

**СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО – ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ
ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН В ТРЕТЬЕМ
ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

С.А.БРОНФМАН., Е.И. ПЕРОВА, Л.М. КУДАЕВА

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, ул. Б. Пироговская, д. 2, стр. 4., Москва, Россия

Аннотация. В статье приводятся данные сравнительного исследования частоты встречаемости и выраженности депрессивной и тревожной симптоматики у перво- и повторнородящих женщин в третьем триместре беременности. По данным исследования, не менее чем у 45% беременных встречаются симптомы депрессии, однако у первородящих они встречаются почти в 2 раза чаще, чем у повторнородящих (51 и 30% соответственно). Кроме того, авторы приходят к выводу, что практически у 100% повторнородящих наблюдается повышенный уровень тревоги, однако он соответствует «условно нормальному» уровню в третьем триместре беременности (менее 18 баллов по шкале Гамильтона). В то же время у первородящих «условно нормальный» уровень тревоги наблюдается только в 55% случаев; у остальных беременных от колеблется от низкого (у 20% женщин), до очень высокого (у 25% беременных), что может свидетельствовать о нарушении формирования психологического компонента гестационной доминанты по гипогестогнозическому, эйфорическому или тревожному (при высоком уровне тревоги) типу у первородящих исследуемой группы и необходимости оказания таким женщинам как индивидуальной, так и групповой психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: перво- и повторнородящие, тревога, депрессия, психотерапия, родовая подготовка.

**COMPARATIVE STUDY OF CLINICAL AND PSYCHO-PATHOLOGICAL FEATURES
IN THE PRIMIPAROUS AND MULTIPAROUS WOMEN IN THE 3-RD TRIMESTER
OF PREGNANCY**

S.A. BRONFMAN, E.I. PEROVA, L.M. KUDAEVA

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russia, Moscow, B. Pirogovskaja st., 2, bld.4

Abstract. The authors present the data of comparative analysis of the prevalence and severity of depressive symptoms and anxiety in the primiparous and multiparous women in the third trimester of pregnancy. According to this study, the symptoms of depression were found in 45% of pregnant women; in the primiparous women – in 2 times more often than the multiparous women (51% and 30% respectively). Also, the authors concluded that high anxiety level is observed in almost 100% of the multiparous women, but this level corresponds to “nominally normal level” in the third trimester of pregnancy (less than 18 points on Hamilton scale). However, in the primiparous women the «nominally normal level» of anxiety is observed only in 55% of cases; in the rest of women the level of anxiety varies from low (in 20% of women) to very high (in 25% of pregnant women), which may indicate a disturbance in the formation of normal psychological component of gestational dominance in the primiparous women evaluated and justify the necessity of individual and group psychotherapy.

Key words: primiparous, multiparous, anxiety, depression, psychotherapy, prenatal healthcare.

Введение. В последние годы возрастает интерес к проблеме психических расстройств, возникающих во время беременности. По мнению ряда авторов, различные психические нарушения встречаются у 30-80% беременных, кроме того, по данным литературы, не менее 40% женщин во время беременности принимают психотропные препараты [2, 10, 17].

При изучении клинико-психопатологических и личностных особенностей беременных в динамике при физиологической беременности был обнаружен возрастающий к третьему триместру беременности уровень личностной и ситуативной тревожности [9, 12, 14, 20]. Некоторые авторы высказывают предположение, что некоторое повышение тревоги в этот период связано с «гомеостатической целесообразностью» [3, 17, 23], а именно с эволюционной направленностью на рождение здорового потомства, и рассматривают не резко выраженное повышение тревоги при беременности как процесс адаптивный, т.е. физиологически необходимый («условно нормальный» уровень тревоги при беременности).

Между тем, период беременности и первые недели и месяцы после родов общепризнанно считается временем повышенного риска развития психических нарушений. Кроме того, существует предположение, что беременность и роды могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых нарушений [1, 2, 9, 15, 18].

Некоторые исследователи придерживаются мнения, что состояние беременности находится на границе нормы и психической патологии [24]. С наступлением беременности многие женщины отмечают изменения в самочувствии, которые соответствуют клиническому проявлению астенического симптомокомплекса.

R. Kumaг назвал эти расстройства «психосоматической реакцией на беременность» [23].

По данным Е.А. Сахарова [17], у 26% беременных женщин выявлено состояние психоэмоционального напряжения доклинического уровня. Пограничные психические расстройства отмечались у 29% обследованных. К группе лиц с состоянием *продолженного эмоционального напряжения* были отнесены беременные с наличием психических изменений, уровень которых не достигал общепринятых диагностических критериев и которые расцениваются как проявление адаптации организма [1, 2]. Женщины жаловались на эмоциональную лабильность, гиперестезию, тревожность, повышенную раздражительность, плаксивость, утомляемость. Указанные донозологические проявления авторы относят к типу психастении, который они назвали «психодезадаптивным состоянием» [16, 17].

