# НЕВРОТИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СЕМЕЙНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

## *Колесников И.А. (Санкт-Петербург)*

**Введение**

В настоящее время большинство учёных придерживаются точки зрения, согласно которой женщины в период беременности подвержены повышенному риску развития нервно-психических расстройств [14; 34; 37; 40]. Наибоее частые нервно-психические расстройства у беременных женщин — депрессивные [24; 35; 45]. При исследовании более 14 тысяч беременных женщин J. Evans c сотруд. обнаружили, что депрессивные расстройства в этот период встречаются с такой же частотой, что и после родов [31].

При возникновении депрессивных расстройств во время беременности, у одной трети женщин депрессия продолжается и после родов [24]. Дородовая депрессия расцениваются как самый значительный фактор риска для развития послеродовой депрессии [23], которая оказывает известное патологическое влияние на функциональное состояние матери, формирование материнско-детских отношений [4; 10; 25; 29; 43]. Депрессивные расстройства также неблагоприятно сказываются на социальном функционировании беременной женщин [32; 42; 46].

Несмотря на высокую распространенность, в большом количестве случаев депрессивные расстройства у беременных женщин не диагностируются [20; 22; 26; 31; 44].

В отечественной психиатрии изучены взаимосвязи и взаимовлияния функциональных особенностей центральной нервной системы, осложнений протекания беременности и психологических особенностей беременной женщины [2; 5; 17; 28]. Депрессивные расстройства у женщин в период беременности практически не исследованы.

В немногочисленных исследованиях невротических расстройств у беременных женщин [1; 14] не проводился подробный анализ невротической депрессивной симптоматики в связи с социально-психологическими особенностями личности и отношениями беременных к себе, беременности, супружеству, родителям. В то же время общеизвестно, что психосоциальные факторы имеют первостепенное значение в развитии невротических депрессивных расстройств [9; 13; 27; 30; 33].

Дисгармоничные супружеские отношения в семье беременной женщины рассматривается зарубежными авторами как значимый этиологический фактор в развитии депрессивных расстройств [33; 34; 36]. Даже при достаточно гармоничных отношениях супругов, семья, ожидающая рождения ребёнка, стоит на пороге серьёзных изменений, её функционирование становится нестабильным [19]. При переходе на новую стадию жизненного цикла семьи меняется её структура, появляются новые функции, и это оказывает влияние на психическое состояние беременной женщины. В свою очередь изменения, происходящие в ее организме и психике, во многом определяют психологическую обстановку в семье, характер взаимоотношений ее членов.

Анализ внутрисемейных процессов и того влияния, которые они оказывают на возникновение нервно-психических расстройств у пациента, получило название «семейного диагноза» [19]. Правильная диагностика внутрисемейных отношений позволяет выбрать подходящий метод терапии и предопределяет ее успех.

Цель настоящего исследования — выявить и описать невротические депрессивные расстройства у беременных женщин, определить социально-психологические свойства их личности и характеристики семейного функционирования, разработать модель психотерапии.

**Методы, процедура и материалы исследования**

В исследовании использованы клинико-биографический (сбор анамнеза, анализ медицинской документации), экспериментально-психологический и статистический методы. Психологический инструментарий включал:

1)   Тест отношений беременной (ТОБ) [19];

2)   Опросник депрессивных состояний [11];

3)   Гиссенский личностный опросник [6];

4)   Шкалу семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) [19];

Процедура исследования была следующей.

На первом этапе было проведено скрининговое обследование 1000 беременных женщин для определение варианта психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) с помощью «Теста отношений беременной». Затем по результатам диагностики проводилась консультация психотерапевтом. При выявлении симптомов депрессивных расстройств принималось решение о дальнейшем тестировании с помощью методики «Опросник депрессивных состояний». При наличии клинических проявлений депрессии невротического уровня, подтвержденных результатами опросника, пациентке разъяснялись особенности ее психического состояния, предлагалась психотерапевтическая помощь с пояснением, в чем она заключается. В случае согласия на лечение методом психотерапии, пациенткам предлагалось принять участие в более глубоком психологическом исследовании с раскрытием целей и методов.

Критериями отбора в основную группу были:

•   депрессивная симптоматика невротического уровня

•   состояние в браке

•   отсутствие аффективных расстройств в анамнезе.

Критериями исключения из группы были:

•   развитие эндогенной депрессии

•   необходимость стационарного и медикаментозного лечения

•   большой срок беременности.

Всего было выявлено 82 пациентки с депрессивными расстройствами. Из них, в соответствии с критериями отбора и исключения, в основную группу были отобраны 60 беременных женщин с невротическими депрессивными расстройствами.

На втором этапе было проведено углубленное психологическое исследование двух групп беременных женщин. В основной группе возраст испытуемых — от 22 до 40 лет (M = 29). Срок беременности варьировал от 16 до 32 недель (М=26). Контрольная группа была сформирована из 60 здоровых беременных женщин. Их возраст варьировал от 21 до 38 лет (М=28), срок беременности — от 20 до 36 недель (М=29).

На третьем этапе проведено психологическое исследование отношений беременных женщин основной группы после прохождения психотерапии.

**Результаты исследования**

Скрининговое исследование 1000 беременных женщин с помощью методики «ТОБ», проведенное на первом этапе, показало, что чаще всего у них определяется смешанный вариант ПКГД (66,6%). Далее по частоте идут оптимальный (25,2%), эйфорический (5,6%), тревожный (1,6%) и гипогестогнозический (1%) варианты.

