факторы: генетические, анатомические, инфекционные, эндокринные и иммунологические. Высказывается мнение, что в 50 % случаев генез привычного невынашивания беременности выявить не удастся (Агаджанова А. А., 2003; Сидельникова В. М., 2009; Стрижаков А. Н., 2011; Воропаева Е. Е., 2011). Для женщин, имеющих патологию репродуктивной системы, характерно, с одной стороны, напряжение психических защит, с другой – сужение спектра копинг-стратегий с выраженным преобладанием дезадаптивных вариантов (Насырова Р. Ф., 2012).

Существует точка зрения (Гельдер М. и др., 1999; Гольдберг Д. и др., 1999), что потеря беременности вызывает неглубокие депрессивные нарушения. Однако другая позиция исследователей представляет собой совершенно противоположное мнение о том, что аффективные нарушения, наблюдаемые у женщин с привычной потерей беременности, нередко сопровождаются тяжелыми формами депрессивных расстройств (Сидельникова В. М., 2005; Cohen L. S., 2006).

Таким образом, со времен античной медицины и работ Гиппократов вплоть до наших дней поиск связи между депрессивным расстройством и состоянием беременности привел к глубокому изучению различных аспектов данной проблемы. Однако к депрессивным расстройствам у пациентов с потерей плода в анамнезе интерес начинает появляться только сейчас. Изучая депрессию у невынашивающих пациенток можно детальнее понимать проблему, что позволит квалифицированно планировать ведение беременности у пациентов этой категории, что, в свою очередь, положительно скажется как на психическом состоянии женщин, так и на течении гестационного процесса.

1.2. Клинико-типологические особенности депрессивных расстройств у женщин в период беременности

Вопреки распространенному заблуждению, беременность не помогает женщине избавиться от депрессии (Краснов В. Н., 2010; Cohen L. S., 2006). Многие авторы, изучающие проблему депрессии у беременных женщин, опровергают мнение о том, что беременная женщина находится в состоянии полного эмоционального и физического удовлетворения, которое исключает возможность наступления депрессии (Evans J. et al., 2001; Rahman A., Iqbal Z., Harrington R., 2003; Lovisi G. M., Lopez J. R., Coutinho E. S. et al., 2005).

По данным разных авторов, распространенность депрессивных расстройств у беременных колеблется в диапазоне от 10 до 25 % (Краснов В. Н., 2010; Gavin N. I. et al., 2005; Breedlove G, Fryzelka D., 2011; Sit D., Perel J. M., 2011; Nasreen H. E. et al., 2011; Crowley S. K, Youngstedt S. D., 2012; Пономарев В. И., Водка М. Е., 2014). В некоторых исследованиях приводятся еще большие величины – от 33 до 37 %, что можно объяснить либо опросом женщин в более поздних сроках беременности, а именно в 33—35 недель (Gausia K., Fisher C., Ali M., Oosthuizen J., 2009), либо применением при опрашивании специально разработанных скрининговых шкал для выявления депрессий в условиях женской консультации (Lee A.M, Lam S. K. et al., 2007; Pearlstein T., 2015). При наличии у женщины рекуррентного депрессивного расстройства риск возникновения депрессивного эпизода во время беременности вырастает до 50 % (O'Keane V., Marsh M. S., 2007).

Психопатологическая структура депрессий периода беременности в целом соответствует клиническим проявлениям гипотимических состояний при других аффективных заболеваниях (Смулевич А. Б., 2003; Краснов В. Н., 2010). Типологически депрессия беременных чаще выражается тревожно-депрессивными состояниями, содержание которых определяется психологически понятным комплексом, включающим тревожные опасения за собственное здоровье и жизнь будущего ребенка, страх выкидыша, осложнений и

фатального исхода беременности, страх появления на свет младенца с врожденными аномалиями (Смулевич А. Б., 2003; Дубницкая Э. Б., 2008).

Клиническая картина депрессивных расстройств периода беременности соответствует картине большой депрессии в МКБ-10. Расстройства неглубокого уровня чаще всего наблюдаются на ранних сроках беременности, глубокие депрессивные нарушения преимущественно развиваются в поздние сроки (Wisner K. L et al., 1993). Показано, что уровень депрессивной симптоматики усиливается на 12—14 % от исходного уровня во втором-третьем триместрах беременности (Bennett H. A., Einorson A., Taddio A. et al., 2004). В ряде исследований (Gaynes B. N., Gavin N., Meltzer-Brody S. et al., 2005) приводятся данные, что симптомы депрессии встречаются у 50 % беременных женщин в третьем триместре беременности.

Пациенты с привычным невынашиванием беременности характеризуются низким уровнем настроения, сексуальной удовлетворенности, повышенным уровнем тревожности (Спиридонова Н. В. и др., 2011). Несмотря на это, ряд авторов замечают, что акушеры, наблюдая изменения настроения у беременных, предпочитают не вмешиваться в течение эмоциональных расстройств (Рыжков В. Д., 1992; Щеглова И. Ю., 1994; Архангельский А. Е., 1996; Спивак Л. И. и др., 1998; Зуев В. М., Портнова О. С., 2011; Glover V., 2015). В рамках этой проблемы, встречающейся не только в сфере акушерства, появился даже термин «молчаливое соглашение» (WPA/PTD Program, 1997), который используется для того, чтобы иллюстрировать отношения пациента и врача, как способствующие факторы к слабой распознаваемости депрессии (Корнетов Н. А., 2003).

Помимо диагностических затруднений, у акушеров-гинекологов до сих пор не выработано отчетливого представления о методах лечения депрессивных расстройств периода беременности. В то же время депрессивное состояние у женщин с потерей плода в анамнезе может быть недооценено, так как депрессивные симптомы объясняются акушерами как психологически понятные, а поэтому остающиеся без особого внимания. Такие проявления, как

сниженное настроение, отсутствие энергии, вегетативные нарушения, расцениваются врачами как отзвук пережитых страданий.

Кроме того, по мнению В. П. Лозовой (2014), такие психологические характеристики невынашивающих пациентов, как высокий приоритет здоровья и внутренний локус контроля, способны ослабить внимание акушера-гинеколога по отношению к эмоциональной жизни женщин с проблемой потери плода в анамнезе.

В ряде российских и зарубежных исследований (Воронцова Г. М., Сидоров А. Е., 2004; Гокоева Л. К. и др., 2011; Гацаева Л. Т., 2011; Einarson A. et al., 2001; Bonari L et al., 2004; Bennett H. et al., 2004; Koren G., 2004; Koren G. et al., 2005) были выявлены специфические особенности течения беременности у депрессивных пациентов. Авторы указывали на снижение или отсутствие у женщин желания заботиться о себе и о вынашиваемом ребенке. Беременность сопровождалась снижением веса, различными злоупотреблениями на любом сроке. Тяжелым проявлением депрессивного расстройства являлось наличие суицидальных мыслей и суицидального поведения. По данным авторов (Пономарев В. И., Водка М. Е., 2014) у женщин с потерей плода в анамнезе, имеющих аффективные расстройства суицидальное поведение выше в 4,9 раз, ($p < 0,01$) по сравнению с психически здоровыми пациентами, имеющими потерю плода в анамнезе. В совместной работе В. А. Руженкова, М. А. Качана (2009) отмечается, что наличие суицидального поведения в 46,4 % случаев у депрессивных пациентов явилось показанием к прерыванию беременности.

Связь между депрессивным расстройством и развитием угрозы прерывания беременности наблюдается с частотой от 38,5 до 51,0 %, представлена в многочисленных работах (Воронцова Г. М., Сидоров А. Е., 2004; Гокоева Л. К. и др., 2011; Гацаева Л. Т., 2011; Bonari, 2004; Koren G. et al., 2005; Koren G. et al., 2012).

Депрессивное расстройство способствует развитию преждевременных родов с частотой от 6,3 до 18,3 % случаев (Гацаева Л. Т., 2011; Dayan J. et al.,

2002; Orr S. T. et al., 2002; Field T. et al., 2003; Suri R et al., 2007; Gavin A. R. et al., 2009; El Marroun H et al., 2012; Staneva A. et al., 2015).

Связь депрессивного состояния с задержкой внутриутробного развития плода с частотой развития данного состояния до 40 % случаев отражена в работах R. Suri et al. (2007), C. Marchesi et al. (2009).

Связь между усугублением депрессивной симптоматики и развитием преэклампсии, с колеблющейся частотой от 33 % до 45,9 %, отражена в опубликованных в последнее десятилетие исследованиях (Воронцова Г. М., Сидоров А. Е., 2004; Гацаева Л. Т., 2011; Qiu C, Sanchez S. E. et al., 2007; Qiu C., Williams M. A. et al., 2009).

Связь между депрессивным расстройством и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, наблюдаемой от 1,4 до 7,8 % случаев, отражена в работах зарубежных авторов (Jablensky A. V. et al., 2005; de Paz N. C., 2011). Депрессивное расстройство негативно влияет на характеристики новорожденных детей. В ряде исследований (Zuckerman B. et al., 1990; Orr S. T., Miller C. A., 1995; Sjostrom K. et al., 2002; Field T. et al., 2003) показано, что депрессия и тревога в антенатальном периоде связаны с недостаточной массой тела и меньшей окружностью головы при рождении. Данные других исследователей также подтверждают, что вес детей при рождении уменьшается с утяжелением клиники материнской депрессии во время беременности (Гацаева Л. Т., 2011; Петренко Т. С., 2014; Steer R. A. et al., 1992; Copper R. L et al., 1996; Nordentoft M. et al., 1996; Rich-Edwards J et al., 2001; Orr S. T et al., 2002; Suri R. et al., 2007; Gavin A. R. et al., 2009; El Marroun H. et al., 2012).

Депрессия так же утяжеляется в послеродовом периоде (Koren G et al., 2005). Авторами широко обсуждается проблема, что в перинатальном периоде у женщин с психическими нарушениями возникает серьезный риск совершения самоубийства и детоубийства (Дубницкая Э. Б., 2008; Русина В. В., 2012; Oates M., 2003; Gandhi S. G. et al., 2006; Fitelson E. et al., 2011). Пытаясь избавиться от депрессивных симптомов, молодые матери прибегают к само-

лечению, попадая в зависимость от психоактивных веществ (Gaynes B. N. et al., 2005). Депрессивное расстройство во время беременности, продолжающееся в постнатальном периоде, снижает способность матери испытывать к ребенку чувство привязанности и любви. Отмечается, что это состояние наблюдается как в течение 5 суток после родов, так и спустя месяц после рождения ребенка (Hague O., Takayoshi K. et al., 2014).

Состояние матери влияет на благополучие младенца: депрессия приводит к нарушению чувства привязанности ребенка к матери, у которого снижаются также и адаптационные способности. У детей формируется слабое когнитивное и речевое развитие, преобладает уменьшение познавательных функций, снижается коэффициент интеллекта (Lyons-Ruth K. et al., 1986; Murray L., 1992; Hay D. F. et al., 1995; Sharp D. et al., 1995; Teti D. M. et al., 1995; Sinclair D. et al., 1998; Cicchetti D. et al., 2000; Suri R., Altshuler L., 2007; Fitelson E et al., 2011). Последствия материнской депрессии периода беременности в дальнейшей жизни сложны и многомерны. Матери, перенесшие депрессивное расстройство во время беременности, проявляют по отношению к ребенку отстраненное поведение или гиперопеку, осуществляют плохой уход и вскармливание (Петренко Т. С., 2014; Gaynes B. N. et al., 2005; Oberlander T. F., 2006; Suri R., Altshuler L., 2007; Fitelson E. et al., 2011).

Эмоциональная связь в диадной паре ослаблена. Взаимодействуя с ребенком, матери проявляют элементы негативного родительского поведения, такие как крик, тряска детей, физическое наказание младенцев. Высказывается мнение, что такие матери склонны к суицидальному поведению (Lyons Ruth K. et al., 1986; Hart S. et al., 1998; Fitelson E. et al., 2011). Материнская депрессия во время беременности приводит к поведенческим расстройствам у детей – дефициту внимания, гиперактивности (Batenburg-Eddes T. Van et al., 2013). У детей возникают проблемы с обучением, повышается конфликтность в среде сверстников (Bansil P., Kuklina E. V., 2010; Grzeskowiak L. E. et al., 2015). У мальчиков эти нарушения выражены в большей степени, чем у девочек (Sharp D. et al., 1995). Тяжесть и длительность депрессивного расстройства

у матери влияет на степень выраженности психопатологических симптомов и нарушения социальной адаптации у детей. Установлено, что у 80 % детей, матери которых страдали униполярной депрессией, и у 70 % детей, чьи матери имели биполярное расстройство, были обнаружены психические нарушения, преимущественно депрессивного характера (Тювина Н. А., 2008).

Учитывая значимость проблемы с разных точек зрения, как с психиатрической, так и с акушерской, необходимо детально изучить клинко-типологические особенности депрессивных расстройств у беременных женщин с потерей плода в анамнезе, представление о которых значительно повысит диагностические способности специалистов первичной сети.

1.3. Этиопатогенетические концепции возникновения депрессии у женщин с потерей плода в анамнезе

В настоящее время имеются научные данные о повышенном риске появления депрессивного расстройства после потери плода, вследствие преждевременных родов, в связи с внутриутробной гибелью плода (Абрамченко В. В., Коваленко Н. П., 2004; Gilbert P., 1992; Lancaster Ch. A., Gold K. G., Flynn N. A. et al., 2010). По данным М. В. Шаманиной (2014), депрессивное расстройство в послеродовом периоде встречается с относительным риском развития, равным 2,10 (95 % ДИ от 0,17 до 4,03), при наличии отягощенного акушерского анамнеза. Несмотря на то что в акушерстве термин «послеродовый период» используется применительно к сроку в течение 6 недель после родов (Айламазян Э. К., 2009), что обусловлено инволюцией всех органов и систем, подвергшихся изменению в связи с беременностью и родами, в области психиатрии этот период определяется приблизительно 18 месяцами, поскольку психическая адаптация женщины к материнству в среднем укладывается в эти сроки (Manzano J., Righetty M., 1995).

Женщины с высокими уровнем и частотой негативных событий в связи с беременностью или родами в большей степени подвержены возникновению депрессий. По диагностическим критериям DSM-V, постнатальной считается

непсихотическая депрессия, соответствующая критериям большого депрессивного эпизода, развивающаяся в течение первых 6 месяцев после родов, что существенно отличается от диагностических критериев DSM-IV, МКБ-10, ограничивающих послеродовой период, в течение которого определяется диагноз постнатальной депрессии 4 и 6 неделями соответственно.

В литературе встречаются данные о повышенном риске появления депрессивного расстройства после потери плода, вследствие преждевременных родов или в связи с внутриутробной гибелью плода (Абрамченко В. В., Коваленко Н. П., 2004; Gilbert P., 1992; Lancaster Ch. A., Gold K. G., Flynn H. A. et al., 2010; Пономарев В. И., Водка М. Е., 2014).

Существует незначительное число исследований, преимущественно зарубежных, позволяющих дать описательную или количественную оценку эмоциональных реакций на перинатальную потерю (Костерина Е. М., 2011; Chambers H. M., Chan F. Y., 1999). Потеря беременности расценивается как специфическая форма утраты. В большинстве случаев процесс переживания горя у женщин после перинатальной потери не приобретает патологические формы, требующие психиатрического лечения (Волкан В., 2007; Janssen H. J., 1996). С точки зрения N. Brier (1999), процесс переживания горя длится около 2 лет. Е. М. Костерина (2011), описывая перинатальную потерю, ссылаясь на работу G. Davidson (1984), указывает на фазу реорганизации, которая наступает приблизительно между 4-м и 18-м месяцами после утраты и приносит чувство «освобождения» после потери, появления самоуважения и ощущение новых сил.

Однако в том случае, если женщина очень желала своей беременности, долго не могла забеременеть, не имела живых детей, подвергалась выборочному искусственному прерыванию беременности или имела выкидыши ранее, перенесла прерывание беременности на большом сроке, риск более интенсивного или длительного переживания горя, скорее всего, возрастает (Brier N., 1999). Перинатальная потеря оказывает эффект не только на эмоциональное состояние женщины, но и на качество жизни, психологическое

благополучие в последующих беременностях, а также на воспитание детей, вызывает нарушение связей с ближайшим социальным окружением. При отсутствии достаточной поддержки со стороны значимых людей большинство женщин навсегда теряют отношения с некоторыми близкими: родственниками, друзьями, коллегами (Костерина Е. М., 2011).

J. Manzano, M. Righetty (1995) констатировали, что 25 % женщин, у которых появились депрессивные симптомы вследствие потери плода, не вышли из депрессии и через 18 месяцев. Н. А. Корнетовым (1993) выделены психосоциальные стрессоры, предшествующие развитию депрессии, при этом потеря актуального родственника отнесена к тяжелым психосоциальным стрессорам. Согласно статистической модели Т. Н. Holmes – R. Н. Rahe [1967] (Юрьева Л. Н., 2002), смерть ребенка имеет уровень катастрофического острого стресса. Материнское горе особенно интенсивно, сложно и длительно в тех случаях, когда оно протекает с выраженными чувствами протеста, возмущения и вины и часто заканчивается депрессией (Шефов С. А., 2006; Rando T. A., 1986).

Существуют различные подходы к этиологии аффективных расстройств. Стрессовые события часто предшествуют депрессивному эпизоду. Однако, прежде чем сделать заключение о том, что стрессовые события явились причиной депрессивного эпизода, развившегося чуть позже, необходимо убедиться, что аффективное расстройство после перенесенного стрессового события не является результатом совпадения, а связь между стрессовым событием и депрессивным эпизодом является специфичной и не представляется мнимой (Гельдер М. и др., 1999). В публикациях зарубежных авторов (Glazier R. H. et al., 2004; Rubertsson C. et al., 2005; Bowen A. et al., 2006; Nicholson W. K. et al., 2006; Westdahl C. et al., 2007) определена связь между стрессовыми жизненными событиями, наблюдавшимися на протяжении короткого времени, и формированием депрессивного эпизода у женщин во время беременности.

Отсутствие социальной поддержки способствует формированию депрессивного расстройства. В настоящее время единого подхода к оценке со-

циальной поддержки не существует. Исследователи (Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., 2012), ссылаясь на мнение пионера в области исследования социальной поддержки S. Cobb (1976), представляют ее как «информацию, вселяющую в индивида уверенность в том, что его ценят, любят, а также, что он включен в систему коммуникации и взаимных обязательств».

В настоящее время социальная поддержка считается одним из наиболее значимых внешних ресурсов для преодоления стресса, в том числе стресса болезни (Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., 2012). Исследователи в области социальной поддержки высказывают мнение, что именно качественные характеристики социального взаимодействия влияют на степень социальной поддержки, количественные характеристики имеют второстепенное значение. Существуют модели непосредственного и опосредованного эффекта, характеризующие механизмы действия социальной поддержки. Высокий уровень социальной поддержки связан с благоприятным развитием событий, низкий уровень – с неблагоприятным (Вассерман Л. И. и др., 2010).

Значение фактора социальной поддержки при развитии аффективной патологии в общей популяции изучено и представлено в многочисленных публикациях (Корнетов Н. А., 1999; Счастный Е. Д., 2001; Смулевич А. Б., 2007; Шмунк Е. В., 2009; Колесников И. А., 2010; Paykel E. S., Brugha T., Fryers T., 2006). Описано влияние фактора недостаточной социальной поддержки во время беременности при формировании депрессии (Сорокина Т. Т., 2003; Воронцова Г. М., Сидоров А. Е., 2004; Добряков И. В., Колесников И. А., 2008; Glazier R. H. et al., 2004; Jesse D. E. et al., 2005; Nicholson W. K. et al., 2006; Records K. et al., 2007; Westdahl C. et al., 2007). В работах других авторов (Leathers S. J., Kelley M. A., 2000; Records K., Rice M., 2007) проанализирован такой фактор, как нежелательная беременность, который так же оценивается рискованным для формирования депрессивного эпизода.

Низкая удовлетворенность браком способствует формированию аффективной патологии у женщин в общей популяции (Корнетов Н. А., 1999). Неудовлетворительные супружеские отношения также являются фактором, спо-

способствующим формированию депрессивного эпизода во время беременности (Lancaster Ch. A., et al., 2010).

Такие факторы, как безработица и низкий уровень образования, способствуют формированию депрессивного расстройства в общей популяции (Счастный Е. Д, 2001; Weissman M. M., Myers J. K., 1987; Paykel E. S. et al., 2006), являются значимыми при развитии депрессии время беременности (Marcus SM. et al., 2003).

Ряд авторов прослеживает связь болезненных менструаций со стрессовыми ситуациями, депрессивными расстройствами (Гайнова И. Г. и др., 2001; Тювина Н. А., 2008; Тумилович Л. Г., Геворкян М. А., 2009; Гацаева Л. Т., 2011). По данным В. И. Бодяжиной (1990), болезненные менструации наблюдаются у 31–52 % женщин в возрасте 14–44 лет. Ряд авторов связывает альгоменорею с наличием истероидного преморбида личности, астеноневротического синдрома (Серов В. Н. и др., 2004; Рубченко Т. И., 2007). По данным В. Н. Прилепской (2008), в подростковом периоде преобладают болезненные менструации, с увеличением возраста начинают доминировать эмоциональные нарушения. Согласно данным М. В. Шаманиной (2014), имеется связь между нарушениями менструального цикла и соматическими симптомами депрессии в послеродовом периоде ($r=+0,44$, $p<0,05$).

Ряд исследователей указывает на то, что психические и социальные нагрузки могут явиться причиной спонтанного аборта или преждевременных родов (Абрамченко В. В., 2003; Neggers Y., 2006; El Marroun H. et al., 2012).

На формирование аффективного расстройства у женщин после выкидыша, замершей беременности, антенатальной гибели плода влияет множество биологических, психологических и социальных факторов. Потеря плода вызывает затяжную психогенную реакцию с формированием посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Руженков В. А., Качан М. А., 2009). Причем четвертая часть острых стрессовых расстройств переходит в хроническую форму ПТСР (Андрющенко А. В., 2000; Вельтищев Д. Ю. и др., 2008; Вельтищев Д. Ю., 2010). В одном из эпидемиологических иссле-

дований (Kessler R. C. et al., 1995) было показано, что у 78,1 % женщин при ПТСР выявляются коморбидные заболевания. После начала действия психотравмирующих факторов в течение года в качестве сопутствующих в большинстве случаев диагностируют депрессивные расстройства (до 50 %).

Наличие ПТСР в анамнезе повышает риск депрессии, и наоборот, депрессия повышает риск развития ПТСР (Вельтищев Д. Ю., 2010; O'Donnell M. et al., 2004).

С клинической точки зрения неразрешенный характер травмирующего события и особая личностная предрасположенность способствуют развитию хронического психопатологического расстройства за счет фиксации психической травмы (Вельтищев Д. Ю. и др., 2008; Вельтищев Д. Ю., 2010).

С биологической точки зрения при посттравматическом стрессовом расстройстве происходит комплексное нарушение регуляции гипоталамо-гипофизарной, норадренергической, серотонинергической, бензодиазепиновой, дофаминергической, нейропептидной и центральной аминокислотной систем (Vermetten E. et al., 2002).

Ряд исследований последних лет указывает на наличие биохимических взаимосвязей между моноаминергической и гормональной системами в патогенезе депрессивных расстройств (Корнетов Н. А., 1993; Узбеков М. Г. и др., 2003; Узбеков М. Г., 2005).

Нейроэндокринная реакция на стрессовую реакцию (потерю плода) регулируется гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой. Стресс сопровождается выбросом кортикотропин-рилизинг-фактора (КТРФ) из гипоталамуса. КТРФ воздействует на рецепторы передней доли гипофиза. Последняя отвечает выбросом адренокортикотропного гормона, который, в свою очередь, стимулирует высвобождение глюкокортикоидов, в частности кортизола, из коры надпочечников. В норме эти процессы вскоре прекращаются, поскольку гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система регулируется по механизму обратной связи. При депрессии этот механизм обратной связи не срабатывает (Дробижев М. Ю., 2001). Обнаруживаются признаки

гиперреактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (Тювина Н. А. 2008), что, в свою очередь, ведет к снижению серотонина и норадреналина по следующему биохимическому механизму. Повышенный уровень кортизола активирует фермент триптофан-пирролазу, который переводит обмен триптофана, являющегося предшественником в синтезе серотонина, на другие пути обмена, в частности на кинурениновый путь. Этот процесс вызывает снижение уровня биосинтеза серотонина. С другой стороны, усиленная секреция кортизола повышает активность фермента тирозинтрансаминазы, что может приводить к уменьшению содержания тирозина, идущего на биосинтез катехоламинов, и снижать содержание последних, в том числе и уровень норадреналина. Под влиянием высоких уровней кортизола может так же повышаться активность моноаминоксидазы (Узбеков М. Г. и др., 2003). Моноамины и глюкокортикоиды в тесной взаимосвязи между собой вовлечены в интегральные патогенетические механизмы депрессии и влияют на процесс вынашивания беременности.

Поскольку на формирование аффективного расстройства у беременных женщин оказывает влияние комплекс биологических, психологических и социальных факторов, важно оценить степень взаимосвязи между значимыми факторами и развитием депрессивного эпизода у женщин с потерей плода в анамнезе.

1.4. Особенности реабилитации депрессивных расстройств гестационного периода

При лечении депрессивных расстройств следует основываться на мультидисциплинарном подходе в соответствии с биопсихосоциальной моделью помощи (Корнетов Н. А., 2003). Данный подход включает психотерапевтическое, психофармакологическое и психосоциальное воздействие. В случае легкого депрессивного расстройства без соматического синдрома предпочтителен выбор психотерапевтического лечения с учетом контекстуальных и преципитирующих факторов (Корнетов Н. А., 2003; Ушкалова А. В., 2012).

При легком депрессивном эпизоде с соматическим синдромом приемлемым оказывается равновероятный выбор терапии антидепрессантами или психотерапией. При умеренном депрессивном эпизоде рекомендуется сочетание антидепрессантов с психотерапией.

При тяжелом депрессивном эпизоде первичной является антидепрессивная медикаментозная терапия, психотерапия присоединяется по мере значительного улучшения состояния (Корнетов Н. А., 2003; Ушкалова А. В., 2012). Пошаговая тактика лечения депрессивных расстройств (Корнетов Н. А., 2003), содержащая информированное согласие, формирование терапевтического альянса, развитие терапевтического процесса, психотерапевтическую работу с контекстуальными факторами, этап продолжающейся терапии и окончательный этап терапии, представляет собой многоступенчатый процесс взаимодействия с пациентом, способствующий оптимальному лечению.

Среди методов психотерапии, применяемых в настоящее время у пациентов с депрессивными расстройствами, приоритетными техниками остаются недирективные методы лечения, так как пациенты обычно извлекают пользу только из тех истин, которые открывают сами (Белялов Ф. И., 2012).

На начальных этапах заболевания при работе с пациентами, имеющими психическое расстройство, эффективной оказывается рациональная психотерапия (Смирнова Н. С., 2004; Казенных Т. В., Семке В. Я., 2007). Рациональная психотерапия – форма терапии, при которой высказывания врача носят аргументированный характер. Основатель данного психотерапевтического направления Дюбуа (P. Dubois) считал, что достаточно установить психологический контакт с пациентом, завладеть его устойчивым вниманием, для того, чтобы поменять искаженное мышление пациента, тем самым способствовать изменению оценки пациентом своего болезненного состояния (Карварский Б. Д., 1998).

Основная мишень воздействия рациональной психотерапии – искаженная «внутренняя картина болезни», являющаяся дополнительным источником эмоциональных переживаний для больного. Работа по преодолению не-

определенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях, мыслях и чувствах пациента, непосредственно касающихся его болезни, – таковы звенья воздействия и направления рациональной психотерапии (Карвасарский Б. Д., 1998).

При работе с депрессивными пациентами наиболее эффективна когнитивная терапия. Основатель данного направления А. Бек (1996, 2003) связывал депрессию с расстройством мышления, приводящим к аффективным и физическим симптомам. Когнитивная модель содержит три специфических понятия, объясняющих психологическую структуру депрессии. Это когнитивная триада, схемы и когнитивные ошибки (неправильная обработка информации). Когнитивная триада складывается из трех основных когнитивных паттернов: негативное отношение пациента к самому себе, к своему будущему и текущему опыту. Негативное отношение к самому себе включает вину, уничижение, стыд, тревогу, страх, идеи малоценности. Негативное отношение к собственному будущему складывается из разочарования, неразрешимых проблем, уверенности в безысходности. Негативное отношение к своему текущему опыту вбирает в себя фиксацию на отрицательных ситуациях, изолированности, подозрительности. Все другие симптомы, входящие в депрессивный синдром, рассматриваются в когнитивной модели как последствия активации вышеназванных негативных паттернов (Бек А., 1996, 2003). Когнитивная модель позволяет объяснять психические и физические симптомы депрессии. Данную модель депрессии дополняет понятие схемы, которое объясняет желание пациента держаться за свои негативные идеи, несмотря на наличие в его жизни позитивных факторов. В соответствии со схемой пациент дифференцирует и кодирует информацию. Обычно схема активируется средовым стимулом, например стрессовой реакцией. Убежденность пациента в достоверности его негативных идей сохраняется благодаря следующим систематическим ошибкам мышления (Бек А., 2003): произвольное умозаключение, избирательное абстрагирование, генерализация, переоценивание и недооценивание, персонализация, дихотомизм мышления. Психотерапевтическая работа направлена

на изменение образа мышления, вследствие чего у пациента меняется отношение к себе, окружению, будущему. Депрессивные симптомы ослабляются, поскольку благодаря психотерапевтической работе сглаживаются внутренние конфликты. Пациент приобретает способность к новым навыкам.

Альберт Эллис в 1955 году, работая в когнитивном направлении, создал рациональную эмотивно-поведенческую терапию (РЭПТ), успешно используемую как активно-директивный, обучающий, структурированный подход при лечении депрессивных расстройств (МакМаллин Р., 2001; Эллис А., Драйден У., 2002). Ядром теории РЭПТ является модель ABC, где «А» – активаторы (activating events), представляющие текущие события, воспоминания о прошлом опыте. Но активаторы становятся актуальными, тогда, когда человек приобретает установки, мысли или взгляды – «В» (beliefs), которые приводят к определенному следствию, иррациональному поведению – «С» (consequences). Основными техниками в РЭПТ являются обучение «азбуке» РЭПТ, оспаривание иррациональных идей, детекция дисфункциональных взглядов, техники самораскрытия, библиотерапия, включающая чтение материалов по самопомощи, когнитивная домашняя работа.

В рандомизированных клинических исследованиях, метаисследованиях была доказана высокая эффективность когнитивной терапии (Blackburn I. M. et al., 1981; Robinson L. A. et al., 1990; Dimidjian S., Goodman S., 2009; Fitelson E et al., 2011). В работе Н. А. Забылиной (2013) доказано, что у пациентов с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромами, выраженность симптомов тревоги и депрессии в процессе комплексной терапии, включающей когнитивную психотерапию, оказывается достоверно ниже ($p < 0,001$), по сравнению с группой пациентов, получавших только фармакотерапию.

В других исследованиях (Teasdale J. D. et al., 2000; Ma S. H., 2004; Dimidjian S., Goodman S., 2009) отмечалось значительное снижение депрессивной симптоматики у беременных женщин и стабилизация эмоционально-

го состояния в послеродовом периоде при когнитивном психотерапевтическом вмешательстве во время беременности.

И. А. Колесниковым (2010) была разработана интегративная модель психотерапии, где применялись практические когнитивные техники у 82 беременных женщин с невротическими депрессивными расстройствами.

Подобный подход состоял из трех этапов и проводился в течение 1,5—2 месяцев при частоте встреч с беременной женщиной и ее супругом 1—2 раза в неделю. Эффективность психотерапии оценивалась с помощью теста отношений беременности, опросника депрессивных состояний, Гиссенского личностного опросника, шкалы семейной адаптации. Положительная динамика отразилась в статистически значимом ($p < 0,01$) снижении показателей при оценке по данным шкалам, а также отсутствии психопатологической симптоматики на протяжении 6 месяцев катамнестического исследования.

В исследовании J. H. Goodman, A. Guarino et al. (2014) была показана эффективность когнитивной психотерапии во время беременности. Использование структурированного клинического интервью, анализ самоотчетов пациентов значительно снизили тревожную и депрессивную симптоматику.

При депрессивных расстройствах часто применяется интерперсональная терапия (ИПТ). Данный метод психотерапии, разработанный в конце 60-х годов прошлого века, имеет в своей основе теории А. Meyer, Н. Sullivan, F. Fromm-Reichman (цит. по Карвасарский Б. Д., 1998). Интерперсональная терапия фокусируется на текущих межличностных отношениях со значимыми людьми. В концепции интерперсональной терапии психопатология рассматривается в совокупности следующих основных компонентов: симптоматики психического расстройства, социального и межличностного функционирования и личностных особенностей пациента. Стандартная ИПТ состоит из 12—20 терапевтических сессий, продолжительностью от 50 минут до 1 часа. В исследовании M. Spinelli, J. Endicott (2003) доказан положительный эффект при использовании стандартной ИПТ в случае работы с беременными депрессивными пациентами. Исследователи отметили снижение депрессив-

ной симптоматики, а также улучшение социального функционирования беременных женщин. Значимость интерперсональной терапии в случае ведения депрессивных пациентов в послеродовом периоде в течение 12 еженедельных 60-минутных сессий доказана в крупномасштабном рандомизированном контролируемом исследовании, проводимым М. W. О'Нара (2000).

В другом исследовании доказана эффективность интерперсональной терапии, проводимой в течение 12 сеансов с использованием IP-телефонии (Fitelson E. et al., 2011). Похожее рандомизированное исследование, основанное на телефонной поддержке, оказанной во время беременности женщинам, имеющим высокий риск развития депрессии, показало снижение среднего уровня депрессии в послеродовом периоде (Lavender T., Richens Y. et al., 2013). Эффективность интерперсональной терапии со снижением депрессивной симптоматики и улучшением социальных взаимодействий подтверждается также и в других исследованиях (Andrew A. et al., 2003; Bolton P. et al., 2003).

При устранении клинических проявлений стресса у беременных женщин эффективными оказываются поведенческие релаксационные методики (Карвасарский Б. Д., 1998; Корнетов Н. А., 2003), основанные на формировании трофотропного состояния, при котором возникает общее понижение психофизиологической активности. Являясь полной противоположностью симпатической стрессовой реакции с физиологической точки зрения, глубокая релаксация обладает терапевтическим эффектом, способствует нормализации психофизиологического функционирования организма, при котором снижается активность лимбической и гипоталамической областей. У пациентов, использующих в течение продолжительного времени релаксационные методики, повышается степень интернальности в поведении, что влияет на развитие адекватной самооценки.

Вопросы использования психотропных средств во время беременности обсуждаются с самого начала их применения в психиатрии и не становятся менее актуальными. Противоречивость рекомендаций возникает отчасти и потому, что не всегда учитываются влияние и последствие самого депрес-

сивного расстройства на течение и исход беременности, а также не принимается во внимание тяжесть состояния (Palmsten K., Hernández-Díaz S., 2012). При лечении депрессий у беременных всегда возникает выбор между необходимостью фармакотерапии, с одной стороны, и оценкой потенциального риска для здоровья плода или новорожденного – с другой стороны (Ушкалова А. В., с соавт., 2013).

При решении такой альтернативы учитывается ряд обстоятельств, в том числе и возможность негативного влияния на развитие плода тяжелого психического состояния матери в период беременности. По мнению D. Kohen (2001, 2004), G. Koren, H. Nordeng (2012), осложнения психических расстройств перевешивают риск фармакотерапии. Во время беременности необходимо осторожно назначать лекарственные препараты, использовать более низкие дозы и отдавать предпочтение монотерапии. При решении вопроса об использовании антидепрессантов в период беременности необходимо учитывать данные о риске тератогенных эффектов антидепрессантов.

Для обозначения потенциального риска лекарственных средств для плода в различных странах разрабатывают классификации категорий риска при беременности (Addis A., Sharabi S., Bonati M., 2000). Наиболее широко применяемыми являются классификация FDA (США), классификация FASS (Швеция) и классификация ADEC (Австралия).

В России проблема правильного применения лекарственных средств во время беременности осложняется отсутствием классификации их безопасности в период гестации. В целом в классификации FDA более строгие требования предъявляются к препаратам наиболее безопасной категории А.

Согласно классификации FDA, существуют четыре категории риска назначения лекарственных средств беременным. В отношении тератогенности психотропных препаратов, в соответствии с Psychotropic Drug Directory [1997] (Becker H. et al., 1989), выделено 3 класса:

Класс А – тератогенность у животных отсутствует, нет исследований риска тератогенности у людей либо тератогенность у животных установлена,

но отсутствует у людей. В этот класс отнесены препараты группы СИОЗС: флуоксетин (прозак), сертралин (золофт).

Класс Б – тератогенность у животных установлена, нет исследований риска тератогенности у людей либо нет исследований риска тератогенности как у животных, так и у людей. Сюда относятся ТЦА: имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил), дезипрамин (петилил), доксепин (синекван).

Класс В – тератогенность доказана, но преимущества, связанные с назначением препаратов, иногда превышают риск (например, в ситуации угрозы для жизни). ТЦА: амитриптилин, нортриптилин.

Приведенные данные показывают, что риск тератогенного эффекта минимален при применении препаратов класса А. К нему относятся препараты группы СИОЗС. Результаты метаанализа, объединяющие большой объем информации, свидетельствуют о безопасности флуоксетина для внутриутробного развития плода (Pastuszek A. et al., 1993; Nulman I. et al., 1997, 2002; Ericson A. et al., 1999; Addis A., Koren G., 2000). Пароксетин, сертралин, флувоксамин и циталопрам (Kulin N. A. et al., 1998; Ericson A. et al., 1999; Wisner K. I. et al., 1999; Nordeng H. et al., 2001; Simon G. E. et al., 2002) также не увеличивают частоту случаев выраженных пороков развития и уродств у новорожденных по сравнению с группой контроля, участницы которой не принимали антидепрессанты. Однако, относительно развития легочной гипертензии у новорожденных, чьи матери применяли антидепрессанты группы СИОЗС, мнения исследователей расходятся.

В работе H. Kieler et al. (2012) указывается на повышенный риск развития легочной гипертензии при приеме антидепрессантов (циталопрам, флуоксетин, пароксетин, сертралин). Два других исследования (Andrade S. E. et al., 2009; Wilson K. L. et al., 2011), проводимых в течение 6 лет и анализировавших 1 104 случая применения антидепрессантов класса СИОЗС, наоборот, указывают на малый риск развития легочной гипертензии, зафиксированной от 3 до 12 случаев на 1000 живорожденных детей.

Австралийские исследователи (Grzeskowiak L. E., McBain R., Dekker G. A., 2015) указывают на повышенный риск развития кровотечения в послеродовом периоде до 16 % у женщин, принимавших антидепрессанты в третьем триместре беременности по сравнению с 11 % женщин общей популяции, не принимавших антидепрессивную терапию во время беременности. Связь между развитием преждевременных родов, низкой массой тела новорожденного и более низкими баллами, полученными при оценке новорожденных по шкале АПГАР, показана в метаанализе 23 исследований (Ross L. E., Grigoriadis S., Mamisashvili L. et al., 2013). Однако авторы (Einarson A. et al., 2003; Einarson A., Choi J., Einarson T., Koren G., 2010) затрудняются связывать увеличение числа преждевременных родов только с приемом антидепрессантов, указывая на возможную связь с влиянием самого депрессивного расстройства на исход беременности. При определении риска самопроизвольного аборта у матери или пороков развития и уродств у плода следует также учитывать влияние алкоголя, курения сигарет и возможного скрытого употребления других препаратов, включая бензодиазепины, анальгетики и наркотики (Cohen L. S et al., 2006; Pupco A., Bozzo P., Koren G., 2011).

Трициклические антидепрессанты, используемые в течение нескольких десятилетий, не утратили свою актуальность и в наши дни. В ряде исследований (McElhatton et al., 1996; Nulman et al., 2002) было показано, что трициклические антидепрессанты не повышают частоту врожденных пороков развития и поведенческих расстройств. Однако при использовании в третьем триместре беременности высоких доз трициклических антидепрессантов в перинатальном периоде возможны обратимые осложнения в форме симптомов отмены, раздражительности, нарушения приема пищи, расстройства сна, судорожных состояний (Wisner K. L. et al., 1999; Nordeng H. et al., 2001; Simon G. E. et al., 2002).

Данные о безопасности тразодона и нефазодона, относящихся к классу ингибиторов обратного захвата серотонина, антагонистов серотонина, были представлены в мультицентровом проспективном контролируемом исследо-

вании, проводимом в Канаде (Einarson A. et al., 2003). Результаты исследования показали, что частота самопроизвольных аборт, пороков развития у Плода, а также показателей гестационного возраста и веса при рождении детей являлись аналогичными при сравнении с группой пациентов, ассоциированных с приемом других антидепрессантов, а также с группой сравнения. Имеются данные о применении венлафаксина. Случаев тяжелых пороков развития плода по сравнению с исходной цифрой 1–3 % в исследовании не наблюдалось (Einarson A. et al., 2001). Надежных сообщений о безопасности ИМАО во время беременности опубликовано мало, поэтому назначать препараты данной группы не рекомендуется даже в том случае, когда все другие возможности исчерпаны (Смулевич А. Б., 2001).

Несмотря на активные дискуссии относительно безопасности приема препаратов для лечения депрессивного расстройства, в последнее время все больше исследователей приходят к мнению, что риски нелеченной депрессии перевешивают риск приема антидепрессивных препаратов. Лонгитюдное исследование (Handal M., Skurtveit S., Furu K., 2015), проведенное в Норвегии, также позволило считать оправданным назначение антидепрессантов во время беременности.

В исследовании D. R. Kim, L. Sockol, J. P. Barber et al. (2011) указывается на тот факт, что всего лишь 20—30 % беременных женщин считают синтетические антидепрессанты приемлемым вариантом лечения депрессии, большая часть исследуемых пациентов предпочитает психотерапевтическое вмешательство либо склоняется к абсолютному отсутствию лечения, при невозможности психотерапии. По мнению Г. З. Мазо (2015) важно давать информацию об альтернативных методах лечения во время беременности.

Поэтому в последнее время ряд исследователей (Симуткин Г. Г., 2007; Moretti M. E. et al., 2009; Howland R. H., 2010) уделяет внимание использованию в клинической практике растительных антидепрессантов на основе экстракта травы зверобоя. Терапевтический эффект этих препаратов обусловлен сочетанием нескольких механизмов действия. В зарубежных исследованиях

(Fornal C. A. et al., 2001; Franklin M., Cowen P. J., 2001) показана способность гиперфорина, содержащегося в экстракте зверобоя, стимулировать образование серотонина в нейронах головного мозга, ингибировать обратный захват серотонина, норадреналина и дофамина, увеличивать уровень кортизола. Эффективность и переносимость экстракта зверобоя при лечении легкой и умеренной депрессии была доказана С. Roder et al. (2004) на основании проведения метаанализа 30 исследований.

К. Linde et al. (2004) в систематическом обзоре и метаанализе 37 двойных слепых, рандомизированных, контролируемых исследований была показана эффективность гиперикума в случае легких и умеренных депрессий и доказана его антидепрессивная эффективность и сопоставимость по отношению к стандартным антидепрессантам. В открытом контролируемом, рандомизированном исследовании, проводимом Г. Г. Симуткиным (2007), была дана сравнительная оценка кинической эффективности негрустина, имеющего в своем составе экстракт травы зверобоя и сочетания негрустина со светотерапией при депрессивных расстройствах. Взаимопотенцирующий эффект негрустина и яркого света оказал более высокую результативность и клиническую эффективность при лечении депрессивных расстройств. Что касается использования препаратов зверобоя у беременных женщин, то в научной литературе они стали появляться с 1998 г. в виде отдельных сообщений (Grush L. R. et al., 1998).

Первые доказательства безопасности применения зверобоя в контингенте беременных женщин были представлены в проспективном исследовании, представленном М. Е. Moretti et al. (2009). Исследование показало, что действие препарата зверобоя в дозе 615 мг не оказывает отрицательного влияния на течение беременности и состояние новорожденных и сопоставимо с аналогичными гестационными показателями и оценкой состояния новорожденных детей при приеме препаратов других фармакологических групп, а также с показателями, представленными в общей популяции при анализе течения беременности. Безопасность использования препаратов зверобоя

в период лактации обсуждалась также и в других работах (Dugoua J. J. et al., 2006; Klier C. M. et al., 2006). Авторы доказали, что прием препарата женщиной во время грудного вскармливания не влияет на лактационные функции и не сказывается на показателях роста и веса ребенка, однако в единичных случаях авторы описывали наличие кишечных колик и присутствие сонливости и вялости у детей.

Поиск немедикаментозных способов лечения депрессии в случаях беременности, грудного вскармливания, негативного отношения к синтетическим антидепрессантам, а также наличия выраженных побочных эффектов при приеме антидепрессантов привели исследователей (Симуткин Г. Г., 2007; Wirz-Justice A. et al., 2011; Crowley S. K., Youngstedt S. D., 2012) к поискам альтернативных способов лечения депрессивного расстройства. Наиболее известным альтернативным методом терапии является светотерапия. Она активно применяется при хронической депрессии, в случае развития сезонных аффективных расстройств, при слабом ответе на медикаментозную терапию или противопоказаниях при назначении синтетических препаратов (Симуткин Г. Г., 2007; Wirz-Justice A. et al., 2011). Светотерапия с интенсивностью света от 2000 до 10000 люкс имеет клинический отклик с респондированием от 60 до 90 % (Lam R. W. et al., 2000; Wirz-Justice A., 2006). Механизм действия данного метода лечения основан на стимуляции синтеза мелатонина, способности влиять на циркадианную ритмику ряда биологических процессов, при которых нормализуется нейромедиаторная рецепция (Pomplil M., Serafini G., 2010). В работах томских авторов (Симуткин Г. Г., Счастный Е. Д., 2005; Симуткин Г. Г., Потапкина Е. В., Кудякова Т. А., 2005) были рассмотрены клинические эффекты комбинированного медикаментозного лечения и светотерапии, с учетом обратной динамики типичных и атипичных симптомов, учтенных по шкале SIGH-SAD.

У беременных женщин данный метод лечения рассматривается как альтернативный (Wirz-Justice A. et al., 2006; Tjoa C., Pare E., Kim D., 2010; Wirz-Justice A. et al., 2011; Crowley S. K., Youngstedt S. D., 2012). Исследова-

ние D. A. Oren, K. L. Wisner (2000) выявило эффективность светотерапии при лечении униполярной депрессии в гестационном сроке 20—25 недель беременности со снижением депрессивной симптоматики до 50 % при 3-недельном курсе лечения ярким светом.

Аналогичные данные получены в рандомизированном клиническом исследовании (Epperson C. N. et al., 2004), где показана эффективность данного метода при интенсивности света 7000 люкс, при ежедневной фотоэкспозиции в течение 60 минут, на протяжении 5 недель исследования. Авторы отметили, что уровень депрессивных симптомов при униполярной депрессии снижался в пределах 49–59 % от исходного уровня при оценке по шкале депрессии Гамильтона.

В рандомизированном, двойном слепом, плацебо-контролируемом исследовании (Wirz-Justice A. et al., 2011) было показано преимущество яркого света с достижением ремиссии в 68,6 % случаев по сравнению с плацебо эффектом тусклого света в 36,4 % случаев. Кроме того, в исследовании были отмечены экономичность данного метода терапии, отсутствие побочных эффектов у беременных женщин и отрицательных воздействий на плод. Данные об эффективности светотерапии при лечении послеродовой депрессии представлены в исследовании M. Corral, A. A. Wardrop (2007).

Другой неинвазивный хронобиологический метод – депривация сна – в настоящее время не получил широкого интереса в среде исследователей, несмотря на высокий научный интерес к физиологии сна у беременных женщин с расстройством настроения (Ross L. E. et al., 2005; Parry B. L. et al., 2008; Emerson S. P., Meliska C. J. et al., 2012). Точка зрения B. L. Parry et al. (2000), высказанная о депривации сна, как перспективном методе лечения депрессии у беременных женщин, в настоящее время не имеет отклика у современных ученых и, вероятно, остается потенциальной ценностью дальнейших исследований.

В последнее время при обсуждении лечения депрессивных расстройств у беременных женщин предлагается метод транскраниальной стимуляции,

базирующийся на использовании принципа электромагнитной индукции. Антидепрессивное действие данного метода может быть связано с воздействием на кортиколимбическую систему – звено, вовлеченное в патофизиологию депрессии (Padberg F., Moller H. J. et al., 2003). В исследовании D. R. Kim, N. Epperson, E. Pare' et al. (2011) сообщается об эффективности данного метода при лечении депрессивных расстройств во время беременности.

По данным этого исследования, ежедневные сеансы длительностью 10 минут, на протяжении 20 дней, оказывают лечебное воздействие на 70 % пациентов, причем в 30 % наблюдалась стойкая ремиссия. Преимуществами метода являются отсутствие побочных эффектов у беременных женщин, негативных влияний на плод и хорошая переносимость (Klirova M. et al., 2008; Tjoa C. et al., 2010). Тем не менее (Janicak P. G. et al., 2008) описывается такой побочный эффект, как головная боль, наблюдающаяся после транскраниальной стимуляции. Кроме того, в недавней публикации авторами (Kim D. R., Epperson N., Pare' E. et al., 2011) отмечено, что в настоящее время нет исследований, посвященных катamnестическому прослеживанию детей, чьи матери проходили лечение депрессии данным методом. Тем не менее при лечении депрессивных расстройств во время беременности эффективность данного метода лечения, простота его применения, отсутствие негативных воздействий на плод делает его перспективным (Klirova M. et al., 2008; Janicak P. G. et al., 2008; Zhang D. et al., 2009; Zhang X., Liu K et al., 2010; Tjoa C. et al., 2010).