По данным этих авторов, наиболее распространенным вариантом является невротическая реакция (63%) [17]. Выделяют собственно гестационные психические нарушения, имеющие в основе своего развития беременность, выступающую в качестве психогении, и невротические реакции, при которых беременность не являлась основным этиологическим фактором, а лишь способствовала развитию заболевания. Главной причиной развития невротической патологии в этих случаях были нарушения семейных взаимоотношений. Пациентки с неврозами составили 16,4%. Среди больных с неврозами 66,7% страдали невротической депрессией с выраженным тревожным компонентом, остальные 33,3% – неврастенией. Неврозоподобные расстройства неспецифического характера, возникшие и обострившиеся в связи с беременностью, отмечены в 23,5% случаев.

Учитывая высокую частоту донозологических нарушений и невротических расстройств, авторы приходят к выводу, что 86% беременных нуждаются в эпизодической или постоянной помощи психиатров и психотерапевтов [7, 9, 16, 17, 20].

В последние годы появились исследования по изучению уровня тревоги у беременных. Наиболее высокий ее уровень регистрируется в 1 и 3 триместрах беременности и послеродовом периоде. Возрастание уровня тревоги в 1 триместре коррелирует с изменениями самочувствия в рамках астенического состояния (тошнота, рвота, нарушение сна, аппетита), совпадающего по времени с наступлением беременности. К факторам, влияющим на повышение тревоги в 3 триместре, относят эмоционально негативные переживания будущих матерей в связи с субъективным ощущением потери своей женской привлекательности, изменением формы тела, страхом перед родами, опасением за исход беременности. Показано, что, независимо от срока беременности, максимальное стрессовое воздействие оказывают тревожные опасения за здоровье ребенка, исход беременности в связи с наличием акушерских осложнений, а также семейные конфликты и материально-бытовое неблагополучие [16, 19].

В генезе непсихотических нарушений ведущее место занимают личностные особенности женщины в сочетании с мотивацией деторождения, уровнем личностной тревожности, особенностями течения беременности и предыдущим акушерским опытом [7, 10, 14, 20]. Отсутствие гармоничных отношений в семье, когда деторождение призвано исправить нарушение этих отношений, приводит к снижению уровня принятия будущего ребенка и косвенно – к развитию невротических расстройств [4, 6, 9, 20].

Интерес к психологическим аспектам беременности возрастает, о чем свидетельствуют исследования, проводимые различными специалистами: акушерами-гинекологами, психологами, психиатрами, невропатологами. Для изучения проблем беременности необходим междисциплинарный подход. Объединение усилий различных специалистов привело к возникновению целой области – *перинатальной психологии и медицины*. Психологические проявления во время беременности активно изучаются, в то время как особенности течения психических расстройств по-прежнему исследованы мало. Однако уже установлено, что в клиническую картину входят психопатологические феномены, связанные с беременностью: опасения за протекание беременности и исход родов, страх за судьбу плода, переживания в связи с предыдущими неблагоприятными беременностями и родами [5, 10, 14].

В настоящее время общепринято мнение о том, что психические расстройства в период беременности пагубно влияют на ее течение и исход [7, 10, 11]. В связи с этим актуален вопрос об оптимальных вариантах коррекции подобных расстройств и путях их профилактики. Поскольку ни одно из психотропных средств нельзя считать полностью безвредным, психотерапия как групповая, так и индивидуальная в рамках дородовой подготовки беременных может стать наиболее приемлемым вариантом профилактики и лечения психических расстройств в этот период [10, 14, 20].

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами было обследовано 180 беременных женщин на сроке 30-34 недели, обратившихся за амбулаторной помощью для медицинского наблюдения беременности и родоразрешения в стационаре и соответствующих критериям включения.

Критерии включения:

1. отсутствие тяжелой хронической соматической патологии в анамнезе, в т.ч. таких заболеваний как СД (*сахарный диабет*), артериальная гипертония, аутоиммунные заболевания и пр.;
2. отсутствие тяжелой психической патологии, в т.ч. шизофрении, биполярного аффективного расстройства, эпилепсии;
3. отсутствие пороков развития репродуктивной сферы, рубца на матке после оперативных вмешательств, тяжелой патологии репродуктивной сферы в анамнезе;

4. согласие на участие в исследовании.

Из 180 обследованных беременных было 130 первородящих и 50 – повторнородящих.

Из методов были применены шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, клиническое интервью с врачом психотерапевтом (после обследования врачом – акушером), в котором особое внимание было уделено отношениям беременной с отцом будущего ребенка, отношениям с родителями (особенно с матерью), мотивам зачатия (сохранения беременности).