С помощью качественного анализа полученных данных ТОБ, были выявлены беременные (n=574) с нарушенными отношениями по тревожному и депрессивному вариантам ПКГД. Качественный анализ нарушенных отношений, показал, что в системе отношений «мать — дитя» чаще встречаются нарушения в отношениях к ребенку (56%), себе как к матери (21%), грудному вскармливанию (23%). В системе отношений к себе как беременной — к родам (39%), образу жизни (33%), беременности (28%). В системе отношений к отношению окружающих чаще нарушены отношения к мужу (44%), близким (41%) ик посторонним людям(15%).

Преобладание тревожно-депрессивных нарушений в системах отношений «мать — дитя» и «к себе беременной» у большинства испытуемых обусловлено субъективной значимостью актуальных переживаний, связанных как с самой беременностью, так и предстоящими родами и материнством.

Исследование беременных женщин с помощью клинического метода позволило выявить 82 пациенток с депрессивной симптоматикой, достигающей диагностически значимого уровня в соответствии с критериями рубрики F4 — Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства по МКБ-10.

Клиническое и клинико-биографическое обследование данных испытуемых показало, что расстройство настроения впервые появилось у них после возникновения беременности. Некоторые пациентки отмечали постепенное нарастание эмоционального напряжения сразу после известия о своей беременности. В других случаях депрессивная симптоматика развивалась ко второму и третьему триместру беременности. Это указывает, что развитие психопатологической симптоматики имело временнýю связь с началом гестационного периода.

Из анамнеза пациенток стало известно, что развитие депрессивных расстройств у пациенток сопровождалось изменениями в их системе отношений, происшедшими в период беременности и в связи с ней. К ним можно отнести необходимость принятия новой роли матери, изменение образа жизни, перестройку параметров семьи (семейных границ, подсистем, ролей, правил) и межличностных отношений.

Женщины говорили, что беременность желанна для обоих супругов. Однако в ряде случаев после психотерапевтического присоединения выяснялось, что мотивом зачатия ребенка было настоятельное желание супруга. В этом случае женщины испытывали неуверенность в своем желании иметь ребенка, что можно рассматривать как признак наличия психологических проблем.

Анализируя анамнестические сведения, удалось определить основные психотравмирующие события в жизни пациенток в последние несколько месяцев. К ним относятся:

–  конфликты с супругом — 60%;

–  социально-материальные проблемы — 37%;

–  конфликты на работе — 26%;

–  конфликты с родителями —23%;

–  смерть родственника — 6%;

–  другое — 24%.

Ведущим психопатологическим нарушением было сниженное настроение, длящееся более двух недель, не достигающее степени выраженной тоски. Сниженное настроение сопровождалось потерей уверенности в себе, необоснованными упреками в собственный адрес, чувством вины. Женщины пессимистично оценивали будущее, однако такое отношение носило не генерализованный характер, а было ограничено лишь зоной определенных событий (отношения с мужем, предстоящие роды, материнство и пр.). В некоторых случаях пациентки сообщали о диссомниях.

Пациентки критически относились к своему состоянию и были заинтересованы в разрешении конфликтных ситуаций. Депрессивная симптоматика проявлялась в жалобах, в высказываниях женщин, не отражаясь существенным образом на их внешнем облике и поведении. Динамика состояния характеризовалась тем, что сниженное настроение не приобретало свойства стойкой подавленности, а было подвержено значительным колебаниям. В клинической картине не было признаков деперсонализации, нарушений циркадного ритма, отсутствовали и другие облигатные симптомы эндогенных расстройств.

Опираясь на систематику, построенной на принципе синдромологической структуры, были определены основные синдромы: депрессивный (n=28), тревожно-депрессивный (n=42) и депрессивный с явлениями навязчивости (n=12).

Для подтверждения клинического диагноза пациентки основной группы обследовались с помощью методики «Опросник депрессивных состояний». В результате в 78% случаев нами получен высокий уровень достоверности депрессии, в 22% — достоверный результат. Вторая шкала опросника предполагает дифференциацию депрессии на эндогенную и невротическую. По результатам исследования в 84% случаев депрессия имела невротический уровень, в 16% — неопределенный характер.

Таким образом, анализ клинико-психопатологических и экспериментально-психологических данных показал, что выявленная депрессивная симптоматика преимущественно имеет невротический характер патологии в рамках расстройства адаптации по типу пролонгированных реакций:

F43.21 Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция (40%, n=28);

F43.21 Расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция (60%, n=54).

На втором этапе проводилось сравнительное изучение клинических и психологических характеристик беременных женщин основной и контрольной групп. Анализ анамнестических сведений и амбулаторных карт показал, что у беременных женщин с депрессивными расстройствами достоверно чаще, чем в контрольной, встречались ранний токсикоз (р<0,05) и угроза выкидыша (р<0,05).

Обнаружено, что в основной группе пациенток достоверно чаще выявляются тревожный и депрессивный варианты ПКГД (р<0,05), а в контрольной — оптимальный (р<0,05) и эйфорический (р<0,05). По гипогестогнозическому типу достоверных различий нет.

При исследовании личностных свойств с помощью Гиссенского личностного опросника были получены статистически значимые различия (р<0,05) по шкалам «преобладающего настроения», «открытости — замкнутости» и «социальных способностей».

Шкала «преобладающего настроения» отражает связь настроения с основным направлением развития агрессии личности. В основной группе показатели оказались достоверно выше, что говорит о направленности агрессии против собственного «Я», то есть отражает депрессивное настроение, а также характеризует их как робких, зависимых, самокритичных, для которых свойственно скрывать отрицательные эмоции.

