**Медицинские новости. – 2003. – №5. – С. 3-7.**

# Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции

Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Чухарева Н.А.

В настоящее время все больше внимания уделяется влиянию **психоэмоционального** состояния женщины на репродуктивную функцию, течение**беременности** и перинатальные исходы [2,4,14]. В последние годы в развитых странах отмечается увеличение частоты различных психических **расстройств** у женщин репродуктивного возраста, увеличилась доля пациенток, принимающих психотропные препараты, в том числе среди женщин, которые планируют**беременность**, и **беременных** [3,6,9].
Практически все **беременные** подвержены резким эмоциональным перепадам, так как ожидание ребенка сопряжено с изменениями – как физическими, так и эмоциональными. Гормональные изменения во время **беременности** приводят к тому, что настроение беременной женщины резко меняется едва ли не каждый час.
Избавиться от таких эмоциональных перепадов и ощущать спокойствие во время беременности будущая мама может, соблюдая правила эмоционального здоровья. Баланс эмоций и физическая подготовка одинаково важны для беременной женщины, они в равной степени помогают ей подготовиться к материнству. Из-за отсутствия материнского опыта беременная женщина может испытывать внезапные эмоциональные всплески. Первая беременность представляет собой новый опыт, который достаточно тяжело поддается осмыслению. Игнорирование того факта, что эмоции ждущей ребенка женщины куда сложнее и острее, чем обычно, может привести к ряду проблем, в том числе и в отношениях с супругом. Принятие же этого факта – основа эмоционального здоровья во время беременности [1,5,11].
Также если беременность у женщины первая, она испытывает множество страхов, к которым относятся боязнь родов и несвоевременного прерывания беременности, беспокойство о здоровье будущего ребенка и собственном здоровье, боязнь родовых схваток и неизбежной боли, боязнь разочарования партнера/су­пруга из-за изменений, происходящих с телом. Совре­менные женщины вынуждены беспокоиться о карьере, о финансовых проблемах, о множестве дополнительных затрат, связанных с появлением и воспитанием нового члена семьи.
Все эти страхи могут привести к возникновению множества негативных эмоций – таких, как волнение, депрессия, раздражение, беспокойство, стресс, гнев, чувство одиночества, смятение. Наиболее часто изменения **психоэмоционального** фона во время беременности приводят к развитию депрессивных и тревожных **расстройств**. До конца патогенез этих изменений неясен, обсуждается несколько теорий, считается, что изменение гормонального фона во время беременности, в том числе значительное увеличение эстрогенов, и особенно прогестерона, в сыворотке крови могут усугублять имеющиеся эмоциональные нарушения [5,7,15]. Как правило, незначительные проявления в виде раздражительности, плаксивости, обидчивости сопровождают проявления раннего токсикоза в I триместре беременности – тошноту, рвоту и др. [6,10]. После исчезновения данных симптомов нервно-психическое состояние беременных как правило улучшается. При этом важную роль в развитии тревожных состояний играют определенный физический дискомфорт и психологические факторы, к которым относятся вынужденные изменения в образе жизни, общении в семье и с коллегами по работе, беспокойство за здоровье будущего ребенка, финансовые затруднения – все это вносит определенный вклад в появление или усугубление **психоэмоциональных** нарушений при беременности. Для некоторых женщин наступление беременности является неожиданностью и не всегда желанной, однако в силу сложившихся обстоятельств принимается решение о пролонгировании этой беременности, что может приводить к дальнейшему увеличению стресса и тревоги [5,8,12]. Нельзя не отметить, что при беременности могут появляться дополнительные психотравмирующие факторы, такие как появление осложнений беременности, требующих госпитализации, или выявление врожденных пороков развития у плода, которые могут вызвать негативные образы и чувства [1,10,12].
Состояние **психоэмоционального** напряжения с наличием тревожности различного уровня наблюдается у 40% женщин с нормально протекающей беременностью [2,7,11]. Пограничные нервно-психические **расстройства** могут быть представлены в виде ипохондрического и истерического синдромов. Однако существуют и другие формы гестационных пограничных нервно-психических **расстройств**, их особенности – неизменное включение в клиническую картину тех или иных психопатологических феноменов, непосредственно связанных с беременностью: различных опасений за благополучное протекание беременности, навязчивых страхов за судьбу плода, ожидание родов, условно-рефлекторных страхов, связанных с неблагоприятными в прошлом беременностями и родами [5,6,8]. Изучение беременных, у которых отсутствуют признаки пограничных нервно-психических **расстройств**, показало, что акцентуация характера установлена лишь у четверти женщин. I триместр беременности обычно характеризуется в той или иной степени заострением уже имеющихся черт характера. Мягкие, ранимые, неуверенные в себе женщины становятся еще более впечатлительными, порой чрезмерно слезливыми, испытывают тревогу (особенно тяжело переживают те женщины, у которых в прошлом уже происходили выкидыши или данная беременность протекает неблагополучно, в этом случае страх очередного прерывания беременности может стать просто навязчивым). Властные женщины с резким характером могут стать еще более агрессивными, раздражительными и требовательными. В III триместре беременности вновь могут начинаться эмоциональные перепады в связи с ожиданием родов, а вместе с ними и страх – особенно ему подвержены женщины, которым это событие предстоит пережить впервые [5,6,11].
Тревожные расстройства могут впервые появляться во время беременности, может происходить изменение течения уже имеющихся нарушений. В одном из ретроспективных исследований у женщин с паническими атаками в 20% случаев было отмечено уменьшение симптоматики во время беременности, в 54% – состояние осталось без изменений, в 26% – ухудшение течения заболевания [12]. Выявление депрессии у беременных затруднено. Многие симптомы, такие как лабильность эмоционального фона, повышенная утомляемость, изменения аппетита и снижение когнитивных функций нередко встречаются и при физиологически нормально протекающей беременности. При стрессе гормоны надпочечников матери выбрасывают в кровь катехоламины (гормоны стресса), а во время переживания положительных эмоций (радости, успокоения и др.) гипоталамические структуры вырабатывают эндорфины, которые, проникая через плацентарный барьер, непосредственно воздействуют на плод. Следовательно, мать и ребенок представляют собой единый нейрогуморальный организм, и каждый из них в равной степени страдает от неблагоприятного влияния внешнего мира, которое записывается в долговременной памяти, оказывая воздействие на всю последующую жизнь ребенка. Позитивные материнские эмоции вызывают усиление роста плода и возрастание уровня его сенсорного восприятия.
