

А. В. Ходжаев

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В статье представлены результаты исследования депрессивных расстройств у беременных женщин с патологическим течением прелиминарного периода

Ключевые слова: депрессивные расстройства, патологический прелиминарный период, беременные женщины.

A. Hodzhaev

FEATURES OF DEPRESSIVE DISORDERS AT PREGNANT WOMEN WITH THE PATHOLOGICAL CURRENT OF THE PRELIMINARY PERIOD

The article presents the results of a study of DEPRESSIVE DISORDERS in pregnant women with a pathological current of preliminary period

Key words: Depressive disorders, The pathological preliminary period, Pregnant women.

Пограничная психическая патология, по данным разных авторов, встречается у 10-79.3% беременных [4]. Многие исследователи отмечают частоту осложнений беременности и родов у этих женщин [9, 11, 12, 13]. Особенно высок у них процент кесарева сечения и оперативных пособий при родах через естественные родовые пути, а также большая частота патологии новорожденных [8].

Доказано, что эмоциональное состояние матери влияет на

состояние плода [1, 14, 16, 17]. Таким образом, психические расстройства во время беременности влияют на состояние плода, на здоровье новорожденного, а также имеют отдалённые последствия. Учитывая взаимовлияние психической патологии на течение и исход беременности, сохраняется важность решения вопроса об оптимальных вариантах коррекции подобных расстройств и их профилактики. Так как у большинства психотропных средств имеются негативные эффекты, влияющие на

протекание беременности, психотерапия может являться наиболее приемлемым вариантом лечения невротических расстройств у данной категории пациентов.

Наиболее изучены невротические расстройства в рамках неосложнённой беременности [3, 5, 6]. Так, показано, что состояние эмоционального напряжения доклинического уровня является у 26,2% беременных женщин [6]. Как правило, они предъявляют жалобы на эмоциональную лабильность, гиперэзтезию, тревожность, повышенную раздражительность, плаксивость, утомляемость. Указанные донозологические проявления относятся к «астеническому варианту психодезадаптивных состояний» [5]. Отмечено, что невротические расстройства диагностировались у 29% от общего числа беременных женщин, при этом наиболее распространенным вариантом является невротическая реакция 63% [3]. Показано, что основной причиной развития невротической патологии были нарушения семейных взаимоотношений. Учитывая количество донозологических нарушений и невротических расстройств, можно сделать вывод, что 86% беременных нуждаются в помощи психиатров и психотерапевтов [6].

При беременности депрессивные состояния составляют 10% [2]. Как правило, депрессия во время беременности имеет реактивный характер и оценивается как невротическая. К достоверно чаще встречающимся на ранних сроках беременности причинам невротических депрессий относятся супружеские и внутрисемейные конфликты, связанные с сомнениями относительно целесообразности сохранения беременности [7, 10]. На более поздних сроках беременности первостепенное психотравмирующее значение приобретают опасения в связи с возможными преждевременными родами и внутриутробной гибелью плода [7, 15].

Цель исследования. Определить наличие и особенности депрессии у беременных женщин с патологическим и физиологическим течением прелиминарного периода.

Мы поставили перед собой следующие задачи:

1. Изучить феноменологию депрессии у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом.
2. Изучить феноменологию депрессии у беременных женщин с физиологическим прелиминарным периодом.
3. Провести сравнительную оценку между группами.
4. Обосновать рекомендацию проведения психотерапевтической коррекции.

Материал и методы

Всего было обследовано 109 беременных с нормальным и патологическим течением прелиминарного периода, с доношенной беременностью в сроках гестации 38-42 недели с точки зрения наличия депрессивных нарушений.

В основную группу были включены 67 беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом. Основная группа была разделена на две подгруппы. В подгруппу 1А была включена 31 пациентка, которым психотерапевтическое лечение не проводилось, в подгруппу 1Б – 36 беременных, которым проводилась психотерапевтическая коррекция.