Шкала «открытости — замкнутости» отражает фундаментальные свойства социальных контактов и социального поведения. Высокие показатели в основной группе указывают, что для пациенток более свойственны такие черты, как замкнутость, недоверчивость, стремление скрывать собственную потребность в любви.

Шкала «социальных способностей» включает комплекс качеств, которые позволяют судить о степени зрелости личности. В основной группе показатели достоверно выше, что характеризует пациенток как менее общительных, со слабой способностью к самоотдаче и бедной фантазией, неспособных к длительным привязанностям.

Значимые различия в индивидуальных характеристиках беременных женщин в двух сравниваемых группах позволяют предположить, что среди этиологических факторов развития невротических депрессивных расстройств следует рассматривать особенности личности. Также это может указывать на личностную предрасположенность пациенток.

Исследование особенностей функционирования семейных систем беременных женщин с невротическими депрессивными расстройствами проводилось с помощью опросника «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES–3) [19; 41]. Посредством комбинирования 4 уровней сплоченности и адаптации, авторы определяют тип семейных систем, 4 из которых являются умеренными по обоим уровням и называются сбалансированными, 4 — экстремальными, так как имеют крайние показатели по обоим уровням, 8 — средними типами.

Было обнаружено, что в основной группе отсутствует сбалансированный тип семейного функционирования, а экстремальный тип по двум уровням (адаптации и сплоченности) определяется в 63% семей. В то же время в контрольной группе сбалансированный тип выявлен в 35% семей, а экстремальный тип по двум уровням — в 32%. В обеих группах приблизительно одинаковое число семей с экстремальным типом функционирования по одному из уровней (37% в основной и 33% в контрольной группе). Данные результаты указывают на то, что семьи беременных женщин с депрессивными расстройствами менее успешны в плане семейного функционирования. Значительный процент экстремального типа функционирования в обеих группах, по-видимому, указывал на трудности приспособления к новому этапу семейных отношений, наступившему при возникновении беременности.

Параметр «семейная сплоченность» определяет тип эмоциональной близости членов семьи друг к другу. В обеих группах средние значения показателей достоверно не различаются и указывают на так называемый связанный тип. Идеальные представления о функционировании семьи в обеих группах свидетельствуют о том, что члены семьи испытывают потребность в большей степени сплоченности и эмоциональной близости друг с другом.

Параметр «семейной адаптации» оценивает способность семьи приспосабливаться к меняющимся условиям жизни. Средние значения уровня семейной адаптации, полученные при исследовании основной и контрольной групп, обнаруживают хаотичный (экстремальный) тип. Идеальные представления членов семей обеих групп указывают на стремление к большей гибкости при построении семейных отношений. При этом для семей женщин основной группы характерно, не смотря на изначально хаотичный тип их семейной адаптации, стремление к еще большей «хаотичности» (p<0,05). Таким образом, при общем стремлении беременных женщин обеих групп к большей «гибкости/хаотичности» в семейном функционировании, именно беременные с депрессивными расстройствами испытывают большую потребность в изменении функционирования уровня семейной адаптации.

Разница между идеальными и реальными оценками по шкалам сплоченности и адаптации определяет степень удовлетворенности испытуемого семейной жизнью. Неудовлетворенность семейным функционированием (НСФ) определялась, главным образом, неудовлетворенностью семейной адаптацией (НСА), которая была достоверно выше в семьях основной группы (p<0,05). Степень неудовлетворенности семейной сплоченностью (НСС) у представителей разных групп достоверно не отличалась.

Исследование отдельных параметров уровней сплоченности и адаптации позволяет детально определить наиболее «болезненные» точки семейного функционирования, выделить мишени предполагаемого психотерапевтического воздействия. К основным значимым параметрам, вызывающих наибольшую неудовлетворенность у женщин в двух группах, относятся:

1)   Семейные границы. Пациентки основной группы демонстрируют достоверно большую степень неудовлетворенности по этому параметру (p<0,05) и в идеале видят внешние семейные границы более закрытыми.

2)   Принятие решений. Беременные основной группы, по сравнению с женщинами контрольной, имеют большую степень неудовлетворенности своим участием в принятии решений семейных проблем (p<0,05).

3)   Время. Беременные с депрессивными расстройствами, по сравнению с женщинами контрольной группы, обнаруживают большую неудовлетворенность количеством времени, проводимого вместе с мужем (p<0,05), хотя и те, и другие хотели бы увеличить это время (p<0,05).

4)   Роли. Параметр отражает распределение семейных ролей в семье и возможность передачи их выполнения от одного члена семьи к другому. Беременные в основной группе стремятся к большей передаче домашних обязанностей другим членам семьи, чем женщины контрольной группы (p<0,05).

5)   Контроль. Беременные обеих групп стремятся к большему контролю в супружеских отношениях, но здоровые беременные в своей реальной семье обнаруживают большую степень контролирующей функции, нежели беременные основной группы. Беременные с депрессивной симптоматикой чаще не удовлетворены осуществлением функции контроля в семейных отношениях (p<0,05).

6)   Лидерство. У женщин основной группы имеется большее, чем у женщин контрольной группы, стремление передать лидерство другому члену семьи и, тем самым, снизить уровень своей ответственности за семейное функционирование (p<0,05).

7)   Дисциплина. Беременные основной группы испытывают большую, по сравнению с беременными контрольной группы, неудовлетворенность существующими в семье механизмами дисциплинарных воздействий (p<0,05). Женщины обеих групп стремятся в идеале к расширению возможностей их применения.

Таким образом, у беременных женщин с невротическими депрессивными расстройствами имеется большая неудовлетворенность семейным функционированием. Им бы хотелось больше времени проводить с супругом. Они хотят видеть его более ответственным, ждут от него большего участия в принятии решений, хотели бы расширить круг его семейных обязанностей и контролирующих функций.

При корреляционном анализе личностных характеристик женщин основной группы и типов семейного функционирования выявлена достоверно значимая положительная корреляционная связь между шкалой «социального одобрения» ГТ и реальной сплоченностью (r=0,348, p<0,05). Таким образом, степень сплоченности в семье пациенток основной группы имеет прямую связь с показателями самоуважения, уверенности в своей социальной репутации и привлекательности, в высокой оценке себя другими людьми.

Также определяется отрицательная корреляция шкалы «преобладающего настроения» и идеальной адаптации (r=−0,373, p<0,05). Это показывает, что более успешная (идеальная) адаптация может способствовать стабилизации преобладающего настроения.

Достоверная обратная корреляционная связь определяется между шкалой «социальных способностей» ГТ и идеальной сплоченностью (r=−0,307, p<0,05). Шкала социальных способностей отражает комплекс качеств, которые позволяют судить о степени зрелости личности в межличностных отношениях. Выявлено, что женщины основной группы стремятся к большей сплоченности и адаптации при недостаточной способности к построению межличностных отношений.

В контрольной группе была выявлена достоверно значимая положительная корреляционная связь между шкалой «социального одобрения» ГТ и реальными сплоченностью (r=0,539, p<0,05) и адаптацией (r=0,488, p<0,05). Это показывает, что степень сплоченности и адаптации в семье здоровых беременных женщин имеет прямую связь с показателями успешного взаимодействия с окружением и положительного представления о себе.

Исследование качества взаимоотношений беременных женщин с их родителями проводилось методом анкетирования. Предлагалось выбрать один из четырех типов отношений с матерью и отцом: формальный («отстраненные»), конфликтный, неудовлетворительный («холодные»), удовлетворительный («доверительные»).

Статистический анализ данных выявил, что у женщин основной группы достоверно чаще отношения с матерями и с отцами носят дисгармоничный характер (неудовлетворительный тип, р<0,05), а в контрольной — гармоничный (удовлетворительный, р<0,05).

При определении значимости взаимоотношений испытуемых с родителями для формирования варианта психологического компонента гестационной доминанты оказалось, что дисгармоничные отношения с матерью (конфликтный р<0,05, неудовлетворительный р<0,05) и с отцом (неудовлетворительный р<0,05), способствуют формированию неблагоприятных вариантов ПКГД — тревожного и депрессивного, в то время как удовлетворительные отношения с родителями (р<0,05) ведут к формированию наиболее благоприятного варианта ПКГД — оптимального.

Таким образом, наличие дисгармоничных отношений у беременных женщин с родителями можно рассматривать как один из значимых психосоциальных факторов, затрудняющих их адаптацию к состоянию беременности.

С целью определения взаимосвязи показателей ГТ и типов отношений с родителями, проведено сравнение показателей средних и стандартного отклонения двух групп. Пациентки основной группы, имеющие неудовлетворительные отношения с матерью и с отцом, достоверно отличаются от женщин контрольной группы (р<0,05), удовлетворенных сложившимися отношениями с родителем, по шкале «преобладающего настроения» ГТ и шкале «социального одобрения», которая отражает качества личности способствующие успешной социальной адаптации. Таким образом, можно предположить, что удовлетворительные отношения с родителями способствуют развитию психосоциальных защитных форм поведения, позволяющих адекватно справляться с уровнем агрессии и ее направлением.

**Модель психотерапии**

Большинство авторов соглашаются с тем, что психотерапевтические методы лечения депрессивных расстройств у беременных женщин должны использоваться как методы первого выбора [15; 19; 21; 38; 39]. С учетом полученных данных были определены психотерапевтические мишени и разработана модель психотерапии. В ней интегрированы семейная системная психотерапия как основной метод и теоретические конструкты и практические техники когнитивно-поведенческой психотерапии.

Использование системного подхода при исследовании семей беременных женщин с невротическими депрессивными расстройствами позволило изучить структуру семейных ролей, семейные подсистемы и семейные правила, внутреннюю картину семьи, а также выявить нарушенные семейные отношения.

С помощью когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии учитывались когнитивные структуры и иррациональные убеждения у пациентов и их родственников.

Использование в интегративной модели методов семейной системной психотерапии и когнитивно-поведенческих техник позволяет в краткие сроки добиться изменений отдельных параметров семейной системы. Они влекут за собой качественные структурные изменения системы, в результате которых происходит развитие новых структур и формирование новых механизмов адаптации.

Цель реализации данной модели психотерапии — достижение гармоничного функционирования семейной системы, обеспечивающего состояние психологического комфорта и способствующего формированию оптимального варианта психологического компонента гестационной доминанты.

Предлагаемая модель рассчитана на 10-12 часов, состоит из 3 этапов и реализуется в течение 1-1, 5 месяцев. Частота встреч с беременной женщиной и ее супругом — 1-2 раза в неделю.

Всего психотерапия в рамках предложенной модели была проведена с 82 беременными женщинами с невротическими депрессивными расстройствами. В большинстве случаев (n=72) в сеансах психотерапии участвовали супруги пациенток или их партнеры.