Электросудорожная терапия рассматривается как альтернативный метод лечения тяжелой униполярной и биполярной депрессии во время беременности, данный метод также бывает обоснованным и в случаях наблюдения резистентных депрессий (Richards E. M., Payne J. L., 2013). Безопасность и эффективность данного метода была представлена в зарубежных работах (Heijnen W. T. et al., 2010; O'Reardon J. P. et al., 2011; Yonkers KA et al., 2011).

В последнее время публикуются данные о способности снижать депрессивные симптомы применением биологически активных добавок, таких как омега-3 жирных кислот, фолиевой кислоты, селена. Эффективность

и безопасность применения этих компонентов при лечении легких депрессивных состояний у беременных женщин представлена в ряде работ (Freeman M. P., 2009; Miller B. J., Murray L., 2013). Однако достаточных доказательств в пользу эффективности данных методов лечения не получено, как недостаточно доказательств эффективности терапии депрессии при применении высоких доз витамина D (Sanders K.M. et al., 2011; Cassidy-Bushrow A. E. et al., 2012).

Как показал анализ литературы, синтетические антидепрессанты не всегда оказываются возможными для использования в лечении депрессии у беременных женщин, поэтому важным аспектом является поиск реабилитационных мероприятий, позволяющих в амбулаторных условиях бережно подходить к лечению депрессивных пациентов с синдромом потери плода в анамнезе.

Несмотря на детальное понимание патогенетических механизмов депрессивных расстройств, все же в настоящее время глубокого представления об этиологической природе депрессии у беременных женщин с потерей плода в анамнезе нет. Кроме того, симптомы, предъявляемые пациентами с проблемой невынашивания беременности, приобретают характер психологической синтонности, вследствие чего депрессивные состояния акушерами не распознаются. Таким образом, возникает необходимость изучения клинических форм депрессии с уточнением специфических симптомов у данной категории пациентов.

Таким образом, актуальность проблемы депрессивных расстройств у беременных женщин с потерей плода в анамнезе задает вектор исследования с поиском бережных подходов в лечении депрессии у пациентов, очередная беременность которых имеет высокую степень значимости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование пациентов с депрессивными расстройствами, имеющими потерю плода в анамнезе, проводилось в период с 2006 по 2013 г. на базе ФГНБУ НИИ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» Томска, женской консультации и акушерского стационара ОГАУЗ «Родильный дом № 4» Томска, ФГБНУ «НИИ психического здоровья». Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Е. Д. Счастный, научный консультант – доктор медицинских наук, профессор Л. А. Агаркова.

2.1. Этапы клинического исследования

В связи с поставленными задачами исследование проводилось в 3 этапа.

На *первом этапе* исследования выявлялись депрессивные расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе.

На *втором этапе* исследования:

1. Определялись психопатологические, социальные и акушерские факторы, способствующие формированию депрессии, и относительные риски развития депрессии у женщин с потерей плода в анамнезе.
2. Осуществлялось изучение клинических проявлений депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе.
4. Проводилась когнитивная психотерапия и осуществлялась клиническая оценка ее эффективности на этапе завершения беременности у женщин с потерей плода в анамнезе.

Третий этап исследования позволял оценить отдаленный эффект когнитивной психотерапии, проводимой во время беременности, на основе оценки эмоционального состояния, социального функционирования и особенностей взаимодействия с ребенком в течение первого года и спустя 3 года после родов.

Дизайн исследования представлен на рисунке 1.

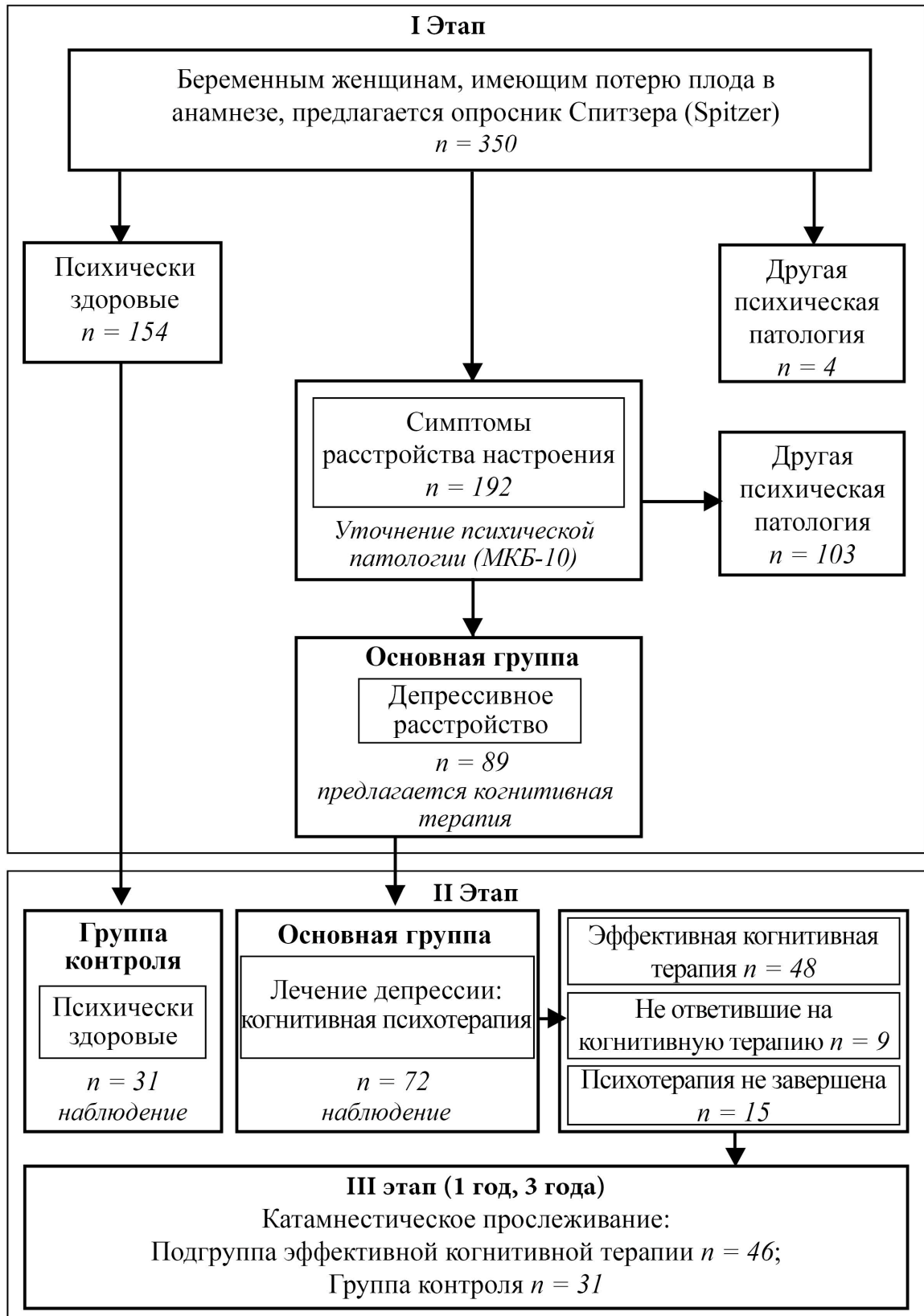


Рисунок 1 – Дизайн исследования

Дизайн исследования охватывает несколько этапов.

I этап – проспективное исследование по типу случай-контроль.

II этап – открытое продольное исследование в параллельных группах.

III этап – проспективное исследование в параллельных группах.

Первый этап исследования.

Первый этап исследования проводился при помощи опросника Спитцера, пересмотренного в соответствии с DSM-IV. Данный скрининговый метод был предложен во время ожидания приема акушера-гинеколога 350 беременным женщинам в возрасте 18–38 лет, в сроке 16—20 недель беременности, перенесшим от 1 до 4 потерь плода во время предыдущих беременностей и состоявшим на учете по беременности. Таким образом, по данным сплошного анкетирования были выявлены психически здоровые беременные женщины и пациенты с возможными психическими расстройствами. Психически здоровыми оказались 154 (44,0 %) обследуемых, соматоформные расстройства встретились в 2 случаях (0,6 %), симптомы алкогольной зависимости наблюдались в 2 (0,6 %) случаях, симптомы расстройства настроения встретились у 192 (54,8 %) пациентов.

В соответствии с критериями МКБ-10 среди женщин, имеющих психические расстройства ($n=192 - 54,8 \%$), была уточнена психическая патология. Тревожные расстройства разной степени выраженности встречались у 57 (16,3 %) пациентов (F41). У 46 беременных женщин (13,1 %), согласно диагностическим принципам Международной классификации психических заболеваний, выявлена кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20). Депрессивное расстройство было выявлено у 89 беременных женщин (25,4 %).

Второй этап исследования включал обследование и психотерапевтическое лечение пациентов после получения информированного согласия.

Для выявления факторов риска развития депрессивного расстройства и изучения клинических проявлений депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе были сформированы две группы.

Основную группу составили 89 беременных женщин с диагностированным во время настоящей беременности депрессивным расстройством.

Критериями включения в основную группу были следующие: 1) возраст пациентов 18—38 лет; 2) срок гестации, соответствующий 16—20 неделям беременности; 3) наличие в анамнезе одного или нескольких эпизодов потери плода с временным интервалом, равным не менее 6 месяцев от последнего эпизода потери плода до настоящей беременности; 4) состояние пациента, отвечающее критериям ДЭ легкой или умеренной степени, РДР (текущий депрессивный эпизод легкой или умеренной степени) в соответствии с МКБ-10; 5) согласие пациента на участие в исследовании и соблюдение всех предписаний; 6) обязательное обследование в установленном порядке в течение всего периода исследования.

Критериями исключения из основной группы были: 1) состояние пациента, отвечающее критериям ДЭ тяжелой степени, РДР (текущий депрессивный эпизод тяжелой степени) в соответствии с МКБ-10; 2) биполярное аффективное расстройство; 3) циклотимия; 4) дистимия; 5) депрессивные расстройства вследствие употребления психоактивных веществ; 6) депрессивные синдромы в рамках органических расстройств, шизофрении, шизоаффективного расстройства, соматоформного, соматизированного и ипохондрического расстройств; 7) невротические расстройства, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; 8) умственная отсталость; 9) тяжелая акушерская патология, потеря плода во время настоящей беременности; 10) многоплодная беременность; 11) наличие временного интервала после последней потери плода менее 6 месяцев.

Группу контроля составили 37 психически здоровых беременных женщин.

Критериями включения в группу контроля были следующие: 1) отсутствие психического заболевания; 2) возраст беременных женщин 18—38 лет; 3) срок гестации, соответствующий 16—20 неделям беременности; 4) наличие в анамнезе одного или нескольких эпизодов потери плода, с временным

интервалом, равным не менее 6 месяцев от последнего эпизода потери плода до настоящей беременности; 5) согласие пациента на участие в исследовании и соблюдение всех предписаний; 6) обязательное обследование в установленном порядке в течение всего периода исследования.

Критериями исключения из группы контроля были: 1) наличие психической патологии; 2) тяжелая акушерская патология, потеря плода во время настоящей беременности; 3) многоплодная беременность; 4) наличие временного интервала после последней потери плода менее 6 месяцев.

Таким образом, на втором этапе исследования под наблюдением находились 126 беременных женщин, которые были разделены на две группы. Основную группу составили 89 пациентов, имеющих депрессивное расстройство на момент исследования. В группу контроля вошли 37 психически здоровых беременных женщин.

В ходе дальнейшего исследования из 89 пациентов, первоначально включенных в основную группу, 17 пациентов до начала психотерапевтического вмешательства отказались от психотерапии и оценки психического состояния. Из 37 пациентов группы контроля, первоначально включенных в исследование, 6 пациентов отказались от участия в исследовании.

Таким образом, у 72 беременных женщин основной группы когнитивная терапия начиналась в сроке $17,6 \pm 1,7$ недель беременности и заканчивалась перед родами. В работе нами использовались когнитивные техники, описанные МакМаллин, Р. (2001).

Среди 72 пациентов, вступивших в когнитивную психотерапию, 15 пациентов ее не завершили, вследствие чего были исключены из исследования. Среди них у трех пациентов развилась акушерская патология, отнесенная нами к критериям исключения из основной группы, 12 пациентов завершили беременность потерей плода. В раннем послеродовом периоде им была предложена психотерапевтическая работа с потерей, основанная на рекомендациях (Грин А., 1998; Шейдер Р., Беялов Ф. И., 2012).

Среди 57 пациентов основной группы, завершивших когнитивную психотерапию, 84,2 % (n=48) ответили на данный метод лечения. Они составили подгруппу эффективной когнитивной терапии. На психотерапию не ответили 15,8 % (n=9) пациентов, они составили подгруппу пациентов, не ответивших на когнитивную терапию.

При отсутствии эффекта от психотерапевтического лечения мы рекомендовали пациентам, не ответившим на когнитивную терапию, антидепрессант растительного происхождения негрустин 425 мг в капсулах, с приемом 2 раза – утром и вечером до родов.

Третий этап исследования проводился нами с целью оценки эффективности когнитивной психотерапии в отдаленном послеродовом периоде, очерчиваемым одним годом и тремя годами после родов. Этот этап позволял оценить эмоциональное состояние пациентов подгруппы эффективной когнитивной терапии. Составить сравнительное представление о социальном функционировании пациентов, ответивших на когнитивную терапию, по отношению к группе контроля. Оценить длительность ремиссии в подгруппе.

Из 48 пациентов подгруппы эффективной когнитивной терапии двое пациентов в отдаленном послеродовом периоде отказались участвовать в дальнейшем исследовании. Таким образом, на этапе катамнестического проследивания подгруппа эффективной когнитивной терапии состояла из 46 пациентов, группу контроля составила 31 женщина.

2.2. Характеристика материала

Ниже представлены основные параметры, полученные на первом этапе исследования.

Таблица 1 – Характеристика групп наблюдения

Параметр	Основная Группа n=89	Группа Контроля n=37
Возраст, лет	27,9±4,2	28,3±5,5
Срок беременности на начало исследования, недели	17,4±1,9	17,8±2,8
Привычное невынашивание беременности в анамнезе, %	47,2	37,8
Спорадическая потеря беременности в анамнезе, %	52,8	62,2

Как показано в таблице 1, возраст испытуемых на момент обследования находился в диапазоне от 18 до 38 лет. В основной группе средний возраст пациентов составил $27,9 \pm 4,2$ года, у пациентов группы контроля – $28,3 \pm 5,5$ года, что не имело статистической разницы.

Средний возраст начала половой жизни у женщин основной группы составлял $18,4 \pm 2,2$ года, в группе контроля составил $17,9 \pm 1,9$ года ($p > 0,05$).

Возраст вступления в брак в основной группе имел значение $21,5 \pm 3,3$ года, в группе контроля – $20,4 \pm 3,1$ года ($p > 0,05$).

Количество браков в основной группе было равно в среднем $1,5 \pm 0,6$, в группе контроля составило $1,4 \pm 0,7$ ($p > 0,05$).

Семейное положение пациентов было следующим: среди женщин основной группы 83,2 % были замужем, 16,9 % были не замужем. В группе контроля наблюдалось 75,7 % замужних и 24,3 % незамужних женщин ($p > 0,05$). По наличию детей, а также их количеству статистической разницы между исследуемыми группами не наблюдалось.

Диагноз привычное невынашивание в анамнезе имели 47,2 % пациентов основной группы и 37,8 % пациентов группы контроля, что не явилось статистически значимым. Спорадическая потеря плода в анамнезе встретилась у 52,8 % пациентов основной группы, а в группе контроля наблюдалась в 62,2 % случаев, что не имело статистической разницы.

Отягощенность психической патологией в основной группе составила 40,4 %, в группе контроля – 27,0 % ($p > 0,05$), что не явилось статистически значимым.

Таблица 2 – Структура выявленных соматических заболеваний в исследуемых группах

Структура заболеваний	Основная группа		Группа контроля	
	абс.	%	абс.	%
Желудочно-кишечные	21	23,6	9	24,3
Почечные заболевания	17	19,1	8	21,6
Эндокринные заболевания	13	14,6	6	16,2
Аллергические заболевания	6	6,7	3	8,1
Всего	57	64	26	70,2

Наследственная отягощенность соматической патологией в основной группе составила 41,6 % случаев, в группе контроля – 40,5 % ($p>0,05$), что так же не явилось статистически значимым.

При анализе структуры соматических заболеваний (табл. 2) внутри исследуемых групп нами не было получено статистической разницы между сравниваемыми группами.

Представленные данные указывают на то, что все беременные пациенты исследуемых групп были сопоставимы по представленным исследуемым факторам.

Психиатрический диагноз наблюдения в основной группе имел следующую структуру: депрессивный эпизод наблюдался у 40 пациентов (44,9 %), рекуррентное депрессивное расстройство имели 49 пациентов (55,1 %). Распределение пациентов в зависимости от диагноза представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение пациентов в зависимости от диагноза

Диагноз	абс.	%
Депрессивный эпизод (F32.0)	40	44,9
Рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1)	49	55,1
Всего	89	100

Степень выраженности депрессивного расстройства в основной группе имела следующее распределение: легкая степень наблюдалась у 59 беременных женщин (66,3 %), умеренная степень тяжести была выявлена у 30 пациентов (33,7 %).

2.3. Методы исследования

Основными методами исследования являлись следующие: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психологический, статистический. На этапе сплошного анкетирования предлагался опросник Спитзера (приложение 1), пересмотренный в соответствии с DSM-IV. Данный скрининговый метод позволял выявлять симптомы 5 основных психических расстройств, встречающихся в общей врачебной практике: соматоформного,

расстройства пищевого поведения, депрессивного, тревожного расстройств и алкогольной зависимости.

Диагностика депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства, степень тяжести состояния непосредственно устанавливалась в соответствии с клиническими критериями МКБ-10 (приложение 2).

Соматогенный и/или органический генез депрессивных расстройств исключался на основании соматоневрологического обследования с привлечением специалистов (консультации невропатолога, терапевта, окулиста).

Динамика депрессивной симптоматики оценивалась по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-17) (Hamilton M., 1960) (приложение 3) перед началом терапии (0-й день), в ходе терапии (1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 14-й неделях исследования, перед родами, в период окончания терапии и в раннем послеродовом периоде)

При общей балльной оценке по шкале HDRS-17 в диапазоне от 0 до 7 баллов диагностировалось отсутствие депрессии, 8—16 баллов – легкий депрессивный эпизод, 17—24 баллов – умеренный депрессивный эпизод; свыше 24 баллов – тяжелый депрессивный эпизод.

Динамика тревожного состояния оценивалась по шкале тревоги Гамильтона (HARS) в начале исследования и перед родами (Hamilton M., 1959). Шкала являлась эффективным и точным инструментом измерения тяжести тревожного синдрома и была необходима для точной оценки выраженности тревоги у пациентов с диагностированным депрессивным расстройством. Значение баллов по всем 14 пунктам ранжировалось от 0 до 4. По каждому пункту выбиралось значение, наиболее соответствующее степени выраженности симптомов: 0 – отсутствие, 1 – в слабой степени, 2 – в умеренной степени, 3 – в тяжелой степени, 4 – в очень тяжелой степени. Суммарный балл данной методики рассматривался в интервале от 0 до 56. При общей балльной оценке 0—8 баллов диагностировалось отсутствие тревожного состояния; 8—16 баллов – легкое тревожное расстройство; 17—24 балла – умерен-

ное тревожное расстройство; свыше 24 баллов – тяжелое тревожное расстройство (приложение 4).

При оценке эффективности психотерапии мы ориентировались на следующие параметры. Критерием эффективности терапии являлось 50-процентное и более от первоначального состояния снижение суммарного балла по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-17) между 4-й и 6-й неделями. А также в тех случаях, когда средний балл по шкале депрессии Гамильтона к окончанию курса составлял менее 8 баллов. Снижением суммарного балла по шкале тревоги Гамильтона (HARS) на 50 % и более по сравнению с начальным.

Для оценки эффективности психотерапии использовали оценку динамики психического состояния по «Шкале глобальной клинической оценки» (CGI) (приложение 5). Критерием эффективности психотерапии по Шкале общего клинического впечатления являлось подтверждение пунктов 1–3 (CGI-тяжесть), соответствующих отсутствию психических нарушений или наличию слабо выраженных психических нарушений. В случае подтверждения пунктов CGI, соответствующих значительному или существенному улучшению, пациенты относились нами к категории ответивших на когнитивную психотерапию. В случае отсутствия динамики в сторону снижения исходного балла CGI-тяжесть и CGI-улучшение, а также отсутствия снижения первоначального рейтинга по HDRS-17 менее чем на 50 % пациенты относились нами к категории не ответивших на когнитивную психотерапию.

Для оценки эффективности терапии нами использовалась шкала социальной адаптации – Social Adaptation Self-evaluation Scale (Bosc M., Dubini A., Polin V., 1997) (приложение 6). Данная шкала предлагалась пациентам в начале исследования и перед родами. Методика позволяла оценить степень адаптированности пациентов в разных сферах жизнедеятельности. Данная шкала состояла из 21 пункта, позволявшего описывать поведение в следующих областях: профессиональной и домашней, а также досуговой деятельности; качества семейных отношений и отношений за пределами семьи; оценки

своей социальной и физической привлекательности; интереса к новой информации (интеллектуальной любознательности); чувства контроля над своим поведением и окружением. Пациентами оценивалась степень удовлетворенности (3 – очень хорошо, 2 – хорошо, 1 – плохо, 0 – очень плохо) данными сферами жизнедеятельности. Общее количество баллов по этой шкале представляло общую балльную оценку в пределах от 0 до 60. Результаты позволяли выделить 4 уровня социальной адаптации: I уровень – социальная дезадаптация (0–22 балла), II уровень – затрудненная социальная адаптация (23–35 балла), III уровень – хорошая социальная адаптация, выявляемая у 80 % населения (36–45 баллов), IV уровень – очень хорошая социальная адаптация (46–60 баллов).

С целью выявления специфических соматических и когнитивных симптомов депрессивных расстройств мы сопоставляли гестационный процесс в основной группе с аналогичным процессом группы контроля. Для оценки эффективности терапии мы сравнивали течение беременности в подгруппе эффективной когнитивной терапии и группе контроля, кроме того, оценивали параметры новорожденных в двух исследуемых группах. Оценка клинического симптомокомплекса беременной производилась акушером-гинекологом. Периодичность и объем обследования осуществлялись согласно Приказу МЗ Российской Федерации № 50 от 10 февраля 2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях». Диагностические критерии оценки акушерских и соматических заболеваний были построены с учетом современных принципов диагностики расстройств и устанавливались в соответствии с клиническими критериями МКБ-10.

После рождения ребенка в соответствии с приказом № 372 МЗ РФ 28.12.1995 г. «О совершенствовании первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале» неонатологом производилась оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, определялся массоростовой коэффициент.

Для оценки особенностей личности применяли методику ММРІ (Миннесотский многопрофильный личностный опросник), состоящую из 377 пунктов. Методика многостороннего исследования личности включала набор утверждений, которые испытуемому предлагалось признать верными или неверными. Оценка полученных в результате исследования пунктов базировалась на данных статистически подтвержденной дискретной значимости каждого ответа в сравнении со средненормативными данными.

Методика включала оценочные шкалы, функциями которых являлось выявление факторной значимости ответов респондентов в сравнении со средненормативными данными и определение уровня и природы таких искажений. Оценочные шкалы или шкалы достоверности, помимо определения надежности данных, полученных в результате тестирования, определяли установки респондентов на процесс тестирования, их отношение к методике, к диагносту, к результатам самого процесса. Применяемая методика давала представление о выраженности и соотношениях 10 основных индивидуально-личностных характеристик, полученных в сравнении с эталонными группами лиц, у которых измеряемые качества были выражены максимально.

Для оценки эффективности терапии и длительности ремиссии в отдаленном послеродовом периоде составлена анкета «Опросник функционирования в отдаленном послеродовом периоде» (приложение 7). В ходе полуструктурированного интервью, осуществляемого по телефонной связи, мы обращались к пациентам подгруппы эффективной терапии и группы контроля с просьбой ответить на ряд вопросов. Каждый пункт оценивался женщинами самостоятельно одним из предлагаемых ответов: «нет», «иногда», «часто». Опросник предлагался женщинам дважды: в конце года, спустя 3 года после рождения ребенка.

2.4. Формализация клинических данных

Для проведения группировки данных, формализации и унификации клиники депрессивного расстройства, сопоставимости и возможности прове-

дения статистического анализа данные, полученные в результате исследования, были занесены в специально разработанную «Базисную карту формализованного описания диагностически стандартизированных клинических данных больных с аффективными расстройствами» (Корнетов Н. А. и др., 1991).

Диагностические критерии, клинические признаки депрессивного расстройства (ДР), включенные в данную базисную карту, были основаны на современных принципах диагностики аффективных расстройств МКБ-10 (Казаковцев Б. А., 1998). Данная базисная карта включала в себя 42 оцениваемых признака (приложение 8). В базисную карту были введены дополнительные данные, отражающие особенности акушерско-гинекологического анамнеза. Заносились данные о течении настоящей беременности, осложнениях беременности. Отражались срок и метод родоразрешения, осложнения в родах. Вводились антропометрические характеристики новорожденного, особенности неврологического статуса, группа здоровья новорожденного при выписке.

2.5. Структура психотерапевтической работы

Индивидуальная когнитивная психотерапия, описанная Р. МакМаллином (2001), проводилась пациентам на стадии получения информированного согласия или этапе развития терапевтического процесса (Корнетов Н. А., 2003), в зависимости от степени тяжести состояния. Применение когнитивных психотерапевтических методик мы предлагали после использования рациональных техник. В среднем психотерапия занимала 30—36 терапевтических сессий, проводилась 2 раза в неделю и осуществлялась до родов. В раннем послеродовом периоде, когда пациенты пребывали в акушерском стационаре, предлагалась завершающая терапевтическая сессия, где подводился итог совместной работы за период беременности, обсуждались прошедшие роды, а также мысли и чувства женщин в связи с рождением ребенка. Производилась оценка депрессивных симптомов и планировалось даль-

нейшее наблюдение данной группы пациентов 1 раз в 2 месяца в течение полугода.

Для устранения клинических проявлений стресса, снятия внутреннего напряжения мы предлагали пациентам освоить релаксационную методику (Карвасарский Б. Д., 1998; Корнетов Н. А., 2003).

Первая сессия включала в себя представление о когнитивной терапии. Пациенты обучались формуле ABC, где «А» – активаторы (activating events), представляющие текущие события или воспоминания о прошлом опыте. «В» – мысли (beliefs), которые приводят к определенному следствию, иррациональному поведению – «С» (consequences). Вторая сессия посвящалась созданию эмоций. Третья терапевтическая сессия включала определение убеждений, поиск разных типов собственных когниций и их объяснение. Четвертая, пятая, шестая терапевтические сессии посвящались работе с ожиданиями и самооэффективностью. Работа с ожиданиями сводилась к поиску просто-достаточно-приемлемого события (ПДП). Седьмая и восьмая терапевтические сессии были посвящены работе с центральными убеждениями. Девятая, десятая, одиннадцатая, двенадцатая терапевтические сессии посвящались жизненным ориентирам. Вместе с пациентами сформированы 3 списка: 10 критических событий детства, 10 – подросткового периода, 10 – зрелого возраста. Каждое событие обсуждалось в терминах «А» и «С»: что произошло, какие чувства испытывала при этом. После того, как все 30 «АС» инцидентов были проанализированы, находилось центральное убеждение к каждому из них. Смысл терапевтических сессий с тринадцатой по шестнадцатую сводился к составлению когнитивных карт. Для этого каждая мысль из списка сопоставлялась со всеми остальными мыслями. Таким образом, отношения между мыслями фиксировались в виде когнитивной карты (приложение 9). Далее применялись техники опровержения: жесткие и мягкие. Контратаку использовали в случае проявления в терапии пассивной позиции, преимущественно у пациентов с адинамической формой депрессии. Мягкие техники опровержения проводились в состоянии релаксации у тех пациентов, чьи убеждения вызывали тревогу. На

протяжении последующих терапевтических сессий шла работа с выявленными факторами риска, описанная в главе 4.

2.6. Статистическая обработка материала

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке и изложены в соответствующих разделах. При нормальном распределении признака использовали t-тест и LSD-тест. При отсутствии нормального распределения признаков для сравнения независимых признаков (групп) использовался U-тест Манн-Уитни, для сравнения зависимых признаков – тест Вилкоксона. Для оценки частотных признаков использовали Q-тест Кохрана и критерий Пирсона χ^2 . Данные представлены в виде «среднее $\pm$ отклонение среднего». Статистически значимым считался уровень $p < 0,05$, величина доверительного интервала 95 %. Для определения тесноты, направления и степени выраженности связи количественных, порядковых и дихотомических признаков применялся корреляционный анализ (Spearman).

Статистическая обработка данных производилась на персональном компьютере IBM-PC с использованием пакета стандартных программ Statistica for Windows (V. 6.0).

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

3.1. Условия формирования депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе

В связи с высокой распространенностью депрессивных расстройств у беременных женщин представляется актуальным определение социальных факторов, психопатологических характеристик, а также акушерских причин для оценки их роли в формировании депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе.

При анализе социальных факторов учитывались такие параметры, как уровень образования и занятости, уровень удовлетворенности браком и фактор социальной поддержки со стороны друзей и родственников, наличие детей и психосоциальных стрессоров, связанных с ними.

Показательным компонентом социальных характеристик является степень образования. При исследовании уровня образования оказалось, что наибольшая представленность женщин с высшим образованием зарегистрирована в основной группе ($n=56 - 62,9 \%$) по сравнению с группой контроля ($n=13 - 35,1 \%$) ($p=0,007$).

С полученным образованием тесно связана профессиональная деятельность контингента, но нас заинтересовал, прежде всего, фактор занятости, (табл. 4). В нашем исследовании в основной группе работающих женщин в течение полного рабочего дня было статистически больше ($74,2 \%$) по сравнению с женщинами группы контроля ($32,4 \%$, $p=0,001$), где преобладали домохозяйки или женщины с частичной занятостью (2—3 часа ежедневно или в течение недели). Результаты проведенного наблюдения позволяют сделать вывод о том, что женщины с высшим образованием и проблемой невынашивания беременности имеют высокий депрессивный потенциал.

Иными словами, высшее образование и высокий профессиональный ритм значительно ограничивают возможности, связанные с разрешением своих репродуктивных проблем.

Таблица 4 – Фактор трудовой занятости в исследуемых группах

Параметр	Основная группа		Группа контроля	
	абс.	%	абс.	%
Полная занятость на работе	69**	74,2	12**	32,4
Частичная занятость, домохозяйки	20**	25,8	25**	67,6
Всего	89	100	37	100

Примечание. ** – $p < 0,001$.

Интенсивная трудовая деятельность затрудняет планирование и вынашивание беременности, при которых необходимы активные посещения врача в рабочее время, частые обследования и плановые госпитализации. Это совпадает с мнением Т. В. Скрицкой (2005) о том, что повышенная ответственность на работе и строгая регламентация времени отрицательно влияют на течение беременности.

Анализ фактора семейных отношений показал, что удельный вес замужних, так же как и незамужних женщин, в основной группе был сопоставим с таковым у представительниц группы контроля ($p > 0,05$).

При изучении психологического микроклимата в семье было выявлено, что ведущее место в ряду семейных конфликтных причин занимала низкая удовлетворенность браком, включающая в себя взаимное непонимание. Причем в большинстве случаев конфликты выражались в длительном отчуждении супругов, взаимных претензиях, напряженных отношениях. Супружеские конфликты характеризовались стойким течением и редко имели острые аффективно окрашенные характеристики. В то же время усиление конфликтных отношений в браке возникало в периоды переживания в связи с затруднением реализации репродуктивной функции. В этом случае у женщин обострялось чувство «неполноценности», психологической опустошенности, материнской несостоятельности. Во время длительных супружеских отчуждений женщины переживали боязнь измены мужа и развода, ограничивали общение с родственниками мужа. Низкая удовлетворенность браком отмеча-

лась статистически чаще у женщин основной группы ($n=24$ – 26,9 %) по сравнению с пациентами группы контроля ($n=2$ – 6,5 %) ($p=0,04$).

Далее был проанализирован такой фактор, как социальная поддержка со стороны друзей и родственников. В настоящем исследовании мы опирались на структурный подход, который исследует особенности социальной сети и взаимосвязь индивида с социальным окружением. Помимо того, учитывали механизмы функционального подхода, который предполагает удовлетворение потребностей наших пациентов при социальном взаимодействии на следующих уровнях: информационном, эмоциональном и инструментальном, то есть действенном (Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., 2012).

В основной группе со статистической достоверностью чаще отмечалась слабая поддержка со стороны друзей и родственников ($n=29$ – 32,6 %) по сравнению с женщинами группы контроля ($n=2$ – 5,4 %) ($p=0,001$). Наши результаты соответствуют данным, представленным в современных научных работах в области психиатрии (Счастный Е. Д., 2001; Смулевич А. Б., 2007; Шмунк Е. В., 2009; Колесников И. А., 2010; Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., 2012; Paykel E. S. et al., 2006). Кроме того, полученные нами результаты совпадают с мнением исследователей в области акушерства (Сорокина Т. Т., 2003; Воронцова Г. М., Сидоров А. Е., 2004; Добряков И. В., Колесников И. А., 2008), которые делают акцент на значимости социальной поддержки беременных женщин при формировании депрессивного расстройства, способного осложнять течение физиологической беременности.

При анализе численности детей в семьях наших пациентов статистически значимых различий между исследуемыми группами не наблюдалось ($p>0,05$). Наличие детей в группах представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Наличие детей в исследуемых группах

Параметр	Основная группа		Группа контроля	
	абс.	%	абс.	%
Отсутствие детей	46	51,7	22	59,5
Один ребенок	34	38,2	13	35,1
Двое детей	9	10,1	2	5,4
Всего	89	100	37	100

При этом были обнаружены психосоциальные стрессоры, такие как смерть ребенка после года жизни или воспитание ребенка с соматическим дефектом, отраженные ниже (табл. 6).

По мнению исследователей (Шефов С. А., 2006; Rando Т. А., 1986) депрессивное расстройство у женщин может быть сформировано на почве потери ребенка.

Таблица 6 – Психосоциальные стрессоры в исследуемых группах

Психосоциальный стрессор	Основная группа		Группа контроля	
	абс.	%	абс.	%
Смерть ребенка после года жизни	7	7,9	1	1,1
ДЦП	2	2,3	0	0,0
Всего	89	89,8	37	98,9

Воспитание ребенка с соматическим или психическим дефектом порой создает тяжелую психологическую атмосферу в семье и, соответственно, занимает позицию чрезмерно тяжелого стрессорного фактора (Юрьева Л. Н., 2002; Анисимова Н. П., 2013).

Наши наблюдения о возможном влиянии тяжелого физического дефекта у ребенка на психическую сферу матери не противоречат данным Н. В. Устиновой (2005), изучающей особенности пограничных психических расстройств матерей, чьи дети больны ДЦП.

Изучая данную проблему, мы рассматривали не только социальные факторы, но и акушерские причины, которые имели место у данной категории пациентов и могли способствовать высокому депрессивному потенциалу у женщин с проблемой потери плода в анамнезе. В реестре акушерских причин нами оценивались следующие: паритет беременности, исход предыдущих беременностей, длительность временного промежутка между предыдущим эпизодом потери плода и наступлением настоящей беременности, характер менструальной функции.

Исходы беременностей отражены в таблице 7.

По паритету беременностей у женщин следует отметить статистически значимые различия между основной группой ($4,6 \pm 2,6$) и группой контроля ($3,5 \pm 1,9$) ($p=0,04$).

Таблица 7 – Исходы беременностей в исследуемых группах

Параметр	Основная группа (n=89)		Группа контроля (n=37)	
	абс.	%	абс.	%
Роды	57	64,1	21	56,8
Внематочная беременность	2	2,3	2	5,4
Мертворождения	12	13,5	4	10,8
Выкидыши	79*	88,8	26*	70,3
Замершие беременности	33	37,1	16	43,2
Аборты	43	48,3	14	37,8

Примечание. * – $p < 0,05$.

Исследуя тип выкидыша, мы не обнаружили статистической разницы между количеством привычных и спорадических выкидышей внутри исследуемых групп. Однако при исследовании связи между временем, прошедшим с момента предыдущей потери плода и наличием текущего депрессивного эпизода, были получены статистически значимые результаты, представленные ниже. Для обозначения времени, прошедшего с момента предыдущей потери плода, с наличием текущего депрессивного эпизода нами был введен временной фактор t_{ϕ} .

Временной фактор $t_{\phi 0}$ присваивался в случаях наступления настоящей беременности в пределах временного интервала, равного 1,5 годам и менее после предыдущей потери плода. В том случае, если беременность наступала в пределах от 1,5 до 2,5 лет после потери предыдущей беременности, нами присваивался временной фактор $t_{\phi 1}$. Для тех женщин, которые вынашивали беременность, наступившую спустя 2,5 года и выше, присваивался временной фактор $t_{\phi 2}$.

Изучено распределение пациентов в зависимости от времени наступления беременности после потери плода в предыдущей беременности (табл. 8).

Таблица 8 – Распределение пациентов в зависимости от времени наступления беременности после предыдущей потери

Временной фактор	Основная группа		Группа контроля	
	абс	%	абс	%
$t_{\phi 0}$	46***	63,9	5***	13,5
$t_{\phi 1}$	17	23,6	8	21,6
$t_{\phi 2}$	9***	12,5	24***	64,9
Всего	72	100	37	100

Примечание. *** – $p < 0,001$.

Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольшей уязвимостью в плане формирования депрессивного расстройства характеризуются женщины, вступающие в беременность в пределах временного интервала 1,5 лет и менее после предыдущей потери плода.

В основной группе женщин, вступивших в беременность в пределах до 1,5 лет, было 63,9 %, в группе контроля – 13,5 % ($p=0,0001$).

В тех случаях, если между предыдущей потерей плода и настоящей беременностью проходило от 1,5 до 2,5 лет, вероятность развития депрессивного расстройства снижалась. В основной группе женщин, чья беременность наступила в промежутке от 1,5 до 2,5 лет, было 23,6 %, в группе контроля – 21,6 % ($p=0,9$).

Наступление беременности спустя 2,5 года после предыдущей потери плода, с нашей точки зрения, является наиболее оптимальным сроком, способным обеспечить адаптацию после предыдущей потери плода. В основной группе женщин, чья беременность наступала после 2,5 лет, было 12,5 %, в группе контроля – 64,9 % ($p=0,0001$). Однако в случае развития аффективной патологии во время беременности спустя 2,5 года после предыдущей потери плода, возможно, имеет значение комплекс неблагоприятных психологических, социальных, эндокринных, биохимических и генетических причинных факторов.

При исследовании акушерских факторов, способных оказать влияние на формирование депрессивного эпизода, значимым оказалось такое состояние, как первичная дисменорея, классифицированная в рубрике N94.4 по МКБ-10. У пациентов основной группы болезненные менструации встретились в 62,9 % случаев, что составило статистически значимые различия с группой контроля, где альгоменорея наблюдалась в 32,4 % случаев ($p=0,004$). Альгоменорея протекала по адренергическому типу, который характеризовался сильной головной болью, повышением температуры тела, появлением красных пятен на лице и шее, нарушением работы кишечника (запорами), сердцебиением, нарушением сна, вплоть до бессонницы.

При анализе психопатологических факторов нами было выявлено, что общее количество суицидальных попыток в основной группе было статистически большим (28,1 %) по сравнению с количеством парасуицидов в группе контроля (5,4 %; $p < 0,05$). Частота суицидальных попыток в зависимости от возраста пациентов представлена в таблице 9.

Таблица 9 – Частота суицидальных попыток в группах обследованных в зависимости от периода жизни

Возраст	Основная группа		Группа контроля	
	абс.	%	абс.	%
Отсутствуют	64	71,9	35	94,6
Подростковый	14	15,7	2	5,4
Зрелый	11	12,4	0	0,0
Всего	89	100	37	100

С точки зрения А. Е. Личко (1983), суицидальное поведение у подростков – это в основном проблема «подростковых кризов», относящихся к области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера. Современные авторы (Положий Б. Д., 2015; Меринов А. В., 2015) указывают на первичные личностные деформации, связанные с дефектами воспитания.

В основной группе, наряду с подростковым суицидом, наблюдались суицидальные попытки, совершенные в возрасте 20–31 лет. Наши данные соответствуют результатам исследований в области суицидологии (Смулевич А. Б., 2003; Гишинский Я. И., 2007; Мягков А. Ю., 2007; Васильев В. В., 2012), свидетельствующих о наблюдающемся процессе омоложения незавершенных самоубийств с максимумом суицидальной активности в возрасте от 15 до 34 лет. Данный факт, в свою очередь, может так же говорить о периоде формирования аффективной патологии.

Таким образом, у данной категории пациентов существуют факторы, увеличивающие вероятность возникновения депрессивного заболевания во время беременности. При работе с женщинами, имеющими потерю плода в анамнезе, важным направлением является выявление социальных, акушерских и психопатологических факторов, способствующих возникновению депрессивного эпизода у женщин с потерей плода в анамнезе, формирование

групп риска на основании выявленных факторов для более детального наблюдения за эмоциональным состоянием беременных женщин и выявления депрессивных расстройств.

3.2. Преморбидные особенности личности пациентов с потерей плода в анамнезе

Поскольку ретроспективная диагностика характерологических особенностей в некоторой степени была затруднена, нами определялись обобщенные характеристики склада личности, конституционально-биологическое ядро. Преморбидные особенности личности беременных женщин, страдающих депрессивным расстройством, определялись в соответствии с данными профессионального и семейного анамнеза в преморбидном периоде. Использовались сведения ближайших родственников, акушеров-гинекологов, наблюдавших женщин с проблемой потери плода в анамнезе в течение ряда лет, а также анамнестические данные со слов самих пациентов на активном этапе их наблюдения. В квалификации преморбидных особенностей личности использовались данные тестовой методики ММРІ, оцениваемой клиническим психологом. Дополнительно в оценку личностной акцентуации внесены циклоидные особенности в соответствии с данными отечественной литературы. Существенным подтверждением акцентуации являлся уровень образования, устойчивый профессиональный и семейный анамнез (длительность непрерывного стажа работы на одном месте, высокая частота браков и их продолжительность).

В процессе исследования были выделены следующие типы преморбидных особенностей беременных женщин, имеющих потерю плода в анамнезе: пациенты без существенных характерологических особенностей или «относительно гармоничные», с преобладанием циклоидных черт, эмоционально неустойчивые, ананкастные, истерические, зависимые, параноидные, шизоидные. Преморбидные личностные особенности пациентов представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Преморбидные личностные особенности пациентов

Преморбидные личностные особенности	Основная группа		Группа контроля	
	абс.	%	абс.	%
Относительно гармоничные	4***	4,5	13***	35,1
Циклоидные	41	46,1	13	35,1
Эмоционально неустойчивые	16	17,9	5	13,5
Ананкастные	11	12,4	3	8,1
Истерические	6	6,7	2	5,5
Зависимые	3	3,4	1	2,7
Параноидные	4	4,5	0	0,0
Шизоидные	4	4,5	0	0,0
Всего	89	100	37	100

Примечание. *** – $p < 0,001$.

Пациенты без существенных характерологических особенностей или «относительно гармоничные» в основной группе встречались в 4,5 % случаев, в группе контроля намного чаще – в 35,1 % ($p = 0,006$). Беременных женщин характеризовало умение адаптироваться к различным акушерским ситуациям, адекватно воспринимать информацию, касающуюся течения беременности, осложнений гестационного процесса, особенностей родового акта, состояния новорожденных.

Поведенческие реакции в случае необходимости госпитализации носили приспособительный характер, беременных женщин отличала способность самостоятельно занимать себя в условиях стационара. Они с удовольствием посещали курсы подготовки к родам, участвовали в работе клубов для беременных. Доминирующие черты характера были неярко выражены, присутствовали рудименты самых различных вариантов характера.

Беременные женщины с преобладанием циклоидных черт в преморбидном складе личности составили в основной группе 46,1 % случаев, в группе контроля пациентов с доминированием циклоидных свойств личности наблюдалось 35,1 % ($p > 0,05$). В целом данная группа оказалась неоднородной по составу. В таблице 11 (Mann-Whitney test) представлены варианты циклоидного преморбида личности.

Из общего числа циклоидов гипотимные личности наблюдались в основной группе в 32 случаях (78,1 %), в группе контроля – в 8 случаях (61,5 %) ($p=0,42$).

Таблица 11 – Распределение вариантов в группе циклоидных личностей

Циклоидный преморбид	Основная группа		Группа контроля	
	абс.	%	абс.	%
Гипотимные	32	78,1	8	61,5
Гипертимные	3*	7,3	4*	30,8
Циркулярные	6	14,6	1	7,7
Всего	41	100	13	100

Примечание. * – $p<0,05$.

Гипотимные беременные женщины отличались добросовестностью, проявляли повышенную ответственность за течение гестационного процесса, предстоящие роды и материнство. Тем не менее при, казалось бы, видимой внешней благополучности в индивидуальной беседе высказывали мысли о своей незащищенности, как во время беременности, так и неуверенности в материнской компетенции. После рождения ребенка, болезненно переживали собственную значимость в супружеских отношениях.

В следующую подгруппу вошли гипертимные циклоиды. В основной группе таких женщин наблюдалось 7,3 %, в группе контроля – 30,8 % ($p=0,019$). Для них характерными были такие черты, как энергичность и общительность. Они умело выстраивали отношения с окружающими, как с персоналом родильного дома, так и с другими беременными женщинами. Пациенты проявляли не только эмоциональную отзывчивость, но и раздражительность, хотя при этом долго не фиксировались на своих переживаниях. В течение беременности у них наблюдались кратковременные периоды упадка настроения. Но, несмотря на временную апатию, пациенты находили рациональные объяснения своему состоянию, после чего строили многочисленные планы на будущее, порой не имеющие под собой реальной основы.

В последнюю подгруппу вошли пациенты с собственно циклоидным преморбидом – циркулярные циклоиды. В основной группе они наблюдались в 14,6 %, случаев в группе контроля – в 7,7 % ($p=0,6$).

Беременные женщины с циклоидным преморбидом в анамнезе отличались периодической сменой настроения, вне зависимости от акушерской ситуации и семейных обстоятельств. Цикличность настроения отмечалась пациентами с началом пубертатного периода и субъективно имела связь с менструальным циклом. Гипертимный фон с повышенной активностью, значительной деятельностью, затрагивающей сферу подготовки к предстоящему материнству, касался также участия пациентов в многочисленных профессиональных семинарах и посещения культурных мероприятий. Но гипертимный фон, однако, беспричинно сменялся упадком настроения, что сказывалось на взаимоотношениях в семье, вызывало беспокойство у акушера-гинеколога. Спустя некоторое время пациенты вновь сообщали о значительных перспективах, связанных с профессиональной реализацией. Активно обсуждали свои планы, касающиеся рождения ребенка и периода предстоящего материнства. Более зрелые пациенты отмечали, что с течением времени аутохтонные колебания настроения сглаживались.

Несмотря на то что описанные выше типы циклоидных преморбидных особенностей характеризуются единой биологической основой, имеющей значение для функционирования психической сферы, обобщающими характеристиками которой являются психический темп, плавность аффекта и эмоциональная живость, тем не менее все они имеют различные клинические характеристики. Поэтому для анализа связи личностных особенностей беременных женщин с вероятностью формирования у них депрессивных состояний после потери плода нами были выделены варианты циклоидного преморбида личности.

Тормозимые черты характера, выявляемые в клинической выборке, являлись объединяющей компонентой для беременных женщин с преморбидным шизоидным, параноидным, зависимым и ананкастным складом личности. Следует отметить, что в целом женщины с тормозимыми личностными чертами в основной группе наблюдались в 24,8 % случаев, в группе контроля – в 10,8 % ($p>0,05$).

Шизоидные личности в основной группе встречались в 4,5 % случаев, в группе контроля подобный тип личности вообще не наблюдался. Беременные женщины были малообщительны, холодны, сдержанны. Контакт с участковым врачом и акушеркой носил у них формальный характер, невербальное общение было затруднено. Рекомендации врача пересматривались ими через призму материнского мнения, от которого пациенты имели чрезвычайную зависимость. В послеродовом периоде такие женщины демонстрировали незначительную способность к сопереживанию, низкую интуицию и недостаточную синтонность по отношению к ребенку. Врачи акушеры-гинекологи сообщали о значительных трудностях при ведении этих пациентов.

Ананкастные личности в основной группе наблюдались в 12,4 % случаев, в группе контроля – в 8,1 % ($p > 0,05$). Группу этих пациентов характеризовало наличие различного рода навязчивых страхов и назойливых мыслей. Беременные женщины проявляли нерешительность в выборе родильного дома и врача, выражали сомнения в правильности лечения и диагностических процедур, имели многочисленные страхи и катастрофические мысли. В послеродовом периоде ананкастные пациенты не спешили с выпиской домой, желая получить гарантии о полном благополучии генеративной сферы, выстраивали различные ритуалы, защищающие новорожденного, пытались заручиться поддержкой неонатолога для своего ребенка на ближайший период.