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенных врачом – психотерапевтом клинических интервью и оценке депрессивной и тревожной симптоматики по шкалам Гамильтона (шкала депрессии и шкала тревоги), депрессивная симптоматика наблюдалась у 45% женщин (с оценкой по шкале депрессии Гамильтона от 14 до 17 баллов). Депрессивная симптоматика у всех обследуемых женщин соответствовала рубрике по МКБ-10 F 43.21 – пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации.

Однако частота встречаемости депрессивной симптоматики у перво- и повторнородящих была различной. Так, среди первородящих депрессивная симптоматика наблюдалась у 51% женщин, в то время как у повторнородящих – только в 30% случаев.

Симптомы тревоги встречались значительно чаще (у 80% обследуемых) (оценка по шкале тревоги Гамильтона от 10 до 24 баллов). Однако, как было сказано выше, некоторое повышение тревоги характерно для беременных в первом и третьем триместре в норме (по шкале Гамильтона «условно нормальной») можно считать тревогу менее 18 баллов). Если все повторнородящие, по данным нашего исследования, имели «условно нормальный» уровень тревоги (менее 18 баллов), то у первородящих этот показатель имел существенные различия. Так, у 20% первородящих нами не было обнаружено симптомов тревоги. У 25% наблюдалась выраженная тревожная симптоматика (от 18 до 24 баллов по шкале Гамильтона), коморбидная с симптомами депрессивного расстройства. Остальные первородящие имели «условно нормальный» уровень тревоги (55%).

Таким образом, для всех повторнородящих женщин был характерен «условно нормальный» уровень тревоги, что может свидетельствовать, с высокой вероятностью, о формировании оптимального варианта психологического компонента гестационной доминанты у этих женщин или, иными словами, хорошей адаптации к состоянию беременности [10, 20].

Для «популяции» первородящих женщин характерна вариативность в выраженности тревожной симптоматики. У первородящих с низким уровнем тревоги мы можем предполагать формирование неадекватного, гипогестозогнозического варианта психологического компонента гестационной доминанты, для которого характерно явное, но, гораздо чаще, бессознательное неприятие беременности и будущего ребенка; для первородящих с высоким уровнем тревоги характерно формирование тревожного варианта психологического компонента гестационной доминанты, для которого характерно возрастание уровня тревоги в третьем триместре беременности, а также симптом противоречивого отношения к беременности, для которого характерна тревога за состояние будущего ребенка и забота о нем, с одной стороны, и опасения по поводу собственной неадекватности в материнской роли – с другой [5, 10, 20].

Выводы. По данным нашего исследования симптомы депрессии, соответствующие рубрике по МКБ – 10 «пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» встречались у 45% беременных, однако симптомы депрессии встречались почти в 2 раза чаще среди первородящих (51%) в сравнении с повторно-родящими (30%). Также, по данным нашего исследования, у всех повторнородящих уровень тревоги был повышен, но соответствовал «условно нормальному» для беременных в третьем триместре. Среди первородящих таких было только 55%; у 20% из них мы не обнаружили симптомов тревоги, а 25% наблюдалась выраженная тревожная симптоматика, коморбидная с симптомами депрессивного расстройства.

Литература

1. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология. СПб.: ИАГ РАМН им. Д.О. Отта, 1996.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 1997.
3. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Наука, 1980. 197 с.
4. Боровикова Н.В. Психологические аспекты трансформации Я-концепции беременной женщины // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: тезисы конференции 27 мая 1998 года.
5. Боровикова Н.В. Условия и факторы продуктивного развития Я-концепции беременной женщины: автореф. дис...канд. психол. наук. М., 1998. 25 с.
6. Брехман Г.И. Механизмы и пути «трансляции» и «ретрансляции» информации о насилии через мать к неродившемуся ребенку. Феномен насилия (от домашнего до глобального): взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины. СПб., 2005.
7. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. № 1. С. 59-69.
8. Вейн А.М., Соловьева А.Д. Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. М., 1973.
9. Добряков И.В. Перинатальная психология и психиатрия. Детская психиатрия. Учебник (под ред. Э.Г. Эйдемиллера). СПб.: Питер, 2005.
10. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.

11. Захаров А.И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм. СПб.: Союз, 1998.
12. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. СПб., 2001. 318 с.
13. Кочнева М.А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1992.
14. Ласая Е.В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных // Медицинские новости. 2003. № 5. С. 3-7.
15. Менделевич Д.М., Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия // Неврологический вестник. 1993. Т. XXV. № 1-2. С. 104-108.
16. Рыжков В.Д. Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1992.
17. Сахаров Е.А. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1990.
18. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. М.: МИА, 2007. 256 с.
19. Спивак Л.И., Щеглова И.Ю., Спивак Д.Л. Нервно-психические расстройства при беременности и в родах. СПб., 1998.
20. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Издательство Института психотерапии, 2002.
21. Щеглова И.Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1992.
22. Cohen L.S. Psychological aspects of pregnancy. New York, 1994.
23. Kumar R. Complications at pregnancy. New York, 1982.
24. Mamelle N., Segueilla M., Munoz F., Berland M. Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor the benefits of psychologic support // J. Obstet. Gynecol. 1997. №4. P. 947-952.