Для оценки динамики психического состояния и отношений беременных женщин с невротическими депрессивными расстройствами сравнивались результаты ОДС и ТОБ (профиль ПКГД) после завершения курса психотерапии с исходными данными диагностики. Положительная динамика отразилась в статистически значимом (p<0,01) снижении показателей шкалы «депрессия — норма» ОДС, а также в изменениях ПКГД по оптимальному (р<0,01), тревожному (р<0,01) и депрессивному (р<0,01) вариантам ПКГД. По гипогестогнозическому и эйфорическому различия статистически не значимы.

На протяжении 6 месяцев катамнестического исследования у пациенток отсутствовала психопатологическая симптоматика, сохранялся стабильный эмоциональный фон на протяжении всего периода. Супруги сообщали о взаимопонимании между членами семьи, снижении количества конфликтов в семье, совместном принятии компромиссных решений в проблемных ситуациях.

Таким образом, значимые результаты статистической обработки данных и катамнестическое исследование подтверждают эффективность предлагаемой модели психотерапии в отношении невротических депрессивных расстройств у беременных женщин.

**Клинический пример**

Надежда Л., 1980 года рождения, срок беременности 30 недель. Жалобы на сниженное настроение, тревожные опасения, слезливость, раздражительность.

Anamnesis vitae: Матери пациентки было 18 лет, отцу 20 лет, они не были женаты на момент зачатия дочери. Девочка родилась через месяц после заключения брака. Со слов матери пациентки беременность протекала нормально, но она сильно переживала и боялась. Роды естественным путем, без осложнений. Кормление грудным молоком до 5 месяцев.

С момента заключения брака молодая семья проживала совместно с родителями жены. Воспитанием пациентки занималась бабушка, из-за чего между ней и матерью пациентки часто возникали конфликты. Воспитание строилось по типу гиперпротекции. Надежда вспоминает, что в семейных спорах «меня использовали для манипуляций».

В школе адаптировалась быстро, училась хорошо, была общительной и имела много друзей. Занималась спортом (легкой атлетикой), имела награды. После школы поступила в РГПУ имени А.И. Герцена на психолого-педагогический факультет. На последних курсах обучения начала встречаться с однокурсником, за которого через четыре года вышла замуж. После окончания обучения работала по специальности в течение двух лет. Супруги проживает совместно с родителями и бабушкой пациентки в 3-х комнатной квартире.

Данных о нервно-психических расстройствах в анамнезе нет. В детстве перенесла ряд инфекционных болезней (респираторные инфекции, гепатит А). Менструации регулярные с 14 лет.

Беременность была не запланированной, но вместе с мужем и родителями пациентки приняли решение сохранить беременность.

Anamnesis morbi: считала себя больной на протяжении последних двух месяцев, когда появилось сниженное настроение, беспричинная грусть. Спустя несколько недель на фоне сниженного настроения появились тревожные опасения о здоровье ребенка, предстоящих родах и материнстве. Объясняла, что причина ее переживаний в напряженной семейной ситуации — муж занимает «пассивную позицию», не помогает, не обеспечивает всем необходимым для подготовки к родам, что является причиной конфликтов. Отмечала, что отношения между супругом и матерью пациентки также конфликтные.

После госпитализации в стационар пациентка заметила, что часто возникали мысли о неблагополучном исходе родов, о возможных родовых травмах, снизилось настроение, нарушился сон (трудно заснуть). Некоторое время скрывала свое самочувствие, так как боялась осуждения со стороны близких родственников («все вокруг меня радуются, а я боюсь признаться»). Постепенно происходило усиление тревоги, появилось внутреннее беспокойство, ожидание неприятных происшествий, осложнений протекания беременности. Много читала об возможных осложнениях, психических заболеваниях беременных, родовых травмах новорожденных, послеродовых депрессиях. Впоследствии решила, что подобные осложнения и психические нарушения обязательно случатся с ней и ее ребенком.

На сроке 24 недели была госпитализирована в связи с угрозой выкидыша (повышенный тонус матки, кровянистые выделения).

Психический статус: на приеме у пациентки наблюдались невербальные признаки тревоги (сжимает руки, перебирает платок, краснеет). Речь спокойная, но сбивчивая. В своем рассказе часто меняла время событий — сначала говорила о прошлом, а затем о будущем. Во время беседы возникали лакримальные реакции, за что просила прощение. Патологический аффект был представлен сниженным настроением, которое смещалось на задний план тревожными опасениями. Тревожно-депрессивные переживания носили характер доминирующих идей и страхов. Симптомов дереализации и деперсонализации нет. Расстройств других психических функций обнаружено не было.

Эпизодические нарушения сна по типу затруднения засыпания были вызваны тревожно-депрессивными мыслями и опасениями. На фоне нервно-психического напряжения возникали ипохондрические реакции, что провоцировало частые обращения к акушерам.

Результаты экспериментально-психологического исследования:

1)   ТОБ — смешанный вариант ПКГД (Оптимальный — 5 баллов; Тревожный — 2; Депрессивный — 2);

Пациентка оценивала по тревожному и депрессивному варианту ПКГД свое отношение к предстоящим родам и материнству, отношения с супругом и близкими.

2)   ОДС — I шкала 41 балл (высоко достоверный результат), II шкала 30 баллов (невротический уровень);

3)   ГТ  — I шкала 25 баллов, II — 22, III — 25, IV — 28, V — 12, VI — 14;

В соответствии с результатами ГТ для пациентки присущи такие характеристики личности, как сомнение в своей положительной социальной репутации, привлекательности, доверчивость, открытость, склонность к подчинению, зависимости, усердию, самокритичности, терпеливости, педантичности, избыточному контролю; для пациентки свойственно также скрывать отрицательные эмоции; она испытывает потребность в эмоциональной близости и поддержке.

4)   FACES–3 — связанный уровень сплоченности (47 баллов), хаотичный уровень адаптации (34 балла);

5)   отношения с родителями характеризует как конфликтные.

Исследование семейной системы пациентки выявило нарушение внутренних и внешних границ семьи. Отсутствие четких границ между подсистемами в семье привело к формированию коалиции между матерью и пациенткой, направленной против ее супруга. Формирование такого альянса еще в большей степени подчеркнуло нарушение структуры семейных ролей — «муж виноват, не оказывает поддержки, нет рядом, когда нужен». Пациентка испытывала потребность в эмоциональном сближении с супругом, которую она озвучивала матери, а мать, в свою очередь, обвиняла во всем ее супруга.

Индивидуальная психотерапии была направлена на выявления автоматических мыслей и ошибок мышления, (по типу предсказания негативных исходов, отрицания позитивного опыта, навешивания ярлыков, «чтения мыслей», избирательной невнимательности), когнитивное реконструирование, обучение методам релаксации и др. Использование методов и техник когнитивно-поведенческой психотерапии позволило значительно уменьшить симптомы аффективных расстройств.

Целью семейной психотерапии было формирование адаптивных семейных механизмов, позволяющих семье выполнять свои функции. Совместно с супругами обсуждалось понятие семейных границ, степень их важности для сохранения эмоциональной близости и доверительных отношений, что позволит более уверенно себя чувствовать обоим супругам. На один из сеансов психотерапии была приглашена мать пациентки, которой, после длительного присоединения, была предложена значимая роль в развитии новых стратегий отношений в семье пациентки — переход с позиции властной, симбиотической и контролирующей матери на позицию опытной, позволяющей и поддерживающей матери.

Изменение функционирования семейной системы привело к эмоциональному сближению супругов, улучшению взаимопонимания, снижению напряжения в семье и стабилизации настроения у пациентки.

**Обсуждение**

Беременность приобретает стрессогенное воздействие при развитии психологического внутреннего или внешнего конфликта у беременной женщины. Так, внутренний, или внутриличностный конфликт может, например, возникать при непринятой, незавершенной или несформированной полоролевой идентификации у женщины («знаю, что я женщина, но не чувствую себя как женщина») [12; 16]. Внутренний конфликт также формируется при неготовности женщины принять новую социальную роль матери, при рациональном понимании этой роли.

После психотерапевтического присоединения беременные в ряде случаев сообщали, что беременность желанна обоими супругами, однако мотивом зачатия было большее желание супруга. Модно было предположить, что некоторая неуверенность женщины в желании иметь ребенка была связана с ее неготовностью стать матерью и неуверенностью в себе как в женщине.

Известно, что психологические конфликты, нарушения в системе отношений личности и несогласованность когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов в структуре отношений приводят к невротическому расстройству [8; 18]. Наличие внутриличностного конфликта ведет к росту нервно-психического напряжения и развитию невротических расстройств по типу пролонгированных депрессивных и тревожно-депрессивных реакций.

Дисгармоничные супружеские отношения могут послужить деструктивным мотивом зачатия, как для женщины, так и для обоих супругов. Беременная женщина, компенсируя нарушенные отношения с мужем, «погружается в беременность», что приводит к еще большому отдалению мужчины. Такая «погруженность» не приводит, как ожидалось, к улучшению настроения и нормальному течению беременности, так как «уход в себя» считается неконструктивной стратегией разрешения конфликта [7].

В свою очередь депрессивные расстройства беременной женщины усугубляют нарушения межличностных коммуникаций между супругами. Возникает замкнутый круг — «коммуникационная проблема» в семье в свою очередь еще больше ухудшает психическое состояние беременной [18].

Выявленные нами нарушения семейного функционирования в основной группе проявлялись в определенном дезадаптивном взаимодействии между супругами. Для беременных женщин, страдающих депрессией, характерен выраженный паттерн избегания и «молчаливого страдания» с периодическими взрывами гнева, подчеркивающими напряжение. Этот паттерн крайне неэффективен при разрешении возникающих супружеских конфликтов, что приводит со временем к накапливанию неразрешенных проблем [3]. Мужья депрессивных женщин часто воспринимают поведение своих партнеров как манипулятивное и обвиняющее. Они ощущают раздражение — даже более сильное — после проявления депрессивного поведения со стороны жены, но чувствуют, что им нечего сказать. Супруги отмечают уменьшение контакта глазами между собой, снижение числа высказываемых предложений, которые могли бы ускорить разрешение проблемы, запаздывание с ответом и относительно неэффективное решение проблем. Кроме того, типичные симптомы депрессии включают избегание других людей, трудности с концентрацией внимания, отсутствие желания вести себя так, чтобы вызвать одобрение.

Депрессивное поведение способно только усугубить уже имеющиеся обиды, сводя на нет попытки не страдающего депрессией супруга вынести на обсуждение спорные вопросы. По мере увеличения длительности существования депрессии и супружеской дисгармонии выраженность отвержения неуклонно возрастает, а отношения между супругами продолжают ухудшаться.

**Заключение**

Данное исследование проведено в рамках биопсихосоциальной модели здоровья и болезни, системного подхода к изучению семьи, с использованием теоретико-методологических принципов перинатальной психологии и клинической психологии семьи.

В результате проведенного скрининг-исследования невротические депрессивные расстройства обнаружены у 8,2% беременных женщин. В клинической картине этих расстройств преобладают аффективные нарушения и в меньшей степени выражены симптомы нарушений идеаторной сферы. На основании ведущей эмоции в структуре аффективного симптомокомплекса были определены доминирующие синдромы: депрессивный, тревожно-депрессивный, депрессивный с явлениями навязчивости.

Исследование личностных характеристик беременных женщин в двух группах с помощью ГТ показало достоверные различия по IV шкале «преобладающего настроения», по V шкале «открытости — замкнутости» и по VI шкале «социальных способностей». Таким образом, пациенток с невротическими депрессивными расстройствами можно охарактеризовать как более робких, зависимых, замкнутых, самокритичных, менее общительных, с меньшей способностью к самоотдаче, стремящихся скрывать отрицательные эмоции и потребность в эмоциональной близости.

Подобные особенности личности рассматриваются в качестве этиопатогенетических механизмов развития нервно-психического расстройства.

Исследование уровней семейного функционирования выявило, что в группе беременных женщин с невротическими депрессивными расстройствами сбалансированный тип функционирования семьи отсутствует; экстремальный тип по двум уровням (адаптации и сплоченности) встречается значительно чаще, чем в контрольной группе. В обеих группах приблизительно одинаковое число семей с экстремальным типом функционирования по одному из уровней.

Таким образом, семьи беременных женщин с невротическими депрессивными расстройствами отличает более жесткая организация семейного функционирования. Это ведет к большей напряженности отношений и к меньшей удовлетворенности супругами собой, супружеской и семейной жизнью в целом.

При исследовании семейной сплоченности оказалось, что женщины в обеих группах в идеальных представлениях стремятся к большей сплоченности, то есть, испытывают потребность в большей эмоциональной близости и поддержки друг друга.

В семьях беременных с депрессивными расстройствами наблюдался более высокий уровень значений по шкале семейной адаптации, что характеризует их как «хаотичные» системы. Для таких семей характерно отсутствие четких правил и норм поведения, должного контроля и дисциплины, отчетливого разделения ролей и семейных обязанностей, отсутствие лидера в семье, по праву несущего всю полноту ответственности за семейное функционирование.

Беременные с невротическими депрессивными расстройствами оценивают свою семейную жизнь как проблемную и менее благополучную, чем беременные женщины без нервно-психических нарушений. Неудовлетворенность семейными отношениями следует рассматривать как мишень для психотерапевтического воздействия.

Изучение качества взаимоотношений с родителями показало, что женщины в основной группе значительно чаще оценивают свои отношения с родителями как неудовлетворительные, а в контрольной группе — как удовлетворительные.

Таким образом, в работе с беременными женщинами с невротическими депрессивными расстройствами необходимо учитывать психологические особенности супружеских отношений и отношений с родителями. При разработке плана мероприятий по семейной психотерапии необходимо акцентировать внимание на структуре семейных ролей, на семейных подсистемах и границах, правилах и стандартах взаимодействия семьи.

**Литература**

1.   Афиногенова Н.Г., Долгина Г.Т., Китаева Е.В. К вопросу о пренневротических проявлениях у беременных женщин // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. ЛНИИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1986. – С. 114-115.

2.   Бибилейшвили З.А. Некоторые вопросы патогенеза поздних токсикозов // Акушерство и гинекология. – 1970. – № 9. – С. 28-31.

3.   Бич C.Р.Г., Сандин Э.Е., О'Лири К.Д. Модель депрессии на основе супружеской дискордантности // Семейная психотерапия / сост. Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 2000. – Раздел II. – С. 242-277.

4.   Боулби Д. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003. – 477 с.

5.   Воловик В.М. Рвота беременных как психосоматическое расстройство // Исследование личности в клинике и экстремальных условиях: сборник науч. тр. / СПбНИИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1969. – С. 38-49.

6.   Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностики для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач) / СПб. науч.-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева; сост.: Е.А. Голынкина и др. – СПб., 1993. – 21 с.

7.   Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: психологические механизмы. – СПб.: Знание, 1999. – 352 с.

8.   Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 272 с.

9.   Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. – М.: Медицина, 1994. – 192 с.

10.   Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец: Психологическое взаимодействие. – СПб.: Издательский дом Санкт-Петербургского государственного университета, 2003. – 288 с.

11.   Опросник для психологической диагностики депрессивных состояний / СПб. науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М.Бехтерева; сост.: И.Г.Беспалько. – СПб., 1995. – 23 с.

12.   Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / пер. с англ. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа и Б.С.К., 1997. – 195 с.

13.   Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб.: ООО Изд-во «Речь», 2000. – 402 с.

14.   Сахаров, Е.А. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.18. – Л., 1990. – 18 с.

15.   Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.

16.   Хорни К. Женская психология. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993. – 222 с.

17.   Цирюльников М.В. Токсикозы беременных. – Л.: Медицина, 1973. – 170 с.

18.   Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.

19.   Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие. – СПб.: Речь, 2003. – 352 с.

20.   Abraham S.  Obstetricians  and  maternal  body  weight  and  eating  disorders during pregnancy / S. Abraham // J Psychosom Obstet Gynaecol. – 2001. – Vol. 22. – № 3. – P. 159-163.

21.   Altshuler L.L. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of depression in women / L.L. Altshuler, L.S. Cohen, M.L. Moline et al. // Postgrad Med. – 2001. – Spec No. – P. 1-107.

22.   Andersson L. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study / L. Andersson, I. Sundström-Poromaa, M. Bixo et al. // Am J Obstet Gynecol. – 2003. – Vol. 189. – № 1. – P. 148-154.

23.   Beck C.T. A meta-analysis of predictors of postpartum depression / C.T. Beck // Nurs Res. – 1996. – Vol. 45. – № 5. – P. 297-303.

24.   Bennett H.A. Depression During Pregnancy / H.A. Bennet, A. Einarson, A. Taddio et al. // Clin Drug Invest. – 2004. – Vol. 24. – № 3. – P. 157-179.

25.   Bifulco A. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study / A. Bifulco, B. Figueiredo, N. Guedeney et al. // Br J Psychiatry. – 2004. – Suppl. 46. – S. 31-37.

26.   Carter F.A. Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note / F.A. Carter, J.D. Carter, S.E. Luty // Aust N Z J Psychiatry. – 2005. – Vol. 39. – № 4. – P. 255-261.

27.   Cooklin A.R. Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being / A.R. Cooklin, H.J. Rowe, J.R. Fisher // Aust N Z J Obstet Gynaecol. – 2007. – Vol. 47. – № 6. – P. 483-490.

28.   Coppen A.J. Vomiting of early pregnancy (psychological factors and body build) / A.J. Coppen // LAncet. – 1959. – Vol. 7065. – № 1. – P. 172-173.

29.   Downey G. Children of depressed parents – An integrative review / G. Downey, J.C. Coyne // Psychological Bulletin. – 1990. – Vol. 108. – № 1. – P. 50-76.

30.   Escribè-Agüir V. Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? / V. Escribè-Agüir, M.C. Gonzalez-Galarzo, C. Barona-Vilar et al. // J Epidemiol Community Health. 2008 May;62(5):410-4. – 2008. – Vol. 62. – №5. – P. 410-414.

31.   Evans J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth / J. Evans,   J. Heron, H. Francomb et al. // BMJ. – 2001. – Vol. 323. – № 7307. – P. 257-260.

32.   Horrigan T.J. The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy / T.J. Horrigan, A.V. Schroeder, R.M. Schaffer // J Subst Abuse Treat. – 2000. – Vol. 18. – № 1. – P. 55-58.

33.   Kitamura T. Psychosocial study of depression in early pregnancy / T. Kitamura, M. Sugawara, K. Sugawara // Br J Psychiatry. – 1996. – Vol. 168. – № 6. – P. 732-738.

34.   Kumar R. A prospective study of emotional disorders in childbearing women / R. Kumar, K.M. Robson // Br J Psychiatry. – 1984. – Vol. 288. – № 144. – P. 35-47.

35.   Lee A.M. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression / A.M. Lee, S.K. Lam, S.M. Sze Mun Lau et al. // Obstet Gynecol. – 2007. – Vol. 110. – № 5. – P. 1102-1112.

36.   Lusskin S.I. Perinatal depression: hiding in plain sight / S.I. Lusskin, T.M. Pundiak, S.M. Habib // Can J Psychiatry. – 2007. – Vol. 52. – № 8. – P. 479-488.

37.   Misri S. Reproductive Psychiatry: An Overview [Electronic resource] / S. Misri. – New York. Access 2000 – Mode access: http://www.medscape.com/viewprogram/138

38.   Misri S. The use of SSRIs in pregnant and lactating women [abstract S5] / S. Misri, X. Kostaras // Archives of Women's Mental Health. – 2001. – Vol. 3. – Suppl 2. – P. 2.

39.   Misri S. Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review / S. Misri, K. Kendrick // Can J Psychiatry. Aug;(8):489-98. – 2007 –Vol. 52. – № 8. – P. 489-498.

40.   Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality / M. Oates // Br Med Bull. – 2003. – Vol. 67. – № 1. – P. 219-229.

41.   Olson D.H. Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III / D.H. Olson // J. Family Process. – 1986. – Vol. 25 – P. 337-351.

42.   Pajulo M. Antenatal depression, substance dependency and social support / M. Pajulo, E. Savonlahti, A. Sourander et al. // J Affect Disord. – 2001. – Vol. 65. – № 1. – P. 9-17.

43.   Rahman A. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: A cohort study / A. Rahman, Z. Iqbal, J. Bunn et al. // Arch Gen Psychiatry. – 2004. – Vol. 61. – P. 946-952.

44.   Spitzer R.L. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study / R.L. Spitzer, J.B. Williams, K. Kroenke et al. // Am J Obstet Gynecol. – 2000. – Vol. 183. – № 3. – P. 759-769.

45.   Wewerinke A. Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women / A. Wewerinke, A. Honig, M.H. Heres // Ned Tijdschr Geneeskd. – 2006. – Vol. 150. – № 6. – P. 294-298.

46.   Zuckerman B. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviours / B. Zuckerman, H. Amaro, H. Bauchner et al. // Am J Obstet Gynecol. – 1989. – Vol. 160. – P. 1107-1111.

**Ссылка для цитирования**

УДК 616.895.4+618.2

Колесников И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин [Электронный ресурс] //Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 5 (16). – URL: http://medpsy.ru (дата обращения: чч.мм.гггг).

Все элементы описания необходимы и соответствуют ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка" (введен в действие 01.01.2009). Дата обращения [в формате число-месяц-год = чч.мм.гггг] – дата, когда вы обращались к документу и он был доступен.