Параноидный тип личности в основной группе встречался в 4,5 % случаев, в группе контроля подобный тип личности не наблюдался. Для данной выборки пациентов характерной особенностью в сфере эмоциональных переживаний являлось формирование так называемых сверхценных идей. Беременных женщин характеризовали устойчивость и медленная смена настроения, плавное накапливание аффекта. Пациенты легко обижались в тех ситуациях, в которых никто не собирался их обидеть. В результате этого врачи акушеры-гинекологи должны были тщательно скрывать мысли и контролировали свои эмоции. Врачи давали отсрочку своим высказываниям и действиям, что создавало определенные трудности в общении с пациентами.

Женщины, в свою очередь, особенно после рождения ребенка, оказывались недовольными ведением беременности и родов.

Зависимые личности в основной группе наблюдались в 3,4 % случаев, в группе контроля – в 2,7 % случаев ($p>0,05$). Пациенты производили впечатление слабовольных, пассивных, не имеющих собственных желаний. Они любыми путями избегали ответственности или перекладывали решение проблем на близких людей. В наших наблюдениях беременные женщины все же иногда проявляли решительность, но достигали своих целей косвенно, убеждая родственников помогать им (совместно посещать врача, под контролем родственников проходить исследования, совместно рожать). В то же время пациенты не признавали своей беспомощности, ссылаясь на особую значимость периода беременности для близкого окружения.

Значительное число наблюдений в нашем исследовании составили пациенты с преморбидным эмоционально неустойчивым складом личности. В основной группе наблюдалось 17,9 % таких пациентов, в группе контроля – 13,5 % ($p>0,05$). Этих пациентов отличали эмоциональная взрывчатость, отсутствие умения управлять своими эмоциями, что приводило к ситуации смены акушера-гинеколога во время беременности. В послеродовом периоде при возникновении конфликтных ситуаций они широко распространяли негативную информацию, подчас выходя за пределы лечебного учреждения. Пациенты руководствовались не рассудком и логикой, а влечениями и инстинктами в принятии важных решений, касающихся значимых акушерских ситуаций, что периодически создавало трудные ситуации и требовало нестандартных подходов при их решении, затрудняющих работу персонала.

Истерический тип преморбидного склада отмечался в незначительном числе наблюдений: в основной группе – в 6,7 %, в группе контроля – в 5,5 % ($p>0,05$). Во всех случаях у беременных имел место импрессивный тип (Семке В. Я., 1988), при котором пациенты демонстрировали робость и ранимость, часто меняли врачей, которым приписывали грубость и непонимание, нежелание или неспособность понимать их «особую жизненную ситуацию».

При эмоциональном отклике со стороны врача пациенты с истерическими чертами личности начинали проявлять эгоистические установки, потребительское отношение. Эгоцентрические установки в семейной жизни часто не находили отклика у близких родственников, тогда беременные женщины стремились привлечь внимание мужа «тяжелым состоянием», «страданием ребенка». Во время беременности их чрезмерно беспокоили изменение фигуры и потеря внешней привлекательности. В послеродовом периоде они мало времени уделяли новорожденному, ссылаясь на слабость и усталость, тем не менее все свободное время проводили в не прекращающихся заботах о себе. Общение с подобными пациентами у акушеров-гинекологов вызывало стабильное чувство сильного негатива и желание минимально ограничить контакт с такими женщинами.

Таким образом, при исследовании беременных женщин, имеющих потерю плода в анамнезе, выявлен широкий спектр преморбидных особенностей личности. Наши данные соответствуют результатам исследователей в области психиатрии о структуре личности депрессивных пациентов (Счастный Е. Д., 2001; Лебедева Е. В., 2001; Рогозина Т. А., 2002; Шмунк Е. В., 2009) и не противоречат данным Н. П. Коваленко (2001), указывающим на преморбидные личностные особенности у беременных женщин с пограничными психическими расстройствами.

3.3. Риск развития депрессивных расстройств у беременных женщин с потерей плода в анамнезе

Поскольку на формирование аффективного расстройства во время беременности оказывают влияние социальные, психопатологические и акушерские факторы, нами была оценена степень взаимосвязи между выявленными факторами риска и развитием депрессивного эпизода у женщин с потерей плода в анамнезе (табл. 12).

Из числа социальных факторов, способных повышать риск развития депрессии во время беременности, следует отметить низкий уровень соци-

альной поддержки со стороны друзей и родственников. Определены показатели относительного риска развития депрессивного эпизода у женщин с потерей плода в анамнезе при наличии данного фактора – ОР=6,03, 95 % ДИ 1,52—23,98 ($p=0,001$). Обнаружено, что наличие хорошей социальной поддержки со стороны друзей и родственников ослабляло риск формирования депрессивного расстройства во время беременности: ОР=0,71, 95 % ДИ 0,61—0,84 ($p=0,001$).

Нарушение супружеских отношений в семье играло значимую роль при формировании депрессивного расстройства у невынашивающих женщин. При наличии низкой удовлетворенности брачными отношениями относительный риск развития депрессии во время беременности значительно возрастал: ОР=4,98, 95 % ДИ 1,24—20,04 ($p=0,04$). И напротив, наличие удовлетворенности браком ослабляло риск формирования депрессивного расстройства у женщин во время беременности: ОР=0,77, 95 % ДИ 0,67—0,89 ($p=0,04$).

При наличии у женщин с потерей плода в анамнезе средних и катастрофических стрессоров риск развития депрессивного расстройства во время беременности имеет значение: ОР=3,74, 95 % ДИ 0,49—28,49 ($p=0,06$).

У женщин с проблемой невынашивания беременности наличие высшего образования при определенных обстоятельствах следует рассматривать как фактор, способный увеличивать риск формирования депрессивного расстройства: ОР=1,79, 95 % ДИ 1,12—2,85 ($p=0,007$).

Полученное образование в объеме средней школы, а также наличие среднего специального образования у беременной невынашивающей женщины ослабляло риск депрессии во время беременности: ОР=0,57, 95 % ДИ 0,40—0,82 ($p=0,007$).

Особенность трудовой деятельности у женщин с потерей плода в анамнезе, а именно полная загруженность в течение рабочего дня, также влияла на риск развития депрессии во время беременности: ОР=2,39, 95 % ДИ 1,48—3,86 ($p=0,001$).

Таблица 12 – Частота встречаемости признака в двух исследуемых группах

Признак	Депрессия (n=89)	Психически здоровые (n=37)	Достовер- ность раз- личий	Доверитель- ный интервал относительно- го риска	Относи- тельный риск
Психопатологические факторы, особенности личности					
Парасуицид	28,1 %	5,4	0,04	1,31–20,83	5,19
Гармоничные личности	(n=4) 4,5%	(n=13) 35,1%	0,006	0,04–0,37	0,13
Гипертимные личности внутри группы циклоидов	(n=3) 7,3%	(n=4) 30,8 %	0,02	0,01–0,65	0,08
Социальные факторы					
Образование: высшее, неоконченное высшее	62,9	35,1	0,007	1,12–2,85	1,79
среднее, среднеспециальное	37,1	64,9	0,007	0,40–0,82	0,57
Занятость на работе: полная занятость	74,2	32,4	0,001	1,48–3,86	2,39
частичная, домохозяйки	25,8	67,6	0,001	0,21–0,52	0,33
Удовлетворенность браком: низкая	26,9	6,5	0,04	1,24–20,04	4,98
достаточная	73,1	93,5	0,04	0,67–0,89	0,77
Социальная поддержка: слабая	32,6	5,4	0,001	1,52–23,98	6,03
хорошая	67,4	94,6	0,001	0,61–0,84	0,71
Средние и катастрофические стрессоры:	10,2	1,1	0,06	0,49–28,49	3,74
Акушерские факторы					
Паритет беременности	4,6±2,6	3,5±1,9	0,04		
Количество выкидышей	88,8	70,3	0,03	1,01–1,58	1,26
Временной фактор: До 1,5 лет	63,9	13,5	0,0001	2,05–10,88	4,73
2,5 года и выше	12,5	64,9	0,0001	0,10–0,35	0,19
Первичная дисменорея	62,9	32,4	0,004	1,19–3,17	1,94

Ежедневное пребывание женщины на работе в течение 2–3 часов или распределение этого времени в течение недели, а также занятия только домашними делами сокращало риск формирования депрессивного расстройства во время беременности: ОР=0,33, 95 % ДИ 0,21—0,52 (p=0,001).

Среди психопатологических факторов следует отметить значимость суицидальных попыток, выявленных катamnестически. Наличие парасуицида повышало риск депрессивного расстройства во время беременности: ОР=5,19, 95 % ДИ 1,31–20,83 (p=0,04). Наличие депрессивных эпизодов, выявленных катamnестически у пациентов основной группы, наблюдалось в 55,1 % случаев. Однако влияние данного фактора для формирования депрес-

сии во время настоящей беременности оказалось не значимым: $OR=1,2$, 95 % ДИ 0,80—1,87 ($p=0,9$).

В то же время были определены характерологические личностные особенности пациентов, способные превентивно снижать частоту развития депрессивного расстройства во время беременности. Так, наличие относительно гармоничного преморбида личности снижало риск развития депрессии во время беременности: $OR=0,13$, 95 % ДИ 0,04—0,37 ($p=0,006$). Аналогичная тенденция наблюдалась у беременных женщин с гипертимными чертами личности: $OR=0,08$, 95 % ДИ 0,01—0,65 ($p=0,02$).

Среди значимых акушерских факторов, способствующих формированию депрессивного расстройства во время беременности, существенным фактором оказались выкидыши в анамнезе: $OR=1,26$, 95 % ДИ 1,01—1,58 ($p=0,03$). Эпизод невынашивания беременности в анамнезе, несомненно, являлся тяжелым событием в жизни женщины, однако большим влиянием на развитие депрессии у беременных женщин обладал малый временной интервал между эпизодом предыдущей потери плода и наступлением настоящей беременности.

В том случае, если беременность наступала в пределах до 1,5 лет от предыдущей потери плода, относительный риск развития депрессивного эпизода приобретал высокое значение: $OR=4,73$, 95 % ДИ 2,05—10,88 ($p=0,0001$). При увеличении временного промежутка от 1,5 до 2,5 лет с момента потери плода до настоящей беременности данный временной фактор не являлся значимым для развития депрессивного расстройства: $OR=1$. Наступление беременности спустя 2,5 года и выше значительно ослабляло риск развития депрессивного расстройства во время настоящей беременности и являлось наиболее оптимальным в рамках профилактики развития депрессивного эпизода: $OR=0,19$, 95 % ДИ 0,10—0,35 ($p=0,0001$).

Первичная дисменорея так же явилась значимым акушерским фактором: $OR=1,94$, 95 % ДИ 1,19—3,17 ($p=0,004$).

Таким образом, согласно нашим данным, риск развития депрессивного расстройства во время беременности у женщин с потерей плода в анамнезе увеличивается при наличии следующих выявленных факторов. Среди социальных факторов значительный вклад в формирование депрессивного эпизода может оказать слабая социальная поддержка беременной женщины друзьями и родственниками, отсутствие удовлетворенности браком. Наличие высшего образования, полная занятость в течение рабочего дня, в свою очередь, так же увеличивают риск развития депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе.

Среди психопатологических факторов, повышающих риск развития депрессии во время беременности, имеют значение суицидальные попытки, выявленные катamnестически.

Среди акушерских факторов, повышающих риск развития депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе, значимыми являются следующие: высокий паритет беременности и первичная дисменорея. Выкидыши в анамнезе, несомненно, определяются факторами риска для формирования депрессивного расстройства во время беременности, но еще большим влиянием на развитие депрессии у беременных женщин обладает малый временной интервал, равный 1,5 годам и ниже между эпизодом предыдущей потери плода и наступлением настоящей беременности.

К социальным факторам, ослабляющим риск развития депрессивного расстройства во время беременности у женщин с потерей плода в анамнезе, следует отнести наличие среднего и среднеспециального образования, наличие трудовой занятости в течение неполного рабочего дня, неполной трудовой недели или занятие только домашними делами, удовлетворенность браком, хорошую социальную поддержку со стороны друзей и родственников, наличие временного промежутка, равного 2,5 года и выше, прошедшего с момента предыдущей потери беременности, наличие относительно гармоничной структуры личности или гипертимного личностного преморбида.

3.4. Клинические особенности депрессивных расстройств у беременных женщин с потерей плода в анамнезе

В клиническую выборку исследования вошли женщины с легкими депрессивными эпизодами однократного или рекуррентного характера, умеренными депрессивными эпизодами в соответствии с критериями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

Наблюдая беременных женщин, имеющих потерю плода в анамнезе с депрессивным расстройством гестационного периода ($n=72$), было выявлено наличие соматических и когнитивных симптомов депрессии разной степени выраженности. Клиническая картина депрессивных расстройств периода беременности у женщин с проблемой потери плода в анамнезе соответствовала, в основном, картине гипотимических состояний, но также имела и некоторые отличительные особенности. Так, например, оценивая генитальные симптомы, в основной группе ($n=72$) и группе контроля ($n=31$), мы обнаружили, что у беременных женщин с потерей плода в анамнезе вне зависимости от наличия или отсутствия депрессивной симптоматики наблюдалось снижение полового влечения. Данный симптом выявлялся у пациентов основной группы в 94,4 % случаев ($n=68$). Беременные женщины из группы контроля подтвердили снижение сексуальной заинтересованности в 90,3 % случаев ($n=28$) ($p>0,05$). Снижение полового влечения у женщин с потерей плода в анамнезе, вероятно, указывает на защитный механизм по типу вытеснения или подавления сексуальных влечений, при реализации которых может быть спровоцирован выкидыш или нанесен урон образу ребенка.

Следует отметить, что у психически здоровых пациентов сексуальное желание трансформировалось в фантазию о ласке и нежности со стороны партнера. Подобную тенденцию мы наблюдали в основной группе женщин параллельно со снижением депрессивной симптоматики.

Таким образом, при оценке психического состояния женщин с потерей плода в анамнезе снижение, отсутствие сексуальной заинтересованности не всегда следует рассматривать как симптом депрессии.

Нарушение сна является частым симптомом и соответствует типичным описаниям при депрессивных расстройствах, но все же имеет специфический характер у беременных депрессивных пациентов, в связи с повышенным шевелением плода в вечерние часы и особенно ночью. Причем в утренние часы шевеление плода зачастую отсутствовало, а в дневные часы было снижено.

Данный симптом выявлялся у 55,1 % пациентов основной группы ($n=38$), что статистически отличалось от подобного состояния в группе контроля, где вечернее и ночное шевеление плода зарегистрировано в 12,9 % ($n=4$) случаев ($p<0,001$). Повышенные движения плода поздним вечером и ночью вызывали у женщин тревогу и приносили усталость. Таким образом, беременные женщины, помимо характерных для депрессии ранних пробуждений, имели проблемы при засыпании из-за активных шевелений плода, а также поверхностный сон, во время которого возникали утомляющие активные движения плода. В дневные часы, несмотря на постоянную сонливость и желание поспать, нормального сна, характерного для психически здоровых беременных женщин, у депрессивных пациентов все же не наблюдалось.

Привычным симптомом для депрессивного расстройства считается снижение аппетита и массы тела. Обнаружено, что в обследованной нами клинической выборке пациентов этот симптом протекает под маской раннего токсикоза, а позже в виде диспептической симптоматики. Токсикоз беременных – осложнение беременности, которое, как правило, проявляется в первой половине беременности как диспептические расстройства и нарушения всех видов обменов. В группе контроля ранний токсикоз встречался значительно реже – 19,4 % ($n=6$), что достоверно отличалось от частоты данного показателя в основной группе – 66,7 % ($n=38$) ($p<0,001$). В группе контроля прекращение тошноты и рвоты мы наблюдали к 13—14-й неделям беременно-

сти. Редукция диспептической симптоматики осуществлялась параллельно снижению депрессивной симптоматики в группе контроля.

У депрессивных женщин, чей ответ на психотерапию был снижен, наблюдались длительная тошнота и позывы на рвоту; частота диспептической симптоматики у депрессивных пациентов представлена в таблице 13.

Таблица 13 – Частота диспептической симптоматики в исследуемых группах

Тошнота, позывы на рвоту	Основная группа (n=57)		Группа контроля (n=31)	
	абс.	%	абс.	%
Второй триместр	17	29,8	0	0,0
Третий триместр	2	3,5	0	0,0

Как оказалось, во втором триместре у 29,8 % женщин основной группы сохранялись тошнота и позывы на рвоту. Наблюдаемая симптоматика отмечалась в среднем до $24,5 \pm 2,2$ недель беременности.

В третьем триместре в основной группе в 3,5 % случаев тошнота и позывы на рвоту сохранялись в среднем до $31 \pm 1,0$ недель беременности. Диспептические симптомы проявлялись, как правило, в связи с суточными колебаниями настроения, что указывало на связь этих соматических симптомов с депрессивным состоянием (Смулевич А. Б., 2003; Корнетов Н. А., 2003).

Когнитивные нарушения у беременных женщин с потерей плода в анамнезе имели специфические особенности, связанные с содержательной частью переживаний – ожиданием неблагоприятного исхода беременности или родов. Идеи собственной виновности касались, в основном, неспособности выносить и родить ребенка, стать полноценной матерью. Часто у женщин возникало невротическое желание «освободить» мужа и дать ему возможность реализовать отцовские функции с другой возможной супругой. Пациенты были фиксированы на сроке предыдущей потери плода, болезненно ожидая аналогичного срока во время настоящей беременности. Женщины испытывали глубочайшую вину перед потерянным в предыдущей беременности плодом, которого они идентифицировали как ребенка, вне зависимости от срока предыдущей потери.

При этом очень часто депрессивные пациенты не проявляли материнских эмоций по отношению к ребенку, вынашиваемому в настоящей беременности, из-за боязни привязаться к нему в случае выкидыша. Неосознанный страх проявления нежных чувств по отношению к внутриутробному ребенку, отсроченную к нему любовь, при невротическом поиске гарантий благополучного исхода беременности мы рассматривали как характерный способ психологической защиты у беременных женщин с потерей плода в анамнезе – изоляцию, т. е. интрапсихическое разделение аффективного и психологического содержания беременности.

Пессимистические мысли у депрессивных пациентов также активно связывались с исходом беременности и предстоящими родами. Женщины были уверены в неблагоприятном завершении беременности для себя или ребенка, многочисленных возможных осложнениях в гестационном периоде или в родах. Частыми были высказывания или предположения об умственной неполноценности или травмах ребенка в родах, что так же рассматривалось нами как психологическая защита по типу проекции. Суицидальные мысли не являлись характерными для наших пациентов. В то же время иногда женщин посещали пассивные суицидальные мысли в виде допущения возможности быть сбитой машиной, умереть от кровотечения в естественных родах, «навсегда заснуть под наркозом на операции». Мы наблюдали в этих случаях глубокую невротическую вину, испытываемую перед вынашиваемым ребенком за подобные мысли, а также родственниками, которые порой не подозревали об истинных чувствах женщины. Ответственность за возможный суицид всегда перекладывалась на случайный объект.

Таким образом, при диагностике депрессивного расстройства, оценивая генитальные симптомы у невынашивающих пациентов, в виде снижения или отсутствия сексуальной заинтересованности, не всегда следует рассматривать их как симптом депрессии. Выявление повышенных ночных шевелений плода должно являться причиной детального исследования характера сна.

Наличие раннего токсикоза, а позже присутствие диспептической симптоматики у невынашивающих пациентов должно расширять диагностический поиск этого состояния в пользу поиска аффективной патологии. Наблюдая пациентов данной категории, необходимо обращать внимание на когнитивные особенности, что также увеличит диагностическую распознаваемость депрессивных расстройств.

3.5. Формы, синдромальная характеристика и типология инициального периода депрессивных расстройств у беременных женщин с потерей плода в анамнезе

В анализируемой группе (n=89) у преобладающего числа пациентов, наряду с депрессивной симптоматикой, наблюдались симптомы тревоги, анергии, в меньшей степени присутствовала ананкастическая, дисфорическая симптоматика, ипохондрическая фиксация на соматически измененных ощущениях не наблюдалась.

Нами были выделены синдромальные варианты депрессии у женщин с потерей плода в анамнезе. Данные варианты определялись, согласно принятым в отечественной литературе синдромальным оценкам депрессии, а также научным данным, представленным в работах по изучению клинического полиморфизма аффективных расстройств (Корнетов Н. А., 1993; Счастный Е. Д., 2001; Кудякова Т. А., 2004; Шмунк Е. В., 2009).

Таблица 14 – Распределение пациентов с депрессивными расстройствами в зависимости от синдромальной структуры в начале исследования

Ведущий синдромальный вариант	Группа депрессивных пациентов	
	абс.	%
Тревожно-депрессивный	50	56,3
Депрессивно-динамический	31	34,8
Депрессивный	6	6,7
Депрессивно-ананкастический	1	1,1
Депрессивно-дисфориоподобный	1	1,1
Всего	89	100

Частота встречаемых синдромов (табл. 14) оценивалась нами в группе депрессивных пациентов на первом этапе исследования, что позволило использовать большую выборку (n=89).

Тревожно-депрессивный синдром встретился у 56,3 % женщин (50 случаев), депрессивно-динамический синдром присутствовал в 34,8 % случаев (31 наблюдение), депрессивный синдром отмечался в 6,7 % (6 случаев). По одному случаю были представлены депрессивно-ананкастический (1,1 %) и депрессивно-дисфориоподобный (1,1 %) синдромы.

Анализируя частоту распределения синдромов в группе депрессивных пациентов, следует подчеркнуть, что в нашем исследовании типичными для беременных женщин, имеющих потерю плода в анамнезе, оказались тревожная и динамическая депрессии.

Ниже приведено краткое описание клинических проявлений этих синдромов у беременных женщин с потерей плода в анамнезе. Клинические проявления выявленных синдромов с учетом среднего суммарного балла по шкале депрессии Гамильтона у пациентов основной группы на начало и конец психотерапии представлены в таблице 15.

Тревожно-депрессивный синдром наблюдался у 56,9 % пациентов основной группы, вступивших в психотерапию. Для этого клинического варианта депрессии средний балл по шкале депрессии Гамильтона составил $14,4 \pm 2,9$. В конце исследования в основной группе пациентов, ответивших на когнитивную психотерапию, средний балл по шкале депрессии Гамильтона имел значение $4,0 \pm 1,6$. Основным клиническим проявлением явилось преобладание в эмоциональной сфере тревоги, связанной с возможным неблагоприятным исходом беременности, наличием чувства неминуемой беды, опасений за исход родов. Женщины искали гарантий физиологического течения беременности, высказывали многочисленные сомнения в благополучном исходе беременности и родов, были уверены в наличии патологии у ребенка. Наблюдаемый нами тревожный аффект отражался в идеаторном и моторном беспокойстве. С усилением глубины тревожного аффекта у депрессивных пациентов определялись наиболее выраженные соматопсихические нарушения: сердцебиения, давление в области сердца.

Таблица 15 – Синдромальная структура депрессивных расстройств пациентов с учетом среднего суммарного балла по шкале Гамильтона

Синдромальный вариант	Начало исследования			Конец исследования		
	абс.	%	HDRS-17	абс.	%	HDRS-17
Тревожно-депрессивный	41	56,9	14,4±2,9	27	56,2	4,0±1,6
Депрессивно-динамический	27	37,5	14,4±3,1	19	39,6	3,9±1,8
Депрессивный	2	2,8	12,0±2,3	1	2,1	4,0
Депрессивно-ананкастический	1	1,4	9,0	1	2,1	5,0
Депрессивно-дисфориоподобный	1	1,4	16,0			
Всего	72	100		48	100	

У некоторых беременных женщин тревожный аффект сочетался с раздражительностью, другие пациенты переживали тоску. Пациенты с тревожной депрессией часто были многоречивы, искали повод рассказать о своем состоянии, ждали помощи и совета. Продуктивная деятельность часто была снижена: беременные женщины теряли уверенность в правильности выполнения привычных обязанностей, лишались способности переключать внимание на необходимый вид деятельности, вследствие чего начинали выполнять лишь самое необходимое.

В более легких случаях тревога выражалась в форме чувства внутреннего напряжения, ожидания плохих результатов скрининговых исследований, повторных исследований плода у «надежных» специалистов, ожидания гестационных сроков, соответствующих понятиям жизнеспособности или зрелости плода, поиска «лучшего» врача и «надежного» акушерского стационара на период родов.

Депрессивно-динамический синдром в начале исследования отмечался в 37,5 % наблюдений. Для этого клинического варианта средний балл по шкале депрессии Гамильтона составил 14,4±3,1. В конце исследования в основной группе пациентов, ответивших на когнитивную психотерапию, средний балл по шкале Гамильтона имел сниженное значение – 3,9±1,8. Наиболее характерной особенностью беременных с депрессивно-динамическим синдромом являлась вялость аффективных переживаний, хроническое чувство потери энергии.

Пациенты жаловались на отсутствие удовольствия от процесса вынашивания ребенка, мысли о ребенке перемежались мыслями о жалости к себе. Несмотря на наличие идеаторной и двигательной заторможенности, характерной для других депрессивных состояний, беременные в меньшей степени ощущали душевную тяжесть и тоску. В большей степени пациенты сообщали об умственной истощаемости, чувстве бессилия, разбитости, жаловались на вялость, снижение способности выполнять умственную или физическую работу. Беременные отмечали чувство несвежести, поверхностность сна, дневную сонливость. Психовегетативные симптомы были ярко выражены в клинической картине в виде одышки, сердцебиения, бледности кожных покровов.

Пациенты говорили о неприятных ощущениях в разных частях тела, преимущественно в области матки и промежности (чувство жжения, пульсации, сжатия, тяжести), часто жаловались на ноющие головные боли, распирающие ощущения в эпигастрии, тошноту, спазмы и отрыжку. Беременные были плаксивы, рассеяны, безынициативны, чем вызывали отсутствие понимания у персонала. С трудом удерживая необходимую информацию, пропускали исследования. Жалуясь на отсутствие памяти, все же стремились к выполнению врачебных рекомендаций. Характерной особенностью для данного типа депрессии являлось сохранение побуждений на вынашивание беременности и предстоящее материнство, наличие желания воспитывать ребенка. Предъявляя жалобы на плохое самочувствие, они искали поддержку и часто выражали зависть к здоровым беременным женщинам, проявляющим активность в разных сферах деятельности. Пациенты часто высказывались подобным образом: «Мне бы только найти силы, чтобы выносить ребенка, потом все смогу сделать». «Нет сил вынашивать беременность, мне бы поскорее родить». «Как хочется стать матерью, но где найти силы, чтобы родить ребенка!». Внешне они были вялыми и пассивными, высказывали жалобы, что у них не складываются отношения с врачом. На акушеров-гинекологов такие пациенты производили впечатление незаинтересованных в вынашивании беременности, исходе родов.

Депрессивный синдром в начале исследования отмечался в 2,8 % наблюдений. Для данного синдрома средний балл по шкале депрессии Гамильтона составил $12,0 \pm 2,3$. В конце исследования ответом на когнитивную терапию явилось снижение депрессивного балла до 4,0. У беременных женщин наблюдалась классическая депрессивная триада: подавленное настроение, замедление и заторможенность психомоторных процессов, затруднение мышления и концентрации внимания. Соматопсихические ощущения передавались такими выражениями, как «пустота в душе», «пустота в матке». Тоска сопровождалась витальным компонентом, беременные часто вздыхали, указывали на душевную боль, говорили о неспособности что-либо чувствовать, ощущать ребенка как физически, так и душевно. Женщины периодически высказывали опасения о том, что с трудом смогут выполнять материнские функции. Беременные были вялыми, заторможенными, во время беседы долго смотрели в одну точку, трудно осознавали смысл вопроса или быстро забывали содержание беседы, отвечали с задержкой. Такие пациенты вызвали значительную тревогу у акушеров-гинекологов на протяжении всей беременности.

Депрессивно-ананкастический синдром в начале исследования наблюдался в 1,4 % случаев. Для данного синдрома средний балл по шкале депрессии Гамильтона составил 9,0. В конце исследования депрессивный балл снизился до 5,0. Данный вариант сочетался с психастеническим характером. Присутствовали жалобы на невозможность избавиться от неприятных мыслей. Депрессия с навязчивостью проявлялась в повторяющихся неотвязных мыслях и страхах по поводу неблагоприятного исхода беременности, тяжелого заболевания у ребенка, непереносимых травм в предстоящих родах. Ведение беременности в данном случае для врачей представляло сложности из-за катастрофического мышления пациентов с отрицанием улучшения состояния. С подобными особенностями врачам постоянно приходилось сталкиваться, что вызывало у специалистов чувство недоумения и желание скорее расстаться с такими пациентами.

В противоположность желанию врача пациенты с депрессивно-ананкастическим синдромом буквально навязывались «знакомому доктору», не доверяя другим специалистам.

Депрессивно-дисфориоподобный синдром в начале исследования встречался в 1,4 % случаев. Для этого клинического варианта балл по шкале депрессии Гамильтон составил 16,0. У пациентов с данным синдромом логическим вариантом отсутствовал ответ на когнитивную психотерапию. Помимо основных и дополнительных симптомов депрессии, отмечалось постоянное недовольство своим положением в роли пациента, отношением со стороны персонала, состоянием здоровья, течением гестационного процесса, полом ребенка. Для беременных были характерны угрюмость, брюзгливость, настороженность. Присутствовало негативное мышление обобщающего характера, обвиняющие высказывания в сторону врачей из-за кажущегося отсутствия внимания с их стороны. Вина всегда проецировалась на окружающих, в своем болезненном состоянии обвинялись близкие.

Проведена оценка инициального периода пациентов с депрессивными расстройствами периода беременности, с наличием в их структуре легких и умеренно выраженных расстройств, которые приобретали типологические варианты и психопатологические оттенки разной выраженности. Выделены следующие типы: диспептический, психовегетативный, алгический, диссомнический, аффективный, анергический (рис. 2) (Корнетов Н. А., 1992). Инициальный период оценивался в группе депрессивных пациентов на I этапе исследования, что позволило использовать большую выборку (n=89).

Диспептический тип (30,3 % – n=27) был представлен гастроинтестинальными расстройствами. Беременные женщины отмечали изменения аппетита в виде повышения или понижения. Сообщали о нарушении вкусовых ощущений, появлении сухости во рту, болей в эпигастрии, изжоги, утреннего метеоризма, запоров и реже поносов. Диспептические симптомы проявлялись в связи с суточными колебаниями настроения, что указывало на связь этих соматических симптомов с депрессивным состоянием.

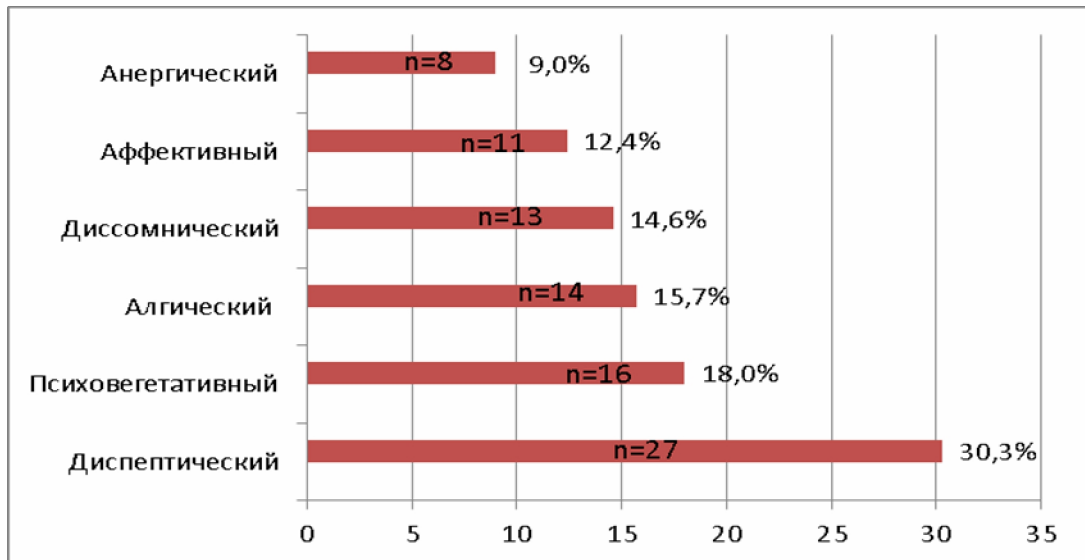


Рисунок 2 – Частота представленных типов в инициальном периоде

Психовегетативный тип выявлен в 18,0 % наблюдений (n=16). Беременные женщины высказывали жалобы на недомогание, отмечали боли, тяжесть в голове. Доминировали рецепторные расстройства в виде парестезий и элементарных сенестопатий. Часто наблюдалась повышенная потливость или сухость слизистых.

Алгический тип отмечен у 15,7 % пациентов (n=14). Данный вариант характеризовался болевыми ощущениями различной локализации, но преимущественно болевые реакции концентрировались внизу живота, в области поясницы.

Диссомнический тип встречался у 14,6 % пациентов (n=13). В структуре данного типа присутствовал широкий спектр расстройств сна: сложности засыпания, поверхностный сон, частые и ранние пробуждения, ночные кошмарные сновидения, отсутствие чувства сна.

Аффективный тип встречался у 12,4 % пациентов (n=11). Данный вариант характеризовался вспышками раздражения или тревоги. Беременные отмечали немотивированные колебания настроения. Чувство неуверенности в правильности решения относительно вынашивания ребенка резко сменялось приступом тоски и ощущением безысходности.

Анергический тип был зарегистрирован у 9,0 % беременных женщин ($n=8$). В структуре подобного варианта отмечались жалобы на отсутствие энергии, преобладающее чувство лени, хронической вялости. Беременные сообщали о затруднениях в сфере элементарной деятельности, требующей напряжения внимания. Пациенты жаловались на ощущение соматической скованности и разбитости, которое преимущественно беспокоило в первую половину дня. Беременные сомневались в своей способности вынашивать плод в подобном состоянии.

С целью определения характеристики взаимосвязей между клинко-типологическими вариантами депрессивных расстройств и типологией инициального периода депрессивного расстройства использовался корреляционный анализ (Spearman).

В ходе проведения корреляционного анализа было выявлено, что для тревожной депрессии в инициальном периоде более характерен психовегетативный тип ($R=0,34$; $p=0,004$). Простая депрессия чаще имела диспептический вариант начала ($R=0,25$; $p=0,0037$). В случае ананкастической депрессии встретился анергический вариант начала ($R=0,34$; $p=0,004$). Дисфориоподобная депрессия имела диссомническое начало ($R=0,29$; $p=0,0012$). Для адинамической депрессии менее характерным оказался психовегетативный тип ($R=-0,29$; $p=0,0014$).

Таким образом, типичными для беременных женщин, имеющих потерю плода в анамнезе, являются варианты тревожной и адинамической депрессии. Наблюдая пациентов с потерей плода в анамнезе, которые, как правило, обращаются к акушерам-гинекологам на ранних сроках беременности, важно сосредоточивать внимание на инициальных симптомах, указывающих на развитие аффективного состояния. Дифференцированный взгляд на выявленные симптомы, касающиеся снижения сексуальной заинтересованности, повышенного шевеления плода в ночные часы, затянувшегося раннего токсикоза, должен быть направлен на уточнение психического состояния пациентов.

Учет социальных, психопатологических и акушерских факторов, способствующих развитию депрессивного эпизода, позволит выделить группу риска пациентов, нуждающихся в более детальном наблюдении. Такой комплексный подход, несомненно, увеличит диагностическую распознаваемость депрессивных расстройств, что скажется на адекватном ведении пациентов во время беременности.

ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПЕРИОДА БЕРЕМЕННОСТИ, ИМЕЮЩИХ ПОТЕРЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

4.1. Тактика ведения пациентов с депрессивными расстройствами во время беременности, имеющих потерю плода в анамнезе

Психотерапевтическая работа с пациентами, имеющими легкую и умеренную степень тяжести депрессивного расстройства, начиналась после оценки психического состояния с использованием шкалы депрессии Гамильтона, шкалы тревоги Гамильтона, шкалы социальной адаптации.

В таблице 16 представлена структура тяжести депрессивного эпизода на момент начала психотерапевтического вмешательства в основной группе.

Таблица 16 – Структура тяжести депрессивных расстройств на момент начала когнитивной терапии в основной группе

Тяжесть заболевания	Основная группа	
	абс.	%
Легко выраженная	47	65,3
Умеренно выраженная	25	34,7
Всего	72	100

Оценка динамики психического состояния пациентов основной группы проводилась в соответствии с пунктами шкалы CGI (табл. 17). Анализ данных по шкале глобальной клинической оценки для пациентов, ответивших на данный вид терапии, соответствует конечному этапу исследования (перед родами).

Такие пункты, как без перемен, незначительное ухудшение, существенное ухудшение, были представлены пациентами на этапе применения исключительно психотерапевтических методов лечения.

Среди 72 пациентов, вступивших в когнитивную психотерапию и ее завершивших, 48 пациентов ответили на психотерапию. После родоразрешения с этими пациентами проводились встречи с периодичностью 1 раз в 2 месяца в течение полугода.

Таблица 17 – Динамика психического состояния в основной группе в зависимости от ответа на когнитивную психотерапию в соответствии со шкалой CGI

Динамика психического состояния	Основная группа	
	абс.	%
Оценить невозможно (исключены из исследования на втором этапе исследования)	15	20,8
Значительное улучшение (оценка перед родами)	33	45,8
Существенное улучшение (оценка перед родами)	15	20,8
Незначительное улучшение	0	0
Без перемен (оценка на 2—3-й неделе)	5	7,0
Незначительное ухудшение (оценка на 2—3-й неделе)	3	4,2
Существенное ухудшение (оценка на 2—3-й неделе)	1	1,4
Значительное ухудшение	0	0
Всего	72	100

Психотерапию не завершили 15 пациентов, вследствие чего они были исключены из исследования на втором этапе. Среди них 3 пациента были исключены из основной группы в связи с развитием у них акушерской патологии, относившейся к критериям исключения из основной группы. Они продолжили психотерапию, ориентированную на работу с отдельными акушерскими состояниями, но не в рамках исследования. У 12 пациентов беременность завершилась потерей плода, что также послужило критерием исключения из основной группы. В раннем послеродовом периоде им была предложена работа с потерей, которая осуществлялась в течение 6 месяцев и не входила в рамки настоящего исследования.

При отсутствии эффекта от психотерапевтического лечения (n=9) пациентам рекомендовали прием антидепрессанта растительного происхождения негрустин, 425 мг в капсулах, который беременные женщины принимали 2 раза: утром и вечером до родов, продолжая посещать психотерапевтические сессии. Перед родами препарат отменяли, в послеродовом периоде с этими пациентами проводились встречи с периодичностью 1 раз в 2 месяца в течение полугода. С теми пациентами, которые не ответили улучшением психического состояния на проводимую когнитивную терапию, но тем не менее отказались во время беременности от приема негрустина (n=4), в послеродовом периоде проводили беседу, где предлагалось фармакологическое лечение, при отказе обсуждали другие терапевтические подходы.

Окончательный период терапии у пациентов проходил в два этапа. Перед родами, в сроке 38—40 недель беременности, проводилась оценка психического состояния пациентов с применением психометрических шкал. Кроме того, проводили описание психического статуса и психологических особенностей пациентов для врачей акушеров-гинекологов, принимавших роды у этих женщин. В раннем послеродовом периоде вновь осуществлялся контроль психического состояния.

4.2. Клиническая эффективность психотерапевтического метода лечения депрессивных расстройств беременных женщин с потерей плода в анамнезе

В ходе нашего исследования из 57 пациентов основной группы, вступивших в психотерапию и завершивших ее, 84,2 % (n=48) пациентов ответили на данный метод лечения. Они составили подгруппу эффективной когнитивной терапии. Не дали ответ на данный метод лечения 15,8 % (n=9) пациентов, они образовали подгруппу не ответивших на когнитивную терапию (табл. 18).

Таблица 18 – Распределение пациентов в основной группе в зависимости от ответа на когнитивную терапию

Подгруппы	Основная группа	
	абс.	%
Эффективная КТ	48	84,2
Не ответившие на КТ	9	15,8
Всего	57	100

Примечание. КТ – когнитивная терапия.

В начале исследования в основной группе пациентов (n=57) средний депрессивный балл по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-17) составил $14,5 \pm 3,1$, что соответствовало уровню легкой и умеренно выраженной депрессии в данной выборке больных. Данные отражены в таблице 19.

Уровень тревоги по шкале Гамильтона (HARS) в начале исследования в основной группе (n=57) имел среднее значение $15,7 \pm 1,4$ балла, что позволило составить представление о легком уровне тревоги в данной выборке пациентов, при этом выявлена статистическая достоверность различий с груп-

пой контроля, где средний балл по шкале тревоги Гамильтона имел значение $5,8 \pm 1,1$ ($p < 0,0001$).

Таблица 19 – Динамика депрессивной симптоматики в исследуемых группах

Параметр	Основная группа		Группа контроля (n=31)	Пара, имеющая статистически значимые различие
	Эффективная КТ (n=48)	Не ответившие на КТ (n=9)		
	1	2	3	
До исследования, баллы (ШГ)	$14,5 \pm 3,1$	$15,9 \pm 0,6$	$2,74 \pm 2,0$	1-3; 2-3
Первая неделя, баллы (ШГ)	$12,8 \pm 3,1$	$15,9 \pm 1,3$	$2,83 \pm 1,9$	1-2; 1-3; 2-3
Вторая неделя, баллы (ШГ)	$11,3 \pm 3,1$	$16,0 \pm 1,0$	$3,0 \pm 1,8$	1-2; 1-3; 2-3
Четвертая неделя, баллы (ШГ)	$9,2 \pm 2,5$	$14,1 \pm 1,8$	$3,2 \pm 1,3$	1-2; 1-3; 2-3
Шестая неделя, баллы (ШГ)	$7,4 \pm 1,8$	$11,9 \pm 4,1$	$3,2 \pm 1,3$	1-2; 1-3; 2-3
Четырнадцатая неделя, баллы (ШГ)	$6,4 \pm 1,9$	$10,2 \pm 5,8$	$3,2 \pm 1,3$	1-2; 1-3; 2-3
Перед родами, баллы (ШГ)	$4,7 \pm 1,9$	$9,6 \pm 6,3$	$4,9 \pm 0,8$	1-2; 2-3
После родов, баллы (ШГ)	$4,1 \pm 2,0$	$9,3 \pm 6,7$	$4,4 \pm 0,9$	1-2; 2-3

Примечание. ШГ – средний балл по шкале Гамильтона; КТ – когнитивная терапия

В начале исследования внутри основной группы между подгруппами не было статистически значимых различий ($p = 0,05$). К концу первой недели исследования между подгруппами основной группы возникла статистически достоверная значимость различий ($p < 0,001$), которая сохранялась до конца исследования ($p < 0,0001$).

Статистически значимые различия в начале исследования наблюдались между подгруппой эффективной когнитивной терапии, где средний балл по шкале Гамильтона имел значение $14,5 \pm 3,1$ балла и основной группой, где средний депрессивный балл составлял $2,74 \pm 2,0$ ($p < 0,0001$). Ослабление депрессивных симптомов в подгруппе пациентов эффективной когнитивной терапии отмечалось к концу 4-й недели психотерапевтического лечения при среднем балле по шкале депрессии Гамильтона, равном $9,2 \pm 2,5$ балла. Однако это имело статистически значимое различие со средним депрессивным баллом в группе контроля ($p < 0,0001$). К 6-й неделе исследования средний депрессивный балл снизился до $7,4 \pm 1,8$, а в группе контроля имел значение $3,2 \pm 1,3$ ($p < 0,0001$). У пациентов подгруппы эффективной когнитивной терапии редуцировались самообвиняющие высказывания, идеи неполноценности и в целом когнитивный компонент депрессии, включающий снижение уровня затрудненного мышления, концентрации внимания и склонности к сомнени-

ям. К 14-й неделе исследования средний балл по шкале Гамильтона имел значение $6,4 \pm 1,9$, а в группе контроля составлял $3,2 \pm 1,3$ балла ($p < 0,0001$). Пациенты подгруппы эффективной когнитивной терапии анализировали свои когнитивные карты (приложение 9), оспаривали ранее существовавшие ложные убеждения, контролировали при помощи релаксационных методик тревогу, ощущали радость от предстоящего материнства и планировали предстоящие роды.

Перед родами в подгруппе эффективной когнитивной терапии общее количество баллов по шкале депрессии составило $4,7 \pm 1,9$, что не имело статистически значимых различий со средним депрессивным баллом в группе контроля ($p = 0,5$). Подобная тенденция сохранялась и в раннем послеродовом периоде, когда средний депрессивный балл соответствовал $4,1 \pm 2,0$, а в группе контроля имел значение $4,4 \pm 0,9$ ($p = 0,4$).

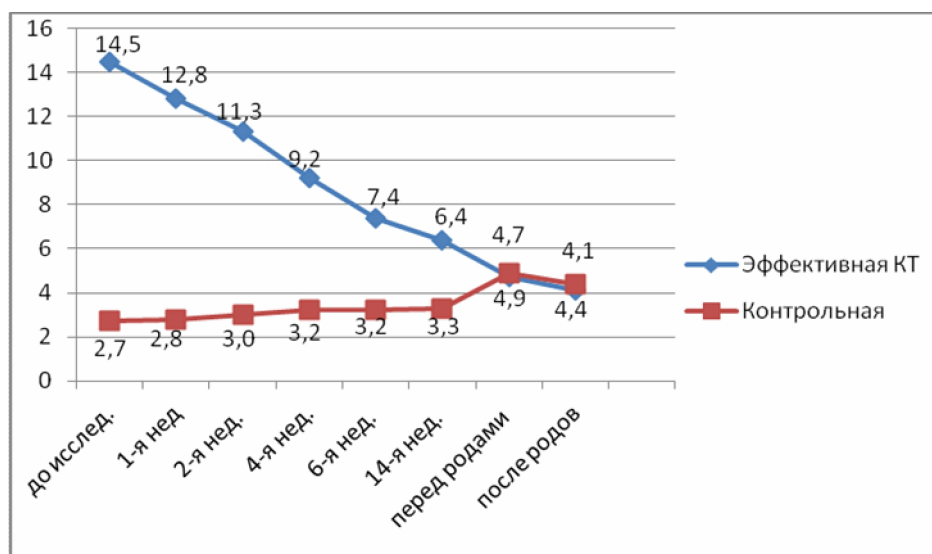


Рисунок 3 – Динамика депрессивной симптоматики в подгруппе эффективной когнитивной терапии и группе контроля

На рисунке 3 представлена динамика депрессивной симптоматики в подгруппе эффективной когнитивной терапии, и группе контроля.

При оценке тревоги в соответствии со шкалой тревоги Гамильтона (HARS) в подгруппе эффективной когнитивной терапии, перед родами было зафиксировано снижение среднего балла по шкале тревоги Гамильтона до

6,3±1,0. При этом следует отметить, что статистически значимых различий с соответствующим средним баллом группы контроля (6,2±1,1) не было выявлено ($p>0,05$).

Таким образом, следует констатировать, что когнитивный психотерапевтический метод оправдал себя при работе с депрессивными пациентами, имеющими потерю плода в анамнезе.

Применение когнитивных психотерапевтических методик позволило снизить депрессивную симптоматику пациентов подгруппы эффективной когнитивной терапии до уровня, не отличающегося от психически здоровых пациентов группы контроля перед родами и в раннем послеродовом периоде.

Динамика депрессивной симптоматики в подгруппе пациентов, не ответивших на когнитивную терапию, в зависимости от предложенной тактики имела некоторые клинические особенности (табл. 20, рис. 4).

Таблица 20 – Динамика депрессивной симптоматики в подгруппе пациентов, не ответивших на когнитивную терапию (Mann-Whitney test)

Параметр	Не ответившие на КТ (n=9)	
	Препарат+КТ n=5	Неэффективная КТ n=4
До исследования, баллы (ШГ)	16,4±0,6	15,8±0,9
Первая неделя, баллы (ШГ)	16,6±0,5	15,0±1,4
Вторая неделя, баллы (ШГ)	16,6±0,6*	15,2±0,9*
Четвертая неделя, баллы (ШГ)	13,0±0,7*	15,5±1,9*
Шестая неделя, баллы (ШГ)	8,6±0,9***	16,0±1,8***
Четырнадцатая неделя, баллы (ШГ)	5,4±1,5***	16,2±1,2***
Перед родами, баллы (ШГ)	4,0±0,7***	16,5±1,0***
После родов, баллы (ШГ)	3,8±0,8***	16,2±1,7***

Примечание. ШГ – средний балл по шкале Гамильтона; КТ – когнитивная терапия. Достоверность различий: * – $p<0,05$; *** – $p<0,0001$.

К концу 2-й недели исследования, в связи с отсутствием эффекта на когнитивную психотерапию, пациентам был предложен комбинированный метод лечения. При этом обращает на себя внимание тот факт, что средний депрессивный балл на 2-й неделе исследования в подгруппе пациентов, согласившихся принимать негрустин, был статистически большим (16,6±0,6) по сравнению с подгруппой пациентов, отказавшихся принимать препарат (15,2±0,9, $p<0,05$). Вероятно, меньшая степень выраженности депрессивных

симптомов в большей степени позволяет пациентам надеяться на собственные защитно-адаптивные ресурсы.

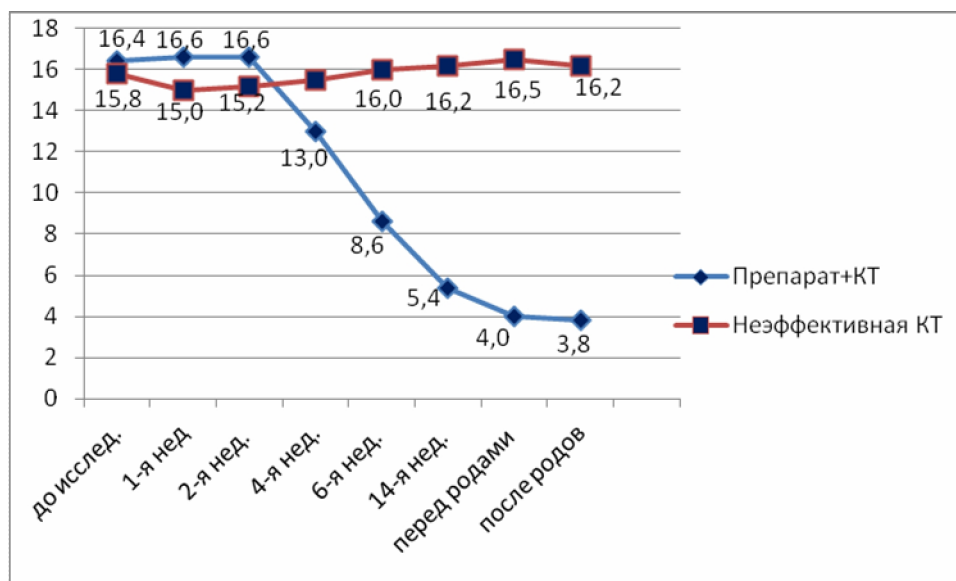


Рисунок 4 – Динамика депрессивной симптоматики в подгруппе не ответивших на когнитивную терапию

Редукция депрессивной симптоматики у пациентов, проходивших комбинированное лечение (препарат+КТ), плавно развивалась в первые 2 недели терапии. Средний депрессивный балл к концу 2-й недели комбинированного лечения (6-я неделя исследования) достиг значения $8,6 \pm 0,9$. Это имело статистически значимые различия ($p < 0,0001$) с подгруппой пациентов, отказавшихся принимать препарат и продолжавших психотерапевтическое лечение депрессии (неэффективная КТ).

Следует акцентировать внимание, что наиболее быстро ослабевала выраженность соматических симптомов депрессии, снижались интрасомнические нарушения в виде ночных пробуждений с последующим засыпанием, уменьшался уровень тревоги, дезактуализировались навязчивые мысли и опасения.

К 14-й неделе исследования средний депрессивный балл в подгруппе пациентов, проходивших комбинированное лечение (препарат+КТ) достиг $5,4 \pm 1,5$, что имело статистически значимые различия с подгруппой пациен-

тов, отказавшихся принимать препарат (неэффективная КТ), где средний депрессивный балл приобрел значение $16,2 \pm 1,2$, $p < 0,0001$.

Как правило, редуцировались высказывания, касающиеся неблагоприятного исхода беременности, женщины перестали сомневаться в своей материнской компетенции и включились в процесс подготовки к родам.

Перед родами препарат отменялся, среднее количество баллов имело значение $4,0 \pm 0,7$, что статистически не отличалось от среднего депрессивного балла пациентов подгруппы эффективной когнитивной терапии ($4,7 \pm 1,9$) и от среднего депрессивного балла пациентов группы контроля ($4,9 \pm 0,8$; $p > 0,05$). Средний балл по шкале тревоги Гамильтона в подгруппе пациентов, проходивших комбинированное лечение (препарат+КТ) в конце исследования соответствовал $6,0 \pm 0,7$, что не составило статистической разницы с соответствующим средним баллом подгруппы эффективной когнитивной терапии ($6,3 \pm 1,0$) и средним баллом группы контроля по окончании исследования ($6,2 \pm 1,1$; $p > 0,05$).

Что касается подгруппы пациентов, отказавшихся принимать препарат (неэффективная КТ), то на фоне монотонности среднего депрессивного балла в течение всего периода исследования, составившего $16,5 \pm 1,0$ балла перед родами, у пациентов отмечался низкий интерес к процессу психотерапии. Средний балл по шкале тревоги Гамильтона в конце исследования соответствовал значению $15 \pm 0,7$ баллов.

Пациенты продолжали жаловаться на ночные пробуждения, повышенные шевеления плода вечерние и ночные часы. По мере увеличения срока гестации чаще стали возникать навязчивые мысли и опасения за исход беременности и родов, появились фантазии о возможных травмах в родах и уродствах у плода. Пациенты сообщали о незначительном эффекте релаксационных мероприятий, настаивали на других психотерапевтических методах, в частности на проведении гипноза. При обсуждении этого желания некоторые из пациентов с неловкостью сообщали о поисках «альтернативных» методов лечения, в частности рассказывали о посещениях «бабушек» и других «цели-

телей» с целью снятия «сглаза, порчи». Пациенты пропускали назначенные сессии или отменяли их по телефону, ссылаясь на плохое самочувствие. Однако, даже приходя на запланированную сессию, в большей степени акцентировались на многочисленных акушерских жалобах, пытались самостоятельно интерпретировать симптомы или просили объяснить полученные результаты анализов, оценить параметры плацентометрии и фетометрии, нежели были настроены на возможности психотерапевтической работы: поиск автоматических мыслей и связанных с ними убеждений.

Поиск пациентами причинно-следственных связей между акушерской патологией и возможным негативным исходом беременности приводил к постоянной рефлексии и актуализации проблем потери плода в предыдущих беременностях, что меняло вектор направленности в психотерапии. Подобное поведение пациентов в психотерапии осложняло проведение когнитивных психотерапевтических сессий и вновь требовало применения рациональных методов психотерапии с последующим возвращением к когнитивным психотерапевтическим подходам.

4.3. Оценка эффективности проводимой когнитивной психотерапии в гестационном и послеродовом периодах

С целью оценки эффективности проводимой терапии были изучены показатели социальной адаптации пациентов по Шкале самооценки социальной адаптации (SASS) до начала психотерапии и на этапе ее завершения – перед родами. При этом осуществляли клиническое наблюдение за течением беременности, проводили катamnестическое прослеживание в течение 3 лет.

Согласно полученным результатам, в начале исследования средний балл по шкале SASS в подгруппе эффективной когнитивной терапии был $27,5 \pm 3,0$ балла, в то время как в группе контроля имел более высокое значение ($35,2 \pm 3,4$, $p < 0,0001$). В конце исследования средний балл по шкале SASS в подгруппе эффективной когнитивной терапии имел значения $37,0 \pm 3,1$ балла, а в группе контроля составил $36,6 \pm 3,8$ ($p > 0,05$).

В соответствии с общим количеством баллов по Шкале социальной адаптации (SASS) пациенты исследуемых групп разделились на 3 подгруппы.

Подгруппа I (от 0 до 22 баллов) включала в себя пациентов с выраженным снижением качества жизни и социального функционирования, что оценивалось как плохая социальная адаптация.

Подгруппа II (от 23 до 35 баллов) состояла из пациентов с затрудненным социальным функционированием и неудовлетворительным качеством жизни, что оценивалось как затрудненная социальная адаптация.

Подгруппа III (от 35 до 45 баллов) включала пациентов с хорошим уровнем социального функционирования и удовлетворительным качеством жизни, что оценивалось как хорошая социальная адаптация.

Авторы шкалы самооценки социальной адаптации (SASS) выделили еще и подгруппу IV, включающую респондентов с очень высокой социальной адаптацией (в пределах от 46 до 60 баллов) (Bosc M., Dubini A., Polin V., 1997). Но таких пациентов в исследуемой нами выборке не было выявлено ни в начале, ни в конце исследования.

Оценка пациентов подгруппы эффективной когнитивной терапии в соответствии со шкалой SASS вначале исследования показала следующее распределение (рис. 5).

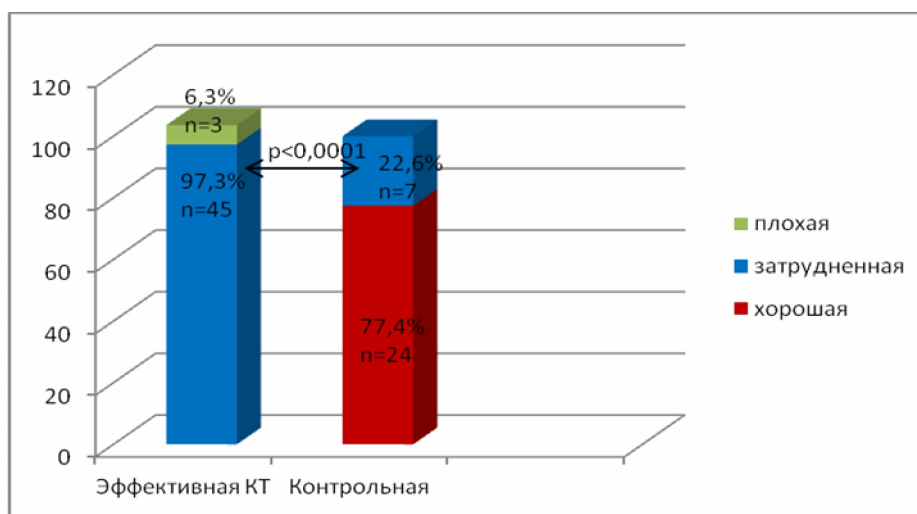


Рисунок 5 – Социальная адаптация в двух группах в начале исследования

В подгруппу I вошли 6,3 % (n=3) пациентов, подгруппу II составили 93,7 % (n=45) беременных женщин. В конце исследования количество пациентов в подгруппе II уменьшилось до 12,5 % (n=6), а в подгруппе III, напротив, увеличилось до 87,5 % (n=42).

В группе контроля в начале исследования 22,6 % (n=7) пациентов показали затрудненное социальное функционирование и составили подгруппу II, что имело статистически значимые различия с аналогичным показателем у пациентов подгруппы эффективной когнитивной терапии ($p=0,0001$). Большая часть пациентов группы контроля (77,4 % – n=24) вошли в подгруппу III.

В группе контроля в конце исследования количество пациентов в подгруппе II уменьшилось до 12,9 % (n=4), а в подгруппе III, наоборот, возросло до 87,1 % (n=27), что не имело статистически значимых различий с пациентами подгруппы эффективной когнитивной терапии ($p>0,05$). Уровень социальной адаптации в конце исследования представлен на рисунке 6.

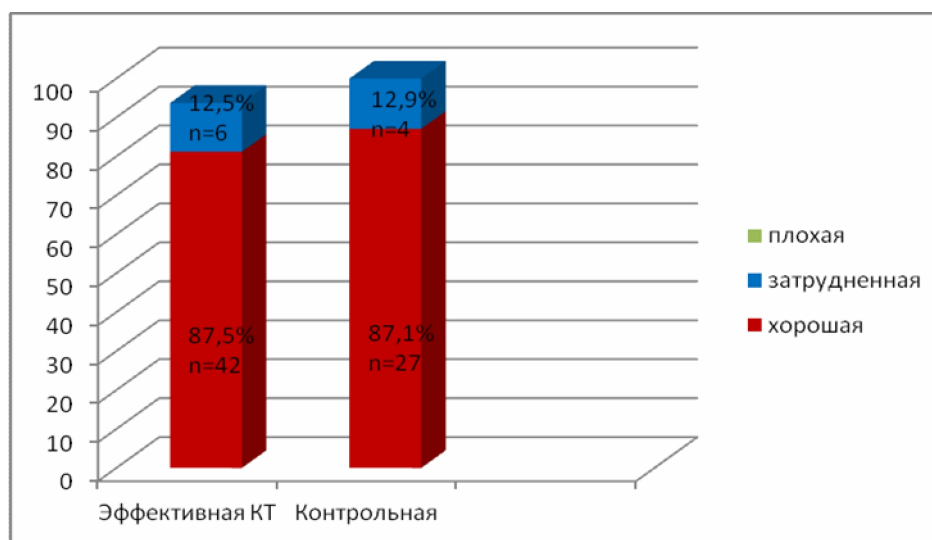


Рисунок 6 – Социальная адаптация в двух группах в конце исследования

В подгруппе пациентов, проходивших комбинированное лечение (препарат+КТ), уровень социальной адаптации в конце исследования в соответствии со шкалой SASS не имел статистически достоверных различий ($p>0,05$) с подгруппой пациентов эффективной когнитивной терапии, точно так же как и с группой контроля, и составил $37,2\pm0,8$ балла.

В подгруппе пациентов отказавшихся принимать препарат и продолжавших психотерапевтическое лечение депрессии (неэффективная КТ), уровень социальной адаптации в конце исследования соответствовал уровню социальной адаптации на начальном этапе исследования ($24,0 \pm 3,6$ балла).

При проведении корреляционного анализа в основной группе были получены следующие данные: чем ниже была социальная адаптация пациентов в начале исследования, тем выше был уровень депрессии, регистрируемый по шкале депрессии Гамильтона ($R=-0,4$; $p=0,006$). Низкому уровню социальной адаптации соответствовал низкий уровень социальной поддержки со стороны значимых близких людей ($R=0,3$; $p=0,03$).

Чем выше был уровень социальной адаптации в послеродовом периоде, тем меньшая тяжесть депрессии отмечалась по шкале депрессии Гамильтона на всех этапах оценки: на четвертой неделе исследования ($R=-0,4$; $p=0,02$); на шестой неделе ($R=-0,4$; $p=0,002$); на четырнадцатой неделе ($R=-0,5$; $p=0,001$); перед родами ($R=-0,3$; $p=0,03$). Установлено, что улучшению социальной адаптации способствовало более раннее начало психотерапии ($R=-0,3$; $p=0,03$).

Оценка эффективности психотерапии предполагала осуществление клинического наблюдения за течением беременности в двух исследуемых группах: подгруппе эффективной когнитивной терапии ($n=48$) и группе контроля ($n=31$).

Угроза прерывания беременности явилась значимым осложнением в первом и втором триместрах в двух исследуемых группах. До начала психотерапевтического лечения (первый триместр) данное осложнение в подгруппе эффективной когнитивной терапии наблюдалось в 70,8 % случаев ($n=34$), а в группе контроля регистрировалось в 32,3 % наблюдений ($n=10$) ($p<0,001$). Психотерапевтическое вмешательство позволило снизить выраженность данного осложнения до 54,2 % ($n=26$) во втором триместре, что статистически не отличало подгруппу эффективной когнитивной терапии от группы контроля, где подобное осложнение регистрировалось в 35,5 % ($n=11$) ($p>0,05$). В третьем триместре угроза преждевременных родов в под-

группе эффективной когнитивной терапии наблюдалась в 47,9 % случаев ($n=23$), в группе контроля фиксировалась в 48,4 % случаев ($n=15$) ($p>0,05$).

В исследуемых группах мы наблюдали такое осложнение, как преэклампсия. В подгруппе эффективной когнитивной терапии данное осложнение встретилось у 22,9 % беременных ($n=11$), а в группе контроля наблюдалось в 25,8% случаев ($n=8$) ($p>0,05$). По тяжести преэклампсии статистически значимые различия в исследуемых группах получены не были.

Кроме того, в обеих исследуемых группах выявлено развитие такого осложнения, как плацентарная недостаточность. Диагноз плацентарной недостаточности носил комплексный характер и ставился исходя из данных доплерометрии, кардиотокографии и ультразвуковых признаков состояния плаценты и плода.

Плацентарная недостаточность регистрировалась во втором триместре в подгруппе эффективной когнитивной терапии у 52% женщин ($n=25$), в группе контроля зафиксирована в 32,3 % случаев ($n=10$) ($p>0,05$). В третьем триместре беременности плацентарная недостаточность присутствовала в подгруппе эффективной когнитивной терапии в 56,3 % случаев ($n=27$), в группе контроля – у 41,9 % женщин ($n=13$) ($p>0,05$).

В исследуемых группах наблюдались как срочные, так и преждевременные роды, при этом статистически достоверная значимость различий между сравниваемыми группами отсутствовала ($p>0,05$).

При рождении детей в исследуемых группах не только фиксировались антропометрические показатели, но также оценивалось состояние новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни. При проведении подобных оценок нами не были получены статистически значимые различия по этим параметрам.

Помимо того, были проанализированы факторы, влияющие на эффективность когнитивной терапии у депрессивных пациентов основной группы. При проведении корреляционного анализа были зарегистрированы отрицательные корреляционные связи между эффективностью психотерапии и та-

кими параметрами, как низкий паритет беременности ($R=-0,27$; $p=0,04$) и меньшее количество аборт в анамнезе женщин ($R=-0,3$; $p=0,02$).

При проведении корреляционного анализа были зарегистрированы положительные корреляционные связи между инкурабельностью угрозы прерывания беременности и усилением депрессивных симптомов ($R=0,27$; $p=0,04$), развитием преэклампсии и присутствием депрессивной симптоматики ($R=0,56$; $p=0,0001$), развитием плацентарной недостаточности и усилением депрессивных переживаний ($R=0,484$ $p=0,0001$). Получены положительные корреляционные взаимодействия между адинамической депрессией и преждевременными родами ($R=0,34$; $p=0,04$).

Таким образом, проведенный анализ психического состояния, течения беременности у депрессивных пациентов и состояния новорожденных детей в условиях психотерапевтического вмешательства позволяет, в целом, судить об эффективности предложенного метода лечения. Тем не менее, полученные результаты свидетельствуют о необходимости индивидуального подхода при подборе терапии депрессивного расстройства в гестационном периоде, что совпадает с мнением Г.З. Мазо (2015).

Катамнестическое прослеживание являлось важной частью оценки эффективности проводимой когнитивной терапии в отдаленном периоде, ограниченном 3 годами наблюдения за пациентами исследуемых групп. Осуществляя катамнестическое прослеживание в позднем послеродовом периоде, обеспечивающем психическую адаптацию (Manzano J., Righetty M., 1995), мы оценивали эмоциональное состояние и особенности взаимодействия с ребенком в течение первого года после его рождения в подгруппе пациентов эффективной когнитивной терапии и у пациентов группы контроля. Значимость периода, очерченного первым годом после родов, подчеркивалась многими авторами (Мазо Г. Э. и др., 2012; Brockington I., 2004; Chessick C. A. et al., 2010; Yonkers K. A. et al., 2011; Suri R., Altshuler L., 2012).

Кроме того, было изучено эмоциональное состояние пациентов в течение 3 лет после психотерапевтического лечения, поскольку результаты

этой оценки в подгруппе эффективной когнитивной терапии могли дать развернутое представление о длительности ремиссии после проведенной когнитивной терапии депрессивного расстройства, установленного во время беременности.

Учитывая наличие диагностированной депрессии в гестационном периоде у женщин с синдромом потери плода в анамнезе, нами был составлен «Опросник функционирования в отдаленном послеродовом периоде», включающий специфические параметры послеродового периода, сопряженные с депрессивными симптомами, переживаемыми нашими пациентами на протяжении беременности.

Опросник включал в себя следующие параметры: нарушение сна, подавленное настроение, тревогу, чувство одиночества, раздражительность, чувство беспомощности, наличие мыслей, касающихся бессмысленности рождения ребенка, наличие усталости и раздражительности при общении с ребенком, ощущение себя плохой матерью.

В ходе полуструктурированного интервью, осуществляемого по телефону, мы обращались к пациентам с просьбой ответить на ряд вопросов. Каждый пункт интервью оценивался женщинами самостоятельно одним из предлагаемых вариантов ответа: «нет», «иногда», «часто».

Кроме того, в предлагавшемся интервью нашли отражение следующие ситуации, которые могли произойти в течение 3 лет после рождения ребенка: наличие отрицательных жизненных событий, ухудшение супружеских отношений после рождения ребенка, ухудшение соматического здоровья, наличие обращений к психиатру или психотерапевту. В конце телефонного интервью мы просили оценить субъективный уровень социального функционирования, предлагая пациентам ответить на вопрос: «Как вы оцениваете уровень своего социального функционирования в настоящее время по сравнению с уровнем социального функционирования после родов». Пациентам предлагалось 3 варианта ответа: социальное функционирование сохранилось на прежнем

уровне, произошло снижение социального функционирования, произошло повышение социального функционирования.

Особенности эмоционального состояния и социального функционирования представлены в таблицах 21—23. Как оказалось, в течение первого года после рождения ребенка симптомы, связанные с расстройством настроения, «иногда» присутствовали в подгруппе эффективной когнитивной терапии, что, однако, не имело статистически значимых достоверных различий с данными группы контроля ($p>0,05$).

Расстройство сна, подавленное настроение, тревога, чувство раздражительности «иногда» отмечались пациентами подгруппы эффективной когнитивной терапии и группы контроля, причину которых женщины связывали с наличием внешних жизненных ситуаций, семейных обстоятельств, в первую очередь с максимальным пребыванием в домашнем пространстве, монотонностью домашних дел и временным ограничением социальных связей.

Таблица 21 – Особенности эмоционального состояния

Параметр		Подгруппа эффективная КТ (n=46)				Группа контроля (n=31)			
		В течение года		Спустя 3 года		В течение года		Спустя 3 года	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Расстройство сна	Нет	43	93,5	43	93,5	28	90,3	29	93,5
	Иногда	3	6,5	3	6,5	3	9,7	2	6,5
	Часто	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Подавленное настроение	Нет	43	93,5	44	95,6	28	90,3	30	96,8
	Иногда	3	6,5	2	4,4	3	9,7	1	3,2
	Часто	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Раздражительность	Нет	43	93,5	43	93,5	29	93,6	29	93,6
	Иногда	3	6,5	3	6,5	2	6,4	2	6,4
	Часто	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Тревога	Нет	42	91,3	42	91,3	28	90,3	27	87,1
	Иногда	4	8,7	4	8,7	3	9,7	4	12,9
	Часто	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Чувство одиночества	Нет	44	95,7	44	95,7	29	93,6	30	96,8
	Иногда	2	4,3	2	4,3	2	6,4	1	3,2
	Часто	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Чувство беспомощности	Нет	45	97,8	45	97,8	30	96,8	30	96,8
	Иногда	1	2,2	1	2,2	1	3,2	1	3,2
	Часто	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Примечание. КТ – когнитивная терапия.

Спустя 3 года после рождения ребенка пациенты клинической выборки отмечали, что в их жизни значительно расширились социальные связи. Часть женщин вернулись к профессиональной деятельности, что усилило чувство собственной социальной значимости.

Пациенты активно делились своими впечатлениями о жизненных событиях, которые характеризовали их прежнюю профессиональную, физическую или творческую активность, связанную с возвращением к привычной профессиональной деятельности или хобби. Женщины увлеченно рассказывали о достигнутых успехах своих детей.

Спустя 3 года после рождения ребенка присутствие единичных симптомов, негативно характеризующих эмоциональное состояние, мы наблюдали также без статистически значимой достоверности различий между исследуемыми группами. Наличие их объяснялось женщинами присутствием внешних провоцирующих факторов, устранение которых вело к изменению общего эмоционального фона.

Результат ответов на включение в анкету таких параметров, как наличие мыслей о бессмысленности рождения ребенка, наличие раздражительности при общении с ребенком, ощущение себя плохой матерью, ощущение ребенка слишком требовательным, явился вполне ожидаемым (табл. 22).

Таблица 22 – Отношение к ребенку в отдаленном послеродовом периоде

Параметр		Подгруппа эффективная КТ (n=46)				Группа контроля (n=31)			
		В течение года		Спустя 3 года		В течение года		Спустя 3 года	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Бессмысленность рождения ребенка	Нет	46	100	46	100	31	100	31	100
	Иногда	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Часто	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Раздражительность при общении с ребенком	Нет	42	91,3	44	95,7	28	90,3	30	96,8
	Иногда	4	8,7	2	4,3	3	9,7	1	3,2
	Часто	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ощущение себя плохой матерью	Нет	46	100	46	100	31	100	31	100
	Иногда	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Часто	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ощущение ребенка слишком требовательным	Нет	43	93,4	43	93,4	29	93,5	29	93,5
	Иногда	3	6,6	3	6,6	2	6,5	2	6,5
	Часто	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Примечание. КТ – когнитивная терапия.

Раздражительность при общении с ребенком «иногда» проявлялась у матерей в течение первого года в двух исследуемых группах: в 8,7 % случаев среди пациентов, прошедших психотерапию, и в 9,7 % случаев среди психически здоровых соответственно, при этом отсутствовала статистически значимая достоверность различий между группами ($p>0,05$). Спустя 3 года после рождения ребенка раздражительность снизилась в подгруппе женщин, ответивших на психотерапию до 4,3 %, а также до 3,2 % в группе психически здоровых пациентов, так же без статистически значимой достоверности различий между сравниваемыми группами ($p>0,05$). Ощущение ребенка слишком требовательным в течение первого года после рождения ребенка отмечали 6,6 % пациентов, проходивших психотерапию, и 6,5 % женщин психически здоровых, что не имело статистически значимой достоверности различий между сравниваемыми группами ($p>0,05$).

Подобная тенденция сохранялась и спустя 3 года после рождения ребенка в исследуемых группах по данному параметру. Следует отметить, что раздражительность при общении с ребенком, как и ощущение ребенка слишком требовательным, возникала в периоды физической усталости, о чем сообщали нам респонденты.

В нашем исследовании характеристикой эмоционального благополучия пациентов, прошедших психотерапевтическое лечение, явилось отсутствие мыслей о бессмысленности рождения ребенка, что соответствовало аналогичным данным в группе психически здоровых пациентов. Ощущение себя плохой матерью также не наблюдалось у пациентов, прошедших психотерапевтическое лечение депрессивного расстройства во время беременности.

Литературные данные указывают на то, что такие эмоциональные состояния, как безразличие к ребенку, снижение материнской самооценки (Баз Л. Л., 2005; Fitelson E. et al., 2011; Suri R., Altshuler L., 2012), являются характерными симптомами депрессивного состояния в послеродовом периоде.

Эмоциональное состояние женщин в послеродовом периоде, как правило, отражает комплекс социальных и психологических факторов. Так, на-

пример, такие психосоциальные факторы, как меняющиеся отношения между супругами и уязвимость личности, могут указывать на проблемы в эмоциональной сфере у матерей в послеродовом периоде. Частота психосоциальных факторов отражена в таблице 23.

Таблица 23 – Частота психосоциальных факторов течение трех лет

Параметр		Подгруппа эффективная КТ (n=46)		Группа контроля (n=31)	
		абс.	%	абс.	%
Наличие отрицательных жизненных событий	Да	4	8,7	3	9,7
	Нет	42	91,3	28	90,3
Ухудшение супружеских отношений	Да	2	4,3	1	3,2
	Нет	44	95,7	30	96,8
Ухудшение соматического здоровья	Да	1	2,2	1	3,2
	Нет	45	97,8	30	96,8
Обращение к психиатру, психотерапевту	Да	3	6,5	0	0,0
	Нет	43	93,5	31	100

Примечание. КТ – когнитивная терапия.

В течение последних 3 лет, прошедших с момента рождения ребенка, в двух исследуемых группах встречались отрицательные жизненные обстоятельства. В подгруппе эффективной когнитивной терапии, подобные ситуации наблюдались в 8,7 % случаев, в группе контроля они встретились у 9,7 % женщин, что не имело статистически значимой достоверности различий ($p>0,05$).

Изменение супружеских отношений отметили 4,3 % пациентов подгруппы эффективной когнитивной терапии, в группе контроля – 3,2 % женщин, так же без статистически значимой достоверности различий между сравниваемыми группами ($p>0,05$).

Ухудшение соматического здоровья было зафиксировано у 2,2 % женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и у 3,2 % пациентов группы контроля ($p>0,05$).

Социальное функционирование в течение первого года на уровне раннего послеродового периода, как и прежде, отметили 84,8 % ($n=39$) женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и 87,1 % ($n=27$) пациентов группы контроля, что не имело статистически значимой достоверности различий ($p>0,05$) (рис. 7).

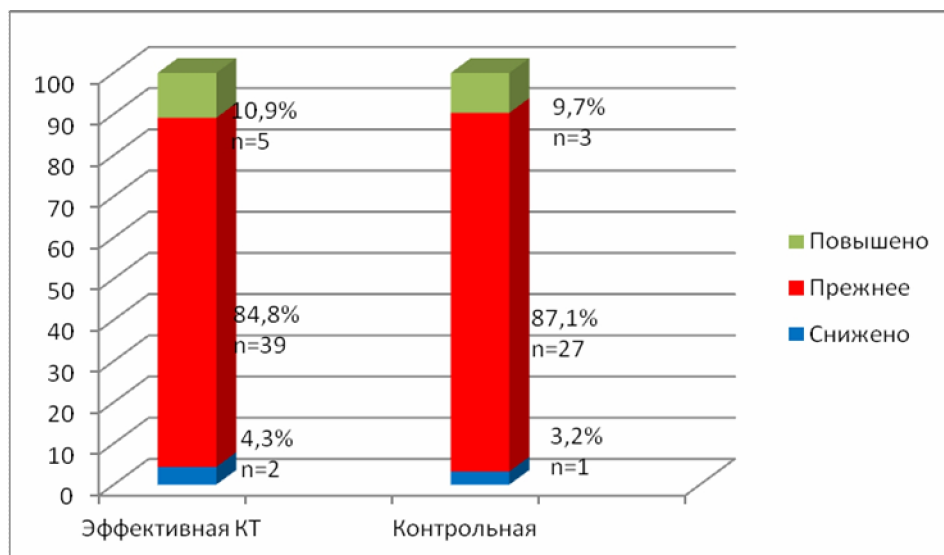


Рисунок 7 – Субъективный уровень социального функционирования в конце первого года после родов

Увеличение субъективного уровня социального функционирования отметили 10,9 % (n=5) женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и 9,7 % (n=3) пациентов группы контроля, что так же не подтверждалось статистически значимой достоверностью различий ($p>0,05$).

Снижение субъективного уровня социального функционирования отметили 4,3 % (n=2) женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и 3,2 % (n=1) пациентов группы контроля; эти показатели, в свою очередь, не имели статистически значимой достоверности различий ($p>0,05$).

Спустя 3 года после рождения ребенка социальное функционирование на уровне раннего послеродового периода отметили 63,0 % (n=29) женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и 71,0 % (n=22) пациентов группы контроля, что не имело статистически значимой достоверности различий между группами ($p>0,05$) (рис. 8).

Увеличение уровня социального функционирования отметили 32,7 % (n=15) женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и 22,6 % (n=7) пациентов группы контроля, что не подтверждалось статистически значимой достоверностью различий ($p>0,05$).

Снижение уровня социального функционирования отметили 4,3 % (n=2) женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и 6,4 % (n=2)

пациентов группы контроля, так же без статистически значимой достоверности различий ($p>0,05$).

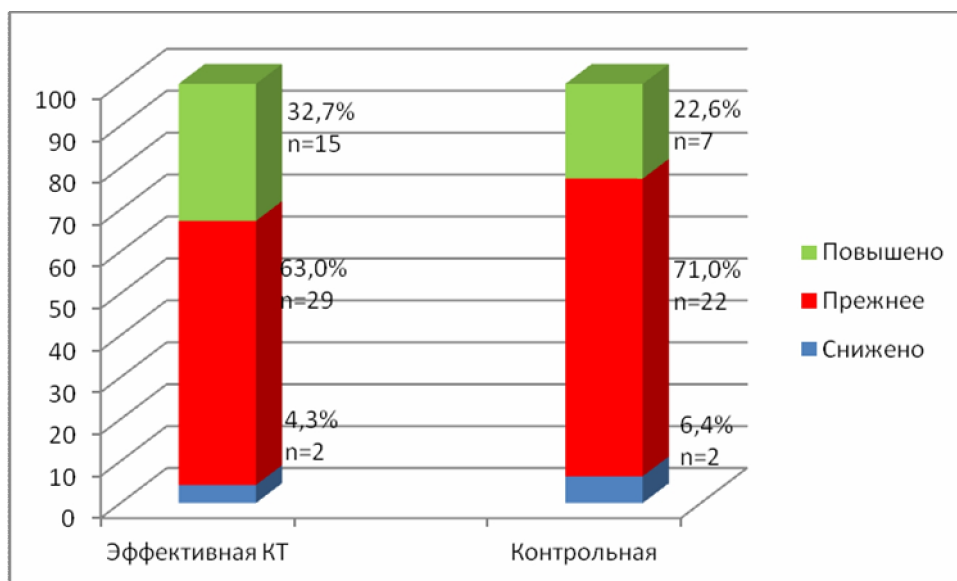


Рисунок 8 – Субъективный уровень социального функционирования спустя 3 года после рождения ребенка

Интересным с нашей точки зрения явился тот факт, что, несмотря на представленные нами полученные данные, указывающие на отсутствие статистически значимой достоверности различий в социальном и эмоциональном функционировании пациентов сравниваемых групп, при возникновении затруднений пациенты группы контроля не обращались к психотерапевту или к психиатру. Вероятно, не имея опыта решения подобных проблем во время беременности, женщины не искали помощи специалистов и в послеродовом периоде. Зарубежные авторы указывают на то, что возникновение переживаемых отрицательных эмоций в послеродовом периоде, когда женщины должны быть жизнерадостными, вызывает чувство виновности и неловкости, что и препятствует обращению за профессиональной помощью (Suri R., Altshuler L., 2012).

Что касается женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии, то 6,5 % пациентов при возникновении эмоциональных затруднений обращались за помощью к психотерапевту. Данный факт интерпретировался нами

как способ эффективного решения возникших проблем на основе положительного опыта в психотерапии, полученного во время беременности.

Таким образом, предложенная оценка эффективности психотерапевтического лечения во время беременности позволяет судить о значимости терапевтического вмешательства у депрессивных пациентов с потерей плода в анамнезе.

4.4. Интегративные методы психотерапевтической работы с факторами риска формирования депрессивных расстройств

При исследовании условий формирования депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе были выявлены значимые факторы риска, способствующие развитию этой патологии, описание которых представлено в главе 3.

Результаты психотерапевтической работы отражались на лечебно-реабилитационном процессе пациентов, положительно влияя не только на их эмоциональное состояние, но и на течение гестационного периода и адаптацию в послеродовом периоде.

При выявлении значимых факторов риска наиболее трудоемкой оказалась работа с фактором низкой удовлетворенности браком. Мы не ставили перед собой цель консультировать семейные пары, поскольку семейное положение пациентов не являлось однородным. Тем не менее, опираясь на задачи, которые рассматриваются системной терапией (Черников А. В., 2001; Браун Дж., Кристенсен Д., 2001), совместно с беременными женщинами мы исследовали состав семьи, анализируя разные уровни семейной системы (семья в целом, подсистема родителей, значимые подсистемы, например, семьи близких друзей). Семья рассматривалась нами как группа людей, связанная общим местом проживания, совместным хозяйством, взаимоотношениями. При этом оценивались основные параметры семьи, включающие сплоченность и иерархию семьи, внешние и внутренние границы. Исследуя семью с точки зрения коммуникативной системы, были определены нарушения ком-

муникативного процесса, способного приводить к появлению симптоматического поведения, которое влияло на отношения между супругами и раскрывалось в психотерапевтической сессии. В первую очередь проводимая работа основывалась на представлениях о семье, как о людях, находящихся в системе и пребывающих в динамических связях и отношениях друг с другом. Мы руководствовались позицией системной психотерапии о том, что происходящее в семье порой не всегда подчиняется желаниям супругов, составляющих эту систему, потому что свойства системы регулируют жизнь в семье (Черников А. В., 2001; Браун Дж., Кристенсен Д., 2001). Системный подход утверждает, что намерения и поступки людей вторичны и подчинены законам и правилам функционирования семейной системы (Варга А. Я., 2001). Мы опирались на два закона, определяющих жизнедеятельность семейной системы: закон гомеостаза и закон развития (Черников А. В., 2001; Браун Дж., Кристенсен Д., 2001). Закон гомеостаза утверждает, что каждая семейная система стремится сохранить свое положение, каким бы оно ни было. Этот закон применим и по отношению к функциональным семьям и к дисфункциональным.

Предстоящие перемены в семье пугают ее членов даже больше, чем те события, которые переживает семья в настоящее время. Закон развития предопределяет каждой семье пройти собственный жизненный цикл. Мы вводили для наших пациентов понятие о жизненном цикле семьи. Впервые жизненный цикл семьи был описан Грегори Бейтсоном, Вирджинией Сатир, Джей Хейли (Черников А. В., 2001; Браун Дж., Кристенсен Д., 2001).

Жизненный цикл семьи – это смена последовательных стадий и событий, которые проходит каждая семья, поскольку возникают обязательные события для этой системы, такие как брак, рождение детей, изменения физического возраста, изменения стадий психического развития (Черников А. В., 2001; Браун Дж., Кристенсен Д., 2001; Варга А. Я., 2001). С пациентами проводилось обсуждение жизненных событий семьи, согласно предложенной классификации семейного жизненного цикла (Черников А. В., 2001).

В соответствии с данной классификацией выделяется следующая периодизация: 1) период ухаживания; 2) фаза проживания супругов без детей (от начала проживания вместе или в браке до рождения первого ребенка); 3) экспансия (от рождения первого ребенка до рождения последнего, семья с маленькими детьми); 4) стабилизация, или фаза зрелого брака (период воспитания детей, продолжающийся до того момента, когда первый ребенок покидает дом); 5) фаза, в которой дети постепенно покидают дом; 6) «пустое гнездо» (супруги вновь остаются одни после отъезда всех детей; 7) фаза, в которой кто-то из партнеров остается один после смерти другого.

Мы выявляли типичные проблемы развития данной семьи, исследуя семейные истории в текущем и историческом контексте семьи. В вертикальном направлении (взаимоотношения в родительской семье) была исследована тревога, связанная с функционированием и эмоциональной связью с родительской семьей. В горизонтальном направлении была изучена тревога, связанная с текущими стрессами семьи, попытками справиться с неизбежными изменениями и задачами данной стадии жизненного цикла семьи (Черников А. В., 2001).

Часто мы наблюдали, как стрессоры на вертикальной оси (проблемы с собственной матерью или отцом) создавали типичные проблемы, при которых даже небольшой горизонтальный стресс (текущие жизненные события, факт беременности) оказывал влияние на всю семейную систему, вызывая неудовлетворенность браком.

Психотерапевтический пример. Пациентка С., 25 лет. Настоящая беременность вторая, срок беременности – 24 недели. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 16 недель, 2 года назад. Анализируя факторы риска, был выявлен фактор низкой удовлетворенности браком. Пациентка состоит в зарегистрированном браке в течение 2 лет. Описывает мужа, как эмоционально дистанцированного, не способного оказывать поддержку и заботу. До заключения брака супруги были знакомы полгода. Обратить внимание на молодого человека, как на будущего мужа, было пожеланием матери,

поскольку он, с ее точки зрения, был покладистый, отзывчивый, способный помочь. После замужества некоторое время супруги жили отдельно. Когда наступила первая беременность, мать настояла на переезде супругов в родительский дом, мотивируя это тем, что дочь нуждается в повышенной заботе и внимании близких. После переезда к родителям все события жизни молодой семьи складывались относительно родительской подсистемы, включая прием друзей родителей, ремонт родительской квартиры, совместный летний отдых на родительской даче. Первая беременность закончилась выкидышем, и «для того чтобы отвлечься», мать предложила дочери вместе с ней съездить к бабушке на длительный отдых. После приезда домой, вновь, по настоянию мужа, супруги стали жить отдельно, но отношения не складывались. Часто выходные дни супруги проводили у родителей, выстраивая совместные планы. Напряжение в отношениях наводило на мысль о разводе, как об единственно возможном выходе, но наступление настоящей беременности сделало эту тему менее актуальной. Мать вновь настояла на переезде молодой семьи в родительский дом. Муж периодически навещал жену, иногда ночевал у своей свекрови, но большую часть времени жил отдельно, самостоятельно решая бытовые проблемы. Пациентка испытывала тревогу, связанную с возможным неблагоприятным окончанием настоящей беременности, искала поддержку у матери.

В психотерапии внимание было обращено на то, что период ухаживания длился 6 месяцев, свадьба была «катализована» материнским желанием и, таким образом, семья явилась «недоношенной». Молодая семья, с начала своего существования, имела высокую проницаемость семейных границ. Вмешивающееся родительское поведение препятствовало личной автономии, замедляло развитие семейной системы. На данном этапе психотерапии среди задач развития семьи рассматривалась проблема дифференциации от родительской семьи, установление границ с родительской подсистемой. Понимание проблем на данной стадии развития семьи позволило пациентке вновь переехать к мужу, после чего женщина осознала, что тревога, связанная

с возможным неблагоприятным окончанием беременности, на самом деле является тревогой за будущее собственной семьи, как следствие неуверенности в прочности супружеских отношений. Разговор с матерью долгое время «вынашивался» пациенткой. Поговорив с матерью на эту тему, дочь смогла убедить ее, хотя и частично, в том, что семейная автономия должна выстраиваться исключительно супругами. Разговор с матерью и беседа с мужем на эту тему позволили пациентке освободиться от тревоги относительно благополучия настоящей беременности и начать выстраивать отношения с супругом, определяя цели семьи.

Работая с семейной историей пациентов, основное внимание было направлено на такую категорию, как совпадение ключевых жизненных событий со следующими ситуациями: 1) началом развития симптома у пациентов; 2) с переходным периодом между стадиями жизненного цикла; 3) с годовщиной травматического события в жизни пациентов

Под ключевыми жизненными событиями мы рассматривали рождения детей в семье, прерывание беременности (аборты, анэмбрионии, выкидыши, прерывания беременности в связи с медицинскими показаниями, гибель плода), смерть ребенка после его рождения, смерти значимых членов семьи. В числе ключевых жизненных событий также рассматривались разводы, серьезные заболевания, значительные неудачи в жизни, например, связанные с потерей работы или другими жизненными обстоятельствами.

Анализ низкой удовлетворенности браком часто выявлял симптоматическое поведение наших пациентов. В психотерапевтической работе, в соответствии с системным подходом, основное внимание пациентов фокусировалось именно на текущих межличностных взаимоотношениях между супругами, что позволяло редуцировать симптоматическое поведение пациентов клинической выборки.

Под симптоматическим поведением (Черников А. В., 2001) мы рассматривали широкий класс нарушений, включая психические симптомы, а также любое поведение, удовлетворяющее следующим условиям: поведе-

ние пациентов определяет характер нарушения между супругами, оказывая значительное влияние на ближайшее окружение. Симптоматическое поведение всегда является неосознанным, при этом оно не поддается сознательному контролю со стороны пациентов. Симптоматическое поведение пациентов рассматривалось нами в контексте семейных отношений, которые служили средством достижения некоторых тактических целей в отношении с близкими людьми (Черников А. В., 2001). Мы всегда проводили поиск функций симптоматического поведения: морфостатическая функция рассматривалась как консервация семейной системы в ее текущем состоянии, она включалась для сохранения гомеостаза системы. Морфогенетическая функция имела цель перевода семейной системы на другую стадию.

Психотерапевтический пример: Пациентка Е., 25 лет. Срок беременности 20 недель. Выявлен фактор риска – неудовлетворенность браком. В гражданском браке состоит 2 года. Пациентка знакома с гражданским мужем со школьных лет, в 22 года вступила в сексуальные отношения. С 23 лет вместе с другом начали вести совместное хозяйство, но официально отношения не спешили оформлять. Хотя пациентка не настаивала на замужестве, в роли гражданской жены чувствовала себя неуверенно, но при этом никогда не заводила разговоров о замужестве и не пыталась манипулировать своими чувствами. Первая беременность наступила не запланировано. Муж отнесся позитивно, но как только женщина стала испытывать тревогу и делиться с ним своими опасениями относительно беременности, он эмоционально отдалился. Пациентка стала чаще общаться с родителями, получая при этом эмоциональную поддержку. В сроке 18 недель беременности перенесла инфекционное заболевание, после чего последовало самопроизвольное прерывание беременности. Друг помог пережить потерю, был внимательным. Через некоторое время женщина поняла, что вновь беременна. Друг отреагировал положительно, но сразу же эмоционально отстранился. Пациентка тревожилась, высказывала опасения и предчувствия, что все закончится так же трагически, как и в прошлый раз. Когда женщина делилась с другом о своем состоянии,

он ее просил «не думать об этом», убеждал, что все будет хорошо, при этом замыкался на просмотре телепередач, всё чаще задерживался на работе. В выходные дни он часто искал повод не находиться дома, мотивируя тем, что должен помочь друзьям в их делах. В то же время родительская семья вновь окружила заботой дочь, родители стали чаще посещать дочь, планировать маленькие семейные праздники и дарить подарки.

Мы предложили пациентке рассмотреть тревогу во время беременности, как симптоматическое поведение, которое не поддавалось контролю, отдаляло мужа в этот период, но при этом сближало родительскую семью пациентки. Симптом присутствовал в контексте семейных отношений и имел неосознанную тактическую цель. Пациентка, характеризуя родительскую семью, рассказала, что она является единственной дочерью своих родителей, которых мало что объединяет. Мать по характеру решительная и авторитарная женщина, отец покладистый и нерешительный. Отношения матери с отцом всегда были сложными. Властная мать никогда не позволяла принимать самостоятельные решения мягкому и добродушному отцу. Отец много играл с дочерью в детстве, имел доверительные отношения в период ее взросления.

Иногда, в моменты откровенных разговоров, отец советовал дочери не «давить» на мужа, учиться быть терпеливой, иначе семейная жизнь может не сложиться. Мать постоянно настойчиво делала акцент на регистрации брака. Рассматривая родительскую подсистему, пациентка осознала, что родительская семья приобретала эффективность только вокруг проблем дочери, которая никогда не могла занимать чью-либо сторону в родительском конфликте. Беременность дочери объединяла родительскую семью.

Нами была выявлена морфостатическая функция симптоматического поведения во время беременности, которая позволяла родительской подсистеме функционировать эффективнее. Тревога дочери поддерживала гомеостаз в родительской семье, стабилизируя их отношения, принося элемент сплочения вокруг проблем дочери. С другой стороны, нами была определена так же и морфогенетическая функция симптоматического поведения, которая

имела цель перевода семейной системы на другую стадию. Тревога во время беременности могла сигнализировать о том, что эта молодая семья не могла перейти на стадию воспитания детей, не завершив предыдущую стадию, которая для данной семьи должна была завершиться регистрацией брака. Таким образом, симптоматическое поведение пациентки выполняло одновременно как морфостатическую, так и морфогенетическую функции, призывало стабилизировать родительскую подсистему; с другой стороны, требовало развития своей собственной семьи, которая была «переношенной» и ожидала «родов» или официального оформления отношений и принятия правил, по которым будет жить эта семья.

Когда данная проблема была осознана пациенткой, она поговорила с другом о своих переживаниях и значении тревоги для нее лично и семьи в целом. В момент откровенного разговора женщина узнала семейную историю своего мужа, который всегда мечтал видеть свою жену в подвенечном платье, но за этим событием следовал страх потерять жену. Оказалось, что родители мужа эмоционально жили очень не стабильно, но окончательно разошлись, когда ему исполнилось 4 года, после того как «сыграли свадьбу».

Таким образом, отстраненное поведение мужа во время беременности так же оказалось симптоматическим, являлось следствием собственной тревоги и играло морфогенетическую функцию, цель которой сводилась к переводу семейной системы на более высокую стадию развития. Работа с выявленным фактором риска, т. е. с низкой удовлетворенностью браком, оказалась для пациентки полезной и способствовала развитию семейных отношений.

При работе с фактором риска, определяемым как слабая социальная поддержка, мы опирались на анализ роли социальной поддержки, представленный в многочисленных исследованиях (Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А., 2010; Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., 2012). Социальная поддержка, с точки зрения этих авторов, является одним из наиболее значимых внешних ресурсов для преодоления стресса, в том числе стресса болез-

ни. При адекватной социальной поддержке пациенты лучше отвечают на терапию, направленную на лечение основного заболевания. Социальная поддержка является адекватной стимуляцией изменения образа жизни, формирует и закрепляет стереотипы поведения, определяющие благоприятный медицинский прогноз (Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., 2012).

Авторами описаны две основные модели, позволяющие понять механизм действия социальной поддержки. Это непосредственный эффект на психическое функционирование человека и опосредованный эффект, когда социальная поддержка влияет косвенно, например, являясь буфером, смягчающим воздействие тех или иных стрессоров (Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А., 2010). Но социальные связи являются одновременно и источником конфликтов. При наличии тесного социального контакта один и тот же человек может быть как источником поддержки, так и фрустрации. В случае фрустрирующей, проблематичной поддержки возникает несоответствие между ожиданием реципиента и поведением агента поддержки, как в количественном плане, так и в качественном (Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., 2012).

Выявляя фактор слабой социальной поддержки, мы заметили, что часто он был сопряжен с низкой удовлетворенностью браком. Анализируя структуру семьи, исследуя параметры семейных границ, мы выявили такую характерную особенность: низкая поддержка со стороны друзей и родственников всегда определялась в тех семьях, чьи внутренние и внешние границы были слишком жесткими или слишком размытыми. Такая особенность была обнаружена при исследовании взаимоотношений на разных уровнях взаимодействия супружеской системы с родительской подсистемой, подсистемой близких родственников, индивидуальными подсистемами, включающими коллег и друзей. Мы обратили внимание на то, что особенно пациенты страдали в ситуации, где имелись одновременно слабые, размытые границы с подсистемами друзей, а также слишком жесткие границы с родительской подсистемой или наоборот. В этом случае много неэффективных связей осуществлялось с

внешней средой и мало между собой. Изменения качества границ между подсистемами являлось целью психотерапии при выявлении фактора слабой социальной поддержки.