References

1. Abramchenko VV. Klinicheskaya perinatologiya. Sankt-Peterburg: IAG RAMN im. D.O. Otta; 1996. Russian.
2. Aleksandrovskiy YuA. Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva. Moscow; 1997. Russian.
3. Anokhin PK. Uzlovye voprosy teorii funktsional'nykh sistem. Moscow: Nauka; 1980. Russian.
4. Borovikova NV. Psikhologicheskie aspekty transformatsii Ya- kontseptsii beremennoy zhenshchiny // Perinatal'naya psikhologiya i nervno – psikhicheskoe razvitie detey: tezisy konferentsii 27 maya 1998 goda. Russian.
5. Borovikova NV. Usloviya i faktory produktivnogo razvitiya Ya - kontseptsii beremennoy zhenshchiny [dissertation]. Moscow (Moscow region); 1998. Russian.
6. Brekhman GI. Mekhanizmy i puti «translyatsii» i «retranslyatsii» informatsii o nasilii cherez mat' k nerodivshemusya rebenka. Fenomen nasiliya (ot domashnego do global'nogo): vzglyad s pozitsii prena-tal'noy i perinatal'noy psikhologii i meditsiny. Sankt-Peterburg; 2005. Russian.
7. Brutman VI, Filippova GG, Khamitova IYu. Dinamika psikhologicheskogo sostoyaniya zhenshchin vo vremya beremennosti i posle rodov. Voprosy psikhologii. 2002;1:59-9. Russian.
8. Veyn AM, Solov'eva AD. Limbiko-retikulyarnyy kompleks i vegetativnaya regulyatsiya. Moscow; 1973. Russian.
9. Dobryakov IV. Perinatal'naya psikhologiya i psikhiiatriya. Detskaya psikhiiatriya. Uchebnik (pod red. E.G. Eydemillera). Sankt-Peterburg: Piter; 2005. Russian.
10. Dobryakov IV. Perinatal'naya psikhologiya. Sankt-Peterburg: Piter; 2010. Russian.
11. Zakharov AI. Rebenok do rozhdeniya i psikhoterapiya posledstviy psikhicheskikh travm. Sankt-Peterburg: Soyuz; 1998. Russian.
12. Kovalenko NP. Psikhoprofilaktika i psikhokorreksiya zhenshchin v period beremennosti i rodov. Sankt-Peterburg; 2001. Russian.
13. Kochneva MA. Osobennosti i rol' psikhologicheskikh reaktsiy beremennykh zhenshchin v razvitii oslozhnennykh beremennosti i rodov [dissertation]. Moscow (Moscow region); 1992. Russian.
14. Lasaya EV. Nevroticheskie i somatoformnye rasstroystva u beremennykh. Meditsinskie novosti. 2003;5;3-7. Russian.
15. Mendelevich DM, Mendelevich VD. Ginekologicheskaya psikhiiatriya. Nevrologicheskii vestnik. 1993;25(1-2):104-8. Russian.
16. Ryzhkov VD. Kliniko-psikhologicheskie osobennosti astenicheskikh sostoyaniy u beremennykh zhenshchin, ikh psikhoterapiya i farmakoterapiya [dissertation]. Sankt-Peterburg (Leningrad region); 1992. Russian.
17. Sakharov EA. Pogranichnye nervno-psikhicheskie rasstroystva pri beremennosti i ikh korrektsiya [dissertation]. L'vov (L'vov region); 1990. Russian.
18. Smulevich AB. Depressii v obshchey meditsine: rukovodstvo dlya vrachey. Moscow: MIA; 2007. Russian.

19. Spivak LI, Shcheglova IYu, Spivak DL. Nervno-psikhicheskie rasstroystva pri beremennosti i v rodakh. Sankt-Peterburg; 1998. Russian.
20. Filippova GG. Psikhologiya materinstva. Moscow: Izdatel'stvo Instituta psikhoterapii; 2002. Russian.
21. Shcheglova IYu. Osobennosti psikhicheskogo sostoyaniya i psikhoterapevticheskaya pomoshch' beremennym pri ugrozhayushchem samoproizvol'nom aborte [dissertation]. Sankt-Peterburg (Leningrad region);1992. Russian.
22. Cohen LS. Psychological aspects of pregnancy. New York; 1994.
23. Kumar R. Complications at pregnancy. New York; 1982.
24. Mamelie N, Segueilla M, Munoz F, Berland M. Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor the benefits of psychologic support. J. Obstet. Gynecol. 1997;4:947-52.