

На правах рукописи

Лисовская Мария Яковлевна

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
(КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА,
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОТЕРАПИЯ)

Специальность:
14.01.06—«Психиатрия»

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск-2021

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья (НИИ психического здоровья Томского НИМЦ) и в Краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом №5».

Научный руководитель:

Куприянова Ирина Евгеньевна, д-р мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Официальные оппоненты:

Овчинников Анатолий Александрович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Шереметьева Ирина Игоревна, д-р мед. наук, профессор, ректор, заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится ____ декабря 2021 г. в ____ час. на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 002.279.05 при Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» по адресу: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4) и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», адрес сайта <http://tnimc.ru/>

Автореферат разослан ____ ноября 2021 г.

Ученый секретарь совета по защите
Докторских и кандидатских
Диссертаций Д 002.279.05, канд. мед. наук



О.Э. Перчаткина

Актуальность темы исследования

Преэклампсия (гестоз, поздний токсикоз беременных) является одним из самых частых и опасных осложнений беременности, встречающихся в акушерской практике, главными симптомами которого являются отеки, протеинурия, артериальная гипертензия. Высокая частота тревожных расстройств среди женщин, как собственно невротических, так и нозогенных, связанных с реакцией личности на болезнь, требует их прицельной диагностики и своевременного лечения с использованием эффективных и безопасных средств (Балашов П.П., 2011; Бронфман С.А., 2014; Маслова В.Э., 2018; Buist A., 2014).

Эмоциональная нестабильность во время беременности приводит к послеродовым депрессиям (Bos S.C., 2013; Testa R., 2013), нарушению эмоциональных реакций младенца (Soares M.J., 2013). Напряженность психической сферы беременной препятствует оптимальному формированию дуальных связей мать-ребенок (Добряков И.В., 2016) и отрицательно сказывается на развитии плода.

Ранняя диагностика психопатологических проявлений, выявление доклинических форм является актуальным направлением в современной психиатрии (Семке В.Я., 2003; Александровский Ю.А., 2010). Исследования последних лет подтвердили значимость превентивного подхода при изучении психопатологических проявлений при патологии беременности (Гарданова Ж.Р., 2016; Кулиев Р.Т., 2017; Куприянова И.Е., 2017; Чуйкова К.И., 2020). Работы, касающиеся клинических исследований при преэклампсии, являются единичными (Захаров Р.И., 2001; Антошина Н.Л., 2005).

У женщин с признаками гестоза по мере развития беременности происходит резкое снижение показателя психосоциальной адаптации (Вишневская Е.Е., 2014; Tsuji M., 2014; Woods S.M., 2010), нарастает тревога, снижаются психологические защиты, меняется субъективное восприятие качества жизни (Ефанова Т.С., 2015; Ковалева Т.А., 2016; Ротова И.А., 2017).

Медико-социальная значимость проблемы сохранения здоровья матери и ребенка очень высока и требует особого внимания к исследованию психического здоровья беременных, к качеству оказываемой общей, психопрофилактической и психотерапевтической помощи, разработки инновационных стратегий.

Степень разработанности темы исследования. Выдвинуто множество теорий, связывавших развитие гестоза с нарушениями в системе гемостаза, гормональными сдвигами, нейроциркуляторными расстройствами, аутоиммунной патологией. Авторы не скупятся на эффектные названия – «метаболическое гетто» (Wells J.,

2010), «психосоматическая реакция на беременность» (Katon, J.G., 2011). Но ни одна из них, взятая отдельно, не может охватить все многообразие клиники этого осложнения беременности, породив определение гестоза как «болезни теорий» (Сидоров, И.С., 2004; Антошина, Н.Л., 2005). Диагностика психопатологических проявлений в период беременности затруднена, так как многие симптомы, такие как лабильность эмоционального фона, повышенная утомляемость, снижение когнитивных функций, нередко встречаются и при физиологически нормально протекающей беременности (Руженков В.А., 2011; Добряков И.В., 2015; Perlen S., 2013).

Таким образом, преэклампсия, как наиболее тяжелое осложнение беременности, с соматическими расстройствами, социально-психологическими и индивидуально-психологическими девиациями оказывает неблагоприятное воздействие на психику беременной, формирует различные психопатологические проявления и требует специализированной терапии. Всё это обосновывает степень разработанности темы и актуальность проводимого нами исследования.

Цель исследования. Определить спектр психопатологических проявлений, психологический профиль и качество жизни у беременных с преэклампсией и разработать лечебные психотерапевтические программы.

Задачи исследования:

1. Описать спектр психопатологических проявлений, их клинические особенности у женщин с преэклампсией.
2. Изучить психологический профиль и уровень качества жизни у женщин с данной патологией беременности.
3. Определить факторы, способствующие развитию психопатологических состояний у беременных с преэклампсией
4. Разработать и внедрить психотерапевтические программы у беременных с преэклампсией.
5. Оценить эффективность проводимых программ у беременных с преэклампсией.

Научная новизна. На основании результатов клинко-психопатологического исследования получены новые данные об особенностях психического состояния беременных с преэклампсией. Выявлен высокий уровень тревожных расстройств невротического спектра, впервые выделены донозологические состояния с соматовегетативными проявлениями. Показано, что психическое состояние беременных с преэклампсией связано с высоким уровнем тревоги, который формируется из-за преобладания неадаптивных психологических защит, непроработанных отношений с

матерью, инфантильного отношения к беременности. Сравнительный анализ показателей качества жизни выявил низкие показатели психологических составляющих, по сравнению с физическими и социальными характеристиками. Разработан алгоритм оказания психотерапевтической помощи беременным с преэклампсией, учитывающий нозологию психопатологических проявлений и индивидуальные психологические характеристики. Впервые разработаны психотерапевтические программы для беременных с преэклампсией, позволяющие купировать психопатологические проявления без фармакотерапии.