Контрольную группу составили 42 беременные женщины с физиологическим течением прелиминарного периода.

Общими критериями включения являлись:

- отсутствие акушерской и другой экстрагенитальной патологии;
- планирование родоразрешения через естественные родовые пути;
- информированное согласие беременной на участие в исследовании.

Средний возраст беременных в подгруппе 1А составил $26,0 \pm 1,84$ лет, в подгруппе 1Б – $26,67 \pm 1,29$ лет, в контрольной группе – $26,9 \pm 1,04$ лет. Таким образом, группы были однородны по возрастному уровню ($p > 0,05$).

Для диагностики спектра психических расстройств у беременных проводилось клиническое интервью, основанное на критериях МКБ-10. Пациентки заполняли анкету, которая включала в

себя структурированное интервью, шкалу депрессии Бека, опросник на адаптацию к беременности R.Kumar, тест-опросник удовлетворенности браком В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко.

У беременных женщин основной и контрольной групп проводено исследование социально-демографического статуса, акушерского анамнеза, особенностей психического статуса при нормальном и патологическом течении прелиминарного периода, а также до и после применения психотерапевтической коррекции.

Исследование социально-демографического статуса и акушерского анамнеза проводилось при помощи структурированного интервью, которое включало вопросы по изучению состава семьи, образования, планирование и очередность беременности, очередность родов, акушерскую патологию во время настоящей беременности. Структурированное интервью заполнялось один раз на первой консультации врача-психотерапевта. Межгрупповые различия оценивались при сравнении шкальных оценок каждого из пунктов.

Для оценки состояния брака использовался тест-опросник удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко, который предназначен для экспресс-диагностики степени удовлетворенности-неудовлетворенности браком. Опросник представляет собой одномерную шкалу, состоящую из 24 утверждений, относящихся к различным сферам: восприятия себя и партнера, мнения, оценки, установки и т.д. Подсчитывали суммарный балл по всем ответам. Высокий балл указывал на удовлетворенность браком. Оценка полученных ответов осуществлялась следующим образом 0-16 баллов – абсолютно неблагоприятные отношения; 17-22 – неблагоприятные; 23-26 – скорее неблагоприятные; 27-29 – переходные; 30-32 – скорее благоприятные; 33-38 – благоприятные; 39-48 – абсолютно благоприятные отношения в браке. Тест-опросник заполнялся один раз на первой консультации врача-психотерапевта. Межгрупповые различия оценивались по средним баллам суммы шкалы.

Для исследования адаптации к беременности был использован вопросник на адаптацию к беременности, разработанный авторами: R. Kumar, K. M. Robson, A. M. R. Smith, 1984. При разработке вопросника авторы основывались на том, что во время беременности в интрапсихической жизни женщины и в межличностных отношениях происходят изменения. Известно, что беременность является фактором повышения риска в возникновении психических расстройств. При изучении изменений, происходящих во внутренней жизни и в межличностных отношениях женщины во время беременности, можно найти источник тех нарушений, которые происходят в самовосприятии и приспособлении женщины. Показателями того, как женщина адаптируется к беременности, являлось отношение к своему телу, соматические симптомы, семейные отношения, сексуальные отношения, отношение к будущему ребенку. Эти показатели были представлены в виде вопросов направленных на выяснение проблем и степени их выраженности в каждой сфере.

При интерпретации вопросника учитывался суммарный балл по всем категориям: 0-60 баллов – адаптация не нарушена; 61-120 баллов – умеренное нарушение адаптации; 121-180 баллов – выраженное нарушение адаптации. Межгрупповые различия оценивались по средним баллам суммы шкалы.

Изучение степени выраженности психопатологического синдрома депрессии проводилось с использованием шкалы депрессии Бека.

