

Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2015. – Т. 8. – № 4. – 61-69 с.

2. Оруджев, Н. Я. Состояние когнитивных процессов у лиц, употребляющих психоактивные вещества [Текст] / Н. Я. Оруджев, Э. Г. Иванчук – Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – 85-88 с.

3. Юдин, Д. Г. Расстройства оперативной памяти при алкоголизме и опийной наркомании [Текст] / Д. Г. Юдин, Е. В. Лучкина – Научно-медицинский Вестник Центрального Черноземья. – 2010. – № 42. – 74-78 с.

4. Яхно, Н. Н. Деменции [Текст] / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина, Н. Н. Коберска, Э. А. Мхитарян – М.: Медпресс-информ, 2011. – 264 с.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПД И СУИЦИДАЛЬНЫМ НЕФАТАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Нартова Т. В., Козлов К. С.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. В целях изучения осложнений беременности и ее исходов у женщин с риском развития ПД и суицидальных намерений проведен ретроспективный анализ течения гестации, родов, послеродового периода и перинатальных исходов у 55 пациенток названной категории. Для оценки психоэмоционального статуса, процесса восстановления и периода адаптации через 18 месяцев после родов проанализированы данные по выявляемости ПД.

Цель – изучение особенностей эмоционального состояния женщин в дородовом и послеродовом периодах.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 55 беременных женщин в возрасте от 19 до 43 лет (средний возраст 30 лет). Исследование проводилось на базе женских консультаций, входящих в состав ГКБ № 64 им. В. В. Виноградова, г. Москва. Основной контингент женщин входил в возрастные рамки от 26 до 39 лет и составляет 78% от всей выборки, женщины с 16 до 25 лет составляют 20%, женщины старше 40 лет – 2%. По уровню образования самый большой кластер образовали женщины со средне-специальным образованием – 52%, с высшим образованием – 45%; с неоконченным высшим – 3%. Средний показатель по количеству родов – 2. На этой выборке беременных женщин производилось выявление принадлежности к типу отношения к беременности, оценивались риск развития ПД, диагностика суицидального риска с целью выявления уровня сформированности суицидальных намерений для предупреждения попыток самоубийства.

Методы исследования:

1. Тест отношения к беременности – ТОБ(б), автор методики – И. В. Добряков [7]. Концептуальной основой создания теста послужила теория психологии отношений В. Н. Мясищева, позволяющая рассматривать беременность через призму единства организма и личности. Поскольку личность, по В. Н. Мясищеву, есть динамическая система отношений, тест содержит три блока утверждений, отражающих три следующих аспекта: А. Отношение женщины к себе беременной. Б. Отношения женщины в формирующейся системе «мать-дитя». В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. В каждом блоке выделяется три раздела, в которых шкалируются разные понятия. Каждое из них представлено пятью утверждениями, отражающими пять разных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, эйфорический, гипогестозический, тревожный, депрессивный.

2. Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (ЭШПД). Шкала ПД широко применяется в первичных службах и родильных домах для выявления перинатальных депрессивных расстройств, включает вопрос о суицидальных мыслях (вопрос 10) по четырехбалльной шкале «никогда», «почти никогда», «иногда», «да, довольно часто».

3. Опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой. Предназначен для диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток самоубийства. Опросник ОСР прошел психометрическую адаптацию.

Результаты и их обсуждение. В результате полученных данных зафиксированы (дородовой период): типы отношения к беременности: оптимальный – 29 женщин (53%); эйфорический – 8 (15 %); тревожный – 6 (11 %); депрессивный – 3 (5 %); гипогестозический – 9 (16 %). Риски развития ПД: баллы до 8 (отсутствие риска) – 37 женщин (67%); баллы 8-9 и выше (свидетельствуют о высокой вероятности ПД) – 12 (22%); баллы выше 13 (свидетельствуют о 100% вероятности ПД при максимуме в 30 баллов) – 6 (11%); на вопрос о суицидальных мыслях «да, довольно часто» – 8 (15%). По результатам опросника суицидального риска наиболее выражены шкалы: демонстративность, временная перспектива, антисуицидальный фактор.

В результате полученных данных зафиксировано (после родового периода):

1. Неврозоподобные расстройства в виде «материнской грусти» или «послеродовых блюзов» (maternity blues) [3]. Характеризуются раздражительностью, эмоциональной лабильностью, беспричинной слезливостью и неустойчивым настроением, усталостью, слабостью, отсутствием аппетита, нарушениями сна – 24 женщины (43%).

2. Аффективные расстройства – 2 (4%). Характерно чередование депрессивных и маниакальных состояний (фаз). Депрессивная фаза представлена подавленным настроением, замедлением мышления и

двигательной заторможенностью, расстройствами сна [1]. Маниакальная фаза включает повышение настроения, ускорение мышления и повышение двигательной активности.

Эта группа расстройств – опасная в отношении суицидов.

Повышенный риск суицидальных мыслей формируется во время беременности. Депрессия во время беременности – значимый предиктор последующей ПД [2]. Исходя из сказанного выше, возникает необходимость в усиленном скрининге на предмет депрессивных тенденций и суицидальных мыслей. Учитывая значительную долю женщин с суицидными идеями, которые не соответствуют клиническим порогам депрессии, и предрасположенностью к суицидному поведению независимо от депрессивных расстройств, требуются инновационные подходы для улучшения скрининга и выявления суицидных мыслей до и после родов.

Выводы. На современном этапе тактика ведения (в психологическом аспекте) беременности и родов у таких женщин остается остро дискуссионной, требует дальнейшего изучения и разработки рациональных технологий диспансеризации беременных и тактики родоразрешения.

Литература

1. Гарнизов Т., Хаджиделева Д. Послеродовая депрессия // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2015. № 3. С. 58-69.
2. Ивашиненко Д. М., Кулыгина С. В. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией // Вестник новых медицинских технологий. 2011. № 18(3). С. 233-234.
3. Руженков В. А., Кулиев Р. Т. Клиническая структура психических расстройств при беременности, протекающей без осложнений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 4(73). С. 72-75.
4. Силаев К. А., Манухин И. Б., Синчихин С. П. Психопрофилактическая подготовка к родам: новое о старом // Астраханский медицинский журнал. 2016. Т.11 (4). С. 43-50.
5. Сорокина Т. Т. Роды и психика: практическое руководство / Т. Т. Сорокина // Минск: ООО «Новое знание», 2003. – 352 с.
6. Филиппова Г. Г. Психологическая диагностика готовности к родам // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. Т.60. № 3. С. 148-151.
7. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. Тест отношений беременной – ТОБ(б). М., 2003, с. 110.