По данным литературы [2,5,11,15], отмечено существенное влияние тревожных расстройств на течение беременности и перинатальные исходы: повышается частота плацентарной недостаточности, задержки роста плода, преждевременных родов, рождение детей с низкой массой тела, что в последующем сказывается отрицательно на отдаленном прогнозе для них.
Таким образом, эмоциональные перепады опасны не только для самой женщины, но и для ее будущего ребенка. Когда беременная женщина испытывает стресс, ее организм вырабатывает больше гормона кортизола, основного «гормона стресса». Кортизол увеличивает уровень артериального давления и содержание в крови сахара, негативным образом сказывается на силе иммунной системы – что, естественно, отрицательно воздействует на здоровье ребенка.
Стресс во время беременности опасен по множеству причин. Хронический стресс, испытываемый в течение нескольких недель, может замедлять развитие клеток организма эмбриона, рост плода. При этом увеличивается риск невынашивания или самопроизвольного прерывания беременности или преждевременных родов. Повышенный уровень гормонов стресса может повредить мозг еще не родившегося ребенка и привести в дальнейшем к проблемам в воспитании.
Психологический стресс в перинатальном периоде несет с собой целый комплекс проблем, требующих серьезного внимания к психологической сфере беременной во избежание акушерских и других осложнений. Однако до настоящего времени еще не найдены диагностические критерии перехода стресс-синдрома из звена адаптации в звено патогенеза различных заболеваний [2,4,15].
Для поддержания нормального эмоционального баланса во время беременности **необходим** контроль эмоций. Беременная женщина, успешно управляющая своими эмоциями, знает о меняющемся эмоциональном балансе и готова принять то, что с ней происходит.
Существует несколько основных правил, которые помогут справиться с эмоциональным дисбалансом:
• **Необходимо** смириться с тем фактом, что физические и эмоциональные изменения – неизбежная часть периода беременности. Нужно понять, что это временный этап, который продлится всего несколько месяцев и закончится максимум через 1–2 месяца после рождения ребенка.
• Каждый триместр беременности несет новые изменения, как в теле, так и в эмоциональном состоянии. Главный источник информации о беременности – специальная литература и опыт недавно родивших женщин, которые могут поделиться своими ощущениями и переживаниями.
• Беременная женщина ответственна за появление новой жизни. Забота о себе означает заботу о ребенке. Обязательны правильное питание, отдых и потакание своим маленьким прихотям.
• Беременная женщина должна быть открыта для диалога и не бояться обсуждать свои проблемы с гинекологом, партнером или друзьями – всеми, кто может оказать эмоциональную поддержку. Не следует держать в себе страхи и беспокойства – это лишь усугубит внутреннее напряжение.
• Изменения, связанные с беременностью, могут привести к снижению энергии и, как следствие, быстрому уставанию. Следует снизить темпы, по-новому расставить приоритеты в работе и дать себе отдохнуть.
• Эмоциональное напряжение и негативные эмоции можно побороть, отвлекаясь на приятные дела или хобби. Когда эмоции захлестывают вас с головой, попробуйте проанализировать то, что вас беспокоит, а затем найти адекватное решение.
• Занятия определенными физическими упражнениями, разработанными специально для будущих мам, помогут улучшить как физическое, так и эмоциональное здоровье.
• Главными компонентами эмоционального здоровья во время беременности являются отдых и комфорт.
Однако, к сожалению, во время беременности женщина не всегда может самостоятельно справиться нервным напряжением, раздражительностью, тревогой, волнением и другими симптомами стресса. Поэтому в некоторых ситуациях ей нужна медикаментозная помощь.
Относительный риск применения препаратов при беременности затрудняет выбор терапии, поэтому для **коррекции** **психоэмоциональных** расстройств, возникающих при беременности, в качестве средств высокобезопасной терапии могут рассматриваться препараты растительного происхождения, практически не имеющие побочных эффектов.
Основу противотревожных комплексных фитопрепаратов составляет валериана. На протяжении многих лет она используется в традиционной медицине благодаря гипнотическому и седативному эффектам и до настоящего времени остается высоко востребованным лекарственным средством. Мягкий гипнотический эффект валерианы дает возможность применять ее для купирования неглубоких инсомнических расстройств, вызванных тревогой. Кроме того, хорошо известен вегетотропный эффект валерианы, ее способность оказывать равномерное влияние как на психические, так и на соматические (вегетативные) симптомы тревоги. Также препараты валерианы обладают анксиолитическим и нейропротекторным действием. Спектр побочных эффектов валерианы весьма узок и практически ограничивается только аллергическими реакциями. Несмотря на то, что экстракт валерианы метаболизируется системой цитохрома Р450, он практически не влияет на метаболизм других препаратов и, таким образом, исключены нежелательные лекарственные взаимодействия.
Среди фитопрепаратов, используемых клиницистами для лечения психоэмоциональных расстройств, широкое распространение получило лекарственное средство Персен – современный комбинированный седативный препарат растительного происхождения, помогающий снять симптомы стресса (тревогу, раздражительность и эмоциональное напряжение), не вызывая при этом сонливости. В состав препарата наряду с валерианой включены сухие экстракты лекарственных растений с выраженной анксиолитической активностью – мяты перечной и мелиссы (табл. 1). Дополнительное спазмолитическое действие мяты перечной позволяет успешно использовать препарат у пациентов с выраженной соматической составляющей синдрома тревоги. Кроме того, мелисса обладает ноотропным (повышение концентрации внимания и скорости решения задач), антиоксидантным действием. Персен назначают внутрь взрослым и подросткам старше 12 лет по 2–3 таблетки, покрытые оболочкой, 2–3 раза/сут., Персен форте – внутрь взрослым и подросткам старше 12 лет по 1–2 капсулы 2–3 раза/сут.
Преимуществами Персена перед другими седативными средствами являются:
• препарат содержит только натуральные компоненты;
• эффективность и безопасность растительных ингредиентов Персена хорошо изучены;
• не содержит спирта и брома;
• может сочетаться с любыми психотропными препаратами, в том числе и с антидепрессантами;
• эффективен как быстродействующее симптоматическое средство, когда **необходимо** купировать симптомы тревожности, волнения, и при курсовом приеме для лечения стрессовых состояний, тревожных и фобических расстройств.
За счет натуральных компонентов растительного происхождения, входящих в состав Персена, данный препарат может использоваться во время беременности. В каждом конкретном случае врач должен оценивать пользу и риск приема Персена и других лекарственных препаратов в зависимости от выраженности симптомов заболевания.
Таким образом, для предотвращения возможного развития, а также для лечения психоэмоциональных расстройств у беременных целесообразно применение седативных средств, действие которых смягчает повреждающее воздействие психогенных факторов.