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) предложена А.Т. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответ-

Таблица 1 – Распределение беременных женщин по степени тяжести депрессии в основной и контрольной группе по результатам шкалы депрессии Бека

Результаты	Основная группа				Контроль	
	подгруппа 1А		подгруппа 1Б		п	%
	п	%	п	%		
0-9 баллов	1	3,2	-	-	37	88,1
10-15 баллов	9	29	14	38,8	2	4,8
16-19 баллов	15	48,4	20	55,6	3	7,1
20 и более баллов	6	19,4	2	5,6	-	-

ствущих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом. При интерпретации шкалы депрессии А. Бека учитывается суммарный балл по всем категориям: 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16-19 – умеренная депрессия; 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 – тяжелая депрессия. Межгрупповые различия оценивались по средним баллам суммы шкалы.

Шкала депрессии Бека заполнялась беременными женщинами всех групп три раза. Пациентки основной группы подгруппы 1А и контрольной группы заполняли первый раз шкалы на консультации врача-психотерапевта, второй – перед родами, третий – на 2-3 сутки после родов. Беременные основной группы подгруппы 1Б заполняли шкалы впервые на консультации врача-психотерапевта, второй раз – после проведения психотерапевтической коррекции перед родами, третий – на 2-3 сутки после родов.

Результаты и обсуждение

Среднее значение по шкале депрессии Бека в основной группе составило $16,52 \pm 0,68$ балла, что соответствует умеренной депрессии, в контрольной группе – $7,19 \pm 1,16$ балла, что соответствует отсутствию депрессии. Достоверно выше уровень депрессии был в основной группе ($p < 0,05$). При сравнении подгруппы 1А (среднее значение – $16,9 \pm 1,2$ балла) и подгруппы 1Б (среднее значение – $16,19 \pm 0,72$ балла) достоверных различий не было ($p > 0,05$).

Распределение беременных женщин по степени тяжести депрессии в основной и контрольной группе по результатам шкалы депрессии Бека представлено в таблице 1.

Беременных женщин, набравших 0-9 баллов, что соответствовало отсутствию депрессии, в подгруппе 1А было 1 (3,2%), в подгруппе 1Б – 0 (0%), в контрольной группе – 37 (88,1%). Пациенток, результат которых по шкале депрессии Бека был равен 10-15 баллов – легкая депрессия – было 9 (29%) в группе патологического прелиминарного периода без психотерапевтического лечения, 14 (38,8%) – в группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтическим лечением, 2 (4,8%) – в группе физиологического прелиминарного периода. Женщин с результатом 16-19 баллов – умеренная депрессия – в подгруппе 1А было 15 (48,5%), в подгруппе 1Б – 20 (55,6%) и 3 (7,1%) в контрольной группе. Тяжелая депрессия – 20 баллов и более – по результатам шкалы депрессии Бека была у 6 (19,4%) беременных женщин основной группы подгруппы 1А, у 2 (5,6%) – подгруппы 1Б и 0 (0%) в контрольной группе. Достоверно чаще депрессия по шкале Бека встречалась в основной группе, чем в контроле ($\chi^2 = 85,45$, $p < 0,05$). Достоверных различий между подгруппами не было ($\chi^2 = 4,45$, $p > 0,05$).

При проведении клинического интервью достоверно чаще сниженное настроение у беременных женщин диагностировалось в основной группе – 40 (59,7%) случаев по сравнению с конт-

рольной группой – 6 (14,3%) ($\chi^2 = 21,83$, $p < 0,05$). В подгруппе 1А и 1Б сниженное настроение у беременных выявлено 21 (67,7%) и 19 (52,8%) случаев соответственно, достоверных различий не было ($\chi^2 = 1,55$, $p > 0,05$).

На утрату интересов и удовольствия акцентировали внимание 33 (49,3%) пациентки в основной группе, в то время как в контрольной – 3 (7,1%). Данная жалоба достоверно чаще встречалась в основной группе ($\chi^2 = 20,7$, $p < 0,05$). Между подгруппой 1А (14 (45,2%)) и подгруппой 1Б (19 (52,8%)) достоверных различий не было ($\chi^2 = 0,39$, $p > 0,05$).

Повышенная утомляемость и пониженная активность достоверно чаще регистрировалась в основной группе – 45 (67,2%) и 43 (64,2%) случая, по сравнению с контрольной группой – 12 (28,6%) и 2 (4,8%) соответственно ($\chi^2 = 15,41$, $p < 0,05$ – повышенная утомляемость, $\chi^2 = 37,6$, $p < 0,05$ – пониженная активность). В подгруппах 1А и 1Б достоверных различий по жалобе на повышенную утомляемость 20 (64,5%) и 25 (69,4%) соответственно и пониженную активность 22 (71%) – 1А и 21 (58,3%) – 1Б не было ($\chi^2 = 0,18$, $p > 0,05$ – повышенная утомляемость, $\chi^2 = 1,16$, $p > 0,05$ – пониженная активность).

Снижение сосредоточенности было диагностировано у 30 (44,8%) беременных женщин в основной группе и у 7 (16,7%) в контрольной. По данному критерию было достоверное различие между основной и контрольной группой ($\chi^2 = 9,1$, $p < 0,05$). В подгруппе 1А и 1Б – 17 (54,8%) и 13 (36,1%) случаев соответственно – достоверных различий в удельном весе не было ($\chi^2 = 2,36$, $p > 0,05$).

Сниженное внимание у пациенток основной группы было зарегистрировано в 30 (44,8%) случаях и в 11 (26,2%) – контрольной группе. Достоверных отличий между группами не было ($\chi^2 = 3,8$, $p > 0,05$). В подгруппах 1А – 14 (45,2%) и 1Б – 16 (44,4%) значительных различий не было ($\chi^2 = 0,003$, $p > 0,05$).

Снижение самооценки было выявлено у 6 (19,4%) беременных подгруппы 1А и 13 (36,1%) – подгруппы 1Б. Достоверных различий по данному симптому не было ($\chi^2 = 2,3$, $p > 0,05$). При сравнении результатов основной группы, в которой зарегистрировано 19 (28,4%) случаев и контрольной группы – 2 (4,8%), были достоверные различия ($\chi^2 = 9,24$, $p < 0,05$).

Снижение уверенности в себе отметили 24 (35,8%) пациентки основной группы, тогда как в контрольной группе, таких бере-

Таблица 2 – Зависимость уровня депрессии от социально-демографических показателей

Критерий	Среднее значение шкалы депрессии Бека в баллах	p
образование:		
-среднее	17,3±1,48	>0,05
-среднее специальное	16,24±1,24	
-высшее	16,5±0,94	
семейное положение:		
-не замужем	16,0±5,24	>0,05
-замужем	16,55±0,68	
планирование беременности:		
-не планированная	17,8±1,92	>0,05
-планированная	16,42±0,68	
паритет беременности:		
-первая	16,55±0,93	>0,05
-вторая	16,79±1,38	
-три и более	15,9±1,23	
паритет родов:		
-первые	16,55±0,86	>0,05
-вторые	16,85±1,18	
-три и более	15,4±1,01	
акушерская патология во время беременности:		
-да	16,54±1,01	>0,05
-нет	16,5±0,91	

менных женщин не оказалось 0 (0%) ($\chi^2=19,29$, $p<0,05$). При сравнении данных подгруппы 1А и 1Б, где снижение уверенности в себе отметили 11 (35,5%) и 13 (36,1%) беременных соответственно, достоверных различий не было ($\chi^2=0,003$, $p>0,05$).

Пессимистичность была диагностирована у 7 (22,6%) и 8 (22,2%) женщин подгруппы 1А и 1Б соответственно. Удельный вес данного симптома достоверно не отличался ($\chi^2=0,001$, $p>0,05$). При сравнении основной и контрольной группы пессимистичность достоверно чаще диагностировалась в основной группе 15 (22,4%) случаев, тогда как в контрольной группе 2 (4,8%) случая ($\chi^2=6,09$, $p<0,05$).

Нарушенный сон был выявлен у 32 (47,8%) беременных женщин в основной группе и у 16 (38,1%) в контрольной, что достоверно не различалось между группами ($\chi^2=0,98$, $p>0,05$). В подгруппах 1А и 1Б было выявлено пациенток с нарушенным сном 16 (51,6%) и 16 (44,4%) соответственно. Значительных различий между подгруппами не было ($\chi^2=0,34$, $p>0,05$).

Сниженный аппетит достоверно чаще диагностирован в основной группе – 32 (47,8%) случая, по сравнению с контрольной группой – 2 (4,8%) ($\chi^2=10,09$, $p<0,05$). Подгруппа 1А выявлено 6 (19,4%) случаев сниженного аппетита, подгруппа 1Б – 14 (38,9%). Между подгруппами 1А и 1Б достоверных различий не было ($\chi^2=3,04$, $p>0,05$).

По совокупности результатов клинического интервью, оценки по шкале депрессии Бека депрессивный эпизод легкой степени был зарегистрирован у 18 (26,9%) пациенток основной группы – подгруппа 1А – 9 (29%) случаев и 1Б – 9 (25%) – и у 2 (4,8%) – в контрольной группе. Депрессивный эпизод средней степени был зарегистрирован у 10 (14,9%) пациенток основной группы (подгруппа 1А – 4 (12,9%) случая и 1Б – 6 (16,7%)) и у 0 (0%) – в контроле.

Среднее значение адаптации к беременности у беременных женщин по тест-опроснику Kumar в основной группе было $41,57 \pm 2,54$ балла, в контрольной группе – $41,76 \pm 3,74$ балла, достоверных различий между группами не было ($p>0,05$).

Зависимость уровня депрессии от социально-демографических показателей представлена в таблице 2.

При проведении анализа уровня депрессии в основной группе в зависимости от возраста пациенток, семейного положения, уровня образования, планирования и очередности беременности, акушерской патологии во время беременности, очередности родов адаптации к беременности достоверной связи не было ($p>0,05$). Уровень депрессии достоверно коррелировал с показателем удовлетворенности браком ($p<0,05$).

Среднее значение удовлетворенности браком у беременных женщин по тест-опроснику В.В. Столина в основной группе достоверно не различалось при сравнении с контрольной группой – $30,9 \pm 1,27$ и $29,9 \pm 1,54$ баллов соответственно ($p>0,05$).

По результатам статистического анализа установлена отрицательная корреляционная связь между уровнем депрессии и удовлетворенностью браком в основной группе ($r=-0,433$, $p<0,05$), что указывает на наличие обратной взаимосвязи между данными параметрами.

Таким образом, учитывая полученные результаты, такие как достоверно более высокий уровень депрессии в основной группе, по сравнению с контрольной группой, который соответствовал умеренной и тяжелой депрессии по шкале депрессии Бека, зарегистрированных диагнозов по совокупности клинического интервью и оценки результатов шкалы депрессии Бека, а также корреляцию результатов уровня депрессии и удовлетворенности браком в основной группе важна психотерапевтическая коррекция психоэмоциональных нарушений у женщин с патологическим течением прелиминарного периода.

Выводы

1. У беременных с патологическим прелиминарным периодом, по сравнению с контрольной группой, имеется достоверно более высокий уровень депрессии;

2. Уровень депрессии пациенток основной группы соответ-

ствует умеренной и тяжелой депрессии по шкале депрессии Бека, что указывает на необходимость психотерапевтической коррекции;

3. Возраст пациенток, семейное положение, уровень образования, планирование и очередность беременностей, наличие акушерской патологии, паритет родов, адаптация к беременности не влияют на проявление депрессии у беременных с патологическим прелиминарным периодом;

4. Депрессивные расстройства у беременных с патологическим прелиминарным периодом в основном обусловлены удовлетворенностью браком;

5. Высокий удельный вес и степень выраженности депрессии у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом указывают на необходимость проведения психотерапевтической коррекции накануне родоразрешения, тем более что назначение медикаментозных препаратов во время беременности ограничено ввиду их нежелательного влияния на плод.

Литература

1. Атеева, И. А. Роль перинатальной патологии в формировании школьной дезадаптации у детей с минимальной мозговой дисфункцией // Перинатальная психология и медицина: Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. СПб., 2001. 206 с.

2. Ласая, Е. В. Депрессия в структуре невротических расстройств у женщин с угрозой невынашивания беременности // Медицина на рубеже веков: Материалы юбилейной науч. конф., посв. 40-летию ЦНИЛ БГМУ / БГМУ. Минск, 2003. С. 238 – 241.

3. Мамышева, Н. Л. Непсихотические расстройства у беременных: Автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.18 / Сибирский гос. мед. университет. Томск, 1995. 14 с.

4. Марфина, Н. А. Соматопсихические и психосоматические состояния при позднем гестозе с гипертензивными нарушениями у беременных: Автореф. дис.... канд. мед. наук. Челябинск, 2001. 19 с.

5. Рыжков, В. Д. Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия: Автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.18. СПб., 1992.

6. Рыжков, В. Д. Психопрофилактика и психотерапия функциональных расстройств нервной системы у беременных женщин // Медицинская помощь. 1992. №2. С. 33 – 36.

7. Dayan, J. Antenatal depression, a risk factor for prenatal delivery. J. Dayan, M. Herlicovitz, e. a. // Presse Med. 1999. Vol.28, №31. P. 1698.

8. Bennedsen, B. E., Mortensen, P. B., Olesen, A. V, e. a. Preterm birth and intrauterine growth retardation among children of women with schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 1999. № 175. P. 239 – 245.

9. Bennedsen, B. E., Mortensen, P. B., Olesen, A. V., e. a. Congenital malformations, stillbirths, and infant deaths among children of women with schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 2001. V. 58, № 7. P. 674 – 679.

10. Demyttenaere, K. Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and predict depression levels during pregnancy in during post partum / K. Demyttenaere, H. Lenaerts, P. Nijis, e.a. // Asta Psychiatr Scand. 1995. Vol. 91, №2. P. 95 – 102.

11. Kelly, R. H., Danielsen, B. H., Golding, J. M., e. a. Adequacy of prenatal care among women with psychiatric diagnoses giving birth in California in 1994 and 1995 // Psychiatr. Serv. 1999. V. 50, № 12. P. 1584 – 1590.

12. Kelly, R. H., Russo, J., Holt, V. L., e. a. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery // Obstet. Gynecol. 2002. V. 100, №2. P. 297 – 304.

13. Kendell, R. E., McInnery, K., Juszczak, E., e. a. Obstetric complications and schizophrenia. Two case-control studies based on structured obstetric records // Br. J. Psychiatry. 2000. № 176. P. 516 – 522.

14. Oates, M. R. Adverse effects of maternal antenatal anxiety on children: causal effect or developmental continuum? // Br. J. Psychiatry. 2002. Vol. 180. P. 478 – 479.

15. Seng, J. S. Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications / J. S. Seng, D. J. Oakley, C. M. Sampsel, e.a. // *Obstet Gynecol.* 2001. Vol.97, №1. P. 17 – 22.

16. *Preterm* birthweight and stressfull of the household role for pregnant women // *Soc. Sci. Med.* 1994. Vol. 38, №1. P. 89 – 96.

17. Kelly, R. H. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery / R. H. Kelly, J. Russo, V. L. Holt, e.a. // *Obstet Gynecol.* 2002. Vol. 100, №2. P. 297 – 304.

Поступила 19.08.2011 г.