Практическая значимость. На основании полученных данных были разработаны три психотерапевтические программы: психо-профилактическая (для беременных с донозологическими состояниями), психотерапевтическая (для беременных с невротическими расстройствами) и интенсивная индивидуальная психотерапевтическая (для беременных с аффективными нарушениями и тревожными состояниями). Персонифицированность психотерапевтических программ обеспечивалась учетом психологических характеристик (уровня тревоги, психологических защит, показателей качества жизни). Показана эффективность данных программ в комплексной реабилитации данной категории беременных. Обоснована необходимость включения психотерапевтических мероприятий для устранения психопатологических проявлений, снижения тревоги, повышения качества жизни, оптимизации психологических защит при ведении беременных с преэклампсией. Исследование психического здоровья у беременных с преэклампсией позволило более эффективно планировать проведение профилактических мероприятий и лечебного процесса.

Положения, выносимые на защиту:

1. Спектр психопатологических проявлений у беременных с преэклампсией достаточно широк: от донозологических состояний и невротических расстройств до аффективных нарушений. Выявленные состояния и расстройства сопровождаются повышением уровня тревоги, снижением качества жизни, использованием неадаптивных психологических защит.
2. Клиническое течение донозологических состояний у беременных с преэклампсией характеризуется стойким соматовегетативным вариантом психозадаптации синдрома. Невротические расстройства в большинстве случаев проявляются тревожными состояниями.
3. Терапия психопатологических проявлений при преэклампсии от донозологических состояний до аффективных расстройств мо-

жет ограничиваться только психотерапевтическими методами. Применение дифференцированных психотерапевтических программ устраняет не только психопатологические проявления, но смягчает психологическое напряжение, устраняет тревогу, повышает субъективную оценку качества жизни, способствует оптимизации состояния беременных и успешному родоразрешению.

Степень достоверности и апробация результатов исследований. Степень достоверности полученных результатов подтверждается достаточным количеством наблюдений, методологическим подходом, соответствующим целям и задачам исследования, корректной интерпретацией результатов, полученных на основании современных методов статистической обработки.

Основные положения и результаты диссертации были представлены и обсуждены на 2-й региональной научно-практической конференции «Клинико-биологические проблемы охраны психического здоровья матери и ребенка» (Томск, 2009), научно-практической конференции «Тревожно-депрессивные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в онтогенетическом аспекте» (Томск, 2010), научно-практической конференции «Онтогенетические аспекты психического здоровья населения» (Омск, 2010), Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии» (Томск, 2012), Международной научно-практической конференции в рамках пятых Яцковских чтений «Психическое здоровье населения Дальнего Востока и Сибири» (Владивосток, 2012), на XVI научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 2013), на IV региональной конференции молодых ученых и специалистов «Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения» (Томск, 2014), на XVII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 2015), Юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ (Томск, 2016 г.), Шестом национальном конгрессе по социальной психиатрии и наркологии «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее» (Уфа, 2016), Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 90-летию кафедры психиатрии и медицинской психологии Иркутского государственного медицинского университета, 85-летию со дня рождения профессо-

ра А.С. Боброва и 35-летию кафедры психиатрии и наркологии Иркутской государственной медицинской академии постдипломного образования - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Иркутск, 2017), IV Российской конференции с международным участием «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии» (Томск, 2018), XVIII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья (Томск, 2018), III Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» (Томск, 2019).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 4 статьи в центральных журналах, рекомендованных перечнем ВАК РФ.

Внедрение результатов. Результаты настоящего исследования внедрены в профилактический и лечебный процесс при ведении беременных преэклампсией на базе женской консультации и в отделении патологии беременных Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом №5» (КГБУЗ «КМ РД №5»). Научные положения и практические рекомендации, сформулированные в диссертации, внедрены в учебный процесс кафедры психиатрии и наркологии с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ

Личный вклад автора. Весь материал, представленный в работе, получен, обработан и проанализирован лично автором, курация беременных в динамике, а также статистическая обработка результатов и написание текста диссертации проведены автором.

Структура и объём диссертации. Диссертация оформлена по национальному стандарту РФ ГОСТ Р7.0.11-2011. Диссертационное исследование изложено на 191 странице машинописного текста. Содержит введение, обзор литературы, 4 главы собственных исследований, заключение, выводы, список использованной литературы. В библиографии содержится 303 источника, из них 189 отечественных и 114 иностранных авторов. Работа проиллюстрирована 1 схемой, 19 таблицами, 12 рисунками, 4 клиническими наблюдениями.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В программу исследования без выборочно была включена 101 беременная женщина с диагнозом преэклампсия – по МКБ-10, класс XV, О 14 (гестоз, поздний токсикоз беременной), находящиеся в сроке беременности от 30 до 41 недели беременности (3-й триместр). Исследование проводилось в условиях стационарного отделения дородовой госпитализации и женской консультации Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом №5». Исследовательская работа велась согласно протоколу, одобренному ЛЭК при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Все пациентки представили информированное согласие на проведение научного обследования.

Критерии включения в группу: 1) наличие установленного диагноза: преэклампсия – по МКБ-10, класс XV, О 14; 2) информированное согласие больной на участие в исследовании; 3) возраст от 18 до 50 лет.

Критериями исключения являлись: 1) тяжелая форма преэклампсии, требующая стационарного лечения; 2) пациентки, имеющие сопутствующую акушерско-гинекологическую или экстрагенитальную патологию в стадии декомпенсации; 3) расстройства психического уровня.

Для умеренной преэклампсии характерны следующие проявления: артериальная гипертензия (САД ≥ 140 мм рт. ст. или ДАД ≥ 90 мм рт. ст., возникшие при сроке беременности более 20 недель у женщины с нормальным АД в анамнезе), протеинурия ($\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи).

Основная группа состояла из 101 беременной женщины, в возрасте от 19 до 39 лет, средний возраст которых составил ($26,75 \pm 2,5$ года), с диагнозом умеренной преэклампсии.

Контрольная группа была сформирована из 40 беременных женщин, в возрасте от 21 до 42 лет, средний возраст которых составил $29,45 \pm 2,5$ лет, условно здоровых, без признаков преэклампсии, находящихся в сроке беременности от 30 до 41 недели (3-й триместр), госпитализированных для обследования или по поводу оперативного родоразрешения в плановом порядке.

В нашем исследовании наблюдались зрелые беременные (18–30 лет) – 82,2%, беременные старше 30 лет составляли 17,8% ($p \leq 0,05$). Аналогичные показатели были и в контрольной группе.

Среди больных с преэклампсией преобладали женщины с высшим образованием – 56% по сравнению с беременными,

имеющими средне-специальное – 39% ($p \leq 0,05$) и среднее образование – 6% ($p \leq 0,001$). В контрольной группе доля женщин с высшим образованием была также высока ($p \leq 0,001$). Образовательный уровень пациенток с преэклампсией был ниже, чем у здоровых беременных ($p \leq 0,05$).

При исследовании профиля образования выявлено, что не было различий между основной и контрольной группой. У пациенток с преэклампсией чаще встречалось гуманитарное образование – 36,6% ($p \leq 0,05$), также был высок процент беременных с техническим и средним образованием 28,7% по сравнению с медицинским образованием ($p \leq 0,05$).

Женщины с преэклампсией чаще занимали административные посты – 35,6% ($p \leq 0,001$), являлись сотрудниками сферы обслуживания – 27,7% ($p \leq 0,01$) по сравнению с другими сферами занятости. В контрольной группе преобладали беременные, работающие в гос. структурах – 52,5% ($p \leq 0,001$).

Анализ семейного положения показал, что пациентки основной и контрольной группы чаще состояли в зарегистрированном браке – 69,3% и 82,5% по сравнению с другими формами семейных отношений ($p \leq 0,01$). Доля женщин с повторной беременностью и отсутствием детей была выше в группе пациенток с преэклампсией (36,6%).

В исследовании использованы клинико-биографический (сбор анамнеза, анализ медицинской документации), клинико-психопатологический метод (стандартное клиническое-динамическое обследование с квалификацией психического статуса). Диагностическая оценка и клиническая квалификация психических расстройств проводилась в соответствии с научно-исследовательскими критериями Международной классификации болезней 10-пересмотра. Помимо изучения психопатологических проявлений мы акцентировали внимание на проблемах в ядерной семье, в частности, отношение к матери, как детской нерешенной проблеме, которая вызывает в будущем неумение решать проблемы с сибсами, членами семьи и в социуме.

Дополнительно использовалась шкала Гамильтона (HARS) для оценки тревоги. Шкала качества жизни (Гундаров И.А., 1995), Опросник «Индекс жизненного стиля» («Life style index»), разработанный на основе психозволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности Н. Kellerman, переведенный и адаптированный Е.Б. Клубовой. Тип психологического переживания беременности (Филиппова Г.Г., 2000). Оценка стилей родительского воспитания – CPB (Минияров В.М., 2007).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета программ Statistica компании StatSoftInc., версия 6.0, с использованием описательной статистики, параметрического критерия t Стьюдента, χ^2 - Пирсона. Во всех процедурах статистического анализа уровень значимости p принимался равным 0,05, соответственно доверительная вероятность = 0,95.

Результаты исследования

Структура психопатологических проявлений у беременных с преэклампсией охватывала донозологические состояния, невротические и аффективные расстройства. Среди обследованных преобладали пациентки с психическими расстройствами – 87 беременных (86,1%), донозологические расстройства выявлены у 14 беременных (13,9 %).

В диагностике донозологических расстройств, мы ориентировались на структуры, описанные В.Я. Семке (1999). Донозологические состояния или психозадаптация синдром (ПДАС) – это относительно стабильный комплекс, соответствует регистру пограничных расстройств, но не достигающих отчетливых клинических проявлений. У беременных с преэклампсией преобладал соматовегетативный психозадаптация синдром. Среди контрольной группы донозологические состояния были представлены астеническими проявлениями с физическими симптомами.

При обследовании беременных с поздним токсикозом беременности выявлен высокий уровень психопатологических расстройств с высокой степенью вероятности ($p \leq 0,001$), отличающийся от показателей контрольной группы. Спектр психических расстройств включал в себя:

- аффективную патологию – 6,9% (дистимия);
- невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства 79,1% (специфические фобии – 7,9%, тревожные расстройства – 20,8%, обсессивно-компульсивные расстройства – 8,9%, расстройства адаптации – 15,8%, диссоциативные расстройства – 6,9%, соматоформные расстройства – 4,9%, неврастения – 13,9%).

Дистимия (F 34) выявлена у 7 пациенток с преэклампсией (6,93%). Психические расстройства пациенток с преэклампсией и депрессивными расстройствами складывались из аффективной симптоматики, ведущим синдромом является гипотимия. Клинически гипотимия проявлялась стойким, умеренно выраженным снижением настроения, анозогнозией, отсутствием витальных расстройств, нарушениями сна, неуверенностью в себе, холодным

отношением к материнству. *Отношения в семье* у пациенток с преэклампсией и аффективными проявлениями были напряженными и дисгармоничными. Это были «хаотичные» семьи: отсутствие четких правил и норм поведения, отчетливых семейных обязанностей. *Отношения с матерью* у всех беременных были дисгармоничны и противоречивы. *Межличностные отношения* неустойчивые в отношениях с сиблингами и отстраненные от сотрудничества в собственной семье.

Специфические (изолированные) фобии (F40.2) были диагностированы у 8 пациенток с преэклампсией (7,92%). Спектр волнений у пациенток был весьма объемным: от считающейся вредной для здоровья работы за компьютером до несконченных некогда прививок и опасения заболеть ковидом, гриппом или краснухой, боязнь родов (ожидание боли, ощущение беспомощности, отсутствие власти над собственным телом), генетические страхи (рождения неполноценного ребенка вследствие необратимых природных причин), эстетические страхи (боязнь тех изменений, которые происходят с лицом и фигурой), страх о здоровье будущего ребенка. Пациентки данной группы наряду с фобическими расстройствами отмечали снижение настроения с ведущим тревожным аффектом. В анамнезе у этих пациенток не отмечено тревожных проявлений. *Отношения с матерью* выражались в отсутствии участия со стороны матери, либо в чрезмерном контроле и опеке. *Отношения в браке* были амбивалентны: повышенный контроль с претензиями и отсутствием заботы. *Межличностные отношения* с сиблингами как при преэклампсии и у здоровых беременных были проблемными, 4 пациентки (50%) с преэклампсией выросли в многодетных семьях.

Тревожные расстройства (F 41) выявлены у 21 пациентки (20,79%) с преэклампсией. Психические расстройства были представлены симптомами тревоги: беспокойство о беременности, состоянии плода, ожидание неприятностей в будущем, сопровождающиеся вегетососудистыми расстройствами (повышением тонуса матки, сердцебиением, потливостью, затруднением дыхания). Нарушения сна проявлялись эпизодами бессонницы с тревожными мыслями, ожиданиями, неприятными сновидениями. У 3 женщин (60%) наблюдались панические атаки. *Отношения в браке* – мужа, как правило, подчиняемые, сочувствующие. Часть женщин не посвящали мужей в рутину своих жалоб, опасений, тревог. *Отношения с матерью* противоречивые: с одной стороны взаимоприязанность, с другой стороны винили их во всех неудавшихся или стрессовых моментах жизни. *Межличностные*

отношения устанавливались с трудом. С сиблингами женщины требовали внимания и заботы, но в ответ не пытались что-либо сделать.

Обсессивно-компульсивные расстройства (F 42) выявлены у 9 пациенток с преэклампсией (8,9%). Пациентки предъявляли жалобы на навязчивые мысли о «причинении вреда ребёнку», потери беременности, о том, что ребёнок может родиться больным и(или) неполноценным, о собственной смерти в родах. Пациентки сообщали, что тревожные и мрачные мысли носят навязчивый характер, появляются спонтанно, чаще в вечернее и ночное время, в одиночестве. Им трудно справляться с этими неприятными, тягостными и пугающими их мыслями. Навязчивые мысли сопровождались снижением настроения, тревогой, плаксивостью, нарушением сна. Пациентки говорили, что «устали от мыслей, от тревоги», «понимаю, что этого не будет, но ничего не могу с собой поделать – мучаюсь, думаю». *Отношения в браке* у большинства женщин напряженные: стремление соответствовать правилам и жёстким нормам приводило к нарушениям отношений с мужем. *Отношения с матерью* у данной группы пациенток дисгармоничные. Женщины жаловались на формальные, отстранённые отношения, «конфликт мировоззрений», осуждение и непринятие методов воспитания матери. *Межличностные отношения* пациенток данной группы характеризовались как неустойчивые и нестабильные. Жесткость жизненных установок, истощаемость, склонность к суевериям ограничивали контакты пациенток в течение всей своей жизни.

Расстройство адаптации (F43) выявлено у 16 пациенток с преэклампсией (15,8%). Беременные отмечали тревогу, беспокойство, часто возникало смешанное чувство, когда пациентки не могли четко дифференцировать психопатологические симптомы. Женщины отмечали чувство невозможности справиться с рутинными обязанностями, планировать день или неделю, беспокоило снижение продуктивности. Наблюдалась драматизация в поведении, вспышки гнева, непродолжительные депрессивные эпизоды. Женщины ограничивали свой круг общения, часто обижались на близких, вспоминали отрицательные эпизоды из жизни, путались вызвать чувство вины у мужа и родителей. В качестве стрессорного фактора все пациентки отмечали осложненную беременность. Любые врачебные манипуляции: взятие анализов, проведение акушерского обследования вызывали ухудшение психического состояния. *Отношения в браке* формировались с трудом. Инфантилизм, зависимость от «ядерной семьи», трудность принятия ре-

шения способствовали постоянным конфликтам. *Отношения с матерью* характеризовались формированием созависимых отношений, отсутствием самостоятельности, фиксацией на болезненных проявлениях, решение проблем только матерью. *Межличностные отношения* устанавливались трудно. Как правило пациентки находили в любых социумах подобных себе, либо беспрекословно подчинялись лицам с лидерскими качествами.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44) представлены 2 группами: соматические конверсионные расстройства беременных и психические диссоциативные расстройства. Беременные женщины описывали свои тревожные расстройства в экспрессивной манере – красочно, эмоционально, но без соответствующих содержанию страхов страданий. Отмечали снижение и колебания настроения, вялость, лень, плаксивость, раздражительность, обидчивость, одиночества, непонимание со стороны близких, нарушение отношений со значимыми людьми. *Отношения в браке* отличались выраженной конфликтностью, требовательным отношением к партнеру. *Отношения с матерью* холодные, формальные, лишённые близкого эмоционального контакта. *Межличностные отношения* неустойчивые. Женщины часто занимали лидерскую позицию, не могли выносить критики или успехов других людей. С сиблингами часто формировались конкурентные отношения.

Соматоформные расстройства (F45.3) выявлены у 5 женщин с преэклампсией (4,95%). Клинические проявления у пациенток с преэклампсией и соматоформными расстройствами были представлены – сердечно-сосудистыми симптомами (тахикардия, эпизодическими нарушениями ритма сердца), респираторными симптомами (трудностью дыханиями – тахипное), мочеполовыми симптомами (тахиурия, фригидность), соматическими мышечными симптомами – боли напряжения, ночные судороги; гастроинтестинальными симптомами (тошнота, рвота, изжога, запоры, дискинезия толстого кишечника). Это проявления сопровождались эмоциональной лабильностью, плаксивостью, раздражительностью, тревожностью, суетливостью, внутренней напряжённостью, диссонансами, тревожными сновидениями. Отличительной особенностью этих симптомов являлось то, при обследовании вопреки отрицательным результатам и заверением врачей об отсутствии физической основы для симптоматики пациентки чувствовали себя соматически больными и постоянно требовали новых медицинских обследований и консультаций. *Отношения в браке* у большинства женщин данной группы гармоничны, но мужа выполняли роль

помощников в их интенсивной борьбе за здоровье. *Отношения с матерью* беременные считали гармоничными, но в реальности это были созависимые отношения с гиперопекой. *Межличностные отношения* неустойчивые от тёплых до конфликтных.

Неврастения (F48) была диагностирована у 14 пациенток с преэклампсией (13,9%) с колебаниями настроения, ощущением напряжения, раздражительностью, плаксивостью, конфликтностью. Фон настроения умеренно снижен, характерны резкие, по незначительным поводам, либо без внешней причины, колебания эмоционального состояния. Пессимизм, чувство безвыходности, снижение уверенности в своих силах справиться с предстоящими жизненными трудностями, гипостеническая тенденция в поведении. *Отношения в браке* были спокойные. Пациентки заботились о семье, часто забывая о себе, своих проблемах, часто взваливая на себя ответственность за многих родственников. *Отношения с матерью* формировались под грузом материнских проблем, возникал единственный страх – расстроить маму. *Межличностные отношения* выстраивались очень просто, бесконфликтно, естественно. Пациентки часто занимались решением проблем своих подруг, братьев и сестер, большинство пациенток – старшие дочери, на которых возлагались обязанности по дому и уходу за младшими детьми.

Анализ соматического анамнеза у беременных с преэклампсией и у пациенток контрольных групп показал, что до беременности женщины обращались к врачу по поводу вегетососудистой дистонии – 25,7% случаев ($p \leq 0,001$), эндокринных заболеваний – 20,8% ($p \leq 0,01$), патологии желудочно-кишечного тракта – 18,8% ($p \leq 0,05$), болезней мочеполовой системы 18,8% ($p \leq 0,05$), при сравнении с артериальной гипертонией – 5,9%, варикозом – 5,9%, нарушениями опорно-двигательного аппарата – 5,9%. В контрольной группе беременных посещения терапевтов были несистематичными и касались, в основном, патологии желудочно-кишечного тракта.

Статистически достоверно чаще у пациенток с преэклампсией выявлялись медицинские аборт в анамнезе по сравнению с другой акушерской патологией: с самопроизвольными прерыванием беременности ($p \leq 0,01$), с гинекологической патологией (миома, кольпиты, аденоматоз, мастопатия, эндометриоз) и бесплодием ($p \leq 0,001$).

Для пациенток с преэклампсией, в сравнении контрольной группой были характерны конфликты с матерями (9,9%), статус одинокой матери (3,9%), переезды во время беременности (4,9%), более выраженные перегрузки на работе (5,9%). Кроме того, у этих паци-

енток был выявлен более высокий процент острых актуальных психотравмирующих ситуаций: развод (7,9%), тяжёлые болезни близких, конфликты в отношениях с близкими (4,9%) и на работе (3,8%), часто наблюдалось сочетание нескольких психотравмирующих факторов.

Тревога является одним из базовых проявлений человеческой психики. Фундаментальность этого симптома заключается в том, что это основной фактор защиты от неблагоприятных условий внешней среды. Но если тревога переходит физиологические границы, это приводит к нарушению внутреннего дисбаланса и формированию психопатологических тревожных симптомов. При сопоставлении общего уровня тревоги в исследуемых группах пациенток, отмечается высокий уровень тревоги у беременных с преэклампсией ($20,96 \pm 0,56$ баллов). Эти показатели статистически достоверно отличаются ($p < 0,05$) от показателей уровня тревоги здоровых беременных. Общий уровень тревоги по шкале Гамильтона был проанализирован с учетом его составляющих: психической тревоги, соматической и вегетативной. Показатели соматической составляющей тревоги у беременных с преэклампсией были достоверно выше ($8,96 \pm 0,27$ баллов), чем у здоровых беременных ($7,1 \pm 0,36$ балла, при $p < 0,001$). Наименьшие показатели тревоги имели женщины основной группы с донозологическими состояниями и с диссоциативными проявлениями, высокие показатели были зафиксированы при специфических фобиях и неврастении.

Диагностика психологических защит у беременных женщин с преэклампсией представляет клиническую ценность для определения «мишени» психотерапевтической коррекции, так как в этиологии и патогенезе преэклампсии значительную роль играет психогенный - психосоматический фактор. Общая напряженность психологических защит у беременных всех групп значительно снижена: (беременные без преэклампсии с психическими симптомами – $24,9 \pm 3,1$ балла; беременные с преэклампсией и донозологическими состояниями – $30 \pm 1,82$ балла, беременные с невротическими расстройствами – $31,16 \pm 3,8$ балла, группа с аффективной патологией – $35,1 \pm 2,64$ баллов) относительно здоровых беременных ($50,05 \pm 2,67$ баллов). Отчетливо просматривается тенденция усиления базовых защитных механизмов при формировании психических расстройств различного уровня – от донозологических состояний, до аффективных расстройств. Исключение составляют рационализация и отрицание (недостаточное осознание определенных событий, переживаний и ощущений), которые количественно

почти не отличаются при сравнении основной и контрольной групп.

Беременность, особенно патологическая, резко меняет психическое состояние, психологические ориентиры, физическую и социальную активность. Показатели качества жизни у беременных с преэклампсией характеризовались низкими цифрами: при невротической патологии – $41,29 \pm 1,39$ баллов, при донозологических состояниях – $42,93 \pm 1,41$ баллов. При аффективных расстройствах констатировалось статистически достоверное отличие от показателей качества жизни здоровых беременных ($37,36 \pm 1,38$ баллов против $45,06 \pm 1,31$ баллов, при $p \leq 0,001$). Беременные с преэклампсией были неудовлетворены работой, душевным равновесием, высоко оценивая питание. В контрольной группе совпадений по категориям качества жизни не было зафиксировано.

В данном исследовании были рассмотрены следующие психологические феномены: психологическое отношение к беременности, тип психологического переживания, дочерне-материнские отношения, ценностно-смысловая компонента материнства, стиль родительского воспитания.

Здоровые беременные значительно реже были недовольны изменениями фигуры, в сравнении с беременными с преэклампсией.

При преэклампсии выявлено преобладание амбивалентного типа – как ведущего среди типов психологического переживания – 47,5%, в меньшей степени выявлен тревожный тип реагирования – 21,8%, адекватный – 17,8% и эйфорический – 12,9%. У здоровых беременных установлено преобладание адекватного типа (57,9%).

У беременных с преэклампсией дисгармоничность отношений с матерью выявлена в значительном проценте случаев (52,3%). Тогда как, в группе здоровых беременных величина значений достоверно ниже (15,8%).

Для беременных с преэклампсией была характерна высокая распространенность деструктивной мотивации материнства (38,6%). В группе здоровых беременных деструктивность встречалась в меньшем проценте (21,1%).

Для беременных с преэклампсией характерно преобладание рассудительного стиля родительского воспитания, в сочетании с сочувствующим, но влиянием контролирующего, предупреждающего и попустительского стилей оказалось значительно выше, чем у здоровых.

Исходя из результатов исследования, базируясь на нозологической основе, были разработаны 3 психотерапевтические программы:

1 программа – Психопрофилактическая – предназначена для пациенток с преэклампсией и донозологическими состояниями.

2 программа – Психотерапевтическая – разработана для беременных с преэклампсией и невротическими расстройствами.

3 программа – Интенсивная индивидуальная психотерапевтическая – предполагалась для пациенток с преэклампсией и аффективными состояниями.

Помимо психопатологических проявлений, мы учитывали уровень тревоги, показатели психологических защит и субъективное восприятия качества жизни. Если 2 показателя из трех превышали (показатели тревоги), или были ниже (показатели психологических защит, качества жизни), то эти пациентки перемещались в группу с более выраженными психопатологическими проявлениями. За основу были взяты средние цифры с учетом дисперсии ошибки ($M \pm m$).

Психопрофилактическая программа. Мишени психопрофилактики выявлялись согласно проведенным психологическим тестам (психологическое отношение к беременности, тип психологического переживания, дочерни-материнские отношения, ценностно-смысловой компонент материнства, стиль родительского воспитания). Определялись актуальные психогении, мотивация к беременности. Разбирался смысловой компонент материнства, психологическое отношение к беременности, дисгармоничность в семьях. На занятиях осуждались жизненные сценарии, основы семейных конфликтов, выход из этих конфликтов. Разбиралось влияние эмоционального напряжения на тонус матки, артериальное давление. Знакомили беременных с рациональной психотерапией и релаксационными методиками, основами саморегуляции.

Психотерапевтическая программа. Разбирались такие психологические феномены как тревога, динамика развития данного симптома и возможности альтернативных вариантов поведения. Обсуждались особенности психологических защит, время их формирования, категории психологических защит, особенности архаических и зрелых защит. Проводилась работа с негативным воздействием сформированных психологических защит и выявление позитивного защитного потенциала.

При выборе психотерапевтических стратегий выбирался эклектический метод, позволяющий интегрировать экзистенциально-гуманистическое, когнитивно-бихевиоральное направления с уче-

том характера патологии, особенностей и потребностей беременной. Базовыми были рациональная и релаксационная психотерапия, в которую включались техники разрешения потенциальных конфликтов, формирование позитивного мышления и комфортного поведения. Эта программа включала предыдущую, дополняя ее рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапией.

Интенсивная индивидуальная психотерапия. Часть пациенток, особенно в третьем триместре беременности, требовала к себе повышенного внимания по состоянию психического и соматического здоровья. Таким пациенткам назначался индивидуальный график приема у психотерапевта. Обязательным являлось этапное прохождение первой и второй психотерапевтических программ. Следует отметить высокую степень индукции негативных проявлений при проведении групповых занятий, поэтому на данном этапе проводилась индивидуальная психотерапия. Основным методом работы являлись трансовые техники. Использовались нейролингвистическое программирование (рефрейминг, коллапс якорей), когнитивные техники, направленные на усиление доминанты беременности, дезактуализации психогений, изменения негативного восприятия прошлого опыта. Формировались саногенные позитивные эмоции, формирующие уровень качества жизни.

Помимо психотерапевтических воздействий данным беременным предлагались применять успокоительные сборы, седативные препараты растительного происхождения.

Эффективность примененной психотерапевтической помощи оценивалась, прежде всего, по клиническим проявлениям психической и соматической патологии, динамике психологических тестов.

Для оценки психотерапевтических программ использовалась «Шкала оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» (Семке В.Я., 1980). Итог психотерапевтического воздействия: 4,9% беременных имели ремиссию «А», 88,1% – ремиссию «В», 7% пациенток – ремиссию «С».

Представленные данные показывают, что у беременных с преэклампсией после проведения терапевтических программ значительно снизился общий уровень тревоги ($p \leq 0,001$), при снижении психической тревоги ($p \leq 0,05$) и соматической составляющей ($p \leq 0,01$). Динамические показатели качества жизни не имели статистических отличий, возможно это связано с предстоящими родами и особым напряжением, которое испытывают женщины в третьем триместре беременности. В тоже время следует отметить наличие гармонизации (выравнивания составляющих качества жизни) за счет повышения психологического уровня пациенток.

ВЫВОДЫ

1. Исследование психического здоровья 101 беременной с преэклампсией выявило у них высокий уровень невротических расстройств (79,2%), аффективная патология встречалась значительно реже (6,9%). Невротические расстройства в большей степени определялись тревожными расстройствами ($p \leq 0,01$) по сравнению с со специфическими фобиями, диссоциативными и соматоформными расстройствами.

2. Донозологические состояния (13,9%) в первой половине беременности были представлены астеническим вариантом психозадаптивного синдрома, при возникновении признаков преэклампсии состояние характеризовалось соматовегетативным синдромом.

3. Среди психотравмирующих ситуаций для пациенток с преэклампсией и психическими расстройствами наиболее значимыми были конфликты в браке, сложные отношения с матерью и профессиональные трудности. Проблемы психического здоровья женщин с преэклампсией были связаны с соматогинекологическими заболеваниями в анамнезе: они чаще, чем здоровые беременные, имели гестационные нарушения ($p \leq 0,01$), соматическую и гинекологическую патологию ($p \leq 0,001$).

4. Психологические характеристики беременных с преэклампсией значительно отличались от показателей здоровых беременных, в частности:

- уровень тревоги характеризовался высокими показателями – $20,96 \pm 0,56$ баллов ($p < 0,05$), с преобладанием психической ($9,36 \pm 0,28$ баллов) и соматической составляющих ($8,96 \pm 0,27$ баллов) при $p < 0,001$;

- степень активности использования психологических защит беременными с преэклампсией была значительно ниже по всем категориям ($P < 0,001$), за исключением проекции и рационализации;

- у беременных с преэклампсией преобладал инфантильно-тревожный тип воспитания, на основе которого формировались амбивалентное (47%) и тревожное (22%) отношение к беременности и деструктивная мотивация к предстоящему материнству (38,6%),

5. Показатели качества жизни у беременных с преэклампсией характеризовались низкими цифрами: при невротической патологии – $41,29 \pm 1,39$ баллов, при донозологических состояниях – $42,93 \pm 1,41$ баллов. При аффективных расстройствах констатировалось статистически достоверное отличие от показателей каче-

ства жизни здоровых беременных ($37,36 \pm 1,38$ баллов против $45,06 \pm 1,31$ баллов, при $p \leq 0,001$). У всех пациенток с преэклампсией проблемным являлся психологический вектор качества жизни.

6. На основании полученных данных было разработано 3 психотерапевтические программы:

6.1. Первая программа – «Психопрофилактическая». Предназначена для пациенток с преэклампсией и донозологическими состояниями, включала образовательный цикл с обучением релаксационным методикам и основам саморегуляции.

6.2. Вторая программа – «Психотерапевтическая». Разработана для беременных с преэклампсией и невротическими расстройствами. Эта программа включает предыдущую, дополняя ее рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапией.

6.3. Третья программа – «Интенсивная индивидуальная психотерапевтическая». Разработана для пациенток с преэклампсией и аффективными состояниями. Обязательным являлось этапное прохождение первой и второй психотерапевтических программ, в дальнейшем использовалась трансовая психотерапия и нейролингвистическое программирование.

7. Учет трех психологических показателей (уровня тревоги, психологических защит, субъективной оценки качества жизни) позволил сформировать алгоритм формирования групп и персонифицировать психотерапевтическое воздействие. Если два показателя из трех отличались в худшую сторону от средних показателей по группе ($M \pm m$), то беременной назначалась программа с большим арсеналом психотерапевтических методов.

8. Клиническая эффективность лечебных программ оценивалась с помощью клинико-динамического метода. Во всех случаях улучшение клинической симптоматики сопровождалось снижением тревоги ($p \leq 0,001$) и гармонизацией составляющих качества жизни (за счет усиления психологического вектора).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Результаты исследования являются основой для оптимизации диагностики, профилактики, терапевтической и тактики для беременных с преэклампсией с психопатологическими проявлениями различного уровня – от донозологических состояний до аффективных расстройств.

2. Дифференцированные психотерапевтические программы следует проводить с учетом оценки психического статуса беременной, с дополнительными исследованиями психологических защит, которые являются мишенями для психотерапевтического воздействия и определения уровня тревоги и качества жизни – показателями, свидетельствующими о динамике психологического статуса беременной.

3. Шкалу уровня тревоги и шкалу качества жизни можно рекомендовать для широкого внедрения в практическую деятельность женских консультаций и роддомов как простые и информативные методы дополнительного исследования психического состояния беременных.

4. При проведении дифференцированных психотерапевтических программ большое внимание следует уделять образовательному информационному этапу, формирующему позитивный настрой пациенток.

5. Для ранней диагностики и своевременной терапии на ранних этапах беременности как психотерапевтам, так и акушерам следует обращать внимание на беременных, склонных к невротическим и аффективным состояниям.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Куприянова, И.Е. Качество жизни беременных женщин в третьем триместре, страдающих гестозом / И.Е. Куприянова, М.Я. Лисовская // Клинико-биологические проблемы охраны психического здоровья матери и ребенка: Тезисы докладов 2-й региональной научно-практической конференции (Томск, 29–30 октября 2009 г.). – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – С. 48–51.
2. Куприянова, И.Е. Тревога у беременных женщин, страдающих гестозом, в третьем триместре беременности / И.Е. Куприянова, М.Я. Лисовская // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения: Тезисы докладов научно-практической конференции (Омск, 19–20 апреля 2010 г.). – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 128–131.
3. Куприянова, И.Е. Вегетососудистая дистония и тревожные расстройства у беременных женщин, страдающих гестозом, третьем триместре беременности / И.Е. Куприянова, М.Я. Лисовская // Тревожно-депрессивные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в онтогенетическом аспекте: Тезисы докладов региональной научно-практической конференции (Томск, 6 апреля 2010 г.). – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 54–57.
4. Куприянова, И.Е. Клинические особенности и психологические характеристики беременных, страдающих гестозом / И.Е. Куприянова, Л.А. Агаркова, М.Я. Лисовская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – №5. – С. 70–74.
5. Психическое здоровье беременных (обзор литературы) / И.Е. Куприянова, Р.И. Захаров, Т.С. Ефанова, И.А. Ротова, М.Я. Лисовская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – №2. – С. 80–84.
6. Психическое здоровье беременных женщин с акушерской патологией. / И.Е. Куприянова, Т.С. Ефанова, И.А. Ротова, М.Я. Лисовская // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Сборник тезисов XVI научной отчетной сессии ФБГУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН (Томск, 8 октября 2013 г.) и Российской научно-практической конференции «Адаптация больных шизофренией» (Томск, 9 октября 2013 г.). – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2013. – Вып. 16. – С. 39–40.
7. Куприянова, И.Е. Психологические характеристики беременных, страдающих гестозом. / И.Е. Куприянова, И.А. Ротова, М.Я. Лисовская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 4 (85). – С. 68–71.

8. Куприянова, И.Е. Уровень тревоги и психопатологические проявления у женщин с патологией беременности / И.Е. Куприянова И.А. Ротова, М.Я. Лисовская // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее: Материалы шестого национального Конгресса по социальной психиатрии и наркологии (Уфа, 18–20 мая 2016 г.). – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. – С. 192–193.
9. Ротова, И.А. Уровень тревоги у женщин с различной акушерской патологией / И.А. Ротова, М.Я. Лисовская // Современные проблемы психиатрии и наркологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 90-летию кафедры психиатрии и медицинской психологии Иркутского государственного медицинского университета, 85-летию со дня рождения проф. А.С. Боброва и 35-летию кафедры психиатрии и наркологии Иркутской государственной медицинской академии постдипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Иркутск, 21–22 сентября 2017 г.). – Иркутск: ИНЦХТ, 2017. – С. 187–188.
10. Куприянова, И.Е. Предболезненные психические состояния у беременных с преэклампсией / И.Е. Куприянова, М.Я. Лисовская // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Сборник тезисов XVIII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья (Томск, 2 октября 2018 г.). – Томск, 2018. – Вып. 19. – С.40–41.
11. Куприянова, И.Е. Проблемы семьи и психическое здоровье беременных с преэклампсией / И.Е. Куприянова, М. Я. Лисовская // Психическое здоровье семьи в современном мире: Сборник тезисов III Российской конференции с международным участием (Томск, 24–25 октября 2019 г.). – Томск: Отдел полиграфии Томского ЦНТИ, 2019. – С. 179–180.
12. Лисовская, М.Я. Психологические защиты у беременных с преэклампсией как фактор нарушения адаптации / М.Я. Лисовская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. – №4. – С. 74–79.
13. Куприянова, И.Е. Психическое здоровье беременных с преэклампсией / И.Е. Куприянова, М. Я. Лисовская // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению: Сборник тезисов XVII Съезда психиатров России и международного Конгресса Всемирной психиатрической Ассоциации (Санкт-Петербург, 15–18 мая 2021 г.) [Электронный ресурс] / под ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – С. 492–493.