



НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В.А. РУЖЕНКОВ
Р.Т. КУЛИЕВ
Н.И. ЖЕРНАКОВА

*Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

На основе анализа литературных данных описывается распространенность и клиническая картина предболезненных и непсихотических психических расстройств при неосложненной беременности и их влияние на течение беременности. Рассматриваются возможности применения психотерапии при лечении беременных с указанными расстройствами, обсуждаются возможности психофармакотерапии.

Ключевые слова: беременность, непсихотические психические расстройства, невротические расстройства, вегето-сосудистая дистония, депрессия.

В последние годы отмечается увеличение числа беременных среди психически больных женщин [9, 21, 54], что связано с ростом психических расстройств в населении, а также возрастает интерес к проблеме психических расстройств, возникающих во время беременности [19]. Литературные данные [20, 29, 32, 51] свидетельствуют, что различные психические нарушения встречаются в 29–80% общего количества родов, а пограничные психические расстройства встречаются у 10,0–79,3% беременных [45, 58]. В свою очередь, при психических расстройствах у беременных отмечается высокая частота осложнений беременности и родов [11], высокий процент кесарева сечения и большая частота патологии новорожденных [35]. Период беременности и послеродовой период общепризнанно считается временем повышенного риска развития психических нарушений, а сама беременность и роды могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых психических нарушений [51].

Из клинических форм пограничных психических расстройств у беременных преобладает астения (49,2%) и, реже (21,8%) депрессивно-ипохондрические состояния [37]. Среди причин, провоцирующих астению, ведущая роль принадлежит психогенным факторам с психологическим конфликтом в их основе, который зависит от значимости беременности в жизни женщины [32]. Считается, что невротические расстройства являются промежуточным звеном в патогенезе гестоза [37], а наиболее неблагоприятными из них [31] считается астенический и ипохондрический невроз, проявляющийся в раздражительной слабости, ипохондри, фобиях, повышенной тревожности, астении, выраженной интравертированности и интрапсихической неупорядоченности. По другим данным [31], пограничные психические расстройства (неврозы и «психопатии» – расстройства личности), можно зафиксировать у 56,7% беременных, ранее не обращавшихся за психотерапевтической помощью. (Что касается высокого удельного веса расстройств личности у беременных, с нашей точки зрения, то он не превышает среднестатистические показатели в населении, однако в период беременности в силу эндокринных сдвигов и психоэмоционального напряжения, возможна разной степени декомпенсация личностной патологии, приобретающая клинически очерченные формы). Собственно же клинические проявления неврозов у беременных проявляются, в виде неврастенического, истерического, депрессивного и обсессивно-фобического синдромов [24]. У беременных [29] в 26,2% выявлено состояние психоэмоционального напряжения доклинического уровня, а пограничные психические расстройства отмечались у 29% обследованных. К группе лиц с состоянием пролонгированного эмоционального напряжения были отнесены беременные с наличием психических изменений, уровень которых не достигал общепринятых диагностических критериев и которые расценивались как проявление дезадаптации организма [3]. Женщины жаловались на эмоциональную лабильность, гиперестезию, тревожность, повышенную раздражительность, плаксивость, утомляемость. Указанные донологические проявления авторы относят к астеническому варианту психозадаптивных состояний [27].

У психически больных женщин осложнения во время беременности и родов встречаются в 6 раз чаще, чем в общей популяции [43]. Современная психология, изучающая поведение плода и развитие новорожденного, придает большое значение особенностям эмоционального взаимодействия будущей матери с плодом в плане ее готовности к материнству, адекватности психологических установок и реакций [53, 56]. Поэтому важен вопрос о взаимосвязи психических нарушений и специфической патологии беременности, о влиянии пограничной психической патологии на течение беременности, развитие плода, послеродовое состояние матери и ребенка.

Исследование психологических особенностей беременных свидетельствует о наличии компенсированного психовегетативного расстройства при физиологической беременности, проявляющегося снижением настроения, затрудненной психологической адаптацией, эмоциональной неустойчивостью [7]. Существует мнение, что состояние беременности находится на границе нормы и психической патологии [53]. С наступлением беременности многие женщины отмечают изменения в самочувствии, которые соответствуют клиническому проявлению астенического симптомокомплекса – «психосоматической реакцией на беременность» [43], частота которых колеблется от 13,7 до 33,3% [27, 32].

Исследователи донозологических психических нарушений у беременных [18], отмечают, что помимо наличия у них эмоционального или физиологического дискомфорта [5], у здоровых беременных в 73% случаев выявляются донозологические психические изменения, к которым отнесены субкомпенсированный и декомпенсированный типы реагирования на беременность. Субкомпенсированный тип отражал сниженный фон настроения, общее плохое самочувствие, обилие разнообразных жалоб, концентрацию внимания на своем соматическом состоянии, эмоциональную неустойчивость, стремление найти сочувствие окружающих. Декомпенсированный тип проявлял черты характера, ранее протекавшие латентно (ипохондрическая фиксированность, повышенный уровень тревожности, нарушение межличностных отношений, склонность к аффективным вспышкам, социально-психологические трудности в адаптации). Выявлено и доказано влияние фактора донозологических психических изменений у беременных женщин на развитие осложнений гестационного процесса [30]. Осложненное течение беременности и родов у таких женщин наблюдается в 2 раза чаще, чем у женщин без нарушений, а патологические состояния плода и новорожденного встречаются в 3 раза чаще [18].

Клиническое изучение пограничных психических расстройств показало, что наиболее распространенным вариантом (63%) является невротическая реакция [29]. Выделяют собственно гестационные психические нарушения, имеющие в основе своего развития беременность, выступающую в качестве психогении, и невротические реакции, при которых беременность не являлась основным этиологическим фактором, а лишь способствовала развитию заболевания. Главной причиной развития невротической патологии в этих случаях были нарушения семейных взаимоотношений. Неврозоподобные расстройства неспецифического характера, возникшие и обострившиеся в связи с беременностью, отмечены в 23,5% случаев, а лица с декомпенсированными на фоне беременности расстройствами личности составили 2,8% [29].

В генезе непсихотических нарушений ведущее место занимают личностные особенности женщины в сочетании с мотивацией деторождения, уровнем личностной тревожности, особенностями течения беременности и предыдущим акушерским опытом. Отсутствие гармоничных отношений в семье, когда деторождение призвано исправить нарушение этих отношений, приводит к снижению уровня принятия будущего ребенка и косвенно – к развитию невротических расстройств. Преморбидные личностные особенности у беременных с пограничными психическими расстройствами [14] распределяются следующим образом: у 21–28% определялся гармоничный склад личности, акцентуации характера выявлены у 64–71,2% женщин (с преобладанием психастенического, эпилептоидного и шизоидного типов).

До введения критериев МКБ-10, вегетативные расстройства рассматривались либо как отдельное заболевание – вегето-сосудистая (или нейроциркуляторная) дистония (ВСД, НЦД), либо в рамках синдромов при различных формах психопатологии. При психиатрической оценке вегетосоматические нарушения в современной



литературе описываются как наиболее частая «маска» психической патологии, которая представлена преимущественно стертыми атипичными аффективными симптомокомплексами, чаще депрессивного круга, реже – маниакального, а также синдромами невротического типа и личностными нарушениями [12, 25, 26]. В акушерстве проблема НЦД сохраняет свою актуальность, так как это патологическое состояние вызывает серьезные осложнения беременности, родов, послеродового периода, приводит к увеличению перинатальной смертности и отрицательно влияет на дальнейшее психическое развитие ребенка [6]. В последние годы частота случаев НЦД у беременных увеличилась более чем в 3 раза и составила 19,8% заболеваний внутренних органов [15]. Другие авторы также указывают на наличие связи между вегетативными расстройствами, эмоциональными состояниями и осложнениями беременности [43, 48, 53]. Синдром вегетативной дистонии (СВД) включающий как вегетативные, так и эмоциональные расстройства [4], является облигатным проявлением беременности, встречается у 92% обследованных и в основе его лежит психовегетативный синдром, обусловленный высокой тревожностью и исходной нейроэндокринной перестройкой организма [4]. СВД при беременности отражает напряжение адаптационных механизмов организма женщины.

В настоящее время общепринято мнение о том, что психические расстройства в период беременности пагубно влияют на ее течение и исход. В связи с этим актуален вопрос об оптимальных вариантах коррекции подобных расстройств и путях их профилактики. Поскольку ни одно из психотропных средств нельзя считать полностью безвредным, психотерапия может стать наиболее приемлемым вариантом лечения пограничных психических расстройств при беременности.

Большое значение имеет выбор правильного метода лечения беременных с психическими расстройствами. У беременных с невротическими нарушениями, в случае возникновения гестоза беременных, предлагается использовать психотропные препараты [27], в частности транквилизаторы-ноотропы типа фенибута [21, 28, 33]. Кроме того, рекомендуется в комплексном подходе к коррекции психических расстройств наряду с фармакотерапией применять психотерапевтические методы [27]. Считается, что для дифференцированного подхода к лечению необходимо, при взятии на диспансерный учёт по беременности, проводить психологическое обследование женщин с определением психоэмоционального профиля личности.

По данным психологического тестирования выделяют три группы для проведения психотерапии на основе поведенческих методов (бихевиорального подхода). Первая включает пациенток с астено-невротическим синдромом. Им рекомендуется проводить психотерапию седативного характера. Ко второй группе относятся беременные с депрессивно-ипохондрическим синдромом. Им должна проводиться психотерапия стимулирующего характера. Лицам с устойчивым психоэмоциональным профилем личности (третья группа) проводится рациональная психотерапия. Занятия проводят в виде аутотренинга, 2–5 курсами по 10–12 сеансов с интервалами между курсами не менее двух недель на протяжении всей беременности [37]. Аналогичные мероприятия позволяют не только провести профилактику осложнения беременности, но и улучшить течение родов и состояние новорожденного [23].

Учитывая высокую частоту донозологических психических нарушений и невротических расстройств, исследователи делают вывод, что 86% беременных нуждаются в эпизодической или постоянной помощи психиатров и психотерапевтов [20, 29], а почти 40% женщин во время беременности принимают психотропные препараты [26].

Сходной точки зрения придерживаются и зарубежные авторы, указывающие на необходимость тесного сотрудничества акушеров-гинекологов и психиатров при ведении беременности у женщин, страдающих любой психической патологией. Психиатры должны не только оказывать консультативную помощь, но и принимать активное участие в процессе наблюдения и лечения этих женщин [39, 57, 59, 60].

Поскольку депрессия на протяжении всей беременности несет риск и для матери и для ребенка, важно своевременно диагностировать депрессию в период беременности и обеспечивать соответствующий подход к лечению [46]. Клиницист должен взвесить относительные риски различных подходов к лечению и принимать во внимание индивидуальные показания. Имеются предложения [42] использовать при лече-



нии беременных с депрессивными расстройствами селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), при этом указывается на то, что риск побочных влияний до настоящего времени полностью не верифицирован. В то же время известно [50], что мнение о высоком риске психотропного лечения во время беременности является бездоказательным, а не вылеченная депрессия в течение беременности несет существенные перинатальные риски. Это могут быть прямые риски плоду или риск вторичный – нездоровым материнским поведением, являющимся результатом депрессии.

Есть данные [44], что врождённые уродства у младенцев женщин, использовавших СИОЗС в первом триместре, были выявлены не чаще, чем у младенцев женщин, не использовавших препараты. Авторы полагают, что использование СИОЗС в течение беременности не связано с повышенным риском неблагоприятного перинатального результата. Аналогичные данные приводят и другие авторы [36, 38, 40, 55], утверждающие, что антидепрессанты, особенно СИОЗС, не увеличивают риск врождённых уродств. В то же время риск неполучения адекватной антидепрессивной терапии явно превышает риск побочных эффектов от использования антидепрессантов как у матери, так и у плода [34].

Установлено [56], что женщины, которые прекращали курс лечения антидепрессантами, имели более частые рецидивы в сравнении с женщинами, которые продолжали лечение. Беременные, страдающие пониженным настроением, могут иметь пониженный аппетит и могут подвергаться риску приёма алкоголя или наркотиков – факторы, которые оказывают отрицательное влияние на зародыш [49, 52]. Поэтому, важно взвесить выгоду от лечения депрессии в течение беременности и риск использования антидепрессантов в течение этого периода.

Довольно широко не только в психиатрической, но и собственно в акушерской практике, применяются транквилизаторы [13]. Они легко проходят через плацентарный барьер. После внутривенного введения диазепама роженицам, он обнаруживается в крови плода через 5 минут, причём в концентрации более высокой, чем в крови матери. Это может приводить к накоплению препарата в крови плода. Поэтому, при назначении транквилизаторов беременным женщинам следует тщательно взвешивать соотношение пользы, которую даст препарат, с возможным вредом ребенку и самой матери.

Таким образом, литературные данные свидетельствуют о высоком уровне распространенности психических расстройств непсихотического уровня у женщин при физиологическом протекании беременности. Существенную роль в их генезе играют индивидуально-личностные, социально-средовые, психогенные и биологические факторы (эндокринные сдвиги в результате беременности). Становится очевидным, что при беременности, особенно при первой, четко прослеживаются биопсихосоциальные составляющие пограничных психических расстройств. Данное обстоятельство требует своевременного выявления не только беременных с указанным видом психических расстройств, но и группы риска, для своевременного проведения комплекса психокоррекционных мероприятий, а в необходимых случаях психотерапевтического и психофармакологического лечения, направленных на сохранение психического здоровья матери и предупреждение психических расстройств у будущего ребенка.

Список литературы

1. Акушерство : справ. Калифорн. ун-та / [А. Абухамад и др.] ; под ред. К. Нисвандера, А. Эванса ; пер. с англ. Н. А. Тимониной. – М. : Практика, 1999. – 703 с. : ил. – (Зарубеж. практ. руководства по медицине).
2. Акушерство : учеб. для студентов мед. вузов / [Г.М. Савельева, В.И. Кулаков, А.Н. Стрижаков и др.] ; под. ред. Г. М. Савельевой. – М. : Медицина, 2000. – 815 с. : ил. – (Учеб.лит. для студентов мед. вузов).
3. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – Ростов н/Д : Феникс, 1997. – 576 с.
4. Аликулова, Н. А. Распространенность и клинико-физиологические особенности синдрома вегетативной дистонии при беременности : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.13 / Н. А. Аликулова. – Ташкент, 1995. – 22 с. : ил.



5. Архангельский, А. Е. Неврозы, неврозоподобные состояния и психозы при беременности, в родах и в раннем послеродовом периоде / А. Е. Архангельский // Календарь психотерапевта. – 1996. – № 1. – С. 17-35.
6. Бергман, А. С. Сосудистая дистония и беременность / А. С. Бергман ; Риж. мед.ин-т. – Рига : Зинатне, 1983. – 182 с. : ил.
7. Волков, А. Е. Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.01 / А. Е. Волков ; Рост. гос. мед. ун-т. – Ростов н/Д, 1995. – 16 с.
8. Грандилевская, И. В. Психологические особенности реагирования женщин на выявленную патологию беременности : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / И. В. Грандилевская ; С.-Петерб. гос. ун-т. – СПб., 2004. – 18 с.
9. Данилов, С. А. Влияние психологических особенностей личности женщины на течение и исход беременности при угрозе прерывания в первом триместре / С. А. Данилов, Н. П. Лапочкина // Актуальные проблемы здоровья семьи : сб. науч. тр., посвящ. 20-летию основания ин-та / Иван. НИИ материнства и детства ; [отв. ред. Л. В. Посисеева]. – Иваново, 2000. – С. 30-32.
10. Добряков, И. В. Депрессия в период беременности / И. В. Добряков, И. А. Колесников // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2008. – Т. 108, № 7. – С. 91-97.
11. Захаров, Р. И. Особенности психических расстройств при гестозах: клиника, психотерапевт. коррекция, профилактика : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Р. И. Захаров ; [Новосиб. гос. мед. акад.]. – Новосибирск, 2001. – 17 с.
12. Киреева, И. П. Психопатологические состояния, скрытые под маской вегетососудистой дистонии : (в первичном звене здравоохранения у пациентов юношеского возраста) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / И. П. Киреева ; АМН СССР, Всесоюз. науч. центр психич. здоровья. – М., 1989. – 27 с.
13. Кирющенко, А. П. Влияние лекарственных средств, алкоголя и никотина на плод / А. П. Кирющенко, М. Л. Тараховский. – М. : Медицина, 1990. – 271 с.
14. Коваленко, Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: перинатальная психология, медико-социальные проблемы / Н. П. Коваленко ; Санкт-Петерб. гос. ун-т. – СПб. : [СПбГУ], 2001. – 318 с.
15. Козина, О. В. Нейроциркуляторная дистония и беременность / О. В. Козина // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 4. – С. 5-7.
16. Колесников, И. А. Депрессивные расстройства в период беременности / И. А. Колесников // Ананьевские чтения-2006 : (40 лет фак. психологии СПбГУ) : материалы науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 24-26 окт. 2006 г. / под. ред. Л. А. Цветковой, А. А. Крыловой. – СПб., 2006. – С. 375-377.
17. Колесников, И. А. Особенности психопатологических проявлений депрессий у беременных женщин / И. А. Колесников // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. – № 4. – С. 23-27.
18. Кочнева, М. А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложненной беременности и родов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. А. Кочнева ; Моск. обл. НИИ акушерства и гинекологии. – М., 1992. – 22 с.
19. Ломазова, Л. П. Особенности течения беременности и родов у женщин с неврозами / Л. П. Ломазова, Н. Г. Афиногенова // Экстрагенитальная патология и беременность : сб. науч. тр. (респ.) / Моск. обл. НИИ акушерства и гинекологии ; [отв. ред. В. В. Черная]. – М., 1986. – С. 146-150.
20. Мамышева, Н. Л. Непсихотические расстройства у беременных: клин.-эпидемиолог. и организац. аспекты : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Н. Л. Мамышева ; Сиб. гос. мед. ун-т. – Томск, 1995. – 14 с.
21. Марфина, Н. А. Соматопсихические и психосоматические состояния при позднем токсикозе с гипертензивными нарушениями у беременных : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Н. А. Марфина ; Каф. психиатрии и наркологии с курсом ФУВП Башкир. гос. мед. ун-та. – Челябинск, 1997. – 19 с.
22. Менделевич, Д. М. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности / Д. М. Менделевич, Е. А. Сахаров // Казанский медицинский журнал. – 1989. – Т. 70, № 2. – С. 112-114.
23. Подобед, Н. Д. Коррекция психовегетативного статуса беременных и её роль в снижении перинатального риска / Н. Д. Подобед // Мать и дитя : материалы IV Рос. форума, Москва, 21-25 окт. 2002 года : в 2 ч. / гл. ред. В. И. Кулаков. – М., 2002. – С. 480-482.
24. Полстяная, Г. Н. Течение беременности и родов при неврозах : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Г. Н. Полстяная. – Красноярск, 1989. – 142 с. : ил., табл.



25. Применение психотропных средств в общемедицинской сети / А. Б. Смулевич, В. Я. Гиндикин, А. С. Аведисова [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1985. – Т. 85, вып. 4. – С. 594-599.
26. Психосоматические аспекты беременности / А. А. Северный, Т. А. Баландина, К. В. Солоед [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 4. – С. 17-22.
27. Рыжков, В. Д. Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / В. Д. Рыжков ; Психоневрол. ин-т имени В. М. Бехтерева. – СПб., 1992. – 17 с.
28. Рымашевский, Н. В. Соматопсихологические параллели в до- и послеродовом периодах. Психофармакотерапия поздних гестозов перед родами / Н. В. Рымашевский, А. Е. Волков, Е. В. Ермилова ; Рост. н/Д мед. ин-т. – Ростов н/Д., 1991. – 31 с. – Деп. в ЦНМБ.
29. Сахаров, Е. А. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. А. Сахаров ; Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т. – Л., 1990. – 18 с.
30. Семичев, С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичев. – Л. : Медицина, 1987. – 181 с.
31. Сидоров, А. Е. Осложнения беременности и родов и их профилактика у женщин с психическими нарушениями : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / А. Е. Сидоров ; Чуваш. гос. ун-т. – Казань, 2003. – 19 с. : ил.
32. Щеглова, И. Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18; 19.00.04 / И. Ю. Щеглова ; Российский психоневролог. ин-т. – СПб., 1992. – 19 с.
33. Эффекты пармидина при терапии синдрома гемодинамической плацентарной недостаточности на фоне позднего гестоза / Н. В. Рымашевский, А. Е. Волков, А. А. Окорочков [и др.] // Современные проблемы диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья женщины : сб. тр. 1 Сев.-Кавк. съезда акушеров-гинекологов, 7-8 сент. 1994 г. / Рос. ассоц. врачей акушеров-гинекологов, Рост. НИИ акушерства и педиатрии ; отв. ред. А. А. Кожин. – Ростов н/Д., 1994. – С. 76.
34. Blier, P. Pregnancy, depression, antidepressants and breast-feeding / P. Blier // J. Psychiatry Neurosci. – 2006. – Vol. 31, № 4. – P. 226-228.
35. Bosquet, M. Predicting parenting behaviors from Antisocial Practices content scale scores of the MMPI-2 administered during pregnancy / M. Bosquet, B. Egeland // J. Pers. Assess. – 2000. – Vol. 74, № 1. – P. 146-162.
36. Citalopram use in pregnancy: prospective comparative evaluation of pregnancy and fetal outcome / A. Sivojelezova, S. Shuhaiber, L. Sarkissian [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 193, № 6. – P. 2004-2009.
37. Congenital malformations, stillbirths, and infant deaths among children of women with schizophrenia / B. E. Bennedsen, P. B. Mortensen, A. V. Olesen [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – Vol. 58, № 7. – P. 674-679.
38. Einarson, T. R. Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies / T. R. Einarson, A. Einarson // Pharmacoeconom. Drug Saf. – 2005. – Vol. 14, № 12. – P. 823-827.
39. Epilepsy and pregnancy. Prospective study of 100 cases / S. Garza-Morales, J. M. Ibarra-Puig, A. Poblano-Luna [et al.] // Gynecol. Obstet. Mex. – 1996. – Vol. 64. – P. 449-454.
40. Gentile, S. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding / S. Gentile // Drug. Saf. – 2005. – Vol. 28, № 2. – P. 137-152.
41. Halbreich, U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions – the need for interdisciplinary integration / U. Halbreich // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 193, № 4. – P. 1312-1322.
42. Hallberg, P. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and breast-feeding: a review and clinical aspects / P. Hallberg, V. Sjoblom // J. Clin. Psychopharmacol. – 2005. – Vol. 25, № 1. – P. 59-73.
43. Motherhood and mental illness / [ed. by] I. F. Brockington, R. Kumar. – London : Academic Press ; New York : Grune and Stratton, 1982. – 265 p. : ill.
44. Malm, H. Risks associated with selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy / H. Malm, T. Klaukka, P. J. Neuvonen // Obstet Gynecol. – 2005. – Vol. 106, № 6. – P. 1289-1296.
45. Martin, P. J. Pregnancy, epilepsy, management and outcome: a 10-year perspective / P. J. Martin, P. A. Millac // Seizure. – 1993. – Vol. 2, № 4. – P. 277-280.
46. Nonacs, R. Assessment and treatment of depression during pregnancy: an update / R. Nonacs, L. S. Cohen // Psychiatr. Clin. North. Am. – 2003. – Vol. 26, № 3. – P. 547-562.
47. Obstetric complications in women with schizophrenia / B. E. Bennedsen, P. B. Mortensen, A. V. Olesen [et al.] // Schizophr. Res. – 2001. – Vol. 47, № 2-3. – P. 167-175.



48. Omer, H. Psychological factors in preterm labor: critical review and theoretical synthesis / H.Omer, G. B. Every // *Am. J. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 145, № 12. – P. 1507-1513.
49. Orr, S. T. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome. Review of the literature and preliminary findings / S. T. Orr, C. A. Miller // *Epidemiol. Rev.* – 1995. – Vol. 17, № 1. – P. 165-171.
50. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy / L. Bonari, N. Pinto, E. Ahn [et al.]. // *Can. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 49, № 11. – P. 726-735.
51. Pitkin, R. M. The Year Book of Obstetrics and Gynecology / R. M. Pitkin, F. Zlatnik. – Chicago ; London : Year Book Medical Publishers, 1980. – 471p : ill.
52. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development / H. C. Lou, D. Hansen, M. Nordentoft [et al.] // *Dev. Med. Child. Neurol.* – 1994. – Vol. 36, № 9. – P. 826-832.
53. Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor--the benefits of psychologic support / N. Mamelle, M. Segueilla, F. Munoz, [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1997. – Vol. 177, № 4. – P. 947-952.
54. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery / R. H.Kelly, J. Russo, V. L.Holt [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol. 100, № 2. – P. 297-304.
55. Rahimi, R. Pregnancy outcomes following exposure to serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of clinical trials / R. Rahimi, S. Nikfar, M. Abdollahi // *Reprod. Toxicol.* – 2006. – Vol. 22, № 4. – P. 571-575.
56. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment / L. S. Cohen, L. L. Altshuler, B. L. Harlow [et al.] // *JAMA*. – 2006. – Vol. 295, № 5. – P. 499-507.
57. Stocky, A. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium / A.Stocky, J. Lynch // *Baillieres Best Pract. Res. Clin. Obstetr. Gynaecol.* – 2000. – Vol. 14, № 1. – P. 73-87.
58. Szasz, A. Pregnancy and psychiatric disorders / A.Szasz, Z. Kovacs // *Ideggyogy. Sz.* – 2002. – Vol. 55, № 1-2. – P. 50-53.
59. Takeuchi, R. Influence of maternal neuropsychiatric disorders on clinical course of pregnancy and neonatal outcome / R.Takeuchi // *Nippon. Sanka Fujinka Gakkai Zasshi*. – 1996. – Vol. 48, № 11. – P. 1071-1078.
60. Wilhelm, J. Epilepsy and pregnancy – a review of 98 pregnancies / J.Wilhelm, D. Morris, N.Hotham // *Aust. N. Z. J. Obstetr. Gynaecol.* – 1990. – Vol. 30, № 4. – P. 290-295.

NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS BY UNCOMPLICATED PREGNANCY

V.A. RUZHENKOV
R.T. KULIEV
N.I. ZHERNAKOVA

*Belgorod National
Research University*

e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

On the basis of the analysis of published data prevalence and clinical picture of non-psychotic mental disorders at uncomplicated pregnancy and them impact on current of pregnancy is described. Possibilities of application of psychotherapy at treatment of pregnant women with the specified disorders, possibilities of psychopharmacotherapy are considered.

Key words: pregnancy, non-psychotic mental disorders, neurotic disturbance, vegetative-vascular dystonia, depression.