Психотерапевтический пример. Пациентка М., 26 лет Настоящая беременность третья. Срок беременности 22—23 недели. Выявлен фактор риска – слабая социальная поддержка. Первая беременность завершилась медицинским абортom в 22 года, вторая беременность закончилась преждевременными родами в 25 недель беременности, антенатальной гибелью плода. Пациентка родилась вторым ребенком в семье. Мать по характеру заботливая, излишне тревожная, отец грубый, авторитарный. Родители развелись, когда пациентке было 3 года. Имеет старшую сестру, которая в замужестве воспитывает двоих детей.

Пациентка состоит в зарегистрированном браке в течение 4 лет. Мужа по характеру описывает как оптимистичного, излишне эмоционального, имеющего множество друзей и знакомых. Муж занимается перевозкой грузов по городу и области. Особенностью такой деятельности является отсутствие регламентированного рабочего времени. Муж, приходя домой, принимает звонки от потенциальных клиентов, не имеет возможности планировать свои выходные дни. Особенностью его характера является избыточная общительность и наличие большого числа контактов: друзья постоянно обращаются в вечернее время, в выходные дни с многочисленными просьбами о помощи в текущих делах. В том случае, если муж в воскресные дни остается дома, он приглашает своих друзей в гости. Муж всегда радушно встречает друзей и знакомых, побуждая пациентку участвовать в приеме гостей. Супругам редко удается бывать вдвоем: если они не встречают гостей у себя дома, тогда они сами обязательно идут в гости, выезжают с друзьями на дачу или на природу. В этом случае пациентка проводит время в разнородной среде, дожидаясь окончания мероприятия. В подобных ситуациях чувствует себя очень одинокой. С матерью и сестрой происходит общение в основном по телефону, встречи бывают редкими. С отцом общается редко, исключительно

по телефону. Имеет двух близких друзей, с которыми мало общается, в основном по телефону. С коллегами общается только на работе.

В психотерапевтической работе мы обратили внимание на границы этой семьи: слишком проницаемые для подсистем друзей со стороны мужа и слишком жесткие для родительских подсистем. Осознавая причины своего внутреннего одиночества, пациентка предложила мужу составить свод семейных правил, где наряду с обязанностями каждого супруга рассматривались и семейные границы, обсуждалась значимость друзей и близких, для которых ранее были прозрачными семейные границы. Пациентка убедила мужа воскресные дни иногда проводить вдвоем, обсуждая события прошедшей недели, планируя совместные дела, просматривая фильмы и обсуждая их. Установление границ с друзьями оказалось не простым занятием для семьи, оказалось, что муж совсем не умеет отказывать, и любая просьба и нарушение границ со стороны друзей и близких являлась для него нормальной, поскольку лишь в этих ситуациях он чувствовал себя принятым и значимым. Как оказалось, причина крылась во взаимоотношениях с собственным отцом.

Поэтому супруги приняли совместное решение о необходимости индивидуальной психотерапии для мужа. В то же время пациентка пересмотрела отношения со своими родными. В то время, когда муж был слишком занят, она общалась с сестрой и племянницами, которые косвенно повлияли на ее поведение во время беременности, предложив шить лоскутное одеяльце для новорожденного ребенка и собирать библиотеку для малыша. Мама пациентки приняла участие в семейных занятиях. Отца пациентки так и не включила в круг близкого общения, но стала чаще ему звонить, вслед за этим последовали телефонные визиты отца с предложением помощи в случае необходимости. В процессе психотерапевтической работы пациентка научилась осознавать свои потребности и выстраивать отношения наилучшим способом.

Таким образом, работа с данным фактором риска способствовала улучшению психологического функционирования, при котором пациенты обретали уверенность, что они приняты в систему коммуникации. В ходе

психотерапевтической работы беременные женщины начинали осознавать значимость своих близких и смогли понять свою ценность для них. Это, в конечном итоге, повлияло на способность наилучшим образом адаптироваться в период беременности.

Короткий временной промежуток между предыдущим эпизодом потери плода и наступлением настоящей беременности является фактором риска, способным влиять на формирование депрессивного расстройства во время беременности. Это происходит, вероятно, по причине наложения периода настоящей беременности на период траура, который всегда следует после утраты и очерчивается временными рамками от 6 до 12 месяцев, а иногда до 3 лет и более (Кровяков В. М., 2005). В норме период траура дает возможность пережить потерю, вследствие чего притупляется чувство утраты. В нашем исследовании мы встретились с подавленным материнским горем и до конца не пережитой потерей, при которой актуализация эмоций гнева, стыда, вины возвращала чувство отчаяния, исключая способность радоваться предстоящему материнству.

У пациентов с коротким временным промежутком, равным 1,5 лет и менее, мы наблюдали, в основном, невротическую вину, рассматриваемую в работах других авторов (Кочюнас Р., 1999; Кровяков В. М., 2005). Невротическая вина, выявляемая в психотерапии, была необходима нашим пациентам, поскольку помогала им оправдаться перед собой или значимыми близкими людьми. Причиной вины всегда являлся страх осуждения, наказания, преследования, расплаты. Мы наблюдали, как «за фасадом вины увеличивается чувство безопасности, а окружающие провоцируются невротиком на заверения в его невиновности» (Кровяков В. М., 2005). При выявлении данного фактора риска мы работали с актуальными чувствами, ослабляя их влияние на эмоциональную жизнь, что повышало адаптационные способности наших пациентов.

Психотерапевтический пример: Пациентка М., 29 лет. Настоящая беременность четвертая. Срок беременности 26—27 недель. Первая беремен-

ность в 22 года завершилась родами, дочери 7 лет. Вторая беременность закончилась медицинским абортом в 23 года. Третья беременность наступила в 28 лет, закончилась преждевременными родами в 27 недель, антенатальной гибелью плода. Выявлен фактор риска – короткий временной промежуток между предыдущим эпизодом потери плода и настоящей беременностью. В психотерапии вскрылось высокое чувство вины, не позволяющее пережить предыдущую потерю, что поддерживало депрессивную симптоматику. Мы исследовали функцию этого чувства, которое, как оказалось, всегда помогало пациентке оправдаться перед другими, а также перед собой и являлось основой модели поведения в родительской семье, позволяло чувствовать себя безопасно в браке.

Пациентка родилась вторым ребенком в семье, где старшим на год был брат. Воспитывалась спокойной и покладистой матерью и авторитарным и амбициозным отцом. На сына отец возлагал большие надежды, придавал ему значимость, к дочери относился без особых притязаний. До периода обучения в средних классах чувствовала себя младшей сестрой, но к 10 годам стала превосходить брата в точных предметах и спортивных достижениях. В глазах родственников и знакомых брат стал терять позиции старшего, что не устраивало отца. Побуждая сына к конкуренции за право быть старшим в достижениях, отец стыдил сына за низкие успехи в спорте и математике, что вызывало чувство вины у дочери. Девочка оставила спорт, ссылаясь на потерю интереса, переключилась на гуманитарные предметы, которые были ей менее интересны. По окончании школы поступила в вуз. Вышла замуж в 21 год за однокурсника, который занимал позицию старшего ребенка в своей семье, родила дочь в 22 года. Параллельно с воспитанием ребенка продолжила обучение в институте. В учебе была более успешной студенткой, чем ее муж. По окончании вузовского обучения уступила мужу интересное место работы, помогая ему осваивать профессию, при этом занимаясь домашним хозяйством и воспитанием дочери. В семейной жизни постоянно испытывала чувство вины перед мужем в ситуациях, когда проявляла находчи-

вость или успешно решала проблему. Забеременев в 23 года, пациентка настояла на аборте, хотя супруги всегда хотели иметь несколько детей. После аборта испытывала выраженное чувство вины.

В психотерапии пациентка осознала, что аборт исключал возможность конкуренции между детьми в случае рождения ребенка от второй беременности. Противопоставляя свой выбор прервать беременность желанию мужа родить ребенка, женщина проявила и реализовала, таким образом, свою конкурентоспособность. Неосознанно выдержав промежуток между рождением первого ребенка в 6 лет, она решила позволить себе рождение второго ребенка, но случились преждевременные роды и антенатальная гибель плода. Третья беременность наступила внепланово и опять с небольшим промежутком времени после предыдущей потери плода. С одной стороны, рождение ребенка сохраняло большую разницу между детьми, с другой стороны – вызывало чувство вины перед нерожденным ребенком, который уступил место следующему, «так и нереализовавшись», точно так же, как часто делала сама пациентка в своей жизни.

В терапии женщина осознала, что всегда принижала себя, тем самым ожидая похвалы или вознаграждения за уступаемое первенство. Она защищала свою виноватость всегда, когда муж пытался оценить и оправдать ее вину. Вина всегда «маскировала» безопасность в ситуации предполагаемой конкуренции. Чувство вины помогало пациентке чувствовать себя морально правой при взаимодействии с младшим братом, собственным отцом и мужем. Самообвинение отвлекало от желания самореализации, запрещало меняться, решать свою внутреннюю проблему, справляться с чувством вины. Задача, поставленная нами в психотерапии, определялась как замена невротической вины на экзистенциальную (Нельсон-Джоунс Р., 2000; Кровяков В. М., 2005), переживание которой освобождает от разрушительного влияния невротической вины. Мы помогли пациентке понять, что экзистенциальную вину избежать невозможно, поэтому важно осознавать эту вину. Эта вина «помогает сохранению человечности, чуткости в отношениях с другими, побуждает

творчески реализовать свои возможности» (Кровяков В. М., 2005). Мы совместно с пациенткой вели поиск источника экзистенциальной вины, которым оказался отказ от самореализации. Процесс реализации себя во время беременности явился очень интересным и творческим процессом для пациентки, поскольку позволил по-новому взглянуть на свои потенциальные возможности и природные таланты.

Высшее образование рассматривалось нами как фактор риска при полной занятости в течение рабочего дня, когда женщины несли значительную ответственность при выполнении профессиональных обязательств или были чрезвычайно загружены важной работой.

Согласно традиционным представлениям, наличие высшего образования, как и профессиональная занятость, являются составляющими компонентами более высокого социально-экономического статуса, который обеспечивает более широкие возможности для удовлетворения базовых потребностей, а также повышает эффективность мер для предотвращения и устранения отклонений в состоянии здоровья (Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., 2012).

По результатам нашего исследования, беременные женщины с проблемой невынашивания, имеющие высшее образование и интенсивный профессиональный ритм, испытывали значительные затруднения не только в удовлетворении базовой потребности самовыражения в роли матери, но и в силу своей занятости имели ограниченные возможности разрешить свои репродуктивные проблемы. Необходимость прохождения емких исследований, плановых госпитализаций, а порой и банальное ожидание очередности скрининговых исследований – всё это являлось источником социального стресса, порождая чувство неполноценности, снижая самооценку.

В психотерапевтической работе с подобными пациентами мы предлагали им анализировать свои возможности. По итогам работы заметили, что, несмотря на значимость настоящей беременности, женщины с интенсивным профессиональным ритмом порой не могут расставить приоритеты. В этом случае женщинам предлагался самоменеджмент вынашивания беременности,

целью которого было максимально использовать свои возможности, обращаться к ресурсам близких людей, делегировать наименее важные дела коллегам и близким. Когда была определена главная цель, пациентам предлагались принципы, запрещающие брать на себя слишком много профессиональной ответственности и обязательств и вступать в новые проекты, чтобы невыполненные дела не явились препятствиями отказа от неожиданных госпитализаций, емких обследований и не поставили пациентку в ситуацию выбора приоритета. При планировании времени ориентация шла только на основную цель – вынашивание беременности. Планирование частных, небольших задач осуществлялось в соответствии с триместрами беременности. Этот нехитрый подход делал акцент на беременности, когда все остальные задачи были подчинены главной цели – вынашиванию ребенка. Поскольку возможность четкого планирования затруднялась из-за периодически возникающих акушерских проблем, при необходимости быстрого принятия решения относительно того, какой задаче отдать предпочтение, предлагался принцип, эффективно используемый в тайм-менеджменте – метод Эйзенхауэра (Архангельский Г., 2009).

В соответствии с этим методом приоритеты устанавливались по таким критериям, как срочность и важность дела. Все дела разделялись на 4 группы и планировались в пределах недель или триместров беременности:

- Срочные и важные дела, которые выполнить может только сама женщина. Попытки их отложить могут создать проблемы в будущем.
- Важные, но не срочные дела. Эти дела можно отложить на некоторый срок, но если их постоянно откладывать, они станут срочными и важными. Поэтому для выполнения этих дел надо предусмотреть временной резерв (в пределах триместра беременности).
- Срочные, но не важные дела, выполнение которых следует делегировать своему социальному окружению (мужу, родственникам, старшим детям, коллегам по работе, подчиненным) или вовсе уменьшить количество таких дел.

- Несрочные и неважные дела. Подобные дела не несут последствий при их невыполнении. От выполнения таких дел можно отказаться.

Планирование своего времени, правильный выбор приоритетов, постановка ясных целей женщинами с проблемой невынашивания беременности, имеющими высокий ритм профессиональной жизни, позволял снижать или избегать социальную фрустрированность, что позитивно сказывалось на адекватном осуществлении самоконтроля, самооценке, умении принимать помощь и оптимизировать социальные связи.

Психотерапевтическая работа с факторами риска, как с атрибуциями, осуществлялась нами вследствие наблюдения того, что некоторые факторы риска опосредованно влияют на эмоциональное состояние пациентов, усиливая при этом акушерскую симптоматику, осложняя тем самым течение беременности. Такими симптомами являлись тошнота, рвота, боли внизу живота и маточный тонус. Пытаясь найти причину этих симптомов, мы обратили внимание на то, что определенные события в жизни, ранее не значимые, однажды приобрели для наших пациентов особое атрибутивное значение, которое сформировалось в период переживания этого события.

Таким образом, на основе ощущений, фантазийных элементов, в соответствии с этим возникшим новым атрибутивным смыслом, пациенты выстраивали собственную концепцию, которая неосознанно влияла на развитие симптома, осложняя беременность. Такие факторы риска, как высокий паритет беременности, аборт в анамнезе, суицидальные попытки, рассматривались нами через призму отношения к этим событиям самих пациентов, атрибутивные функции вскрывались при помощи когнитивной психотерапии (МакМаллин Р., 2001).

Работа с атрибуциями сводилась к поиску настоящих причин конкретных симптомов и умению отделять их от подозрений и фантазий. При работе с проблемой (симптомом) мы просили пациентов сосредоточиться на актуальной ситуации. Далее уточняли, что, по мнению женщин, могло вызвать эту проблему. Предлагали подумать над всеми возможными причинами, да-

же порой нелепыми, такими, какие только могли себе представить пациенты. Вместе с пациентами мы составляли большой список всевозможных причин. Мы помогали находить объективные доказательства «за» и «против» каждого пункта этого списка. Совместно с пациентами отбирались причины с наибольшим числом доказательств «за» и наименьшим – «против».

Следующий психотерапевтический пример демонстрирует работу с фактором риска «высокий паритет беременности», имеющим атрибутивное значение. Пациентка Н., 32 года. Имеет сугубо отягощенный акушерский анамнез: настоящая беременность шестая, срок беременности 27—28 недель. Угроза преждевременных родов. Первая беременность завершилась преждевременными родами в 28—29 недель, ребенок жив. Между первыми и вторыми родами 3 медицинских аборта. Пятая беременность завершилась преждевременными родами в 26—27 недель беременности, постнатальной гибелью плода. Испытывая постоянный маточный тонус, пациентка постоянно находилась в страхе потерять плод. При большом желании выносить и родить ребенка само состояние беременности вызывало у нее невероятное чувство психического дискомфорта.

Предлагая когнитивную психотерапию, мы работали с формулой (ABC):

Активирующее событие (А) – угроза преждевременных родов. Се – эмоциональная реакция – страх преждевременных родов. Сб – поведенческая реакция – длительное пребывание в стационаре, настаивание на дальнейшем лечении в стационаре, вплоть до срока родов.

При поиске причин стойкой угрозы преждевременных родов нами были рассмотрены как акушерские, так и психологические причины, способные поддерживать маточный тонус. Среди акушерских причин мы рассматривали плацентарную недостаточность, возможные эндокринные причины, инфекционные заболевания матери, аномалии развития половых органов, иммунологические аспекты невынашивания беременности. Все эти факторы анализировались прежде и акушером-гинекологом при поиске стойкой угрозы пре-

рывания беременности. Но в психотерапии, при обсуждении медицинских причин, нас более интересовал аспект внутренней картины течения беременности, а именно то, как пациентка понимала эти медицинские аспекты и могла участвовать в обсуждении этих причин. Доказательства «за» и «против» каждого пункта списка пациентка отмечала самостоятельно, опираясь на результаты полученных исследований так, как она это понимала и представляла, рассуждая с позиции собственного опыта. При поиске психологических причин женщина составила большой список возможных проблем, включающих особенности жилищных условий в общежитии, отсутствие родительской помощи, проблемы со здоровьем у сына, частые командировки мужа. Но при анализе все эти причины были признаны сопутствующими обстоятельствами. Пациентка задумалась над пунктом, который сама обозначила, как «стыд беременности». В пользу доказательств «за» привела много позиций. Оказалось, что само состояние беременности было для пациентки крайне постыдным и осуждаемым в собственных глазах. Первая беременность наступила в последнем классе школы, длительно скрывалась от родственников. И, несмотря на полное взаимопонимание с отцом ребенка, теплые отношения с будущей свекровью и прочные связи в родительской семье, не могла принять себя беременной. Ранняя беременность нарушала планы, связанные с получением высшего образования и профессиональной реализации. Беременность осуждалась учителями и одноклассниками, соседями и знакомыми, которые считали, что в этом возрасте «рожать рано». Испытывая стыд, порицая себя, она вынашивала первую беременность со значительным маточным тонусом. В 28—29 недель беременность завершилась преждевременными родами и последующей длительной реабилитацией новорожденного. В течение трех месяцев, находясь в отделении патологии новорожденных, пациентка ощущала себя неловкой в роли молодой и неопытной матери, испытывая чувство стыда за результат своей беременности – недоношенного и проблемного сына. Каждая последующая беременность, воспринимаемая как чуждая, постыдная, стремительно прерывалась посредством медицинского аборта на

маленьком сроке. После аборта испытывала значительное облегчение, граничащее со стыдом. Муж не всегда был информирован о наличии беременности и ее прерывании. Очередная беременность была открыта мужу, он настоял на вынашивании беременности, но беременность завершилась преждевременными родами и постнатальной гибелью плода.

В данном примере высокий паритет беременности представлял собой невротическую попытку принять очередную беременность как естественный физиологический процесс, позволяющий стать матерью. Состояние беременности атрибутивно рассматривалось пациенткой как постыдное, невозможное событие в жизни. Осознавая это и переживая ранее неизвестные чувства в психотерапии, женщина обучалась понимать и находить в себе новые ресурсы, которые обозначились ею как свобода выбора. Освобождаясь от чувства стыда, приняв свободу, пациентка начала чувствовать внутриутробную жизнь своего малыша, что позволило ей радоваться беременности и посмотреть на это состояние с любовью. На фоне психотерапии маточный тонус стал снижаться. К 32 неделям беременности пациентка стала обходиться без утеротонических препаратов.

Ниже представленный психотерапевтический пример демонстрирует работу с фактором риска «суицидальные попытки в анамнезе», имеющим атрибутивное значение.

Пациентка С., 29 лет. Настоящая беременность третья, срок беременности – 32 недели. Первая беременность закончилась в 24 года выкидышем в сроке 14 недель, вторая беременность в 26 лет завершилась анэмбрионией в сроке 7 недель.

Предлагая когнитивную психотерапию, мы работали с формулой (АВС): активирующее событие (А) – длительная диспепсия (тошнота и рвота), усиливающаяся перед скрининговыми исследованиями (ультразвуковое исследование, доплерография, кардиотокография плода). Се – эмоциональная реакция – страх внутриутробной гибели плода. Сб – поведенческая реакция – длительное пребывание перед диагностическим кабинетом: пациентка,

опасаясь получить негативную информацию, в течение нескольких часов не решалась войти в кабинет и заходила лишь перед окончанием врачебного приема. В процессе психотерапии при поиске причин рассматривались обстоятельства, способные поддерживать ранний токсикоз и диспептическую симптоматику, среди них: заболевание желудочно-кишечного тракта, вегетативная реакция, длительная стимуляция хеморецепторов рвотного центра, возможная токсикоинфекция вследствие употребления несвежих продуктов. Психологические причины, предложенные пациенткой: слишком внимательное отношение персонала, от которого может тошнить, отсутствие особых жизненных трудностей, чрезмерная забота близких (до тошноты), материальный достаток (тошнит от избытка), тошнота как признак жизни (тошнить может только живого человека). При поиске доказательств «за» и «против» такого пункта, как тошнота – признак жизни, пациентка оживилась и обнаружила больше положительных аргументов. При анализе данного утверждения оказалось, что симптоматика, связанная с тошнотой и рвотой, неоднократно подтверждала наличие жизни.

Катамнестически выявлено, что в 18-летнем возрасте, после глубокого потрясения, связанного с первыми неудачными отношениями с мужчиной, пациентка решила покончить жизнь самоубийством посредством таблеток. Приняв большую дозу таблеток, найденных дома, вскоре почувствовала сильную тошноту. Испугавшись, позвонила на работу матери и рассказала ей о происшествии. Мать, обеспокоенная этим обстоятельством, вызвала скорую помощь и спешно приехала домой. После промывания желудка девушку длительно тошнило, а мама плакала и, обнимая дочь, говорила: «тошнит – значит живая». Этот эпизод со временем, казалось бы, потерял актуальность. Девушка поступила в институт, жила привычными заботами, удачно вышла замуж в 24 года, забеременела. Беременность осложнилась токсикозом средней степени тяжести, по поводу чего проходила стационарное лечение. Беременность прервалась в 14 недель, но незадолго перед выкидышем тошнота прекратилась. Когда наступила следующая беременность, она так же осложнилась токсикозом,

который прекратился незадолго до ее завершения: в сроке 6—7 недель беременности при ультразвуковом исследовании обнаружили анэмбрионию. Настоящая беременность, тщательно планируемая, наступила спустя 3 года после замершей беременности. Ранний токсикоз осложнил течение беременности, но и с увеличением срока диспептическая симптоматика все же продолжала сохраняться. Т. е. всякий раз, когда пациентка испытывала страх неблагоприятного окончания беременности, тошнота усиливалась. В психотерапии она осознала связь между страхом потери беременности и состоянием тошноты. Испытывая невероятный дискомфорт в связи с диспептической симптоматикой, женщина в то же время неосознанно боялась завершения токсикоза, который «гарантировал» ей жизнь плода. Таким образом, атрибутивное значение суицидальной попытки свелось к концепции: «Если меня тошнит, значит, я живая и нахожусь рядом с мамой». «Тошнота во время беременности свидетельствует о наличии живого плода в матке, который позволит мне стать матерью». После психотерапии диспептические явления стали уменьшаться и совсем прекратились к 34-й неделе беременности, что позволило пациентке чувствовать себя комфортно.

Таким образом, при определении факторов риска у депрессивных женщин с потерей плода в анамнезе в лечебно-реабилитационный процесс необходимо включать психотерапевтическую работу с выявленными факторами риска. Анализ их в психотерапии позволяет осознавать когнитивные стереотипы, что снижает фрустрированность, сглаживает последствия социального стресса, а в конечном итоге влияет на уменьшение уровня депрессивной симптоматики.

В целом проведенное исследование позволяет судить об эффективности психотерапевтического лечения у беременных женщин с потерей плода в анамнезе. На положительный результат психотерапии влияют более раннее начало психотерапевтического лечения, меньший интервал времени, прошедший с момента предыдущей потери плода, низкий паритет беременности и меньшее количество аборт в анамнезе.

Несмотря на то что эффективность психотерапии уменьшается с развитием и усугублением определенных акушерских состояний, влияющих на состояние плода, тем не менее, в целом, когнитивную психотерапию, проводимую во время беременности, можно рассматривать как профилактический метод, снижающий осложнения гестационного процесса. Что, в свою очередь, способствует более благоприятному течению и завершению беременности у данной категории пациентов.

Положительный отклик на когнитивную психотерапию, проводимую во время беременности у женщин с депрессивным расстройством, влияет на повышение социальной адаптации пациентов данной категории.

На основании анализа итогов катamnестического прослеживания наших пациентов в течение 3 лет после родов предложенный метод терапии можно считать результативным, способствующим наилучшей психической адаптации пациентов с потерей плода в анамнезе, перенесших депрессивный эпизод во время беременности.

Умение использовать психические ресурсы, полученные в процессе психотерапии, способствует повышению самооценки, и материнской компетенции, улучшает качество социального взаимодействия. Что в конечном итоге обеспечивает адекватную ремиссию в отдаленном послеродовом периоде у пациентов с потерей плода в анамнезе, перенесших депрессивный эпизод во время беременности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ

Представленные ниже примеры из клинической практики демонстрируют различные случаи клинических форм депрессивных расстройств и ка-тамнестической оценки эффективности проводимой психотерапии у беременных женщин с потерей плода в анамнезе.

Клинический случай № 1. Пациентка М., 26 лет. Наследственность психопатологически отягощена: дед по материнской линии страдал синдромом зависимости от алкоголя, бабушка по материнской линии закончила жизнь суицидом. Мать по характеру вспыльчивая, раздражительная, не склонная к самоконтролю. В детстве постоянно кричала, била посуду, кидала стулья, разбивала межкомнатные двери. Крайне негативно относится к вероятности совместного проживания дочери с другом, от которого пациентка вынашивает ребенка, подслушивает их телефонные разговоры, убеждает в ненадежности его в качестве мужа. Отец мягкий, нерешительный. В детстве играл, читал дочери сказки на ночь, усыплял. Часто, после домашних скандалов, уходил из дома и жил в течение нескольких дней у своего отца, но всегда возвращался домой.

Родилась вторым ребенком в семье, брат на 7 лет старше пациентки, агрессивен, страдает алкоголизмом с двадцатилетнего возраста. В домашних конфликтах брат постоянно защищал сестру от матери, но при этом сам ее бил в отсутствие родителей. В детстве часто болела инфекционными заболеваниями. Посещала детский сад, но иногда переживала, что ее могут там случайно забыть. В школу пошла с 7 лет. Успешно училась, но боялась получить плохую оценку, которая могла стать причиной домашнего конфликта. Была активной, подвижной, любила общаться, но подруг домой не водила, так как стеснялась реакции матери, которая не сдерживалась в выражении эмоций и при подругах. Часто сама ходила в гости, но скрывала это во избежание семейных конфликтов. Район, в котором жила пациентка, описывает как социально неблагополучный. В школе так же было беспокойно. Одноклассники группировались, некоторые из них употребляли наркотики, предлагали свой образ жизни. Желая сохранить дружеские отношения, часто девочке приходилось отшучиваться. Пациентка всегда мечтала иметь другое окружение, интересное и безопасное. Окончила 11 классов, хорошо ориентировалась в точных предметах, по настоянию матери поступила в политехнический университет, учеба давалась легко, выбранной специальностью довольна.

С нынешним другом, отцом ребенка, познакомилась в 20 лет, в течение двух лет жила у него. В 2006 г. забеременела. Друг, узнав о беременности, отреагировал положительно. Возвращаясь домой поздно вечером, пережила нападение мужчины, избиение и сексуальное насилие. Как дошла домой, пациентка не помнит. Друг настаивал на том, чтобы обратиться в милицию и больницу. В милицию пациентка категорически обращаться отказалась.

Спустя некоторое время после изнасилования возникло маточное кровотечение, была доставлена в гинекологическое отделение, где и произошел выкидыш. После выписки из гинекологического отделения, спустя небольшой промежуток времени, на коже возникло высыпание, по поводу чего обратилась к врачу. Была направлена в кожно-венерологический диспансер, где был диагностирован сифилис. Этим диагнозом была шокирована. На приеме у врача-венеролога не смогла рассказать о нападении и изнасиловании, так как испытывала сильный стыд. Сообщила, что не знает, где могла заразиться, а после просьбы назвать сексуальные контакты, назвала своего друга.

После изнасилования отношения с другом закончились. Его вызвали в кожно-венерологический диспансер, где он с большим недовольством прошел обследование. Друг оказался здоров и был возмущен тем, что подруга дала его личные данные в вендиспансере, не связал наличие венерического заболевания, обнаруженного у подруги, с изнасилованием и обвинил ее в измене. Пациентка пережила очередной стресс, вернулась домой, где мать не проявила участия, сифилис у дочери так же не связала с изнасилованием, постоянно внушала вину за наличие венерического заболевания. Мать настояла на академическом отпуске для того, чтобы никто случайно не узнал, что дочь проходит лечение у венеролога.

В течение месяца испытывала сильную вину перед ребенком, которого не смогла уберечь, перед другом, данные которого, не подумав о его чувствах, сообщила в диспансере, ощущала себя «грязной». Каждый раз, посещая вендиспансер для лечения заболевания, ощущала негативное отношение к себе со стороны персонала, как к женщине легкого поведения. Нарушился сон, исчез аппетит. Ежедневно чувствовала себя разбитой, угнетенной, испытывала тревогу. Рассказала о своем эмоциональном состоянии подруге, которая посоветовала попить пустырник. По настоянию родителей отдохнула в санатории, где принимала бальнеотерапию, массаж. Почувствовав себя здоровой, с сентября восстановилась в университете, продолжила обучение. Вновь отношения с прежним другом начались с 2009 г., но характеризовались меньшим доверием и высказыванием частых претензий друг к другу. В 2010 г. наступила беременность. После того, как друг узнал об этом, сказал, что не готов стать отцом, предложил сделать аборт, но, видя твердое намерение подруги, смягчился и сообщил, что хотя замужество не предлагает, готов эмоционально поддерживать и помогать материально.

Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, установились не сразу. Лечилась по поводу выраженного предменструального синдрома, нарушения менструального цикла. Половая жизнь с 20 лет. 2006 г. – выкидыш. 2010 г. – вторая беременность, настоящая. Направлена акушером-гинекологом к психотерапевту по поводу низкого настроения, беспокойства, которое пациентка озвучивала в беседе с врачом. На приемах задавала очень много вопросов, высказывала многочисленные опасения за исход беременности.

Заключение гинеколога. Беременность 15—16 недель. Угроза прерывания беременности. Ранний токсикоз легкой степени тяжести. Анемия беременных. Lues (2006).

Результаты обследований. ОАК: Hb 110, ОАМ: без особенностей. БАК: без особенностей. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 87 сокращений в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Переходная зона V3 – V4.

Терапевт: анемия легкой степени тяжести. Невролог: ВСД по гипотоническому типу. Окулист: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, а:в – 2:3. Заключение: миопия слабой степени.

Психический статус: пациентка среднего роста, стройная, с правильными чертами лица. Одета аккуратно, опрятна. Волосы длинные, собраны в «хвост». Косметикой не пользуется. Выглядит обеспокоенной. Голос очень мягкий, женственный, говорит тихим голосом, темп речи торопливый. Переживает по поводу предстоящего обследования в кожно-венерологическом диспансере и необходимого превентивного лечения по поводу ранее перенесенного сифилиса. Волнуется, что беременность может завершиться выкидышем на любом сроке, в родах могут быть травмы или ребенок родится больным. Тревожится, что отношения с другом могут закончиться, а «ребенок будет расти без отца». Жалуется на сниженное настроение в течение 4 последних месяцев, потерю удовольствия от учебы и общения с близкими людьми. Беспокоят боли внизу живота, головная боль в височной области, преимущественно по утрам. Сон поверхностный, пробуждения в 4—5 часов утра с последующим засыпанием и чувством утренней разбитости. Отмечает сильное отвращение к пище, особенно по утрам. Часто воспоминает о потере предыдущей беременности, испытывает глубокое чувство вины пред неродившимся ребенком и обвиняет себя в том, что имеет «клеймо» – lues. Начало подобного состояния связывает со стрессом, который перенесла вследствие реакции друга на желанную беременность, а также с необходимостью посещать венерологический диспансер, где чувствует себя очень некомфортно. Галлюцинаторно-бредовых расстройств не выявлено.

Психический статус на момент осмотра характеризовался депрессивным синдромом с тревожным компонентом, астеновегетативным синдромом с цефалгическими включениями, инсомнией в рамках диагноза F33.01. Рекуррентная депрессия, текущий депрессивный эпизод легкой степени с соматическим синдромом.

Состояние трактовали как легкий депрессивный эпизод с травматическими стресс-индуцированными переживаниями относительно предыдущей потери плода и перенесенным венерическим заболеванием. Ведущий синдром – депрессивный с тревожным компонентом. Нейроэндокринные нарушения, вероятно, являются доминирующими при формировании депрессивного расстройства, в пользу которых говорят нарушения менструального цикла и предменструальный синдром.

Травматический стресс, связанный с изнасилованием, вероятно, явился причиной выкидыша в предыдущей беременности. Изнасилование, перенесенный сифилис и потеря плода явились контекстуальными и поддерживают депрессивное нарушение.

Проведенное психологическое исследование показало следующее.

Шкала депрессии Гамильтона – 13 баллов, что соответствует депрессии легкой степени. Оценка тревоги по шкале Гамильтона (HARS) – 13 баллов. Шкала самооценки социальной адаптации (SASS) – 30 баллов, что соответствует затрудненной социальной адаптации.

ММРІ-профиль пикообразный. Акцентуация по психастеническому типу. Свободноплавающая тревога, инертность мыслительных процессов, тревожное опасение за состояние своего физического здоровья у личности с тревожно-мнительными чертами, доходящими до уровня акцентуации.

Лечение. Утеротоническая терапия: $MgSO_4$, 25 %, 10 мл в 250 мл 0,9 % раствора $NaCl$, внутривенно капельно. Свечи с папаверином в прямую кишку на ночь.

На этапе формирования терапевтического альянса проводили рациональную психотерапию, которая позволяла пациентке понимать депрессивные симптомы, основываясь на медицинском подходе. Когнитивная психотерапия включала работу с формулой «АВС», созданием эмоций, работу с ожиданиями, центральными убеждениями, составлением когнитивной карты. Для оспаривания убеждений применялись мягкие техники в состоянии релаксации.

Особенностью проведения психотерапии являлось длительное взаимодействие на этапе информированного согласия и терапевтического альянса, которое составило 3 сессии.

Повышенная тревожность долго не позволяла перейти к содержанию когнитивной терапии. В течение 3—4 сессий пациентка часто уходила от предложенной работы, фиксируясь на течении беременности, необходимости превентивного лечения сифилиса. Поведенческие релаксационные техники с использованием дыхания в начале психотерапевтической работы позволяли снизить тревожность. Мы неоднократно возвращались к рациональным психотерапевтическим методам, помогающим понять и принять возможность нормального течения гестационного процесса, поддерживаемого защитными механизмами плаценты при проводимом превентивном лечении ранее перенесенного венерического заболевания. Только с 4-й терапевтической сессии осуществлялась работа с формулой АВС. При этом пациентка долго не могла вести поиск когниций «В», фиксируясь либо на переживании эмоционального дискомфорта, либо на самих актуальных ситуациях «А» (предстоящая скрининговая диагностика, общение с врачом-венерологом). На данном этапе работы предложенные домашние задания часто оставались без внимания. При этом, приходя на очередную психотерапевтическую сессию, пациентка честно говорила об откладывании выполнения домашнего задания. Но все же отмечала эффект от релаксационных мероприятий, которые самостоятельно выполняла дома.

Тревога начала снижаться после 6-й сессии, посвященной созданию эмоций. На 7-й сессии при проведении работы с ожиданиями выяснилось, что пациентка имеет нереалистичное ожидание, которое является одной из причин ее повышенной тревожности и сопряженных с ней депрессивных чувств. Чувство тревожности усиливалось в момент общения с врачами, когда пациентка ощущала себя «грязной, порочной, сифилитичной» и была убеждена в том, что врачи, у которых она вынуждена консультироваться, увидев диагноз «Lues в анамнезе», будут ее презирать, обвинять, осуждать. Будут делиться с коллегами своими представлениями о ней, как о женщине легкого поведения, достойной только презрения и не имеющей право вынашивать ребенка.

Проблема была разрешена, когда обнаружили нереалистичные ожидания пациентки относительно себя: «Болезнь сифилисом может лишь женщина легкого поведения, которую нормальные люди презирают. Раз я болею сифилисом, меня стоит презирать, я не достойна уважения».

Ожидания относительно прогноза беременности были также связанными с перенесенным венерическим заболеванием: «Женщина, болевшая сифилисом, не может родить здорового малыша. От такой женщины ребенок может родиться либо больным, либо с уродствами».

При работе с центральными убеждениями было выявлено, что ключевыми установками являлись «Я – дрянь», «Своим ничтожеством я вызываю агрессию», «Я не идеальная»»

Мы использовали мягкие техники опровержения при работе с убеждениями, вызывающими тревогу. Оспаривание убеждений осуществлялось в состоянии релаксации, в соответствии с иерархией – от наименее тревожных или пугающих убеждений к наиболее эмоционально заряженным убеждениям.

Хотя эффект от психотерапии явился не таким скорым, но удерживался длительно, сохраняясь в послеродовом периоде. Подбирая индивидуального врача акушера-гинеколога на роды, женщина просила психотерапевта предварительно поговорить с врачом-акушером о том, чтобы врач знал все особенности ее анамнеза и психического состояния, не задавал личных вопросов. В послеродовом периоде мы наблюдали стабильное эмоциональное состояние. Оценка депрессии по шкале Гамильтона показала 7 баллов, оценка тревоги по шкале Гамильтона – 6 баллов. Шкала самооценки социальной адаптации (SASS) – 43 балла.

В первом триместре беременность осложнилась угрозой прерывания, ранним токсикозом. Ультразвуковое исследование в первом триместре показало изменение структуры хориона, наличие маточного тонуса. Во втором триместре длительно наблюдалась диспептическая симптоматика, угроза прерывания беременности. В третьем триместре беременность осложнилась гестационным пиелонефритом. Допплерографическое исследование, кардиотокографическое исследование в пределах нормы. Ребенок мужского пола родился в 39—40 недель. Рост 56 см, вес 3600 граммов, с оценкой по шкале АПГАР 8—9 баллов.

При катamnестическом прослеживании в течение года определялся ровный, спокойный фон настроения, пациентка делилась планами на будущее. При оценке эмоционального состояния спустя 3 года так же определялось стабильное настроение. Женщина сообщила, что вышла на работу, встретила хорошего человека, собирается выходить за него замуж. Между партнерами очень теплые чувства, друг принимает ее сына и бережно с ним общается. Тема совместного ребенка в браке уже обсуждалась, вследствие чего женщина осознала, что консультации врача-венеролога неизбежны, и это может явиться причиной актуализации прежних проблем. В беседе уточнила, работают ли в настоящее время врачи, с которыми она была в контакте, вынашивая предыдущую беременность, попросила психологического сопровождения в предстоящей беременности.

Таким образом, в данном клиническом случае депрессивное расстройство развилось в 23 года, после изнасилования, потери плода, венерической болезни, разрыва отношений с другом. Депрессивные симптомы были значительно выражены и не укладывались в картину травматической реакции горя, соответствовали временным и клиническим критериям депрессивного расстройства, а также заметно затрудняли социальную адаптацию пациентки. В данном случае серию травматических событий следует расценивать в качестве преципитирующих факторов в развитии второго депрессивного эпизода. Адекватного лечения депрессивного расстройства не было, что привело к рецидивирующему течению депрессивного расстройства.

Примерно через 4 года во время настоящей беременности пациентка перенесла второй эпизод депрессии. В качестве провоцирующего фактора вновь выступил психосоциальный стресс (отрицательное отношение друга к беременности и необходимость встреч с врачом-венерологом), после чего актуализировалась прежняя травма. Клиническая картина депрессии соответствовала уровню легкого депрессивного эпизода, когнитивная психотерапия способствовала стабилизации психического состояния. Катamnестическое прослеживание позволило зафиксировать стабильность эмоционального состояния.

Клинический случай № 2. Пациентка Л., 30 лет. Наследственность психопатологически отягощена: отец страдал депрессивным расстройством, синдромом зависимости от алкоголя. Мать по характеру тихая, зависимая, покорная, страдает сердечно-сосудистой патологией, занимается домашним хозяйством.

Воспитывалась отчимом, родного отца не помнит. Со слов матери, отец был «тихим алкоголиком», периодически лечился от депрессии; после очередного запоя, уехал в деревню к своим родителям, где и остался жить. Мать во второй раз вышла замуж, когда дочери было три года. Девочка росла единственным ребенком в семье, с отчимом никогда не было теплых отношений. Между пациенткой и отчимом, особенно в подростковом возрасте, часто возникали конфликты, поводами чаще всего служили бытовые ситуации.

Мать в конфликтах всегда защищала дочь, брала часть отцовской агрессии на себя. В периоды ссор отчим «попрекал куском хлеба» или указывал на дверь, но когда девочка начинала собирать вещи, всегда ее удерживал и просил прощения. Отчим периодически «уходил» в запои, в эти периоды будил по ночам мать и приемную дочь, заставлял их поддерживать беседы на политические темы, если получал отказ, вел себя агрессивно. По выходу из запоев просил прощение, обещал не пить, периодически подшивался или кодировался. В настоящее время работает водителем рейсового автобуса.

В детстве росла активным, подвижным ребенком, любила петь и танцевать. Нравилось посещать школу, участвовала в работе школьного драматического кружка, училась хорошо, имела много подруг. По окончании школы поступила в техникум, закончила его по специальности «закройщик верхней одежды». Работала, в основном, в магазинах одежды продавцом-консультантом. Друзей мужского пола было всегда много, но в интимные отношения вступать не торопилась, так как долго искала «своего единственного». В 20 лет в клубе познакомилась с молодым человеком, который «хорошо двигался», был очень привлекательным, легко решал проблемы, имел машину и квартиру. С ним вступила в отношения, жила у него дома. Первая беременность наступила в 20 лет. После того, как сообщила другу о беременности, тот заявил, что надо немного «пожить для себя», еще рано рожать детей. Друг настоял на аборте. После аборта встретил с цветами, отношения были по-прежнему эмоциональными, хотя пациентка отмечала, что «что-то надломилось» в отношениях. Вторая беременность наступила на фоне приема оральных контрацептивов, которые пациентка периодически забывала принимать. Друг опять настоял на аборте, убедив ее в том, что на фоне приема таблеток может родиться ребенок с пороками развития. После аборта сразу вышла на работу и забыла об этом, правда отмечала, что периодически стали беспокоить боли в области сердца. Третья беременность наступила в 22 года, друг, узнав об этом, исчез на две недели из дома, вернувшись, начал «гулять», приходит домой под утро. Пациентка эмоционально реагировала на подобное поведение, самостоятельно приняла решение прервать беременность, после медицинского аборта вернулась домой к родителям. В этот период отмечала общее плохое самочувствие. Вскоре встретила мужчину намного старше себя. Поскольку он состоял в браке, в течение 5 лет довольствовалась редкими встречами. Он проявлял заботу, оплачивал лечение в массажном кабинете, фитобочках, где пациентка периодически «оздоравливалась». Параллельно с этими отношениями пыталась устроить личную жизнь, знакомилась с молодыми мужчинами. В этот период жизни сделала еще два аборта, значимость которых не осознавалась.

Нынешнего друга, отца ребенка, встретила на вечеринке у своей подруги. Описывает его как серьезного, уравновешенного, малоразговорчивого. Отношения развивались быстро, после нескольких встреч друг предложил совместное проживание на съемной квартире. Несмотря на то что брак не регистрировался, совместные планы на будущее периодически обсуждались.

Беременность наступила в 26 лет, в 2005 г., через полгода совместной жизни. Друг обрадовался известию о беременности, пациентка встала на учет в женскую консультацию, однако беременность завершилась выкидышем в сроке 15—16 недель. Возникло чувство внутренней пустоты, нарушился сон, периодически беспокоили мысли о потере плода, но это состояние длилось недолго. Вернувшись домой, смогла отвлечься и войти в привычный ритм жизни, правда, иногда жаловалось на боли за грудиной, друг был в это время заботливым и внимательным. В течение года после выкидыша чувствовала себя благополучно, но в 27 лет без видимых причин появилось чувство подавленности, пустоты, нарушился сон, возникли частые пробуждения. Пациентка взяла отпуск и вместе с другом уехала на отдых. Весь отпуск провела пассивно, нарушился аппетит, из отпуска вернулась похудевшей на полтора килограмма, утратила половое влечение, стали беспокоить головные боли. Вышла на работу, но работать не смогла, обратилась в поликлинику, где с диагнозом ВСД находилась некоторое время на амбулаторном лечении, которое не было эффективным. Выйдя на работу, потеряла к ней интерес, и спустя некоторое время уволилась. Мать в течение двух месяцев делала разные общеукрепляющие и витаминизированные настои, обращаясь к народным средствам, лечила дочь, параллельно пациентка посещала массажный кабинет. К летнему периоду почувствовала себя значительно лучше, вновь устроилась на работу, лето провела активно. Зимой 2007 г. наступила беременность, которая замерла в сроке 8—9 недель. После возвращения домой нарушился сон, стала просыпаться в 3—4 часа ночи. Просыпалась с ощущением разбитости в теле, только к 12 часам появлялась активность. Подруга посоветовала обратиться к знакомому психиатру, который назначил амитриптилин. Принимала препарат в дозе 50 мг/сут в течение 3 месяцев, но как только почувствовала облегчение, самостоятельно прекратила прием таблеток. Вышла вновь на работу и продолжила обычную деятельность. В 2008 г. друг купил квартиру. Ремонт в ней и ежемесячная оплата кредита требовали значительной экономии, поэтому родители предложили временно пожить у них. Дома пациентка вновь ощутила дискомфорт. В присутствии молодого мужчины отец стал себя несколько сдерживать, но пьяные скандалы все же периодически происходили. В 30 лет вновь без видимых причин почувствовала себя нездоровой, сон нарушился, стали беспокоить ранние пробуждения, настроение без причин оставалось низким, пропало чувство удовольствия от приятных занятий. На этом фоне наступила настоящая беременность.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, установились не сразу. Проходила лечение по поводу нарушения менструального цикла, предменструального синдрома. Половая жизнь с 20 лет. Настоящая беременность восьмая по счету, в 1999–2005 гг. произведено 5 медицинских абортов, 2005 г. – выкидыш в сроке 15—16 недель, 2007 г. – замершая беременность 8—9 недель, 2009 г. – настоящая беременность.

Заключение акушера-гинеколога: беременность 14—15 недель. Сугубо отягощенный акушерский анамнез. Угроза прерывания беременности. Ранний токсикоз легкой степени тяжести. Анемия беременных.

ОАК: Нб 107. ОАМ: без особенностей. БАК: без особенностей.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 73 сокращений в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца, переходная зона V3. Терапевт: анемия легкой степени тяжести. Невролог: ВСД по гипотоническому типу. Окулист: М – 3,0. ДЗН бледно-розовый, границы четкие, а:в – 2:3, заключение: миопия слабой степени.

Была направлена на прием к психотерапевту акушером-гинекологом, так как врача беспокоило эмоциональное состояние пациентки.

Психический статус: внешне пациентка высокого роста, крупного телосложения, с крупными чертами лица. Одета аккуратно. Волосы длинные, окрашены в черный цвет, но требующие подкрашивания в области корней, сформированы в высокую прическу, косметикой не пользуется. Лицо с землистым оттенком, круги под глазами. Выглядит уставшей, безучастной ко всему окружающему. Говорит тихо, без модуляций в голосе, на вопросы отвечает с задержкой. Высказывает жалобы, что плохо соображает, голова «как будто отупела». Жалуется на плохое настроение, особенно в утренние часы, разбитость в теле, отсутствие удовольствия от общения с подругами, от процесса вынашивания ребенка. Беспокоят низкое давление, чувство дискомфорта в эпигастрии, утренняя тошнота, сниженный аппетит, снижение полового влечения, вплоть до отвращения к мужу. Употребляет такие выражения, как «пустая душа, пустая матка».

Подобное состояние возникло до настоящей беременности, беспокоит пациентку в течение 4—5 месяцев, возникло без внешних видимых причин или стрессовых событий. Галлюцинаторно-бредовых расстройств не выявлено.

Психический статус на момент осмотра характеризовался депрессивным синдромом, инсомнией в рамках диагноза F33.11. Рекуррентная депрессия, текущий умеренный депрессивный эпизод с соматическим синдромом.

Состояние трактовали как умеренный депрессивный эпизод с аутохтонным началом. Ведущий синдром – депрессивный. Доминирующими факторами при развитии депрессивного расстройства, вероятно, явились наследственный и нейроэндокринный фактор, в пользу которого говорят становление менструальной функции, нарушения менструального цикла и предменструальный синдром. Преципитирующими факторами в развитии депрессивного расстройства явились многочисленные аборты и потери плода в анамнезе.

По итогам психологического исследования выявлены результаты.

Шкала депрессии Гамильтона – 17 баллов, что соответствует депрессии средней степени. Оценка по шкале Тревоги Гамильтона – 8 баллов. Оценка по шкале социальной адаптации – 26 баллов, что соответствует затрудненной социальной адаптации.

ММРІ-профиль пограничный. Акцентуация по истероидному типу. Отсутствие развитого внутреннего мира. В переживаниях – ориентация на внешнего наблюдателя. Выраженные вегетативные реакции.

Лечение: утеротоническая терапия, дюфастон 10 мг 2 раза в день.

На этапе формирования терапевтического альянса обсуждались разные методы терапии депрессивных расстройств, при этом пациентка сразу высказала отрицательную позицию относительно медикаментозного лечения депрессии во время беременности. Предложение комбинированного лечения депрессивного расстройства отвергалось пациенткой на протяжении всего гестационного периода. Рациональная психотерапия позволила пациентке понимать депрессивные симптомы, основываясь на медицинском подходе. Первые две психотерапевтические сессии пациентка была неактивна, много раз переспрашивала, жаловалась на затруднение восприятия информации. С третьей психотерапевтической сессии заняла выраженную зависимую позицию, в терапии не желала брать на себя ответственность. На психотерапевта стала возлагать роль спасителя, что значительно затрудняло психотерапевтический процесс.

Когнитивная психотерапия включала работу с формулой «АВС», созданием эмоций, работу с ожиданиями, атрибуциями, центральными убеждениями, составлением когнитивной карты. Для оспаривания убеждений применялись жесткие техники.

В когнитивной терапии свои переживания трактовала драматически, пыталась манипулировать. Периодически теряла интерес к терапии, не выполняла домашние задания.

Только к 4—5-й терапевтическим сессиям возник настоящий интерес к психотерапии, когда, несмотря на многочисленные жалобы, стала приносить письменные отчеты. При работе с базовой формулой «АВС» и поиске нужной когниции особое внимание уделялось работе с атрибуциями. Оказалось, что в проблемных ситуациях, выносимых для обсуждения в терапии, пациентка перекладывала ответственность за ситуацию или за свое поведение в определенной ситуации на любого другого человека, отстраняясь при этом.

На 14-й неделе психотерапевтической работы стали заметны позитивные изменения: пациентка покрасила волосы, иногда стала пользоваться декоративной косметикой. Но стабильного эмоционального состояния мы не наблюдали. Перед родами оценка депрессии по шкале депрессии Гамильтона составила 14 баллов, что соответствовало депрессии легкой степени. Оценка по шкале тревоги Гамильтона – 6 баллов. Оценка по шкале социальной адаптации – 29 баллов, что соответствовало затрудненной социальной адаптации.

После родов стала вновь сомневаться в будущем, в супружеских отношениях, в способности нести материнскую ответственность, попросила назначить «какие-нибудь успокоительные», что расценивалось нами как прогностически неблагоприятный признак.

Течение беременности: первый триместр осложнился ранним токсикозом, второй триместр выраженной диспептической симптоматикой, анемией беременных. Третий триместр был осложнен плацентарной недостаточностью. УЗИ: раннее старение плаценты во втором-третьем триместре, увеличение маточного тонуса. По данным КТГ в 32 и 36 недель 8 и 8 баллов. Допплерография в 30 и 35 недель беременности выявила нарушение в маточно-плацентарном круге кровообращения. Беременность завершилась в 40 недель самопроизвольными родами через естественные родовые пути ребенком женского пола весом 2790 граммов, ростом 50 см. Оценка по шкале АПГАР 9—9 баллов.

При катamnестическом прослеживании в течение 6 месяцев эмоциональное состояние соответствовало аналогичному состоянию в раннем послеродовом периоде, через 8 месяцев после родов без видимых причин появилось чувство подавленности, пустоты, нарушился сон, возникли частые пробуждения. В семье стали возникли конфликты. Обратилась по телефону с просьбой о помощи, было рекомендовано стационарное лечение в клиниках НИИ психического здоровья.

Спустя 3 года после родов эмоциональное состояние стабильное, хотя имеются соматические жалобы, вышла на работу. Живут с мужем в отдельной квартире, год назад зарегистрировали брак. Хотя супружескими отношениями не вполне удовлетворена, но характеризует мужа как заботливого отца, с которым «вполне надежно».

Таким образом, в структуре личности преобладают такие черты, как эмоциональная незрелость, с ориентацией поведения на сочувствие, внимание и поддержку со стороны окружающих.

В 2005 г. после выкидыша в сроке 15—16 недель возникла кратковременная депрессивная реакция, которая завершилась адаптацией. Первый депрессивный эпизод возник в 27 лет, завершился самопроизвольно, без обращения к психиатру, его особенностью явилось аутохтонное начало. В 28 лет, после замершей беременности в сроке 8—9 недель, перенесла повторный депрессивный эпизод, индуцированный травматическими переживаниями в связи с потерей плода. После обращения к психиатру получала антидепрессивное лечение (амитриптилин 50 мг/сут), но препарат принимался в субтерапевтической дозе и незначительное время, что оказалось недостаточным для создания длительной ремиссии. В 30 лет вновь возник депрессивный эпизод, с постепенным развитием инициального периода, имеющий аутохтонное начало, на фоне которого наступила настоящая беременность. Ведущим синдромом явился депрессивный синдром. Психотерапия не имела должного эффекта, от комбинированного лечения (препарат на фоне психотерапии) женщина отказалась. Просьба пациентки в послеродовом периоде назначить «успокоительные» расценивалась нами как неблагоприятный фактор в отношении прогноза. Учитывая наличие рекуррентной депрессии, ее аутохтонного начала, наличие специфической нейроэндокринной фоновой основы, неэффективности психотерапевтического метода лечения, осуществляемого в гестационном периоде, перед выпиской из родильного дома

с пациенткой обговаривались возможные методы лечения депрессивного состояния, в том числе и медикаментозные. Пациентка отказалась от медикаментозного лечения. Женщина выразила желание длительно кормить грудью ребенка, делала акцент на пользе кормления ребенка грудью для гармонизации семейных отношений в целом. Спустя 8 месяцев после родов вновь возник депрессивный эпизод с аутохтонным началом, по поводу чего была госпитализирована и пролечена в клинике НИИ психического здоровья.

Клинический случай № 3. Пациентка С., 27 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Мать по характеру авторитарная, не позволяющая самостоятельно принимать решения, навязывающая свое мнение. Временами становилась дистанцированной, предельно холодной, недоступной. В детстве прибегала к физическим наказаниям. В настоящее время занимается ведением домашнего хозяйства.

Отец по характеру человек неуравновешенный, агрессивный, деспотичный. В детстве часто бил ремнем, до сих пор рукоприкладство является для него аргументом в споре, в том числе в присутствии чужих людей.

Родилась вторым ребенком в семье, сестра на 7 лет старше пациентки. Сестру характеризует как красивую, умную. Между сестрами никогда не было близких отношений, хотя пациентка всегда нуждалась в ее поддержке. В детстве идеализировала свою сестру, стремилась быть похожей на нее, но сестра всегда ее отвергала. Был период, когда после незначительного конфликта сестра в течение 2 лет игнорировала девочку, не разговаривала с ней. Росла замкнутым, малообщительным ребенком. В возрасте 5—6 лет возникло сильное желание быть мальчиком, стала просить мальчишескую одежду, игрушки. Родители не препятствовали ее запросам. К первому классу желание быть мальчиком прошло само собой. Со сверстниками общаться не любила, нравилось играть в одиночестве, мечтать, гулять с собакой. В школе училась ровно, но в коллективе чувствовала себя неуютно, конфликтовала с одноклассниками, дома мечтала и фантазировала о теплых отношениях с родителями. Как-то заметила, что можно смягчать отношения с матерью, жалуясь на плохое здоровье. Эта тактика имела успех и сознательно стала применяться. С целью быть замеченной родителями начала активно жаловаться на боль в суставах, костях, хотя на самом деле не испытывала ничего подобного. Родители стали мягче обращаться с дочерью, проявляли заботу, водили на обследования к знакомым врачам. Вскоре было оформлено домашнее обучение, и в течение года девочка чувствовала себя очень комфортно, находясь вне коллектива и получая заботу от родителей.

По окончании школы по настоянию отца поступила в пединститут на факультет иностранных языков. Обучаясь в институте, ни с кем не имела близких отношений. После значительного конфликта с отцом обратилась к оккультному психологу, которая убедила, что проблема заключается в сексуальном закреплении, и предложила ей групповые встречи по обмену «сексуальной энергией». Несколько раз пациентка посещала эту группу, где впервые и получила сексуальный опыт.

Встречи в группе «раскрепощения» по ее описанию походили на сексуальные оргии. В этот же период времени купила путевку на турбазу, во время отдыха там была изнасилована. Несмотря на то что была изнасилована в деревенском сарае, куда ее в состоянии легкого опьянения затащил мужчина с уголовным прошлым, к произошедшему событию отнеслась как к забавному приключенческому эпизоду в своей жизни.

По окончании вуза работала в школе. В этот период пробовала устроить личную жизнь через обращение в службу знакомств. В 24 года познакомилась с мужчиной, в сексуальные отношения с ним вступила сразу же, забеременела. Узнав о беременности, стала покупать детские вещи, много фантазировала о рождении ребенка, но сообщать другу о беременности не стала, так как считала, что для этого нужно «особенное время и место». Проводя урок в школе, спровоцировала конфликт и ударила ученика, после чего представители руководства по настоянию родителей ученика заставили ее извиняться в присутствии всего класса и родителей ученика. Уволилась «по собственному желанию», в связи с требованиями школьной администрации. Увольнение явилось причиной серьезного конфликта с отцом, во время которого он был агрессивно настроен по отношению к дочери. Мать на конфликтную ситуацию в школе, а также на агрессивные отцовские действия не реагировала, вела себя холодно и отстраненно, не вмешиваясь и не комментируя произошедшее.

Родителям и другу о беременности не рассказала, женскую консультацию посещала. После скрининговой ультразвуковой диагностики был выставлен диагноз «замершая беременность», завершившаяся выскабливанием полости матки. После выписки домой часто снился неродившийся ребенок. Утром постоянно просыпалась с мыслью о конфликтной ситуации в школе, осознала свою вину и нашла связь между этим событием и замершей беременностью. Потеря плода в этих обстоятельствах представлялась как расплата за неразумные агрессивные действия по отношению к ученику. В течение двух-трех недель отсутствовал аппетит, похудела на два килограмма, возникли трудности со сном, просыпалась в три-четыре часа ночи, после чего вновь засыпала. Артериальное давление ежедневно было низким. Начал пропадать интерес к окружающим событиям, прекратила отношения с другом. Часто думала о неудачной беременности, подолгу фантазировала о ребенке. На фоне сниженного настроения стали возникать мысли о бессмысленности существования, возникло желание покончить собой. Пациентка сделала коктейль из таблеток, найденных в домашней аптечке, выпила эту смесь. Но все ограничилось сильными болями в области живота, рвотой, жидким стулом. После неудачного суицида пациентка крепко спала, утром приняла решение о необходимости лечиться. Обратилась в поликлинику с имеющимися жалобами относительно соматического состояния, врачом был выставлен диагноз ВСД по гипотоническому типу, назначено общеукрепляющее лечение. В течение трех месяцев состояние сохранялось, затем самопроизвольно прошло.

Почувствовав себя здоровой, устроилась в страховую компанию, откуда, проработав недолгое время, уволилась по собственному желанию, так как возникли трудности общения с коллегами и клиентами. Попробовала работать на кафедре иностранных языков в вузе, куда устроилась по протекции отца, но не прошла испытательный срок по причине неумения выстраивать отношения с коллегами, а также со студентами, которые неоднократно обращались к руководству кафедры с просьбой сменить преподавателя. После попыток официального трудоустройства стала заниматься частным репетиторством. С будущим мужем познакомилась в 25 лет, когда он обратился за услугами репетитора английского языка. После двух занятий он пригласил ее в кафе, отношения стали интенсивно развиваться, и вскоре он сделал ей предложение. В браке состоит полтора года. Большую часть времени живет одна, так как муж работает вахтовым методом. Мужа характеризует как внимательного, заботливого человека. Семейная жизнь представляется вполне комфортной, но иногда она начинает искать в муже недостатки и сомневаться в правильности выбора.

Незадолго до наступления беременности пережила две стрессовые ситуации, следующие практически одна за другой. Первая ситуация была связана с сильным испугом, который возник после того, как на пешеходном переходе ее едва не сбила машина. Эта ситуация произошла непосредственно перед занятием, где она занималась английским языком с учеником. Начиная урок, долго не могла собраться с мыслями, испытывая пережитый страх. Состояние дискомфорта усиливало присутствие отца, который неожиданно пришел в гости к дочери и пожелал присутствовать на занятии. В конце урока отец бесцеремонно, в присутствии ученика, стал делать замечания, которые закончились оскорблениями дочери, отец называл ее «ничтожеством», «пустым местом», после чего демонстративно ушел из дома, хлопнув дверью. Оставшись дома одна, испытала сильный стыд перед учеником, который растерялся и не знал, как себя вести. После произошедшей конфликтной ситуации стала искать у себя недостатки, анализировать свою жизнь. Достала фотографии, документы, среди которых оказалась выписка из гинекологического отделения, где проходила реабилитацию после замершей беременности. Госпитализация совпадала по времени с аналогичным периодом года. Возникла тоска по потерянному ребенку. Ночь спала плохо, утром почувствовала себя уставшей. Целый день ходила по книжным магазинам, выбирала литературу о рождении и воспитании детей. Когда приехал муж с вахты, подарила ему купленные книги. Муж отнесся к подарку с радостью, после чего в семье стали обсуждаться перспективы рождения ребенка. Беременность наступила планово, но не принесла ожидаемых положительных эмоций.

Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, установились не сразу. С 14 лет наблюдался выраженный предменструальный синдром, по поводу чего проходила лечение. Половая жизнь с 22 лет. В 2006 г. замершая беременность. В 2009 г. вторая беременность, настоящая.

Была направлена на консультацию акушером-гинекологом. Устно врач рассказала, что испытывает неловкость при общении с пациенткой, не доверяет ей, тщательно подбирает слова для передачи какой-либо информации относительно протекающей беременности. В целом у врача создается впечатление, что беременность пациентке не нужна, в связи с чем возникает беспокойство о возможном отказе от ребенка.

Заключение акушера-гинеколога: беременность 15—16 недель. Угроза прерывания беременности. Ранний токсикоз легкой степени тяжести. Анемия беременных.

ОАК: Нб 107. ОАМ: без особенностей. БАК: без особенностей.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, 82 сокращения в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца, переходная зона V3.

Терапевт: анемия легкой степени тяжести. Невролог: ВСД по гипотоническому типу. Окулист: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, а:в – 2:3, заключение: патологии нет.

Психический статус: пациентка приятной внешности, среднего роста, стройная. Одеты аккуратно. Короткая стрижка, декоративной косметикой не пользуется. Выглядит, вялой, уставшей. Говорит тихо, подбирая слова, как будто бы их взвешивая. Жалуется на снижение энергии, низкое давление, чувство дискомфорта в эпигастрии, утреннюю тошноту, сниженный аппетит. Выраженная ангедония, сонливость возникают преимущественно в первую половину дня. В вечернее время отмечает улучшение общего состояния, в связи с чем начинает винить себя, пытаясь «взять себя в руки и не раскисать». Впервые подобное состояние стала отмечать незадолго до настоящей беременности. Снижение энергии сказалось на выполнении ее домашних обязанностей. Стали появляться сомнения: сможет ли она в таком состоянии выносить беременность. Желание готовиться к родам не могла осуществить из-за утомляемости и постоянной усталости, особенно выраженной в первую половину дня. Жалуется на поверхностный сон, характеризующийся ранними пробуждениями, на боли внизу живота, возникающие преимущественно в утренние часы. Беспокоит утренняя разбитость в теле. Высказывает сомнения о том, сможет ли в таком состоянии выполнять материнские функции, требующие значительных усилий. Галлюцинаций и бреда не обнаруживается.

Психический статус на момент осмотра характеризовался астено-депрессивным синдромом с динамическим компонентом, инсомнией в рамках диагноза F33.01. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени с соматическими симптомами.

Состояние трактовали как депрессивный эпизод с травматическим стресс-индуцированным переживанием отцовских отношений и потери плода. Ведущий синдром – депрессивный с динамическим компонентом. В формировании депрессивного расстройства, вероятно, значимую роль играют нейроэндокринные нарушения, в пользу которого рассматривается особенность становления менструальной функции и выраженный предменструальный синдром, по поводу которого неоднократно проходила лечение.

Конфликтные взаимоотношения с отцом и потеря плода в предыдущей беременности поддерживают депрессивное расстройство.

Проведено психологическое исследование, выявившее следующее.

Шкала депрессии Гамильтона – 15 баллов, что соответствует депрессии легкой степени тяжести. Шкала тревоги Гамильтона (HARS) – 8 баллов. Шкала самооценки социальной адаптации (SASS) – 29 баллов, что соответствует затрудненной социальной адаптации.

ММРІ-профиль пикообразный. Акцентуация по шизоидному типу. Трудность социальной адаптации, конфликтность в контактах. Сочетание аутизации, дистанцирования, отчуждения с ригидностью и стремлением возложить на окружающих вину за нарушение межличностных отношений. Конфликтность в контактах.

Лечение. Утеротоническая терапия: $MgSO_4$, 25 %, 10 мл в 250 мл 0,9 % раствора $NaCl$, внутривенно капельно. Свечи с папаверином в прямую кишку на ночь.

С целью лечения депрессивного расстройства применялась когнитивная психотерапия, включающая работу с формулой «АВС», созданием эмоций, работу с ожиданиями, самоэффективностью, Я-концепцией, центральными убеждениями, составлением когнитивной карты. Для оспаривания убеждений применялись жесткие когнитивные техники.

На этапе формирования терапевтического альянса проводилась рациональная психотерапия, позволяющая понимать депрессивные симптомы. На этой стадии работы пациентка просила порекомендовать научно-популярную литературу, которая могла бы помочь понять ее депрессивное состояние. И позже сообщила, что в предложенных брошюрах нашла подтверждение врачебного мнения о природе депрессивных симптомов и обратимости их. Первые психотерапевтические встречи для пациентки проходили в значительном напряжении. Женщина тщательно обдумывала, что и как говорить, чрезвычайно контролировала себя. Чуть позже поделилась своими переживаниями, что испытывает сложности при общении с врачом акушером-гинекологом, от которого ожидает сочувствия, но наталкивается на непонимание и отчуждение. Несмотря на то что долгое время создавалось впечатление о низком доверии к психотерапевту и малоценности самой психотерапевтической работы для пациентки, на самом деле мы наблюдали тщательное выполнение домашних заданий, написание подробных отчетов. Пациентка никогда не опаздывала на психотерапевтические сессии, не пропускала встречи. На этапе развития терапевтического альянса смогла обсудить потерю плода в предыдущей беременности и значимость потерянного ребенка. Призналась, что долго не решалась на обсуждение этой темы, так как была уверена в том, что ее будут обвинять в безответственности, как это всегда делал отец. Долго сомневалась, сможет ли полюбить ребенка, которого вынашивает в настоящей беременности, так как любила бы того, первого, которого потеряла. Психотерапевтическая работа стала динамичной после совместного обсуждения книги по когнитивной терапии А. Бека, которую пациентка прочитала на языке оригинала.

Принятие переживаний пациентки в психотерапевтической работе окончательно сформировало доверие и способность открыто обсуждать свои чувства. При работе с формулой «АВС» были обнаружены трудности, связанные с поиском нужной когниции «В». С этой целью нами обсуждались разные типы когниций. При работе с самоэффективностью открытием для пациентки стало то, что ее самоэффективность была искривлена и настолько высока, что не позволяла принимать ей обычные неприятности, такие, например, как плохое поведение учеников на уроках. При этом пациентка была уверена в том, что на 90 % способна контролировать свою агрессию. Заниженные ожидания при высокой самоэффективности сформировали у пациентки Я-концепцию: «Я индивидуальность, но никто этого не понимает», «Я слабая и беспомощная в агрессивном, опасном мире». Для оспаривания ложных убеждений применялись жесткие опровергающие техники.

Течение беременности: первый триместр осложнился ранним токсикозом, второй триместр сопровождался выраженной диспептической симптоматикой, анемией беременных. Третий триместр был осложнен плацентарной недостаточностью.

УЗИ: раннее старение плаценты во втором-третьем триместре, увеличение маточного тонуса. По данным КТГ в 32 и 36 недель 8 и 8 баллов. Допплерография в 30 и 35 недель беременности выявила нарушение в маточно-плацентарном круге кровообращения. Беременность завершилась в 39 недель самопроизвольными родами через естественные родовые пути ребенком женского пола, весом 2990 граммов, ростом 53 см. Оценка по шкале АПГАР 8—9 баллов.

В послеродовом периоде отмечалось стабильное эмоциональное состояние. Оценка депрессии по шкале Гамильтона показала 7 баллов, оценка тревоги по шкале Гамильтона – 5 баллов. Шкала самооценки социальной адаптации (SASS) – 35 баллов.

При катamnестическом прослеживании в течение года эмоционально стабильна, периодически происходят конфликты с отцом, но после них она все реже чувствует себя униженной и подавленной, продолжает читать когнитивную литературу, выявляя ложные убеждения, прибегает к оспаривающим когнитивным методикам. При оценке своего эмоционального состояния спустя 3 года говорит о том, что периодически испытывает значительное недовольство, раздражение при общении с ребенком, которого воспринимает слишком требовательным, но так же пытается справиться с этим чувством. С мужем отношения ровные. Несмотря на то что пациентке вполне достаточно проводимого с мужем времени, наблюдая за эмоциональным общением мужа с дочерью, пациентка иногда ощущает собственную малоценность для мужа.

Таким образом, в данном клиническом случае представлена личность, в структуре которой преобладают такие черты, как нарушение адекватного эмоционального реагирования, затрудненность социальной коммуникации, неспособность стать чувствительным членом группы, амбивалентность в отношении с людьми.

Основой шизоидного типа по Е. Кречмеру, является так называемая психэстетическая пропорция, характеризующаяся сочетанием черт повышенной чувствительности (гиперестезия) с эмоциональной холодностью, отчужденностью (анестезия). Черты личности могут рассматриваться в связи с особенностью воспитания амбивалентной матерью и агрессивным отцом и являться неблагоприятным фоном для формирования длительных эмоциональных реакций.

Первый депрессивный эпизод возник 3 года назад, в 2006 г., после конфликта в школе, последующего конфликта с отцом, замершей беременности. Все эти случаи были оформлены пациенткой в сверхценную связь, что и явилось провоцирующим стрессовым событием в формировании первого депрессивного эпизода. Нейроэндокринные нарушения, о чем свидетельствует характер становления менструальной функции, а также наличие выраженного предменструального синдрома, в свою очередь, так же явились значимыми факторами при формировании депрессивного расстройства. Адекватное лечение отсутствовало, что, возможно, послужило основой для последующего рецидива. Второй депрессивный эпизод в 2009 г. имел аналогичное психогенное начало: сильный испуг на пешеходном перекрестке, конфликт с отцом в присутствии ученика, актуализация потерянной беременности.

Клиническая картина депрессии соответствовала уровню легкого депрессивного эпизода. Когнитивная психотерапия приобрела положительную динамику лишь после сформированного доверия к психотерапевту и методу психотерапии. Катамнестическое прослеживание позволило оценить эмоциональное состояние как стабильное.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование пациентов с депрессивными расстройствами, имеющими потерю плода в анамнезе, проводилось на базе ФГБНУ НИИ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» Томска, женской консультации и акушерского стационара ОГАУЗ «Родильный дом № 4» Томска, ФГБНУ «НИИ психического здоровья».

Представленная работа посвящена изучению клинических форм депрессивных расстройств у беременных женщин с потерей плода в анамнезе. Исследованы клинические значения таких социальных факторов, как семейное положение, наличие психосоциальных стрессоров, уровень удовлетворенности браком и социальной поддержки. Изучен уровень образования и трудовой занятости. Оценивались такие психопатологические факторы, как катamnестически выявленные депрессивные эпизоды и суицидальные попытки, исследовались преморбидные личностные особенности. Оценивались такие акушерские параметры, как паритет беременности, исходы предыдущих беременностей, длительность временного промежутка между предыдущим эпизодом потери плода и наступлением настоящей беременности, особенность менструальной функции. Помимо того, оценивалась степень взаимосвязи между выявленными факторами риска и развитием депрессивного эпизода у женщин с потерей плода в анамнезе. Изучены синдромальные варианты депрессивных расстройств и выявлены особенности инициального периода у беременных женщин с потерей плода в анамнезе. Выявлены специфические особенности соматических и когнитивных симптомов в клинической картине депрессивных расстройств у данной категории пациентов. Для оценки проводимой психотерапии отслеживалась динамика депрессивной симптоматики, динамика тревожного состояния, определялась социальная адаптация, осуществлялось наблюдение за течением гестационного процесса. На этапе катamnестического прослеживания проведена оценка длительности ремиссии.

Работа выполнена с применением клинико-психопатологического, клинико-динамического и катamnестического методов исследования 350 пациентов (первый этап исследования), 103 пациентов (второй этап исследования), 77 пациентов (третий этап исследования).

В процессе работы были использованы специализированные шкалы и диагностические критерии. Опросник Спитзера (Spitzer), пересмотренный в соответствии с DSM IV, предлагался как скрининговый метод на этапе выявления психической патологии среди пациентов с потерей плода в анамнезе. Депрессивное расстройство регистрировалось с использованием диагностических критериев в соответствии с МКБ-10. Оценка личности проводилась с применением методики MMPI, состоящей из 377 пунктов, Динамика депрессивной симптоматики оценивалась в соответствии со шкалой депрессии Гамильтона (HDRS-17) перед началом терапии (0-й день), в ходе ее (1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 14-й неделях исследования, перед родами, в период окончания терапии и в раннем послеродовом периоде). Динамика тревожного состояния оценивалась по шкале тревоги Гамильтона (HARS) в начале исследования и перед родами. Динамика психического состояния оценивалась по «Шкале глобальной клинической оценки» (CGI). Для оценки социальной адаптации применялась шкала социальной адаптации (Social Adaptation Self-evaluation Scale, Bosc M., Dubini A., Polin V., 1997). Для оценки эффективности психотерапии и длительности ремиссии в отдаленном послеродовом периоде применялась анкета «Опросник функционирования в отдаленном послеродовом периоде».

В соответствии с поставленными целями и задачами настоящего исследования разработанную ранее Н. А. Корнетовым и др. (1991) «Базисную карту формализованного описания диагностически стандартизированных клинических данных больных с аффективными расстройствами» мы дополнили частью, включавшей особенности акушерско-гинекологического анамнеза, течения и осложнений настоящей беременности, специфику родов и данными антропометрических характеристик новорожденного ребенка.

Первый этап исследования позволил выявить 25,4 % ($n=89$) беременных женщин, страдающих депрессивными расстройствами, и 44,0 % ($n=154$) психически здоровых беременных женщин. Обследованные пациенты были условно разделены на две группы. Пациенты, страдающие депрессивным расстройством (89 человек), составили основную группу, психически здоровые (37 человек) женщины образовали группу контроля. Группа контроля была необходима для сравнительной оценки социальных факторов, психопатологических и акушерских причин, способных создать высокий депрессивный потенциал у женщин с проблемой потери плода в анамнезе, а также для сопоставления динамики психического состояния, социального функционирования, сравнительной оценки течения беременности в процессе психотерапии и катамнестического прослеживания.

Среди пациентов основной группы депрессивный эпизод (F32) наблюдался у 40 беременных женщин (44,9 %), рекуррентное депрессивное расстройство (F33) было выявлено у 49 пациентов (55,1 %).

Средний возраст пациентов основной группы составил $27,9 \pm 4,2$ года ($p > 0,05$). Срок беременности на начало исследования соответствовал в среднем $17,4 \pm 1,9$ недели беременности ($p > 0,05$). Привычное невынашивание беременности в анамнезе имели 47,2 % пациентов ($p > 0,05$), спорадическая потеря беременности в анамнезе зафиксирована у 52,8 % женщин ($p > 0,05$).

Средний возраст пациентов группы контроля составил $28,3 \pm 5,5$ года, срок беременности на начало исследования – $17,8 \pm 2,8$ недели. Привычное невынашивание беременности в анамнезе имели 37,8 % пациентов, спорадическая потеря беременности в анамнезе отмечалась у 62,2 % женщин. Таким образом, сравниваемые группы были сопоставимы по представленным параметрам.

При анализе наличия хронических соматических заболеваний не было получено статистически значимой достоверности различий между сравниваемыми группами. Наследственная отягощенность соматической патологией в основной группе составила 41,6 %, в группе контроля – 40,5 % ($p > 0,05$), что не имело статистически значимой достоверности различий.

Отягощенность психической патологией в основной группе составила 40,4 %, в группе контроля – 27,0 % ($p>0,05$), что так же не явилось статистически значимым.

При выявлении наиболее значимых факторов риска формирования депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе были получены следующие результаты. Среди 89 пациентов основной группы парасуицид, выявленный катamnестически, наблюдался в 28,1 % случаев ($n=25$), в группе контроля – в 5,4 % ($n=2$). Наличие суицидальных попыток увеличивает риск развития депрессии во время беременности: $OR=5,19$, 95 % ДИ 1,31—20,83 ($p=0,04$). При наличии депрессивных эпизодов, выявленных катamnестически, риск развития депрессии во время беременности у пациентов данной категории имеет значение: $OR=1,2$, 95 % ДИ 0,80—1,87 ($p=0,9$).

При исследовании уровня образования оказалось, что женщины с высшим образованием в преобладающем большинстве представлены в основной группе (62,9 % – $n=56$) по сравнению с группой контроля (35,1 % – $n=13$) ($p=0,007$). Относительный риск развития депрессивного эпизода у женщин с потерей плода в анамнезе при наличии высшего образования имел значение $OR=1,79$, 95 % ДИ 1,12—2,85 ($p=0,007$). Обнаружено, что наличие образования в объеме средней школы, а также среднего специального образования у беременных невынашивающих женщин ослабляло риск возникновения депрессии во время беременности: $OR=0,57$, 95 % ДИ 0,40—0,82 ($p=0,007$).

При анализе фактора занятости было выявлено, что полная загруженность в течение рабочего дня увеличивает риск развития депрессии во время беременности: $OR=2,39$, 95 % ДИ 1,48—3,86 ($p=0,001$). Частичная занятость (2—3 часа ежедневно или в течение недели, занятия только домашними делами) снижала риск формирования депрессивного расстройства во время беременности: $OR=0,33$, 95 % ДИ 0,21—0,52 ($p=0,001$). В основной группе работающих женщин в течение полного рабочего дня зарегистрировано 74,2 % ($n=69$), в группе контроля – 32,4 % ($n=12$) ($p=0,001$). В группе контроля преобладали домохозяйки или женщины с частичной занятостью.

Анализ фактора семейных отношений показал, что статистически значимой достоверности различий между замужними и незамужними женщинами в исследуемых группах не было обнаружено ($p > 0,05$). Однако низкий уровень удовлетворенности браком отмечался со статистически значимой достоверностью различий в основной группе (26,9 % – $n=24$) по сравнению с группой контроля (5,4 % – $n=2$) ($p=0,04$). Относительный риск развития депрессивного эпизода при наличии низкой степени удовлетворенности браком имел значение: $OR=4,98$, 95 % ДИ 1,24—20,04 ($p=0,04$). Показано, что наличие удовлетворенности браком ослабляло риск формирования депрессивного расстройства: $OR=0,77$, 95 % ДИ 0,67—0,89 ($p=0,04$).

При анализе фактора социальной поддержки со стороны друзей и родственников выяснилось, что в основной группе со статистически значимой достоверностью различий чаще отмечается слабая социальная поддержка (32,6 % – $n=29$) по сравнению с женщинами группы контроля (5,4 % – $n=2$) ($p=0,001$). Относительный риск развития депрессивного эпизода у женщин с потерей плода в анамнезе, у которых наблюдался низкий уровень социальной поддержки со стороны друзей и родственников, имел значение: $OR=6,03$, 95 % ДИ 1,52—23,98 ($p=0,001$). Установлено, что наличие хорошей социальной поддержки ослабляло риск формирования депрессивного расстройства во время беременности: $OR=0,71$, 95 % ДИ 0,61—0,84 ($p=0,001$).

При анализе исходов беременностей было определено, что частота выкидышей в основной группе со статистически значимой достоверностью различий было выше (88,8 % – $n=79$), чем в группе контроля (70,3 % – $n=26$) ($p=0,03$), что увеличивало риск развития депрессивного расстройства во время беременности: $OR=1,26$, 95 % ДИ 1,01—1,58 ($p=0,03$).

При сопоставлении количества спорадических и привычных выкидышей сравниваемые группы не отличались статистически значимой достоверностью различий ($p > 0,05$). Однако при исследовании связи между временем, прошедшим с момента предыдущей потери плода, и наличием текущего депрессивного эпизода выяснилось, что в основной группе число пациентов,

вступивших в беременность в пределах до 1,5 лет после предыдущей потери плода, было выше (63,9 % – $n=46$), чем в группе контроля (13,5 % – $n=5$) ($p<0,0001$). Малый временной интервал между потерей плода во время предыдущей беременности и вынашиванием настоящей увеличивал риск развития депрессивного расстройства: $OR=4,73$, 95 % ДИ 2,05—10,88 ($p=0,0001$).

Пациентов, забеременевших спустя 1,5—2,5 года после предыдущей потери плода, в основной группе оказалось 23,6 % ($n=17$), в группе контроля – 21,6 % ($n=8$) ($p=0,9$). Данный временной фактор не являлся значимым для развития депрессивного расстройства: $OR=1$ ($p=0,9$).

Пациентов, чья беременность наступала после 2,5 лет после потери плода, в основной группе было 12,5 % ($n=9$), в группе контроля – 64,9 % ($n=24$) ($p<0,0001$). Наступление беременности спустя 2,5 и более лет ослабляло риск развития депрессивного расстройства во время настоящей беременности: $OR=0,19$, 95 % ДИ 0,10—0,35 ($p=0,0001$).

Из числа значимых акушерско-гинекологических факторов первичная дисменорея у пациентов основной группы встречалась в 62,9 % случаев, в группе контроля соответствовала 32,4 % ($p=0,004$). Показано, что данный фактор увеличил риск развития депрессии: $OR=1,94$, 95 % ДИ 1,19—3,17 ($p=0,004$).

В процессе исследования были выделены типы преморбидных особенностей личности беременных женщин, имеющих потерю плода в анамнезе. Женщины «относительно гармоничные» в основной группе встречались в 4,5 % случаев ($n=4$), в группе контроля – в 35,1 % ($n=13$) ($p=0,006$). Наличие относительно гармоничного преморбида личности снижало риск развития депрессии во время беременности: $OR=0,13$, 95 % ДИ 0,04—0,37 ($p=0,006$).

Циклоидных личностей в основной группе наблюдалось 46,1 % ($n=41$), в группе контроля – 35,1 % ($n=13$) ($p>0,05$). Из общего числа циклоидов гипотимные личности наблюдались в основной группе в 78,1 % случаев ($n=32$), в группе контроля – в 61,5 % ($n=8$) ($p=0,42$). Циркулярные циклоиды в основной группе встретились в 14,6 % случаев ($n=6$), в группе контроля – в 7,7

% ($n=1$) ($p=0,6$). Гипертимные циклоиды составили 7,3 % ($n=3$) в основной группе и 30,8 % ($n=4$) в группе контроля ($p=0,019$). Наличие гипертимных особенностей личности снижало риск развития депрессии во время беременности: $OR=0,08$, 95 % ДИ 0,01—0,65 ($p=0,02$).

Шизоидный тип личности в основной группе встречался в 4,5 % случаев, в группе контроля подобный тип личности не наблюдался.

Ананкастный тип личности в основной группе наблюдался в 12,4 % случаев, в группе контроля – в 8,1 % случаев ($p>0,05$).

Параноидный тип личности в основной группе встречался в 4,5 % случаев ($n=4$), в группе контроля подобный тип личности не наблюдался.

Зависимый тип личности в основной группе наблюдался в 3,4 % случаев ($n=3$), в группе контроля – в 2,7 % ($n=1$) случаев ($p>0,05$).

Эмоционально неустойчивый тип личности в основной группе наблюдался в 17,9 % ($n=16$) случаев, в группе контроля – в 13,5 % ($n=5$) ($p>0,05$).

Истерический тип личности в основной группе наблюдался в 6,7 % ($n=6$) случаев, в группе контроля – в 5,5 % ($n=5$) ($p>0,05$).

Выделены синдромальные варианты депрессии у женщин с потерей плода в анамнезе. Так, тревожно-депрессивный синдром встречался в 56,3 % случаев ($n=50$); депрессивно-динамический синдром присутствовал у 34,8 % женщин ($n=31$); депрессивный синдром отмечался в 6,7 % наблюдений ($n=6$). По одному случаю были представлены депрессивно-ананкастический (1,1 %) и депрессивно-дисфориоподобный (1,1 %) синдромы.

В инициальном периоде были выделены следующие варианты: диспептический – 30,3 % ($n=27$); психовегетативный – 18,0 % ($n=16$); алгический – 15,7 % ($n=14$); диссомнический – 14,6 % ($n=13$); аффективный – 12,4 % ($n=11$); анергический – 9,0 % ($n=8$). При проведении корреляционного анализа было обнаружено, что для тревожной депрессии в инициальном периоде более характерен психовегетативный тип ($R=0,34$; $p=0,004$). Простая депрессия чаще имела диспептический вариант начала ($R=0,25$; $p=0,0037$). В случае ананкастической депрессии встретился анергический вариант начала

($R=0,34$; $p=0,004$). Дисфориоподобная депрессия имела диссомническое начало ($R=0,29$; $p=0,0012$). Для адинамической депрессии менее был характерен психовегетативный тип ($R=-0,29$; $p=0,0014$).

При оценке клинической картины депрессивных расстройств периода беременности у женщин с проблемой потери плода в анамнезе были выявлены некоторые соматические и когнитивные особенности. Снижение полового влечения имело место в обеих исследуемых группах – в основной группе и группе контроля, причем вне зависимости от наличия или отсутствия депрессивной симптоматики. У пациентов основной группы этот симптом наблюдался в 94,4 % случаев ($n=68$), в группе контроля – в 90,3 % ($n=28$) ($p>0,05$). Нарушение сна так же имело специфический характер. Беременные женщины, помимо характерных для депрессии ранних пробуждений, имели проблемы при засыпании из-за активных шевелений плода, а также поверхностный сон, во время которого возникали утомляющие активные движения плода. Данный симптом отмечался у пациентов основной группы в 55,1 % ($n=38$) случаев, что имело статистически значимую достоверность различий от подобного состояния в группе контроля, где вечернее и ночное шевеление плода отмечалось в 12,9 % случаев ($n=4$) ($p<0,001$).

Обнаружено, что у пациентов основной группы типичный симптом депрессивного расстройства, связанный со снижением аппетита и массы тела, протекает под маской раннего токсикоза, а в более поздних сроках – под маской диспептической симптоматики. Так, в группе контроля ранний токсикоз встречался значительно реже 19,4 % ($n=6$), что со статистически значимой достоверностью различий отличалось от частоты данного показателя в основной группе – 66,7 % ($n=38$) ($p<0,001$).

Во втором триместре у 29,8 % женщин основной группы сохранялись тошнота и позывы на рвоту, однако такие симптомы не регистрировались в группе контроля. Наблюдаемая симптоматика отмечалась в среднем в течение $24,5 \pm 2,2$ недели беременности. В третьем триместре у 3,5 % женщин основной группы тошнота и позывы на рвоту сохранялись до $31 \pm 1,0$ недели бе-

ременности. Диспептические симптомы проявлялись в связи с суточными колебаниями настроения.

Когнитивные нарушения имели особенности, связанные с содержательной частью переживаний: ожидание неблагоприятного исхода беременности и родов, фиксация на сроке предыдущей потери плода, присутствие чувства вины перед потерянным в предыдущей беременности плодом, отсутствие проявления материнских эмоций по отношению к вынашиваемому плоду в настоящей беременности. Суицидальные мысли фактически не высказывались, однако в некоторых случаях отмечались пассивные суицидальные мысли (допущение возможности быть сбитой машиной, умереть на операции от кровотечения или наркоза).

На втором этапе исследования в сроке беременности $17,6 \pm 1,7$ недель пациентам основной группы было предложено психотерапевтическое лечение методом когнитивной психотерапии с применением интегративных приемов, которое осуществлялось до родов.

Структура тяжести депрессивных расстройств на момент начала психотерапевтического вмешательства в основной группе была следующей: легкий депрессивный эпизод наблюдался у 47 (65,3, %) женщин, умеренно выраженная депрессия была диагностирована у 25 (34,7 %) пациентов. Из 72 пациентов, вступивших в когнитивную психотерапию, 15 пациентов ее не завершили. Среди них у 3 пациентов развилась серьезная акушерская патология, им была предложена психотерапия вне рамок исследования. У 12 пациентов беременность завершилась потерей плода. В раннем послеродовом периоде им была предложена работа с потерей, которая осуществлялась в течение 6 месяцев и не входила в рамки настоящего исследования.

Из числа пациентов, завершивших психотерапию ($n=57$), 48 женщин ответили на данный вид терапии, они были выделены в подгруппу эффективной когнитивной терапии. После родоразрешения с ними проводились встречи с периодичностью 1 раз в 2 месяца в течение полугода. При отсутствии эффекта от психотерапевтического лечения во время беременности ($n=9$)

пациентам был рекомендован антидепрессант растительного происхождения негрустин, 425 мг в капсулах. Пять пациентов согласились следовать предложенной схеме лечения и составили подгруппу «Препарат+когнитивная терапия». Беременные женщины принимали препарат 2 раза: утром и вечером до родов, продолжая посещать психотерапевтические сессии. Перед родами прием препарата отменяли, в послеродовом периоде с пациентами проводились встречи с периодичностью 1 раз в 2 месяца в течение полугода.

Пациенты, не ответившие улучшением психического состояния на проводимую когнитивную терапию, но тем не менее отказавшиеся во время беременности от приема негрустина ($n=4$), были выделены в подгруппу «Неэффективная когнитивная терапия». Они продолжали посещать психотерапию. В послеродовом периоде им было предложено фармакологическое лечение, осуществлялось их наблюдение.

Динамика депрессивной симптоматики в подгруппе эффективной когнитивной терапии была следующей. В начале исследования средний депрессивный балл по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-17) соответствовал $14,5 \pm 3,1$, в группе контроля имел значение $2,7 \pm 2,0$ ($p < 0,0001$).

Ослабление депрессивных симптомов в подгруппе эффективной когнитивной терапии отмечалось к концу четвертой недели психотерапевтического лечения, когда средний депрессивный балл приобрел значение $9,2 \pm 2,5$, что, тем не менее, имело статистически значимую достоверность различий со средним депрессивным баллом группы контроля – $3,2 \pm 1,3$ ($p < 0,0001$). К шестой неделе исследования средний депрессивный балл снизился до $7,4 \pm 1,8$, а в группе контроля имел прежнее значение – $3,2 \pm 1,3$ ($p < 0,0001$). Перед родами в основной группе общее количество баллов по шкале депрессии составило $4,7 \pm 1,9$ ($p=0,5$). Подобная тенденция сохранялась и в раннем послеродовом периоде, когда средний депрессивный балл приобрел значение $4,1 \pm 2,0$, что не составило статистически значимой достоверности различий со средним депрессивным баллом ($4,4 \pm 0,9$) в группе контроля ($p=0,4$).

Динамика депрессивной симптоматики к концу второй недели психотерапевтического лечения в подгруппе пациентов, не ответивших на когнитивную терапию ($n=9$), имела следующие особенности. Средний депрессивный балл по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-17) в подгруппе пациентов, давших согласие на комбинированное лечение ($n=5$), был со статистически значимой достоверностью различий большим ($16,6 \pm 0,6$) по сравнению с подгруппой пациентов неэффективной когнитивной терапии ($n=4$) ($15,2 \pm 0,9$) ($p < 0,05$). К концу второй недели комбинированной терапии (4-я неделя исследования) средний депрессивный балл подгруппы приобрел значение $13,0 \pm 0,7$, что составило статистически значимую достоверность различий со средним депрессивным баллом в подгруппе неэффективной когнитивной терапии – $15,5 \pm 1,9$ ($p < 0,05$). На 6-й неделе исследования средний депрессивный балл на фоне комбинированного лечения приобрел значение $8,6 \pm 0,9$, что характеризовалось статистически значимой достоверностью различий с подгруппой пациентов неэффективной когнитивной терапии – $16,0 \pm 1,8$ ($p < 0,0001$). К 14-й неделе исследования средний депрессивный балл на фоне комбинированного лечения составил $5,4 \pm 1,5$, что обнаружило статистически значимую достоверность различий с подгруппой женщин неэффективной когнитивной терапии – $16,2 \pm 1,2$ ($p < 0,0001$). Перед родами препарат отменяли, среднее значение баллов по шкале депрессии Гамильтона соответствовало $4,0 \pm 0,7$, что не отличалось статистически значимой достоверностью различий от среднего депрессивного балла пациентов подгруппы эффективной когнитивной терапии – $4,7 \pm 1,9$, а также от среднего депрессивного балла пациентов группы контроля – $4,9 \pm 0,8$ ($p > 0,05$). В раннем послеродовом периоде данная тенденция продолжалась сохраняться.

Уровень тревоги по шкале тревоги Гамильтона (HARS) в начале исследования в подгруппе эффективной когнитивной терапии имел значение $15,7 \pm 1,4$ балла, в группе контроля соответствовал $5,8 \pm 1,1$ балла ($p < 0,0001$). Перед родами в подгруппе эффективной когнитивной терапии зафиксировано снижение среднего балла по шкале тревоги Гамильтона до $6,3 \pm 1,0$. При

этом статистически значимая достоверность различий с соответствующим средним баллом у пациентов группы контроля ($6,2 \pm 1,1$) не была выявлена ($p > 0,05$).

Для оценки эффективности проводимой терапии изучалась социальная адаптация пациентов по шкале самооценки социальной адаптации (SASS) до начала психотерапии и на этапе ее завершения – перед родами. С этой целью проводили клиническое наблюдение за течением беременности, катamnестическое прослеживание в течение 3 лет.

Согласно полученным результатам, в начале исследования средний балл по шкале SASS в подгруппе эффективной когнитивной терапии со статистически значимой достоверностью различий составил $27,5 \pm 3,0$ балла, в то время как в группе контроля имел значение $35,2 \pm 3,4$ ($p < 0,0001$). В конце исследования средний балл по шкале SASS в подгруппе эффективной когнитивной терапии достиг значения $37,0 \pm 3,1$ балла, в группе контроля составил $36,6 \pm 3,8$, что не имело статистически значимой достоверности различий ($p > 0,05$).

При проведении корреляционного анализа в основной группе были получены следующие данные: чем ниже была социальная адаптация в начале исследования, тем выше был уровень депрессии, регистрируемый по шкале HDRS-17 ($R = -0,4$; $p = 0,006$). Низкому уровню социальной адаптации соответствовал низкий уровень социальной поддержки со стороны значимых близких людей ($R = 0,3$; $p = 0,03$).

Чем выше был уровень социальной адаптации в послеродовом периоде, тем меньшая тяжесть депрессии отмечалась по шкале Гамильтона на всех этапах ее оценки, в том числе на 4-й неделе исследования ($R = -0,4$; $p = 0,02$); на 6-й неделе ($R = -0,4$; $p = 0,002$); на 14-й неделе ($R = -0,5$; $p = 0,001$) и перед родами ($R = -0,3$; $p = 0,03$).

Показано, что улучшению социальной адаптации способствовало более раннее начало психотерапии ($R = -0,3$; $p = 0,03$).

Оценка эффективности психотерапии предполагала осуществление клинического наблюдения за течением беременности в двух сравниваемых группах. Угроза прерывания беременности до начала психотерапевтического лечения (первый триместр беременности) в подгруппе эффективной когнитивной терапии наблюдалась в 70,8 % случаев ($n=34$), в группе контроля регистрировалась у 32,3 % женщин ($n=10$) ($p<0,001$). Психотерапевтическое вмешательство снизило в подгруппе эффективной когнитивной терапии данное осложнение до 54,2 % ($n=26$) во втором триместре беременности, что не имело статистически значимой достоверности различий между подгруппой эффективной когнитивной терапии и группой контроля, где подобное осложнение регистрировалось до 35,5 % ($n=11$) ($p>0,05$). В третьем триместре беременности угроза преждевременных родов в подгруппе эффективной когнитивной терапии наблюдалась в 47,9 % случаев ($n=23$), в группе контроля фиксировалась в 48,4 % случаев ($n=15$) ($p>0,05$). Преэклампсия в подгруппе эффективной когнитивной терапии встречалась в 22,9 % случаев ($n=11$), в группе контроля наблюдалось в 25,8% случаев ($n=6$) ($p>0,05$). Плацентарная недостаточность регистрировалась во втором триместре в подгруппе эффективной когнитивной терапии у 52,01 % женщин ($n=25$), в группе контроля – в 32,3 % случаев ($n=10$) ($p>0,05$). В третьем триместре беременности плацентарная недостаточность присутствовала в основной группе у 56,3% женщин ($n=29$), в группе контроля – у 41,9 % женщин ($n=13$) ($p>0,05$). Срочные, как и преждевременные роды, наблюдались без статистически значимой достоверности различий между сравниваемыми группами ($p>0,05$).

При рождении детей в исследуемых группах новорожденные не имели статистически значимой достоверности различий по антропометрическим показателям, а также по показателям шкалы Апгар.

Далее были проанализированы факторы, влияющие на эффективность когнитивной терапии у депрессивных пациентов основной группы. При проведении корреляционного анализа зарегистрированы отрицательные корреляционные связи между эффективностью психотерапии и такими параметра-

ми, как низкий паритет беременности ($R=-0,27$; $p=0,04$) и меньшее количество аборт в анамнезе ($R=-0,3$; $p=0,02$).

При проведении корреляционного анализа были зарегистрированы положительные корреляционные связи между инкурабельностью угрозы прерывания беременности и усилением депрессивных симптомов ($R=0,27$; $p=0,04$), развитием преэклампсии и нарастанием депрессивной симптоматики ($R=0,56$; $p=0,0001$), развитием плацентарной недостаточности и усилением депрессивных переживаний ($R=0,48$; $p=0,0001$). Были получены положительные корреляционные взаимодействия между адинамической депрессией и преждевременными родами ($R=0,34$; $p=0,04$).

Катамнестическое прослеживание проводилось на третьем этапе исследования и являлось важной частью оценки эффективности когнитивной терапии, поскольку дало возможность оценить длительность ремиссии в течение трех лет наблюдения за пациентами, перенесшими депрессивный эпизод во время беременности. Пациентам исследуемых групп предлагался «Опросник функционирования в отдаленном послеродовом периоде».

В ходе полуструктурированного интервью, осуществляемого по телефонной связи, мы обратились к пациентам подгруппы эффективной когнитивной терапии ($n=46$) и группы контроля ($n=31$) с просьбой ответить на ряд вопросов, которые указывали на наличие следующих симптомов: нарушение сна, подавленное настроение, тревогу, чувство одиночества, раздражительность, чувство беспомощности, наличие мыслей, касающихся бессмысленности рождения ребенка, наличие усталости и раздражительности при общении с ребенком, ощущение себя плохой матерью. Каждый пункт оценивался женщинами самостоятельно одним из предлагаемых вариантов ответов: «нет», «иногда», «часто». Помимо того, были выявлены следующие ситуации, которые могли произойти в течение 3 лет после рождения ребенка: наличие отрицательных жизненных событий, ухудшение супружеских отношений после рождения ребенка, ухудшение соматического здоровья, наличие обращений к психиатру или психотерапевту. В конце телефонного интервью

мы просили женщин оценить субъективный уровень социального функционирования в настоящий момент времени по сравнению с уровнем социального функционирования после рождения ребенка. Пациентам предлагалось три варианта ответа: социальное функционирование сохранилось на прежнем уровне, произошло снижение социального функционирования, произошло повышение социального функционирования.

В течение первого года после рождения ребенка симптомы, связанные с расстройством настроения, «иногда» присутствовали в подгруппе эффективной когнитивной терапии, что не имело статистически значимой достоверности различий с группой контроля. Расстройство сна в подгруппе эффективной когнитивной терапии «иногда» присутствовало у 6,5 % женщин ($n=3$), а в группе контроля – в 9,7 % случаев ($n=3$) ($p>0,05$). Подавленное настроение в подгруппе эффективной когнитивной терапии «иногда» наблюдалось у 6,5 % ($n=3$) женщин, а в группе контроля присутствовало в 9,7 % случаев ($n=3$) ($p>0,05$). Тревога «иногда» возникала у 8,7 % женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии ($n=4$) и у 9,7 % ($n=3$) женщин группы контроля ($p>0,05$). Чувство раздражительности «иногда» отмечали 6,5 % матерей подгруппы эффективной когнитивной терапии ($n=3$), в группе контроля подобное состояние «иногда» присутствовало у 6,4 % женщин ($n=3$) ($p>0,05$).

Чувство одиночества «иногда» испытывали 4,3 % матерей подгруппы эффективной когнитивной терапии ($n=2$) и 6,4 % женщин группы контроля ($n=2$) ($p>0,05$). Чувство беспомощности, возникающее «иногда», отметила одна женщина (2,2 %) подгруппы эффективной когнитивной терапии, в группе контроля такое же чувство подтвердила одна молодая мать, что составило 3,2 % ($p>0,05$). Причину этих состояний женщины субъективно связывали с наличием внешних жизненных ситуаций и семейных обстоятельств.

Спустя 3 года после рождения ребенка присутствие единичных симптомов, негативно характеризующих эмоциональное состояние, так же не имело статистически значимой достоверности различий между исследуемыми группами. Наличие их объяснялось женщинами присутствием внешних

провоцирующих факторов, устранение которых вело к изменению общего эмоционального фона.

Раздражительность спустя 3 года после родов «иногда» проявлялась у матерей подгруппы эффективной когнитивной терапии в 6,5 % случаев ($n=3$) и у 6,4 % ($n=2$) женщин группы контроля ($p>0,05$). Расстройство сна присутствовало «иногда» у 6,5 % ($n=3$) женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и 6,5 % ($n=2$) женщин группы контроля ($p>0,05$). Подавленное настроение отмечали «иногда» 4,4 % матерей подгруппы эффективной когнитивной терапии ($n=2$), подобное состояние отметила одна женщина (3,2 %) группы контроля ($p>0,05$). Тревога «иногда» присутствовала у 8,7 % женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии ($n=4$) и у 12,9 % ($n=4$) женщин группы контроля ($p>0,05$).

Чувство одиночества «иногда» угнетало 4,3 % женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии ($n=2$), в группе контроля только одна женщина сообщила о подобном состоянии (3,2 %) ($p>0,05$). По одному случаю ощущения себя беспомощной фиксировали как в подгруппе эффективной когнитивной терапии (2,2 %), так и в группе контроля (3,2 %).

Оценивая взаимоотношения с ребенком, не было обнаружено статистически значимой достоверности различий между исследуемыми группами.

Раздражительность при общении с ребенком в течение первого года «иногда» испытывали 8,7 % матерей подгруппы эффективной когнитивной терапии ($n=4$) и 9,7 % женщин группы контроля ($n=3$) ($p>0,05$). Ощущение ребенка как слишком требовательного присутствовало в 6,6 % случаев ($n=3$) среди матерей подгруппы эффективной когнитивной терапии и в 6,5 % случаев среди женщин группы контроля ($n=2$) ($p>0,05$). Спустя 3 года после родов раздражительность при общении с ребенком снизилась в подгруппе эффективной когнитивной терапии до 4,3 % ($n=2$), а в группе контроля до 3,2 % ($n=1$) ($p>0,05$).

В проведенном исследовании характеристик эмоционального благополучия пациентов, прошедших психотерапевтическое лечение, явилось от-

сутствие мыслей о бессмысленности рождения ребенка, что соответствовало аналогичным данным в группе психически здоровых пациентов. Ощущение себя плохой матерью также не наблюдалось у пациентов, прошедших психотерапевтическое лечение депрессивного расстройства во время беременности.

Исследуя частоту психосоциальных факторов в течение трех лет после родов, было выявлено, что у женщин обеих исследуемых групп встречались отрицательные жизненные обстоятельства. В подгруппе эффективной когнитивной терапии подобные ситуации наблюдались в 8,7 % случаев ($n=4$), в группе контроля встретились с частотой 9,7 % ($n=3$) ($p>0,05$). Ухудшение супружеских отношений отметили 4,3 % ($n=2$) пациентов подгруппы эффективной когнитивной терапии, в группе контроля – 3,2 % ($n=1$) ($p>0,05$). Ухудшение соматического здоровья отмечалось по одному случаю в обеих исследуемых группах. При возникновении эмоциональных затруднений в 6,5 % случаев ($n=3$) женщины подгруппы эффективной когнитивной терапии обращались за помощью к специалистам (психотерапевту, психиатру). В то же время женщины группы контроля при аналогичных ситуациях не обращались к подобным специалистам.

Социальное функционирование на уровне раннего послеродового периода, как и прежде, в течение первого года отметили 84,8 % женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии ($n=39$) и 87,1 % ($n=27$) женщин группы контроля ($p>0,05$).

Увеличение субъективного уровня социального функционирования отметили 10,9 % ($n=5$) женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и 9,7 % ($n=3$) пациентов группы контроля ($p>0,05$).

Снижение субъективного уровня социального функционирования отметили 4,3 % ($n=2$) женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и 3,2 % женщин ($n=1$) группы контроля ($p>0,05$). Спустя 3 года после рождения ребенка социальное функционирование на уровне раннего послеродового периода отметили 63,0 % женщин ($n=29$) подгруппы эффективной когнитивной терапии и 71,0 % женщин ($n=22$) группы контроля ($p>0,05$). Увеличение

уровня социального функционирования отметили 32,7 % женщин ($n=15$) подгруппы эффективной когнитивной терапии группы и 22,6 % женщин ($n=7$) группы контроля ($p>0,05$). Снижение уровня социального функционирования имело место у 4,3 % ($n=2$) женщин подгруппы эффективной когнитивной терапии и 6,4 % ($n=2$) женщин группы контроля ($p>0,05$).

ВЫВОДЫ

1. Риск развития депрессивного расстройства во время беременности у женщин с потерей плода в анамнезе увеличивается при наличии катамнестически выявленных суицидальных попыток.

2. Социальными факторами риска развития депрессивного расстройства во время беременности у женщин с потерей плода в анамнезе являются: низкий уровень социальной поддержки беременной женщины, неудовлетворенность браком, высокий уровень образования, полная занятость на основной работе. Акушерскими факторами риска являются: первичная дисменорея, выкидыши в анамнезе, временной интервал менее 1,5 лет с момента предыдущей потери плода до наступления настоящей беременности.

3. Структура депрессивного эпизода у женщин с потерей плода в анамнезе является полиморфной. Ведущими синдромами в клинической картине депрессивного расстройства у данной категории пациентов являются тревожно-депрессивный (56,3 %) и депрессивно-адинамический (34,8 %). При беременности, осложненной адинамической депрессией, имеется большая вероятность преждевременных родов ($R=0,34$; $p=0,04$).

4. Наряду с типичными депрессивными симптомами, у женщин с потерей плода в анамнезе регистрируются специфические симптомы. Это нарушение сна, в структуре которого имеются не только ранние пробуждения, но также и интрасомния, вследствие повышенных шевелений плода в ночные часы; маскирование депрессивных симптомов признаками раннего токсикоза, а позже диспептической симптоматики. Снижение сексуальной заинтересованности не всегда является симптомом депрессивного расстройства, но присутствует как типичное состояние у пациентов с потерей плода в анамнезе.

5. При оценке динамики депрессивной симптоматики во время беременности у женщин с потерей плода в анамнезе выявлен положительный ответ на когнитивную психотерапию и комбинированное лечение. Среди пациентов, ответивших на когнитивную психотерапию, средний балл по шкале депрессии Гамильтона в начале исследования составил $14,5 \pm 3,1$; в послеро-

довом периоде – $4,1 \pm 2,0$. В подгруппе пациентов, находящихся на комбинированном лечении негрустином в сочетании с психотерапией, средний балл по шкале депрессии Гамильтона на этапе назначения препарата составил $16,6 \pm 0,6$, в послеродовом периоде – $3,8 \pm 0,8$. В подгруппе пациентов, не ответивших на когнитивную психотерапию, при исходном среднем балле $15,8 \pm 0,9$ в послеродовом периоде регистрировалось не имеющее статистически значимой достоверности различий увеличение среднего балла до $16,2 \pm 1,7$ ($p=0,3$).

6. Метод когнитивной психотерапии является эффективным и безопасным при терапии легких и умеренных депрессивных эпизодов у беременных женщин с потерей плода в анамнезе в условиях амбулаторного наблюдения. На положительный результат психотерапии оказывают влияние малый паритет беременности и низкое количество аборт в анамнезе. Эффективность психотерапии снижается при усугублении акушерской патологии.

7. Когнитивная психотерапия у женщин с потерей плода в анамнезе способствует улучшению социальной адаптации до нормальных значений $37,0 \pm 3,1$ балла (шкала SASS), при исходном низком уровне $27,5 \pm 3,0$ балла. Содействует снижению тревоги у женщин перед родами до нормального значения $6,3 \pm 1,0$ балла, полученного по шкале тревоги Гамильтона (HARS), при исходном балле в начале исследования $15,7 \pm 1,4$. Является профилактически значимой при ведении пациентов с угрозой прерывания беременности и угрозой преждевременных родов.

8. При положительном отклике на когнитивную психотерапию, проводимую во время беременности, наблюдается длительная ремиссия, что сказывается на адекватном уровне социального функционирования в отдаленном послеродовом периоде.

Список использованной литературы

1. Абрамченко, В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. – СПб. : Питер, 2003. – 311 с.
2. Абрамченко, В. В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. – Петрозаводск : ИнтелТек, 2004. – 350 с.
3. Агаджанова, А. А. Современные методы терапии больных с привычным невынашиванием беременности / А. А. Агаджанова // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, № 1. – С. 3—6.
4. Айламазян, Э. К. Акушерство национальное руководство / Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский, Г. М. Савельева. – М. : ГЭОТАР «Медиа», 2009. – 1200 с.
5. Акарачкова, Е. С. Возможности диагностики и лечения депрессивных расстройств в общесоматической практике / Е. С. Акарачкова, О. В. Котова, С. В. Вершинина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – № 4. – С. 22—26.
6. Андриющенко, А. В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости / А. В. Андриющенко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 4. – С. 104—109.
7. Анисимова, Н. П. Специфика изменения самосознания родителей детей с отклонениями в развитии / Н. П. Анисимова // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья : материалы V Международного конгресса / под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко (Москва, 24—27 сентября 2013 г.). – М.: ООО ONEBOOK. RU, 2013. – С. 193.
8. Архангельский, А. Е. Неврозы, неврозоподобные состояния и психозы при беременности, в родах и в раннем послеродовом периоде / А. Е. Архангельский // Календарь психотерапевта. – 1996. – № 1. – С. 7.
9. Архангельский, Г. Работа 2.0. Прорыв к свободному времени / Г. Архангельский – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2009. – 192 с.
10. Ахвердова, О. А. Психология личности : учебное пособие / О. А. Ахвердова, И. В. Белашева, И. В. Боев, А. Н. Каргалева. – Ставрополь : Изд-во СГУ, 2007. – 592 с.
11. Бабанов, С. А. Фармакотерапия при беременности и лактации / С. А. Бабанов, И. А. Агаркова // Трудный пациент. – 2009. – № 12. – С. 21.
12. Баз, Л. Л. Послеродовая депрессия. Эмпирические исследования психологических феноменов / Л. Л. Баз // Хрестоматия по перинатальной психологии. Психология беременности, родов и послеродового периода / сост. А. Н. Васина. – М. : Изд-во УРАО, 2005. – С. 235—245.

13. Бек, А. Когнитивная терапия депрессий / А. Бек, А. Раш, Б. Шо. – СПб. : Питер, 2003. – 304 с.
14. Бек, А. Т. Техники когнитивной психотерапии / А. Бек // Московский психотерапевт. журн. – 1996. – № 3. – С. 49—68.
15. Бельницкая, О. А. Характеристика течения беременности, родов и состояния новорожденных у пациенток с привычным невынашиванием ранних сроков в анамнезе / О. А. Бельницкая, Н. И. Фадеева, Е. С. Кравцова // Медицина в Кузбассе. – 2006. – Спецвып. № 2. – С. 15—19.
16. Белялов, Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта / Ф. И. Белялов. – Иркутск : РИО ИГМАЛО, 2012. – 319 с.
17. Бодяжина, В. И. Неоперативная гинекология / В. И. Бодяжина, В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. – М., 1990. – 544 с.
18. Браун, Дж. Теория и практика семейной психотерапии / Дж. Браун, Д. Кристенсен. – СПб. : Питер, 2001. – 352 с.
19. Варга, А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс / А. Я. Варга, Т. С. Драбкина. – СПб. : Речь, 2001. – 144 с.
20. Васильев, В. В. Суицидальное поведение женщин (обзор литературы) / В. В. Васильев // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 19—27.
21. Вассерман, Л. И. Совладание со стрессом. Теория и психодиагностика / Л. И. Вассерман, В. А. Абаков, Е. А. Трифонова – СПб. : Речь, 2010. – 192 с.
22. Вассерман, Л. И. Социально-психологические факторы в формировании сферы здоровья личности / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 3. – С. 3—8.
23. Вельтищев, Д. Ю. Стресс и модус предрасположения в патогенезе расстройств депрессивного спектра / Д. Ю. Вельтищев, К. Б. Ковалевская, О. Ф. Серавина // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 2. – С. 34—37.
24. Вельтищев, Д. Ю. Острые стрессовые расстройства: факторы прогноза и профилактики затяжного течения / Д. Ю. Вельтищев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 2. – С. 48—50.
25. Вертоградова, О. П. Возможные подходы к типологии депрессий / О. П. Вертоградова // Депрессия (психопатология, патогенез) : труды Моск. НИИ психиатрии. – 1980. – Т. 91. – С. 9—16.
26. Винокурова, Е. А. Перинатальные исходы преодолённого невынашивания : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. А. Винокурова. – Челябинск, 2012. – 24 с.
27. Волкан, В. Жизнь после утраты: Психология горевания / В. Волкан, Э. Зинтл / пер. с англ. – М. : «Когито-Центр», 2007. – 160 с.

- 28.Воронцова, Г. М. Беременность, роды и неонатальные исходы у женщин с психическими расстройствами / Г. М. Воронцова, А. Е. Сидоров // Журнал здравоохранения Чувашии. – 2004. – № 3. – С 25—27.
- 29.Воропаева, Е. Е. Состояние репродуктивного здоровья пациенток со спорадическим и привычным самопроизвольным абортom / Е. Е. Воропаева // Мать и дитя : материалы XII Всероссийского научного форума. – М., 2011. – С. 279—280.
- 30.Выборных, Д. Э. Психотропные препараты при беременности и лактации / Д. Э. Выборных // Соц. и клин. психиатрия. – 1996. – № 1. – С. 136—143.
- 31.Гайнова, И. Г Дифференцированный подход к лечению дисменореи с нейровегетативными проявлениями у девушек / И. Г. Гайнова, Е. В Уварова, Н. М. Ткаченко, Т. А. Кудрякова // Гинекология. – 2001. – № 4. – С. 130—132.
- 32.Гацаева, Л. Т. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Т. Гацаева. – М., 2011 – 24 с.
- 33.Гельдер, М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер, В. Гет, Р. Мейо / пер. с англ. – Киев, 1999. – Т. 1. – 300 с.; Т. 2. – 436 с.
- 34.Гишинский, Я. И. Девиантология : социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений» / Я. И. Гишинский. – М. : Юридический центр «Пресс», 2007. – С. 528.
- 35.Гокоева, Л. К Оценка психосоматического статуса у беременных при угрозе прерывания во втором триместре беременности / Л. К. Гокоева, Л. В. Цаллагова, Ф. А. Зангиева // Мать и дитя : материалы 5-го научного форума. – Геленджик, 2011. – С. 48—49.
- 36.Гольдберг Д. Психиатрия в медицинской практике / Д. Гольдберг, С. Бенджамин, Ф. Крид / пер. с англ. – Киев, 1999. – 304 с.
- 37.Грин, А. Психиатрия / А. Грин / пер с англ. – М. : Практика, 1998. – 485 с.
- 38.Гриневич, В. Н. Клинико-морфологические аспекты диагностики незрелости плаценты на валовом материале медицинских абортов / В. Н. Гриневич, П. Г. Мальков, Е. Б. Ларина // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 3. – С. 56—60.
- 39.Гросс, Е. В. Опыт применения семантического дифференциала для исследования внутренних психологических конфликтов при невынашивании беременности / Е. В. Гросс, В. Н. Назарова, В. Н. Никаноров, Г. В. Моторная, Т. А. Димитриенко // Журн. акушерства и женских болезней. – 2005. – Т. LIV, № 2. – С. 36—39.

40. Добряков, И. В. Депрессия в период беременности / И. В. Добряков, И. А. Колесников // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – Вып. 7. – С. 87—89.
41. Дробижев, М. Ю. Психотерапия депрессий. От теории к практике / М. Ю. Дробижев. – М., 2001.
42. Дубницкая, Э. Б. Антидепрессивная терапия при расстройствах, связанных с генеративным циклом женщин / Э. Б. Дубницкая // Психиатрия и психотерапия. – 2001. – Т. 3, № 3. – С. 10—12.
43. Дубницкая, Э. Б. Проблемы клиники и терапии депрессий, связанных с репродуктивным циклом женщин / Э. Б. Дубницкая // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 1. – С. 52—55.
44. Забылина, Н. А. Сравнительная эффективность различных методов терапии больных невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. А. Забылина. – СПб., 2013. – 26 с.
45. Зуев, В. М. Психологическое сопровождение при диагностике и лечении бесплодия и привычного невынашивания беременности / В. М. Зуев, О. С. Портнова // Мать и дитя : материалы XII Всероссийского научного форума. – М., 2011. – С. 307—308.
46. Иванова, А. Ю. Особенности акушерского анамнеза у женщин с невынашиванием беременности / А. Ю. Иванова, С. П. Пахомов // Мать и дитя : материалы XII Всероссийского научного форума. – М., 2011. – С. 54—55.
47. Казаковцев, Б. А. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Б. А. Казаковцев, В. В. Голланд. – М. : Минздрав России, 1998. – 512 с.
48. Казенных, Т. В. Психотерапевтическая коррекция в системе комплексного лечения больных эпилепсией : методическое пособие для врачей, ординаторов, интернов / Т. В. Казенных, В. Я. Семке. – Томск, 2007. – 20 с.
49. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок / пер. с англ. – М. : ГЭОТАР Медицина, 1998. – 505 с.
50. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер Ком, 1998. – 752 с.
51. Коваленко, Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов / Н. П. Коваленко. – СПб., 2001. – 318 с.
52. Колесников, И. А. Депрессия в период беременности / И. А. Колесников, И. В. Добряков // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – Т. 108, вып. 7. – С. 91—97.
53. Колесников, И. А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотера-

- пии) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. А. Колесников. – СПб., 2010. – 14 с.
54. Корнетов Н.А. О типологии инициальных проявлений моно и биполярных аффективных расстройств // Эндогенные депрессии. Критерии диагностики, нозологические особенности, возрастной аспект: Тез. докл. науч. конф. (Иркутск, 15-17 сентября 1992). – Иркутск, 1992. – С. 73-76
 55. Корнетов, Н. А. Психогенные депрессии (клиника, патогенез) / Н. А. Корнетов. – Томск : Изд-во Томского университета, 1993. – 238 с.
 56. Корнетов, Н. А. Депрессивные расстройства у женщин в условиях социально-кризисной ситуации в обществе / Н. А. Корнетов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 1. – С. 25—29.
 57. Корнетов, Н. А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия / Н. А. Корнетов. – 2-е изд., исправл. и доп. – Томск : Сибирский издательский дом, 2001. – 130 с.
 58. Корнетов, Н. А. Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы) / Н. А. Корнетов // Сборник материалов международной практической конференции. – Томск : Изд-во Томского университета, 2003. – С. 31—39.
 59. Корнетов, Н. А. Современные стандарты диагностики и терапии депрессивных расстройств / Н. А. Корнетов. – Томск; М., 2003.
 60. Корнетов, Н. А. Распознавание и тактика ведения тревожных и депрессивных нарушений в период беременности и после родов : методическое пособие / Н. А. Корнетов, А. Н. Корнетов, И. В. Воеводин, Н. В. Казанцева. – Томск, 2003. – 78 с.
 61. Костерина, Е. М. Психологическое сопровождение потерь / Е. М. Костерина // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2011. – № 3. – С. 84—97.
 62. Кочюнас, Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас. – М. : Академический проект, 1999. – 240 с.
 63. Краснов, В. Н. Образовательная программа по депрессивным расстройствам. Депрессия и соматические заболевания / В. Н. Краснов / под ред. В. Н. Краснова. – М., 2010. – Т. 2. – 171 с.
 64. Краус, А. Новые психопатологические концепции личности больных маниакально-депрессивным психозом / А. Краус // Журн. невропатологии и психиатрии. – 2008. – Вып. 6. – С. 70—76.
 65. Кровяков, В. М. Психотравматология. Психическая травма, психогении в этиопатогенетических механизмах развития психических расстройств / В. М. Кровяков. – М. : Наука, 2005. – 314 с.

66. Кудякова, Т. А. Клинические и биологические особенности в динамике терапии депрессивных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. А. Кудякова. – Томск, 2004. – 24 с.
67. Куликов, Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики : учебное пособие / Л. В. Куликов. – СПб. : Питер, 2004. – 464 с.
68. Ласая, Е. В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных / Е. В. Ласая // Медицинские новости. – 2003. – № 5. – С. 3—7.
69. Лебедева, Е. В. Клиническая типология и терапия депрессивных расстройств у пациентов, перенесших инфаркт миокарда : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Лебедева. – Томск, 2001. – 26 с.
70. Лозовая, В. П. Особенности полоролевого самосознания и ценностных ориентаций у женщин с диагностированным бесплодием / В. П. Лозовая // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2014. – № 1 (13). – С. 39—84.
71. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – Л. : Медицина, 1983. – 130 с.
72. Мазо, Г. Э. Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии / Г. Э. Мазо, Л. И. Вассерман, М. В. Шаманина // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 2. – С. 41—50.
73. Мазо Г.З. Терапия депрессии при беременности: поиск решения в условиях неопределенности / Г.З. Мазо; Ю.С. Никифорова; М.А. Ганзенко // Современная терапия психических расстройств. – 2015. - №3. - С. 8-13.
74. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллин / пер. с англ. – СПб. : Речь, 2001. – 560 с.
75. Меринов, А. В. Суицидологическая характеристика девушек, воспитанных в неполных семьях / А. В. Меринов, Т. А. Бычкова, А. В. Лукашук, О. Ю. Сомкина, Н. Л. Меринов // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 2. – С. 54—58.
76. Мосолов, С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С. Н. Мосолов. – М., 1995. – 356 с.
77. Мосолов, С. Н. Депрессии в общесоматической практике / С. Н. Мосолов // Медицина для всех. – 1997. – № 2. – С. 19—21.
78. Мягков, А. Ю. Структура и динамика незавершенных самоубийств / А. Ю. Мягков, Е. Ю. Смирнова // Социологические исследования. – 2007. – № 3. – С. 89—97.
79. Насырова, Р. Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетический, социально-психологический и реабилитационный аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Р. Ф. Насырова. – Томск, 2012. – 51 с.

80. Нельсон-Джоунс, Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс. – СПб. : Питер, 2000. – 464 с.
81. Петренко, Т. С. Основные направления развития европейской психиатрии (Дискуссии на 22 европейском психиатрическом конгрессе) / Т. С. Петренко // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. – 2014. – Т. 2, вып. 2. – С. 78—85.
82. Положий, Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б. С. Положий // Суицидология. – 2015 – Т. 6, № 1 (18). – С. 3—7
83. Полторак, С. В. О психодинамических аспектах соотношения психотерапии и фармакотерапии в лечении невротических расстройств / С. В. Полторак, А. Васильева // Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 3. – С. 88—92.
84. Пономарев В. И., Водка М. Е. Распространенность аффективных расстройств и несуицидальных самоповреждений у женщин с потерей плода в анамнезе / В.И. Пономарев, М. Е. Водка // Психиатрия, неврология, та медична психологія. – 2014. –Т.1, №1. – С. 10–15.
85. Прилепская, В. Н. Поликлиническая гинекология / В. Н. Прилепская / под ред В. Н. Прилепской. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 640 с.
86. Радзинский, В. Е. Неразвивающаяся беременность : руководство / В. Е. Радзинский, В. И. Димитрова, И. Ю. Майскова. – М., 2009. – 208 с.
87. Радзинский, В. Е. Акушерская агрессия / В. Е. Радзинский. – М. : Изд-во журнала StatusPraesens, 2011. – 688 с.
88. Райгородский, Д. Я. Психология и психоанализ беременности / Д. Я. Райгородский. – Самара, 2003. – С. 169—177.
89. Рогозина, Т. А. Клинические и иммунологические особенности при депрессивных реакциях : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. А. Рогозина. – Томск, 2002. – 24 с.
90. Рубченко, Т. И. Эффективность Раптен рапида при дисменорее / Т. И. Рубченко // Гинекология. – 2007. – № 4. – С. 37—40.
91. Руженков, В. А. Влияние прерывания беременности на поздних сроках на психическое состояние женщины / В. А. Руженков, М. А. Качан // Правовые и этические проблемы психической помощи : материалы научно-практической конференции / под ред. проф. В. С. Ястребова. – М. : Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – С. 154—155.
92. Русина, В. В. Клинико-социальные характеристики женщин с психическими расстройствами, совершивших агрессивные противоправные действия в отношении своих детей / В. В. Русина // Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 2. – С. 51—54.

93. Рыжков, В. Д. Клинико- психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Д. Рыжков. – СПб., 1992. – 23 с.
94. Семке, В. Я. Истерические состояния / В. Я. Семке. – М. : Медицина, 1988. – 221 с.
95. Серов, В. Н., Современные возможности использования нестероидных противовоспалительных препаратов для устранения и профилактики дисменореи / В. Н. Серов, Е. А. Уварова, И. Г. Гайнова // Фарматека. – 2004. – № 15 (92). – С. 18—24.
96. Сидельникова, В. М. Привычная потеря беременности / В. М. Сидельникова. – М. : Триада-Х, 2005. – 304 с.
97. Сидельникова, В. М. Актуальные проблемы невынашивания беременности: руководство для практических врачей / В. М. Сидельникова, Г. Т. Сухих. – М., 2009. – 561 с.
98. Симуткин, Г. Г. Изучение клинической эффективности комбинированного применения флуоксетина и светотерапии при депрессивных расстройствах / Г. Г. Симуткин, Е. Д. Счастный, Л. П. Якутенок и др. // XII Рос. Нац. конгр. «Человек и лекарство» : тез. докл. – М., 2005. – С. 546.
99. Симуткин, Г. Г. Использование травы зверобоя в сочетании с ярким светом при терапии депрессивных расстройств / Г. Г. Симуткин, Е. В. Потапкина, Т. А. Кудякова и др. // Акт. вопросы психиатрии. – 2005. – Вып. 12. – С. 108—111.
100. Симуткин, Г. Г. Альтернативные и дополнительные методы терапии депрессии / Г. Г. Симуткин. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2007. – 370 с.
101. Скрицкая, Т. В. Материнство как социально обусловленный феномен / Т. В. Скрицкая // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2005. – № 2 (22). – С. 47—56.
102. Смирнова, Н. С. Эффективность рациональной и когнитивной психотерапии депрессивных расстройств на основе динамической стандартизированной оценки уровня депрессии и социальной адаптации / Н. С. Смирнова // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии : материалы международной научно-практической конференции психиатров и наркологов Сибири и Дальнего Востока (Томск, 26—27 мая 2004. г.) / под науч. ред. В. Я. Семке. – Томск, 2004. – С. 176—179.
103. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей / А. Б. Смулевич. – М. : Мед. информ. агентство, 2001. – 256 с.
104. Смулевич, А. Б. Депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщин. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М. : МИА, 2003. – С. 157—161.

105. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М. : Мед. информ. агенство, 2003. – 432 с.
106. Смулевич, А. Б. Депрессии и возможности их лечения в общемедицинской практике (предварительные результаты программы ПАРУС) / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая, М. Ю. Дробижев // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 2, № 2. – С. 23—25.
107. Сорокина, Т. Т. Роды и психика : практ. рук-во / Т. Г. Сорокина. – Минск : Новое знание, 2003. – 352 с.
108. Спивак, Л. И. Нервно-психические расстройства при беременности и в родах / Л. И. Спивак, И. Ю. Щеглова, Д. Л. Спивак. – СПб., 1998. – 195 с.
109. Спиридонова, Н. В. Психоэмоциональное состояние женщин при аномальном течении беременности / Н. В. Спиридонова, М. В. Буданова, Е. В. Мелкадзе // Мать и дитя : материалы XII Всероссийского научного форума. – М., 2011. – С. 197.
110. Стрижаков, А. Н. Особенности акушерской тактики ведения и перинатальные исходы у беременных с антенатальной гибелью плода в анамнезе / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко, Ю. Ю. Попова // Мать и дитя : материалы 5-го научного форума. – Геленджик, 2011. – С. 128—129.
111. Суровцева, А. К. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных депрессивными расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. К. Суровцева. – Томск, 2005. – 24 с.
112. Сухих, Г. Т. Охрана репродуктивного здоровья – важный раздел программы модернизации здравоохранения / Г. Т. Сухих, Л. В. Адамян // Проблемы репродукции : материалы VI международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2012. – С. 5—10.
113. Счастный, Е. Д. Распространенность и клинико-конституциональные закономерности полиморфизма депрессивных расстройств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2001. – 43 с.
114. Топчий, Н. В. Депрессивные расстройства в практике поликлинического врача / Н. В. Топчий // Фарматека. – 2005. – № 10. – С. 2—7.
115. Тулупова, М. С. Репродуктивные потери в России: Статистика, перспективы профилактики / М. С. Тулупова, М. Б. Хамошина, А. И. Чотчаева, А. Ю. Пастернак, А. А. Лукаев // Мать и дитя : материалы 5-го научного форума. – Геленджик, 2011. – С. 339—340.
116. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. – М. : «Практическая медицина», 2009. – 202 с.
117. Тювина, Н. А. Особенности лечения депрессивных расстройств у женщин / Н. А. Тювина // Психиатрия психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 3. – С. 12.

118. Тювина, Н. А. Диагностика и лечение депрессии в амбулаторной практике / Н. А. Тювина, С. В. Прохорова, В. Н. Смирнова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – № 2. – С. 14—19.
119. Узбеков, М. Г. Некоторые аспекты метаболических нарушений при тревожной депрессии / М. Г. Узбеков, Э. Ю. Мисионжник, Н. М. Максимова // Российский психиатр. журн. – 2003. – № 6. – С. 58—62.
120. Узбеков, М. Г. Нейрохимические аспекты взаимосвязи моноаминергических и гормональной систем в патогенезе тревожной депрессии / М. Г. Узбеков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 2.
121. Устинова, Н. В. Пограничные психические расстройства у матерей детей, больных детским церебральным параличом : дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Устинова. – Казань, 2005. – 181 с.
122. Ушкалова, Е. А. Проблемы безопасности лекарственных средств во время беременности / Е. А. Ушкалова // Трудный пациент. – 2005. – № 2. – С. 20—23.
123. Ушкалова А.В., Ушкалова Е.А. Применение нормотимических средств во время беременности // Современная терапия психических расстройств. – 2012. – № 3. – С. 9–17.
124. Ушкалова А. В. Лечение психических заболеваний в период беременности и лактации: учебное пособие / А. В. Ушкалова, Е. А. Ушкалова, Е. М. Шофман. – ИНФРА-М., 2013. – 284 с.
125. Хорни, К. Наши внутренние конфликты / К. Хорни. – М., 2003. – С. 121—146.
126. Черников, А. В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики / А. В. Черников. – изд-е 3-е, испр. и доп. – М. : Независимая фирма «Класс», 2001. – 208 с.
127. Шаманина, М. В. Депрессивные состояния в послеродовом периоде : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Шаманина. – СПб., 2014. – 25 с.
128. Шефов, С. А. Психология горя / С. А. Шефов. – СПб. : Речь, 2006. – 144 с.
129. Шмунк, Е. В. Клинические проявления расстройств депрессивного спектра и эффективность психофармакотерапии в зависимости от длительности и качественных особенностей догоспитального периода : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Шмунк. – Томск, 2009. – 25 с.
130. Щеглова, И. Ю. Психические расстройства в акушерско-гинекологической клинике / И. Ю. Щеглова // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. – № 3. – С. 26—29.
131. Эллис, А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмотивный подход / А. Эллис / пер. с англ. – СПб.; М., 2002. – 272 с.

132. Эллис, А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / А. Эллис, У. Драйден / пер. с англ. Т. Саушкиной. – СПб. : Издательство «Речь», 2002. – 362 с.
133. Юрьева, Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства / Л. Н. Юрьева. – Киев : Сфера, 2002. – 224 с.
134. Яковлева, О. В. Социальные и медицинские аспекты недонашивания / О. В. Яковлева, Л. В. Музурова // Мать и дитя : материалы 5-го научного форума. – Геленджик, 2011. – С. 349—350.
135. Addis, A. Safety of fluoxetine during the first trimester of pregnancy: a meta-analytical review of epidemiological studies / A. Addis, G. Koren // *Psychological Medicine*. – 2000. – Vol. 30. – P. 89—94.
136. Addis, A. Risk classification systems for drug use during pregnancy: are they a reliable source of information / A. Addis, S. Sharabi, M. Bonati // *Drug Saf.* – 2000. – Sep. – Vol. 23 (3). – P. 245—253.
137. Altshuler, L. L. Treatment of depression in women: A summary of the expert consensus guidelines / L. L. Altshuler, L. S. Cohen, M. L. Moline, D. A. Kahn, D. Carpenter, J. P. Docherty, R. W. Ross // *J. Psychiatr. Pract.* – 2001. – Vol. 7. – P. 185—208.
138. Andrade, S. E. Antidepressant medication use and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn / S. E. Andrade, H. McPhillips, D. Loren et al. // *Pharmacoepidemiol. Drug. Saf.* – 2009. – Vol. 18 (3). – P. 246—252.
139. Andrew, A. Prevention of Relapse and Recurrence in Depression: The Role of Long-Term Pharmacotherapy and Psychotherapy / A. Andrew, M. D. Nierenberg, J. Timothy, Ph. D. Petersen, E. Jonathan, M. D. Alpert // *J. Clin. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 64. – Suppl. 15. – P. 13—17.
140. Bansil, P. Maternal and fetal outcomes among women with depression / P. Bansil, E. V. Kuklina, S. F. Meikle, S. F. Posner, A. P. Kourtis, S. R. Ellington, D. J. Jamieson // *J. Womens Health*. – 2010. – Vol. 19. – P. 329—334.
141. Batenburg-Eddes, T. Van Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study / T. Van Batenburg-Eddes, M. J. Brion, J. Henrichs, V. W. V. Jaddoe, A. Hofman, F. C. Verhulst, D. A. Lawlor, G. Davey Smith, H. Tiemeier // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2013. – Vol. 54, № 5. – P. 591—600.
142. Becker, H. Embriotoxicity (including teratogenicity) study with S-1574-1 in the rat / H. Becker, D. Frei, C. U. Terrier et al. // *RCC Report*. – 1989. – P. 307.
143. Bennett, H. A. Prevalence of depression during pregnancy: systemic review / H. A. Bennett, A. Einorson, A. Taddio et al. // *Obstet Gynecol.* – 2004. – Vol. 103. – P. 698—709.
144. Blackburn, I. M. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combina-

- tion / I. M. Blackburn, S. Bishop, A. I. Glen, L. J. Whalley, J. E. Christie // *Brit. J. Psychiatry*. – 1981. – Vol. 139. – P. 181—189.
145. Bolton, P. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial / P. Bolton, J. Bass, R. Neugebauer et al. // *JAMA*. – 2003. – Vol. 289 (23). – P. 3117—3124.
 146. Bonari, L. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy / L. Bonari, N. Pinto, E. Ahn et al. // *Can. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 49 (11). – P. 726—735.
 147. Bosc, M. Development and validation of social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale / M. Bosc, A. Dubini, V. Polin // *Europ. Neuropsychopharm.* – 1997. – V. 7 (Suppl.). – P. 57—70.
 148. Bowen, A. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada / A. Bowen, N. Muhajarine // *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.* – 2006. – Vol. 35. – P. 491—498.
 149. Breedlove, G. Depression screening during pregnancy / G. Breedlove, D. Fryzelka // *J. Midwifery Womens Health*. – 2011. – Vol. 56. – P. 18—25.
 150. Brier, N. Understanding and managing the emotional reactions to miscarriage / N. Brier // *Obstetrics and Gynecology*. – 1999. – Jan. – V. 93, № 1. – P. 151—155.
 151. Brockington, I. Postpartum psychiatric disorders / I. Brockington // *Lancet*. – 2004. – Vol. 363. – P. 303—310.
 152. Cassidy-Bushrow, A. E. Vitamin D nutritional status and antenatal depressive symptoms in African American women / A. E. Cassidy-Bushrow, R. M. Peters, D. A. Johnson, J. Li, D. S. Rao // *J. Womens Health (Larchmt)*. – 2012. – Vol. 21 (11). – P. 1189—1195.
 153. Chambers, H. M. Support for women/families after perinatal death / H. M. Chambers, F. Y. Chan // *Cochrane Review. The Cochrane Library*. – Oxford : Update Software, 1999. – Issue 1.
 154. Chessick, C. A. Screening for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period / C. A. Chessick, S. Dimidjian // *Archives of Women's Mental Health*. – 2010. – Vol. 13. – P. 233—248.
 155. Ciccetti, D. The efficiency of Toddler-Parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers / D. Ciccetti, F. A. Rogosch, S. L. Toth // *J. Abnorm. Child Psychol.* – 2000. – Vol. 28. – P. 134—148.
 156. Cohen, L. S. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant medication / L. S. Cohen, L. L. Alshuler, B. L. Harlow, R. Nonacs, D. J. Newport, A. C. Viguera et al. // *JAMA*. – 2006. – Vol. 295. – P. 499—507.

157. Copper, R. L. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty five weeks gestation. National Institute of child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network / R. L. Copper, R. L. Goldenberg, A. Das, N. Elder, M. Swain, G. Norman et al. // *Am. J. Obstet Gynecol.* – 1996. – Vol. 175. – P. 1286—1292.
158. Corral, M. Morning light therapy for postpartum depression / M. Corral, A. A. Wardrop, H. Zhang, A. K. Grewal, S. Patton // *Arch. Womens Ment. Health.* – 2007. – Vol. 10. – P. 221—227.
159. Crowley, S. K. Efficacy of light therapy for perinatal depression: a review / S. K. Crowley, S. D. Youngstedt // *Journal of Physiological Anthropology.* – 2012. – Vol. 31. – P. 15.
160. Dayan, J. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labour / J. Dayan, C. Creveuil, M. Herlicoviez et al. // *Am. J. Epidemiol.* – 2002. – Vol. 155. – P. 293—301.
161. Dimidjian, S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum / S. Dimidjian, S. Goodman // *Clin. Obstet Gynecol.* – 2009. – Vol. 52. – P. 498—515.
162. Dugoua, J. J. Safety and efficacy of St. John's wort (hypericum) during pregnancy and lactation / J. J. Dugoua, E. Mills, D. Perri, G. Koren // *Can. J. Clin. Pharmacol.* – 2006. – Vol. 13 (3). – P. 268—276.
163. Einarson, A. Abrupt discontinuation of psychotropic drugs due to fears of teratogenic risk and the impact of counseling / A. Einarson, P. Selby, G. Koren // *J. Psychiatry Neurosci.* – 2001. – Vol. 26 (1). – P. 44—48.
164. Einarson, A. A Multicentre Prospective Controlled Study to Determine the Safety of Trazodone and Nefazodone Use During Pregnancy / A. Einarson, L. Bonari, Sh. Voyer-Lavigne, A. Addis, D. Matsui, Y. Johnson, G. Koren // *Can. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 48. – P. 106—110.
165. Einarson, A. Adverse effects of antidepressant use in pregnancy: an evaluation of fetal growth and preterm birth / A. Einarson, J. Choi, T. R. Einarson, G. Koren. // *Depression and anxiety.* – 2010. – Vol. 27, № 1. – P. 35—38.
166. El Marroun, H. Maternal Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Fetal Growth, and Risk of Adverse Birth Outcomes / H. El Marroun, V. W. Jaddoe, J. J. Hudziak et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 69 (7). – P. 715—721.
167. Emerson, S. P. The Relationship of Nocturnal Melatonin to Estradiol and Progesterone in Depressed and Healthy Pregnant Women / S. P. Emerson, C. J. Meliska, L. F. Martinez, D. L. Sorenson, A. M. Lopez, S. Nowakowski, R. Hauger, B. L. Parry // *J. Womens Health.* – 2012. – Jun. – Vol. 21 (6). – P. 649—655.

168. Epperson, C. N. Randomized clinical trial of bright light therapy for antepartum depression: preliminary findings / C. N. Epperson, M. Terman, J. S. Terman et al. // *J. Clin. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 65 (3). – P. 421—425.
169. Ericson, A. Delivery outcome after the use of antidepressants in early pregnancy / A. Ericson, B. Kallen, B. Wiholm // *European Journal of Clinical Pharmacology*. – 1999. – Vol. 55. – P. 503—508.
170. Evans, J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth / J. Evans, J. Heron, H. Francomb, S. Oke, J. Golding // *B. M. J.* – 2001. – Vol. 23. – P. 257—260.
171. Evans, J. Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term: longitudinal study / J. Evans, J. Heron, R. R. Patel, N. Wiles // *Br. J. Psychiatry*. – 2007. – V. 191. – P. 84—85.
172. Eyal, R. Poor neonatal adaptation after utero exposure to duloxetine / R. Eyal, D. Yaeger // *Am. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165. – P. 651.
173. Field, T. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate / T. Field, M. Diego, M. Hernandez-Reif, S. Schanberg, C. Kuhn, R. Yando, D. Bendell // *Depress Anxiety*. – 2003. – Vol. 17. – P. 140—151.
174. Fitelson, E. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options / E. Fitelson, S. Kim, A. S. Baker, K. Leight // *Int. J. Womens Health*. – 2011. – Vol. 3. – P. 1—14.
175. Fornal, C. A. Effects of standardized extracts of St. John's wort on the single-unit activity of serotonergic dorsal raphe neurons in awake cats: comparisons with fluoxetine and sertraline / C. A. Fornal, C. W. Metzler, C. Mirescu et al. // *Neuropsychopharmacology*. – 2001. – Vol. 25. – P. 858—870.
176. Franklin, M. Researching the antidepressant actions of *Hypericum perforatum* (St. John's wort) in animals and man / M. Franklin, P. J. Cowen // *Pharmacopsychiatry*. – 2001. – Vol. 34. – P. S29—37.
177. Freeman, M. P. Complementary and alternative medicine for perinatal depression M. P. Freeman // *J. Affect. Disord.* – 2009. – Vol. 112 (1—3). – P. 1—10.
178. Gandhi, S. G. Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide / S. G. Gandhi, W. M. Gilbert, S. S. McElvy et al. // *Obstet Gynecol.* – 2006. – Vol. 107. – P. 984.
179. Gausia, K. Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study / K. Gausia, C. Fisher, M. Ali, J. Oosthuizen // *Women Ment Health*. – 2009. – Vol. 12. – P. 351—358.
180. Gavin, A. R. Maternal depressive symptoms, depression, and psychiatric medication use in relation to risk of preterm delivery / A. R. Gavin, C. Holzman, K. Siefert, Y. Tian // *Womens Health Issues*. – 2009. – Vol. 19. – P. 325—334.

181. Gavin, N. I. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence / N. I. Gavin, B. N. Gaynes, K. N. Lohr, S. Meltzer-Brody, G. Gartlehner, T. Swinson // *Obstet Gynecol.* – 2005. – Vol. 106. – P. 1071—1083.
182. Gaynes, B. N. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes / B. N. Gaynes, N. Gavin, S. Meltzer-Brody et al. // *Evid. Rep. Technol. Assess.* – 2005. – Summ. – Vol. 119. – P. 1—8.
183. Gilbert, P. Depression. The evolution of powerlessness / P. Gilbert. – Hove : LEA, 1992. – P. 48.
184. Glazier, R. H. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women / R. H. Glazier, F. J. Elgar, V. Goel, S. Holzapfel // *J. Psychosom. Obstet Gynaecol.* – 2004. – Vol. 25. – P. 247—255.
185. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done / V. Glover // *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* – 2014 Jan. – Vol. 28 (1). – P. 25—35
186. Goodman, J. H. CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety / J. H. Goodman, A. Guarino, K. Chenausky, L. Klein, J. Prager, R. Petersen, A. Forget, M. Freeman // *Arch. Womens Ment. Health.* – 2014. – Oct. – Vol. 17 (5). – P. 373—387.
187. Grush, L. R. St John's wort during pregnancy / L. R. Grush, A. Nierenberg, B. Keefe, L. S. Cohen // *JAMA.* – 1998. – Vol. 280 (18). – P. 1566.
188. Grzeskowiak, L. E. Antidepressant use in late gestation and risk of postpartum haemorrhage: a retrospective cohort study / L. E. Grzeskowiak, R. McBain, G. A. Dekker, V. L. Cliftona // *BJOG.* – 2015. – DOI: 10.1111/1471-0528.13612.
189. Grzeskowiak, L. E. Prenatal Antidepressant Exposure and Child Behavioural Outcomes at 7-Years of Age: A study within the Danish National Birth Cohort / L. E. Grzeskowiak, J. L. Morrison, T. B. Henriksen, B. H. Bech, C. Obel, J. Olsen, L. H. Pedersen // *BJOG.* – 2015. – DOI: 10.1111/1471-0528.13611.
190. Handal, M. Motor development in children prenatally exposed to selective serotonin reuptake inhibitors: a large population-based pregnancy cohort study / M. Handal, S. Skurtveit, K. Furu, S. Hernandez-Diaz, E. Skovlund, W. Nystad, R. Selmer // *BJOG.* – 2015. – DOI: 10.1111/1471-0528.13582.
191. Hart, S. Depressed mother's neonates improve following the MABI and Brazelton demonstration / S. Hart, T. Field, G. Nearing // *J. Pediatr. Psychol.* – 1998. – Vol. 23. – P. 251—256.
192. Harue, O. Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment / O. Harue, K. Takayoshi, G. Setsuko, M. Satomi, K. Atsuko, M. Tomoko, A. Branko et al. // *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* – 2014. – Aug. – Vol. 68. – Is. 8. – P. 631—639.