Литература
1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. Петрозаводск, 2004. 350с.
2. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение». М: ГЭОТАР-МЕД. 2004. С. 66–73.
3. Вознесенская Т.Г., Федотова А.В., Фокина Н.М. Персен-форте в лечении тревожных расстройств у больных психовегетативным синдромом // Лечение нервных болезней. 2002. №3 (8). С. 38–41.
4. Воробьева О.В. Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой (вопросы диагностики и терапии) // Русский медицинский журнал. 2006. Т.14. № 23. С. 1696–1699.
5. Грандилевская И.В. Психологические особенности реагирования женщин на выявленную патологию беременности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004.
6. Касьянова О.А. Социально-психологические факторы подготовки женщин к беременности, родам и материнству: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2005.
7. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: Автореф. дис. … докт. психол. наук. СПб., 2001.
8. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода. М., Изд-во УРАО, 2005. 328 с.
9. Davidson J.R.T. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder // J. Clin. Psychiatry. 2001. Vol. 62. P. 46–50.
10. Fricchione G. Generalized anxiety disorder. // New Engl. J. Med. 2004. Vol. 351. №7. P. 675–682.
11. Gavin N.I., Gaynes B.N., Lohr K.N. et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence // Obstet. Gynecol. 2005. Vol. 106. P. 1071–1082.
12. Ross L.E., McLean L.M. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review // J. Clin. Psychiatry. 2006. Vol. 67. № 8. P. 1285–1298.
13. Ross L.E., Murray B.J., Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review // J. Psychiatry Neurosci. 2005. Vol. 30. № 4. Р. 247–256.
14. Rouillon F. Long term therapy of generalized anxiety disorder // Eur. J. Psychiatry. 2004. Vol. 19. № 2. P. 96–101.
15. Soares C.N., Steiner M. Perinatal depression: searching for specific tools for a closer look at this window // J. Clin. Psychiatry. 2009. Vol. 70. № 9. P. 1317–1318.

Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов