

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ**

**М.А. Качан  
В.А. Руженков**

*Белгородский  
государственный  
университет*

*e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru*

Клинико-психопатологическим, патопсихологическим и статистическим методами обследовано 190 женщин, перенесших операцию искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках (от 19 до 27 недель). Установлено, что в 14,7% случаев основанием для прерывания беременности были психические расстройства, диагностированные задолго до беременности и являющиеся медицинскими показаниями для ее прерывания, в 50% случаев диагностировались реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации: в 6,8% случаях – острая реакция на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства и у 43,2% – расстройства адаптации. В 35,3% случаях клинические признаки психических расстройств не выявлялись. Описывается алгоритм психофармакотерапии и оказания медико-психологической помощи.

Ключевые слова: прерывание беременности, психические расстройства, острая реакция на стресс, расстройства адаптации.

Прерывание беременности в поздние сроки – во втором триместре, ведет к большей частоте осложнений по сравнению с абортom в первом триместре [2], при этом женщины испытывают серьезный стресс: с одной стороны – они вынуждены скрывать свои чувства, связанные и с беременностью и с абортom, с другой – ничем не могут восполнить свою потерю и найти душевное спокойствие [1]. В значительном числе случаев сам искусственный аборт повышает риск появления психических заболеваний [5,6,3,4]. В доступной нам литературе мы не обнаружили результатов исследования психического статуса женщин после прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках, а также рекомендаций по лечению и оказанию медико-психологической помощи. В связи с этим целью исследования была разработка дифференцированных методов оказания психофармакологической и краткосрочной психотерапевтической помощи при психических расстройствах у женщин, прервавших беременность на поздних сроках по медицинским показаниям.

**Материал и методы исследования.** Для реализации поставленной цели нами, в течение 2008 года на базе перинатального центра Белгородской областной клинической больницы им. Святителя Иосафа методом сплошной выборки обследовано 190 женщин в возрасте от 13 до 49 ( $25,7 \pm 0,5$ ) лет, прерывающих беременность на поздних сроках (от 19 до 27 недель) по медицинским показаниям. Все женщины давали информированное согласие на осмотр врача-психиатра.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, психологический (Фрейбургский личностный опросник (FPI), тест Лири, шкала депрессии Гамильтона (HDRS), шкала тревоги Гамильтона (HARS) и статистический – критерий Стюдента  $t$  и критерий  $\chi^2$ ).

**Результаты исследования и обсуждение.** На основе анализа клинической картины психопатологических расстройств у 190 обследуемых женщин, перенесших операцию искусственного прерывания беременности на поздних сроках было установлено, что в 28 (14,7%) случаях основанием для прерывания беременности были психические расстройства, диагностированные задолго до беременности и являющиеся медицинским показанием для прерывания беременности; в 95 (50%) случаях диагностировались реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: в 13 (6,8%) случаях – острая реакция на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства (первая группа) и у 82 (43,2%) женщин расстройства адаптации (вторая

группа).

В 67 (35,3%) случаях клинические признаки психических расстройств не выявлялись.

В **первой группе** женщины были в возрасте от 20 до 39 лет. В половине случаев в семье уже были дети, но они желали родить второго ребенка. Настоящей беременности предшествовали неоднократные аборт, связанные с нежеланием рожать ребенка в связи с конфликтами в семье. В бездетных браках женщины длительное время лечились от бесплодия, с надеждой ожидали рождения ребенка.

Медицинским показанием для прерывания беременности на поздних сроках были: патология развития плода (врожденные пороки сердца, диафрагмальная грыжа, гастрошизис, гидроцефалия) – 5 или его внутриутробная гибель – 4 случая, в остальных 4 случаях – тяжелые заболевания, выявленные у самих женщин (онкологическое заболевание, обострение хронического гепатита, сахарный диабет).

При *пороках развития плода*, как правило, у всех женщин в течение 2-3 лет наблюдались невротические расстройства, связанные с затяжными психотравмирующими ситуациями в области репродуктивной деятельности (длительный период бесплодия и угроза разрушения брака, выкидыши). После сообщения о наличии порока развития плода (волчья пасть, заячья губа, врожденные пороки сердца, диафрагмальная грыжа) психические расстройства начинались подросто. На начальном этапе возникало недоумение, они не верили диагнозу, просили повторить исследование. После проведения искусственных родов большинство женщин отказывались принимать факт смерти ребенка, наличия у него пороков развития, требовали показать тело ребенка. После прерывания беременности преобладали: симптомы депрессии с тревожным компонентом, астеническая симптоматика (повышенная физическая, психическая утомляемость, раздражительная слабость, эмоциональная лабильность, падение инициативы, пассивность), нарушения вегетативных функций (расстройства сна, аппетита, похудание, колебания артериального давления). В последующем в клинической картине преобладало мучительное чувство вины в случившемся, мысли о том, что ребенка можно было оставить, суицидальные мысли, расстройства сна, тревога. В сновидениях зачастую переживалась ситуация прерывания беременности. Отношения в семье становились напряженными, между супругами усиливалось непонимание, конфликты, разрыв отношений.

При *внутриутробной гибели плода* клиническая картина психических расстройств, определялась сочетанием депрессивных, истерических и соматовегетативных симптомов. С момента, когда женщина узнавала о гибели плода, психические расстройства возникали по типу аффективно-шоковой реакции: вспышка ужаса, горя, отчаяния. Наблюдалась растерянность, мучительное непонимание ситуации, фиксация на своих переживаниях, отказ принять факт утраты. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, тахипноэ, резкое побледнение или гиперемия кожных покровов, потливость, синкопальные состояния).

После проведения искусственных родов преобладали: астеническая симптоматика, тревога и депрессия, расстройства сна, снижение аппетита, снижение веса тела, колебания артериального давления. В последующем появлялись расстройства сна с неприятными сновидениями, в которых пациентки видели своих не родившихся, умирающих детей; испытывали тревогу, страх; просыпались в холодном поту. Характерными были идеи вины в случившемся несчастье (прежние аборты), суицидальные мысли, переживания по поводу возможного разрыва отношений с мужем.

После выписки в течение длительного времени наблюдались стереотипно повторяющиеся сновидения, в содержании которых заново переживались сообщения о смерти плода, аборт, нередко образы ребенка, разговоры с ним. Больные не могли заниматься квалифицированным трудом и были вынуждены перейти на временную работу, или переходили на иждивение других членов семьи.

У женщин с собственными *тяжелыми соматическими заболеваниями* после прерывания беременности клиническая картина психических расстройств определялась сочетанием симптомов соматического заболевания с симптомами выраженной депрессии с невротическим компонентом. При декомпенсации соматического заболевания перед женщиной ставился нелегкий выбор о прерывание беременности. В этот период на первый план выступала астеническая симптоматика с вялостью, повышенной утомляемостью, унынием, наблюдалась растерянность, мучительное непониманием

ситуации, снижение побуждений, эмоциональная неустойчивость, плаксивость, рассеянность внимания. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, тахипноэ, резкое побледнение или гиперемия кожных покровов, потливость, головокружение). После проведения искусственного прерывания беременности возникали апатическая депрессия, астеническая симптоматика. Больные жаловались на снижение интереса к внешнему миру, равнодушие, безразличие к окружающему и собственной личности, исчезновение желаний. В клинической картине преобладал дефицит побуждений с падением жизненного тонуса, повышенная физическая, психическая утомляемость, эмоциональная лабильность, нарушения вегетативных функций (расстройство сна, аппетита, похудание, колебания артериального давления). Отмечались расстройства сна в виде переживаний прерывания беременности, сновидения с мертвыми младенцами.

Психологическое обследование (тест FPI) выявило у них эмоциональную неустойчивость (уравновешенность 3,7 балла, эмоциональная лабильность 7,5 балла), что свидетельствует о наличии состояния фрустрированности и тяжелого стресса, повышенную раздражительность (5,6 балла), подавленное настроение (депрессивность 5,6 балла), застенчивость (6,5 балла), открытость (5,9 балла). Шкала HDRS выявила у большинства – 11 (84,6%) пациенток «симптомы большого депрессивного эпизода», а шкала HARS симптомы тревоги у 9 пациентов от 12 до 17 ( $13,8 \pm 0,6$ ) баллов и в 4 случаях тревожное состояние 21-28 ( $24,8 \pm 1,5$ ) баллов. Тест Лири выявил у них неуверенность в себе (I октант), низкие уровни эгоистичности (II октант), энергичности и упорства (III октант), критичное отношение к окружающему (IV октант), скромность, робость, уступчивость (V октант), конформность (VI октант), хорошую готовность к сотрудничеству, стремление быть в согласии с окружающими (VII октант), повышенную ответственность (VIII октант).

Несмотря на то, что пациентки давали согласие на осмотр врача-психиатра и осознавали наличие психических расстройств, они считали их психологически понятными, как реакцию на тяжелое горе, которую «вылечить нельзя». Только в 8 (61,5%) случаях пациентки соглашались на терапию. Назначались антидепрессанты (флуоксетин 0,02 один раз в сутки; при выраженном депрессивном синдроме – людиомил 0,025 по 50-75 мг в сутки или амитриптилин в той же дозе; малые нейролептики: эглонил 0,2 или соннапакс 0,01 два-три раза в сутки, при выраженной тревоге – хлорпротиксен в дозе до 75 мг в сутки; транквилизаторы: феназепам 0,001 1-2 мг в сутки). На фоне психофармакотерапии проводилась краткосрочная психотерапия с применением ассоциативно-диссоциативных техник нейролингвистического программирования (метод трехместной диссоциации) и гештальттерапии. Во всех случаях клинически отмечалось улучшение состояния, субъективно пациентки чувствовали себя спокойнее, улучшалось настроение, нормализовался сон, исчезали кошмарные сновидения.

Во **второй группе** на основе клинической картины имеющихся психических расстройств было выделено 3 подгруппы пациентов: обнаруживающие кратковременную депрессивную реакцию – 26 человек, со смешанной тревожной и депрессивной реакцией – 42 пациентки и с психогенной депрессивной реакцией с конверсионными симптомами – 14 человек.

При *кратковременной депрессивной реакции* симптоматика начиналась фактически с момента, когда женщина узнавала о гибели плода и проявлялась выраженной эмоциональной напряженностью, страхом, тревогой, оценкой сложившейся ситуации как безвыходной. В последующем происходила внутренняя переработка психотравмирующего события с осмыслением случившегося. В клинической картине на первый план выступало стойкое снижение настроения с отсутствием аппетита, интересов, с желанием «скорее забыть о случившемся», чувством безнадежности, безысходности, разочарования. У всех женщин отмечались нарушения сна: тревожный, беспокойный, недостаточной глубины. В течение месяца депрессивные симптомы нивелировались, восстановились адаптационные возможности.

При *тревожно-депрессивной реакции* клиническая картина характеризовалась сочетанием, как симптомов тревоги, так и депрессии: выраженным внутренним напряжением, постоянным ожиданием чего-то неприятного, угнетенностью, подавленностью, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью. У

части женщин выявлялась астеническая симптоматика с вялостью, повышенной утомляемостью, унынием, снижением побуждений, пассивностью, истощаемостью, эмоциональной неустойчивостью. Часто отмечались соматовегетативные нарушения в виде нарушения глубины и длительности ночного сна, сердцебиения, колебания АД, головокружения, внутренней дрожи.

У женщин с *депрессивной реакцией с конверсионными симптомами* клиническая картина психических расстройств, возникающих в ответ на психическую травму (антенатальная гибель, врожденный порок развития плода) развивалась остро со вспышки ужаса, горя, отчаяния, тревоги, бесцельного метания либо двигательной заторможенности, мутизма в сочетании с конверсионной симптоматикой (ощущение комка в горле, тремор, онемение конечностей). На пике аффективных расстройств доминировали глубокое отчаяние, страх, мысли о самоубийстве, нарушения сна и аппетита. Женщины были поглощены тягостными воспоминаниями, непрестанно помимо собственной воли упрекали себя в том, что не приняли мер для предотвращения несчастья. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, лабильность АД, головокружение, потливость). После проведения операции прерывания беременности среди психических расстройств преобладали симптомы депрессии с конверсионным компонентом (шаткость, неустойчивость походки; расстройства чувствительности на конечностях, коже головы; ощущение комка в горле с затрудненным дыханием; заикание; стремление привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие окружающих).

Психологическое обследование группы в целом выявило у пациенток в пренорме противоречивые личностные черты: с одной стороны – недостаточная уверенность в себе, скромность и робость, конформность, с другой – эгоизм, упрямство и настойчивость. Такие личностные особенности предрасполагали к депрессивному типу реагирования в психотравмирующей ситуации. Тест FPI выявил у пациенток более низкий уровень невротичности (5,5 балла) и эмоциональной лабильности (5,5 балла), чем в группе с острой реакцией на стресс (соответственно  $t > 6.9$   $p < 0,001$  и  $t > 5.5$   $p < 0,001$ ), меньшую (4,4 балла) раздражительность ( $t > 2,0$   $p < 0,05$ ) и большую (5,9 балла) уравновешенность ( $t > 5,2$   $p < 0,001$ ). Шкала HDRS выявила симптоматику, характерную для малого депрессивного эпизода ( $\chi^2 = 80,49$   $p < 0,001$ ), а шкала HARS более низкий ( $8,8 \pm 0,3$  балла) уровень тревоги ( $t > 6,9$   $p < 0,001$ ). Тест Лири не выявил статистически достоверных различий с группой с острой реакцией на стресс.

Во второй группе 57 (69,5%) женщин выразили желание получить медикаментозную и психотерапевтическую помощь. При депрессивных реакциях назначались антидепрессанты (людиомил до 50 мг в сутки, пароксетин 20 мг в сутки), транквилизаторы (седуксен 5 мг на ночь), ноотропы (фенибут 0,025 50-75 мг в сутки). При тревожно-депрессивных реакциях назначались антидепрессанты седативного спектра действия (амитриптилин 25-50 мг в сутки), малые нейролептики (хлорпротиксен до 50-75 мг в сутки, эглонил 200-400 мг в сутки), транквилизаторы (феназепам 0,001 1 мг на ночь). При депрессивных реакциях с конверсионными расстройствами основными препаратами были антидепрессанты (амитриптилин до 50 мг в сутки) и малые нейролептики (эглонил 200 мг парентерально один раз в сутки или соннапакс 30-75 мг в сутки). За кратковременный период (до 6 дней) пребывания в стационаре состояние пациенток существенно улучшалось за счет снижения эмоциональной напряженности и тревоги. Прием лекарственных препаратов рекомендовался и после выписки из стационара, однако, только 34 (59,6%) пациенток придерживались рекомендованного лечения. Катамнестически (спустя 6 месяцев после выписки) у них состояние стабилизировалось, настроение ровное, хотя при воспоминании о прерванной беременности кратковременно, ситуационно снижалось настроение.

Поскольку, в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», при психиатрическом освидетельствовании требуется согласие пациента, равно и при назначении лечения, нами разработан алгоритм диагностики, назначения психофармакотерапии и оказания краткосрочной кризисной психотерапии. На начальном этапе пациентку осматривает врач акушер-гинеколог; при выявлении признаков психических расстройств пациентке предлагается консультация врача-психиатра. При ее согласии в истории болезни должным образом описывается выявленная психопатологическая симптоматика, обосновывается необходимость

консультации врача-психиатра. Согласие на консультацию заверяется в истории болезни подписью пациентки (ст. 23 Закона). После консультации врача-психиатра и выявления острой реакции на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства, или расстройства адаптации – пациентке предлагается соответствующее лечение, которое проводится с учетом ст. 11 Закона. При отказе пациентки от консультации или лечения, даются рекомендации по психогигиене в амбулаторных условиях.

Таким образом, в результате исследования установлено, что у женщин, прерывающих беременность по медицинским показаниям в поздние сроки в 50% случаев диагностируются психогенные психические расстройства: реакция на тяжелый стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства (6,8%) и расстройства адаптации (43,2%). Важную роль в их формировании играли преморбидно-личностные характеристики женщин, а также имеющиеся у них тяжелые соматические заболевания, создающие астенические и неврозоподобные расстройства, как благоприятную почву для психогенного типа реагирования.

Оказание психиатрической и медико-психологической помощи женщинам с психогенными психическими расстройствами было затруднено кратковременностью их пребывания в стационаре и убежденностью в ситуативном характере и психологической понятности их психических расстройств. Более половины пациенток соглашались на терапию в условиях стационара и более половины из них продолжали лечение амбулаторно с хорошим эффектом.

Результаты исследования позволяют рекомендовать назначение консультаций врача-психиатра и психотерапевта женщинам, направляемым на аборт в поздние сроки по медицинским показаниям, а также проведение краткосрочной кризисной психотерапии и психофармакотерапии в период их пребывания в стационаре с рекомендацией последующего наблюдения и лечения у специалистов в области психического здоровья.

### **Литература**

1. Малюченко, И. Ю. Психологическая помощь при постабортном синдроме и перинатальных потерях / И. Ю. Малюченко // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. – № 2. – С. 84-92.
2. Grossman, D. Complications after second trimester surgical and medical abortion [Text] / D. Grossman, K. Blanchard, P. Blumenthal / *Reprod. Health. Matters.* – 2008. – Vol. 16, № 31. – P.173-182.
3. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study / K. Dingle [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 193, № 6. – P. 455-460.
4. Is there an «abortion trauma syndrome»? Critiquing the evidence / G. E. Robinson [et al.] // *Harv. Rev. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 17, № 24. – P. 268-290.
5. Fergusson, D. M. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study / D. M. Fergusson, L. J. Horwood, J. M. Boden // *Br. J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 193, № 1. – P. 444-451.
6. Invited commentaries on... Abortion and mental health disorders / P. Casey [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 193, № 6. – P. 452-454.

# SOME ASPECTS OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY AND PROBLEMS OF RENDERING MENTAL HEALTH SERVICE FOR PSYCHIATRIC DISORDERS AFTER LATE TERM PREGNANCY TERMINATION UNDER MEDICAL INDICATIONS

M.A. Kachan  
V.A. Ruzhenkov

***Belgorod State University***

***e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru***

One hundred ninety women were examined by clinico-psychopathological, patho-psychological and statistical methods who had transferred the artificial termination of late pregnancy under medical indications (from 19 till 27 weeks). It was determined that the reason of pregnancy interruption in 14.7% was the psychiatric disorders that were diagnosed long before the pregnancy and they were the medical indications for its interruption. 50% of women had a heavy stress and adaptation infringement: 6.8% of them – an acute reaction on stress with symptoms of posttraumatic stressful disorder and at 43,2 % – adaptation disturbance. Clinical signs of mental frustration were not revealed. The algorithm of psychopharmacotherapy and rendering of the medico-psychological help is described.

Key words: the termination of pregnancy, the psychiatric disorders, acute reaction on stress, adaptation disturbance.