193. Hay, D. F. Interpreting the effects of mothers postnatal depression on children's intelligence ;a critique and reanalysis / D. F. Hay, R. Kumar // *Child Psychiatry Hum. Dev.* – 1995. – Vol. 25. – P. 165—181.
194. Heijnen, W. T. Antidepressant pharmacotherapy failure and response to subsequent electroconvulsive therapy: a metaanalysis / W. T. Heijnen, T. K. Birkenhager, A. I. Wierdsma et al. // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2010. – Vol. 30. – P. 616—619.
195. Howland, R. H. Update on St. John's Wort / R. H. Howland // *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health. Serv.* – 2010. – Vol. 48 (11). – P. 20—24.
196. Irl, C. The PEGASUS project – a prospective cohort study for the investigation of drug use in pregnancy. PEGASUS Study Group / C. Irl, J. Hasford // *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* – 1997. – Dec. – Vol. 35 (12). – P. 572—526.
197. Jablensky, A. V. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders / A. V. Jablensky, V. Morgan, S. R. Zubrick, C. Bower, L. A. Yellachich // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – P. 79—91.
198. Janicak, P. G. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of major depressive disorder: a comprehensive summary of safety experience from acute exposure, extended exposure, and during reintroduction treatment / P. G. Janicak, J. P. O'Reardon, S. M. Sampson et al. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 69 (2). – P. 222—232.
199. Janssen, H. J. M. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss / H. J. M. Janssen // *American J. of Psychiatry.* – Feb. – 1996. – № 153 (2). – P. 226—230.
200. Jesse, D. E. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy / D. E. Jesse, J. Walcott-McQuigg, A. Mariella, M. S. Swanson // *J. Midwifery Womens Health.* – 2005. – Vol. 50. – P. 405—410.
201. Kessler, R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, A. Sonnega, M. Hughes, C. B. Nelson // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 52. – P. 1048—1060.
202. Kieler, H. Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension in the newborn: population based cohort study from the five Nordic countries / H. Kieler, M. Artama, A. Engeland et al. // *B. M. J.* – 2012. – Vol. 344. – P. d8012.
203. Kim, D. R. An open label pilot study of transcranial magnetic stimulation for pregnant women with major depressive disorder / D. R. Kim, N. Epperson, E. Pare' et al. // *J. Womens Health (Larchmt).* – 2011. – Vol. 20 (2). – P. 255—261.

204. Kim, D. R. A survey of patient acceptability of repetitive transcranial magnetic stimulation (TMS) during pregnancy / D. R. Kim, L. Sockol, J. P. Barber et al. // *J. Affect. Disord.* – 2011. – Vol. 129 (1–3). – P. 385–390.
205. Klier, C. M. St. John's wort (*Hypericum perforatum*) and breastfeeding: plasma and breast milk concentrations of hyperforin for 5 mothers and 2 infants / C. M. Klier, B. Schmid-Siegel, M. R. Schäfer, G. Lenz, A. Saria, A. Lee, G. Zernig // *J. Clin. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 67 (2). – P. 305–309.
206. Klirova, M. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in major depressive episode during pregnancy / M. Klirova, T. Novak, M. Kopecek, P. Mohr, V. Strunzova // *NeuroEndocrinol. Lett.* – 2008. – Vol. 29 (1). – P. 69–70.
207. Kohen, D. Psychotropic medication in pregnancy / D. Kohen // *British Journal of Psychiatry.* – 2001. – Vol. 178. – P. 296–298.
208. Kohen, D. Psychotropic medication in pregnancy / D. Kohen // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2004. – Vol. 10. – P. 59–66.
209. Koren, G. Discontinuation syndrome following late pregnancy exposure to antidepressants / G. Koren // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 2004. – Vol. 158. – P. 307–308.
210. Koren, G. Is maternal use of SSRIs in the third trimester of pregnancy harmful to neonates? Commentary / G. Koren et al. // *CMAJ.* – 2005. – May 24. – Vol. 172 (11). – P. 1457–1459.
211. Koren, G. Antidepressant use during pregnancy: the benefit-risk ratio / G. Koren, H. Nordeng // *Am. J. Obstet Gynecol.* – 2012. – Vol. 207. – P. 157–163.
212. Kulin, N. A. Pregnancy outcome following maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors / N. A. Kulin, A. Pastuszak, S. R. Sage et al. // *JAMA.* – 1998. – Vol. 279. – P. 609–610.
213. Lam, R. W. Effects of light therapy on suicidal ideation in patients with winter depression / R. W. Lam, E. M. Tam, I. S. Shiah, L. N. Yatham, A. P. Zis // *J. Clin. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 61 (1). – P. 30–32.
214. Lancaster, Ch. A. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy; a systematic review / Ch. A. Lancaster, K. J. Gold, H. A. Flynn et al. // *Am. J. Obstet Gynecol.* – 2010. – Jan. – Vol. 202. – P. 5–14.
215. Lavender, T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum / T. Lavender, Y. Richens, S. J. Milan, R. M. Smyth, T. Dowswell // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2013. – Jul. – Vol. 18. – P. 7.
216. Leathers, S. J. Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers / S. J. Leathers, M. A. Kelley // *Am. J. Orthopsychiatry.* – 2000. – Vol. 70. – P. 523–531.

217. Lee, A. M. Prevalence, course, risk factors for antenatal anxiety and depression / A. M. Lee, S. K. Lam, S. M. Lau, C. S. Chong, H. W. Chui, D. Y. Fong // *J. Obstet Gynaecol.* – 2007. – Vol. 110. – P. 1102—1112.
218. Linde, K. St John's wort for depression (Cochrane Review) / K. Linde, C. D. Mulrow // *Cochrane Library.* – 2004. – Is. 3. – Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd.
219. Lovisi, G. M. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil / G. M. Lovisi, J. R. Lopez, E. S. Coutinho, V. Patel // *Psychol. Med.* – 2005. – Vol. 35. – P. 1485—1492.
220. Lyons-Ruth, K. The depressed mothers and her one year old infant: environment, interaction, attachment and infant development / K. Lyons-Ruth, D. Zoll, D. Connell, H. U. Grunebaum // *New Dir. Child Dev.* – 1986. – Vol. 34. – P. 61—82.
221. Ma, S. H. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects / S. H. Ma, J. D. Teasdale // *J. Consult Clin. Psychol.* – 2004. – Vol. 72. – P. 31—40.
222. Manzano, J. La depression AM postpartum et sa prevention / J. Manzano, M. Righetti // *VI Symposium de Geneve de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent: Les relations precoces parentsenfants et leurs troubles.* – Geneve, 1995. – Vol. 5. – P. 11—13.
223. Marchesi, C. Major and minor depression in pregnancy / C. Marchesi, S. Bertoni, C. Maggini // *Obstet Gynecol.* – 2009. – Vol. 113. – P. 1192—1298.
224. Marcus, S. M. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings / S. M. Marcus, H. A. Flynn, F. C. Blow et al. // *J. Women's Health.* – 2003. – Vol. 12 (4). – P. 373—380.
225. McElhatton, P. R. The outcome of pregnancy in 689 women exposed to therapeutic doses of antidepressants. A collaborative study of the European Network of Teratology Information Service (ENTIS) / P. R. McElhatton, H. M. Garbis, E. Elefant et al. // *Reproductive Toxicology.* – 1996. – Vol. 10. – P. 285—294.
226. Mengue, S. S. Drug use by pregnant women in six Brazilian cities / S. S. Mengue, E. P. Schenkel, B. B. Duncan, M. I. Schmidt // *Rev Saude Publica.* – 2001. – Vol. 35. – P. 415—420.
227. Miller, B. J. Dietary supplements for preventing postnatal depression / B. J. Miller, L. Murray, M. M. Beckmann, T. Kent, B. Macfarlane // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2013. – Oct. – Vol. 24. – P. 10.
228. Moretti, M. E. Evaluating the safety of St. John's Wort in human pregnancy / M. E. Moretti, A. Maxson, F. Hanna, G. Koren // *Reprod. Toxicol.* – 2009. – Vol. 28 (1). – P. 96—99.
229. Murray, L. The impact of postnatal depression on infant development / L. Murray // *J. Child Psychol. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 33. – P. 543—561.

230. Nasreen, H. E. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh / H. E. Nasreen, Z. N. Kabir, Y. Forsel, M. Edhborg // *Women's Health*. – 2011. – Vol. 11. – P. 22—26.
231. Neggers, Y. The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes / Y. Neggers, R. Goldenberg, S. Cliver, J. Hauth // *Acta Obstet Gynecol. Scand.* – 2006. – Vol. 85 (3). – P. 277—285.
232. Nicholson, W. K. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy / W. K. Nicholson, R. Setse, F. Hill-Briggs, L. A. Cooper, D. Strobino, N. R. Powe // *Obstet Gynecol.* – 2006. – Vol. 107. – P. 798—806.
233. Nonacs, R. Assessment and treatment of depression during pregnancy: an update / R. Nonacs, L. S. // *Cohen Psychiatr. Clin. North. Am.* – 2003. – Vol. 26. – P. 547—562.
234. Nordeng, H. Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors / H. Nordeng, R. Lindemann, K. V. Perminov et al. // *Acta Paediatrica*. – 2001. – Vol. 90. – P. 288—291.
235. Nordentoft, M. Intrauterine growth retardation and premature delivery: the influence of maternal smoking and psychosocial factors / M. Nordentoft, H. C. Lou, D. Hansen, J. Nim, O. Pryds, P. Rubin et al. // *Am. J. Public Health*. – 1996. – Vol. 86. – P. 347—354.
236. Nott, P. N. Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth / P. N. Nott // *Br. J. Psychiatry*. – 1987. – Vol. 151. – P. 523—527.
237. Nulman, I. Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs / I. Nulman, J. Rovet, D. E. Stewart et al. // *New England Journal of Medicine*. – 1997. – Vol. 336. – P. 258—262.
238. Nulman, I. Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout foetal life: a prospective controlled study / I. Nulman, J. Rovet, D. E. Stewart et al. // *American Journal of Psychiatry*. – 2002. – Vol. 159. – P. 1889—1895.
239. Oates, M. Suicide: the leading cause of maternal death / M. Oates // *Br. J. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 183. – P. 279—281.
240. Oberlander, T. F. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data / T. F. Oberlander, W. Warburton, S. Misri, J. Aghajanian, C. Hertzman // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 898—906.
241. Oren, D. A. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression / D. A. Oren, K. L. Wisner, M. Spinelli et al. // *Am. J. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 159 (4). – P. 666—669.

242. Orr, S. T. Maternal depressive symptoms and risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings / S. T. Orr, C. A. Miller // *Epidemiology Review*. – 1995. – Vol. 17. – P. 165—171.
243. Orr, S. T. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland / S. T. Orr, S. A. James, C. B. Blackmore Prince // *Am. J. Epidemiol.* – 2002. – Vol. 156. – P. 797—802.
244. O'Donnel, M. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity / M. O'Donnel, M. Creamer, P. Pattison // *Am. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 161. – P. 1390—1396.
245. O'Hara, M. W. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression / M. W. O'Hara, S. Stuart, L. L. Gorman, A. Wenzel // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2000. – Nov. – Vol. 57 (11). – P. 1039—1045.
246. O'Keane, V. Depression during pregnancy / V. O'Keane, M. S. Marsh // *BMJ*. – 2007. – May 12. – Vol. 334 (7601). – P. 1003—1005.
247. O'Reardon, J. P. Acute and maintenance electroconvulsive therapy for treatment of severe major depression during the second and third trimesters of pregnancy with infant follow-up to 18 months: case report and review of the literature / J. P. O'Reardon, M. A. Cristancho, C. V. von Andreae et al. // *J. ECT*. – 2011. – Vol. 27. – P. e23—e26.
248. Padberg, F. Repetitive transcranial magnetic stimulation: does it have potential in the treatment of depression? / F. Padberg, H. J. Moller // *CNS Drugs*. – 2003. – Vol. 17. – P. 383—403.
249. Palmsten, K. Can nonrandomized studies on the safety of antidepressants during pregnancy convincingly beat confounding, chance, and prior beliefs? / K. Palmsten, S. Hernández-Díaz // *Epidemiology*. – 2012. – Vol. 23. – P. 686—688.
250. Parry, B. L. Can critically timed sleep deprivation be useful in pregnancy and postpartum depressions? / B. L. Parry, M. L. Curran, C. A. Stuenkel, M. Yokimozo, L. Tam, K. A. Powell, J. C. Gillin // *J. Affect Disord.* – 2000. – Vol. 60. – P. 201—212.
251. Parry, B. L. Plasma melatonin circadian rhythm disturbances during pregnancy and postpartum in depressed women and women with personal or family histories of depression / B. L. Parry, C. J. Meliska, D. L. Sorenson et al. // *Am. J. Psychiatry*. – 2008.
252. Pastuszak, A. Pregnancy outcome following first-trimester exposure to fluoxetine (Prozac) / A. Pastuszak, B. Schick-Boscheta, C. Zuber et al. // *JAMA*. – 1993. – Vol. 269. – P. 2246—2248.
253. Paykel, E. S. Масштабы и бремя депрессивных расстройств в Европе (расширенный реферат обзора) / E. S. Paykel, T. Brugha, T. Fryers // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2006. – Т. 08, № 3. – С. 57—62.

254. de Paz, N. C. Risk of Placental Abruption in Relation to Maternal Depressive, Anxiety and Stress Symptoms / N. C. de Paz, S. E. Sanchez, L. E. Huaman, G. D. Chang, P. N. Pacora, P. J. Garcia, C. V. Ananth, Ch. Qiu, M. A. Williams // *J. Affect Disord.* – 2011. – Apr. – Vol. 130 (1—2). – P. 280—284.
255. Pearlstein T. Depression during Pregnancy / T. Pearlstein // *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.* – 2015. – Vol. 29. – P. 7542764.
256. Pompili, M. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: a selective overview for the implications of suicide prevention / M. Pompili, G. Serafini, M. Innamorati, A. M. Möller-Leimkühler, G. Giupponi, P. Girardi, R. Tatarelli, D. Lester // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2010. – Vol. 260. – P. 583—600.
257. Pupco, A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk for major congenital anomalies / A. Pupco, P. Bozzo, G. Koren // *Obstet Gynecol.* – 2011. – Vol. 118. – P. 959—960.
258. Qiu, C. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study / C. Qiu, S. E. Sanchez, N. Lam, P. Garcia, M. A. Williams // *BMC Womens Health.* – 2007. – Vol. 7. – P. 15.
259. Qiu, C. Preeclampsia risk in relation to maternal mood and anxiety disorders diagnosed before or during early pregnancy / C. Qiu, M. A. Williams, R. Calderon-Margalit, S. M. Cripe, T. K. Sorensen // *Am. J. Hypertens.* – 2009. – Vol. 22. – P. 397—402.
260. Rahman, A. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world / A. Rahman, Z. Iqbal, R. Harrington // *Psychol. Med.* – 2003. – Vol. 33. – P. 1161—1167.
261. Rando, T. A. Parental bereavement: An exception to the general conceptualizations of mourning / T. A. Rando // *Parental Loss of Child.* – Champaign : Research Press, 1986. – P. 45—58.
262. Records, K. Psychosocial correlates of depression symptoms during the third trimester of pregnancy / K. Records, M. J. Rice // *Obstet Gynecol. Neonatal Nurs.* – 2007. – Vol. 36. – P. 231—242.
263. Richards, E. M. The management of mood disorders in pregnancy: alternatives to antidepressants / E. M. Richards, J. L. Payne // *CNS Spectrums FirstView Article.* – 2013. – Apr. – P. 1—11.
264. Rich-Edwards, J. Maternal experiences of racism and violence as predictors of preterm birth: rationale and study design / J. Rich-Edwards, N. Krieger, J. Majzoub, S. Zierler, E. Lieberman, M. Gillman // *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* – 2001. – Vol. 15. – Suppl. 2. – P. 124—135.
265. Robinson, L. A. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research / L. A. Robinson, J. S. Berman, R. A. Neimeyer // *Psychol. Bull.* – 1990. – Vol. 108. – P. 30—49.

266. Roder, C. Meta-analysis of effectiveness and tolerability of treatment of mild to moderate depression with St. John's Wort / C. Roder, M. Schaefer, S. Leucht // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 2004. – Bd. 72, № 6. – S. 330—343.
267. Ross, L. E. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review / L. E. Ross, J. Murray Brian, M. Steiner // *Psychiatry Neurosci.* – 2005. – Jul. – Vol. 30 (4). – P. 247—256.
268. Ross, L. E. Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: a systematic review and meta-analysis / L. E. Ross // *JAMA Psychiatry.* – 2013. – Vol. 70. – P. 436—443.
269. Rubertsson, C. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample / C. Rubertsson, B. Wickberg, P. Gustavsson, I. Radestad // *Arch. Womens Ment. Health.* – 2005. – Vol. 8. – P. 97—104.
270. Sanders, K. M. Annual high-dose vitamin D3 and mental well-being: randomized controlled trial / K. M. Sanders, A. L. Stuart, E. J. Williamson et al. // *Br. J. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 198. – P. 357—364.
271. Sharp, D. The impact of postnatal depression on boys intellectual development / D. Sharp, D. F. Hay, S. Pawlby, G. Schmucker, H. Allen, R. Kumar // *J. Child Psychol. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 36. – P. 1315—1337.
272. Simon, G. E. Outcomes of prenatal antidepressant exposure / G. E. Simon, M. L. Cunningham, R. L. Davis // *American Journal of Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159. – P. 2055—2061.
273. Sinclair, D. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school; teachers report / D. Sinclair, L. Murray // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172. – P. 58—63.
274. Sit, D. Decision making for postpartum depression treatment / D. Sit, K. L. // *Wisner Psychiatr. Ann.* – 2005. – Vol. 35. – P. 577—585.
275. Sit, D. Mother-infant antidepressant levels, maternal depression, and perinatal events / D. Sit, J. M. Perel, S. R. Wisniewski, J. C. Helsel, J. F. Luther, K. L. Wisner // *J. Clin. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 72. – P. 994—1001.
276. Sjostrom, K. Maternal anxiety in late pregnancy: effect on fetal movements and fetal heart rate / K. Sjostrom, L. Valentin, T. Thelin, K. Marsal // *Early Hum. Dev.* – 2002. – Vol. 67. – P. 87—100.
277. Spinelli, M. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting educational program for depressed pregnant women / M. Spinelli, J. Endicott // *Am. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 160. – P. 555—562.
278. Staneva A. et al. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review/ A. Staneva; F. Bogossian; M. Pritchard; A. W ittkowski // *Women and Birth.* – 2015. – Vol. 28(3). – P. 179—193

279. Steer, R. A. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes / R. A. Steer, T. O. Scholl, M. L. Hediger et al. // *J. Clin. Epidemiol.* – 1992. – Vol. 45. – P. 1093—1099.
280. Suri, R. Effects on antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth / R. Suri, L. Altshuler, G. Helleman, V. K. Burt, A. Aquino, J. Mintz // *Am. J. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 164. – P. 1206—1213.
281. Suri, R. Postpartum Depression: Advances in Recognition and Treatment / R. Suri, L. Altshuler // *FOCUS.* – 2012. – Vol 10, № 1. – P. 15—21.
282. Teasdale, J. D. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy / J. D. Teasdale, Z. Segal, J. M. G. Williams et al. // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2000. – Vol. 68. – P. 615—623.
283. Teti, D. M. Maternal depression and quality of early attachment; an examination of infants, preschoolers and their mothers / D. M. Teti, D. M. Gelfand, D. S. Messinger, R. Isabella // *Dev. Psychol.* – 1995. – Vol. 31. – P. 364—376.
284. Tjoa, C. Unipolar Depression During Pregnancy: Nonpharmacologic Treatment Options / C. Tjoa, E. Pare, D. Kim // *Women's Health.* – 2010. – Vol. 6 (4). – P. 565—576.
285. Vermetten, E. Circuits and systems in stress. I Preclinical Studies / E. Vermetten, J. Bremner // *Depression and anxiety.* – 2002. – Vol. 15, № 3. – P. 126—147.
286. Viguera, A. C. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and non-pregnant women after discontinuing lithium maintenance / A. C. Viguera, R. Nonacs, L. S. Cohen, L. Tondo, A. B. Aoife Murray, R. J. Baldessarini // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157. – P. 179—184.
287. Weissman, M. M. Rates and risks of depressive symptoms in a United States urban community / M. M. Weissman, J. K. Myers // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1987. – Vol. 57. – P. 219—231.
288. Westdahl, C. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression / C. Westdahl, S. Milan, U. Magriples, T. S. Kershaw, S. S. Rising, J. R. Ickovics // *Obstet Gynecol.* – 2007. – Vol. 110. – P. 134—140.
289. Wilson, K. L. Persistent pulmonary hypertension of the newborn is associated with mode of delivery and not with maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors / K. L. Wilson, C. M. Zelig, J. P. Harvey et al. // *Am. J. Perinatol.* – 2011. – Vol. 28. – P. 19—24.
290. Wirz-Justice, A. Biological rhythm disturbances in mood disorders / A. Wirz-Justice // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2006. – Vol. 21. – Suppl. 1. – P. 11—115.
291. Wirz-Justice, A. A. Randomized Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Light Therapy for Antepartum Depression / A. A. Wirz-Justice, A. Bader,

- U. Frisch, R. Srieglitz, J. Aalder, J. Bitzer, I. Hösli, S. Jazbec, F. Benedetti, M. Terman, K. L. Wisner, A. Riecher-Rössler // *J. Clin. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 72 (7). – P. 986—993.
292. Wisner, K. L. Tricyclic dose requirements across pregnancy / K. L. Wisner, J. M. Perel, S. B. Wheeler // *Am. J. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – P. 1541—1542.
293. Wisner, K. L. Pharmacological treatment of depression during pregnancy / K. L. Wisner, A. J. Gelenberg, H. Leonard et al. // *JAMA*. – 1999. – Vol. 282. – P. 1264—1269.
294. Yonkers, K. A. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women / K. A. Yonkers, S. Vigod, L. E. Ross // *Obstetrics and Gynecology*. – 2011. – Vol. 117. – P. 961—977.
295. Zhang, D. rTMS may be a good choice for pregnant women with depression / D. Zhang, Z. Hu // *Arch. Womens Ment. Health*. – 2009. – Vol. 12 (3). – P. 189—190.
296. Zhang, X. Safety and feasibility of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) as a treatment for major depression during pregnancy / X. Zhang, K. Liu, J. Sun, Z. Zheng // *Arch. Womens Ment. Health*. – 2010. – Vol. 13 (4). – P. 369—370.
297. Zuckerman, B. Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability / B. Zuckerman, H. Bauchner, S. Parker et al. // *Developmental and Behavioural Paediatrics*. – 1990. – Vol. 11. – P. 190—194.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ОПРОСНИК ПАЦИЕНТА, ПЕРЕСМОТРЕННЫЙ
В СООТВЕТСТВИИ С DSM-IV (ОПРОСНИК СПИТЗЕРА)

ИНСТРУКЦИЯ. Этот опросник поможет Вашему врачу лучше понять состояние Вашего здоровья. Ваш доктор может задать Вам дополнительные вопросы по каждому из приведенных ниже пунктов. Пожалуйста, проследите за тем, чтобы каждый пункт был заполнен.

В течение последнего месяца Вам причиняло большое беспокойство:			В течение последнего месяца Вам причиняло большое беспокойство:		
	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ
Боль в желудке	☐	☐	Запоры, поносы	☐	☐
Боль в спине	☐	☐	или частые мочеиспускания	☐	☐
Боль в руках, ногах или суставах (коленях, бедрах и т. п.)	☐	☐	Тошнота, газоотделение или диспепсия	☐	☐
Болезненные менструации или иные менструальные нарушения	☐	☐	Ощущение слабости, упадка энергии	☐	☐
Боль или иные проблемы при сексуальных контактах	☐	☐	Нарушение сна	☐	☐
Головные боли	☐	☐	Неконтролируемый чрезмерный прием пищи	☐	☐
Боль в груди	☐	☐	Потеря удовольствия или интереса от ранее приятной деятельности	☐	☐
Головокружения	☐	☐	Чувство сниженного настроения, подавленности	☐	☐
Обмороки	☐	☐	«Нервозность» или чувство тревоги или нетерпения	☐	☐
Замедление или ускорение сердцебиений	☐	☐	Беспокойство по поводу множества различных вещей	☐	☐
Нехватка воздуха	☐	☐			
			Были ли у Вас приступы тревоги (внезапное чувство страха или паники)?	☐	☐
			Думали ли Вы о том, что Вам следовало бы сократить принятие алкоголя?	☐	☐
			Жаловался ли кто-либо по поводу Вашего употребления алкоголя?	☐	☐
			Испытывали ли Вы чувство вины или подавленности по поводу Вашего употребления алкоголя?	☐	☐
			Был ли такой день в течение последнего месяца, когда Вы больше пяти раз принимали пиво, вино или крепкие напитки?	☐	☐
			В целом Вы оцениваете свое здоровье как:		
			Отличное	☐	
			Очень хорошее	☐	
			Хорошее	☐	
			Удовлетворительное	☐	
			Слабое	☐	

Приложение 2

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (МКБ-10)

Депрессивные расстройства классифицируются в соответствии с МКБ-10 в рубрике расстройств настроения. Диагностические критерии депрессивного эпизода (F32) соответствуют общим критериям депрессивного эпизода: депрессивный эпизод должен длиться не менее двух недель, в анамнезе не должно быть симптомов, отвечающих критериям маниакального, гипоманиакального или смешанного эпизода. Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивных веществ или любому органическому психическому расстройству.

Для постановки диагноза необходимо, чтобы основные и дополнительные симптомы депрессии наблюдались как минимум в течение двух недель и большую часть дня.

Основными симптомами являются:

Сниженное (угнетенное, слезливое, удрученное) настроение, не соответствующее реальным жизненным обстоятельствам.

Выраженная утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая обычно была приятна.

Снижение энергии, приводящее к повышенной утомляемости, снижению или утрате активности.

Эти симптомы мало меняются в зависимости от внешних обстоятельств.

К дополнительным симптомам относят:

1) затруднение мышления, сниженную способность к сосредоточению и концентрации внимания;

2) сниженную самооценку и неуверенность в себе;

3) идеи виновности и самоуничижения;

4) мрачное и пессимистическое видение будущего;

5) мысли или действия по самоповреждению или суицидальные мысли;

6) нарушения сна;

7) снижение аппетита;

8) снижение либидо

Для диагностики легкого депрессивного эпизода (F32.0) достаточно присутствия двух основных и двух дополнительных симптомов. Ни один из симптомов не достигает глубокой степени.

Для достоверности умеренного депрессивного эпизода (F32.1) необходимо наличие двух основных и трех или четырех дополнительных симптомов. Несколько симптомов могут быть значительно выражены.

Для диагностики тяжелого депрессивного эпизода (F32.1) необходимы все три основных симптома депрессии и четыре и более дополнительных симптома, часть которых должна быть ярко выражена.

Для диагностики рекуррентного депрессивного расстройства (F33), согласно МКБ-10, необходимо катamnестически фиксировать, по крайней мере, один депрессивный эпизод в прошлом легкой (F32.0), средней (F32.1) тяжести либо тяжелый эпизод (F32.2 или F32.3), длившийся не менее двух недель и отделенный от настоящего эпизода периодом минимум в 2 месяца, в течение которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов.

Отсутствие в прошлом эпизодов, соответствующих критериям гипоманиакального, маниакального эпизода или смешанного эпизода.

Эпизод не может быть приписан использованию психоактивного вещества или любому органическому психическому расстройству.

Рекомендуется определять преобладающий тип предыдущих эпизодов (легкий, умеренный, тяжелый, неопределенной тяжести).

Приложение 3
ШКАЛА ДЕПРЕССИИ ГАМИЛЬТОНА
 (клиническая шкала; заполняется врачом)

Ф. И. О. пациента _____

1. Депрессивное настроение	0 1 2 3 4
2. Работоспособность и активность	0 1 2 3 4
3. Генитальные симптомы	0 1 2
4. Соматические симптомы (желудочно-кишечные)	0 1 2
5. Потеря веса (А либо Б)	0 1 2
6. Бессонница ранняя	0 1 2
7. Бессонница средняя	0 1 2
8. Бессонница поздняя	0 1 2
9. Соматические симптомы (общие)	0 1 2
10. Чувство вины	0 1 2 3 4
11. Суицидальные намерения	0 1 2 3 4
12. Тревога психическая	0 1 2 3 4
13. Тревога соматическая	0 1 2 3 4
14. Ипохондричность	0 1 2 3 4
15. Понимание (критика)	0 1 2
16. Заторможенность	0 1 2 3 4
17. Ажитация	0 1 2 3 4

Шкала депрессии Гамильтона (HDRS): 0—7 баллов – отсутствие депрессии; 8—16 баллов – легкий депрессивный эпизод; 17—24 баллов – умеренный депрессивный эпизод; свыше 24 баллов – тяжелый депрессивный эпизод.

Приложение 4

ШКАЛА ТРЕВОЖНОСТИ ГАМИЛЬТОНА (HARS)

ТРЕВОЖНОЕ НАСТРОЕНИЕ. Озабоченность, ожидание наихудшего, боязливое ожидание, раздражительность. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

НАПРЯЖЕНИЕ. Ощущение напряженности. Истощаемость, пугливость, склонность к слезам, дрожь, чувство беспокойства, неспособность отдохнуть, неспособность расслабиться. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

СТРАХИ темноты, чужих людей, одиночества, зверей, уличного движения, людской толпы. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

ИНСОМНИЯ. Трудности засыпания, нарушения самого сна, отсутствие ощущения отдыха и чувство разбитости при пробуждении, сны, кошмары, ночные поты. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ. Трудности концентрации, ослабление памяти. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

ДЕПРЕССИВНОЕ НАСТРОЕНИЕ. Утрата интересов, снижение удовольствия от хобби, подавленность, раннее пробуждение, суточные колебания. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ (мышечные). Боли в мышцах, онемение мышц, миоклонические подергивания, скрежетание зубами, глухой голос, повышенный мышечный тонус. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ. Шум и звон в ушах, размытое зрение, приливы жара и озноб, чувство слабости, зуд. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ СИМПТОМЫ. Тахикардия, сердцебиение, боли в груди, биение в сосудах, чувство бессилия, прекращения сердечных сокращений. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

РЕСПИРАТОРНЫЕ СИМПТОМЫ. Чувство сдавления или сужения в груди, чувство удушья, вздохи, одышка. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ. Затруднение глотания, вздутие живота, боли перед или после еды, изжога, жжение в желудке, чувство переполнения, кислая отрыжка, тошнота, рвота, кишечные колики, понос, потеря веса, запоры. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ. Частое мочеиспускание, аменорея, меноррагия, развитие фригидности, ранняя эякуляция, потеря либидо, импотенция. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ. Сухость во рту. Покраснение, бледность, склонность к потливости, головокружение, головные боли напряжения, гусиная кожа. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОСМОТРЕ. Суетливость. Безостановочные движения, хождение взад вперед, тремор рук, нахмуривание бровей, напряженное лицо, вздохи или ускоренное дыхание, бледность лица, глотание воздуха, дрожание век. 0 – не имеется; 1 – незначительно; 2 – умеренно; 3 – сильно; 4 – очень сильно.

Приложение к шкале тревоги Гамильтона: 0—8 баллов – отсутствие тревожного состояния; 8—16 баллов – легкое тревожное расстройство; 17—24 баллов – умеренное тревожное расстройство; свыше 24 баллов – тяжелое тревожное расстройство.

Приложение 5

Шкала глобальной клинической оценки (CGI)

Фамилия, имя, отчество пациента _____
 Пол: мужской/женский. Возраст (полных лет) _____
 Дата начала терапии _____ Дата окончания терапии _____
 Клинический диагноз (по МКБ-10) _____
 Терапия (с указанием препаратов и дозировок) _____

Обведите выбранный вами номер!

Тяжесть заболевания. Как Вы можете оценить степень тяжести психического состояния больного на момент обследования, исходя из Вашего собственного клинического опыта?

- 0 – оценить невозможно
- 1 – здоров, отсутствие психических нарушений
- 2 – пограничное состояние
- 3 – слабо выраженные психические нарушения
- 4 – умеренно выраженные психические нарушения
- 5 – значительно выраженные психические нарушения
- 6 – тяжелое психическое состояние
- 7 – крайне тяжелое психическое состояние

Глобальная оценка динамики психического состояния. Оцените общее улучшение состояния больного. Связано ли, по Вашему мнению, улучшение исключительно с применением лекарственных средств или нет? Как изменилось состояние пациента по сравнению с первым обследованием?

- 0 – оценить невозможно
- 1 – значительное улучшение
- 2 – существенное улучшение
- 3 – незначительное улучшение
- 4 – без перемен
- 5 – незначительное ухудшение
- 6 – существенное ухудшение
- 7 – значительное ухудшение

Показатель эффективности терапии (по шкале глобального клинического впечатления)

Показатель рассчитывается только на основании изменений, обусловленных применением лекарственных препаратов. Выберите 2 определения, наилучшим образом характеризующие терапевтический эффект и побочное действие, и обведите кружком в квадрате на их пересечении.

Шкала глобального клинического впечатления

Терапевтический эффект	Побочное действие			
	Нет	Влияние на деятельность больного		
		Незначительное	Умеренное	Выраженное
Выраженное улучшение	01	02	03	04
Умеренное улучшение	05	06	07	08
Незначительное улучшение	09	10	11	12
Отсутствие улучшения	13	14	15	16
Оценка невозможна	00			

Ф. И. О. врача _____
 Подпись _____

Приложение 6

ШКАЛА САМООЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Инструкция. Пожалуйста, ответьте на все вопросы (вопрос 2: 2а или 2б) и отметьте один ответ на каждый вопрос

1. Вы работаете? Да ☐ Нет ☐ Если (да) Если (нет) 2а. Насколько Вам интересна Ваша работа 2б. Насколько Вам интересна Ваша деятельность, связанная с работой на дому Очень ☐ Умеренно ☐ Мало ☐ Вовсе нет ☐ 3. Вы занимаетесь своей работой/деятельностью: С огромным удовольствием ☐ С некоторым удовольствием ☐ С небольшим удовольствием ☐ Безо всякого удовольствия ☐ 4. Вы получаете удовлетворение от своих увлечений/проведения свободного времени? Очень ☐ Умеренно ☐ Мало ☐ Безо всякого удовольствия ☐ 5. Вы проводите свое свободное время: Очень хорошо ☐ Хорошо ☐ Удовлетворительно ☐ Плохо ☐ 6. Как часто Вы ищете общения с членами своей семьи (например: супругом(ой), детьми, родителями)? Очень часто ☐ Часто ☐ Редко ☐ Никогда ☐ 7. Отношения в Вашей семье: Очень хорошие ☐ Хорошие ☐ Удовлетворительные ☐ Плохие ☐ 8. Вне семьи Вы поддерживаете отношения: Со многими людьми ☐ С некоторым количеством людей ☐ С небольшим количеством людей ☐ Ни с кем ☐ 9. Вы стараетесь завязать отношения с другими людьми: Очень активно ☐ Активно ☐ Умеренно ☐ Плохо ☐ 10. Как в целом Вы оцениваете свои отношения с другими людьми? Очень хорошие ☐ Хорошие ☐ Удовлетворительные ☐ Плохие ☐ 11. Насколько важны для Вас отношения с другими? Очень важны ☐ В некоторой степени ☐ Небольшое значение ☐ Никакое ☐	12. Как часто люди Вашего социального окружения ищут общения с Вами? Часто ☐ Редко ☐ Очень часто ☐ Никогда ☐ 13. Соблюдаете ли Вы общественные правила, хорошие манеры, правила вежливости? Всегда ☐ Почти всегда ☐ Редко ☐ Никогда ☐ 14. Насколько Вы вовлечены в общественную жизнь (например: общественные организации, союзы, клубы, церковь и др.)? Полностью ☐ Умеренно ☐ Немного ☐ Совсем нет ☐ 15. Вам нравится искать информацию о различных вещах, ситуациях, людях чтобы иметь лучшее понимание их? Очень ☐ Не очень ☐ Умеренно ☐ Совсем нет ☐ 16. Вас интересует научная, техническая или культурная информация? Очень ☐ Умеренно ☐ Немного ☐ Совсем нет ☐ 17. Как часто Вы испытываете затруднения в выражении своего мнения? Никогда ☐ Часто ☐ Иногда ☐ Всегда ☐ 18. Как часто Вы чувствуете себя отвергнутым, или исключенным из своего круга? Никогда ☐ Часто ☐ Иногда ☐ Всегда ☐ 19. Насколько важной Вы считаете Вашу физическую привлекательность? Очень ☐ Не очень ☐ Умеренно ☐ Совсем не важна ☐ 20. Бывает ли Вам трудно распоряжаться своими доходами и средствами? Никогда ☐ Часто ☐ Иногда ☐ Всегда ☐ 21. Чувствуете ли Вы себя способным организовать свое окружение согласно Вашим желанием и потребностям? В основном да ☐ Не всегда ☐ Умеренно ☐ Совсем нет ☐
---	--

Приложение 7

ОПРОСНИК ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Фамилия имя отчество _____ Дата обследования _____

Инструкция. Примите, пожалуйста, участие в нашем опросе, который поможет улучшить качество психологической помощи в нашем учреждении. Опрос не займет у вас более 5 минут.

На все предложенные вопросы вам можно будет отвечать: Нет Иногда Часто

1. Испытывали ли вы следующие симптомы	В течение первого года жизни после рождения ребенка		Спустя три года после рождения ребенка	
Подавленное настроение	Нет	0	Нет	0
	Иногда	1	Иногда	1
	Часто	2	Часто	2
Тревогу	Нет	0	Нет	0
	Иногда	1	Иногда	1
	Часто	2	Часто	2
Чувство одиночества	Нет	0	Нет	0
	Иногда	1	Иногда	1
	Часто	2	Часто	2
Раздражительность	Нет	0	Нет	0
	Иногда	1	Иногда	1
	Часто	2	Часто	2
Расстройства сна	Нет	0	Нет	0
	Иногда	1	Иногда	1
	Часто	2	Часто	2
Чувство беспомощности	Нет	0	Нет	0
	Иногда	1	Иногда	1
	Часто	2	Часто	2
2. Были ли у вас мысли, что рождение ребенка является бессмысленным событием?	Нет	0	Нет	0
	Иногда	1	Иногда	1
	Часто	2	Часто	2
3. Чувствовали ли вы усталость и раздражительность при общении с ребенком?	Нет	0	Нет	0
	Иногда	1	Иногда	1
	Часто	2	Часто	2
4. Воспринимали ли вы себя плохой матерью?	Нет	0	Нет	0
	Иногда	1	Иногда	1
	Часто	2	Часто	2
5. Считали ли вы своего ребенка слишком требовательным?	Нет	0	Нет	0
	Иногда	1	Иногда	1
	Часто	2	Часто	2
6. Были ли у вас после рождения ребенка отрицательные жизненные события?	Нет	0		
	Да	1		
7. Ухудшились ли после рождения ребенка ваши супружеские отношения?	Нет	0		
	Да	1		
8. Замечаете ли вы ухудшение здоровья за последние 3 года?	Нет	0		
	Да	1		
9. Обращались ли вы к психиатру, психотерапевту, психологу?	Нет	0		
	Да	1		

В конце опроса оцените уровень своего социального функционирования в настоящее время по сравнению с уровнем социального функционирования в раннем послеродовом периоде. На предложенный вопрос Вам можно отвечать одним из трех вариантов:

1. Социальное функционирование на прежнем уровне. 2. Снижение социального функционирования. 3. Повышение социального функционирования.

Приложение 8
КАРТА ФОРМАЛИЗОВАННОГО ОПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
ПРИЗНАКИ И ИХ ШИФРЫ ДЛЯ ФОРМАЛИЗАЦИИ
КЛИНИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

1	Порядковый номер больного		1— 100
2	Возраст к моменту обследования		лет
3	Национально-расовые особенности	Европеоид Монголоид Метис	1 2 3
4	Место рождения	Коренной житель Сибири Мигрант из европейской части Мигрант из среднеазиатской части	1 2 3
5	Индекс миграции	Низкий (в пределах области проживания, мотивированный переезд) Средний (последние 10 лет другой регион страны) Высокий (более 3 раз за последние 10 лет)	1 2 3
6	Брачность родителей	Не установлено Инцестный брак Из одного села Из одной области Метисный брак	1 2 3 4 5
7	Семейное положение	Не замужем Разведен/а Вдовец/вдова Замужем/женат	1 2 3 4
8	Образование	Среднее Среднее специальное Неоконченное высшее Высшее	1 2 3 4
9	Профессия	Домохозяйка Рабочая Служащая Частный предприниматель Научный сотрудник Безработная Студентка	1 2 3 4 5 6 7
10	Брачное поведение	Возраст начала половой жизни, лет Возраст вступления в брак, лет Количество браков, включая гражданский	
11	Детность	Нет детей Один ребенок Два ребенка Три ребенка Четыре ребенка	0 1 2 3 4
12	Жилищные условия	Место в общежитии Жилье неблагоустроенное Жилье благоустроенное	1 2 3

13	Смена работы	Не установлено Профессиональный рост Профессиональная стабильность Профессиональное снижение Профессиональная нестабильность	1 2 3 4 5
14	Соматопсихическое развитие	Нормальное Ускоренное Задержанное Искаженное (описательно)	1 2 3 4
15	Типология преморбидных особенностей личности	Относительно гармоничный Циклоидно-гипертимный Циклоидно-циркулярный Циклоидно-лабильный Циклоидно-гипотимный Эмоционально неустойчивый Параноический Истерический Зависимый Ананкастный Шизоидный Смешанный	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
16	Факторы уязвимости	Нежеланная беременность Искусственное вскармливание Неполная семья «Опрокинутый» дом Воспитание по типу эмоционального отвержения («гадкий утенок») Воспитание в интернате Потеря родителей до 16 лет Отчим в семье старше 3 лет Мачеха в семье младше 3 лет Наличие в семье 3 и более детей Нет факторов уязвимости	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
17	Факторы уязвимости	Удовлетворенность браком Низкая удовлетворенность браком	0 1
18	Факторы уязвимости	Хорошая социальная поддержка со стороны родственников и друзей Слабая социальная поддержка со стороны родственников и друзей	0 1
19	Наличие провоцирующих факторов к началу эпизода	Не уточнено Аутохтонное Сезонное Психогенный фактор Соматогенный фактор	1 2 3 4 5
20	Предшествующие экзогенные вредности	Не установлено Соматические расстройства ИБС Инфаркт миокарда Сосудистая патология ВСД Инсульт Онкологические заболевания	1 2 3 4 5 6 7 8

		Язвенная болезнь	9
		Заболевания ЖКТ	10
		Гипертоническая болезнь	11
		Тиреотоксикоз	12
		Сахарный диабет	13
		Холецистит	14
		Желчекаменная болезнь	15
		Гепатит	16
		Патология почек	17
		Мочекаменная болезнь	18
		Псориаз	19
		Аллергические реакции	20
		Роды	21
		Черепно-мозговые травмы	22
		Операции	
		Алкогольная и наркотическая зависимость	23
		Клещевой энцефалит	24
		Менингоэнцефалиты	25
		Опухоли ЦНС	26
		Нейроревматизм	27
		Остаточные явления органического поражения ЦНС	28
		Синдромы шейного остеохондроза	
		Позвоночника	29
		Метаболический синдром	30
		Эндокринные заболевания	31
		Другие расстройства	32
21	Типология инициальных про- явлений эпизода	Диссомнический тип	1
		Диспептический тип	2
		Психовегетативный тип	3
		Анергический тип	4
		Аффективный тип	5
		Алгический тип	6
		Гипогедонический тип	7
		Гипергедонический тип	8
		Наркоманический тип	9
		Полипрагматический тип	10
22	Длительность ини- циальных проявле- ний эпизода	Не уточнено	1
		Внезапное (часы)	2
		Острое (до 1 недели)	3
		Подострое (до 1 месяца)	4
		Постепенное (до 1 года)	5
23	Возраст начала расстройства		Годы
24	Суицидальные попытки	Нет	1
		Да	2
		Возраст	лет
		Количество	
		Способ совершения суицидальной попытки (описательно)	

25	Основные синдромальные варианты расстройства	Простая депрессия	1
		Адинамическая	2
		Анестетическая	3
		Ананкастическая	4
		Ипохондрическая	5
		Тревожная	6
		Дисфориоподобная	7
		Бредовая меланхолия	8
		Смешанные (диссоциированные) депрессивные состояния	9
26	Этап реконвалесценции	Резидуальная гипомания	1
		Резидуальная депрессия	2
		Инверсия аффекта (депрессивного)	3
		Стертые циркулярные колебания аффекта	4
		Резидуальная реактивная лабильность	5
		Резидуальная астения	6
		Резидуальная дисфория	7
27	Синдромальные Характеристики ремиссии	Интермиссия	1
		Реактивно-лабильный тип	2
		Дистимический тип	3
		Циклотимический тип	4
		Гипертимический тип	5
		Психопатоподобный тип	6
		Ипохондрический тип	7
28	Становление ремиссии		мес.
	Характер течения	«Клише»	1
		Регрессионный	2
		Прогрессирующий	3
		Континуальный	4
29	Вид терапии	Антидепрессанты:	
		Трициклические	1
		Тетрациклические	2
		Ингибиторы МАО	3
		Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	4
		Нейролептики	5
30	Эффект от проводимой терапии	Положительная динамика	1
		Отрицательная динамика	2
		Отсутствие эффекта	3
31	Резистентность к психотропным препаратам	Нет	1
		Да	2
32	Соматическая наследственность	Неотягощена	0
		Отягощена	1
33	Психическая наследственность	Неотягощена	0
		Отягощена	1
34	Наследственность	Неотягощена	1
		Аффективные расстройства	2
		Суицид	3
		Алкогольная зависимость	4
		Расстройства личности	5
		Шизофрения	6

		Эпилепсия	7	
		Онкозаболевания	8	
		Сердечно-сосудистые расстройства	9	
		Другие расстройства	10	
35	Вскармливание	Естественное	1	
		Смешанное	2	
		Искусственное	3	
36	Желанность беременности	Нет	0	
		Да	1	
37	Акушерский анамнез	Время начала менструации	-	
		Предменструальный синдром:	-	
		Нет	0	
		Да	1	
		Нарушение менструальной функции:	-	
		Нет	0	
		Да	1	
38	Потери	Спорадическая	0	
		Привычная	1	
39	t-фактор	tф0	0	
		tф1	1	
		tф2	2	
40	Акушерский анамнез	Количество беременностей		
		Количество родов		
		Количество внематочных беременностей.		
		Количество абортoв		
		Количество мертворождений		
		Количество выкидышей		
		Количество замерших беременностей		
41	Течение настоящей беременности по триместрам	I	II	III
	Ранний токсикоз: отсутствует	0	0	0
	Имеется	1	1	1
	Угроза прерывания	0	0	0
	Беременности	1	1	1
	ИЦН	0	0	0
		1	1	1
	Преэклампсия: отсутствует		0	0
	Имеется		1	1
	Анемия	0	0	0
		1	1	1
	Экстрагенитальная патология	0	0	0
		1	1	1
42	Ультразвуковое исследование плаценты:	Низкое расположение хориона		
		Ретрохориальная гематома		
		Изменение формы хориона		
		Раннее старение плаценты		
		Эхогенные включения		
	Характеристика околоплодных вод:	Нормоводие		
		Многоводие		
		Маловодие		
	Угроза прерывания (УЗИ)			

43	Ультразвуковое исследование плода:	Задержки роста плода		
		Задержка роста плода симметричная		
		Задержка роста плода асимметричная		
			II	III
	Степень ЗРП	Легкая		
		Средняя		
		Тяжелая		
43	КТГ плода Баллы (Фишер)	32 недели	36 недель	
44	Доплерометрия плода	24—28 недель	30 недель	35 недель
	Нарушений нет			
	1а			
	1в			
	2			
45	Наличие плацентарной недостаточности		II триместр	III триместр
46	Исход беременности	Поздний выкидыш		
		Ранние преждевременные роды		
		Поздние преждевременные роды		
		Срочные роды		
47	Способ родоразрешения	Естественные роды		
		Кесарево сечение		
		Индукция в родах		
48	Срок родов			
49	Осложнение в родах	Преждевременное излитие		
		околоплодных вод		0 1
		Слабость родовой деятельности:		
		Нет		0
		Первичная		1
		Вторичная		2
		Амниотомия		0
				1
		Преждевременная отслойка плаценты		0
				1
		Гипотоническое кровотечение		0
				1
		Плотное прикрепление		0
				1
50	Показание к индукции			
51	Показание к кесареву сечению			
52	Кесарево сечение	Экстренное		
		Плановое		0 1
53	Исход родов для плода	Жив		
		Аntenатальная гибель		0 1
		Инtranатальная гибель		2
		Постнатальная гибель		3
54	Доношенность плода	Доношен		
		Недоношен		0 1
55	Пол ребенка	Женский		
		Мужской		

56	Антропометрические данные ребенка	Рост ребенка	
		Вес ребенка	
		Окружность головы	
		Окружность груди	
57	Оценка новорожденного по шкале АПГАР	На первой минуте	
		На пятой минуте	
58	Ростовесовой коэффициент		
59	Наличие гипотрофии	Нет	
		I степень	
		II степень	
		III степень	
60	Пороки развития	Есть	
		Нет	
61	Неврологическое заключение		
62	Выписка (сутки)		
63	Куда выписан:	Домой	
		ОПН	
64	Группа здоровья		

Приложение 9
КОГНИТИВНАЯ КАРТА ДЕПРЕССИВНОГО ПАЦИЕНТА

